

DÉPISTAGE DU VPH, AUTOPRÉLÈVEMENT ET VACCINATION : UNE APPROCHE COMPLÈTE POUR LA PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

DOCUMENT D'INFORMATION

Préparé par un comité consultatif composé d'experts
fédéraux et provinciaux afin de réduire l'incidence du cancer
du col de l'utérus et de promouvoir l'équité en matière de
soins de santé pour toutes et tous

1er Septembre, 2025



Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie



Messages clés : Public

Le saviez-vous?

Le cancer du col de l'utérus est le cancer qui connaît la plus forte croissance au Canada chez les femmes et les personnes ayant un col de l'utérus.¹

Ces cancers sont principalement causés par une infection au virus du papillome humain (VPH).

Tout le monde peut contracter le VPH par tout contact sexuel peau à peau, y compris les organes génitaux, la peau ou la bouche. Les condoms ne protègent pas complètement contre ce virus, car il y a toujours un contact direct peau à peau.

La bonne nouvelle? Les cancers du col de l'utérus peuvent être évités grâce à la vaccination et au dépistage.

Comment puis-je protéger ma famille et moi?

Recevez le vaccin contre le VPH

- La vaccination contre le VPH est sécuritaire et efficace pour prévenir la plupart des cancers causés par le VPH, et ce, chez toutes les personnes, peu importe le sexe ou le genre.²³⁴
- Toutes les provinces et tous les territoires offrent le vaccin contre le VPH dans le cadre de programmes scolaires.
- Vous pouvez également obtenir le vaccin contre le VPH à votre pharmacie, à votre clinique de soins primaires, à une clinique communautaire ou à une clinique sans rendez-vous si vous ne l'avez pas reçu à l'école.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus sauve des vies

- Cela peut se faire avec le test de dépistage du VPH ou le test Pap. Demandez à votre fournisseur de soins de santé lequel est recommandé pour vous. Le test de dépistage du VPH est la méthode privilégiée, et la plupart des provinces ont déjà fait la transition ou prévoient de le faire.
- L'auto-prélèvement pour le dépistage du VPH peut être offert dans votre province ou territoire. Il consiste à insérer un petit écouvillon dans votre vagin, ce qui peut être fait dans le confort et l'intimité de votre domicile ou dans le bureau de votre fournisseur de soins de santé.
- Les femmes et les personnes ayant un col de l'utérus âgées de 25 ans et plus devraient être dépistées régulièrement.

Assurez un suivi si votre résultat de dépistage requiert une évaluation supplémentaire

- Un fournisseur de soins de santé vous guidera pour les prochaines étapes.
- Cela nécessite habituellement un examen spécialisé appelé colposcopie.

Vous avez des choix. Choisissez la prévention du cancer.

L'infection au VPH peut causer neuf types de cancer différents : col de l'utérus, vulve, vagin, anus, pénis, bouche, gorge, amygdales et langue.³⁴⁵ Trois gestes pour prévenir le cancer :

1. Faites vacciner votre enfant maintenant pour le protéger contre le cancer plus tard.
2. Participez régulièrement au dépistage du col de l'utérus afin de détecter et traiter rapidement tout changement avant qu'il ne devienne un cancer.
3. Si vous avez le VPH, assurez un suivi selon les conseils de votre fournisseur de soins de santé.

Messages clés : Gouvernements

Le saviez-vous?

Le cancer du col de l'utérus est le cancer qui connaît la plus forte croissance au Canada.¹

Les cancers de la bouche et de la gorge sont les deuxièmes cancers qui croissent le plus rapidement au Canada.¹

Les deux peuvent être causés par une infection au VPH. Le VPH touche tout le monde.

Les cancers liés au VPH sont évitables.

Que pouvons-nous faire?

Encourager la vaccination contre le VPH

- Soutenir et promouvoir les programmes scolaires de vaccination contre le VPH pour que tous les jeunes soient vaccinés, accompagnés de campagnes d'éducation continue.
- Considérer l'adoption d'une politique « admissible une fois, admissible toujours » pour permettre l'accès public au vaccin contre le VPH jusqu'à l'âge de 45 ans.

Améliorer l'accès au dépistage du col de l'utérus

- Adopter le test de dépistage du VPH comme méthode primaire de dépistage du cancer du col de l'utérus dans toutes les provinces et territoires.
- Financer et élargir les programmes d'autoprélèvement pour le dépistage du VPH.
- Investir dans le dépistage du VPH, une solution de politique publique plus efficace et rentable.

Financer les bases de données de dépistage et le suivi

- Promouvoir des programmes de dépistage complets comprenant des bases de données organisées, des communications et des rappels.
- Prioriser les ressources pour les populations à haut risque, vulnérables et marginalisées.
- Financer des parcours de suivi pour les patients non rattachés à un fournisseur de soins.

Le Canada s'est fixé l'objectif d'atteindre une couverture vaccinale contre le VPH de 90 % chez toutes les personnes avant l'âge de 17 ans d'ici 2025. Cela permettrait d'éliminer* pratiquement le cancer du col de l'utérus d'ici 2040.⁶

Nous n'y sommes pas encore, mais nous pouvons y arriver.

Les Canadiennes et Canadiens méritent l'accès à la vaccination contre le VPH, conformément aux lignes directrices nationales. La vaccination contre le VPH prévient les cancers.

* L'élimination du cancer du col de l'utérus se définit comme l'atteinte et le maintien de moins de quatre cas de cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes.⁶

Les personnes ayant un col de l'utérus au Canada méritent l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus, qu'il soit effectué par un clinicien ou par auto-prélèvement.

Les personnes qui reçoivent un résultat positif au VPH doivent avoir accès à un suivi et à des soins appropriés en temps opportun.

Nous pouvons prévenir les cancers liés au VPH.

Table des matières

Messages clés : Public	1
Messages clés : Gouvernements	4
Table des matières	6
Comment le VPH se transmet-il?	7
Résumé de la situation actuelle du VPH au Canada	1
Dépistage du cancer du col de l'utérus r	1
Les vaccins contre le VPH au Canada	3
Couverture vaccinale	3
La vaccination contre le VPH change les choses	4
Recommandations nationales sur la vaccination contre le VPH	4
RECOMMANDATIONS : VACCINS CONTRE LE VPH	5
Dépistage du VPH	6
VPH et cancer du col de l'utérus	6
Autres cancers liés au VPH	6
Dépistage du cancer du col par test VPH	7
Sous-dépistage du cancer du col	7
Auto-prélèvement du VPH	7
Expérience de la Colombie-Britannique avec l'auto-prélèvement	8
Expérience de l'Île-du-Prince-Édouard avec l'auto-prélèvement	8
Apprendre de l'expérience d'autres pays	9
Auto-prélèvement pour les personnes les plus à risque de cancer du col	9
Éducation sur le dépistage du VPH	9
Collecte centralisée de données	10
Suivi des personnes ayant un test positif au VPH	11
RECOMMANDATIONS : DÉPISTAGE	12
Annexe 1 : Membres du comité consultatif	14
Références	18

Qu'est-ce que le VPH?

Les virus du papillome humain (VPH) sont des virus à ADN. Ils infectent la peau et les tissus mous des muqueuses (les tissus qui tapissent les canaux et organes des systèmes digestif, respiratoire et reproducteur) par contact direct. ⁷

Tout le monde peut contracter le VPH.

Le VPH est très répandu et, sans vaccination, on estime que plus de 75 % des personnes au Canada seront infectées au moins une fois au cours de leur vie.⁸

Comme l'infection initiale au VPH ne présente aucun symptôme, la plupart des personnes ne savent pas qu'elles sont infectées. ⁹

Chez la majorité des personnes ayant un système immunitaire normal, l'infection disparaît d'elle-même en moins de deux ans. Toutefois, dans environ 20 % des cas, le virus persiste. Les infections persistantes au VPH peuvent causer des changements précancéreux qui, avec le temps, évoluent en cancer. Cette progression est lente et peut prendre dix ans ou plus après l'infection initiale. ^{1 10}

Il existe plusieurs génotypes de VPH, dont certains sont beaucoup plus graves que d'autres. Les génotypes à **haut risque** (p. ex., 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) peuvent causer divers cancers, notamment du col de l'utérus, de l'anus, de la vulve, du vagin, du pénis et de l'oropharynx.

Les génotypes à **faible risque** (p. ex., 6 et 11) ne causent généralement pas de cancer, mais peuvent causer des verrues anogénitales (verrues de l'anus et des organes génitaux) ou une papillomatose respiratoire récurrente (croissances semblables à des verrues autour du larynx).¹¹

Comment le VPH se transmet-il?

Le VPH se transmet par contact peau à peau impliquant les organes génitaux, y compris les contacts oraux-génitaux, ainsi que par des contacts non sexuels, comme de la mère à l'enfant durant la grossesse ou l'accouchement.¹²⁻¹⁴

La majorité des personnes seront exposées au VPH au moins une fois dans leur vie.

Résumé de la situation actuelle du VPH au Canada

En avril 2025, des conseillers provenant de partout au Canada (voir l'annexe 1), représentant 10 provinces et 21 organisations nationales ou provinciales, se sont réunis pour discuter de l'importance de la vaccination et du dépistage du VPH, et pour rédiger ce rapport.

Vaccination contre le VPH

Les provinces et territoires du Canada ont mis en place des programmes publics de vaccination contre le VPH en milieu scolaire pour les filles entre 2007 et 2010. D'ici 2017-2018, ces programmes incluaient aussi les garçons.¹⁶

Les enfants sont admissibles à recevoir le vaccin entre 9 et 13 ans, selon la province ou le territoire, et la vaccination est financée publiquement jusqu'à la fin du secondaire. Comme notre système immunitaire est plus fort à un jeune âge, l'efficacité du vaccin est optimale lorsqu'il est administré entre 9 et 13 ans et avant l'exposition au virus.

Certaines provinces offrent aussi une couverture élargie pour les adultes ou pour les personnes à risque plus élevé. Le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador appliquent une politique « admissible une fois, admissible toujours » afin de réduire les obstacles financiers pour celles et ceux qui n'ont pas reçu le vaccin au moment optimal.⁶

En 2020, le Canada s'est donné comme objectif d'atteindre une couverture vaccinale de 90 % chez les jeunes de 17 ans d'ici 2025, afin d'éliminer[†] le cancer du col de l'utérus d'ici 2040.⁶

Les données les plus récentes montrent que les taux provinciaux et territoriaux varient entre 47 % et 81 %, pour une moyenne nationale estimée à 64 %.¹⁷

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le VPH cause plus de 90 % des cancers du col de l'utérus, et **ce type de cancer est celui qui croît le plus rapidement au Canada.¹**

Les femmes[‡] et personnes ayant un col de l'utérus âgées de 35 à 55 ans sont les plus susceptibles de recevoir un diagnostic.¹ C'est aussi l'âge où elles contribuent le plus à la société, tant sur le plan social qu'économique.

[†] L'élimination du cancer du col de l'utérus se définit comme l'atteinte et le maintien de moins de quatre cas de cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes.⁶

[‡] Veuillez noter : Ce document adopte une approche additive en matière de genre, où le terme « femme » est utilisé parallèlement à un langage neutre. Cette approche vise à démontrer un engagement envers la réparation de l'exclusion historique des personnes trans et non binaires, tout en évitant le risque de marginaliser ou d'effacer l'expérience des femmes dans le contexte des soins de santé. Toutefois, conformément aux meilleures pratiques, il est reconnu que lorsqu'il est question de discussions ou de soins auprès d'individus dans un cadre individuel, le langage et la documentation doivent refléter l'identité de genre de la personne. Le langage est dynamique. Il est probable que les termes jugés appropriés ou inclusifs dans un contexte ne se traduisent pas toujours dans d'autres, et qu'au cours des prochaines années, ils évolueront afin de refléter des représentations plus justes et adaptées.

Le dépistage doit commencer environ 10 ans avant l'âge moyen du diagnostic, soit dès 25 ans, afin de détecter et traiter les cas positifs au stade précancéreux.

Le pourcentage de personnes admissibles dépistées au Canada varie entre 71 % et 83 %.¹⁶

Il faut faire mieux.¹⁶

Le test de dépistage du VPH est plus efficace que le test Pap traditionnel seul. Malgré son efficacité prouvée, surtout pour les populations sous-dépistées, il n'est offert que dans quatre provinces. Le Canada doit adopter une approche complète avec des interventions à plusieurs niveaux — patients, prestataires, systèmes de santé — pour améliorer le dépistage et réduire l'incidence du cancer, afin d'atteindre l'élimination du cancer du col de l'utérus.

Les vaccins contre le VPH au Canada

Deux vaccins sont autorisés. GARDASIL®9 (9vHPV) protège contre neuf types de VPH (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). CERVARIX® (2vHPV) protège contre deux types de VPH (16 et 18).¹¹ C'est le 9vHPV qui est utilisé dans les programmes scolaires.

Le vaccin contre le VPH est préventif. Il n'agit pas sur une infection déjà présente.¹¹ Toutefois, même les personnes déjà infectées par un ou plusieurs types de VPH bénéficieront d'une protection contre les autres types inclus dans le vaccin, ce qui prévient de futures maladies liées au VPH.

Couverture vaccinale

La majorité des provinces et territoires offrent la vaccination publique entre 9 et 13 ans (voir Tableau 1). Mais les taux de couverture varient beaucoup entre les régions, et peu de données existent sur les sous-populations.¹⁸ Une analyse de 2024 estime que seulement 64 % des personnes admissibles au Canada ont reçu le vaccin en milieu scolaire.¹⁷

On sait que la pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif important en raison de la fermeture des écoles. On sait aussi que la couverture vaccinale est plus faible chez les garçons les personnes vivant en milieu rural, dans de petites collectivités ou dans le Nord, les peuples autochtones, les personnes à faible revenu, et les nouvelles arrivantes et nouveaux arrivants.^{18,19}

Tableau 1 : Programmes provinciaux et territoriaux de vaccination contre le VPH en milieu scolaire, en vigueur en janvier 2025²⁰

Province/territoire	Niveau scolaire où la vaccination contre le VPH est offerte
Colombie-Britannique	6e année, 2 doses
Alberta*	6e année, 2 doses
Saskatchewan	6e année, 2 doses
Manitoba	6e année, 2 doses
Ontario	7e année, 2 doses
Québec*	4e année, 1 dose
Nouveau-Brunswick	7e année, 2 doses
Nouvelle-Écosse	7e année, 2 doses
Île-du-Prince-Édouard	6e année, 2 doses
Terre-Neuve-et-Labrador	6e année, 2 doses
Yukon	6e année, 1 dose
Territoires du Nord-Ouest	4e, 5e ou 6e année (à partir de 9 ans), 2 doses
Nunavut	6e année, 2 doses

* Le Québec et l'Alberta offrent un programme de vaccination de rattrapage au secondaire

La vaccination contre le VPH change les choses

La vaccination contre le VPH pourrait prévenir plus de 90 % des cancers liés au virus. Elle prévient aussi les verrues anogénitales.^{2,7,21}

Une méta-analyse de données (2014-2018) provenant de 14 pays à revenu élevé, dont le Canada, a montré:

- 83 % de réduction des VPH de type 16 et 18 chez les filles de 13 à 19 ans, et 66 % de réduction chez les femmes de 20 à 24 ans.
- 67 % de diminution des verrues anogénitales chez les filles de 15 à 19 ans, 54 % chez les femmes de 20 à 24 ans et 31 % chez les femmes de 25 à 29 ans.
- 51 % de réduction des lésions précancéreuses chez les femmes vaccinées entre 15 et 19 ans, et 31 % chez celles vaccinées entre 20 et 24 ans.

Une étude réalisée en Colombie-Britannique²² a examiné l'incidence des affections précancéreuses causées par le VPH, pouvant évoluer en cancer du col de l'utérus, entre 2004 et 2017, chez les femmes âgées de 16 à 23 ans. Comparativement aux femmes non vaccinées, on a observé une réduction de 62 à 65 % de diverses lésions précancéreuses dans la population vaccinée.

Recommandations nationales sur la vaccination contre le VPH

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a mis à jour ses recommandations en juillet 2024 (**voir Tableau 2**).²³ L'Agence de la santé publique du Canada est en accord avec ces lignes directrices.¹¹

Tableau 2 : Directives mises à jour du CCNI sur les vaccins contre le VPH²³

Population	Vaccin VPH 9v*
Personnes immunocompétentes âgées de 9 à 20 ans	Une seule dose
Personnes immunocompétentes âgées de 27 ans et plus	Deux doses, administrées à au moins 24 semaines d'intervalle
Personnes considérées comme immunodéprimées, personnes vivant avec le VIH	Schéma de trois doses
Personnes enceintes	Aucune donnée à ce jour ne démontre un risque accru d'effets indésirables liés à la grossesse ou au fœtus associé à la vaccination contre le VPH pendant la grossesse. Toutefois, la vaccination contre le VPH n'est pas recommandée pendant la grossesse et devrait être reportée après l'accouchement.

Groupes en situation d'iniquité, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, dont certains présentent des taux disproportionnellement élevés de cancers associés au VPH et des taux plus faibles d'immunisation contre le VPH	Le CCNI recommande des efforts ciblés afin d'améliorer la couverture vaccinale contre le VPH
---	--

* Le CCNI recommande l'utilisation du vaccin 9vHPV pour offrir la protection le plus large possible.

Le CCNI et l'ASPC recommandent tous deux une dose du vaccin contre le VPH pour les personnes âgées de 9 à 20 ans. Certaines administrations, comme indiqué au tableau 1, ont déjà mis en œuvre la vaccination à une dose dans les programmes scolaires. D'autres administrations pourraient attendre des données supplémentaires provenant des essais en cours avant de passer d'un schéma à deux doses à un schéma à une dose. Les études ayant comparé une stratégie à une dose à celles à deux ou trois doses ont démontré qu'une seule dose du vaccin contre le VPH s'est révélée hautement efficace pour prévenir l'infection persistante par les souches oncogènes du VPH 16 et 18, les deux souches responsables de la majorité des cancers liés au VPH, et feront l'objet d'un suivi à long terme pour évaluer l'efficacité de la prévention des lésions précancéreuses.^{19,20}

RECOMMANDATIONS : VACCINS CONTRE LE VPH

1. Soutenir et promouvoir les programmes scolaires de vaccination afin que tous les enfants soient vaccinés.
2. Encourager les programmes de rattrapage pour que chaque Canadienne et Canadien reçoive au moins une dose avant 17 ans.
3. Évaluer dans chaque juridiction l'adoption d'une politique «admissible une fois, admissible toujours», jusqu'à 45 ans.
4. Développer et mettre en œuvre des stratégies ciblées d'éducation publique et communautaire pour réduire l'hésitation vaccinale.
5. Mettre en place des stratégies adaptées pour corriger les inégalités dans l'accès, notamment dans les communautés éloignées, nordiques, autochtones, et chez les nouveaux Canadiens.
6. Soutenir les registres provinciaux pour identifier les personnes non vaccinées et les encourager à recevoir le vaccin.

Aucun autre outil n'est aussi efficace que le vaccin contre le VPH pour prévenir les cancers.

Dépistage du VPH

VPH et cancer du col de l'utérus

En 2016, on comptait 6,6 cas de cancer du col de l'utérus par 100 000 femmes au Canada. En 2023, on estime que l'incidence a atteint huit cas par 100 000 femmes.¹

Le cancer du col de l'utérus est le cancer qui connaît la croissance la plus rapide au Canada.¹

Il s'agit d'une incidence croissante d'une maladie pourtant presque entièrement évitable.

Cette tendance à la hausse serait liée à une participation insuffisante au dépistage, à un dépistage moins intensif ces dernières années, à des difficultés d'accès aux services et à un manque de suivi après le dépistage.¹

Les taux de cancer du col sont particulièrement élevés dans les populations rurales et éloignées, ainsi que chez les personnes à faible revenu.¹ De petites études portant sur des populations marginalisées laissent aussi entendre que les taux sont plus élevés chez les personnes 2ELGBTQIA+ et certains groupes raciaux ou ethniques. Des données solides montrent également des taux plus élevés chez les personnes s'identifiant comme Autochtones, Inuites ou Métisses.^{25–28}

Autres cancers liés au VPH

La majorité des cancers liés au VPH (près des deux tiers) surviennent ailleurs qu'au col de l'utérus et touchent autant les femmes que les hommes (**tableau 3**).^{2,5,11,14,29}

Tableau 3 : Cancers causés par les infections au VPH^{2,5,11,14,29}

Type de cancer	% attribuable au VPH
Cancer du col de l'utérus	90 %
Cancers de l'anus	80–90 %
Cancer du vagin	65 %
Cancers de la bouche et de la gorge	45–95 %
Cancer du pénis	40–50 %
Cancer de la vulve	40 %

En 2024, ces cancers représentaient plus de 300 millions de dollars en coûts pour le système de santé au Canada. Ces coûts devraient augmenter au cours des dix prochaines années.³⁰

Malgré les progrès en recherche, les taux de cancers du col liés au VPH, ainsi que ceux de la bouche et de la gorge, continuent d'augmenter au Canada.¹ Le cancer oropharyngé (bouche et gorge) augmente rapidement et est 4,5 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, ce qui souligne la

nécessité de la vaccination universelle dans les programmes scolaires.³ Chez les Canadiens et Canadiennes, les cancers oropharyngés et de l’anus apparaissent généralement entre 60 et 70 ans. Les diagnostics de cancers du vagin, de la vulve et du pénis surviennent surtout après 70 ans.¹¹

Dépistage du cancer du col par test VPH

Les stratégies de dépistage basées sur le test du VPH sont très sensibles pour détecter les lésions précancéreuses du col. Elles sont plus efficaces que les tests Pap traditionnels pour repérer les lésions HSIL (précurseurs du cancer) et les anomalies glandulaires.³¹ Le test Pap détecte des anomalies cellulaires qui pourraient éventuellement évoluer vers un cancer, tandis que le test VPH détecte spécifiquement la présence du virus responsable de plus de 90 % des cancers du col.³² Au Canada, le test Pap est recommandé tous les trois ans, tandis que le test VPH est recommandé tous les cinq ans.

À ce jour, la Colombie-Britannique, l’Île-du-Prince-Édouard, l’Ontario et le Québec ont adopté le test VPH comme méthode principale de dépistage. Les autres provinces et territoires en sont à différentes étapes de planification et de mise en œuvre.

Sous-dépistage du cancer du col

On observe une forte similarité entre les populations ayant de faibles taux de vaccination contre le VPH et celles sous-dépistées. Les mêmes inégalités de santé persistent : facteurs socioéconomiques, lieu de résidence, accès aux soins et croyances culturelles. Les populations marginalisées – minorités ethniques, personnes à faible revenu, nouveaux arrivants, communautés rurales et éloignées – présentent un risque accru de cancer du col en raison d’une participation moindre aux programmes de dépistage.^{18,33}

La peur, la gêne, le manque de confiance envers le système de santé, ainsi que les traumatismes médicaux ou sexuels passés, sont aussi des facteurs importants. Avec un soutien approprié, l’adoption du dépistage basé sur le test VPH – y compris l’auto-prélèvement – peut aider à combler ces écarts.

Auto-prélèvement du VPH

Auto-prélèvement pour le VPH (auto-dépistage) est un outil qui peut contribuer à accroître la participation au dépistage du cancer du col de l’utérus à travers le Canada.³⁴ Il peut réduire les obstacles au dépistage, en particulier dans les populations marginalisées. Les avantages incluent la commodité, la confidentialité, la simplicité d’utilisation, le confort, une meilleure portée et couverture, ainsi qu’une réduction des obstacles tels que la distance avec un clinicien, la mobilité, la culture et le statut de patient·e sans médecin de famille. Le simple écouvillon vaginal pour le VPH peut être utilisé par la personne elle-même, soit au bureau d’un clinicien, soit à domicile.

Avant de mettre en œuvre un programme d’auto-prélèvement pour le VPH, l’aspect le plus critique est la validation en laboratoire, démontrant un accord analytique entre les échantillons auto-prélevés et ceux prélevés par un professionnel de la santé. D’autres éléments incluent l’élaboration de documents destinés aux patient·es et aux fournisseurs de soins, des stratégies d’engagement des utilisateurs, la

mise en place d'un processus pour soutenir les patient·es non rattaché·es, ainsi que le développement ou la configuration d'un système informatique pour la demande, l'envoi postal et le suivi des trousse.^{35,36}

L'auto-prélèvement ne consiste pas simplement en l'introduction d'un nouveau test. C'est un processus comportant une séquence d'étapes, et chacune d'elles doit être testée et fonctionner efficacement. Le succès dépendra d'une conception réfléchie du programme, d'un soutien ciblé et d'un engagement à tirer des leçons des données du monde réel — uniquement grâce à un suivi continu et une évaluation créative des résultats observés dans les pays qui ont déjà introduit l'auto-prélèvement pour le VPH. Il faudra aussi un système coordonné et financé pour assurer le suivi des résultats anormaux, particulièrement pour les patient·es non rattaché·es à un fournisseur de soins primaires.

Expérience de la Colombie-Britannique avec l'auto-prélèvement

La Colombie-Britannique a mené un projet pilote de deux ans à l'échelle provinciale de 2022 à 2023 afin d'évaluer et d'optimiser les éléments du programme d'auto-dépistage du VPH.³⁴ La province a identifié le besoin de cliniques partenaires pour accompagner les patient·es non rattaché·es qui obtiennent un résultat positif au test du VPH et nécessitent un suivi ainsi qu'une cytologie. Elle a constaté qu'il faut jusqu'à 40 semaines pour récupérer 75 % des trousse, et que les patient·es plus jeunes mettent plus de temps à retourner les échantillons. Les patient·es plus âgé·es retournent jusqu'à 87 % des trousse, tandis que les plus jeunes n'en retournent que 68 %. Les trousse ont été optimisées par l'utilisation d'un langage directif et valorisant, une campagne sur les médias sociaux et des appels téléphoniques. Les personnes qui obtiennent un résultat positif pour « VPH autres » (types à haut risque autres que le VPH 16 et le VPH 18) sont dirigées vers des fournisseurs de soins pour un suivi, mais certaines personnes qui choisissent l'auto-prélèvement ne sont pas rattachées et risquent d'être perdues au suivi. Le fait de s'assurer que ces patient·es soient orienté·es vers un fournisseur local pour un suivi permet de garantir que toute personne nécessitant un suivi ait accès aux soins. Les personnes ayant un résultat positif pour le VPH 16 ou 18 sont orientées directement vers une colposcopie.³³ La Colombie-Britannique a lancé un programme provincial d'auto-prélèvement en janvier 2024.

Expérience de l'Île-du-Prince-Édouard avec l'auto-prélèvement

L'Île-du-Prince-Édouard a mené, à l'été 2024, un projet pilote d'auto-prélèvement de trois mois dans divers milieux cliniques, y compris des cliniques traditionnelles de dépistage du cancer du col, des cliniques de soins primaires, des cliniques communautaires autochtones et une clinique de santé sexuelle. Les patient·es ont reçu sur place des trousse d'auto-prélèvement et du matériel éducatif, et on leur a demandé d'effectuer le test immédiatement. Environ 400 tests ont été recueillis. Le recrutement a été facile et les patient·es ont déclaré être à l'aise avec le test. Un élément clé ayant permis de réaliser ce projet pilote fut le plaidoyer et un changement législatif autorisant les infirmières à effectuer le suivi et à orienter les patient·es vers une colposcopie. L'Île-du-Prince-Édouard a le taux le plus élevé de patient·es non rattaché·es au Canada, jusqu'à 40 %, incluant de nombreux nouveaux arrivants. Sans la possibilité pour les infirmières de référer les personnes nécessitant une colposcopie, une grande partie de ces patient·es auraient risqué d'être perdu·es au suivi.

La province a également constaté qu'une éducation importante est nécessaire tant pour les fournisseurs que pour les patient·es. Les fournisseurs ont rencontré des difficultés à comprendre les

critères d'inclusion/exclusion et préféreraient une normalisation nationale très claire. La durabilité est aussi un enjeu majeur; le processus du projet pilote ne serait pas viable à l'échelle provinciale sans la supervision du programme de dépistage du col de l'utérus pour assurer un suivi approprié.

Apprendre de l'expérience d'autres pays

Une étude de modélisation précoce menée aux Pays-Bas³⁵ suggère que si un test du VPH hautement sensible est utilisé et que la participation augmente, surtout parmi les personnes à plus haut risque de développer un cancer du col, l'auto-prélèvement entraînera toujours un gain net en années de vie et en années de vie ajustées selon la qualité à l'échelle de la population, même si toutes les personnes se font dépister par auto-prélèvement et qu'aucune n'opte pour le prélèvement en clinique. Certaines préoccupations existent toutefois : une légère baisse de la sensibilité des tests du VPH sur les échantillons auto-prélevés par rapport à ceux prélevés par un clinicien, combinée à une préférence accrue pour l'auto-prélèvement et une participation insuffisante des populations à haut risque, pourrait réduire ou annuler l'avantage populationnel.

Cependant, les données de l'Australie contredisent cette inquiétude. Les premières études de validation des écouvillons auto-prélevés pour le VPH par rapport aux écouvillons prélevés en clinique ont montré une bonne concordance et sensibilité entre les échantillons.³⁶ Le Programme national australien de dépistage du col de l'utérus (NCSP) a ensuite mené une étude en conditions réelles de janvier à juin 2022, comparant les écouvillons auto-prélevés et ceux prélevés par clinicien auprès de personnes sous-dépistées ou jamais dépistées. Les résultats ont montré un taux équivalent de détection du VPH.³⁷ Le NCSP a élargi le programme à l'ensemble de la population australienne à la mi-2022 et, au premier trimestre de 2025, 40 % des tests de dépistage du VPH y sont auto-prélevés.³⁷

Auto-prélèvement pour les personnes les plus à risque de cancer du col

L'auto-prélèvement pour le VPH est particulièrement bénéfique pour les populations à risque de non-dépistage, et il peut contribuer à améliorer l'équité en matière de participation au dépistage du cancer du col. Ces populations incluent les communautés éloignées ou rurales, les populations autochtones et nordiques, les nouveaux·elles arrivant·es au Canada, les personnes 2SLGBTQIA+, ainsi que toute population marginalisée. L'équité ne signifie pas que tout le monde fait exactement la même chose partout - cela signifie que chaque milieu reçoit les ressources les plus appropriées à sa situation, ce qui peut impliquer des outils et des étapes différents. Il est essentiel, mais difficile, de comprendre pourquoi certaines personnes choisissent de ne pas se faire dépister.

La distribution des trousse d'auto-prélèvement pour le dépistage du col peut se faire par envoi postal, par ramassage au bureau d'un fournisseur, par invitations et rappels électroniques, ainsi que par l'offre de lieux et d'horaires de dépistage plus pratiques.³³

Éducation sur le dépistage du VPH

Il faut sensibiliser les fournisseurs de soins de santé ainsi que le public concernant le dépistage du VPH. Un sondage national mené auprès de 3 724 Canadien·nes admissibles au dépistage (dont 1 853 femmes sous-dépistées, définies comme n'ayant jamais été dépistées ou dépistées il y a plus de 3 ans) a examiné les connaissances, attitudes et préférences des femmes à propos de la transition du test Pap

vers le test du VPH.³⁸ Les résultats ont montré que les barrières personnelles réduisent la probabilité de participation au dépistage, alors que la confiance envers le dépistage basé sur le VPH et un sentiment d'autonomie augmentent l'intention de participer, tant chez les personnes suffisamment dépistées que sous-dépistées. Les facteurs attitudinaux (croyances et obstacles perçus) étaient de meilleurs prédicteurs de l'acceptabilité du dépistage que les caractéristiques sociodémographiques ou les connaissances, qui montraient des effets mitigés. Il est essentiel que les Canadien·nes comprennent les données probantes soutenant le début plus tardif du dépistage et les intervalles plus longs avec le test du VPH. Des messages responsabilisants qui mettent l'accent sur l'autonomie et la confiance, tels que « le dépistage du col est entre vos mains » et « simple, sécuritaire et peut se faire à domicile », sont recommandés. De plus, la plupart des femmes préféraient recevoir de l'information sur le cancer du col et le dépistage de la part des autorités de santé publique provinciales, puis des professionnel·les de santé. La majorité préférait également recevoir les invitations, rappels et résultats par courriel. Cela souligne l'importance de lier la technologie à la mise en œuvre du dépistage du VPH. Enfin, un enjeu pratique est que plusieurs Canadiennes n'ont pas de médecin de famille. Parmi les femmes sous-dépistées, 35 % n'avaient pas de fournisseur de soins, contre 16 % dans le groupe suffisamment dépisté.

Accroître la sensibilisation et réduire les obstacles dans les populations sous-dépistées peut être facilité par des approches de communication ciblées et culturellement pertinentes, élaborées en partenariat avec des professionnel·les de la santé et des communautés.³³

Il est aussi recommandé d'établir des partenariats avec des organismes qui desservent des populations vulnérables et mal desservies, avec des outils éducatifs adaptés aux groupes spécifiques.
P. ex. culture, niveau d'éducation, âge, langue, format, médias, etc.

Collecte centralisée de données

Des registres de population de grande qualité, complets et représentatifs sont nécessaires pour suivre et analyser les données sur l'immunisation contre le VPH, le dépistage du col de l'utérus et les cancers liés au VPH dans la population. Les registres remplissent plusieurs fonctions, notamment:

- Évaluer la couverture vaccinale et son évolution dans le temps, afin de cibler les interventions pour améliorer les taux de vaccination dans des populations définies.
- Évaluer la participation au dépistage du col et les caractéristiques démographiques des personnes participantes, y compris l'identification de celles qui n'ont jamais été dépistées ou qui sont en retard de dépistage. Ces personnes peuvent être ciblées par des campagnes d'invitation, de rappels, de sensibilisation sur les médias sociaux et d'activités communautaires via des prestataires et leaders de confiance.
- Surveiller avec précision le succès des programmes de vaccination et de dépistage sur la base des résultats cliniques. Où observons-nous des réussites (p. ex., réduction des maladies liées au VPH) et où devons-nous concentrer nos efforts pour obtenir un bénéfice populationnel global?
- Prédire les besoins futurs et y répondre de manière éclairée par les données.

Certaines provinces disposent de registres pour suivre la vaccination et le dépistage, tandis que d'autres n'en ont pas. Ces registres sont précieux, car ils permettent d'identifier les segments de population nécessitant une attention accrue afin d'augmenter leurs taux de dépistage et de vaccination.

Suivi des personnes ayant un test positif au VPH

La colposcopie, un examen clinique du col, du vagin et de la vulve à l'aide d'une lentille grossissante, est l'examen de suivi standard après un résultat positif à un test de dépistage du col, incluant le test du VPH. L'accès à la colposcopie et la volonté de poursuivre le suivi sont essentiels pour réduire l'incidence du cancer. Chaque province et territoire a ses propres critères pour l'orientation vers les services de colposcopie,³⁹ et la localisation des cliniques ainsi que les temps d'attente varient d'une région à l'autre.

Il n'existe actuellement aucune approche normalisée pour recueillir et surveiller les données sur les soins de suivi au Canada. Les juridictions mal desservies sont particulièrement vulnérables au manque de suivi. Le partage des leçons tirées des régions qui ont trouvé des solutions pour répondre aux besoins des populations mal desservies peut contribuer à améliorer l'accès équitable aux soins de suivi.

RECOMMANDATIONS : DÉPISTAGE

1. Recueillir et partager l'expérience et l'expertise développées dans différentes juridictions.
2. Élaborer et évaluer une approche complète et multidimensionnelle qui inclut des stratégies adaptées aux nombreuses populations du Canada : nouveaux Canadiens; Inuits, Métis et peuples autochtones; populations du Nord, éloignées et rurales; quartiers à faible revenu; personnes 2ELGBTQIA+; personnes de certaines races et ethnies (minorités visibles, personnes noires); et autres.
3. Mettre en œuvre le test de dépistage du VPH et évaluer des initiatives ciblées et culturellement pertinentes d'éducation, d'information et de sensibilisation sur l'importance du dépistage et du suivi. Une attention particulière devrait être portée aux populations sous-dépistées.
4. Identifier, développer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies ciblées pour réduire les inégalités et améliorer l'accessibilité au dépistage du cancer du col de l'utérus. Soutenir la création de registres provinciaux afin d'identifier plus efficacement les personnes non dépistées ou sous-dépistées et permettre la mise en place de stratégies et de mesures ciblées pour encourager le dépistage. Les registres peuvent également améliorer et soutenir le suivi des résultats anormaux ainsi que l'orientation vers la colposcopie.
5. Soutenir et encourager les partenariats, les collaborations, le partage d'expérience et de ressources pour surmonter les obstacles.
6. Soutenir les professionnels de la santé afin d'augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le dépistage par test VPH détecte davantage de lésions précancéreuses.

Le traitement des pré-cancers sauve des vies et est efficace.

Annexe 1 : Membres du comité consultatif

Présidence

Shannon Salvador, MD, MSc, FRCSC

Présidente, Société des oncologues gynécologiques du Canada

Professeure agrégée, Université McGill

Oncologie gynécologique, Hôpital général juif

Montréal (Québec)

Membres

James Bentley, MBChB, FRCSC

Professeur, Division d'oncologie gynécologique, chef du département d'obstétrique et gynécologie, Université Dalhousie

Halifax (Nouvelle-Écosse)

Vivien Brown, MDCM, CCFP, FCFP, MSCP

Médecin de famille

Professeure adjointe, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto

Présidente, Groupe de travail sur le VPH à la Fédération des femmes médecins du Canada

Toronto (Ontario)

Monique A. Bertrand, MD, FRCSC

Professeure émérite, Département d'obstétrique et de gynécologie

Université Western

London (Ontario)

Céline Bouchard, MD, FRCSC

Obstétricienne-gynécologue, directrice de la Clinique de recherche en santé de la femme

Québec (Québec)

Jennifer Brown Broderick, MD, MSc, FRCSC, DABOG

Professeure adjointe, Département d'oncologie, Université de la Saskatchewan

Agence du cancer de la Saskatchewan

Saskatoon (Saskatchewan)

Catriona Buick, RN, PhD, CON(C)

Présidente, Association canadienne des infirmières en oncologie

Professeure adjointe, Université York

Infirmière clinicienne-chercheuse en oncologie, Centre du cancer Odette

Scientifique associée, Institut de recherche Sunnybrook

Toronto (Ontario)

Krista Cassell, MD, FRCSC

Gynécologue, Hôpital Queen Elizabeth, Charlottetown

Professeure agrégée, Département d'obstétrique et gynécologie, Université Dalhousie

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Genevieve Chaput

Médecin traitant, Centre universitaire de santé McGill
Présidente, Groupe d'intérêt sur les soins du cancer, Collège des médecins de famille du Canada

Kelly Cull

Directrice, Défense des intérêts, Société canadienne du cancer
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Sheri Fitzpatrick-Poulain

Responsable du portefeuille VPH, Fédération des femmes médecins du Canada
Vancouver (Colombie-Britannique)

Diane Francoeur, MD, FRCSC

Professeure clinicienne agrégée, Faculté de médecine, Département d'obstétrique et gynécologie, Université de Montréal
Sainte-Justine (Québec)

Manjula Ganesh

Partenaire-patiente
Toronto (Ontario)

Ronald Grimshaw, MD, FRCSC

Professeur associé à la retraite, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Dave Hawkes, PhD

Directeur, Laboratoire de référence australien pour le VPH
Centre australien pour la prévention du cancer du col de l'utérus
Melbourne (Australie)

Sarah Kean, MD, FRCSC

Professeure adjointe, Division d'oncologie gynécologique, Département d'obstétrique, gynécologie et sciences de la reproduction, Collège de médecine, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Eileen Kilfoil, MS

Gestionnaire, Programmes de dépistage du cancer, Programme de soins oncologiques de la Nouvelle-Écosse
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Roni Kraut CPA, MD, CCFP, MSc

Médecin de famille
Professeure adjointe, Département de médecine familiale, Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Amélie McFadyen, MA

Directrice générale, Action mondiale VPH
Montréal (Québec)

Meg McLachlin, MD, FRCPC
Professeure émérite, Pathologie
Université Western
London (Ontario)

Marie-Hélène Mayrand, MD, PhD, FRCSC
Gynécologue, Département d'obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Professeure, Département d'obstétrique-gynécologie, Université de Montréal
Montréal (Québec)

Lananh Nguyen, MSc, MD
Professeure agrégée, Département de médecine de laboratoire et pathobiologie, Université de Toronto
Médecine de laboratoire et pathologie, Unity Health Toronto
Toronto (Ontario)

Se-Inyenede Onobrakpor, MD, MPH, MHM, CHE
Gestionnaire de programme, Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus de l'Alberta
Calgary (Alberta)

Elizabeth Pavlovic, BN, RN, MN, NP
Professeure adjointe d'enseignement, Faculté des sciences infirmières, Université du Nouveau-Brunswick
Moncton (Nouveau-Brunswick)

Samara Perez
Psychologue et clinicienne-chercheuse, Centre du cancer Cedars, Centre universitaire de santé McGill
Professeure adjointe, Département d'oncologie, Université McGill

Catherine Popadiuk, MD, FRCSC
Responsable provinciale, Présidente de Terre-Neuve, Fondation canadienne pour la santé des femmes
Professeure agrégée, Responsable du DPC, Obstétrique et gynécologie, Université Memorial
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

Lily Proctor, MD, FRCSC
Oncologue gynécologique, BC Cancer Agency et Hôpital général de Vancouver
Directrice médicale, Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, BC Cancer
Vancouver (Colombie-Britannique)

Brandon Purcell
Gestionnaire, Défense des intérêts, Société canadienne du cancer
Ottawa (Ontario)

Carla Roberts, MD, FRCSC
Gynécologue, Hôpital de Moncton
Moncton (Nouveau-Brunswick)

Gilla K. Shapiro, MPA/MPP, PhD, CPsych
Psychologue et clinicienne-chercheuse, Département des soins de soutien, Centre du cancer Princess Margaret
Professeure adjointe, Département de psychiatrie et École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Chantal Sauvageau, MD, MSc, FRCPC

Institut national de santé publique du Québec

Professeure, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval

Chercheuse, Centre de recherche du CHU de Québec–Université Laval

Québec (Québec)

Joanne Sivertson, MD, FRCSC

Chef provincial du département d'obstétrique et gynécologie, Saskatchewan Health Authority & Université de la Saskatchewan

Conseillère médicale, Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus de la Saskatchewan, Agence du cancer de la Saskatchewan

Prince Albert (Saskatchewan)

Cidalia Sluce

Gestionnaire nationale, Société des oncologues gynécologiques du Canada

Winnipeg (Manitoba)

Helena Sonea

Directrice, Défense des intérêts, Société canadienne du cancer

Ottawa (Ontario)

Anna N. Wilkinson, MSc, MD, CCFP, FCFP

Professeure agrégée, Université d'Ottawa, Département de médecine familiale

Médecin de famille, Équipe de santé familiale universitaire d'Ottawa

Médecin de famille en oncologie, Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa

Directrice de programme, Résidence en oncologie pour médecins de famille (PGY-3)

Karla Willows, MD, MSc, FRCSC

Présidente, Société canadienne de colposcopie

Professeure adjointe, Université Dalhousie

Oncologue gynécologique, Santé Nouvelle-Écosse

Halifax (Nouvelle-Écosse)

Carmen Wyton

Présidente, Coalition canadienne pour la santé des femmes

St. Albert (Alberta)

Adrienne Zuck, RN

Centre de santé communautaire Four Directions

Regina (Saskatchewan)

Références

1. Canadian Cancer Statistics Advisory Committee, Canadian Cancer Society, Statistics Canada, Public Health Agency of Canada. *Canadian Cancer Statistics 2023 [Internet]*.; 2023. Accessed April 18, 2025. <https://cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2023-EN>.
2. CDC. Cancers Caused by HPV. Human Papillomavirus (HPV). March 3, 2025. Accessed April 18, 2025. <https://www.cdc.gov/hpv/about/cancers-caused-by-hpv.html>
3. Collier R. Mouth and throat cancers from HPV on rise in men. *CMAJ*. 2016;188(17-18):E419-E420. doi:10.1503/cmaj.109-5347.
4. Maldonado I, Plata M, Gonzalez M, et al. Effectiveness, immunogenicity, and safety of the quadrivalent HPV vaccine in women and men aged 27-45 years. *Hum Vaccin Immunother*. 2022 Nov 30;18(5):2078626. doi: 10.1080/21645515.2022.2078626.
5. Saraiya M, Unger ER, Thompson TD, et al. US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(6):djv086. doi:10.1093/jnci/djv086
6. Canadian Partnership Against Cancer. *Action Plan for the Elimination of Cervical Cancer in Canada 2020-2030*.; 2019.
7. Li Y, Xu C. Human Papillomavirus-Related Cancers. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1018:23-34. doi:10.1007/978-981-10-5765-6_3
8. Government of Canada, Public Health Agency. Updated recommendations on human papillomavirus vaccines. October 11, 2024. Accessed April 19, 2025. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/vaccines-immunization/national-advisory-committee-immunization-updated-recommendations-hpv-vaccines.html>
9. Dubé E, Gagnon D, Clément P, et al. Challenges and opportunities of school-based HPV vaccination in Canada. *Hum Vaccines Immunother*. 2019;15(7-8):1650-1655. doi:10.1080/21645515.2018.1564440
10. Sharma S, Chauhan D, Kumar S, Kumar R. Impact of HPV strains on molecular mechanisms of cervix cancer. *Microb Pathog*. 2024;186:106465. doi:10.1016/j.micpath.2023.106465
11. Government of Canada, Public Health Agency. Human papillomavirus (HPV) vaccines: Canadian Immunization Guide. July 18, 2007. Accessed April 19, 2025. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-9-human-papillomavirus-vaccine.html>
12. Shapiro GK, Perez S, Rosberger Z. Including males in Canadian human papillomavirus vaccination programs: a policy analysis. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2016;188(12):881-886. doi:10.1503/cmaj.150451
13. Jach R, Galarowicz B, Huras H, et al. Vertical transmission of HPV in pregnancy. A prospective clinical study of HPV-positive pregnant women. *Ginekol Pol*. 2014;85(9):672-676.

14. Petca A, Borislavski A, Zvanca ME, Petca RC, Sandru F, Dumitrascu MC. Non-sexual HPV transmission and role of vaccination for a better future (Review). *Exp Ther Med*. 2020;20(6):186. doi:10.3892/etm.2020.9316
15. Vogel L. HPV not just a young woman's problem. *CMAJ*. 2017;189(10):E416-E417. doi:10.1503/cmaj.1095398
16. Canadian Partnership Against Cancer. Data tables for the Eliminating cervical cancer in Canada digital report. Canadian Partnership Against Cancer. Accessed April 22, 2025. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/ecc-data/>
17. Perez S. Progress and Challenges in Canada's Path Toward the Elimination of Cervical Cancer. *Curr Oncol Tor Ont*. 2024;31(10):5850-5861. doi:10.3390/curroncol31100435
18. Canadian Partnership Against Cancer. HPV vaccine access in Canada, 2022. Canadian Partnership Against Cancer. 2022. Accessed April 19, 2025. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/hpv-vaccine-access-2022/>
19. Government of Canada, Public Health Agency. Adult National Immunization Coverage Survey (aNICS): 2023 results. January 17, 2024. Accessed April 19, 2025. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccines/vaccination-coverage/adult-national-immunization-coverage-survey-2023-results.html>
20. Government of Canada, Public Health Agency. Provincial and territorial routine and catch-up vaccination schedule for infants and children in Canada. January 2025. Accessed April 28, 2025. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/provincial-territorial-immunization-information/provincial-territorial-routine-vaccination-programs-infants-children.html>
21. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M, HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 2019;394(10197):497-509. doi:10.1016/S0140-6736(19)30298-3
22. Donken R, van Niekerk D, Hamm J, et al. Declining rates of cervical intraepithelial neoplasia in British Columbia, Canada: An ecological analysis on the effects of the school-based human papillomavirus vaccination program. *Int J Cancer*. 2021;149(1):191-199. doi:10.1002/ijc.33513
23. Forbes N, Montroy J, Salvadori MI, Dubey V, National Advisory Committee on Immunization (NACI). Summary of the National Advisory Committee on Immunization (NACI) Statement: Updated guidance on human papillomavirus (HPV) vaccines. *Can Commun Dis Rep*. 2024;50(12):419-425. doi:10.14745/ccdr.v50i12da01
24. Drolet M, Laprise JF, Chamberland É, et al. Switching from a 2-dose to a 1-dose program of gender-neutral routine vaccination against human papillomavirus in Canada: a mathematical modelling analysis. *CMAJ*. 2024;196(33):E1136-E1143. doi:10.1503/cmaj.240787
25. Mazereeuw MV, Withrow DR, Diane Nishri E, Tjepkema M, Marrett LD. Cancer incidence among First Nations adults in Canada: follow-up of the 1991 Census Mortality Cohort (1992-2009). *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. 2018;109(5-6):700-709. doi:10.17269/s41997-018-0091-0

26. Mazereeuw MV, Withrow DR, Nishri ED, Tjepkema M, Vides E, Marrett LD. Cancer incidence and survival among Métis adults in Canada: results from the Canadian census follow-up cohort (1992-2009). *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2018;190(11):E320-E326. doi:10.1503/cmaj.170272
27. Simkin J, Smith L, van Niekerk D, et al. Sociodemographic characteristics of women with invasive cervical cancer in British Columbia, 2004-2013: a descriptive study. *CMAJ Open*. 2021;9(2):E424-E432. doi:10.9778/cmajo.20200139
28. Ezeife DA, Padmore G, Vaska M, Truong TH. Ensuring equitable access to cancer care for Black patients in Canada. *CMAJ*. 2022;194(41):E1416-E1419. doi:10.1503/cmaj.212076
29. Canadian Cancer Society. Human papillomavirus. Canadian Cancer Society. Accessed April 19, 2025. <https://cancer.ca/en/cancer-information/reduce-your-risk/get-vaccinated/human-papillomavirus-hpv>
30. Canadian Cancer Society. Canadian Cancer Statistics: A 2024 special report on the economic impact of cancer in Canada. Canadian Cancer Society. December 12, 2024. Accessed April 19, 2025. <https://cancer.ca/en/cancer-information/resources/publications/canadian-cancer-statistics-a-2024-special-report-on-the-economic-impact-of-cancer-in-canada>
31. Fleider LA, de los Angeles Tinnirello M, Gómez Cherey F, et al. High sensitivity and specificity rates of cobas® HPV test as a primary screening test for cervical intraepithelial lesions in a real-world setting. *PLOS ONE*. 2023;18(2):e0279728. doi:10.1371/journal.pone.0279728
32. Ogilvie GS, van Niekerk D, Krajden M, et al. 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*. 2018 Jul 3;320(1):43-52. doi: 10.1001/jama.2018.7464. Erratum in: *JAMA*. 2018 Dec 4;320(21):2273. doi: 10.1001/jama.2018.17912.
33. Descamps P, Dixon S, Bosch Jose FX, et al. Turning the tide—Recommendations to increase cervical cancer screening among women who are underscreened. *Int J Gynecol Obstet*. 2024;166(S1):3-21. doi:10.1002/ijgo.15600
34. Gentile L, Smith L, Smith L, et al. Implementation of human papillomavirus primary screening for cervical cancer in BC. *BCM J*, vol. 66 , No. 10 , December 2024 , Pages 375-380.
35. Rozemeijer K, de Kok IMCM, Naber SK, et al. Offering Self-Sampling to Non-Attendees of Organized Primary HPV Screening: When Do Harms Outweigh the Benefits? *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2015;24(5):773-782. doi:10.1158/1055-9965.EPI-14-0998
36. Saville M, Hawkes D, Keung M, et al. Analytical performance of HPV assays on vaginal self-collected vs practitioner-collected cervical samples: the SCoPE study. *J Clin Virol Off Publ Pan Am Soc Clin Virol*. 2020;127:104375. doi:10.1016/j.jcv.2020.104375
37. Australian Government, Department of Health D and A. Update on cervical screening self-collection uptake. June 16, 2025. Accessed July 15, 2025. <https://www.health.gov.au/resources/publications/update-on-cervical-screening-self-collection-uptake?language=en>

38. Haward B, Tatar O, Zhu P, et al. Are Canadian Women Prepared for the Transition to Primary HPV Testing in Cervical Screening? A National Survey of Knowledge, Attitudes, and Beliefs. *Curr Oncol.* 2023 Jul 24;30(7):7055-7072. doi: 10.3390/curroncol30070512. PMID: 37504372; PMCID: PMC10378227.
39. Canadian Partnership Against Cancer. Colposcopy services in Canada 2023-24. Canadian Partnership Against Cancer. Accessed May 2, 2025.
<https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/cervical-screening-canada-2023-2024/colposcopy-services/>