

Le VPH au Canada

des réponses à vos questions



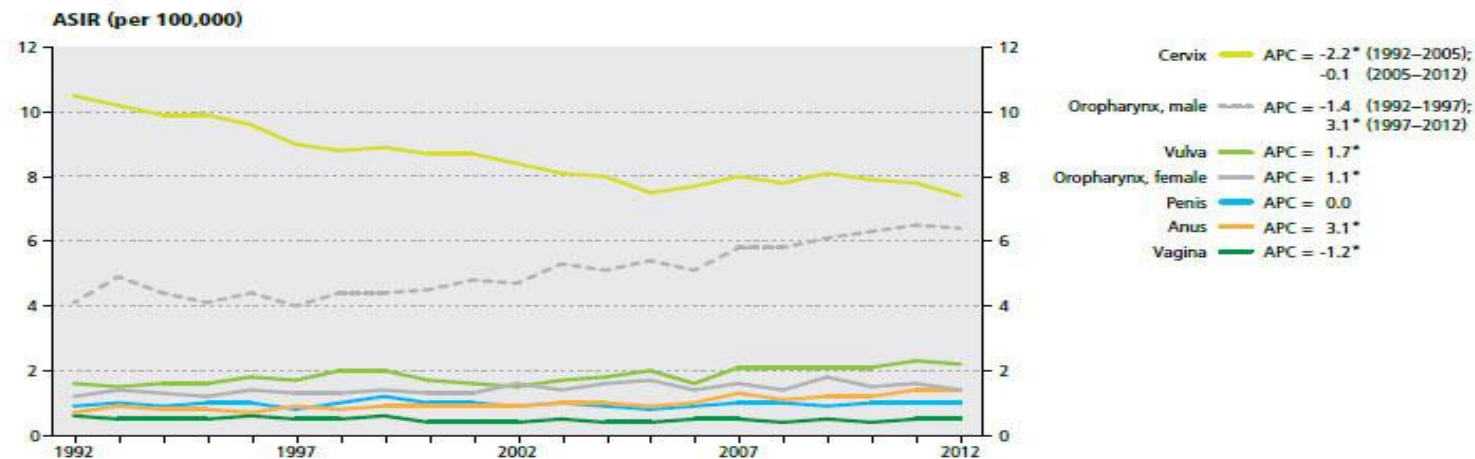
Marc Steben, MD

- *Membre, International society for STD research*
- *Co-Président, STI & HIV 2025 World congress*
- *Président, Comité d'éducation et membre du Board, International Papillomavirus society*
- marc@marcsteben.com

Divulgation de conflits d'intérêt potentiels depuis 5 ans	Compagnie/ Organisation
Je suis membre d'un Comité Aviseur ou l'équivalent d'une organisation commerciale.	Merck, GSK.
Je suis membre d'un Bureau de Conférenciers.	Merck, GSK.
J'ai reçu un paiement d'une organisation (incluant des cadeaux ou autre considération ou une compensation d'autre forme que financière).	Abbott, Attila, NCI, Hologic, GSK, Laboratoire médical Biron, Merck, Roche molecular systems.
J'ai reçu un octroi ou un honoraire d'une organisation commerciale.	Abbott, Hologic, GSK, Hologic, Laboratoire Médical Biron, Linepharma, Lupin, Merck, Paladin, Roche molecular systems.
J'ai reçu des honoraires et je co-préside	VPH action globale
Je possède un brevet sur un produit référé dans le programme de EMC ou dans le marketing d'une organisation commerciale.	Non.
Je possède un investissement dans une organisation pharmaceutique ou une compagnie d'instruments médicaux ou une compagnie de communication.	Je possède Communications Action-Santé Inc.. Je ne possède pas d'actions hors de fonds mutuels.
J'ai participé à un essai clinique depuis 2 ans.	Project PAVE National Cancer

Un seul des 6 plus importants cancers liés au VPH peut être dépisté

FIGURE 7.3 Trends in age-standardized incidence rates (ASIR) and annual percent change (APC)¹ for HPV-associated cancers², Canada, 1992–2012³



* Significant increase or decrease in APC, $p < 0.05$

¹ APCs refer to 1992–2012 calendar years, unless there was a changepoint, in which case the applicable years are indicated.

² Includes selected topographies and morphologies. Refer to Table A12 for definitions.

³ Actual incidence data were available to 2012 for all provinces and territories except Quebec, for which data were available to 2010 and carried forward thereafter.

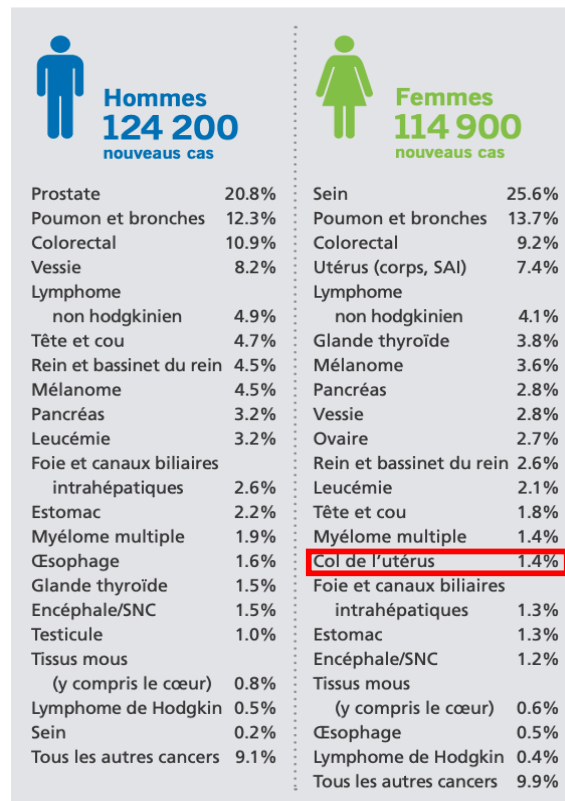
Note: Rates are age-standardized to the 2011 Canadian population.

Analysis by: Health Statistics Division, Statistics Canada

Data source: Canadian Cancer Registry database at Statistics Canada

- Ces dernières années, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus a augmenté.
- Il s'agit de la première augmentation significative depuis 1984.
- Après un déclin de 30 ans, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus augmente de 3,7 % par an depuis 2015!

FIGURE 1.2 Distribution en pourcentage des nouveaux cas de cancer projetés, selon le sexe, Canada*, 2023



SNC=système nerveux central; SAI = sans autre indication

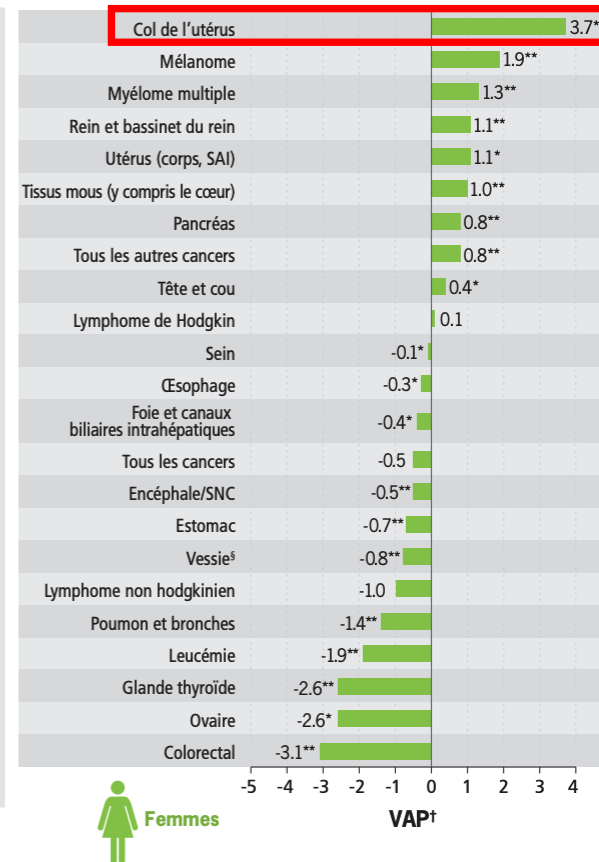
* Le Québec est inclus dans les cas, en raison de son importance dans la détermination du nombre total national projeté.

Nota : Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

Sources : Registre canadien du cancer à Statistique Canada

FIGURE 1.7 Variation annuelle en pourcentage (VAP)[†] la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec[‡]), 1984-2019



Femmes

VAP[†]

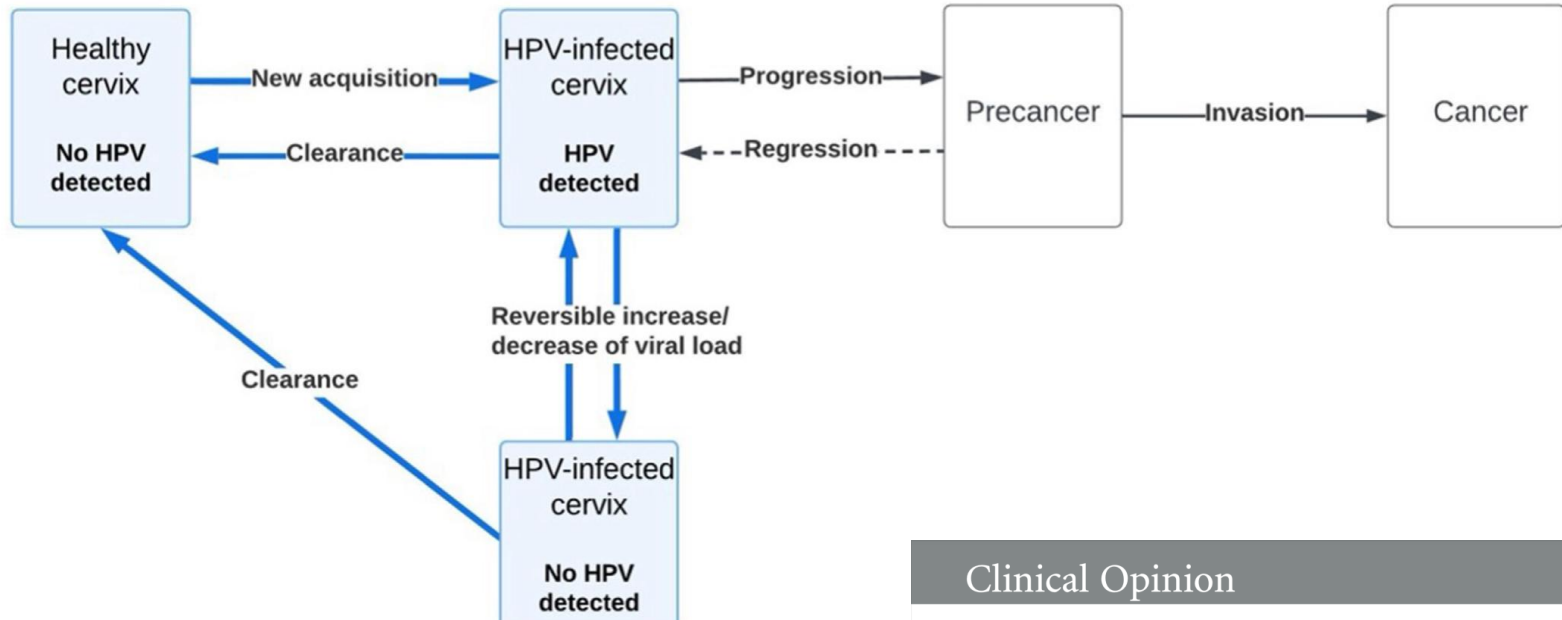
FIGURE 1

The simplified and updated understanding of the HPV natural history

A Simplified natural history



B Updated natural history



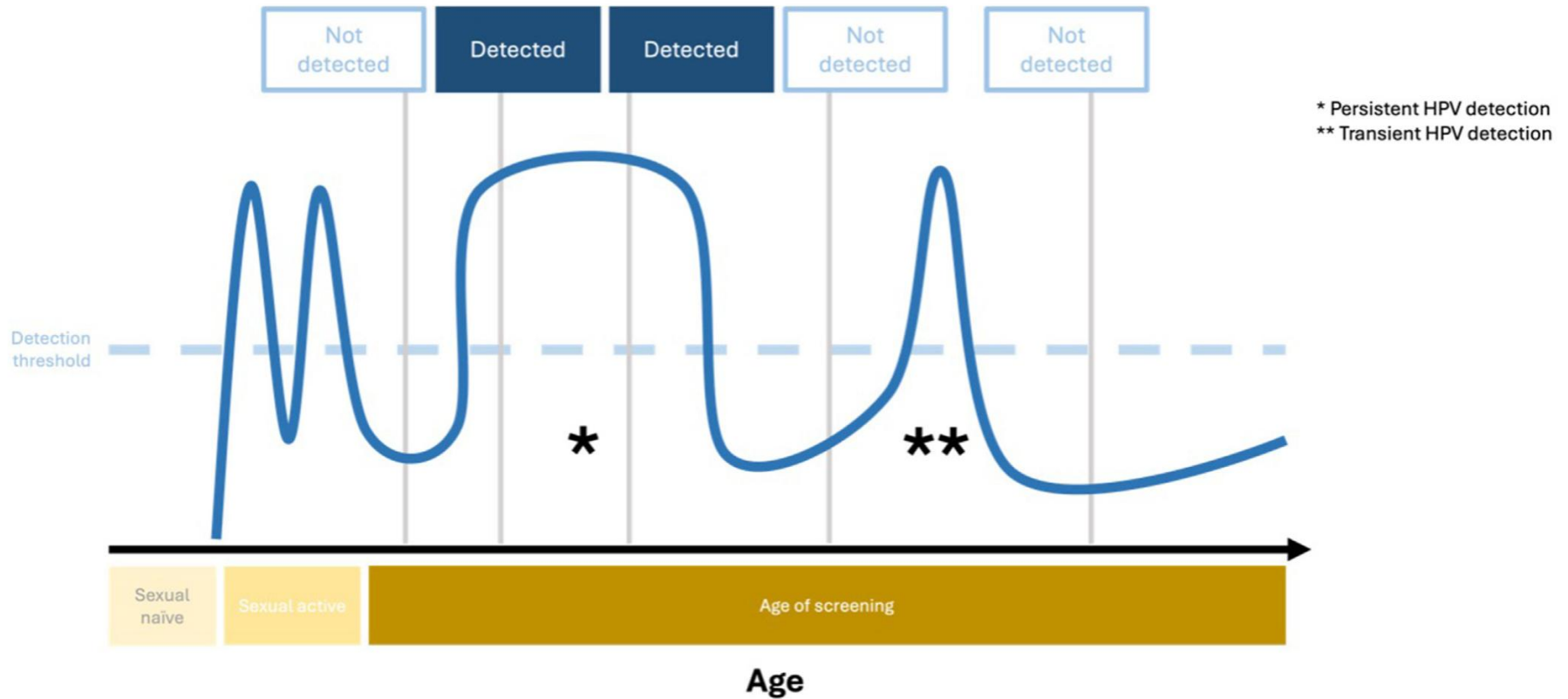
Clinical Opinion

An updated understanding of the natural history of cervical human papillomavirus infection—clinical implications

Kathrine D. Lycke, MD, PhD; Marc Steben, MD; Suzanne M. Garland, MD; Yin Ling Woo, MD, PhD; Margaret E. Cruickshank, MD; Rebecca B. Perkins, MD, MSc; Neerja Bhatla, MD; Marc D. Ryser, PhD; Patti E. Gravitt; Anne Hammer, MD, PhD; on behalf of the IPVS policy committee

FIGURE 3

An example of HPV natural history across a woman's life span



Clinical Opinion

ajog.org

An updated understanding of the natural history of cervical human papillomavirus infection—clinical implications

Kathrine D. Lycke, MD, PhD; Marc Steben, MD; Suzanne M. Garland, MD; Yin Ling Woo, MD, PhD; Margaret E. Cruickshank, MD; Rebecca B. Perkins, MD, MS; Neerja Bhatla, MD; Marc D. Ryser, PhD; Patti E. Gravitt; Anne Hammer, MD, PhD; on behalf of the IPVS policy committee

Énoncé de principes de l'IPVS

Une meilleure compréhension de l'histoire naturelle de l'infection cervicale par le VPH Ses implications cliniques

- Détecté vs Non détecté
 - Au lieu de + ou -

HPV négatif > HPV positif	HPV positif > HPV négatif
Acquisition	Élimination complète
Réactivation virale d'une infection latente au VPH	Latence virale
Re-détection d'une infection de faible niveau	Contrôle immunitaire d'une infection en dessous de la limite de détection
Auto-inoculation	
Dépôt	

Clinical Opinion

ajog.org

An updated understanding of the natural history of cervical human papillomavirus infection—clinical implications

Kathrine D. Lycke, MD, PhD; Marc Steben, MD; Suzanne M. Garland, MD; Yin Ling Woo, MD, PhD; Margaret E. Cruickshank, MD; Rebecca B. Perkins, MD, MSc; Neerja Bhatla, MD; Marc D. Ryser, PhD; Patti E. Gravitt; Anne Hammer, MD, PhD; on behalf of the IPVS policy committee

Populations vulnérables

Personnes médicalement vulnérables

- Les personnes vivant avec:
 - Le VIH
 - Transplantation
 - Suppression immunitaire
 - Maladie auto-immune
 - Cancer
- Dans les cliniques ITSS
- Partenaires des personnes VPH+
- Personnes non vaccinées contre le VPH

Personnes socialement vulnérables

- Personnes ayant des problèmes de santé mentale
- Personnes de la rue ou sans abri
- Migrants, réfugiés et personnes déplacées
- Premières Nations
- Personnes ayant moins accès aux soins et à l'éducation
- Les gens en institution carcérale ou autres
- Personne du dernier km/mile

VPH

Limites des mesures de prévention primaire

- Prévention primaire autre que le vaccin prophylactique
 - = protection avant l'exposition
 - = limitation de l'infection
 - L'abstinence protège... tant qu'elle dure
 - La plupart des gens deviendront sexuellement actifs
 - Le mariage ne protège pas contre le VPH
 - Les préservatifs sont efficaces, mais loin d'être parfaits
- 10
- Les parents sous-estiment le comportement sexuel de leur adolescent¹
 - Trop tard pour optimiser les bénéfices du vaccin contre le VPH !



VPH

Limites des mesures de prévention secondaire

- Prévention secondaire
- = protection après une exposition potentielle
- = limitation des conséquences de l'infection
- Pas de test de dépistage du VPH comme pour le VIH
- Pas de traitement après contact sexuel
- Pas de prophylaxie post-exposition
- Pas d'option antivirale prophylactique comme pour le VIH

- Pas de test ni de traitement curatif pour une personne ayant présenté une lésion
- Le test Pap permet de dépister les complications du VPH persistant à haut risque uniquement au niveau du col de l'utérus

- La plupart des personnes infectées sont asymptomatiques
- La grande majorité des gens qui guérissent de leurs lésions resterait infectée



VPH

Comparaison des mesures préventives

- Comparée à la prévention secondaire, la prévention primaire est toujours :
- Moins chère
- Plus équitable
- Plus efficace
- Plus accessible

Exemples:

Prévention primaire	Prévention secondaire
Ceinture de sécurité, lois sur la vitesse maximale et consommation d'alcool	Ambulances et salles d'urgence modernes
Condoms	Médicaments antirétroviraux

DISCUSSION

Existe-t-il des conditions pour lesquelles nous préférons limiter « l'acquisition » plutôt que prévenir la « maladie » ?





La recommandation de vacciner repose sur des connaissances ET une compétence communicationnelle

- La recommandation du clinicien est la plus importante raison pour laquelle un patient accepte de se faire vacciner!



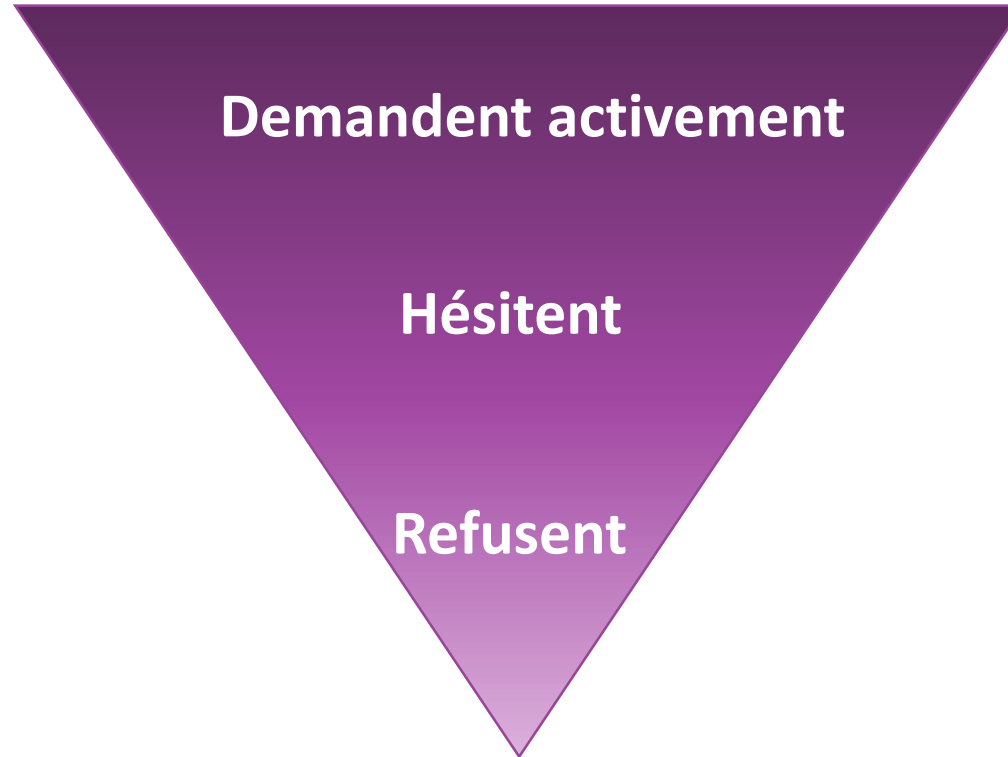
Allons-nous accepter catégoriquement que nous sommes en train de perdre la guerre de la communication ?

« Je suis désolé, Jeannie, ta réponse était correcte, mais Kevin a crié sa mauvaise réponse par-dessus la tienne, donc c'est lui qui obtient les points. »

Les articles erronés attirent plus l'attention que les articles vrais!
Jusqu'à 7 fois plus de partage si la nouvelle est négative
On n'entend pas parler des avions qui restent dans les airs!



L'acceptation de la vaccination par les patients suit un continuum¹



Problèmes :

- Faiblesse des connaissances sur la vaccination VPH: ils ne voient ni la pertinence ni la gravité potentielle des problèmes (**P**)
- Recrudescence des attitudes négatives au sujet de la vaccination: ils ont des doutes sur l'efficacité du traitement et perçoivent des effets secondaires graves (**T**)



Les objectifs en lien avec la communication à propos du VPH et de sa prévention

- Communiquer de façon efficace:
 - à **propos** de la prévention du VPH ou de ses complications avec ses patients
 - **pour identifier et discuter des barrières personnelles motivant l'hésitation ou le refus de recevoir le vaccin contre le VPH**
 - à **propos** des avantages et des désavantages de la vaccination contre le VPH
 - **en adaptant** la discussion sur le VPH à la disposition à se faire vacciner de la personne



La décision du patient de procéder à la vaccination découle:

- de la compréhension d'informations complexes sur la vaccination et la maladie qu'elle vise à prévenir.
- de la confiance dans les professionnels et les organismes qui produisent, imposent (par voie législative) et administrent les vaccins.

Obstacles à vaincre

- la désinformation (faits alternatifs/*alternative facts*)
- les rumeurs (fausses nouvelles/*fake news*)
- les groupes anti-vaccins



Indications

Un [programme gratuit de vaccination contre les VPH](#) avec le vaccin VPH-9 est réalisé annuellement en milieu scolaire par le réseau des CISSS et CIUSSS.

- G** Vacciner les élèves en 4^e année du primaire.
- G** Vacciner les jeunes âgés de 9 à 20 ans.
- G** Vacciner les personnes âgées de 21 à 45 ans [immunodéprimées](#) ou infectées par le VIH.
- G** Vacciner les [HARSAH](#) âgés de 26 ans et moins.
- R** Vacciner les personnes âgées de 21 à 45 ans.
- A** Vacciner les personnes de plus de 45 ans qui souhaitent réduire leur risque de nouvelles infections par des VPH inclus dans les vaccins.



Âge à la 1 ^{re} dose	Nombre de doses	Précisions
9 à 20 ans ⁽¹⁾	1	<p>Administer 3 doses of VPH-9 to young immunosuppressed or HIV-infected individuals according to the following intervals :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommended intervals for young people aged 9 to 13 years : 6 months between doses • Recommended intervals for young people aged 14 to 20 years : 2 months between the 1st and the 2nd dose; 4 months between the 2nd and the 3rd dose • Minimum intervals : 4 weeks between the 1st and the 2nd dose; 12 weeks between the 2nd and the 3rd dose
21 ans et plus	2 ⁽²⁾	<p>Intervalle recommandé : 6 mois</p> <p>Intervalle minimal : 5 mois</p> <p>Administer VPH-9 to individuals targeted by the free vaccination program</p> <p>Administer 3 doses of VPH-9 to immunosuppressed or HIV-infected individuals according to the following intervals :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommended intervals : 2 months between the 1st and the 2nd dose; 4 months between the 2nd and the 3rd dose • Minimum intervals : 4 weeks between the 1st and the 2nd dose; 12 weeks between the 2nd and the 3rd dose



Le conseil à propos du vaccin

Garder le message simple:

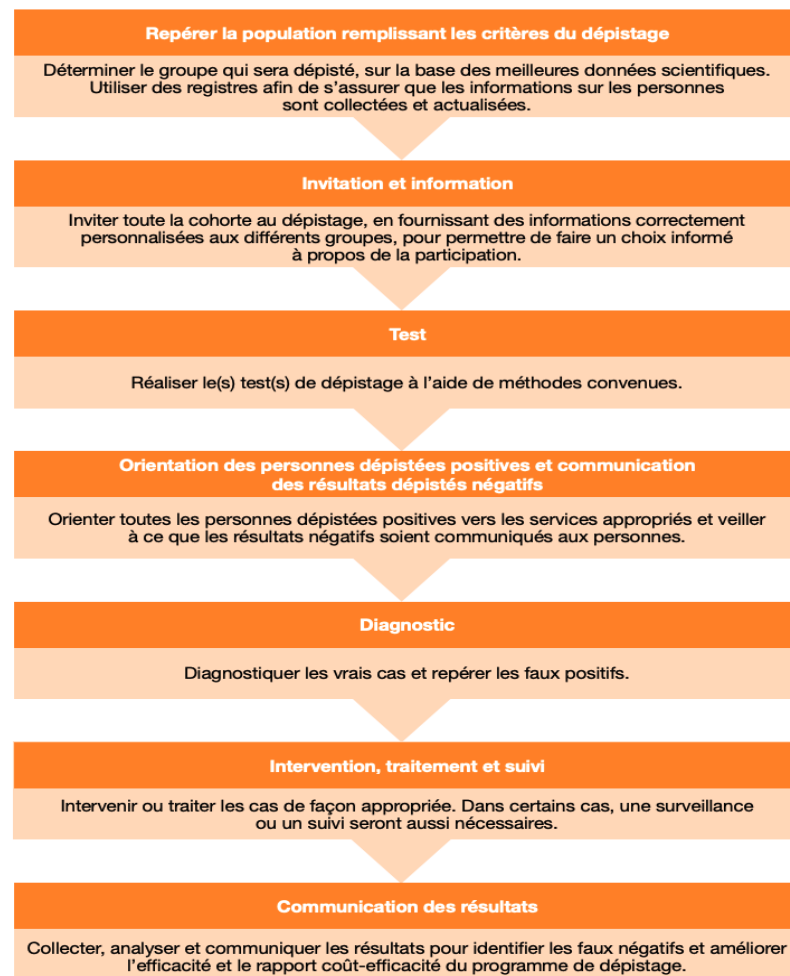
1. Efficace
2. Sécuritaire
3. Recommandé



Dépistage: Quand est-il approprié et comment pouvons- nous le faire correctement ?



Figure 4. Étapes du processus simplifié de dépistage



<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330852/9789289054799-fre.pdf?sequence=1>



Pourquoi continuer avec la technologie du 20^{ième} siècle quand on a des technologies du 21^{ième} siècle!?!?

The potential cost-effectiveness of prophylactic human papillomavirus vaccines in Canada

Marc Brisson^{a,b,*}, Nicolas Van de Velde^{a,c}, Philippe De Wals^{a,c},
Marie-Claude Boily^d

^a Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Que., Canada

^b Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Que., Canada

^c Unité de recherche en santé publique et santé environnementale, Centre hospitalier universitaire de Québec, Que., Canada

^d Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College, London, UK

Received 16 March 2007; received in revised form 24 April 2007; accepted 26 April 2007
Available online 22 May 2007

Abstract

Aim: Clinical trials have shown prophylactic human papillomavirus (HPV) vaccines to be effective against infection and disease. We examined whether HPV vaccination has the potential to be cost-effective.

Methods: A cohort model of the natural history of HPV was developed, which fits simultaneously Canadian age and type-specific data for infection, cervical intraepithelial neoplasia, cervical cancer (CC) and genital warts (GW). Quality-Adjusted Life-Years (QALYs) lost and costs were estimated using data from the literature.

Results: Vaccinating 12-year-old girls (efficacy=95%, no waning, cost/course=CAN\$ 400) against HPV-16/18 and HPV-6/11/16/18 is estimated to cost the health provider CAN\$ 31,000 (80%CrI: 15,000–55,000) and CAN\$ 21,000 (80%CrI: 11,000–33,000) per QALY-gained, respectively. Results were most sensitive to age at vaccination, duration of vaccine protection, vaccine cost and QALY-lost due to GW, and were least sensitive to the medical costs.

Conclusion: Vaccinating adolescent girls against HPV is likely to be cost-effective. The main benefit of vaccination will be in reducing CC mortality. However, unless screening is modified, the treatment costs saved through vaccination will be insignificant compared to the cost of HPV immunization.

- La réduction du VPH va amener une urgence à changer la technologie de dépistage
 - Trop de cas manqués
 - Trop de cas à trier
 - Bénéfices diminuent et les risques augmentent
 - Réduction de la pression sur les ressources de santé
 - Moins de colpo
 - Moins de test
 - Auto prélèvement

Effet plateau pour le dépistage avec cytologie

- Trop de répétition
- Pas de rappel comme pour la mammographie
- Ne rejoint pas les personnes les plus à risque
- Cytologie n'est pas une technologie «amicale» aux femmes
- Trop de cytologie inadéquate
- Ne permet pas un triage si anomalies présentes
- Trop d'anomalies pas importantes
 - Lésion de bas grade
 - Atypie d'origine indéterminée
- Valeur positive prédictive sera virtuellement écrasée lorsque les générations vaccinées vont se faire dépister
- Risques dépasseront de beaucoup les bénéfices



Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus sans traumatisme

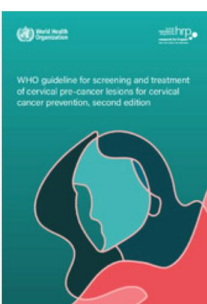
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus est un acte médical intrusif.
- Toute personne a droit à l'égalité et à la non-discrimination en matière de santé sexuelle et reproductive.
- De nombreuses personnes ont été traumatisées par des abus, des agressions, des mutilations, la douleur, la marginalisation et les soins de santé...
- Prendre en compte les besoins de tous les individus et leur fournir des soins égaux, indépendamment de leur identité de genre ou de son expression.



Table 1. Screening and treatment recommendations and good practice statements for the general population of women and women living with HIV

Recommendations for the general population of women ^a	Strength of recommendation and level of evidence	Recommendations for women living with HIV ^a	Strength of recommendation and level of evidence
1. WHO recommends using HPV DNA detection as the primary screening test rather than VIA or cytology in screening and treatment approaches among both the general population of women and women living with HIV.	Strong recommendation, moderate-certainty evidence	21. WHO recommends using HPV DNA detection as the primary screening test rather than VIA or cytology in screening and treatment approaches among both the general population of women and women living with HIV.	Strong recommendation, moderate certainty of evidence
<i>cytology as the primary screening test should be continued until HPV DNA testing is operational; existing programmes using VIA as the primary screening test should transition rapidly because of the inherent challenges with quality assurance</i>		<i>cytology as the primary screening test should be continued until HPV DNA testing is operational; existing programmes using VIA as the primary screening test should transition rapidly because of the inherent challenges with quality assurance</i>	
2. WHO suggests using an HPV DNA primary screening test either with triage or without triage to prevent cervical cancer among the general population of women.	Conditional recommendation, moderate-certainty evidence	22. WHO suggests using an HPV DNA primary screening test with triage rather than without triage to prevent cervical cancer among women living with HIV.	Conditional recommendation, moderate certainty of evidence

^a Rows shaded in blue indicate that the recommendation or good practice statement is identical for both the general population of women (left column) and women living with HIV (right column). In other rows, the wording of the recommendations differs for each population.

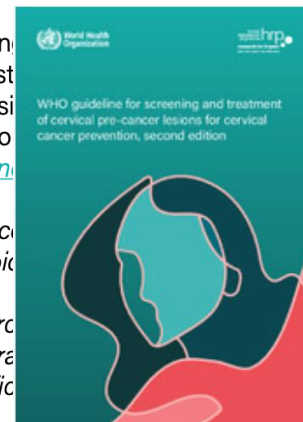


3b. **In a screen, triage and treat approach** using HPV DNA detection as the primary screening test among the general population of women, WHO suggests using partial genotyping, colposcopy, VIA or cytology to triage women after a positive HPV DNA test ([Annex 4](#)).

Remarks: The benefits, harms and programmatic costs of the triage options are similar; therefore, the choice of triage method will be dependent on feasibility, training, programme quality assurance and resources in countries. HPV16/18 genotyping could be integrated into the HPV DNA test (refer to [Annex 4](#) for specific details of the algorithms).

23. **In a screen, triage and treat approach** using HPV DNA detection as the primary screening test among women living with HIV, WHO suggests using partial genotyping, colposcopy, VIA or cytology to triage women after a positive HPV DNA test ([Annex 4](#)).

Remarks: The benefits, harms and programmatic costs of the triage options are similar; therefore, the choice of triage method will be dependent on feasibility, training, programme quality assurance and resources in countries. HPV16/18 genotyping could be integrated into the HPV DNA test (refer to [Annex 4](#) for specific details of the algorithms).



4. When providing HPV DNA testing, WHO suggests using either samples taken by a health-care provider or self-collected samples among both the general population of women and women living with HIV.

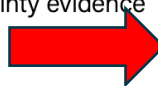
Conditional recommendation, low-certainty evidence

24. When providing HPV DNA testing, WHO suggests using either samples taken by a health-care provider or self-collected samples among both the general population of women and women living with HIV.

Conditional recommendation, low-certainty evidence

5. WHO recommends starting regular cervical cancer screening at the **age of 30 years** among the general population of women.

Strong recommendation, moderate-certainty evidence

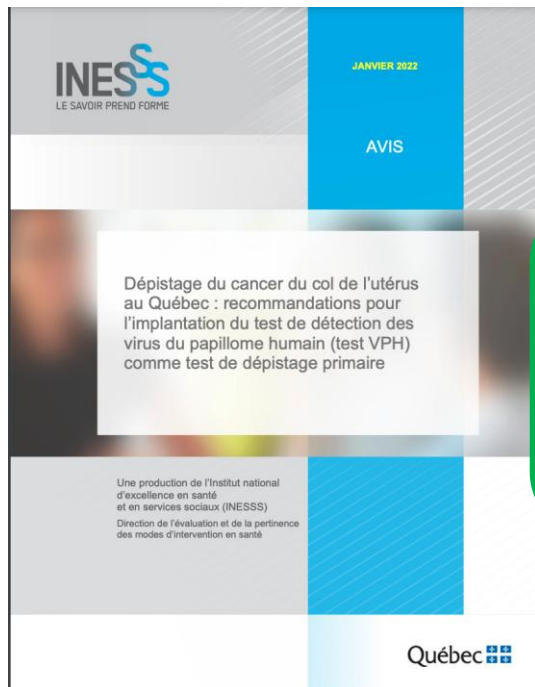


25. WHO suggests starting regular cervical cancer screening at the **age of 25 years** among women living with HIV.

Remarks: Low-certainty evidence found that there are likely to be small numbers of women living with HIV with cervical cancer who are below the age of 25. This recommendation applies to women living with HIV regardless of when they first tested positive for HIV.

Conditional recommendation, low-certainty evidence





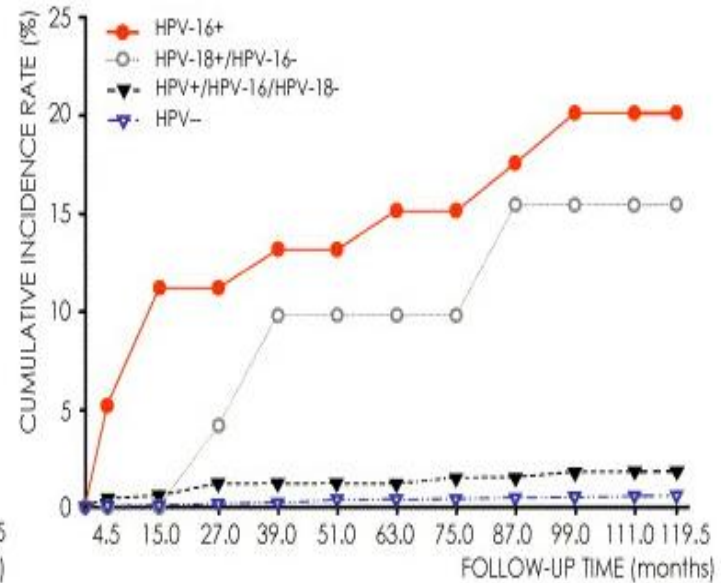
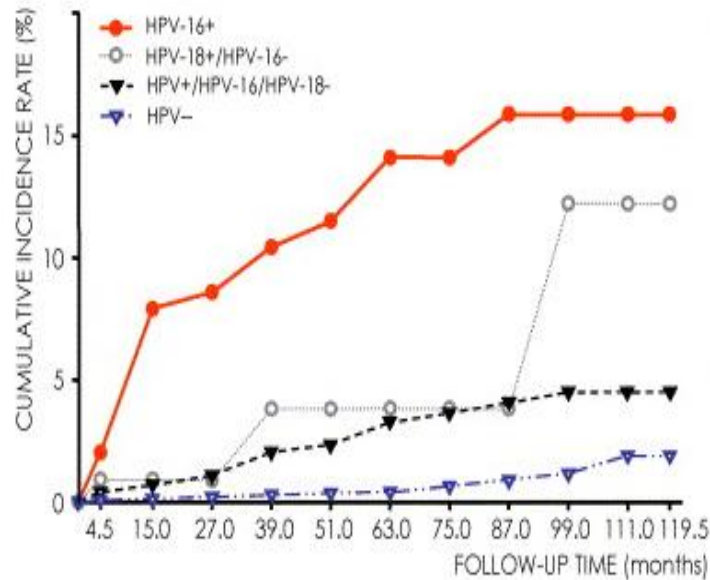
TRAJECTOIRE DE DÉPISTAGE

Au regard de la trajectoire de dépistage du cancer du col de l'utérus, l'INESSS recommande :

- de commencer le dépistage du cancer du col de l'utérus par test VPH à l'âge de 25 ans;
- de cesser le dépistage par test VPH à l'âge de 65 ans;
- que le dépistage par test VPH soit effectué à des intervalles de cinq ans;
- que les personnes qui ont un résultat positif pour les VPH 16 ou 18 soient orientées immédiatement vers la colposcopie, et que les autres résultats VPH positifs soient triés par cytologie:
- que les personnes qui obtiennent un résultat positif pour un génotype autre que les VPH 16 et 18 et dont le résultat de la cytologie de tri ne justifie pas une orientation vers la colposcopie soient rappelées pour un test VPH un an plus tard, selon les modalités suivantes :
 - si le résultat est positif, la personne est orientée vers la colposcopie,
 - si le résultat est négatif, la personne retourne au programme de dépistage régulier,
 - les personnes qui sont orientées vers la colposcopie et qui sont prises en charge devraient réintégrer le programme de dépistage selon l'algorithme en vigueur lorsqu'elles obtiennent leur congé du suivi en gynécologie, à condition qu'elles répondent toujours aux critères d'admissibilité.

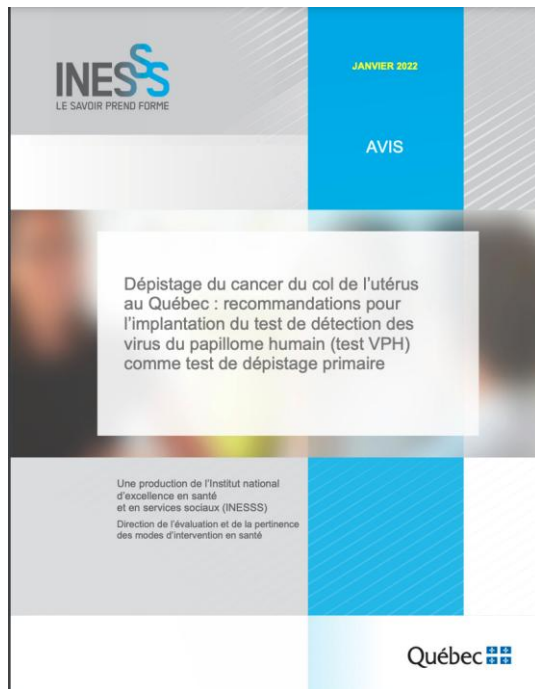
L'INESSS ne recommande pas d'ajuster le protocole de dépistage selon le statut vaccinal individuel. De tels ajustements pourraient devenir pertinents lorsque l'impact de la vaccination dans la population admissible au dépistage sera plus grand, ou lorsque des données en appui à de tels ajustements seront disponibles.

VPH de types 16 et 18 évoluent plus rapidement vers une CIN 3 ou un cancer



AB Moscicki, Vaccine 24S3,2006.
M.J. Khan, Natl Cancer Inst, 2005.



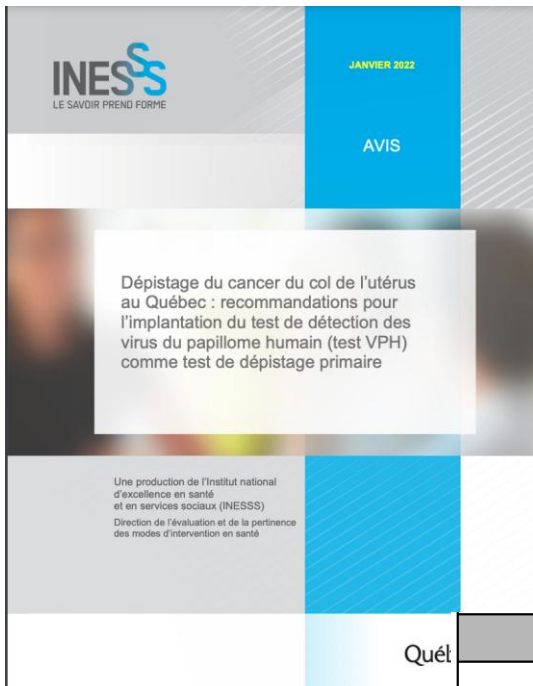


TRAJECTOIRE DE DÉPISTAGE

Au regard de la trajectoire de dépistage du cancer du col de l'utérus, l'INESSS recommande :

- de commencer le dépistage du cancer du col de l'utérus par test VPH à l'âge de 25 ans;
- de cesser le dépistage par test VPH à l'âge de 65 ans;
- que le dépistage par test VPH soit effectué à des intervalles de cinq ans;
- que les personnes qui ont un résultat positif pour les VPH 16 ou 18 soient orientées immédiatement vers la colposcopie, et que les autres résultats VPH positifs soient triés par cytologie:
- que les personnes qui obtiennent un résultat positif pour un génotype autre que les VPH 16 et 18 et dont le résultat de la cytologie de tri ne justifie pas une orientation vers la colposcopie soient rappelées pour un test VPH un an plus tard, selon les modalités suivantes :
 - si le résultat est positif, la personne est orientée vers la colposcopie,
 - si le résultat est négatif, la personne retourne au programme de dépistage régulier,
 - les personnes qui sont orientées vers la colposcopie et qui sont prises en charge devraient réintégrer le programme de dépistage selon l'algorithme en vigueur lorsqu'elles obtiennent leur congé du suivi en gynécologie, à condition qu'elles répondent toujours aux critères d'admissibilité.

L'INESSS ne recommande pas d'ajuster le protocole de dépistage selon le statut vaccinal individuel. De tels ajustements pourraient devenir pertinents lorsque l'impact de la vaccination dans la population admissible au dépistage sera plus grand, ou lorsque des données en appui à de tels ajustements seront disponibles.



AUTOPRÉLÈVEMENT

L'INESSS considère que l'utilisation de l'autoprélèvement comporte de nombreux avantages et qu'il devrait faire partie des modalités envisagées dans la stratégie de mise en œuvre du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus au Québec, en tenant compte des éléments suivants :

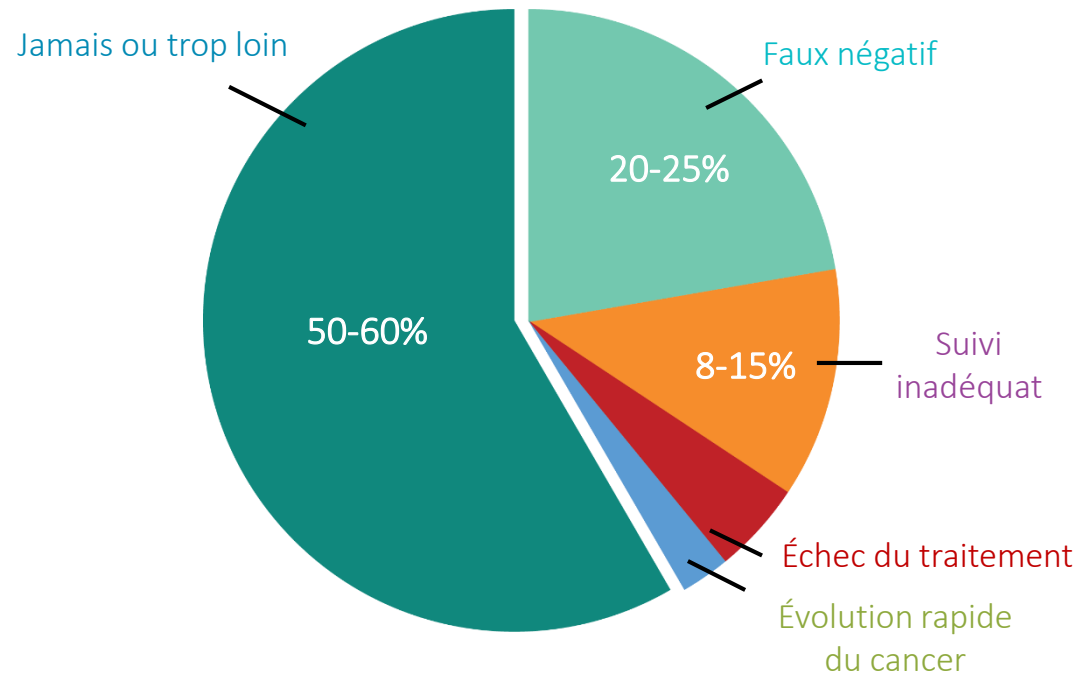
- L'autoprélèvement devrait être offert aux personnes sous-dépistées. Cela inclut toutes les personnes qui ne participent pas au dépistage selon les lignes directrices.
- Selon l'évolution des connaissances, l'autoprélèvement pourrait également être l'une des modalités offertes à la population générale. Un suivi de la littérature et des pratiques à l'échelle internationale devra être assuré pour guider la prise de décision.
- La validation de la trousse d'autoprélèvement par les laboratoires serait nécessaire et pourrait avoir un effet sur les délais de mise en œuvre du programme. Cela pourrait être évité si la trousse était validée par le fabricant pour ce type de prélèvement.

Limites du dépistage par cytologie du cancer du col

Le dépistage par cytologie n'est pas suffisant pour la prévention du cancer du col utérin surtout les cancers glandulaires

Aussi, elle ne prévient pas les condylomes ou les cancers du col VPH-

Un dépistage doit être sensible avant d'être spécifique



Nécessité d'un test de triage pour les tests +

- Nous testons que les VPH à haut risque
- Mais tous les VPH à haut risque n'ont pas le même pouvoir oncogénique
- Nécessité de triage
 - Génotypage partiel ou complet
 - Méthylation
 - Dual-staining sur cytologie
 - Colposcopie
 - «Automated visual examination» par apprentissage profond et Intelligence artificielle



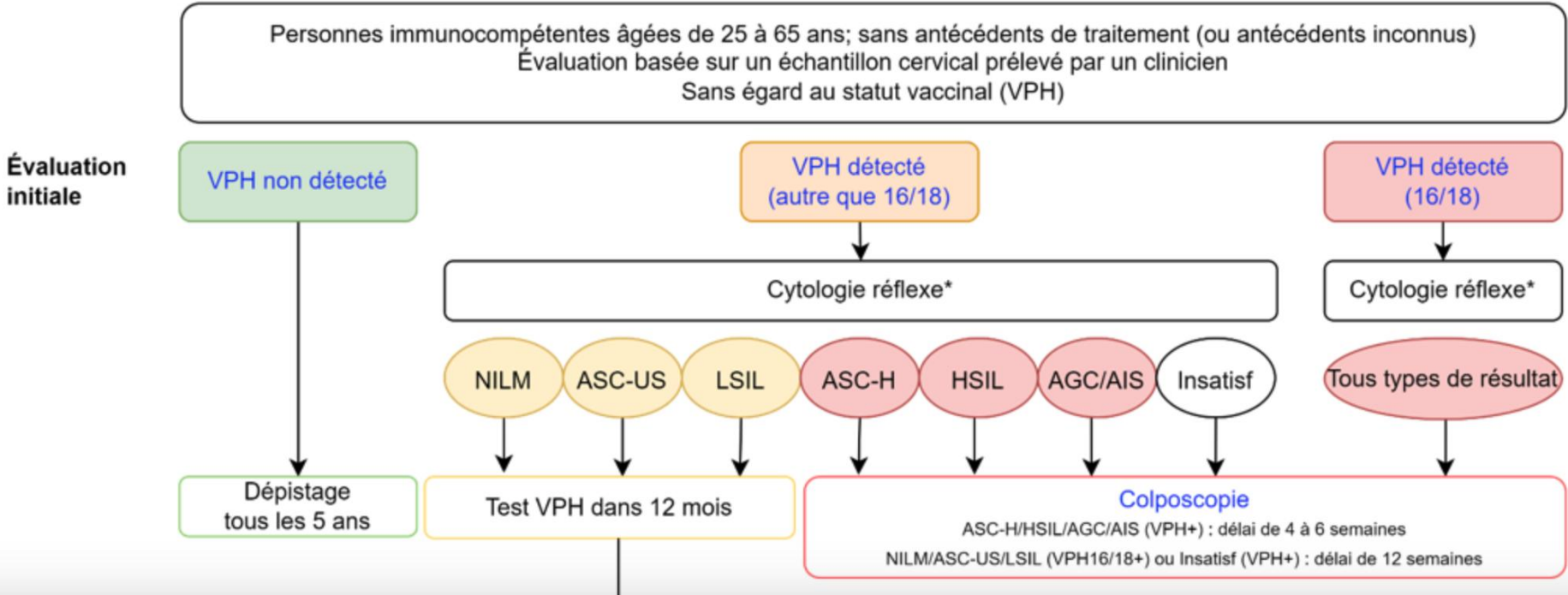
POSITION DE L'INESSS – 26 juillet 2023

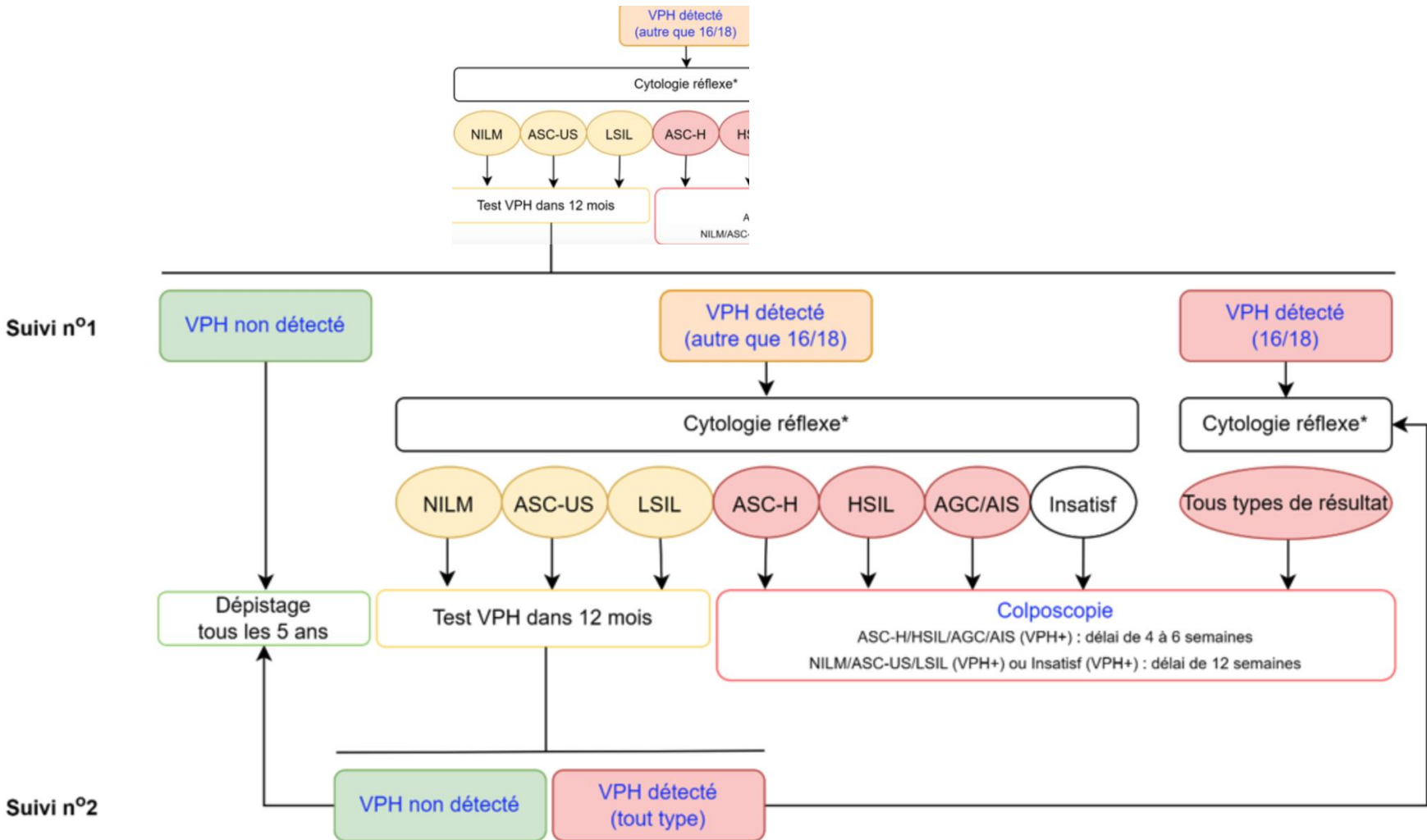
En réponse à la question du MSSS concernant l'intervalle recommandé entre le dernier résultat normal de dépistage du cancer du col de l'utérus par test Pap et le premier dépistage par test VPH, l'état actuel des connaissances permettrait de suggérer :

- un intervalle de trois ans à la suite d'un résultat de test Pap normal avant d'effectuer le dépistage par test VPH chez une personne immunocompétente;
- un intervalle d'un an à la suite d'un résultat de test Pap normal avant d'effectuer le dépistage par test VPH chez une personne immunosupprimée¹.



1.1 Résultats de dépistage et contexte d'orientation en colposcopie





Autres recommandations

- Ces recommandations ne s'appliquent pas aux personnes qui sont à risque élevé de développer un cancer du col de l'utérus, comme les personnes immunosupprimées.
- Ces recommandations ne remplacent pas la démarche clinique habituelle dans un contexte d'investigation chez une personne qui présente des signes ou symptômes du cancer du col de l'utérus.



Conclusion

L'élimination du cancer cervical est possible car

- Nous avons
 - La science
 - Les outils
 - Les objectifs de l'OMS
- Nous avons besoin les engagements de toutes et tous!



Le Canada a enregistré de nombreux succès en augmentant le taux de couverture vaccinale contre le VPH

Mais il reste plusieurs défis

1. Les populations médicalement vulnérables
2. Les populations socialement vulnérables
3. Et de maintenir les taux aux niveaux optimaux



Webinaire « Le VPH au Canada : des réponses à vos questions »

Questions de l'auditoire	Réponses du Dr Marc Steben
Les données d'études récentes et les recommandations dans plusieurs pays tendent à montrer que deux doses de vaccination (à 0 et 6 mois) seraient suffisantes. Est-ce que cela pourrait avoir un impact sur les recommandations canadiennes?	Oui, car une dose serait équivalente à deux doses par la réponse immunitaire. Pas mal toutes les provinces et tous les territoires iront vers une dose, de même que la majorité des pays en émergence. Par contre, pour les personnes immunosupprimées et vivant avec le VIH, on va pour 3 doses.
Est-ce que le contact professionnel au VPH lors d'une cryothérapie sur les condylomes présente un risque de transmission du virus?	Probablement, des cancers des sinus ont été diagnostiqués chez des professionnel·le·s de la santé. Pas seulement les condylomes, mais aussi les précancers aux différents sites anatomiques. Je suis personnellement vacciné à cause de cela!
Existe-t-il des études concernant l'autoprélèvement rectal en vue d'un test de dépistage PCR pour le VPH? Est-ce que des actions sont menées auprès des fabricants d'écouvillons pour valider la pratique de l'autoprélèvement rectal?	Le test de VPH au niveau anal n'est pas un bon test seul, car il y a un taux de VPH plus élevé chez les personnes immunosupprimées, vivant avec le VIH ou les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. Il faut une stratégie de triage pour les personnes détectées avoir le VPH. Le dépistage anal est limité par le nombre restreint d'expert·e·s de l'anuscopie à haute résolution, qui est l'équivalent de la colposcopie chez les personnes qui ont un utérus.
Est-ce que les hommes peuvent être dépistés pour le VPH?	Pas vraiment, car il faut faire une abrasion de la peau pour avoir assez de cellules pour faire le test. Par contre, si les hommes ont des lésions et on ne peut exclure un cancer, un précancer ou une maladie de peau, nous pouvons faire les biopsies d'emblée.
Est-ce que le vaccin présente des désavantages? Si oui, lesquels?	Oui, les effets locaux temporaires : bosse, rougeur, douleurs, mais c'est pas mal moins douloureux qu'une biopsie ou une cryothérapie! Et le coût, si on n'est pas dans les groupes avec accès gratuit au vaccin.
Savez-vous quand le dépistage VPH sera disponible dans les laboratoires au Québec?	La moitié des régions sociosanitaires ont accès pour le cancer du col et pour des lésions du col, d'origine indéterminée.
Pourquoi voyons-nous une augmentation dans les cas du cancer du col de l'utérus?	Manque d'accès au test, changement dans les comportements sexuels, plus de gens ont des maladies qui donnent de l'immunosuppression ou les traitements donnent de l'immunosuppression et la population vieillit et augmente.