

Dépistage du cancer du col chez les jeunes femmes

D'abord ne pas nuire

Susan P. Phillips MD CCFP MSc Sarah Bates MD CCFP Cleo Mavriplis MD CCFP FCFP Michelle Greiver MD MSc CCFP FCFP
Tejal Patel MSc MD CCFP Megan J. Hayes MD CCFP James A. Dickinson MBBS PhD CCFP FRACGP

En pratique clinique, les professionnels de la santé qui traitent des patients individuels doivent prendre des décisions binaires : « le faire » ou « ne pas le faire ». Toutefois, dans le cas de nombreuses interventions préventives, les données scientifiques se prêtent mal à un simple choix à 2 dimensions¹.

Comment les mêmes données probantes peuvent-elles préconiser qu'une Canadienne de 21 ans qui habite à l'est de l'Alberta devrait subir un test de Papanicolaou, alors que sa jumelle en Alberta ou en Colombie-Britannique (C.-B.) ne le devrait pas avant d'avoir 25 ans? Cette réalité démontre les incohérences et les contradictions dans les lignes directrices sur le dépistage du cancer du col au Canada. Les données probantes les plus fiables établissent que le dépistage avant 25 ans pourrait causer plus de préjudices que de bienfaits². Dans cet article, nous passons en revue ces données probantes, de même que les lignes directrices provinciales et internationales, et nous discutons de la façon dont les médecins de famille peuvent offrir un meilleur dépistage fondé sur des données probantes, plutôt que sur les opinions d'experts.

Historique

Les lignes directrices canadiennes ont considérablement évolué au cours de la dernière décennie. De leur approche initiale, qui comportait un dépistage annuel à partir du début de la vie sexuelle active ou à l'âge de 18 ans (parfois sans égard à une activité sexuelle antérieure), elles concordent maintenant davantage avec les données probantes de longue date. En 2009, dans les lignes directrices en Alberta, on a rajusté l'âge d'un premier dépistage du cancer du col, le reportant à 21 ans, et on a recommandé des tests subséquents à intervalle de 3 ans³. Par la suite, d'autres provinces ont adopté ce protocole, fixant la fréquence tous les 2 ou 3 ans.

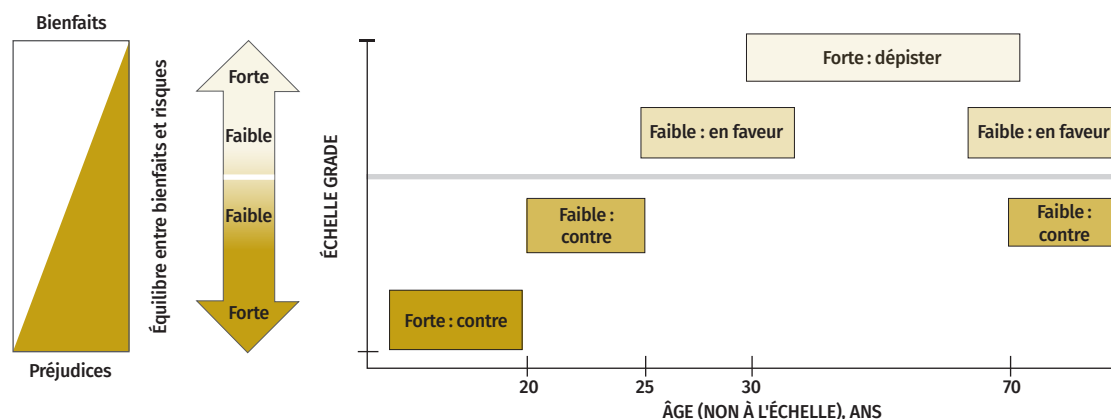
Il est déplorable qu'au Canada, de nombreux groupes concurrents (sur les plans provincial, territorial et national) tentent d'orienter les pratiques fondées sur des données probantes des professionnels de la santé. Il est rare que des membres des comités chargés des lignes directrices proviennent du public. Les comités sur les lignes directrices varient dans leur composition, leurs compétences pour interpréter les données factuelles sont incertaines, et leurs recommandations sont rarement basées sur des

revues formelles systématiques. Malgré les bonnes intentions, plutôt que de refléter les données probantes, leurs recommandations reflètent souvent les différences dans les connaissances, l'expérience, les valeurs et les anxiétés de leurs membres. Ils accordent rarement la priorité aux attentes et aux préférences des patients. Cela a pour résultat net des lignes directrices contradictoires.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) applique des pratiques exemplaires dans l'élaboration de ses lignes directrices. En 2013, le GECSSP recommandait fortement de ne pas faire de dépistage chez les femmes de moins de 20 ans, et se prononçait en faveur du dépistage systématique chez les femmes de plus de 30 ans². Pour les femmes âgées de 20 à 24 ans, il présentait une recommandation faible de s'abstenir du dépistage (maintenant appelée une *recommandation conditionnelle*). Puis, le GECSSP a ajouté une recommandation faible en faveur du dépistage pour les femmes âgées de 25 à 29 ans. La **Figure 1** illustre comment la preuve d'un changement continu dans l'équilibre des risques est convertie en recommandations par étapes en suivant le processus GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)⁴. Ces recommandations faibles ou conditionnelles ont pour but d'encourager chaque femme à prendre sa propre décision en s'appuyant sur une discussion avec son professionnel de la santé à propos des préjudices et des bienfaits du dépistage.

À la suite du rapport du GECSSP, la C.-B. et l'Alberta ont modifié leurs lignes directrices pour recommander l'amorce du dépistage à 25 ans^{3,5}. La Nouvelle-Écosse a emboîté le pas à compter du 1^{er} avril 2019⁶. Toutes les autres provinces et les territoires préconisent encore le début du dépistage à 21 ans, mais certaines envisagent de le reporter à 25 ans (**Tableau 1**)^{3,5-25}. Quelques provinces ont retardé la révision de leurs lignes directrices au motif qu'elles attendent des décisions sur le financement des tests de dépistage du virus du papillome humain (VPH) comme principal test de dépistage, ou jusqu'à ce que la cohorte des femmes vaccinées contre le VPH atteigne l'âge de 25 ans. Dans le présent commentaire, nous ne traitons pas des données probantes sur le dépistage du VPH ni de la possibilité de l'auto-administration du test, car ni les unes ni les autres n'influenceraient l'âge du début du dépistage. Certains affirment que parce que le test du VPH est plus sensible, il est plus « sécuritaire » de l'utiliser comme premier test après 25 ans pour détecter tout développement

Figure 1. Comment les données prouvant des changements continus dans l'équilibre des risques sont converties en recommandations par étapes grâce au processus GRADE



(Notation de l'analyse, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations)

d'infections au VPH à ce moment-là. C'est possible, mais les tests du VPH sont aussi moins spécifiques, surtout chez les femmes plus jeunes et, par conséquent, plus de femmes devraient être recommandées pour une coloscopie, un préjudice dont nous traitons plus loin.

Données probantes

Même avant l'avènement de son dépistage, le cancer du col était presque impensable chez les femmes de moins de 20 ans et très rare chez celles de moins de 25 ans. Malgré un dépistage intensif enduré par ces jeunes femmes depuis le recours généralisé au test de Papanicolaou, leurs taux de cancer du col sont demeurés inchangés²⁶. Certains affirment qu'il n'y a pas de données probantes tirées d'études qui démontrent que retarder le premier dépistage est sécuritaire²⁷, mais la maladie est si rare à cet âge qu'aucune étude n'a jamais pu être réalisée. Seules des données observationnelles sont possibles. En Australie, comme au Canada, le dépistage périodique auprès d'une grande proportion de femmes de moins de 25 ans pendant de nombreuses années n'a entraîné aucune réduction discernable dans l'incidence du cancer du col ou dans la mortalité chez ces jeunes femmes²⁸. Cette réalité pourrait s'expliquer en partie par les constatations d'une étude cas-témoin réalisée au Royaume-Uni sur la mesure dans laquelle le dépistage avait réduit le risque d'un cancer invasif dans toutes les cohortes d'âge²⁹. Elle a démontré que le dépistage avait peu d'effets sur les résultats relatifs aux quelques cancers qui se produisent chez les jeunes femmes, mais beaucoup plus d'effets à mesure que l'âge augmente.

De telles données factuelles reflètent les facteurs qui influent sur le risque de développer un cancer du col. Il convient de se rappeler que la néoplasie intraépithéliale cervicale est largement causée par le VPH transmis

sexuellement. Plus de 80% des femmes sont infectées, souvent peu après le début de leur vie sexuelle active. La plupart des infections sont asymptomatiques et sont éliminées par le système immunitaire, mais quelques types de VPH oncogènes peuvent persister et entraîner éventuellement un cancer invasif. Il faut habituellement plus de 10 ans d'intervalle entre la première infection et le développement d'un cancer³⁰. Si le dépistage du cancer du col est si efficace, c'est en raison de ce laps de temps pendant lequel les précancers peuvent être détectés. Par ailleurs, parce que les tests précoces dépistent de nombreuses infections transitoires qui seront réglées par la réponse immunitaire, il n'est pas très utile de procéder à des tests avant que se soient écoulées plusieurs années depuis le début de l'activité sexuelle, ce qui pourrait vouloir dire après 30 ans. D'autre part, les femmes qui ont commencé très tôt leur vie sexuelle active pourraient choisir un dépistage avant 25 ans. C'est pourquoi il est nécessaire d'adopter une approche individualisée, centrée sur la patiente, et discuter des antécédents sexuels pour aider les jeunes femmes à prendre la meilleure décision.

Bienfaits potentiels

Certains prétendent que les tests de Papanicolaou chez les jeunes femmes assurent le dépistage fréquent des infections transmises sexuellement (ITS), parce que les analyses peuvent toutes 2 être faites à partir du même examen³¹. Il ne s'agit pas d'une bonne approche: ne vaudrait-il pas mieux expliquer la nécessité de la détection des ITS plutôt que de la relier à un test inutile qui pourrait causer des préjudices? Les médecins de famille pourraient devoir adopter de nouvelles habitudes pour vérifier les risques d'ITS à d'autres moments. La plupart des jeunes femmes sexuellement actives consultent régulièrement

Tableau 1. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col au Canada

PROVINCE OU TERRITOIRE	ÂGE DU DÉBUT	INTERVALLE	LIGNES DIRECTRICES SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL		
			EXCLUENT CELLES QUI NE SONT PAS SEXUELLEMENT ACTIVES	MENTIONNENT LES RISQUES ET LES PRÉJUDICES DANS L'INFORMATION AUX PATIENTES	MENTIONNENT LES RISQUES ET LES PRÉJUDICES DANS LES LIGNES DIRECTRICES POUR LES PROFESSIONNELS
Colombie-Britannique ^{5,7}	25	3 ans	Oui	Oui	Oui
Alberta ^{3,8}	25	3 ans	Oui, 3 ans après le premier contact	Oui	Oui
Saskatchewan ⁹	21	3 ans; après 3 résultats normaux à des tests aux 2 ans	Oui, 3 ans après le premier contact	Non	Non
Manitoba ^{10,11}	21	3 ans	Oui	Oui	Oui
Ontario ^{12,13}	21	3 ans	Oui	Non	Non
Québec ^{14,15}	21	2-3 ans	Oui	Oui	Non
Nouveau-Brunswick ^{16,17}	21	2-3 ans; après 3 résultats normaux à des tests annuels	Oui, 3 ans après le premier contact	Non	Non
Île-du-Prince-Édouard ^{18,19}	21	2 ans	Oui	Non	Non
Nouvelle-Écosse ^{6,20}	25	3 ans	Oui, 3 ans après le premier contact	Non	Non
Terre-Neuve-et-Labrador ^{21,22}	21	3 ans; après 3 résultats normaux à des tests annuels	Non mentionné	Non	Non
Nunavut ²³	21	3 ans	Oui	Aucune information trouvée	Non
Territoires du Nord-Ouest ²⁴	21	2 ans; après 3 résultats normaux à des tests annuels	Non	Non	Aucune information trouvée
Yukon ²⁴	21	2 ans; après 3 résultats normaux à des tests annuels	Non	Aucune information trouvée	Aucune information trouvée

Données tirées du Partenariat canadien contre le cancer²⁵.

pour des mesures contraceptives, ce qui donne l'occasion de discuter du dépistage des ITS ou d'effectuer le test.

L'Organisation mondiale de la Santé et le Partenariat canadien contre le cancer participent à une campagne pour «éliminer» le cancer du col³². Pour ce faire, il faut une combinaison de vaccination contre le VPH et de dépistage. La plus grande réduction réalisable avec la cytologie est de plus de 90%³³. Le test de dépistage du VPH ajoute de la valeur, surtout pour les femmes plus âgées, mais certains cancers se produisent quand même. Chez les femmes qui font l'objet d'un dépistage périodique, la plupart des cancers en sont à des stades précoces et sont encore traitables. Cela dit, même si certains dépistages sont bons, beaucoup d'autres ne sont pas nécessairement mieux et causeront souvent plus de torts.

Préjudices potentiels

Quels sont les préjudices d'un dépistage inutile? Bien évidemment, les femmes trouvent souvent cet examen intrusif. En outre, le taux élevé d'anomalies, surtout chez les femmes plus jeunes, entraîne d'autres examens, et parfois une demande de consultation en colposcopie. Par la suite, les femmes sont anxieuses dans l'attente d'autres tests et de leurs résultats. Cette nervosité peut

avoir sur elles des effets psychologiques persistants³⁴. Si des biopsies sont faites, il en résulte des saignements et des pertes à court terme; quand une biopsie est faite par LEEP (technique d'excision électrochirurgicale à l'anse), le fonctionnement du col peut être affecté. La prise en charge vigoureuse des néoplasies intraépithéliales cervicales, y compris la technique LEEP, double le taux d'accouchements prématurés de 5,4 à 10,7%³⁵. Ces préjudices qui découlent des tests sont plus fréquents chez les femmes plus jeunes, et surtout plus importants pour celles qui souhaitent avoir des enfants plus tard. Enfin, les compagnies d'assurance refusent parfois d'assurer, retardent de le faire ou imposent des primes plus élevées en cas de résultats de tests anormaux.

Et, pour ajouter à ce débat, les investigations non essentielles et invasives pourraient être vues d'un mauvais œil. Malgré les bonnes intentions des médecins qui veulent bien faire, les tests de Papanicolaou et les examens pelviens internes inutiles sont inappropriés³⁶. Ils nuisent à la relation de confiance entre médecins et patientes, de même qu'à notre responsabilité de respecter les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance. De tels examens pourraient à juste titre entraîner des plaintes formelles. Par conséquent, la discussion sur le «contexte de la patiente»

recommandée par le GECSSP est une condition préalable essentielle à un consentement éclairé au dépistage, surtout à la première occasion.

Autres facteurs à considérer

La population LGBTQ+ (lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, queers ou en questionnement et autres identités de genres) ajoute à la complexité du tableau : les données sur la probabilité de développer un cancer et le temps de développement sont particulièrement limitées pour ces groupes. Des comportements comme la pénétration du vagin avec les doigts ou des jouets sexuels peuvent causer une infection au VPH. Les lignes directrices qui se prononcent à propos de ces groupes le font nécessairement en se fondant sur des principes généraux, des rapports de cas ou l'expérience, plutôt que sur des données probantes systématiques. Les discussions avec les patients LGBTQ+ devraient tenir compte de cette incertitude et de ce que sont leurs pratiques, et il faut leur offrir le choix de procéder ou non au dépistage et, en cas d'acceptation, du moment pour ce faire. Dans le cas des personnes qui ont subi des interventions pour changer de sexe, nous devons aussi prendre en considération la présence ou l'absence d'un col utérin.

Les attentes des patientes jouent souvent un rôle ; plusieurs de nos patientes ont appris à s'attendre à leur test de Papanicolaou périodique. Les femmes et leurs médecins doivent examiner l'équilibre entre les bienfaits d'un dépistage approprié et les préjudices des dépistages excessifs. Les femmes qui sont habituées à leur dépistage annuel méritent d'avoir des renseignements exacts au sujet du nombre suffisant et du moment optimal des dépistages. Certaines s'inquiètent que la réduction du nombre d'exams soit une tentative pour économiser dans les dépenses en santé, mais nous devons insister sur le fait que ce n'est pas pertinent : nous nous concentrons sur les préjudices et les bienfaits pour chaque femme, plutôt que sur les cordons de la bourse.

Enfin, certains prétendent que les femmes pourraient mentir à propos de l'âge auquel elles ont commencé à être sexuellement actives et, par conséquent, le dépistage pour toutes les femmes devrait commencer à un plus jeune âge. Nous rejetons cet argument comme étant biaisé, et nous préférons croire nos patientes. Nous croyons également qu'il incombe au professionnel de la santé de créer un « espace sûr » dans lequel les patientes peuvent divulguer des renseignements de nature sensible sans qu'un jugement soit porté. Certaines patientes pourraient choisir de ne pas révéler de manière exacte leurs activités sexuelles pour des motifs qui leur sont propres. Par contre, ce n'est pas une raison pour faire subir des dépistages inutiles à tout le monde.

Perspective internationale

Même si aux États-Unis, on a historiquement recommandé un dépistage intensif, ce n'est pas le cas dans


la plupart des autres pays développés. Parmi 19 autres pays à revenus élevés, seuls les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, le Japon, la Suisse, l'Autriche et l'Allemagne commencent le dépistage à 21 ans, tandis que 13 autres le commencent plus tard. Par exemple, aux Pays-Bas, le dépistage se fait à partir de 30 ans et les tests subséquents aux 5 ans jusqu'à 60 ans (7 tests de dépistage au total durant une vie), tandis qu'au Royaume-Uni, le dépistage débute à 25 ans³⁷. Dans ces pays, la réduction du cancer du col et des taux réels de ce cancer est aussi bonne sinon meilleure que dans les pays où le dépistage est plus fréquent³⁸, en grande partie parce que la participation est nombreuse à des tests en nombres suffisants sans être excessifs.

Solution pour la médecine familiale

Les données probantes sont convaincantes selon lesquelles le dépistage du cancer du col devrait commencer à un certain moment chez la femme durant sa vingtaine, c'est-à-dire lorsque, tout compte fait, les bienfaits l'emportent sur les préjudices chez une personne en particulier. Par ailleurs, nous avons entendu des histoires préoccupantes de jeunes femmes à qui on a refusé des contraceptifs jusqu'à ce qu'elles subissent un dépistage du cancer du col. L'âge précis du commencement du dépistage dans une ligne directrice n'est que cela, une ligne directrice, qui doit être individualisée en fonction de chaque femme et de ses circonstances. Rien ne change soudainement le jour de son 25^e anniversaire. Nous devrions concentrer nos efforts cliniques et les politiques gouvernementales sur le dépistage des femmes en tenant compte davantage du risque individuel que de l'âge, et identifier les femmes qui n'ont pas accès aux soins. Les vérifications des taux de dépistage devraient exclure les femmes plus jeunes chez qui le test est discrétionnaire et insister sur les femmes de plus de 30 ans, pour qui il est démontré que le dépistage est utile.

Le matériel disponible auprès des programmes de dépistage dans plusieurs provinces et territoires pour nous aider à informer nos patientes a tendance à être directif plutôt qu'informatif (**Tableau 1**)^{3,5-25}. Si, dans certains cas, tant les bienfaits que les préjudices sont mentionnés, les statistiques ne sont indiquées qu'en Alberta³. La connaissance des probabilités réelles aide à rassurer les femmes qui surestiment le danger de cette maladie et qui, par conséquent, demandent des tests excessifs. Même les renseignements aux patientes fournis en Alberta et en C.-B. énoncent simplement que le dépistage devrait commencer à 25 ans, plutôt que de donner un aperçu des changements dans les probabilités avec le temps écoulé depuis le début des activités sexuelles, ce qui est donc insuffisant pour aider à répondre à des questions détaillées. Le site web du GECSSP présente des renseignements plus nuancés qui incluent les probabilités³⁹.

Les principes CanMEDS valorisent la promotion de la santé⁴⁰. En tant que médecins de famille et comme

enseignants, nous devons être résolus à mettre en pratique, à enseigner et à inculquer les données probantes, même si elles contredisent les lignes directrices et les mesures incitatives provinciales. 

La D^{re} Phillips est médecin de famille à Kingston (Ontario), professeure et directrice du Centre des études en soins primaires de l'Université Queen's à Kingston. La D^{re} Bates est médecin de famille au Centre de soins primaires West Winds à Saskatoon (Saskatchewan), professeure adjointe et directrice du niveau prédoctoral de la médecine familiale universitaire à la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan. La D^{re} Mavriplis est médecin de famille au Centre de médecine familiale à Ottawa, (Ontario), et professeure adjointe au Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa. La D^{re} Greiver est professeure agrégée au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto (Ontario), médecin de famille dans l'Équipe de santé familiale North York, titulaire de la Chaire Gordon F. Cheesbrough en médecine familiale et communautaire de l'Hôpital North York General, et scientifique adjointe à l'ICES. La D^{re} Patel est médecin de famille à la Pratique familiale McMaster à Hamilton (Ontario), directrice médicale au Centre de maternité d'Hamilton, et professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université McMaster. La D^{re} Hayes est médecin de famille au Family Focus Health Centre à Harbour Grace (T.-N.-L.) et professeure adjointe de clinique à la Faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve. Le D^r Dickinson est médecin de famille au Centre Sheldon M. Chumir à Calgary (Alberta), et professeur au Département de médecine familiale et au Département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Calgary.

Remerciements

Nous remercions M^{me} Sarah MacDonald pour ses contributions à la préparation du manuscrit et du tableau, et pour avoir conçu la figure.

Intérêts concurrents

Le D^r Dickinson était membre du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs de 2009 à 2016; l'auteur principal de ses recommandations de 2013 sur le dépistage du cancer du col; et membre du Groupe de travail sur le cancer du col pour le programme Alberta Toward Optimized Practice, entre 2009 et 2016. Ces postes étaient sur une base bénévole et sans rémunération. Le D^r Dickinson n'a pas reçu de financement pour la recherche ou la promotion liées au dépistage du cancer du col au-delà des frais de déplacement pour assister aux réunions du groupe de travail et du Partenariat canadien contre le cancer.

Correspondance

D^r James A. Dickinson; courriel dickinsj@ucalgary.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [site web]. *History*. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2019. Accessible à : <https://canadiantaskforce.ca/about/history/>. Réf. du 16 févr. 2019.
- Dickinson J, Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, Singh H et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ* 2013;185(1):35-45. Publ. en ligne du 7 janv. 2013.
- Toward Optimized Practice. *Cervical cancer screening clinical practice guideline*. Edmonton, AB: Toward Optimized Practice; 2016. Accessible à : <https://act.albertadoctors.org/CPGs/Lists/CPGDocumentList/Cervical-Cancer-Screening-CPG.pdf>. Réf. du 26 nov. 2019.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [site web]. *GRADE*. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2019. Accessible à : <https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/>. Réf. du 16 févr. 2019.
- BC Cancer Agency. *Screening for cancer of the cervix. An office manual for health care providers*. Vancouver, BC: BC Cancer Agency; 2017. Accessible à : www.bccancer.bc.ca/screening/documents/ccsp_guidelinesmanual-screeningforcancerofthecervix.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- Nova Scotia Health Authority Cancer Care Program. *Cervical screening practice guidelines*. Halifax, NS: Nova Scotia Health Authority; 2019. Accessible à : www.nshhealth.ca/sites/nshhealth.ca/files/patientinformation/nscpp1677.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- BC Cancer Agency. *Is cervical cancer screening right for you?* Vancouver, BC: BC Cancer Agency. Accessible à : www.bccancer.bc.ca/screening/Documents/CCSP_BrochurePromo-CervicalScreeningFactSheetEnglish.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- Screening for Life [site web]. *Cervical cancer screening*. Calgary, AB: Alberta Health Authority; 2019. Accessible à : <http://screeningforlife.ca/cervical-cancer-at-a-glance/>. Réf. du 26 nov. 2019.
- Saskatchewan Cancer Agency [site web]. *About Pap tests*. Regina, SK: Saskatchewan Cancer Agency; 2018. Accessible à : www.saskcancer.ca/screening-article/about-pap-tests. Réf. du 4 déc. 2019.
- Action Cancer Manitoba [site web]. *CervixCheck*. Winnipeg, MB: Action Cancer Manitoba; 2019. Accessible à : www.cancercare.mb.ca/screening/cervix. Réf. du 26 nov. 2019.
- Action Cancer Manitoba. *Guidelines for cancer screening in Manitoba*. Winnipeg, MB: Action Cancer Manitoba. Accessible à : www.cancercare.mb.ca/export/sites/default/screening/galleries/files/getcheckedmb/g-hcp-guidelines.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- Action Cancer Ontario [site web]. *Screening for cervical cancer*. Toronto, ON: Action Cancer Ontario; 2019. Accessible à : www.cancercareontario.ca/en/types-of-cancer/cervical/screening. Réf. du 26 nov. 2019.
- Action Cancer Ontario. *Ontario cervical screening guidelines summary*. Toronto, ON: Action Cancer Ontario; 2016. Accessible à : www.cancercareontario.ca/en/system/files_force/derivative/OCCSPScreeningGuidelines.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- Gouvernement du Québec [site web]. *Cervical cancer screening*. Québec, QC: gouvernement du Québec; 2019. Accessible à : <https://www.quebec.ca/en/health/advice-and-prevention/screening-and-carrier-testing-offer/cervical-cancer-screening/>. Réf. du 26 nov. 2019.

- Working Group on Guidelines for Cervical Cancer Screening in Québec. *Guidelines on cervical cancer screening in Québec*. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec; 2011. Accessible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1371_GuidelinesCervicalCancerScreeningQc.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick [site web]. *New Brunswick cervical cancer prevention & screening program*. Fredericton, NB: gouvernement du Nouveau-Brunswick; 2019. Accessible à : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/NewBrunswickCancerNetwork/content/NewBrunswickCervicalCancerPreventionScreeningProgram.html>. Réf. du 26 nov. 2019.
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *New Brunswick cervical cancer screening clinical practice guidelines*. Fredericton, NB: gouvernement du Nouveau-Brunswick; 2011. Accessible à : <https://www.gnb.ca/0051/cancer/pdf/2011/sep/7903%20Eng.pdf>. Réf. du 26 nov. 2019.
- Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard [site web]. *Pap screening and cervical cancer prevention*. Charlottetown, PE: gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard; 2019. Accessible à : <https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-pe/pap-screening-and-cervical-cancer-prevention>. Réf. du 26 nov. 2019.
- Health PEI. *Cervical cancer screening: clinical practice guidelines for average risk women*. Charlottetown, PE: Health PEI; 2013. Accessible à : www.gov.pe.ca/photos/original/hpei-cytocancer.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- Nova Scotia Health Authority [site web]. *About screening*. Halifax, NS: Nova Scotia Health Authority; 2019. Accessible à : <https://library.nshhealth.ca/Cancer/Screening#5-1g-box-15620653>. Réf. du 26 nov. 2019.
- Eastern Health Cancer Care [site web]. *Cervical screening program*. St John's, NL: Eastern Health Cancer Care; 2019. Accessible à : <http://cancercare.easternhealth.ca/prevention-and-screening/cervical-screening-program/>. Réf. du 26 nov. 2019.
- Eastern Health Cancer Care. *Cervical screening guidelines for Newfoundland and Labrador*. Stephenville, NL: Cervical Screening Initiatives; 2016. Accessible à : www.nlma.nl.ca/FileManager/Practice/docs/Cervical_Screening_Guidelines_2016.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- Department of Health Nunavut. *Cervical cancer screening guidelines*. Iqaluit, NU: Department of Health Nunavut. Accessible à : www.gov.nu.ca/sites/default/files/filpdf/cervical_cancer_screening_guidelines-finaL.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. *Cervical cancer screening*. Yellowknife, NT: gouvernement des Territoires du Nord-Ouest; 2018. Accessible à : <https://www.cancernwt.ca/services/d%3C%A9pistage-et-d%3C%A9tection-pr%3C%A9coce/cervical-cancer-screening>. Réf. du 26 nov. 2019.
- Partenariat canadien contre le cancer. *Cervical cancer screening in Canada: environmental scan*. Toronto, ON: Canadian Partenariat canadien contre le cancer; 2017. p. 10-1. Accessible à : http://content.cancerview.ca/download/cv/prevention_and_screening_screening_and_early_diagnosis/documents/cervicalcancerenviroscanpptx. Réf. du 26 nov. 2019.
- Dickinson JA, Miller AB, Popadiuk C. When to start cervical screening: epidemiological evidence from Canada. *BJOG* 2014;121(3):255-60. Publ. en ligne du 11 nov. 2013.
- Curry S, Krist AH, Owens DK. Age of initiation of cervical cancer screening—reply. *JAMA* 2019;321(6):612.
- Smith M, Canfell K. Impact of the Australian National Cervical Screening Program in women of different ages. *Med J Aust* 2016;205(8):359-64.
- Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ* 2009;339:b2968. Erratum dans: *BMJ* 2009;339:b3115.
- Moscicki AB, Ma Y, Wibbelsman C, Darragh TM, Powers A, Farhat S et coll. Rate of and risks for regression of cervical intraepithelial neoplasia 2 in adolescents and young women. *Obstet Gynecol* 2010;116(6):1373-80.
- Bogler T, Farber A, Stall N, Wijayasinghe S, Slater M, Guiang C et coll. Missed connections. Unintended consequences of updated cervical cancer screening guidelines on screening rates for sexually transmitted infections. *Can Fam Physician* 2015;61:e459-66. Accessible à : www.cfp.ca/content/cfp/61/10/e459.full.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.
- Union for International Cancer Control [site web]. *A call to eliminate cervical cancer globally*. Genève, Suisse: Union for International Cancer Control; 2019. Accessible à : www.uicc.org/call-action-eliminate-cervical-cancer-globally. Réf. du 26 nov. 2019.
- Kim JJ, Burger EA, Regan C, Sy S. Screening for cervical cancer in primary care: a decision analysis for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018;320(7):706-14.
- Frederiksen ME, Njor S, Lyng E, Rebøl M. Psychological effects of diagnosis and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review. *Sex Transm Infect* 2015;91(4):248-56. Publ. en ligne du 15 déc. 2014.
- Kyrgiou M, Athanasidou A, Paraskevidi M, Mitra A, Kalliala I, Martin-Hirsch P et coll. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016;354:i3633.
- Tonelli M, Connor Gorber S, Moore A, Thombs BD; On behalf of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on routine screening pelvic examination. Canadian Task Force on Preventive Health Care adoption of the American College of Physicians guideline. *Can Fam Physician* 2016;62:211-4 (ang), e117-21 (fr).
- Ebell MH, Thai TN, Royalty KJ. Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. *Public Health Rev* 2018;39:7.
- Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, Bray F, Anttila A. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *Eur J Cancer* 2009;45(15):2640-8. Publ. en ligne du 18 août 2009.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Who should be screened for cervical cancer?* Ottawa, ON: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2016. Accessible à : <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/06/2013-cervical-cancer-clinician-algorithm-en.pdf>. Réf. du 26 nov. 2019.
- Frank JR, Snell L, Sherbino J, rédacteurs. *CanMEDS 2015 physician competency framework*. Ottawa, ON: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015. Accessible à : www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-e.pdf. Réf. du 26 nov. 2019.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2020;66:19-23

This article is also in English on page 14.