

Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 32, Issue 2 • Spring 2022
eISSN: 2368-8076



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

Rôle des infirmières praticiennes en soins primaires pour aplanir les obstacles au dépistage du cancer du col : revue de la littérature

par Elizabeth M. King, David S. Busolo

RÉSUMÉ

Presque tous les cas de cancer du col (CC) sont causés par une infection persistante au virus du papillome humain (VPH). Le cancer du col est le deuxième carcinome en importance chez les femmes; malgré tout, les taux de dépistage pour le Canada en 2017 ont raté l'objectif par 19 %. On a, par exemple, observé des taux aussi bas que 57,6 % dans les quartiers défavorisés de l'Ontario, comparativement à 70 % dans les quartiers aisés. Des obstacles complexes et multifactoriels nuisent à la participation des femmes au dépistage du cancer du col (DCC). Les écueils les plus courants sont directement liés aux disparités dans les déterminants de santé, notamment l'appartenance à une minorité ethnique, le faible statut socio-économique, une moins grande éducation, et la difficulté d'accès aux soins de santé. Les infirmières praticiennes (IP) peuvent aplanir ces obstacles en prodiguant des soins d'avant-garde, fondés sur la recherche, respectueux de la culture et attentifs aux besoins des femmes tout en établissant des liens de confiance avec les patientes, jouant ainsi un rôle plus vaste dans la prévention de la maladie. L'objectif de la présente revue de littérature est de résumer les contraintes au DCC et le rôle que peuvent jouer les IP canadiennes pour les alléger.

Mots-clés : cancer du col, dépistage du cancer, infirmière praticienne, obstacles

INTRODUCTION

Le cancer du col (CC) est le deuxième carcinome en importance chez les femmes (Perks et al., 2018). En 2019, la Société canadienne du cancer estimait qu'en 2020, 1 350 Canadiennes recevraient un diagnostic de CC et 410 en mourraient David S. Busolo (Canadian Cancer Society/Société canadienne du cancer, 2019). L'insuffisance ou l'absence de dépistage du cancer du col (DCC) constitue le

principal facteur expliquant le taux de mortalité (Public Health Agency of Canada [PHAC]/Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2009).

Contexte

Le CC est reconnu comme le cancer le plus facile à détecter; il est donc possible de prévenir la morbidité et la mortalité grâce au dépistage précoce. De faibles taux de DCC entraînent un diagnostic tardif, un taux de mortalité élevé et un fardeau financier sur le système de santé (Pendrith et al., 2016; Warren et Thomas, 2011). Si le CC est détecté au stade 1A, souvent dans le cadre d'un dépistage systématique, le taux de survie atteint 93 %; toutefois, si le cancer est détecté au stade 4B, le taux de survie après 5 ans diminue drastiquement et n'est alors que de 15 % (Canadian Cancer Society/Société canadienne du cancer, 2021). Entre 60 et 80 % des femmes recevant un diagnostic de CC avancé n'avaient pas passé de test PAP dans les cinq années précédentes (Nguyen-Truong et al., 2012).

Les lignes directrices sur le DCC varient légèrement d'un endroit à l'autre, mais le dépistage est couvert financièrement par les régimes d'assurance-maladie de toutes les provinces et territoires. Le terme « assurance-maladie » caractérise le système de santé canadien, qui est financé par les deniers publics et dans lequel les gouvernements provinciaux et territoriaux reçoivent un financement du gouvernement fédéral et organisent les services pour assurer aux Canadiens un accès raisonnable aux hôpitaux et aux professionnels de la santé lorsque leur santé l'exige sans devoir payer de leur poche (Government of Canada/gouvernement du Canada, 2016). Selon les statistiques canadiennes les plus récentes sur le DCC (pour 2017), le taux de femmes ayant passé un dépistage dans les trois dernières années était de 74 % seulement malgré la couverture disponible (Statistics Canada/Statistique Canada, 2017). Les cibles étaient alors de 93 %, ce qui signifie qu'environ 5 700 000 Canadiennes ont passé un test de dépistage conformément aux lignes directrices; toutefois, ce nombre aurait dû atteindre 6 783 000 (PHAC/ASPC, 2009; Statistics Canada/Statistique Canada, 2017). Ces statistiques montrent que, malgré l'amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des programmes de dépistage du cancer, une proportion considérable de femmes rencontre tout de même des obstacles et qu'il faut donc mettre en place des stratégies pour éliminer ces obstacles.

Pour réduire les entraves au DCC, on pourrait notamment faire appel aux infirmières praticiennes (IP). Au Canada, les IP sont des infirmières autorisées qui détiennent une maîtrise et qui ont une formation et une expérience clinique poussées. Elles peuvent donc poser des actes médicaux et réaliser des examens physiques comme le test Pap (Canadian Nurses

AUTEURS



Elizabeth M. King, B.Sc.inf., inf. aut., MN, NP, Université du Nouveau-Brunswick, Fredericton, Nouveau-Brunswick



David S. Busolo, inf. aut., Ph.D., Professeur adjoint, Faculté de sciences infirmières – Université du Nouveau-Brunswick, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Auteure-ressource : Elizabeth King : eking2@unb.ca,
tél. : 506-875-1654

DOI:10.5737/23688076322245257

Association [CNA]/Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2017). Le travail des IP est complémentaire à celui des généralistes; elles peuvent travailler dans les milieux de soins primaires, les hôpitaux, les cliniques dirigées par des médecins, et ce, tant en milieu urbain que rural, afin de prodiguer des soins rentables et d'excellente qualité axés sur les patients. Les IP mettent particulièrement l'accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie; elles peuvent, de façon autonome, procéder à l'évaluation et au diagnostic, prescrire des examens et gérer les soins de suivi.

Le manque d'acceptation et le peu de soutien du rôle des IP par certains membres de l'équipe de soins et par les organismes de réglementation provinciaux constituent les obstacles les plus importants au déploiement des IP à l'échelle du pays (Donald et al., 2010). La relation de travail entre les IP et les médecins de famille est un autre facteur empêchant l'acceptation complète des infirmières praticiennes. Les médecins de famille sont réfractaires au rôle des IP, invoquant des questions de responsabilité, des problèmes touchant la portée de leur pratique, le manque de clarté du rôle et des préoccupations quant à l'autonomie de pratique des IP (Donald et al., 2010). Ces barrières compliquent le déploiement des IP à l'échelle pancanadienne, laissant de nombreux Canadiens sans professionnel traitant. En 2019, ils étaient environ 4,6 millions à ne pas disposer d'un accès régulier à un fournisseur de soins primaires, tandis que le Canada ne comptait que 6 159 IP (CNA/AIIC, 2017; Statistics Canada/Statistique Canada, 2020).

Vu les lacunes en matière de DCC et notre besoin de comprendre le rôle potentiel des IP dans la réduction des obstacles au dépistage, nous avons procédé à une recension des écrits pertinents en poursuivant deux objectifs : résumer les obstacles au DCC que rencontrent le plus souvent les Canadiennes et comprendre comment les IP pourraient réduire et éliminer les contraintes au DCC en jouant le rôle qui leur est propre dans la prestation des soins primaires. Les objectifs ont été combinés en une seule et même stratégie de recherche.

Méthodologie

Quatre bases de données électroniques ont été consultées : CINAHL^{MD}, PubMed^{MD}, ProQuest^{MD} et SCOPUS^{MD}. Une recherche manuelle a aussi permis de trouver des données supplémentaires concernant le Canada ainsi que de la documentation parallèle. Les mots-clés suivants ont été utilisés pour la recherche : *cervical cancer* (cancer du col), *cervical cancer screening in Canada* (dépistage du cancer du col au Canada), *cancer screening* (dépistage du cancer), *nurse practitioner* (infirmière praticienne), *nurse practitioner in Canada* (infirmière praticienne au Canada) et *barriers* (obstacles). Pour être retenues, les études primaires devaient être rédigées en anglais et publiées dans des revues spécialisées entre 2010 et 2020, quel que soit leur devis (qualitatif ou quantitatif) ou leur pays d'origine. Les études décrivant les caractéristiques et les données démographiques des femmes participant au dépistage ont été prises en considération, de même que les études portant sur des interventions qui pourraient améliorer les taux de dépistage. De plus, les critères d'inclusion visaient tout spécialement le rôle des IP dans les pratiques de DCC.

La recherche initiale a produit un total de 55 études, dont 15 ont été conservées pour la présente revue. Les études traitant du dépistage de plusieurs types de cancer ont été exclues ($n=14$). Les études dupliquées, celles qui n'étaient pas pertinentes ou dont la qualité méthodologique était insatisfaisante n'ont pas été retenues ($n=26$). Une analyse thématique théorique, semblable au processus décrit par Braun et Clarke (2006), a été utilisée pour cerner les thèmes prévalents, qu'ils soient latents ou explicites, exprimés dans les articles. Les obstacles les plus fréquents au DCC ont été relevés. L'information sur le rôle joué par les IP en soins primaires pour surmonter ces obstacles a été synthétisée; elle sera présentée plus loin.

ENTRAVES AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL

Il existe de nombreux obstacles complexes à la participation des femmes au DCC. Les plus fréquents découlent des inégalités dans les déterminants de santé (Gesink et al., 2016). Ces derniers, selon la définition qu'en donne le gouvernement du Canada, sont à la fois de nature sociale et économique (2019). Les obstacles au DCC les plus souvent abordés dans les écrits recensés étaient en lien avec ces inégalités, notamment le faible statut socio-économique, une moins grande éducation, l'appartenance à une minorité ethnique ou sexuelle, et l'absence d'accès à des soins de santé (qui soient attentifs aux besoins des femmes) (Gesink et al., 2016; Katz et al., 2017; Maar et al., 2013; Nguyen-Truong et al., 2012; Perks et al., 2018; Peters, 2010; Warren et Thomas, 2011). Parmi les autres obstacles majeurs au DCC, on trouve le manque d'accessibilité, la méconnaissance des lignes directrices sur le dépistage, la gêne et la peur des examens et des résultats (Birkhoff et al., 2016; Gesink et al., 2016; Maar et al., 2013; Perks et al., 2018). Les obstacles au DCC relevés dans la littérature et leurs répercussions sur les femmes seront exposés en détail ci-après, de même qu'une discussion sur le rôle des IP dans le DCC et les recommandations à suivre afin que les IP contribuent à éliminer ces obstacles.

Revenu et statut social

L'état de santé est directement corrélé au revenu et au statut social, desquels dépend la capacité d'accéder aux ressources (World Health Organization [WHO]/Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2017). Le CC touche les femmes les plus pauvres; c'est un thème récurrent dans la littérature (Hitt et al., 2013; Maar et al., 2013; Weston et al., 2018). En 2013, les taux de DCC n'étaient que de 57,6 % dans les quartiers défavorisés de l'Ontario, comparativement à 70 % dans les quartiers aisés (Cancer Care Ontario/Action Cancer Ontario, 2014). Le dépistage du cancer est rarement une priorité pour les femmes à faible revenu : elles ne peuvent pas prendre congé du travail et elles doivent répondre à des besoins qui se font concurrence, par exemple nourrir leurs enfants, à l'aide de ressources limitées (Gesink et al., 2016). Selon une étude canadienne, le revenu annuel moyen des femmes sous-dépistées ($n=83$) était de 10 459 \$ (Weston et al., 2018). Dans la présente étude, on constate qu'environ la moitié (57 %)

des femmes étaient célibataires et que 73 % n'avaient pas de médecin de famille (Weston et al., 2018). Ces faits font ressortir l'idée que les femmes pauvres sont peut-être seules à subvenir aux besoins de leur famille et pourraient avoir un accès plus limité aux soins de santé que les autres à cause d'un manque de ressources. Dans d'autres pays, les femmes pauvres qui n'ont pas d'assurance ont invariablement des taux de dépistage du CC plus faibles parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer le dépistage (Katz et al., 2017; Weston et al., 2018). Que les femmes possèdent ou non une assurance, elles risquent fort de ne pas chercher à obtenir des soins préventifs à cause des effets indirects de la pauvreté, comme l'incapacité à payer les services de santé, les médicaments, les traitements et les déplacements pour assister aux rendez-vous.

Une étude américaine a examiné un programme de télémédecine piloté par une IP dont le but était de rejoindre les personnes des régions rurales mal desservies (Hitt et al., 2013). Cette étude a montré que le rôle et la portée du travail des IP constituaient un avantage pour aplanir les obstacles géographiques et financiers auxquels sont confrontées les femmes ayant besoin d'un DCC (Hitt et al., 2013). Toutefois, d'autres recherches seront nécessaires pour savoir comment ce type de programme pourrait être profitable dans les régions rurales du Canada.

Éducation et littératie

Le CC touche de façon disproportionnée les personnes moins éduquées (Hitt et al., 2013; Maar et al., 2013). Dans une étude, les participants s'entendaient sur l'importance de l'éducation, tant la scolarité que la littératie en matière de santé, pour motiver les femmes à participer au dépistage du cancer (Maar et al., 2013). Le poids de la sensibilisation et de l'éducation ressort dans la citation d'une participante à l'étude de Gesink et collaborateurs (2016) : « *Je pense qu'il y a juste un manque relatif de sensibilisation au dépistage en général. C'est-à-dire que je ne pense pas que les [gens] décident de ne pas aller se faire tester; ils ne savent juste pas qu'ils devraient le faire.* » (p. 131) Les faibles niveaux d'éducation et de littératie en matière de santé peuvent constituer des obstacles à la compréhension des critères de DCC, ce qui mène, au bout du compte, à un faible taux de dépistage. Les femmes qui ne comprennent pas la nécessité du dépistage sont moins susceptibles de passer le test. Une patiente de l'étude de Gesink et collaborateurs (2016) affirme : « *Je ne savais pas à quel groupe d'âge s'adressait le dépistage. Je pense que c'est juste un manque d'éducation.* » (p. 131) Dans l'étude de Maar et collaborateurs (2013), le principal facteur facilitant le DCC était un niveau élevé de littératie en matière de santé, ce qui indique qu'il faut améliorer la compréhension qu'ont les patientes des pratiques de DCC pour qu'elles participent au dépistage. Selon les participantes, l'enseignement transmis par les IP était extrêmement efficace, ce qui favorisait l'autonomie des patientes (Hamilton et Rickards, 2020).

Accès aux soins de santé et au dépistage

En 2019, environ 4,6 millions de Canadiens ont dit ne pas avoir accès à un professionnel traitant (Statistics Canada/Statistique Canada, 2020). Ce nombre continue d'augmenter.

Par exemple, on estime actuellement qu'entre 30 000 et 35 000 Néo-Brunswickois n'ont pas accès à un fournisseur de soins de première ligne (Government of New Brunswick/gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2021). En 2017, on estimait ce nombre à 20 000 (Smith, 2018). Dans une étude, ce manque d'accès aux professionnels de la santé était le principal obstacle au dépistage (Gesink et al., 2016). Au Canada, la plupart des provinces et territoires pratiquent le dépistage opportuniste, c'est-à-dire que les professionnels de la santé invitent et encouragent les patientes à se faire dépister plutôt que d'utiliser un système de rappels (Maar et al., 2013). Lorsque les femmes n'ont pas accès à un professionnel traitant, le dépistage opportuniste devient beaucoup plus difficile; souvent, elles ne consultent qu'en cas de nécessité urgente seulement et ne sont donc pas soignées par un professionnel en position de recommander un dépistage systématique.

Des femmes pour donner les soins

Étant donné la nature délicate du DCC, les femmes qui doivent décider de faire un dépistage ont tendance à chercher des services axés sur les besoins des femmes (Thompson et al., 2020). De nombreuses femmes sont mal à l'aise qu'un homme fasse l'examen de DCC, un obstacle majeur au dépistage (Maar et al., 2013; Perks et al., 2018; Thompson et al., 2020; Warren et Thomas, 2011). À noter qu'une Canadienne sur trois vivra une agression sexuelle au cours de sa vie et presque tous les incidents (99 %) de violence sexuelle contre les femmes sont commis par un homme (Government of Ontario/gouvernement de l'Ontario, 2011; Sinha, 2013). Selon les résultats de Mills et collaborateurs (2012), les femmes préféraient voir des femmes cliniciennes parce qu'elles se sentaient alors plus à l'aise. Dans l'étude de Peters (2010), certaines participantes ont dit tenir à consulter un professionnel de la santé de sexe féminin pour subir un test de dépistage. Bien que ces études aient montré à maintes reprises que les femmes appréciaient d'être traitées par des femmes, seuls les travaux de Perks et collaborateurs (2017) ont étudié l'idée de créer une clinique d'IP principalement féminines pour offrir aux femmes des services de DCC; ils ont montré que ce concept présentait des avantages pour les femmes.

Lieux physiques

Le dépistage du CC est moins fréquent en région rurale qu'en milieu urbain, peut-être parce que le dépistage opportuniste n'est pas suffisamment mis en pratique (Hitt et al., 2013; Katz et al., 2017). Les régions rurales tendent à être moins bien desservies que les villes en soins médicaux et cela vaut aussi pour les soins préventifs (Hitt et al., 2013; Maar et al., 2013). Les IP sont souvent présentes dans les régions rurales du Canada, particulièrement au Manitoba, où des cliniques mobiles tenues par des IP et des infirmières autorisées prodiguent des soins aux populations rurales (CNA/AIIC, 2017). Toutefois, la majeure partie des travaux de la présente revue ont été réalisés dans des milieux ruraux d'autres pays. Pour documenter l'expérience de dépistage des femmes, il serait donc utile de mener des recherches dans les régions rurales du Canada, où les taux de DCC sont peut-être plus faibles qu'en milieu urbain.

Minorités

Quatre des études recensées (Gesink et al., 2016; Maar et al., 2013; Nguyen-Truong et al., 2012; Perks et al., 2018) ont nommé l'appartenance à une minorité ethnique ou culturelle comme un obstacle au DCC et un facteur de risque du CC. Parmi les minorités ethniques étudiées, on comptait des femmes autochtones, hispaniques et vietnamiennes-asiatiques, et dans tous ces groupes, les taux de participation au DCC étaient plus faibles que chez les femmes blanches (Maar et al., 2013; Nguyen-Truong et al., 2012; Warren et Thomas, 2011). Le dépistage était également plus bas pour les minorités sexuelles, c'est-à-dire les groupes ayant des identités, orientations ou pratiques sexuelles différentes de celles de la majorité, comparativement aux femmes hétérosexuelles (Waterman et Voss, 2015).

En plus des nombreuses contraintes communes à toutes les femmes, les minorités ethniques doivent souvent composer avec une maîtrise insuffisante de l'anglais, un revenu modeste et un faible niveau d'éducation (Wong et Knobf, 2012). En matière de dépistage du cancer, les femmes autochtones sont confrontées à des inégalités de santé considérables et selon les provinces, leur risque de recevoir un diagnostic de CC est de 2 à 20 fois plus élevé (Maar et al., 2013). De nombreuses femmes autochtones doivent composer avec des facteurs confusionnels, comme le manque d'accessibilité, l'inégalité du niveau d'éducation et du statut socio-économique, et la méfiance à l'égard du système de santé à cause de traumatismes passés (Maar et al., 2013). Chez les femmes vietnamiennes, le taux d'incidence du CC est cinq fois supérieur à celui des femmes blanches et les taux de DCC n'atteignent toujours pas les taux préconisés par les lignes directrices nationales pour cette population (Nguyen-Truong et al., 2012; Wong et Knobf, 2012). Gesink et collaborateurs (2016) ont découvert que de nombreuses femmes immigrantes vivant au Canada ne savaient pas quels services de dépistage étaient couverts par l'assurance maladie. Une participante a dit : « ... quand on arrive, comme nouveau venu... on ne sait pas, on vous fait un examen physique complet et malgré tout, les questions comme le cancer du sein ou le cancer du col ne sont pas des enjeux dont les gouvernements de [nombreux] pays discuteraient, » (Gesink et al., 2016, p. 130). De nombreux membres des minorités ethniques ont un faible niveau de littératie en matière de santé et, en général, ne connaissent ni les lignes directrices sur le DCC, ni les programmes de dépistage, les obstacles ne manquent définitivement pas (Nguyen-Truong et al., 2012).

Dans la présente revue, une seule étude comprenait dans ses rangs des personnes ayant immigré au Canada (Gesink et al., 2016) et une autre avait examiné les obstacles au DCC rencontrés par les femmes autochtones canadiennes (Maar et al., 2013). Fait important : il n'est pas inhabituel pour certains immigrants d'attendre des mois voire des années après leur arrivée au Canada pour être admissibles aux soins de santé; ils ne peuvent donc pas demander un DCC en cas de besoin (Caulford et D'Andrade, 2012). D'autres recherches seront nécessaires pour savoir comment les IP pourraient répondre aux besoins particuliers des minorités canadiennes, et particulièrement des immigrants.

Le risque de CC chez les femmes des minorités sexuelles est souvent sous-estimé et n'a pas été largement étudié. Les taux de DCC chez les lesbiennes sont de 5 à 18 % plus faibles que chez les femmes hétérosexuelles à cause de l'absence perçue d'exposition au risque (Waterman et Voss, 2015). Patientes et professionnels de la santé présument que, vu l'absence perçue ou réelle de contacts avec des hommes, les lesbiennes sont potentiellement moins à risque d'infection au VPH et ont donc moins besoin d'un dépistage périodique (Waterman et Voss, 2015). Souvent, les professionnels de la santé n'encouragent pas les lesbiennes à se faire dépister régulièrement et les taux de vaccination contre le VPH sont plus bas chez les minorités sexuelles (Polek et Hardie, 2017; Waterman et Voss, 2015). Il est d'une importance capitale d'éduquer les professionnels et de collaborer avec les personnes des minorités sexuelles pour promouvoir le dépistage.

Autres obstacles au dépistage

Abus sexuels, peur et gêne

Les femmes ayant subi des abus ou des traumatismes sexuels rapportent un niveau de détresse et de douleur beaucoup plus élevé pendant l'examen pelvien (Birkhoff et al., 2016) que les femmes n'ayant pas la même expérience. Fait important : les femmes sont beaucoup plus susceptibles d'être victimes de violences sexuelles que de tout autre type de violence (Sinha, 2013). Selon Birkhoff et collaborateurs (2016), seulement 3 % des professionnels de la santé posent régulièrement des questions sur les abus sexuels avant un test Pap, malgré que près de 90 % des patientes trouveraient important qu'ils le fassent. La plupart des femmes trouvent difficile d'aborder elles-mêmes ce sujet et préféreraient que les professionnels de la santé amorcent le dialogue (Birkhoff et al., 2016).

La gêne peut aussi constituer un obstacle pour les femmes, particulièrement pour celles qui sont pudiques, obèses, en surpoids ou dont la culture est répressive ou associe les parties génitales uniquement avec l'acte sexuel (Gesink et al., 2016; Nguyen-Truong et al., 2012; Perks et al., 2018). La peur et la gêne sont des barrières sur lesquelles on peut facilement agir en établissant une bonne relation avec les patientes. Selon une participante à l'étude de Gesink et collaborateurs (2016), les femmes qui passent un DCC vivent de l'humiliation et de la peur. Elle suggérait ce qui suit : « *Je ne dis pas qu'il faut dorloter les patientes, mais simplement faire preuve d'un peu d'empathie.* » (p. 130) Hamilton et Rickards (2020) ont montré que les IP possédaient justement de bonnes habiletés de communication, de même que la capacité de créer des liens avec les patientes.

RÔLE DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES EN SOINS PRIMAIRES DANS LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL

Dans la littérature, le recours aux IP en soins primaires pour réduire les obstacles au DCC est aussi l'occasion d'améliorer l'accès aux services de soins de santé au Canada et leur rentabilité, en plus d'assurer la continuité des soins et de bâtir des liens de confiance avec les patientes. Plus précisément, les IP pourraient être la solution à plusieurs des obstacles décrits

par les femmes dans les écrits recensés (tableau 1), y compris l'accès limité aux services de dépistage, l'absence de recommandation du dépistage par les professionnels de la santé, et l'inexistence de milieux de soins accueillants. Les IP peuvent offrir un accès aux soins de santé aux Canadiennes sans médecin de famille, donner des recommandations justes et à jour au sujet du DCC et établir des liens de confiance en faisant appel à leur aptitude supérieure à communiquer (Kenison et al., 2014; Weston et al., 2018).

Les IP en soins de première ligne sont bien acceptées par les patientes et améliorent la prestation des services de santé (Hamilton et Rickards, 2020). Hamilton et Rickards (2020) ont rapporté que 14 % des patientes consultaient une IP pour passer des examens réguliers ou annuels, dont le DCC. Les IP en soins de première ligne peuvent offrir ce type de service et ainsi avoir un effet positif sur les taux de DCC. Dans la même étude, 38 % des patientes consultaient une IP à cause d'un nouveau problème ou pour recevoir un suivi, ce qui est l'occasion d'inviter les femmes à passer un test de DCC. Les IP peuvent également réduire le temps d'attente. Parmi les participantes à l'étude susmentionnée, 84 % considéraient que le temps d'attente pour voir une IP au Nouveau-Brunswick était acceptable ou très acceptable. Fait intéressant : une seule IP canadienne peut desservir jusqu'à 1 000 patients dans sa pratique et offrir un dépistage annuel aux femmes en cas de besoin.

En contexte de DCC, l'IP met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Une étude a comparé les taux de dépistage du cancer du côlon, du col et du sein entre les IP, les oncologues et chirurgiens-oncologues, et les médecins de première ligne (Kenison et al., 2015). Cette étude américaine, réalisée auprès de 759 survivantes du cancer du sein, a conclu qu'il n'y avait pas de différence dans les taux de dépistage du cancer selon le type de professionnels de la santé, mais qu'une proportion considérablement plus grande de femmes ayant consulté une IP a dit avoir abordé la question de l'activité physique, comparativement aux patientes ayant vu un oncologue ou un médecin de première ligne (Kenison et al., 2015). Ces données montrent que les taux de dépistage des IP sont équivalents à ceux des autres professionnels et qu'en plus, les IP encouragent l'adoption de pratiques favorisant la santé.

Éducation

Il arrive que les lignes directrices sur le DCC soient mises à jour fréquemment ou qu'elles varient d'une région à l'autre; il peut donc être difficile pour les IP de savoir quand effectuer le dépistage. Dans l'une des études, par exemple, 66 % des infirmières en pratique avancée ont dit qu'elles procéderaient à un test Pap si une femme de 19 ans présentait des verrues génitales alors que cet examen n'est pas indiqué dans ce cas de figure (Choma et McKeever, 2015). Dans cette même étude, Choma et McKeever ont évalué les effets d'un programme de formation accessible sur le Web qui portait sur les infections à VPH et le DCC, particulièrement chez les adolescentes. Cette formation a considérablement amélioré les connaissances sur le DCC des infirmières en pratique avancée; ces dernières

savaient mieux à qui appliquer les procédures de dépistage. La formation est donc précieuse pour maintenir à jour les connaissances des IP (Choma et McKeever, 2015). Bien que les lignes directrices de pratique pour le DCC varient, Cappiello et Boardman (2018) ont rapporté que les infirmières en pratique avancée intégraient pour la plupart les lignes directrices à leur pratique et que les patientes comprenaient et acceptaient ces lignes directrices. Pour les IP en soins de première ligne, il est primordial de se tenir au courant des lignes directrices sur le DCC afin d'appliquer les bonnes recommandations en matière de dépistage et de bien renseigner les patientes.

Amélioration de l'accès aux soins de santé

Au Canada, au fur et à mesure que le rôle de l'IP comme fournisseur de soins de première ligne gagne en reconnaissance, les IP pourront faire passer davantage de tests de DCC. Grâce aux IP, qui offrent des consultations le jour même pour les cas urgents, le temps d'attente avant d'obtenir un rendez-vous a diminué (CNA/AIIC, 2017).

Presque tous les écrits recensés faisaient mention dans une certaine mesure de la difficulté d'accès aux soins de santé et des effets sur le DCC. Pour tenter de renverser l'énorme problème de l'accès, on utilise la télémédecine, une modalité bien accueillie par les patientes. Le concept, étudié par Hitt et collaborateurs (2013), a permis de combler l'écart de DCC pour les Américaines des régions rurales. Le programme de télémédecine avait recours à des IP sur place pour procéder au dépistage direct avec la supervision d'obstétriciens-gynécologues par communication vidéo interactive (Hitt et al., 2013). Dans l'étude de Hitt et collaborateurs, 61 % des patientes ont dit que, sans la télémédecine, elles auraient attendu le dépistage au moins 12 mois ou qu'elles n'en auraient pas fait la demande. La mise en œuvre du programme de télémédecine piloté par les IP a donc été bénéfique et il pourrait être particulièrement apprécié au Canada, étant donné l'étendue du territoire rural et les difficultés d'accès aux soins de santé. Actuellement, la pandémie de COVID-19 sert de vecteur à la transition vers les soins virtuels, et les programmes de télémédecine gérés par les IP pourraient constituer une avenue prometteuse pour favoriser l'accès aux services de santé pour tous.

Une étude a évalué les résultats obtenus dans une clinique menée par des étudiantes IP en examinant la collaboration entre les étudiantes de premier cycle universitaire, les étudiantes IP et le corps enseignant pour créer une clinique mensuelle de gynécologie dirigée par des étudiantes (Weston et al., 2018). La majorité des patientes n'avait pas de professionnel traitant (Weston et al., 2018). Des 83 femmes ayant fréquenté la clinique, 95 % se sont dites satisfaites et 100 % recommanderaient le service à des amis ou des membres de leur famille (Weston et al., 2018). Bien qu'il s'agisse d'une étude australienne, l'avis des participantes concorde avec celui des Canadiennes qui reçoivent des soins prodigués par une IP et qui rapportent un taux de satisfaction de plus de 93 % (CNA/AIIC, 2017). De plus, dans l'étude de Hamilton et Rickards (2020), 95,5 % des 699 patientes ayant obtenu des soins de première ligne auprès d'une IP étaient satisfaites des tests de dépistage effectués.

L'envoi par la poste d'autotests de dépistage du VPH constitue une stratégie possible pour que les femmes participent au DCC. Dans l'une des études, cette stratégie a été bien reçue par les patientes et par les professionnels de la santé (Katz et al., 2017). Bien que les tests de dépistage du VPH à domicile éliminent en partie les obstacles, des questions demeurent sur le prélèvement et le transport de l'échantillon par la personne et sur la suite qu'elle donnera aux résultats (Katz et al., 2017). En proposant cette méthode de test aux femmes et en leur enseignant comment faire, les IP contribuent à éliminer les obstacles logistiques et psychologiques au dépistage (Katz et al., 2017). De plus, Katz et collaborateurs (2017) ont constaté que de nombreuses femmes ne comprenaient pas clairement la relation entre le VPH et le CC et qu'elles avaient besoin d'information. Enfin, dans l'étude de Cooper et Saraiya (2015), la majorité des professionnels de la santé s'entendaient pour dire que les tests de dépistage du VPH étaient efficaces, même lorsqu'ils ne s'accompagnaient pas d'un test Pap. Cette voie alternative pourrait éliminer chez les femmes la crainte d'une procédure invasive de DCC.

Dépistage respectueux des besoins des femmes

Dans presque toutes les études recensées, les participantes insistent sur l'idée que le DCC devait être effectué par une femme. Selon l'une des participantes, le plus important était que le professionnel soit de sexe féminin, qu'il s'agisse d'un médecin ou d'une infirmière (Mills et al., 2012). Comme 93 % des IP canadiennes en 2017 étaient des femmes (Canadian Institute for Health Information [CIHI]/Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2019) comparativement à 43 % des médecins de famille en 2013, les IP peuvent venir combler un manque potentiel (CIHI/ICIS, 2019). Sans présumer que les professionnels de sexe féminin devraient simplement se charger de tous les tests de dépistage touchant la santé des femmes, la différence dans la composition de la profession des IP pourrait représenter un possible avantage pour offrir aux femmes des services de dépistage qui respectent leurs besoins.

Communication et relation de confiance

On sait que les IP sont capables d'établir et de maintenir une relation professionnelle avec les patients. Dans l'une des études, 97 % des participantes se disaient satisfaites de l'écoute reçue de la part des IP, ce qui suggère que les IP prennent le temps d'écouter leurs patients, de communiquer avec eux et d'établir une relation professionnelle positive (Hamilton et Rickards, 2020). Dans leur étude, Hamilton et Rickards (2020) ont également constaté que les IP étaient formées à faire une anamnèse complète. Dans le contexte du DCC, cette compétence des IP est inestimable puisque, dans la littérature, de nombreuses femmes accordaient une vive importance à l'écoute reçue de la part du personnel de soins.

DISCUSSION

La présente revue de littérature confirme que le CC demeure sous-dépisté. Et si le taux de DCC est faible, le nombre de cas de CC diagnostiqués augmente, de même que la morbidité et la mortalité, une situation qui pèse lourd sur

le système de santé, mais qui est pourtant évitable (PHAC/ASPC, 2009; Pendrith et al., 2016; Warren et Thomas, 2011). De par leur rôle unique, les IP peuvent réduire les obstacles au DCC, mais d'autres recherches seront nécessaires pour en mesurer l'efficacité.

Plusieurs concepts étaient absents des écrits recensés, tout particulièrement l'idée générale de la contribution des IP canadiennes à l'amélioration des taux de DCC. Comme la plupart des travaux publiés concernent les IP d'autres pays que le Canada, d'autres recherches devront examiner le rôle et la portée des IP canadiennes pour éliminer les obstacles au DCC. Il n'est pas simple de savoir qui sont les patients dont s'occupent actuellement les IP et de généraliser les conclusions à l'ensemble des IP de tous les milieux de pratique. Il faudra mener d'autres recherches pour déterminer l'efficacité du dépistage effectué par les IP et voir s'il y a place à l'amélioration lorsqu'on les compare aux autres professionnels de la santé.

À l'heure actuelle, dans plusieurs provinces et territoires du Canada, le rôle des IP est toujours en évolution et mal connu de la population. L'étude de Hamilton et Rickards (2020) a conclu que les femmes recevant les services d'une IP étaient généralement très satisfaites des soins reçus et de l'importance accordée à la promotion de la santé. Toutefois, d'autres études seront nécessaires pour évaluer la satisfaction des patientes qui consultent une IP en soins de première ligne, ainsi que les taux de dépistage. Il faudrait également comprendre pourquoi, au Canada, le rôle des IP est continuellement remis en question et ainsi sensibiliser le public au rôle particulier des IP et créer la base d'un changement de politique permettant aux IP d'être acceptées par les autres professionnels médicaux et de pratiquer de façon indépendante partout au Canada.

Les nombreuses IP canadiennes peuvent offrir aux femmes qui cherchent un professionnel de sexe féminin un dépistage respectueux des besoins des femmes. Dans les écrits recensés, ce concept n'a été étudié qu'en Australie par Perks et collaborateurs (2017). Une étude canadienne sur les effets du dépistage mené par des femmes serait bénéfique pour mieux comprendre la préférence des Canadiennes à consulter des professionnels de sexe féminin et à obtenir un meilleur accès au DCC. D'autres recherches seront également nécessaires pour déterminer l'avis des professionnels de sexe masculin au sujet du DCC ainsi que les mesures à prendre pour que la patiente et le professionnel de sexe masculin se sentent à l'aise pendant la procédure.

La fiabilité et la disponibilité des travaux publiés font partie des forces de la présente revue de littérature. En revanche, elle présente aussi certaines limites, notamment l'absence de consultation avec un bibliothécaire pendant le processus de la revue à cause de contraintes de temps; l'auteure (étudiante aux études supérieures) a donc effectué ses travaux après avoir suivi des cours sur la recherche et la synthèse documentaire. La revue était explicitement axée sur le DCC; les résultats pourraient donc ne pas s'appliquer à d'autres types de cancers et de milieux de soins. De plus, pour ne tenir compte que des pratiques de DCC les plus à jour, les articles datant de plus de dix ans ont été exclus; par conséquent, certaines études pertinentes pour le présent article ont peut-être été écartées. Pour

ne pas perdre de vue les objectifs de la revue de littérature, les articles n'ont pas fait l'objet d'une évaluation critique exhaustive; la qualité méthodologique des études recensées pourrait donc être variable.

RECOMMANDATIONS POUR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE : IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Parmi les recommandations visant à bonifier l'accès au DCC pour les femmes sous-dépistées, nombreuses sont celles qui s'appliquent à tous les professionnels de la santé de première ligne, mais les IP jouent un rôle unique, car selon toutes les études, elles offrent un dépistage et de l'information de qualité tout en améliorant l'accès à des soins rentables et respectueux des besoins des femmes, dont les patientes se disent très satisfaites (Choma et McKeever, 2015; Hamilton et Rickards, 2020; Katz et al., 2017; Weston et al., 2018). Le rôle de l'IP allie la complexité de la science médicale à l'art délicat des soins infirmiers pour stimuler l'autonomie des patients, améliorer l'état de santé de la population et faire une place de choix à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie (Hamilton et Rickards, 2020). Tous les professionnels de la santé de première ligne peuvent pratiquer le DCC; toutefois, les patientes soignées par les IP rapportent systématiquement un niveau élevé de satisfaction et un meilleur accès aux services de santé. Les taux de dépistage effectués par des IP sont également équivalents à ceux des autres professionnels de la santé (Hamilton et Rickards, 2020; Katz et al., 2017; Kenison et al., 2015; Weston et al., 2018). Les IP en soins de première ligne ont la possibilité de définir un rôle relativement nouveau dans le système de santé canadien et d'ainsi augmenter les taux de DCC.

Meilleur accès aux soins de santé

Parmi les études recensées dans la présente revue de littérature, une évaluait la création d'une clinique étudiante offrant des tests de DCC à des groupes de femmes mal desservis, une autre le concept de cliniques de télécolposcopie au service des femmes des régions rurales, et une autre encore les autotests de détection du VPH. Ces interventions ont toutes amélioré à faible coût l'accès aux soins de santé; en prime, elles offraient une expérience précieuse à la prochaine génération de professionnels de la santé, faisaient appel aux ressources des collectivités rurales et apportaient aux patientes soutien et confort (Hitt et al., 2013; Katz et al., 2017; Weston et al., 2018). Les IP du Canada devraient, dans la mesure du possible, intégrer ces pratiques auprès de leurs patients ou contribuer à la recherche à leur sujet. Chaque intervention devrait être étudiée et évaluée pour le contexte canadien.

Dépistage respectant les besoins des femmes

Le concept de dépistage respectant les besoins des femmes revient si souvent dans la littérature que les professionnels de la santé devraient tenter de répondre à cette demande. Peut-être n'est-il pas toujours possible que le DCC soit effectué par une femme, mais ce qu'il faut surtout retenir, c'est qu'on

peut, avec un peu de chance, assurer le confort des femmes, quel que soit le sexe du professionnel de la santé, en les rassurant, en les informant et en établissant avec elles des liens de confiance.

Éliminer les obstacles propres à certaines populations

Pour dépister efficacement le cancer chez les personnes des minorités ethniques, il faut généralement adopter une approche multidimensionnelle (Wong et Knobf, 2012). Différentes mesures permettent d'augmenter le taux de tests Pap dans les groupes minoritaires : cibler les minorités en créant des campagnes de sensibilisation dans leur langue, créer des cliniques de dépistage respectueuses de la culture, établir un registre de patients et un système de rappel, et proposer des services de dépistage à faible coût (Maar et al., 2013; Wong et Knobf, 2012). Comme la recherche suggère que les qualités des professionnels de la santé et leur habileté à créer des liens de confiance influencent grandement la volonté des minorités ethniques à passer un test Pap, les IP pourraient faciliter le dépistage tout en offrant à toutes les patientes de l'information adaptée à leur culture (Maar et al., 2013; Nguyen-Truong et al., 2012; Wong et Knobf, 2012). Pour que les interventions de dépistage auprès des minorités ethniques soient viables à long terme, l'IP doit collaborer avec les patientes en utilisant toute méthode convenant à leur culture.

Les personnes des minorités sexuelles ont besoin d'obtenir la bonne information sur les recommandations de DCC (Waterman et Voss, 2015). À l'heure actuelle, les messages sur les pratiques sexuelles sûres et les infections transmissibles sexuellement ciblent généralement les hommes et les femmes hétérosexuels. En l'absence de langage inclusif, les minorités sexuelles pourraient croire que, lorsque les professionnels de la santé s'adressent à « toutes les femmes », leur message ne concerne que les femmes hétérosexuelles (Waterman et Voss, 2015). L'IP doit s'efforcer d'employer un langage approprié et inclusif, tout en rendant la pratique plus accueillante pour les minorités sexuelles. Pour ce faire, elles pourraient : poser des affiches et d'autre matériel d'information montrant des couples homosexuels et hétérosexuels, demander des précisions sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre si c'est approprié et bénéfique, et éviter de faire des suppositions sur les pratiques sexuelles quelle que soit l'identité sexuelle des patientes (Polek et Hardie, 2017). L'IP doit recueillir une anamnèse complète pour dépister le CC chez toutes les femmes admissibles et encourager la vaccination contre le VPH, quelle que soit l'orientation sexuelle.

Information et relation de confiance

Les IP peuvent jouer un rôle important pour intégrer les nouvelles lignes directrices sur le DCC à la pratique et garder les patientes au courant en leur transmettant cette information (Schwaiger et al., 2012). Éduquer les femmes et les informer des lignes directrices actuelles accroît la participation au DCC (Schwaiger et al., 2012). Les IP, dans la mesure du possible, doivent favoriser une communication franche avec les patientes. De plus, dans le cadre des interventions de promotion de la santé, il ne faut pas sous-estimer l'importance de donner aux patientes les outils nécessaires pour participer aux

soins le plus activement possible. Un dialogue ouvert et honnête crée un lien qui incite à l'échange d'information, et nourrit un sentiment de confiance et d'aisance.

CONCLUSION

De nombreux obstacles complexes empêchant les femmes de se faire dépister ont été relevés dans la littérature recensée. Les IP doivent continuer de promouvoir avec diligence le DCC auprès des populations mal desservies et marginalisées, notamment celles qui vivent dans la pauvreté, qui sont peu instruites, qui font partie d'une minorité ou qui ont subi de la violence, ou qui sont gênées ou craintives. Les IP canadiennes en soins de première ligne peuvent traiter les personnes ayant un accès limité aux professionnels de la santé, et particulièrement celles qui préféreraient consulter un professionnel de sexe féminin. Les données montrent que les IP sont bien accueillies par les patientes (Hamilton et Rickards, 2020). De nombreux concepts, relevés dans les écrits, sont propres au rôle joué par les IP pour éliminer les obstacles au DCC auprès

de différents groupes, notamment en offrant des soins adaptés à la culture, en créant des cliniques de tests Pap respectueuses des besoins des femmes, en confiant des cliniques à des étudiantes IP, en offrant des services de télémédecine, en distribuant des autotests du VPH, en établissant des liens de confiance, en se perfectionnant sur le DCC et en transmettant ces connaissances aux patientes. D'autres recherches seront nécessaires pour savoir comment les IP travaillant dans le système de santé canadien peuvent au mieux encourager toutes les femmes à se faire dépister, même lorsqu'il subsiste des contraintes.

Un appel international à l'action lancé en 2018 par l'Organisation mondiale de la Santé nous exhorte à agir pour éliminer le CC d'ici 2030. Cette forme de cancer figure parmi les plus faciles à prévenir et à traiter grâce à la vaccination contre le VPH, le dépistage précoce et la prise en charge efficace (Popadiuk, 2019). Les IP peuvent répondre à cet appel à l'action en faisant tomber les obstacles au dépistage du cancer du col afin d'éradiquer la maladie à l'échelle mondiale.

RÉFÉRENCES

- Birkhoff, E. M. L., Krouwel, E. M., Nicolai, M. P. J., de Boer, B.-J., Beck, J. J., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2016). Dealing with patients facing a history of sexual abuse: A cross-sectional survey among Dutch general practitioners. *European Journal of General Practice*, 22(2), 126–133. <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1122752>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://10.1191/1478088706qp0630a>
- Canadian Cancer Society. (2019). *Canadian cancer statistics*. <https://www.cancer.ca/-/media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-EN.pdf?la=en>
- Canadian Cancer Society. (2021). *Survival statistics for cervical cancer*. <https://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/cervical/prognosis-and-survival/survival-statistics/?region=on>
- Canadian Institute for Health Information [CIHI] (2019). *Canada's health care providers: Provincial profiles 2008 to 2017 – Data tables*. R <https://www.cihi.ca/en/canadas-health-care-providers-provincial-profiles-2008-to-2017-data-tables>
- Canadian Nurses Association [CNA]. (2017). *Nurse practitioners – Untapped resource*. <https://cna-aicc.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/2019-nurse-practitioners-untapped-resource.pdf?la=en&hash=FD0A9731A2C7D00B3F0D23FE0A51BBF89858BCA4>
- Cancer Care Ontario. (2014). *Cancer fact: Cervical cancer screening rates below provincial target and vary within neighbourhood income*. www.cancercareontario.ca/cancerfacts.
- Cappiello, J. D., & Boardman, M. (2018). Longitudinal study of advanced practice nurses' implementation of screening intervals for cervical cancer screening: *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(2), 92–100. <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000003>
- Caulford, P., & D'Andrade, J. (2012). Health care for Canada's medically uninsured immigrants and refugees: Whose problem is it? *Can Fam Physician*, 58, 725–727. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395500/pdf/0580725.pdf>
- Choma, K., & McKeever, A. E. (2015). Cervical cancer screening in adolescents: An evidence-based internet education program for practice improvement among advanced practice nurses: Cervical cancer screening. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(1), 51–60. <https://doi.org/10.1111/wvn.12071>
- Cooper, C. P., & Saraiya, M. (2015). Perceived effectiveness of HPV test as a primary screening modality among US providers. *Preventive Medicine*, 78, 33–37. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.06.007>
- Donald, F., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Kilpatrick, K., Kaasalainen, N., Harbman, P., Bourgeault, I., & DiCenso, A. (2010). The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Nursing Leadership*, 23, 88–113. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2013.22271>
- Gesink, D., Filsinger, B., Mihic, A., Norwood, T. A., Sarai Racey, C., Perez, D., Antal, J., Ritvo, P., & Vernich, L. (2016). Cancer screening barriers and facilitators for under and never screened populations: A mixed methods study. *Cancer Epidemiology*, 45, 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.10.015>
- Government of Canada. (2016). *Canada's healthcare system*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>
- Government of Canada. (2019). *Social determinants of health and health inequalities*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>
- Government of New Brunswick. (2021). *Frequently asked questions: Patient Connect NB*. https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/Hospital-Services/content/Patient_Connect_NB/faqs.html
- Government of Ontario. (2011). *Changing attitudes, changing lives: Ontario's sexual violence action plan*. <http://www.women.gov.on.ca/owd/docs/svap.pdf>
- Hamilton, S., & Rickards, T. (2020). Patient experiences of primary care provided by nurse practitioners in New Brunswick, Canada. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(4), 299–304. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.12.027>
- Hitt, W. C., Low, G., Bird, T. M., & Ott, R. (2013). Telemedical cervical cancer screening to bridge Medicaid service care gap for rural

- women. *Telemedicine and E-Health*, 19(5), 403–408. <https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0148>
- Katz, M. L., Zimmermann, B. J., Moore, D., Paskett, E. D., & Reiter, P. L. (2017). Perspectives from health-care providers and women about completing human papillomavirus (HPV) self-testing at home. *Women & Health*, 57(10), 1161–1177. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1243608>
- Kenison, T. C., Silverman, P., Sustin, M., & Thompson, C. L. (2015). Differences between nurse practitioner and physician care providers on rates of secondary cancer screening and discussion of lifestyle changes among breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(2), 223–229. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0405-z>
- Maar, M., Burchell, A., Little, J., Ogilvie, G., Severini, A., Yang, J. M., & Zehbe, I. (2013). A qualitative study of provider perspectives of structural barriers to cervical cancer screening among First Nations women. *Women's Health Issues*, 23(5), e319–e325. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.06.005>
- Mills, J., Chamberlain-Salaun, J., Christie, L., Kingston, M., Gorman, E., & Harvey, C. (2012). Australian nurses in general practice, enabling the provision of cervical screening and well women's health care services: A qualitative study. *BMC Nursing*, 11(1), 23. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-23>
- Nguyen-Truong, C. K. Y., Lee-Lin, F., Leo, M. C., Gedaly-Duff, V., Nail, L. M., Wang, P., & Tran, T. (2012). A community-based participatory research approach to understanding Pap testing adherence among Vietnamese American immigrants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), E26–E40. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01414.x>
- Pendrith, C., Thind, A., Zaric, G. S., & Sarma, S. (2016). Costs of cervical cancer treatment: Population-based estimates from Ontario. *Current Oncology*, 23(2), 109. <https://doi.org/10.3747/co.23.2598>
- Perks, J., Algosio, M., & Peters, K. (2018). Nurse practitioner (NP) led care: Cervical screening practices and experiences of women attending a women's health centre. *Collegian*, 25(5), 493–499. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.12.007>
- Peters, K. (2010). Reasons why women choose a medical practice or a women's health centre for routine health screening: Worker and client perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17–18), 2557–2564. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03245.x>
- Polek, C., & Hardie, T. (2017). Changing HPV vaccination rates in bisexual and lesbian women. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(6), 333–339. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12453>
- Popadiuk, C. (2019). Cervical cancer screening in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(2), S177–179.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2009). *Performance monitoring for cervical cancer screening programs in Canada*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cd-mc/cancer/pmccspc-srpdccuc/pdf/cervical-eng.pdf>
- Schwaiger, C., Aruda, M., LaCoursiere, S., & Rubin, R. (2012). Current guidelines for cervical cancer screening. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(7), 417–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00704.x>
- Sinha, M. (2013). *Measuring violence against women: Statistical trends*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766-eng.pdf>
- Smith, C. (2018). *CBC News: Finding family doctor the ultimate challenge, says immigrant*. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/family-medicine-doctor-shortage-new-brunswick-population-immigrants-1.4559721>
- Statistics Canada. (2017). *Cancer screening, 2017*. Statistics Canada Catalogue no. 82-625. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-625-x/2018001/article/54977-eng.pdf?st=qnvNIKsp>
- Statistics Canada. (2020). *Primary health care providers, 2019*. Statistics Canada Catalogue no. 82-625-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-eng.htm>
- Thompson, E. L., Galvin, A. M., Daley, E. M., Tatar, O., Zimet, G. D., & Rosberger, Z. (2020). Recent changes in cervical cancer screening guidelines: U.S. women's willingness for HPV testing instead of Pap testing. *Preventive Medicine*, 130, 105928. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105928>
- Warren, D. M., & Thomas, E. (2011). The relationship between limited English proficiency and cervical cancer screening in Hispanic women. *Women's Health Care: A Practical Journal for Nurse Practitioners*, 10(9), 5.
- Waterman, L., & Voss, J. (2015). HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian women. *The Nurse Practitioner*, 40(1), 46–53.
- Weston, C., Page, R., Jones-Schubart, K., & Akinlotan, M. (2018). Improving cancer screening for underserved women through an FNP student-led clinic. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(5), e101–e104. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.01.013>
- Wong, J. Y., & Knobf, M. T. (2012). Cervical cancer screening in the Vietnamese American population. *The Nurse Practitioner*, 37(7), 1–4. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000415244.49452.de>
- World Health Organization. (2017). *Determinants of health*. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>

APPENDIX

Tableau 1

Résumé des études recensées

Étude/pays	Méthodologie	Participants	Phénomène(s) d'intérêt	Thèmes et résultats
Polek, Hardie, 2017. États-Unis	Sondage	5695 femmes – lesbiennes : 113, bisexuelles : 135, hétérosexuelles : 5 446, âge : 18 à 26 ans.	Caractériser les taux de vaccination contre le VPH chez les femmes en fonction de l'orientation sexuelle pour mieux décrire les groupes à risque et faciliter les efforts de vaccination des infirmières praticiennes.	Des différences significatives ont été observées dans les taux de vaccination en fonction de l'orientation sexuelle. Les femmes bisexuelles étaient les plus susceptibles de se faire vacciner et la différence était significative entre ce groupe et les femmes hétérosexuelles et lesbiennes, pour qui la différence entre les deux n'était pas significative. Les résultats suggèrent que les taux de vaccination des minorités sexuelles s'améliorent, mais qu'ils demeurent faibles chez les femmes adultes.
Perks, Algosio, Peters, 2018. Australie	Méthodes mixtes : entrevues semi-structurées, étude qualitative descriptive. Analyse thématique.	147 femmes âgées de 18 ans et plus.	Déterminer les caractéristiques des patientes fréquentant le centre de santé pour femmes de Liverpool et comprendre leur expérience des services.	Offrir des services de santé accessibles et rassurants peut augmenter la participation des femmes vulnérables au dépistage systématique du cancer du col. L'accès au dépistage permet de réduire la morbidité et la mortalité associées au cancer du col. Voici deux grands thèmes et un des sous-thèmes de l'étude : 1. Raisons de choisir une clinique pour femmes (sous-thème : préférence quant au sexe du professionnel de la santé); 2. Réponse aux besoins physiques et émotionnels. Les femmes rapportent que le dépistage du cancer du col est une procédure invasive et elles sont plus à l'aise avec un professionnel de sexe féminin qui établit avec elles une relation de confiance et leur donne l'impression de s'intéresser sincèrement à leur santé et leur bien-être général. Les participantes ont aussi affirmé que les infirmières praticiennes de la clinique portaient une attention particulière à créer avec elles des liens de confiance et répondaient à leurs besoins physiques et émotionnels pour accroître leur niveau de confort.
Maar, Burchell, Little, Ogilvie, Severini, Yang, Zehbe, 2013. Canada	Approche de recherche participative : entrevues semi-structurées, entrevues détaillées. Analyse thématique.	18 infirmières, infirmières praticiennes, agents de santé communautaire travailleurs sociaux, médecins – intervenant tous auprès de femmes de 11 communautés des Premières Nations des régions rurales du nord-ouest de l'Ontario. 17 femmes, 1 homme.	Examiner les obstacles structurels empêchant les femmes autochtones de participer au dépistage du cancer du col.	Voici les grands thèmes qui se dégagent de l'étude : pénurie de professionnels de la santé qualifiés, absence d'un système de rappel, problèmes de transport, inégalités quant à l'éducation et au statut socio-économique, faible littératie en matière de santé, et traumatismes intergénérationnels. Le thème de la pénurie de professionnels de la santé qualifiés se développe en plusieurs branches : manque de professionnels de sexe féminin, accès à un professionnel régulier pouvant rassurer les femmes qui font un dépistage du cancer du col et établir avec elles une relation de confiance. Pour les régions rurales mal desservies, les obstacles structurels au dépistage du cancer du col ont été relevés : il s'agit de l'absence d'un système de rappel et des problèmes de transport. Les inégalités quant à l'éducation et au statut socio-économique se sont révélées être un des thèmes centraux; en effet, pour de nombreuses participantes, l'éducation constituait l'un des facteurs dominants pour faciliter la décision de participer ou non au dépistage du cancer. Les participantes trouvaient que de nombreuses femmes autochtones étaient désavantagées, tant au niveau de l'éducation scolaire formelle que de la littératie générale en matière de santé. Les effets générationnels et culturels, comme la barrière de langue et les traumatismes causés par les pensionnats, de même que les expériences antérieures dans le système de santé, peuvent dissuader les femmes de se faire dépister.

<p>Nguyen-Truong, Lee-Lin, Leo, Gedaly-Duff, Nail, Wang, Tran, 2012. États-Unis.</p>	<p>Enquête communautaire descriptive à l'aide d'un échantillonnage dirigé.</p>	<p>211 femmes vietnamiennes-américaines âgées d'au moins 21 ans.</p>	<p>Comprendre les facteurs éventuels influençant la pratique du test Pap chez les femmes vietnamiennes-américaines.</p>	<p>Dans cette population, les taux de tests Pap demeurent faibles. Seulement 30 % des femmes de l'étude connaissaient les programmes de dépistage du cancer du col dans leur collectivité et 11 % seulement savaient où aller pour passer gratuitement un test Pap dans leur région.</p>
<p>Mills, Chamberlain-Salaun, Christie, Kingston, Gorman, Harvey, 2012. Australie</p>	<p>Étude qualitative exploratoire réalisée à partir d'un échantillon par choix raisonné, collecte de données concomitantes et analyse des entrevues individuelles.</p>	<p>18 infirmières autorisées travaillant en pratique générale et participant à un module à l'intention des professionnels pratiquant les tests Pap.</p>	<p>Examiner le processus de changement de la division traditionnelle du travail pour ce qui touche le dépistage du cancer du sein et les services de santé gynécologique en milieu de pratique générale et élaborer une approche que les infirmières pourront intégrer à leur travail.</p>	<p>Les participantes percevaient quatre facteurs clés favorisant la mise en œuvre d'un modèle de soins infirmiers qui intègre le dépistage du cancer du col et les services de santé gynécologique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les médecins généralistes doivent être d'accord pour renoncer à pratiquer le dépistage du cancer du col. 2. Les infirmières praticiennes doivent être prêtes à étendre la portée de leur rôle pour y inclure le dépistage du cancer du col et les services de santé gynécologique. 3. Les clients préfèrent qu'une femme infirmière praticienne s'occupe de procéder au dépistage et de répondre à leurs besoins en matière de santé gynécologique. 4. La présence d'une culture qui encourage le travail d'équipe interdisciplinaire. <p>Selon les participantes à l'étude, les professionnels de sexe masculin se sentent peut-être mal à l'aise de procéder au dépistage du cancer du col; toutefois, les médecins généralistes pourraient être un peu hésitants à permettre aux infirmières en pratique avancée de se charger du dépistage.</p> <p>Un facteur favorisant pour que les infirmières s'occupent du dépistage du cancer du col est le nombre de clientes qui préfèrent voir une clinicienne de sexe féminin. Elles se sentent aussi plus à l'aise avec une infirmière et sont plus susceptibles de parler des besoins touchant la santé des femmes.</p> <p>Les infirmières des régions rurales peuvent voir les patientes plus régulièrement, tandis qu'il y a une rotation importante des médecins généralistes.</p>
<p>Katz, Zimmermann, Moore, Paskett, Reiter, 2017. États-Unis</p>	<p>Groupes de discussion distincts de professionnels de la santé et de femmes. Notes d'observation, entrevues détaillées.</p>	<p>28 professionnels de la santé avec un âge moyen de 43 ans. 15 femmes d'un âge moyen de 45 ans.</p>	<p>Acquérir une meilleure compréhension de l'acceptabilité perçue des tests de VPH envoyés par la poste.</p>	<p>Voici les principaux thèmes abordés par les groupes de discussion :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La plupart des professionnels de la santé pensaient que les femmes comprenaient très peu le lien entre le VPH et le cancer du col et l'importance de se conformer aux lignes directrices sur le dépistage du cancer du col. 2. La plupart des femmes ont dit manquer de connaissances au sujet du VPH. <p>Les obstacles au dépistage du cancer du col faisaient partie des thèmes clés; ils comprenaient : la gêne, le stress émotionnel, l'inconfort physique, la douleur, et le manque de temps et d'argent pour passer le test.</p> <p>Les femmes préféraient faire le test de dépistage du VPH chez elle plutôt qu'en milieu médical; toutefois, les professionnels de la santé ont parlé des problèmes possibles, notamment du risque d'erreurs, mais ils étaient nombreux à considérer les tests comme une façon d'encourager les femmes à revenir dans le système de santé.</p>

Birkhoff, Krouwel, Nicolai, Bert-Jan de Boer, Beck, Putter, Pelger, Elzevier, 2016. Pays-Bas	Enquête ponctuelle, questionnaire de 31 questions	357 professionnels en pratique générale âgés de 26 à 72 ans, 57 % de femmes.	Évaluer l'attitude des professionnels en pratique générale par rapport aux victimes de violence sexuelle et savoir s'ils portaient une attention particulière à la question des abus sexuels avant de procéder au frottis cervical.	Seulement trois des participants posaient « souvent » des questions sur les abus sexuels à leurs patientes, tandis que 36 le faisaient « régulièrement ». La raison la plus commune empêchant les professionnels de poser des questions à ce sujet était qu'ils n'avaient pas de raison de le faire. Du côté des infirmières, 34,5 % des infirmières praticiennes ne posaient « jamais » de questions sur les abus sexuels, tandis que seulement 3 % le faisaient toujours. La fréquence des abus sexuels est sous-estimée dans le dépistage du cancer du col. Pour la plupart des femmes, il est difficile d'aborder elles-mêmes le sujet et elles préféreraient que les professionnels de la santé amorcent le dialogue.
Weston, Page, Jones-Schubart, Akinlotan, 2018. Australie	Projet clinique collaboratif évalué par enquête qualitative.	17 étudiantes infirmières praticiennes, âge non précisé. 83 patientes âgées de 23 à 66 ans.	Accroître l'accès au dépistage du cancer pour les femmes sous-desservies tout en offrant une expérience clinique collaborative aux étudiantes infirmières praticiennes.	L'élargissement de l'accès au dépistage grâce à des cliniques dirigées par des étudiantes infirmières praticiennes a été bien reçu par les patientes; l'initiative était rentable et a permis d'améliorer l'accès au dépistage du cancer du col.
Kenison, Silverman, Sustin, Thompson, 2014. États-Unis	Sondages	759 survivantes du cancer du sein âgées entre 32 et 95 ans.	Déterminer si la fréquence du dépistage du cancer et des discussions sur les modes de vie sains différait selon le type de professionnels (infirmière praticienne, médecin de première ligne, oncologue, chirurgien-oncologue)	Aucune différence statistiquement significative n'a été observée dans les taux de dépistage de cancers primaires et secondaires chez les survivantes du cancer du sein d'un type de professionnels à l'autre. On a cependant constaté une différence significative pour ce qui touche les discussions sur les modes de vie sains, avec une proportion plus élevée de patientes se rappelant avoir parlé d'activité physique et d'alimentation avec les infirmières praticiennes.
Hitt, Low, Bird, Ott, 2013. États-Unis	Programme de télécolposcopie avec sondages administrés avant et après le projet.	1 298 examens coloscopiques sur des patientes de 14 à 58 ans.	Fournir les soins nécessaires à une population à risque et tester l'utilité d'un jumelage entre des professionnels locaux réalisant les examens et des spécialistes les supervisant à distance par télé-médecine.	Parmi les 1 118 biopsies réalisées, 333 présentaient des lésions précancéreuses ou un cancer; les patientes ont donc été adressées à un médecin pour recevoir un traitement. Selon les résultats du sondage, 61 % des patientes ont rapporté que, sans le programme, elles auraient attendu au moins 12 mois ou qu'elles n'auraient peut-être même pas cherché à se faire traiter, alors que 74 % des patientes ont dit qu'elles auraient attendu au moins 6 mois ou n'auraient pas tenté d'obtenir un traitement. Pendant la période de l'étude, les complications associées à la télécolposcopie étaient rares.
Choma & McKeever, 2015. États-Unis.	Intervention de formation avec sondage post-programme.	78 participants ont complété le programme de formation et 48 ont rempli le sondage post-formation (93,7 % de femmes)	Déterminer l'efficacité d'un programme de formation continue offert sur le Web pour enrichir les connaissances des infirmières en pratique avancée sur les lignes directrices actuelles de dépistage du cancer du col et leur application dans la pratique.	Les professionnels de la santé ont rapporté une importante variation de leurs connaissances sur le cancer du col et les lignes directrices en matière de dépistage, de même que sur l'infection au VPH et le risque de tumeur cervicale. Les connaissances des infirmières en pratique avancée au sujet du dépistage du cancer du col chez les adolescentes présentent des lacunes; toutefois, après la formation, le niveau de connaissances augmentait et les infirmières adaptaient leurs comportements autodéclarés de pratique clinique aux nouvelles lignes directrices sur le dépistage du cancer du col.

Peters, 2010. Australie.	Étude qualitative. Entrevues, entretiens narratifs. Analyse thématique.	9 bénéficiaires de soins de santé âgés de 31 à 65 ans. 6 professionnels de la santé, âge non précisé.	Explorer les expériences et les perceptions des bénéficiaires et des travailleurs de la santé quant au faible taux de dépistage des femmes.	Trois grands thèmes ont émergé, notamment : services centrés sur les femmes et respectueux de leurs besoins, importance de la continuité des soins et d'un environnement sûr. Pour de nombreuses femmes, le simple fait d'avoir accès à des professionnels de sexe féminin était essentiel pour qu'elles se fassent dépister et reçoivent des soins de santé. De plus, l'absence de rappel de dépistage de la part des professionnels de la santé et le manque de continuité des soins provoquaient un effet dissuasif sur le dépistage. Lorsqu'elles n'ont pas accès à un professionnel traitant, les femmes passent d'une clinique à l'autre pour réussir à passer un test de dépistage, ce qui finit par causer des disparités dans les soins et nuit au dépistage.
Thompson, Glavin, Daley, Tatar, Zimet, Rosberger, 2020. États-Unis.	Sondage en ligne.	812 femmes, âgées de 30 à 65 ans	Évaluer l'information, la motivation et les compétences comportementales associées à la volonté des femmes de passer un test de dépistage du VPH au lieu d'un test Pap.	Les connaissances au sujet du VPH étaient associées de façon significative à la volonté de passer un test de dépistage du VPH. Les facteurs de motivation comprenaient : attitudes positives, normes sociales, avantages perçus, inquiétudes au sujet du cancer du col, inquiétudes au sujet de résultats anormaux au dépistage du VPH. Les femmes étaient nettement plus disposées à passer le test si le professionnel le recommandait et qu'elles connaissaient les dernières lignes directrices sur le dépistage du cancer du col.
Cappiello, Boardman, 2018. États-Unis	Étude longitudinale.	358 infirmières en pratique avancée dans trois États de Nouvelle-Angleterre en 2008, 2012 et 2015.	Savoir dans quelle mesure les infirmières en pratique avancée avaient adopté les lignes directrices sur le dépistage du cancer du col.	Une forte proportion des infirmières en pratique avancée applique les lignes directrices. Aussi, les infirmières en pratique avancée trouvaient que leurs patientes étaient de plus en plus informées et à l'aise avec les lignes directrices.
Gesink, Filsinger, Mihic, Norwood, Racey, Perez, Antal, Ritvo, Vernich, 2016. Canada	Étude à méthodes mixtes multiphase : discussions de groupe, sondage en ligne, groupes de discussion avec des professionnels de la santé. Analyse thématique.	2783 participants au sondage en ligne retenus, 82 % de femmes; âge : plus de 18 ans. Discussions en groupe avec des professionnels de la santé, puis avec des membres de chaque population sous-desservie.	Cerner et quantifier les obstacles et les facteurs facilitants du dépistage du cancer du sein et du col ainsi que du cancer colorectal pour les résidents de l'Ontario sous-dépistés ou n'ayant jamais passé de test de dépistage entre 2011 et 2013.	<p>En Ontario, les taux de dépistage du cancer n'atteignent pas les cibles malgré la gratuité du service pour toutes les résidentes admissibles.</p> <p>Les thèmes étaient répartis entre les obstacles et les facteurs facilitants le dépistage auprès des personnes sous-dépistées ou celles qui n'avaient jamais passé de test. Les obstacles : 1. le médecin; 2. la douleur, la gêne et la peur engendrées par le test, qui est trop invasif; 3. la peur; 4. les antécédents de violence sexuelle; 5. les déterminants sociaux de la santé (pauvreté, situation de crise, normes sociales, faible littératie, manque de connaissances ou de sensibilisation); 6. l'absence d'assurance maladie.</p> <p>Les facteurs facilitants : 1. le médecin; 2. le test; 3. l'amélioration des connaissances et de la sensibilisation; 4. l'apparition de symptômes; 5. l'incitation à se faire tester par la famille ou les amis.</p> <p>Le professionnel de la santé pouvait être à la fois un facteur facilitant et un obstacle. Le médecin peut être vu comme un obstacle s'il refuse de tester les patientes ou s'il n'est pas attentif à leurs besoins particuliers. Le professionnel de la santé sert aussi de facteur facilitant lorsque l'inverse se produit, c'est-à-dire s'il encourage les patientes à se faire dépister et qu'il donne assez de détails sur l'importance du dépistage. Les patientes appréciaient aussi que le professionnel de la santé leur rappelle le moment où procéder au dépistage.</p> <p>Le dépistage en tant que tel était aussi un obstacle et un facteur facilitant à cause de la nature délicate et potentiellement douloureuse du test. Bien que de nombreuses patientes aient entretenu des idées préconçues sur le test (ex. trop angoissant ou douloureux), et qu'il s'agit dans ce cas d'un obstacle, de nombreuses autres l'ayant passé l'avaient trouvé moins douloureux que prévu, et cela devenait alors un facteur facilitant le dépistage.</p>