

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**ProQuest Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600**

UMI[®]



Université d'Ottawa • University of Ottawa

**RELATION ENTRE LE POINT DE SERVICES, LES DETERMINANTS DE LA
SANTÉ ET L'UTILISATION DU TEST DE PAPANICOLAOU AUPRES DE
FEMMES AUTOCHTONES ET METIS**

Par

SUZANNE LYNN LEBEAU

Thèse présentée à

l'École des études supérieures et de la recherche

en vue de l'obtention d'une Maîtrise ès sciences en sciences infirmières

Université d'Ottawa

Juillet, 2001

© Suzanne Lynn Lebeau, Ottawa, Canada, 2001



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

**395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

Your file Votre référence

Our file Notre référence

0-612-66069-9

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Canada

RÉSUMÉ

RELATION ENTRE LE POINT DE SERVICES, LES DETERMINANTS DE LA SANTÉ ET L'UTILISATION DU TEST DE PAPANICOLAOU AUPRES DE FEMMES AUTOCHTONES ET METIS

Suzanne Lynn LeBeau

Cette étude descriptive vise à explorer les relations entre les déterminants de la santé, les données socio-démographiques et le point de services par rapport à l'utilisation du test Papanicolaou par les femmes autochtones de la région du Nipissing. L'échantillon se compose de 76 femmes autochtones et métis qui ont répondu à un questionnaire oral téléphonique ou face à face. Il y a des relations significatives entre l'utilisation du test Pap, tel que mesuré par la fréquence d'utilisation et le moment du dernier et du prochain test, et les déterminants de la santé et le point de services. Les résultats peuvent servir de tremplin pour des études ultérieures servant à améliorer la planification des soins de santé pour les femmes autochtones.

DEDICACE

Cette oeuvre est dédiée à ma famille.

A Laurier et Pauline Chartrand, Josée et Mike Morris, Elaine et Trevor Carlson, qui avez donné généreusement de votre temps et ressources afin de m'aider à parvenir à ma destination, et qui m'avez montré que la persévérance et l'apprentissage portent à récompense.

A la famille Lebeau, Gerry, Pauline, Shirley, Roger, Raymond, Marcel, Tania, qui à travers votre sens d'humour et joie de vivre, m'avez aidé à maintenir l'équilibre dans ma vie et à me souvenir de ce qui est important. A Christine et Ryan: petites personnes avec un grand potentiel.

Et surtout, à mon conjoint, Richard, merci de ton appui inconditionnel, ta patience, ton sourire, et tes paroles d'encouragement. Tu as toujours démontré ta croyance que je pouvais atteindre toute cible que je visais et ceci m'a motivé énormément. Le parcours a été beaucoup moins ardu grâce à toi.

Un grand merci à vous tous qui m'avez accompagné sur ce chemin.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier plusieurs personnes pour leur aide valable au cours de ce projet. D'abord, je remercie Ginette Coutu-Wakulczyk, ma directrice de thèse, qui a su m'aider à rester motivée en étant disponible, positive, encourageante, et a démontré beaucoup d'intuition et de perspicacité en sachant quelles pistes suggérer face aux épreuves. Je remercie aussi mes autres professeurs de maîtrise, dont Gisèle Carroll, Diane Prud'Homme, Run Min Zhou et Simon Laflamme, et les membres de mon comité de thèse, Suzanne Doucette et Denise Moreau, qui ont partagé leurs connaissances et talents au-delà de mes attentes.

Je veux témoigner aussi une grande reconnaissance envers mes assistantes de recherche, Nicole Petrant-Rennie, et Pearl Echum, sans lesquelles je n'aurais pas pu effectuer la collecte de données de façon aussi efficace et acceptable. Miig-wetch à Sharon Goodwin, Bernice Bélanger, Gerry Gagnon et à l'équipe du "North Bay Indian Friendship Centre", ainsi qu'à Lisa Pigeau-Crawford et l'équipe du "Métis Centre" pour m'avoir aidé à créer des ponts et ouvrir des portes.

Je remercie les personnes qui m'ont encouragées en cours de route: Debbie-Anne Coutu, pour son appui considérable, Joanne Tignanelli, Susan Boudreau, Bronwen Quick, Jane Sargent-Nodwell, JoAnn Bean, Christine Gignac, Anna Morrow et tant d'autres.

TABLE DES MATIERES

RESUME	ii
DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
TABLE DES MATIERES	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	x
CHAPITRE 1 – INTRODUCTION	
1.1 Enoncé du problème	1
1.2 But de l'étude	7
1.3 Questions de recherche	7
CHAPITRE 2 – REVUE DE LA LITTERATURE	
2.1 Le test de dépistage Papanicolaou	8
2.1.1 Historique	8
2.1.2 Valeurs épidémiologiques.....	9
2.1.3 Utilisation	14
2.2 Données socio-démographiques et déterminants de la santé	15
2.3 Point de services	26
2.3.1 Accessibilité	27
2.3.2 Praticien de soins de santé primaires	29
2.4 Cadre conceptuel:	32
2.5 Objectifs	38

CHAPITRE 3 – METHODOLOGIE

3.1	Type de recherche	39
3.2	Milieu de l'étude, population et échantillon	40
3.2.1	Description du milieu	40
3.2.2	Population-cible.....	41
3.2.3	Critères d'éligibilité	42
3.2.4	Échantillon.....	42
3.3	Définition opératoire des variables	42
3.3.1	Variables indépendantes.....	44
3.3.2	Variable dépendante.....	44
3.3.3	Variables concomitantes	45
3.4	Description des instruments	45
3.4.1	Caractéristiques socio-démographiques	45
3.4.2	Point de services	45
3.4.3	Histoire de santé	47
3.5	Déroulement de l'étude	47
3.5.1	Arrangements administratifs	47
3.5.2	Formation des assistantes	48
3.5.3	Collecte des données	48
3.6	Plan des analyses	49
3.6.1	Analyses descriptives	50
3.6.2	Analyses inférentielles	50
3.7	Considérations éthiques	50
3.8	Limites de l'étude	51
3.8.1	Échantillon	51
3.8.2	Instrument	52
3.8.3	Collecte des données	53

CHAPITRE 4 – RESULTATS

4.1	Statistiques descriptives	54
-----	---------------------------------	----

4.1.1	Caractéristiques socio-démographiques	54
4.1.2	Praticien régulier	57
4.1.3	Dernier contact avec la source principale de soins de santé	59
4.1.4	Utilisation du test Pap	60
4.1.5	Histoire obstétricale et gynécologique	64
4.1.6	Raisons sous-jacentes à l'utilisation du test Pap	66
4.1.7	Importance accordée au test Pap	70
4.1.8	Motivations et obstacles à l'utilisation du test Pap	71
4.2	Statistiques inférentielles	75
4.2.1	Déterminants de la santé et utilisation du test Pap.....	76
4.2.2	Point de services et utilisation du test Pap	78
CHAPITRE 5 – DISCUSSION		
5.1	L'échantillon	80
5.2	Utilisation du Pap et le point de services	84
5.2.1	Ressources et obstacles	86
5.2.2	5.2.2 Praticien de la santé	89
5.3	Éléments à explorer dans des études ultérieures	92
CONCLUSION		95
REFERENCES		97
ANNEXES		
ANNEXE A	Vérification des critères d'éligibilité et questionnaire	113
ANNEXE B:	Contrat pour assistantes	126
ANNEXE C:	Formulaire de recrutement	127
ANNEXE D:	Formulaire de consentement	128
ANNEXE E:	Approbation du comité d'éthique	130
ANNEXE F:	Tableau des relations non significatives	131

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Relevé des valeurs épidémiologiques du test Pap selon l'auteur et l'année de publication	11
Tableau 2	Incidence du cancer du col par 100 000 femmes, normalisée pour l'âge de la population de 1991 selon la province et la région.....	14
Tableau 3	Recommandations en matière de fréquence optimale du test Pap selon l'organisme, les auteurs et l'année.....	16
Tableau 4	Proportion de l'utilisation du test Pap selon le temps et les régions.....	17
Tableau 5	Lien entre les domaines de Purnell et les items du questionnaire.....	46
Tableau 6	Répartition des sujets selon le groupe d'âge, l'état civil, l'ethnie, le lieu de résidence, la scolarité et le revenu familial.....	56
Tableau 7	Répartition des sujets selon la présence, la profession et le sexe du praticien régulier.....	58
Tableau 8	Répartition des sujets selon la source principale des soins de santé	58
Tableau 9	Répartition des sujets selon le dernier contact, la raison et la discussion du test Pap au dernier contact avec la source principale des soins de santé.....	59
Tableau 10	Répartition des sujets selon la date du dernier test Pap, la fréquence d'utilisation et date du retour pour le prochain Pap	61

Tableau 11	Répartition des sujets selon le type de praticien du dernier test Pap versus le type et le sexe du praticien habituel du test Pap	62
Tableau 12	Répartition des sujets selon retour et les raisons pour répétition du test Pap.....	63
Tableau 13	Répartition des sujets selon le nombre de grossesses, la date de fin de la grossesse et les soins reçus en communauté lors de la dernière grossesse	64
Tableau 14	Répartition des sujets selon l’histoire gynécologique, le moment du problème, le praticien consulté et le test Pap discuté et effectué	66
Tableau 15	Répartition des sujets selon l’importance attribuée aux variables se rapportant au choix de la personne qui effectue le test Pap.....	69
Tableau 16	Répartition des sujets selon les obstacles à l’utilisation du test Pap et le moment du dernier test Pap	74
Tableau 17	Relevé des variables démontrant des relations significatives selon la valeur du Chi carré, le nombre de degré de liberté et la probabilité	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle de Purnell	33
Figure 2	Schéma opératoire des variables	43

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1.1 Énoncé du problème

De 1992 à 1996, le cancer du col utérin se situait au huitième rang de tous les types de cas de cancer chez la femme ontarienne alors qu'il obtenait le rang le plus élevé chez les groupes d'âge plus jeunes (Marrett Charelli, Nishri, & Theis, 1999). En terme d'incidence, il s'avérait au troisième rang chez les femmes de 20 à 24 ans, et au second rang pour les femmes entre 35-49 ans (Marrett et al., 1999). Ces données sont d'autant plus alarmantes que les femmes à risques d'être atteintes du cancer du col sont celles qui utilisent le moins le test de dépistage Papanicolaou (test Pap). Entre 1992 et 1996, alors qu'en Ontario, les taux d'incidence et de mortalité de cancer du col n'ont pas diminué au cours de la dernière décennie (Clarke, 1996), le taux d'incidence au Canada se situait à 9.3 pour 100 000 en 1994, et le taux de mortalité à 2.6 pour 100 000 en 1996. En Ontario durant cette même période ces taux ont augmenté respectivement à 9.8 et 2.7 pour 100 000 femmes (Institut national du cancer du Canada, 1999; Marrett et al., 1999). En outre, au Canada, entre 1960-62 et 1970-72, alors que la fréquence d'utilisation du test Pap augmentait rapidement, le taux de mortalité par cancer du col diminuait de façon significative chez les femmes âgées entre 30 et 64 ans (Miller, Lindsay, & Hill, 1976).

Selon Clarke (1996), plus de 550 ontariennes développent un cancer du col et environ 150 femmes en décèdent chaque année. La plupart des décès surviennent chez les femmes qui ne sont pas dépistées ou suivies adéquatement; les raisons sous-jacentes se résument en 4 points, à savoir, la femme: 1) n'a jamais été dépistée; 2) dépistée cinq

à dix ans auparavant; 3) le suivi était déficient; ou 4) la progression était rapide, ce qui est observé dans 10% des cas seulement (Miller, et al., 1991).

Toutefois, les taux d'incidence et de mortalité du cancer du col ne sont pas uniformément distribués dans la population canadienne: l'âge, la situation géographique (rurale ou urbaine), le statut socio-économique, le statut d'emploi, le revenu et l'ethnie affectent ces taux (Institut national du cancer du Canada, 1999; Cava, Greensberg, Fitch, Spaner, & Taylor, 1997; Symonds, 1997; Stewart, 2000). Plusieurs des régions à haute incidence de cancer du col se retrouvent dans le nord-est de la province.

La lésion intraépithéliale squameuse ou cytologie anormale du col utérin, fréquemment dépistée par le test Pap chez les clientes évaluées par les infirmières praticiennes et les médecins, s'avère un problème important chez les femmes, tous âges confondus, en Ontario et, cette lésion est de plus en plus prévalente chez les jeunes femmes (Perlman, Kahn, & Emans, 1998). En effet, entre juin 1996 et septembre 1999, près de 4% des tests Pap enregistrés au Cytobase démontrent une anomalie cellulaire chez les femmes âgées de 10 à 19 ans. Le pourcentage observé n'est alors que de 3% chez les femmes de 20 à 29 ans, 2% pour les tranches d'âge entre 20 et 39 ans, 1% entre 40 et 49 ans, ainsi que de 50 à 59 ans, 0.7% entre 60 et 69 ans et 0.8% à 70 ans et plus (Inscyte Corporation, 1999). Alors que les adolescentes semblent détenir un taux moindre de lésions intraépithéliales squameuses, ce taux est significativement plus élevé lorsque corrigé pour l'activité sexuelle, atteignant un niveau épidémique chez ce groupe d'âge (Moscicki, Winkler, Irwin, & Schachter, 1989). Or, ces taux ne sont pas connus pour la femme de culture autochtone au Nipissing.

Etant donné la période de latence de plusieurs mois ou années avant le développement du cancer invasif du col (Dewar, Hall & Perchalski, 1992), le test Pap permet de: 1) dépister les lésions intraépithéliales squameuses; 2) surveiller l'évolution ou la régression des lésions du col; et 3) initier le traitement par chirurgie, cryothérapie ou laser, pour la prévention précoce du cancer. Le test Pap est utile à ces fins même s'il n'est pas effectué à toutes les années (Dewar et al., 1992). Par ailleurs, pour Dewar et al. (1992), ce test représente l'outil idéal de prévention du cancer du col utérin, car la progression entre la lésion intraépithéliale squameuse de grade inférieur à la lésion intraépithéliale de grade supérieur évolue de 1% par année pendant une période atteignant dix ans. Néanmoins, la progression se fait par étapes: de la lésion de grade inférieur à la lésion de grade supérieur évoluant vers le cancer (Action cancer Ontario – Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus 2000). Si la lésion progresse, chacune de ces étapes est atteinte à l'intérieur des deux premières années suivant le diagnostic (Holowaty, Miller, Rohan, et al., 1999).

Le Groupe ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus, dont le but est de réduire l'incidence et la mortalité du cancer du col de 50% entre 1996 et 2006, soutient que toutes les femmes actives sexuellement et âgées entre 20 et 70 ans, devraient subir un test Pap au moins à tous les deux ans suivant trois tests annuels négatifs. Toutefois, le test Pap peut être cessé à l'âge de 70 ans suite à quatre tests Pap négatifs effectués dans les derniers dix ans (Clarke, 1996). Cette directive ne s'applique pas aux femmes qui ont une histoire antérieure de tests Pap anormaux (Lickrish, 2000).

Le test Pap est le prélèvement de cellules de l'endocol utérin avec interprétation en laboratoire à partir d'un test simple, peu coûteux et facile à effectuer. Le test Pap,

susceptible de dépister les changements du col utérin avant l'évolution au cancer représente un moyen efficace pour réduire l'incidence et la mortalité liées au cancer du col utérin. Or, ce test qui est habituellement accessible à l'intérieur du système de soins de santé primaires, demeure sous utilisé (Harokopos, & McDermott, 1996). Les femmes, grandes utilisatrices de soins de santé primaires, continuent d'être physiquement, sexuellement et émotionnellement affectées par les lésions et le cancer du col utérin. Une proportion importante de la population féminine ontarienne ne se présente pas régulièrement pour un dépistage, particulièrement dans le Nord-est de l'Ontario. En 1996-1997 près de 75% des femmes âgées de plus de 20 ans, provenant des régions du Timiskaming, Muskoka, Parry Sound, et Nipissing, et dans tout l'Ontario, avaient eu un test Pap dans les trois dernières années, tandis que 7 à 11% n'en n'avaient jamais eu (Marrett et al., 1999). Ces données montrent cependant que 25% des femmes n'ont pas eu de test Pap au cours des trois dernières années. Toutefois, des données propres aux femmes autochtones de cette région spécifique de la province ne sont pas disponibles. D'autres études ont regroupé les facteurs contribuant à cette sous-utilisation sous deux thèmes d'intérêt: le point de services et les déterminants de la santé.

En matière de comportements de santé relative à l'utilisation du test Pap, un des déterminants de la santé se rapporte à la culture. La majorité des intervenants sont d'origine culturelle autre qu'autochtone, d'où l'importance de considérer la situation particulière de ces femmes dans le contexte de l'utilisation du Pap. Les écrits relatifs aux obstacles et aux facilitateurs d'utilisation du dépistage Pap parmi les femmes autochtones est quasi inexistante (Clarke et al., 1998). Pourtant, l'influence culturelle semble associée à l'incidence et la mortalité du cancer du col. Kawaga-Singer (1995) note le peu de

données quant à la santé des différentes ethnies, ce qui rend difficile la distinction entre les effets de l'ethnie et les effets de facteurs socio-économiques sur le cancer. Cet auteur suggère que l'étiologie de la disparité des taux d'incidence et de mortalité du cancer entre les groupes ethniques semblent provenir des différences physiologiques, biochimiques, et socio-économiques.

Le point de services a également un impact sur l'utilisation du test Pap, par exemple, avoir une ressource régulière de soins, la langue utilisée lors des services, le niveau d'éducation, et l'accès physique, incluant les rampes d'accès pour les femmes atteintes d'handicap physique, et la culture du praticien. Le site, l'expérience, la préparation professionnelle, l'âge, le sexe, l'importance accordée au test Pap, toutes ces variables ont un effet sur l'utilisation du test Pap (Cava et al., 1997; Fitch, Greenberg, Cava, Spaner, & Taylor, 1998; Cutler, 1999; Kirkman-Liff & Kronenfeld, 1992; Graham, Savic, & Gardner, 1998; McKie, 1993a).

Certaines femmes affirment ne pas avoir subi de test Pap puisque non recommandé par le professionnel de la santé (Harlan, Beresteing, & Kessler, 1991). Le manque d'incitatifs a des effets sur l'utilisation du test Pap (Kirkman-Liff & Kronenfeld, 1992). Pour les femmes de plus de 40 ans, six types d'incitatifs ont été reconnus parmi les plus importants. Deux d'entre eux se rapportent à l'importance accordée au test Pap par le sujet, et au point de services. Les incitatifs sont par ordre décroissant; 1) le rappel du médecin; 2) la connaissance d'une personne atteinte du cancer du col; 3) une personne significative qui assure le rappel; 4) l'invitation personnelle de la part d'un praticien; 5) l'annonce publicitaire parue dans un endroit public, ou 6) l'annonce publicitaire dans un journal ou une revue (Hennig & Knowles, 1990; Wardle & Pope,

1992). Toutefois, rien n'indique la valeur, la pertinence et l'étude de ces facteurs pour la femme autochtone en Ontario.

Le manque d'information relatif au test Pap est également associé au non-usage de ce test (Fitch et al., 1998). Les incitateurs personnels contribuent aussi à la non-utilisation du test Pap, tels que la douleur rapportée lors de l'administration du dernier test (Fitch, et al., 1998; Orbell, 1996) et la perception que le test n'est pas important ou nécessaire (Neilson & Jones, 1998; Schofield, Sanson Fisher, Halpin, & Redman, 1994).

Il existe une pénurie d'information en matière de facteurs d'influence de l'utilisation du test Pap chez la femme autochtone du nord-est de l'Ontario. Sans cette information, il est difficile de planifier des programmes appropriés aux besoins propres à une culture spécifique. Il n'est pas surprenant que ces programmes risquent de ne pas avoir l'effet escompté quant à l'utilisation régulière du test Pap dans le but de réduire l'incidence du cancer du col utérin.

Étant donné le manque de connaissances en matière d'utilisation du test Pap et des facteurs qui facilitent ou entravent ce comportement chez la femme autochtone du Nipissing, il est difficile, voire impossible, de planifier des programmes de prévention du cancer du col qui soient à la fois accessibles, appropriés et rentables pour cette population. Les services de soins de santé offerts aux autochtones sont souvent inappropriés. Ils ne tiennent pas compte des intérêts et besoins particuliers de cette culture. De tels services risquent de ne pas être utilisés par la population qui en a pourtant besoin.

1.2 But de l'étude

Le but de cette recherche est d'étudier la relation entre le point de services et les déterminants de la santé les plus probants d'influencer l'utilisation du test Papanicolaou auprès de femmes autochtones et métis du Nord-Est ontarien.

1.3 Questions de recherche

Pour atteindre le but de l'étude, les questions suivantes doivent être répondues:

- 1. Quel est le profil des femmes de l'échantillon selon les variables étudiées?**
- 2. Quelles sont les relations entre les déterminants de santé et l'utilisation du test Pap?**
- 3. Quelles sont les caractéristiques du point de services et de l'histoire de santé reliées à l'utilisation du test Pap?**

CHAPITRE 2

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ce chapitre présente la revue de la littérature pertinente regroupée sous les rubriques suivantes: 1) le test de dépistage Pap; 2) le point de services; 3) les déterminants de la santé; et 4) le cadre conceptuel. Les objectifs de recherche sont formulées à la fin du chapitre.

2.1 Test de dépistage Pap

2.1.1 Historique

En Ontario, l'incidence du cancer du col a diminué de 46% entre 1971 et 1996 (après normalisation pour âge et correction pour hystérectomie), suite au dépistage systématique par le test Pap. Toutefois, la diminution la plus prononcée se situe entre 1971 et 1979 avec 5.4% par année, comparativement à une baisse de 1.3% annuellement entre 1980 et 1986 (Marrett et al., 1999). Cependant, entre 1992 et 1996, les diagnostics de nouveaux cas de cancer du col ont augmenté chez les personnes de 20 ans et plus pour atteindre un sommet chez les femmes de 35 à 39 ans. La mortalité liée à ce cancer est plus élevée chez les femmes âgées de 70 à 74 ans (Marrett et al., 1999). Le taux de survie du cancer du col est de 70.3% entre 1971 et 1996, indépendamment de l'année du diagnostic, avec un taux de 83.9% chez les femmes âgées de 20 à 34 ans (Marrett, et al., 1999), d'où l'importance du dépistage et du diagnostic précoce.

En Colombie Britannique, le dépistage systématique, en place depuis 1949, rejoint environ 85% de la population des femmes à risque. Une réduction de 70% de la

mortalité par cancer du col, et 78% d'incidence de carcinome invasif du col ont été rapportée chez cette population (Symonds, 1997). Aux États-Unis, suite à l'adoption du test Pap, le taux de mortalité du cancer du col a diminué de 70% au cours des 40 dernières années, au rythme de 3-4% par année durant les derniers 30 ans (Dewar et al., 1992; Leslie, 1995). Pendant que le taux de prévalence du cancer invasif (plus sérieux) diminuait, le taux de carcinoma in situ et de lésions du col utérin augmentait; selon Dewar et al. (1992), sans le test Pap, le risque de cancer invasif du col serait de deux à trois fois plus élevé aux États-Unis. Les femmes de 65 ans et plus qui n'ont jamais eu de test Pap présentent 2.7 à 4 fois plus de risques d'être atteintes d'un cancer du col comparativement aux femmes qui en ont subi au moins un (Mandelblatt, Gopaul, & Wistreich, 1986).

2.1.2 Valeurs épidémiologiques

La sensibilité et la spécificité du test Pap varie selon l'expertise du praticien qui recueille l'échantillon, l'état de la cliente, la compétence de la personne qui évalue les cellules en laboratoire, ainsi que la qualité des instruments et outils utilisés à chacune des étapes de l'évaluation. Étant donné que la valeur prédictive positive des tests de dépistage s'avère faible dans la population générale (Marshall, 1996), le nombre élevé de faux positifs n'est pas étonnant. Néanmoins, le précounselling pourrait aider à diminuer l'inquiétude rattachée à un résultat faux positif en informant les femmes de cette possibilité (Wardle & Pope, 1992).

Le consensus sur la sensibilité et la spécificité du test Pap est mal établi en raison de biais méthodologiques des différentes études (Agency for Health Care Policy and

Research, 1999). D'abord, la sensibilité d'un test correspond à la proportion de personnes ayant la maladie et qui ont un résultat positif selon la mesure clinique étalon (Fletcher, Fletcher, & Wagner, 1988). Un test très sensible fournit peu de résultats faux négatifs, mais beaucoup plus de faux positifs. Certaines études rapportent que le test Pap a une sensibilité variant de 20 à 70% (Lytwin & Sellors, 1997). Différentes études identifient l'existence de faux négatifs dans 5 à 50% des tests Pap selon Eddy (1990), ou dans 20 à 40% des cas selon Ferreira (1998). D'autres auteurs rapportent un taux de faux négatifs variant de 1 à 80% (Dewar et al., 1992). L'étude de Moscicki et al. (1989) démontre un taux de faux négatifs de 33% (N=222). Une variation entre 20 à 45% de faux négatifs est la plus souvent citée (Woolf, 1989). Néanmoins, une récente méta-analyse révèle que la sensibilité du test Pap se situe à 0.51 (95%IC; 0.37-0.66) (Agency for Health Care Policy and Research, 1999).

La spécificité d'un test représente la proportion de personnes qui n'ont pas la maladie ou la condition et qui ont un test négatif par rapport à la mesure clinique étalon (Fletcher et al., 1988). La méta-analyse effectuée par l'Agency for Health Care Policy and Research (1999) démontre que le test Pap présente une spécificité de 0.98 (95% IC; 0.97-0.99). La spécificité du test Pap est supérieure à sa sensibilité, pour se situer entre 90% et 99% (Woolf, 1989) et un taux de résultats faux positifs entre 0.2% et 1.3% (Dewar & Perchalski, 1992). La précision du test Pap augmente avec la sévérité de la lésion (Agency for Health Care Policy and Research, 1999). Le Tableau 1, résume les valeurs épidémiologiques examinées pour le test Pap selon les auteurs et l'année de publication.

Tableau 1 Relevé des valeurs épidémiologiques du test Pap selon l'auteur et l'année de publication

Auteur (Année)	Sensibilité	Spécificité	Faux positifs	Faux négatifs
Agency for Health Care Policy and Research (1999)	51%	98%	--	--
Woof (1999)		90-99%	--	20-25%
Ferreira (1998)	--	--	--	20-40%
Lytwin & Sellors (1997)	20-70%	--	--	--
Dewar & Perchalski (1992)	--	--	0.2-1.3%	--
Dewar et al. (1992)	--	--	--	1-80%
Eddy (1990)	--	--	--	5-50%
Moscicki et al. (1989)	--	--	--	3.3%

Selon Dewar et al. (1992), l'incidence de lésions du col et de carcinome in situ se situe à un plus jeune âge depuis les dernières années. Bien que les adolescentes aient un taux plus bas de carcinome ou lésions du col utérin, lorsque les taux sont corrigés selon l'activité sexuelle, ces taux sont égaux ou plus élevés que ceux des femmes adultes; c'est pourquoi Moscicki et al. (1989) parlent d'épidémie dans ce groupe d'âge. L'âge affecte l'incidence du cancer du col et l'utilisation du test Pap. En Grande Bretagne, le cancer du col est aussi au huitième rang de tous les types de cancer (Symonds, 1997) et cette distribution varie selon le groupe d'âge. Le dépistage dans une population âgée de 65 ans et plus est problématique car plusieurs faux positifs y sont présents (Weintraub et al., 1987). Toutefois, aux États-Unis, 24 % des nouveaux cas de cancer du col et 40% des décès surviennent chez les femmes de plus de 64 ans (Weintraub, et al., 1987).

L'incidence du cancer du col augmente durant les troisième et quatrième décades de la vie. En effet, l'âge moyen d'atteinte de cancer invasif du col est de 48 ans, tandis que le maximum de lésions survient 10 à 20 ans avant le diagnostic de cancer (Dewar et al., 1992).

Le plus haut taux de prévalence en 1988 pour les lésions intraépithéliales du col utérin se situe entre 25 et 29 ans et pour le carcinoma in situ (cancer localisé au col utérin, non-répandu) l'âge moyen est de 38 ans aux Etats-Unis (Dewar et al. 1992). En Colombie Britannique, il y a une prévalence importante de maladies précliniques du col chez les femmes de 20 à 25 ans (Miller et al., 1991). L'âge de la ménarche est environ un an plus tard chez les femmes atteintes de lésions, et l'ectopie couvre 20% ou plus du col chez les femmes atteintes (Moscicki et al., 1989). Ces deux conditions sont des signes d'immaturité du col utérin, ce qui signifie que les cellules métaplasiques sont plus exposées aux agents étrangers comme le sperme. Dans l'étude de Moscicki et al. (1989), effectuée auprès de 122 sujets, les adolescentes atteintes de lésions au col utérin étaient actives sexuellement depuis en moyenne 2.5 ans seulement; pourtant le cancer invasif ne survient généralement pas avant environ trois ans suivant le premier coït (Miller et al., 1991).

Le test Pap est efficace surtout pour la prévention de la progression vers le cancer des cellules squameuses, qui est le type morphologique de cancer du col le plus commun; cependant, l'efficacité du test Pap est beaucoup moindre pour les adénocarcinomes (Marrett, et al., 1999). Paradoxalement, alors que l'incidence d'adénocarcinome et de carcinome adénosquameux augmentent, plusieurs auteurs signalent le ralentissement de la réduction de l'incidence totale pour les deux types de cancer du col (Harlan,

Beresteing, & Kessler, 1991; Marrett et al., 1999; Symonds, 1997). Pour les femmes de 35 à 64 ans, les intervalles de 10, cinq et trois ans entre les tests Pap diminuent l'incidence de cancer invasif du col de 64.1%, 83.6% et 90.8% respectivement (Dewar, Hall & Perchalski, 1992).

En Ontario, le dépistage de lésions du col utérin par le test cytologique Pap est pratique courante en soins de santé primaires. La lésion intraépithéliale est un précurseur du cancer du col utérin (Eddy, 1990). En dépit d'une régression spontanée de la lésion dans 6% à 60% des cas (Eddy, 1990) et des succès du traitement dans plus de 90% (Lytwyn, & Sellors, 1997), la morbidité psychologique reliée au diagnostic demeure importante (Symonds, 1997). En effet, bien que la plupart des lésions du col au grade inférieur régressent d'elles-mêmes, sans surveillance étroite, il est impossible d'identifier les lésions qui régressent spontanément, demeurent inchangées et celles qui progressent au stade carcinoma in situ ou même invasif (Symonds, 1997; Miller et al., 1991). La mortalité reliée au cancer du col est plus élevée parmi les individus de faible niveau socio-économique (Gillam, 1991). En Ontario, l'incidence de morbidité et de mortalité liée au cancer du col augmente à mesure que le revenu diminue (Cava et al., 1997). Le Tableau 2 présente une synthèse des données ontariennes sur l'incidence du cancer du col utérin.

Le taux de mortalité pour le cancer du col a diminué dans plusieurs pays, incluant le Canada, l'Allemagne, les Etats-Unis, et l'Écosse, après l'adoption du test Pap (Eddy, 1990). Le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège, et la Suède ont également réussi à réduire la mortalité suite à l'organisation de campagnes de dépistage (Symonds, 1997). En Grande Bretagne, le taux d'incidence du cancer du col est passé de 16.1 en 1986 à

11.2 pour 100 000 femmes en 1993, depuis l'établissement en 1988 du dépistage systématique pour toutes femmes âgées de 20 à 64 ans, alors que le taux de mortalité a chuté de 7 pour 100 000 en 1979 à 4.1 pour 100 000 en 1995 (Patrick, 1998). Selon Gillam (1991), plus de 80% des femmes qui meurent de cancer du col en Grande Bretagne n'ont jamais eu de test Pap.

Tableau 2 Incidence du cancer du col par 100 000 femmes, normalisée pour l'âge de la population de 1991 selon la province et la région.

Province/Région	Incidence du cancer du col
Ontario	9.8
Nord-Ouest de l'Ontario	12.8
North Bay et District	6.5
Timiskaming	16.9
Sudbury et District	12.0
Algoma	11.1
Porcupine	16.0
Muskoka-Parry Sound	14.5

Source: Marrett et al. (1999) . Cervical cancer in Ontario 1971-1996, p. 22.

2.1.3 Utilisation

Quant aux pratiques et politiques liées à la fréquence du dépistage par test Pap, même s'il existe un consensus sur l'efficacité, il n'y a pas d'unanimité sur l'intervalle optimal pour l'effectuer. Certains auteurs recommandent un intervalle de trois à cinq ans (Wright & Riopelle, 1982). Selon Eddy (1990), le test Pap annuel produit une réduction

de 3% de cancer, en comparaison au test Pap effectué aux trois ans tel que montré au Tableau 3.

L'absence de consensus à l'égard de l'intervalle optimal du test Pap nuit à l'implantation des recommandations de Miller, Anderson, Brisson, Laidlaw, LePitre, Malcolmson, Mirwaldt, Stuart, et Sullivan (1991) relativement au rappel des femmes pour le test Pap, au monitoring ou suivi et à la qualité des services de laboratoire (Cohen, 1996; Ontario Cervical Screening Program Division of Preventive Oncology, 1999). Pour la majorité des auteurs, l'intervalle idéal pour le test Pap se situe entre 13 et 36 mois (Harlan, Beresteing, & Kessler, 1991) pour tous groupes d'âge confondus.

2.2 Données socio-démographiques et déterminants de la santé

Les données socio-démographiques et les déterminants de la santé sont jumelés puisqu'il y a un chevauchement entre ces deux domaines. L'état de santé des populations est influencé par les déterminants de la santé composés des facteurs économiques, sociaux, physiques et du style de vie, des comportements, de la scolarité, et de la culture (Stewart, 1995; Manitoulin and Sudbury District Health Council Community Health Committee, 1997). A cette liste de variables, Evans, Barer, & Marmor (1996) ajoutent la distribution et l'utilisation du revenu, la classe sociale, la place accordée aux femmes dans la culture, les politiques sociales, les environnements physique et social et la réponse psychologique de l'individu. L'accès aux services de santé, l'efficacité des services, et la vulnérabilité individuelle entrent en compte parmi les déterminants de la santé (Evans et al., 1996).

Tableau 3 **Recommandations en matière de fréquence optimale du test Pap selon l'organisme, les auteurs et l'année.**

Organisme	Auteurs (année)	Fréquence	Remarques
Ontario Cervical Screening Collaborative Group	Marrett et al. (1999)	2 ans	après 3 Pap annuels négatifs
Gynecologic Oncologists of Canada	Parboosingh et al. (1996)	1 an	---
----	Lightfoot et al.(1996)	3 ans	après 2 Pap annuels négatifs
Society of Obstetricians & Colposcopists	Parboosingh et al. (1996)	1 an	---
Society of Obstétriciens & Gynecologists of Canada	Parboosingh et al. (1996)	1 an	---
American Cancer Society	Dewar et al. (1992)	1 an	< après 3 Pap normaux
American Academy of Family Physicians	Dewar et al. (1992)	1 an	< après 3 Pap normaux
American College of Obstetricians & Gyn.	Dewar et al. 1992)	1 an	< après 3 Pap normaux
American Medical Association	Dewar et al. (1992)	1 an	< après 3 Pap normaux
----	Dewar et al. (1992)	3 ans	---
National Cancer Institute (US)	Dewar et al. (1992)	1 an	< après 3 Pap normaux
US Preventive Services Task Force	Dewar et al. (1992)	1-3 ans	---
----	Miller et al. (1991)	3 ans	après 2 Pap annuels négatifs
----	Eddy (1990)	5 ans	---
----	Wright & Riopelle (1982)	3-5 ans	---

Les services de santé en général sont sous-utilisés par certaines populations telles que les personnes à faible niveau socio-économique, les personnes plus âgées ou seules, les personnes ayant un travail non-syndiqué, les adolescentes enceintes, les mères défavorisées, les sans abris, les jeunes décrocheuses, et les prostituées. En effet, les services de prévention sont souvent utilisés par les populations les moins à risque, tandis que celles à haut risque ne s'en servent pas (Massé, 1995).

En 1996-1997 en Ontario, à Timiskaming, Muskoka, Parry Sound, et Nipissing, 75.1% des femmes âgées de 20 ans et plus avaient eu un test Pap dans les derniers trois ans, pour 17.7% le test remontait à trois ans ou plus, et 7.2 % n'en avaient jamais eu (Marrett et al., 1999). Tel que montré au Tableau 4, les proportions varient entre 75.1% et 70.5% dans les derniers trois ans selon la région. Toutefois, demeurent un grand nombre de femmes qui n'ont jamais eu de test Pap (7.2% à 11.0%) (Marrett et al., 1999).

Tableau 4 Fréquence de l'utilisation du test Pap selon le temps et les régions

Province/Régions	Derniers 3 ans	Plus de 3 ans	Jamais eu
Ontario	74.1%	14.8%	11.0%
Nipissing/Timiskaming	75.1%	17.7%	7.2%
Muskoka/Parry Sound	75.1%	17.7%	7.2%
Manitoulin/Sudbury	72.3%	20.0%	7.7%
Algoma/Cochrane	70.5%	20.6%	8.9%

Source: Marrett et al. (1999). Cervical cancer in Ontario 1971-1996, p. 5.

La ville de North Bay, les réserves et autres villes environnantes comptent une population autochtone de 4,250 personnes (Northern Shores District Health Council,

1999) pour lesquelles peu de données sur l'utilisation du test Pap par cette population ont été recueillies. Les données disponibles provenant d'autres régions à hautes densités de femmes autochtones sont inconsistantes et parsemées. Toutefois, 38% des Unités sanitaires de l'Ontario identifient les femmes autochtones comme difficiles à rejoindre pour les informer du dépistage Pap (Ontario Cervical Screening Program Division of Preventive Oncology, 1999). Pourtant, entre 1953 et 1984, les femmes autochtones de la Colombie Britannique étaient six fois plus à risque de mourir du cancer du col comparées aux autres femmes et se présentaient souvent à un stade plus avancé de la maladie (Lightfoot, Fehringer, Bissett, McChesney, & White, 1996; Clarke et al., 1998). Également, Clarke et al. (1998) démontrent que plusieurs femmes autochtones n'ont pas de test Pap car elles ne savent pas quels médecins sont sensibles aux personnes des premières nations; souvent le point de services est froid, peu invitant, ne reflétant pas la culture autochtone, ou encore il est situé dans un lieu non-sécuritaire pour elles.

Le pourcentage de femmes qui n'ont jamais eu de test Pap est toutefois moindre dans le nord-est de l'Ontario que dans la province entière (Marrett et al., 1999). Cette observation peut être liée au taux inférieur d'immigration dans le nord de la province, comparativement à celui des grandes villes du sud car les services de santé sont souvent sous-utilisés par les nouveaux immigrants (Massé, 1995).

Les tests Pap effectués à intervalles réguliers pourraient prévenir 90% des cancers invasifs du col, si utilisés autant que recommandés (Harokopos & McDermott, 1996). Toutefois, obtenir des données précises sur le taux d'utilisation du test Pap sans suivi systématique est un véritable défi car le témoignage du sujet peut mener à l'imprécision des données, par manque de connaissances sur ce qu'est le test Pap d'une part ou par

souci de désirabilité sociale d'autre part. En Australie, Bowman, Redman, Dickinson, Gibberd, et Sanson-Fisher (1991) ont rapporté que près de 50% des femmes n'ayant pas eu de test Pap durant les derniers trois ans n'ont pas été repérées par le témoignage d'utilisation, alors qu'une différence de plus de 10% a été notée entre le témoignage du sujet et le rapport de pathologie. L'étude de Bowman et al. (1991) a montré que la valeur prédictive négative d'avoir eu un test Pap dans le derniers trois ans était de 82%. Il est difficile dans les études antérieures de distinguer les femmes qui refusent le test Pap de celles qui sont non éligibles (d'hystérectomisées, sans relations sexuelles) et de celles sans accès au test Pap (Gillam 1991). Cette difficulté s'estompe si les données sont recueillies par le témoignage du client (Bowman et al., 1991).

Bien que les femmes consultent davantage, très peu de recherches canadiennes portent sur la santé des femmes (Liepert & Reutter, 1998). Une relation significative a été rapportée entre l'état civil et l'utilisation du test Pap; en effet, les veuves ont eu un dernier test Pap le moins récemment, alors que c'est le contraire chez les femmes divorcées et séparées (Howe & Bzduch, 1987). Wilson et Fazey (1995) ont rapporté une association positive entre l'utilisation régulière du test Pap et la qualité de la relation avec le conjoint (Wilson & Fazey, 1995).

Dans l'étude de Weintraub et al. (1987), moins de 10% des femmes de 85 ans ou plus et 25-33% des femmes entre 65 et 84 ans ont eu un dépistage Pap annuel normal pour deux ans, ensuite chaque trois ans jusqu'à l'âge de 65 ans, tel que recommandé par la Société américaine du cancer. L'âge avancé est négativement corrélé avec la possibilité d'avoir déjà subi un test Pap (Peters et al., 1989; Weintraub et al., 1987). Teitlebaum et al. (1988) notent que le nombre de tests Pap subis dans les derniers dix ans

diminue à chaque huit années d'âge, et présente une chute abrupte des visites chez le médecin de famille pour un test Pap dès la fin de la vie reproductive (autour de 45 ans). Les meilleurs prédictors d'utilisation du test Pap chez les femmes plus âgées incluent les visites d'un gynécologue, avoir des soins médicaux réguliers, et la présence d'une maladie chronique (Norman et al., 1991).

Selon Fitch et al., (1998), l'usage inadéquat du test Pap est associé au manque d'information, surtout si la femme ignore un diagnostic antérieur de lésions du col utérin (Walter, Clarke, Hatcher, Stitt, 1988). Plus surprenant encore, près de 80% des femmes qui n'ont jamais subi un test Pap ont eu une consultation avec leur praticien de soins dans les derniers deux ans et 90% dans les derniers cinq ans (Harlan et al., 1991). Bref, chez les jeunes femmes qui voient un médecin pour la contraception ou la grossesse, le test Pap est davantage l'initiative du médecin alors que chez la femme plus âgée l'initiative provient plutôt de la femme elle-même (Norman et al., 1991). Pourtant, bien que la plupart des médecins de famille recommandent le test Pap annuellement, les femmes âgées sont moins souvent ciblées (Teitlebaum et al., 1988). À Nipissing, il y a un nombre important de femmes âgées entre 30 et 50 ans comparativement aux autres groupes d'âge (Statistics Canada, 1996d), ce qui coïncide avec l'augmentation des naissances après la seconde grande guerre mondiale. C'est un groupe d'âge à risque pour le cancer du col utérin, vu l'évolution lente des cellules anormales du col.

L'âge avancé influence négativement la fréquence du dépistage chez les personnes atteintes de cancer (Peters et al., 1989) et la récurrence du dernier test Pap (Howe & Bzduch, 1987). Les femmes post-ménopausées croient souvent à tort ne pas être à risque de maladies des organes reproducteurs (Gillam, 1991). Toutefois, les études sur le

lien entre l'utilisation du test Pap et l'âge sont contradictoires; certains affirment que les femmes plus âgées sont plus susceptibles de subir un test Pap (Murray & McMillan, 1993), tandis que d'autres rapportent qu'en Ontario, les femmes plus jeunes sont plus susceptibles d'avoir eu un test Pap durant la dernière année (Goel, 1994). Dans l'étude de Weintraub et al. (1987) à New York, les femmes âgées de plus de 64 ans ont eu peu de dépistage dans leur vie. Aux États-Unis, l'augmentation de la fréquence du test Pap n'a pas été aussi grande chez les femmes de 65 ans et plus que chez les jeunes femmes; seulement 85-89% des femmes de ce pays ont déjà eu un test Pap dans leur vie, 80% au Kentucky rural, et 75-87 % des femmes de la ville de New York, comparé à 94% des femmes plus jeunes (Norman, Talbott, Kuller, Krampe, & Stolley, 1991).

Les comportements sexuels ayant un effet sur l'incidence de dysplasie du col incluent l'âge du premier coït, le nombre de partenaires sexuels (Dewar et al., 1992), et la grossesse hors mariage (Buckley, Harris, & Dell, 1981). Chez les personnes atteintes de cancer, Peters et al. (1989) ont démontré une relation négative entre le nombre de grossesses sans soins prénataux et la fréquence du dépistage. La transmission sexuelle ou non du virus du papillome humain (Carson, 1997) et l'histoire de maladies transmises sexuellement (Dewar et al., 1992) dont le chlamydia (Moscicki, Winkler, Irwin & Schachter, 1989) sont aussi tenues responsables de la métaplasie cellulaire du col.

Le test Pap devrait être recommandé annuellement pendant plusieurs années pour les femmes ayant vécu de nombreux changements de partenaires sexuels dans leur vie (Walters, Gallucci, Molbo, Pesznecker, & Holmes, 1980). Le fait d'avoir eu des relations sexuelles, peu importe le moment de la vie, est le meilleur prédicteur d'avoir un test Pap selon le Ontario Health Survey 1990 (Goel, 1994). De plus, selon Weintraub, Violi, et

Freedman (1987), les femmes New Yorkaises de plus de 64 ans et actives sexuellement sont plus fidèles aux recommandations de dépistage comparativement à celles qui ne le sont plus. Wilcox et Mosher (1993) ont noté que les femmes âgées entre 15 et 44 ans, non actives sexuellement durant les derniers trois mois, sont 50% moins susceptibles d'avoir eu un test Pap que les femmes mariées ou non-mariées actives sexuellement. Dans une étude en Angleterre, 35% des femmes non-dépistées, comparé à 3% des femmes dépistées, rapportent ne pas avoir eu de relations sexuelles, alors que 17% des femmes non-dépistées et 38% des femmes dépistées ont eu plus d'un partenaire sexuel durant leur vie (Orbell, Crombie, Robertson, Johnston, & Kenicer, 1995).

L'utilisation d'une variété de services médicaux par la femme et l'observance des pratiques médicales recommandées sont des prédicteurs importants de la récurrence du dernier test Pap (Howe & Bzduch, 1987). Les femmes subissent le test Pap beaucoup moins souvent que recommandé par leur médecin, peu importe la spécialité du médecin (Teitlebaum, Weisman, Klassen & Celentano, 1988). Selon le Ontario Health Survey de 1990, l'augmentation du nombre de contacts avec les praticiens de santé est le deuxième prédicteur d'utilisation du test Pap, alors que l'appui social perçu, soit-il du partenaire, du médecin, ou de la parenté, est aussi un prédicteur important (Norman et al., 1991).

Le statut socio-économique représente un déterminant majeur de la santé, car les comportements néfastes à la santé sont plus communs parmi les groupes à statut socio-économiquement faible (Stewart, 1995). Par exemple en Grande Bretagne, la femme type atteinte de cancer du col est analphabète et pauvre (Symonds, 1997) et ce faible statut socio-économique est associé à l'incidence de la lésion intraépithéliale squameuse et du cancer du col utérin (Dewar et al., 1992). Deux fois plus de femmes vivant sous le

seuil de pauvreté aux Etats-Unis n'ont jamais même entendu parler du test Pap (Harlan et al., 1991). Parallèlement, les femmes jouissant d'un niveau socio-économique élevé en Ontario sont plus susceptibles de bénéficier des tests de dépistage Pap (Hofer & Katz, 1996; Gillam, 1991) en raison d'un niveau de communication et d'une ouverture d'esprit compatible avec l'approche scientifique médicale (Wardle & Pope, 1992).

En Angleterre, l'embarras liée au test Pap est plus prononcé pour les femmes de classe socialement faible (Orbell, 1996); là, les femmes non-dépistées et les femmes de faible niveau socio-économique possèdent des perceptions plus négatives envers le test, et sont moins susceptibles de s'identifier comme étant à risque de cancer du col (Orbell et al., 1995). Ces comportements ont pour conséquence le diagnostic de la lésion ou de cancer du col à des stades avancés chez les femmes pauvres (Funch, 1986). Selon Kawaga-Singer (1995), la pauvreté mène au fatalisme, par manque de pouvoir d'auto-détermination, et au choix d'éviter des menaces plus immédiates que celles visées par le test Pap. De plus, les personnes socio-économiquement faibles tendent à utiliser davantage la salle d'urgence, ce qui n'est pas l'endroit idéal de prévention de la lésion cervicale en l'absence de symptômes (Funch, 1986).

Or, dans le domaine socio-économique les deux éléments intimement reliés sont le chômage et le faible niveau de scolarité. Dans la population du Nipissing, le taux de chômage se situe à 12% comparativement à 9.1% pour la province, et ce taux grimpe à 19.1% chez les personnes âgées entre 15 et 24 ans (Northern Shores District Health Council, 1999). Le revenu personnel annuel moyen dans ce district est de 24, 127\$ et le revenu familial moyen de 43, 694\$, plutôt que 28, 838\$ et 54,291\$ respectivement en Ontario (Northern Shores District Health Council, 1999). En 1996, dans la région de

North Bay, le revenu personnel moyen annuel se situe à 19 096\$ chez les femmes âgées de 15 ans et plus (Statistics Canada, 1996 (d)).

Le niveau de scolarité demeure un facteur d'ordre social qui affecte de façon significative l'utilisation du test Pap aux États-Unis et en Ontario (Goel, 1994; Howe & Bzduch, 1987; Kirkman-Liff & Kronenfeld, 1992; Wardle & Pope, 1992). Cependant, la scolarité est associée à d'autres déterminants de la santé souvent plus difficiles à mesurer (Evans et al., 1996). Par exemple, plus le niveau de scolarité est bas, plus la fréquence du test Pap diminue (Norman et al., 1991). Aux États-Unis, trois fois plus de femmes n'ayant pas complété le secondaire n'ont jamais entendu parler de test Pap (Harlan et al., 1991), réduisant d'autant la probabilité d'avoir subi ce test de dépistage (Wilcox & Mosher, 1993; Harokopos & McDermott, 1996). En Ontario, le "Ontario Health Survey" de 1990 révèle que le faible niveau de scolarité est un prédicteur négatif de l'utilisation du test Pap (Goel, 1994). Localement, 11.2% de la population totale du Nipissing et 11.8% des femmes du district de North Bay âgées de 25 ans et plus en 1996 n'ont pas complété une neuvième année, tandis que 4.6% de la population totale au Nipissing ont un certificat de métier, 28.1% ont une scolarité post-secondaire non-universitaire, et 17.1% détiennent une formation universitaire, comparativement à la province ontarienne où les proportions sont de 10.8%, 3.5%, 24.5% et 24.3% respectivement (Northern Shores District Health Council, 1999; Statistics Canada, 1996 (d)).

La récence et l'utilisation du test Pap ne sont toutefois pas toujours associés à l'ethnie (Howe & Bzduch, 1987), et il importe de souligner que l'ethnicité n'est pas un facteur de risque, mais est un indice de comportements dans un contexte social (Kawaga-

Singer, 1995). Aux États-Unis, les femmes noires ont subi autant ou plus de tests Pap que les blanches jusqu'à 69 ans, et les espagnoles ont le moins de probabilité d'avoir eu un test Pap depuis les derniers trois ans (Harlan et al., 1991; Wilcox, & Mosher, 1993). L'embarras est un facteur important pour les femmes des Premières Nations en Colombie Britannique (Clarke et al. 1998). Les femmes amérindiennes n'utilisent pas les services de santé en raison des préjugés qu'elles y perçoivent et du manque de services appropriés à la culture, surtout si les soins sont offerts par un homme (Sokoloski, 1995).

Il existe une multitude de liens entre les données socio-démographiques, les comportements, et la culture. Par exemple, la santé des femmes peut différer de celle des hommes de même culture (Felton et al., 1997). Le salaire et le niveau de scolarité présentent des corrélations positives avec la connaissance de l'intervalle recommandé pour le dépistage et les années d'usage de contraceptifs oraux et négatives avec les grossesses antérieures sans soins prénataux (Norman et al., 1991). Toutes ces variables démontrent également un lien significatif avec le dépistage Pap (Norman et al., 1991).

La femme est plus susceptible d'être défavorisée économiquement que l'homme (Federal/Provincial/Territorial Working Groupe on Women's Health, 1993); ceci est encore plus prononcé chez la femme amérindienne, la femme chef de famille monoparentale, la femme âgée seule ou atteinte d'handicap (Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1995) et chez la femme vivant dans les milieux ruraux (Liepert & Reutter, 1998). Par ailleurs, Felton, Lui, Parsons, et Geslani (1998) rapportent un taux plus élevé de maternité célibataire, de chômage et de faible niveau de scolarité, montrant les liens entre les comportements, le niveau socio-économique et le niveau de scolarité.

2.3 Point de services

Le point de services englobe les notions d'accessibilité physique, géographique, temporelle, linguistique et culturelle. Le manque d'accessibilité affecte l'utilisation du test Pap (Cava et al., 1997; Fitch et al., 1998) et en Ontario, les obstacles culturels, linguistiques et géographiques à l'utilisation du test Pap existent toujours (Ontario Cervical Screening Program Division of Preventive Oncology, 1999). Il s'agit aussi des obstacles structurels du système de santé, la disponibilité des soins, les coûts de transport, l'heure et la durée des rendez-vous, ainsi que la disponibilité des ressources pour la garde des enfants.

Le point de services inclut les variables liées au sexe et à la formation de l'intervenant de soins de santé primaires, ainsi que ses pratiques, ses croyances, son approche, son attitude telle que perçue par les clientes. Le milieu politique et législatif dans lequel évolue le praticien est aussi inclus dans la définition conceptuelle du point de services. Un lien a été montré entre la perception du client face aux intervenants de la santé et le non-dépistage (Hurley, 1993; McKie, 1993b). L'approche froide, le ton sec, et le manque de communication sont déplaisants pour les clientes (Marshall, 1996). Les clientes sont sensibles à l'approche interpersonnelle du médecin; le style de communication représente la plus grande source d'insatisfaction envers les soins et pour mettre fin à la relation thérapeutique (DiMatteo, 1994). L'approche empathique et affable revêt une importance particulière dans les domaines intimes et embarrassants couverts par la gynécologie et l'obstétrique (DiMatteo, 1994). Parmi les prédicteurs les plus importants de l'utilisation du test sont la perception de la cliente envers la peur des

résultats, l'embarras, l'inconfort, et l'aspect financier (Hurley, 1993; King, 1987; Murray & McMillan, 1993).

2.3.1 Accessibilité

L'accessibilité physique aux services de dépistage Pap a un effet sur l'utilisation surtout pour les femmes atteintes d'handicap physique (Graham, Savic, & Gardner, 1998). En effet, l'accessibilité est identifiée comme étant un facteur qui contribue à la non-utilisation du test Pap dans la région de North York (Cava et al., 1997). Dans le nord de l'Ontario, le manque de transport en zone rurale complique l'accès aux soins. Cette difficulté est accentuée pour la femme atteinte d'handicap. Il existe également des obstacles pour celles qui ont des troubles de la vision ou de l'ouïe (Liepert & Reutter, 1998). Un autre obstacle physique mentionné par les femmes est la difficulté de stationnement à proximité du point de services (Powell Earle & Burman, 1998).

La situation géographique influence le taux d'incidence et de mortalité de cancer du col. En Grande Bretagne par exemple, le lieu de résidence en milieu rural et le manque d'accès aux services sont typiques de la femme atteinte de cancer du col (Symonds, 1997). L'isolement géographique est un problème qui limite l'utilisation du test Pap en Ontario (Ontario Cervical Screening Program Division of Preventive Oncology, 1999). Les régions d'Ottawa-Carleton et de Hamilton-Wentworth ont des taux d'incidence de cancer du col inférieurs à la moyenne provinciale, tandis que c'est l'inverse dans les endroits moins peuplés de Timiskaming, Muskoka-Parry Sound, et Haliburton-Kawartha-Pine Ridge, Porcupine, et Simcoe. Comparativement à l'Ontario, qui a un taux d'incidence du cancer du col de 9.8 pour 100 000 entre 1992 et 1996, le

taux est de 16.9 à Timiskaming, 14.5 à Muskoka-Parry Sound, 12.0 à Sudbury, 16.9 à Porcupine, et 6.5 dans le district de Nipissing (Marrett et al., 1999). Plusieurs des régions à haute incidence sont situées dans le nord-est de la province. Pour la totalité de l'Ontario, l'incidence de cancer du col se situe dans la moyenne lorsque comparée aux autres provinces, et le taux est semblable ou inférieur au taux américain ou à ceux de la majorité des pays d'Europe (Marrett et al., 1999).

Au Canada, l'indice de ruralité équivaut à une population de moins de 1000 habitants et une densité de moins de 400 habitants par kilomètre carré (Statistics Canada, 1987). Or, dans le nord-est ontarien, plusieurs des zones périphériques rencontrent ces critères; par exemple, North Bay compte 54 332 résidents et augmente à 64 785 en y incluant les plus petites communautés environnantes (Bonfield, Réserve Nipissing 10, East Ferris, North Himsworth) (Statistics Canada, 1996 (d)); les résidentes dépendent des services offerts sans pour autant avoir accès à des modes de transport en commun pour s'y rendre. Cette situation n'est pas sans effet sur l'utilisation du test Pap par les femmes qui demeurent dans ces petites agglomérations. De plus, le temps devient une contrainte importante pour celles qui doivent voyager pour obtenir des services (Powell Earle et Burman, 1998). Le climat nord-ontarien froid pendant plusieurs mois de l'année peut affecter l'accès aux services de santé pour les personnes demeurant en milieu rural surtout en l'absence de moyen de transport. Les gens provenant de milieux ruraux sont moins susceptibles de recevoir des soins de santé préventifs, et selon Powell Earle et Burman (1998), les résidents autochtones en raison de leur valorisation de l'auto-suffisance et d'interdépendance ou de l'indépendance, en viennent à croire que la santé est synonyme de capacité de travailler.

McKie (1993a) rapporte que l'heure de la journée à laquelle les services de test Pap sont disponibles influence l'utilisation du dépistage. Les heures traditionnelles d'ouverture de bureaux des médecins, des services de santé publique, et des Centres de santé communautaire rendent difficile l'accès pour les femmes sur le marché du travail et pour celles des régions rurales (Powell Earle & Burman, 1998). La perception du temps prend différents sens selon la culture; certains groupes culturels sont davantage orientés sur le présent et sont moins susceptibles d'utiliser les mesures de prévention (Giger & Davidhizar, 1991; Purnell & Paulanka, 1998). A Londres en Angleterre, et à North York en Ontario, la langue des services et le niveau littéraire utilisé dans les communications sont identifiés comme étant des facteurs liés à l'utilisation du test Pap (Cava et al., 1997; Naish, Brown, & Denton, 1994). Selon le Ontario Health Survey de 1990, le fait d'être immigrant et ne pas parler le français ou l'anglais sont des prédicteurs de la non utilisation du test Pap (Goel, 1994).

2.3.2 Praticien de soins de santé primaires

Le praticien de soins de santé primaires joue un rôle important dans l'éducation à l'égard des comportements de santé. Le public canadien n'est pas bien informé de l'importance du cancer du col et de son étiologie sexuelle laissant croire que le test Pap est un traitement plutôt qu'un dépistage; de plus, les faibles taux de mortalité et d'incidence donnent une fausse impression de sécurité (Cohen, 1996). Plusieurs femmes sans symptômes croient que le test Pap n'est ni important ni nécessaire (Neilson & Jones, 1998; Schofield et al., 1994) puisque non suggéré par l'intervenant de la santé (Harlan et al 1991; McKie, 1993b). Qui plus est, parfois le suivi du test Pap anormal n'est pas jugé

urgent ou nécessaire par le médecin (Schofield et al., 1994) chez la femme plus âgée (Hennig & Knowles, 1990). L'état de santé actuel et la susceptibilité à la maladie telle que perçue par la cliente ont un lien important avec l'usage de services préventifs (Hennig & Knowles, 1990; Rundall & Wheeler, 1979). Marshall (1996) souligne le paradoxe selon lequel plus d'une personne s'inquiète de sa santé, plus elle se sent mal et ressent de l'anxiété liée aux programmes de dépistage ayant pour conséquence deux possibilités: soit motiver la femme à prendre action, soit la motiver à nier l'importance du dépistage.

La disponibilité du consultant est associée à l'usage du dépistage Pap (Norman et al., 1991). Dans l'étude américaine de Wilcox et Mosher (1993), le prédicteur le plus important d'avoir eu un test Pap dans les 12 derniers mois demeure la consultation pour planification familiale. En effet, l'utilisation de contraceptifs oraux, une grossesse récente ou un traitement récent pour l'infection vaginale ou la maladie inflammatoire pelvienne sont également des prédicteurs importants (Wilcox & Mosher, 1993). Ces résultats suggèrent que l'accès est plus associé au dépistage systématique que ne l'est le risque de développer le cancer du col utérin (Wilcox & Mosher, 1993). Aux États-Unis par exemple, le fait d'avoir déjà eu une infection urinaire, le nombre de grossesses des derniers cinq ans, la connaissance de l'intervalle recommandé de dépistage, l'usage de contraceptifs oraux (personnes atteintes de cancer) et nombre d'années de résidence aux États-Unis (femmes non atteintes de cancer) peuvent contribuer au dépistage (Peters, Bear, & Thomas, 1989). En Ontario, selon le "Ontario Health Survey" de 1990, le nombre accru de contacts avec les praticiens de santé est le deuxième prédicteur d'utilisation du test Pap.

Bien que mal comprise, la peur des conséquences représente un facteur non négligeable, car probablement aucune maladie dans le monde occidental ne fait plus peur que le cancer et la notion de précancer (Marshall, 1996; Wardle & Pope, 1992). L'expérience antérieure positive avec le test Pap augmente la probabilité d'avoir un test Pap (Wardle & Pope, 1992). La douleur ressentie au dernier test Pap influence aussi le retour pour des dépistages subséquents (Hurley, 1993; Orbell, 1996). Le contrôle de la douleur est fonction de l'approche physique et émotionnelle de la personne qui effectue le test. Pour la femme lesbienne des petites communautés où les valeurs traditionnelles et l'inquiétude par rapport au niveau de confidentialité offert constituent également des obstacles (Liepert & Reutter, 1998). Le praticien de soins peut éliminer les obstacles tel que l'usage de jargon médical, le manque d'écoute, et le manque d'information. Selon DiMatteo (1994), les clients veulent beaucoup plus d'information que les médecins n'en donnent et les clients craignent de déranger en posant des questions lors d'un dépistage.

Le sexe du médecin est significatif dans la décision d'avoir un test Pap (Hennig & Knowles, 1990) et surtout auprès de la femme lesbienne, puisque le praticien mâle est souvent plus négatif envers la femme qui déclare cette orientation sexuelle (Liepert & Reutter, 1998). Dans l'échantillon (N=232) de l'étude de McKie (1993a), 65% des femmes préfèrent subir le test Pap par une intervenante du même sexe, alors que dans l'étude de Hennig & Knowles, (1990), des 37% qui rapportent une préférence, 77% préfèrent une femme. Les relations médecin-clients les plus difficiles sont celles entre les médecins hommes et les clientes femmes en raison du renforcement de l'inéquité sociale homme-femme (DiMatteo, 1994). D'autres auteurs rapportent aussi cette préférence pour une progénitrice (Lurie, Slater, McGovern, Ekstrum, Quam, & Margolis, 1993).

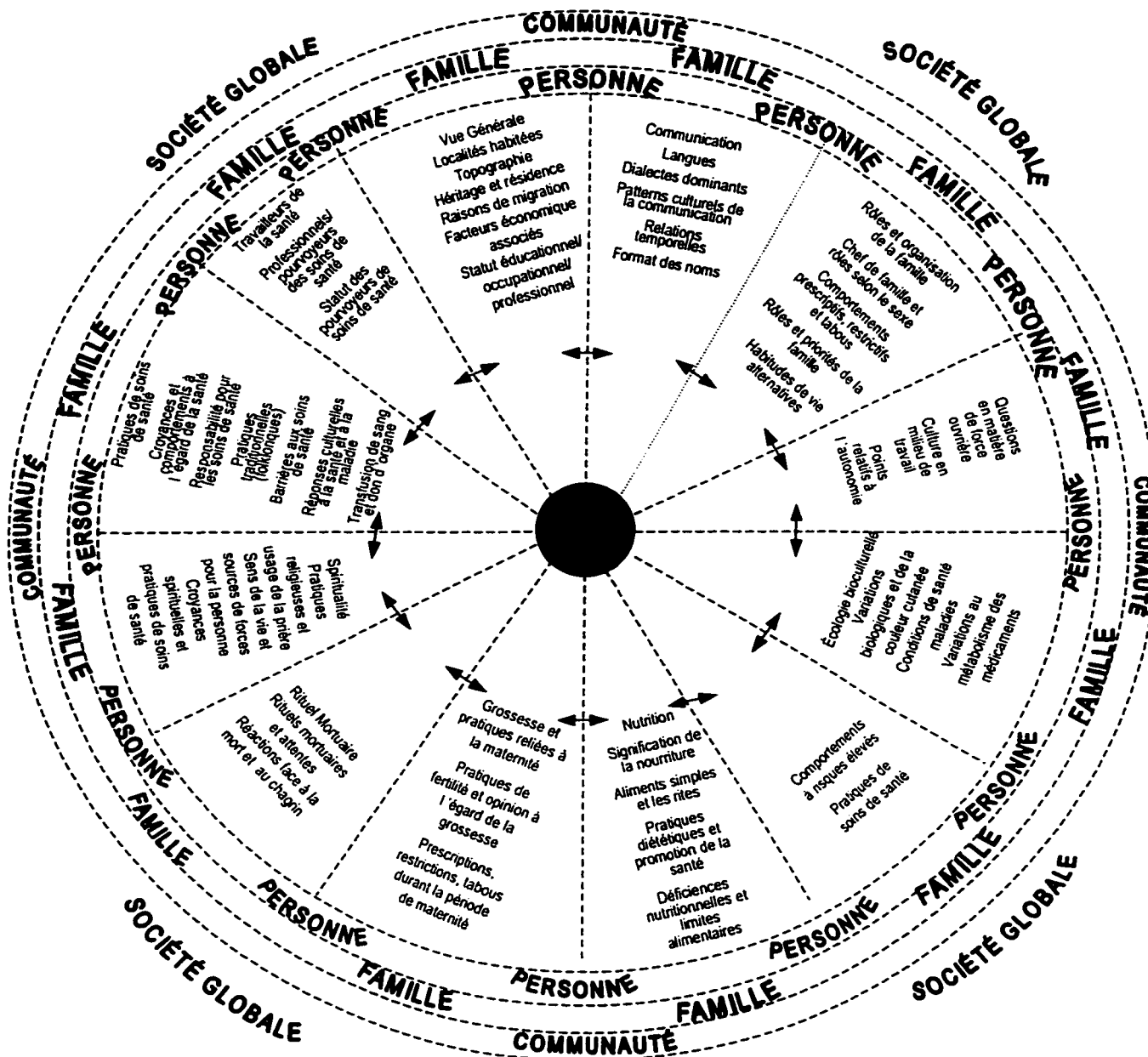
De plus, le sexe du praticien a un effet sur la fréquence du test Pap. Dans une étude au Minnesota, Lurie et al. (1993) ont noté que les femmes sont beaucoup plus susceptibles de subir un test Pap si elles voient un médecin féminin interniste ou en pratique familiale.

Dès 1960, les infirmières et d'autres théoristes de soins de santé ont commencé à élaborer des cadres conceptuels visant l'évaluation des besoins, la planification et la mise en oeuvre d'interventions culturellement compétentes. Le modèle des compétences transculturelles de Purnell (1998) se détache de l'ensemble par sa structure et son niveau opérationnel.

2.4 Cadre conceptuel

Le modèle de soins transculturels de Purnell (Purnell & Paulanka, 1998; Coutu-Wakulczyk, 1999) a été choisi comme cadre conceptuel pour ce travail en raison de sa simplicité, sa pertinence, et sa clarté. Tel que montré à la figure 1, schématiquement, ce modèle est conçu sous forme d'un cercle entouré de cerceaux externes. La bordure extérieure représente la société dans sa globalité mondiale suivie vers l'intérieur des cerceaux juxtaposés de la communauté, de la famille et de la personne. L'intérieur du cercle est subdivisé en 12 pointes dont chacune se rapporte à un domaine culturel particulier et aux concepts liés à chacun. Le centre noir du cercle représente les phénomènes inconnus pourtant bien présents. À la base du cercle et des cerceaux se situe une ligne brisée correspondant à l'évolution non-linéaire de la position de l'intervenant en matière de connaissance culturelle consciente.

Modèle Transculturel de Purnell: Compétence Culturelle



Inconsciemment
incompétent

Consciemment
incompétent

Consciemment
compétent

Inconsciemment
compétent

Ainsi, au plan macroscopique le modèle interactionnel de Purnell (1998) se compose de concepts sous-jacents des métaparadigmes de la société globale, de la communauté ou collectivité, de la famille et de la personne. Au plan microscopique, le modèle offre un cadre organisationnel composé des 12 domaines suivants: 1) sommaire, localité habitée et topographie; 2) communication; 3) rôles et organisation de la famille; 4) questions relatives au milieu de travail; 5) écologie bio-culturelle; 6) comportements à risques élevés; 7) nutrition; 8) pratiques de grossesse et la maternité; 9) rituels mortuaires; 10) spiritualité; 11) pratiques de soins; 12) pratiques des intervenants de la santé.

Parmi les 12 domaines du modèle, huit domaines sont d'intérêt particulier pour l'étude sur l'utilisation du dépistage Pap chez les femmes autochtones dans le district de Nipissing. Les domaines les plus pertinents sont: sommaire, localité habitée et topographie, la communication, les rôles et organisation de la famille, l'écologie bio-culturelle, les comportements à risques élevés, les pratiques de grossesse et la maternité, les pratiques de soins, et les pratiques des intervenants de la santé.

L'origine ethnique ou culturelle, le lieu de résidence, la topographie, l'économie, les politiques, le niveau de scolarité et l'occupation font partie du premier domaine d'intérêt, et sont inhérents aux déterminants de la santé. La culture est liée au taux d'utilisation du test Pap (Stewart, 2000). La nécessité d'avoir des praticiens de santé d'origine autochtone ou des praticiens capables de comprendre les besoins culturels et sociaux des autochtones est souvent exprimée (McCormick, 1997). À cet effet, peu de données ontariennes sont disponibles quant à la femme autochtone et l'utilisation du test Pap et quant à la morbidité et la mortalité reliées aux anomalies du col utérin. Pourtant, il

est reconnu qu'aux États-Unis, les femmes noires, hispaniques et autochtones ont deux fois plus de risques d'avoir un cancer du col, alors que noires et les autochtones sont plus susceptibles de développer et de mourir de cancer du col que les blanches (Wilcox, & Mosher, 1993).

Le domaine de communication comprend la langue dominante et les dialectes, l'usage contextuel de la langue, et l'utilisation des noms et du contact visuel. D'autres éléments de la communication se rapportent à l'utilisation du toucher, l'expression faciale, la proximité physique, la tonalité et l'intensité de la voix. La culture peut affecter grandement la communication (Purnell, 1999), ce qui à son tour affecte l'utilisation du test Pap. Darou (1987) démontre que chez différents groupes autochtones américains, il existe six valeurs communes: 1) la coopérativité; 2) la concrétisation; 3) l'absence d'interférence; 4) le respect des personnes âgées; 5) l'organisation par espace plutôt que par temporisation; 6) la considération de la terre comme objet animé et non inanimé.

Questionner peut être perçu comme inapproprié et invasif dans la culture d'origine autochtone et les conseils sont perçus comme étant de l'interférence. Le dévoilement de soi, souvent utilisée en Amérique du Nord, n'est pas une pratique traditionnelle autochtone et le praticien qui l'exige peut occasionner un ressentiment ou de la rancœur chez les membres de ce groupe ethnique (Darou, 1987). Chez les femmes autochtones d'autres problèmes démontrés par Clarke et al., (1998) sont reliés à des soins insensibles et à des soins offerts par des praticiens masculins ou non-régulièrement assignés. Seule la moitié des femmes de l'étude rapporte avoir fait elle-même le choix d'avoir le test de dépistage Pap, tandis que la majorité exprime l'intimité de cette information (Clarke et al., 1998). De plus, Clarke et al. (1998) a démontré qu'en

Colombie Britannique, les femmes autochtones ont peu d'information sur le test et sa raison d'être jusqu'au moment du premier test Pap et, même souvent, elles apprennent *à posteriori* que le test Pap avait été effectué jusqu'à ce qu'elles en reçoivent les résultats.

L'orientation temporelle est un autre concept lié à la communication, tout comme le sont les pratiques d'accueil. La présente étude s'intéresse à la langue dominante et à l'usage contextuel de la langue, ainsi qu'à l'orientation temporelle liés aux caractéristiques du point de services, et aux données socio-démographiques. Pour la personne autochtone, la notion de temps peut être très différente de celle d'autres cultures; par exemple, la personne qui a un rendez-vous à une certaine heure ne s'y présentera pas nécessairement au moment précis prévu pour ce rendez-vous, mais s'y présentera plutôt quand le moment est propice pour elle (Goudreau, 1999).

Le domaine du modèle de Purnell (1998) relié aux rôles familiaux et organisationnels comprend les tâches développementales, le statut social, les styles de vie alternatifs et les buts et priorités familiales. Les rôles des personnes âgées et les rôles liés au sexe et au chef de famille sont aussi inhérents à ce domaine, tout comme l'est le rôle de la famille élargie. Les variables d'intérêt dans cette étude se rattachent au statut social, au sexe, aux rôles de la personne âgée et aux tâches développementales. À noter que ces variables sont aussi des déterminants de la santé.

L'écologie bio-culturelle comprend les variations biologiques selon la culture, tandis que le domaine de Purnell se rapportant aux comportements de santé comprend l'utilisation du tabac, de l'alcool, et des drogues illicites, à l'activité physique et aux pratiques de prévention et de sécurité. Ce domaine est relié aux déterminants de la santé et touche les comportements de la personne et plus particulièrement, les comportements

par rapport à l'utilisation du test Pap. Le domaine de la grossesse et des pratiques qui s'y rapportent revêt un intérêt particulier dans cette étude. Les pratiques de fertilité, les perceptions envers et croyances sur la grossesse et les pratiques reliées à l'accouchement et à la fertilité font partie de ce domaine. Les pratiques reliées à l'évaluation de santé prénatale sont particulièrement pertinentes car elles se rattachent au point de services, aux déterminants de la santé et aux comportements des femmes et l'utilisation des test Pap. Le domaine de pratiques de soins de santé est étroitement relié à ceux des comportements à risques élevés et à celui de la grossesse, s'applique de façon plus générale aux croyances et comportements de santé, aux obstacles aux soins de santé, et aux réponses culturelles à la maladie et à la santé.

Le dernier domaine du modèle de Purnell (1998) pertinent à la présente étude est celui se rapportant aux pratiques des intervenants de santé. Les perceptions des praticiens, le sexe et statut de ceux-ci sont considérés dans ce domaine. Ce domaine est lié au point de services dans l'utilisation ou non du test Pap.

Le domaine des pratiques de soins de santé s'intéresse à la cible des soins de santé, aux pratiques traditionnelles et aux croyances religieuses. Les croyances et pratiques reliées à l'auto-médication et la santé mentale sont aussi incluses dans ce domaine. De plus, ce domaine considère le rôle de la maladie et la douleur (Purnell & Paulanka, 1998) étant donné les liens étroits entre les comportements de la personne, les déterminants de la santé, le point de services et les pratiques de soins de santé.

2.5 Objectifs

Les objectifs de l'étude sont les suivantes:

1. Cerner le profil des femmes de l'échantillon.
2. Examiner la relation entre les déterminants de santé et l'utilisation du test Pap.
3. Explorer la relation entre le point de services et l'histoire de santé par selon l'utilisation du test Pap.

CHAPITRE 3

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée pour répondre aux questions et objectifs de recherche. Ce chapitre décrit: 1) le type de recherche; 2) le milieu, la population et l'échantillon; 3) la définition opératoire des variables; 4) les instruments; 5) le déroulement de l'étude; 6) le plan des analyses; 7) les considérations éthiques; et 8) les limites de l'étude.

3.1 Type de recherche

Cette étude utilise un devis descriptif exploratoire. Ce choix est fondé sur le peu de données disponibles quant aux facteurs d'influence de l'utilisation du test Pap dans le Nord-est de l'Ontario, particulièrement dans la région de Nipissing. L'étude descriptive permet d'obtenir de l'information précise sur une situation naturelle et permet l'identification de problèmes dans la pratique actuelle (Burns & Grove, 1993; Fortin et al., 1988). Dans la présente étude, il s'agit des femmes qui utilisent le test Pap et celles qui ne l'utilisent pas afin d'identifier des différences entre ces femmes quant aux variables étudiées.

À ce titre, les données sont rétrospectives et les variables ne sont pas manipulées dans une étude descriptive (Fortin et al., 1988). Les sujets ne sont pas répartis de façon aléatoire entre le groupe qui utilise le test Pap et celui qui ne l'utilise pas. Par exemple, les femmes sont divisées *à posteriori* selon leur appartenance au groupe qui utilise le test Pap régulièrement ou au groupe de non-utilisateur ou non-régulier (Brinks & Wood,

1988). En effet, les femmes qui ont eu un résultat de test Pap anormal pourraient se souvenir de leurs expériences antérieures avec ce test différemment que celles qui ont toujours eu des résultats normaux (biais de mémoire).

Le type d'enquête descriptive est utile et satisfaisant pour une première étude et permet l'exploration d'un phénomène d'une façon éthiquement acceptable (Gehlbach, 1988). Cependant les désavantages de l'étude descriptive avec données rétrospectives se rapportent aux biais de mémoire de la part des sujets. Malgré ses désavantages, l'étude descriptive peut permettre des découvertes importantes (Gehlbach, 1988) et servir de piste de recherches corrélatives (Fortin et al., 1988). Les informations obtenues dans les études descriptives peuvent influencer la prise de décision clinique ainsi que celles reliées à la planification, l'éducation et l'administration des soins (Gehlbach, 1988).

3.2 Milieu de l'étude, population et échantillon

Cette section se rapporte: 1) au milieu de l'étude; 2) à la population-cible; 3) aux critères d'éligibilité; 4) à l'échantillon.

3.2.1 Description du milieu

Le district du Nipissing englobe les agglomérations urbaines de North Bay qui a une population de 54,332, Mattawa et Nipissing Est, avec une population de 11, 032 habitants, Sturgeon Falls et Nipissing Ouest, avec une population de 4850 habitants, le Nipissing Sud, avec une population de 1449 habitants ainsi que plusieurs petites municipalités, pour une population totale de 84, 832 habitants (Statistics Canada, 1996 (d)). De plus, il y a une réserve à environ 10 km de la ville de North Bay. La population

qui est d'environ 1,925 personnes (hommes et femmes) (Department of Indian Affairs and Northern Development, 2000), varie selon la saison puisque plusieurs personnes autochtones retournent dans leur village d'origine au nord de l'Ontario à certains temps de l'année.

3.2.2 Population-cible

En 1991, 59.1% de la population du Nipissing était âgée entre 18 et 65 ans (North Bay and District Health Unit, 1995). Le recensement de 1996 dénombre 22 060 femmes âgées de 15 à 64 ans habitant la ville de North Bay (Statistics Canada, 1996d) incluant les métis et les autochtones. Également, 50 110 personnes de North Bay utilisent l'anglais comme première langue, tandis que 9 370 personnes identifient le français et 1 955 personnes indiquent que ces deux langues sont leurs premières langues apprises et encore connues. Pour 3 345 personnes aucune des deux langues officielles n'est identifiée comme langue maternelle (Statistics Canada, 1996d). Dans le Nipissing, 35.5% de la population est bilingue (français et anglais), tandis que 26% déclarent le français comme langue maternelle et pour 2% cette langue est la seule langue de communication (Statistics Canada, 1996d). La ville de North Bay compte 2 970 autochtones dont 1 530 femmes en 1996 (Statistics Canada, 1996d), alors que 4,250 autochtones résident dans la ville de North Bay, les réserves et villes avoisinantes selon le Northern Shores District Health Council (1999). Il n'y a pas d'information courante disponible sur la langue maternelle des personnes autochtones dans cette région. Le nombre de métis dans la région n'est pas disponible.

3.2.3 Critères d'éligibilité

Les critères d'inclusion sont: 1) demeurer dans la région du Nipissing; 2) accepter de participer à l'étude; 3) être de culture autochtone; 4) ne pas avoir subi une hystérectomie.

3.2.4 Échantillon

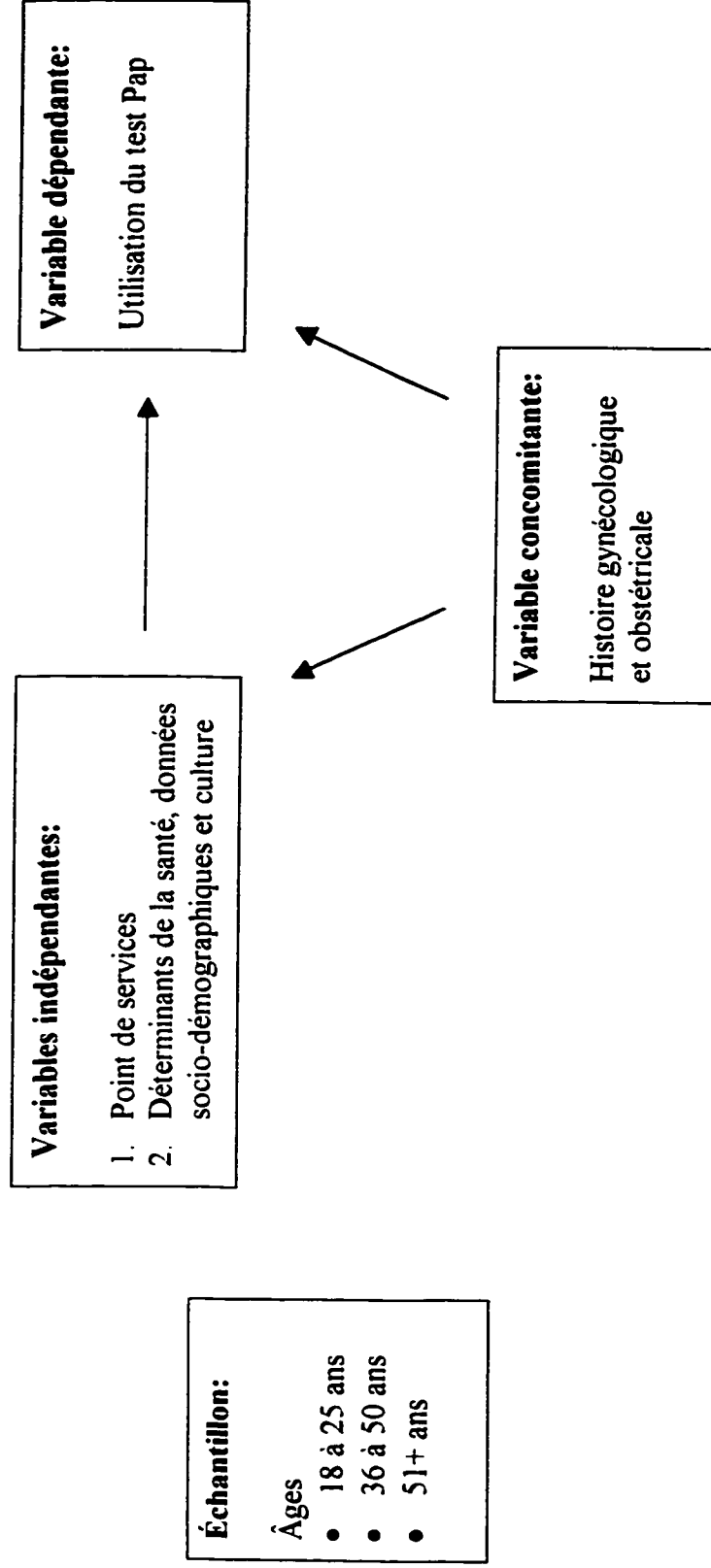
L'échantillon est composé de femmes âgées entre 18 et 70 ans qui vivent dans le district de Nipissing. Les groupes d'âge choisis correspondent au groupe qui est le plus susceptible d'avoir besoin d'un test Pap selon les recommandations du Groupe ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (Marrett et al., 1999). Toutes les femmes sont de culture autochtone (soit métis, inuit, ou amérindien avec ou sans statut), et résident dans le district du Nipissing.

La taille de l'échantillon se compose de 76 femmes provenant de chacune des trois strates d'âge: 1) 18-35 ans; 2) 36-50 ans; et 3) 51-70 ans. Ces groupes d'âge représentent des femmes en âge de procréer, des femmes ayant terminé la majeure partie de leurs années de procréation et en péri-ménopause, et des femmes en fin de fertilité et en péri- ou post-ménopause.

3.3 Définition opératoire des variables

Le schéma de la relation entre les variables est illustré à la figure 2.

Figure 2: Schéma opératoire des variables



3.3.1 Variables indépendantes

Les variables indépendantes à l'étude sont le point de services et les déterminants de la santé.

Le **point de services** englobe l'accès physique, géographique, temporel, linguistique et culturel. Cette variable inclut aussi les caractéristiques liées au praticien des soins de santé. L'accès physique se rapporte à des éléments telles que les rampes pour fauteuils roulants, tandis que l'accès géographique s'intéresse à la proximité du point de services et aux modes de transport disponibles pour s'y rendre. L'accès temporel se rattache aux notions d'heures de bureau, temps d'attente pour rendez-vous, montant de temps accordé au rendez-vous et au gardiennage pour enfants. L'accès linguistique explore la langue parlée du client et du praticien de santé. Les caractéristiques du praticien incluent le sexe, sa formation et si ce praticien est l'intervenant régulier du sujet.

Les **déterminants de santé** incluent l'âge, l'origine ethnique et culturelle, l'état civil, le revenu personnel et familial, le niveau de scolarité, le statut d'emploi, le lieu de résidence, et la langue principale de communication. Tous sont explorés dans l'étude sauf le statut d'emploi.

3.3.2 Variable dépendante

La variable dépendante dans cette étude est l'utilisation du test Pap selon les recommandations du Groupe ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (Clarke, 1996), c'est-à-dire avoir un test Pap aux deux ans après trois tests annuels négatifs.

3.3.3 Variables concomitantes

Les variables concomitantes de l'histoire de santé se rapportent dans cette étude à l'histoire médicale, obstétricale et gynécologique, aux types de professionnels consultés et aux dates et raisons de la consultation.

3.4 Description des instruments

Le questionnaire (Annexe A) est divisé en trois sections: 1) les caractéristiques démographiques; 2) le point de services, et 3) l'histoire de santé. Le lien entre les questions et les domaines de Purnell (1998) sont démontrés au Tableau 5.

3.4.1 Caractéristiques socio-démographiques

La section sur les caractéristiques socio-démographiques du sujet se compose de huit questions: la date de naissance, l'état civil, le groupe d'appartenance ethnique (autochtone ou métis), le lieu de résidence (urbain, rural, dans ou hors réserve) et la proximité à l'agglomération urbaine la plus près, la langue de communication, le niveau de scolarité, et le revenu familial.

3.4.2 Point de services

Le point de services compte 32 questions, dont cinq sont ouvertes. Cette section inclue des données sur 1) l'accès à un praticien régulier ou consistant pour les soins de santé; 2) la profession; 3) le sexe du praticien; 4) la source principale des soins de santé (qui peut différer du praticien régulier); 5) la date et raison de la dernière consultation avec cette source de soins; et 6) la discussion du test Pap durant cette visite. La

fréquence, la date du dernier et du prochain Pap, et les questions relatives au praticien (sexe, préparation professionnelle) qui fait le test Pap sont demandées.

Tableau 5 Lien entre les domaines de Purnell et les items du questionnaire

Domaine de Purnell	Items du questionnaire
1. Vue d'ensemble, sommaire, localité habitée et topographie	Section 1: 4 (indirectement), 5, 7, 8 Section 2: 30, 31
2. Communication	Section 1: 6 Section 2: 25, 26, 27, 32 (relations temporelles)
3. Rôles et organisation de la famille	Aucune (indirectement, touche aux buts et priorités établis par la culture)
4. Les questions relatives à la main d'oeuvre	8
5. Écologie bio-culturelle	Indirectement: cancer du col – plus fréquent chez ce groupe culturel
6. Comportements à hauts-risques pour la santé	Section 2: 12, 13, 14, 16, 17, 20, 22, 35, 38, 39, 40 Section 3: 42,
7. Nutrition	Aucune (indirectement: nutrition peut être co-facteur de cancer du col)
8. Pratiques de grossesse et la maternité	Section 2: 14 Section 3: 41, 42
9. Rituels mortuaires	Aucune
10. Spiritualité	Aucune
11. Pratiques de soins	Section 2: 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 45
12. Pratiques des intervenants de la santé	Section 2: 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 36, 37, 46, 47

Les questions subséquences se rapportent à l'accès au praticien qui administre le test Pap, à la durée des visites avec ce praticien, au niveau de satisfaction du client et à la qualité de la relation client-praticien, à la langue de communication durant les consultations, à la distance entre la résidence du sujet et la clinique du praticien, et à l'accès aux moyens de transport. Les variables d'influence sur le choix du praticien qui administre le test Pap et les perceptions du sujet quant à l'importance du test Pap et à l'importance accordée par la source principale des soins de santé font l'objet de mesure. Les éléments motivants actuels et potentiels et les obstacles à l'utilisation du test Pap sont également à l'étude.

3.4.3 Histoire de santé

L'histoire de santé, par l'entremise de sept questions, recueille des données relatives à la date de la dernière grossesse et aux soins de santé primaires reçus durant celle-ci, ainsi que des données sur l'histoire de problèmes gynécologiques, le praticien consulté, la discussion sur le test Pap, et s'il a été fait durant cette consultation.

3.5 Déroulement de l'étude

Cette section décrit 1) les arrangements administratifs; 2) la formation des assistantes; et 3) la description du déroulement de la collecte de données.

3.5.1 Arrangements administratifs

L'étude a été menée en collaboration avec des assistantes du "Indian Friendship Centre" et du "Métis Centre". Chacune des assistantes a signé un contrat (Annexe B).

Les assistantes n'ont pas participé à titre de représentantes de ces agences, mais ont toutefois permis l'accès aux femmes qui y sont desservies.

3.5.2 Formation des assistantes

Les assistantes ont été formées, pour la collecte de données, au cours d'une session d'information durant laquelle le chercheur explique le but et les objectifs de la recherche, la méthodologie et le plan de la collecte des données. Le formulaire de consentement a été revu et son importance expliqué; le questionnaire a été lu, discuté et pratiqué par des jeux de rôle. L'importance de suivre le plan a été soulignée et les jeux de rôle ont permis la mise en situation et la résolution de problèmes *à priori*. Les assistantes ont été évaluées après qu'elles ont complété les dix premiers questionnaires et ensuite après chaque 10 questionnaires. Il n'y avait pas de changements à faire dans leurs activités. Les deux assistantes choisies étaient à l'aise pour parler de santé sexuelle ce qui favorisait le confort des sujets durant la collecte de données.

3.5.3 Collecte des données

Le recrutement des sujets s'est fait de bouche à oreille entre les mois d'août et novembre 2000. Egalement, une invitation à la participation incluant les critères d'éligibilité a été faite lors de rencontres de personnes autochtones (Annexe A). Certains sujets ont répondu aux invitations affichées au "Friendship Centre" ou télécopiées à un autre centre de santé autochtone dans une réserve. La femme intéressée contactait l'assistante ou le chercheur pour planifier une date de rencontre.

Une fois le contact établi par le sujet, la femme est invitée à participer à un questionnaire téléphonique ou direct, selon son choix et la vérification des critères d'inclusion est faite à ce moment. La collecte des données est effectuée seulement si la femme satisfait aux critères d'inclusion inscrits au formulaire de recrutement (Annexe C) et consent à participer à l'étude après avoir pris connaissance et compris le contenu du formulaire de consentement (Annexe D). Le questionnaire prend environ 20 minutes à être complété. Pour les sujets qui fixent un rendez-vous pour entrevue directe elles rencontrent le membre de l'équipe de recherche à l'heure et à l'endroit de leur choix. Dans le cas où plus d'une femme est présente pour compléter le questionnaire, un questionnaire est complété par le chercheur pour chacune d'elles, et chacune est vue de façon individuelle.

Chaque questionnaire est immédiatement codé à l'entrevue avec le sujet, de façon à refléter la strate d'âge du sujet et à son rang de participation à l'étude, la date de l'entrevue ainsi que le code de l'assistante de recherche. Les assistantes de recherche possèdent les coordonnées du chercheur et doivent communiquer un rapport de progrès par téléphone au moins une fois par semaine ou plus souvent s'il y a des questions ou événements imprévus.

3.6 Plan des analyses

Le plan des analyses statistiques comprend les analyses descriptives et les analyses inférentielles. Ces analyses cherchent à répondre aux objectifs de l'étude, et sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 6.1.3.

3.6.1 Analyses descriptives

Les analyses descriptives servent à caractériser l'échantillon selon l'ensemble des variables étudiées. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux pour les données nominales (état civil, appartenance ethnique, résidence sur réserve, langue de communication). La majorité des variables sont discrètes ou en catégories, ainsi le mode et la médiane servent à illustrer la distribution des sujets plutôt que la moyenne et l'écart-type comme mesure de dispersion. Les analyses descriptives fournissent le profil des sujets selon les variables étudiées et l'atteinte du premier objectif.

3.6.2 Analyses inférentielles

Pour les analyses inférentielles, le seuil de signification de 0.05 est choisi. Le chi carré est utilisé pour vérifier les associations entre les variables nominales ou en catégories. La taille des groupes culturels autochtone et métis ne sont pas égaux, ce qui oblige le regroupement de certaines variables étant donné l'importance d'un nombre minimal de cinq sujets dans chacune des cellules du chi carré (Polit, 1996). Lorsque ce postulat n'est pas rempli, il faut interpréter les résultats avec prudence car cela pourrait donner lieu à une erreur de type II, c'est-à-dire rejeter l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie.

3.7 Considérations éthiques

Des membres de la Faculté des sciences de la santé à l'Université d'Ottawa sont consultés tout au long de la planification de l'étude et la conception des outils de

recherche. Aucune démarche n'est prise auprès de la population avant l'approbation du comité d'éthique de l'Université d'Ottawa (Annexe E).

Suite à cette approbation, le recrutement se fait. Chaque participante reçoit l'explication verbale du contenu formulaire de consentement. Ce formulaire fournit le titre et le but de la recherche, le nom du chercheur et ses coordonnées, l'invitation de poser des questions au besoin, les informations relatives à l'approbation éthique, la durée requise, les risques, le droit de se retirer de l'étude en tout temps, la confidentialité et l'anonymat selon les exigences et les directives de la recherche sur les êtres humains au Canada. Suite à la collecte de données, les sujets ont la possibilité de poser des questions ou de faire des commentaires à l'un ou l'autre des membres de l'équipe de recherche. Les questionnaires sont conservés dans un lieu sûr, auquel seul le chercheur a accès, et les données sont codées pour assurer la confidentialité.

3.8 Limites de l'étude

Les limites se regroupent sous trois grandes catégories: 1) échantillon; 2) instrument et 3) collecte de données.

3.8.1 Échantillon

Pour ce qui est des limites méthodologiques, le temps de l'année durant lequel le recrutement a eu lieu pourrait avoir occasionné un taux de réponse inférieur à celui désiré, puisque plusieurs personnes partent en vacances durant les mois d'été. Les femmes d'origine non-anglophone peuvent se sentir moins à l'aise de compléter un

questionnaire oral de langue anglaise. L'origine ethnique ou culturelle du chercheur peut aussi avoir un impact sur la collecte de données et sur la validité externe de l'étude.

L'échantillon est choisi à partir d'une population qui partage un lien commun en termes de culture d'origine et inclut les femmes vivant en réserve ainsi que les femmes qui demeurent en région urbaine. L'échantillonnage de convenance et boule de neige impose des limites importantes à l'étude, étant moins susceptible d'être représentatif de la population (Roberts & Burke, 1989). Puisque l'échantillonnage de convenance est la méthode d'échantillonnage la plus faible (Polit & Hungler, 1991), les données recueillies doivent être interprétées avec prudence dans la généralisation des résultats. De plus, il y a peu de données sur les femmes autochtones du Nipissing pour pouvoir faire la vérification de la représentativité de l'échantillon.

3.8.2 Instrument

Tous les instruments ont été construits pour la présente étude et ainsi non validés ce qui ouvre la porte à des biais importants. De plus, le test Pap est effectué sur des parties très intimes du corps, et la discussion de la santé sexuelle peut être perçue comme intrusion dans la vie privée en dehors du contexte d'une relation d'aide entre un intervenant et un client en soins de santé primaires. Certaines femmes pourraient choisir de ne pas répondre au questionnaire pour cette raison. D'autres questions risquent de ne pas être répondues surtout si elles se rapportent au revenu et à l'histoire de santé, puisque ces éléments sont souvent perçus comme faisant partie du domaine personnel. Le manque d'information pourrait introduire le risque d'affecter l'étude et de rendre ces données inutilisables dans l'analyse par manque de réponses aux questions de recherche.

D'après "Human Resources Development Canada" (1999) en 1994, 22% des canadiens décodent difficilement la langue écrite et reconnaissent qu'ils ne peuvent pas lire (ABC Canada Literacy Foundation, 1994), et 25% ne peuvent lire que des textes très simples (Human Resources Development Canada, 1999). Certains avantages ce type d'entrevue est que le taux de réponse est de 80-90%, les données obtenues peuvent porter sur les opinions et attitudes, et l'entrevue peut être faite auprès des personnes analphabètes (Fortin et al., 1988; Brinks & Wood, 1988). Cette situation met en évidence les avantages d'utiliser un questionnaire oral

3.8.3 Collecte des données

Le choix de la collecte de données téléphonique impose aussi certaines limites à l'étude. Par exemple, une partie de la population n'a pas de téléphone. De plus, une partie de la population rurale partage une ligne téléphonique avec leurs voisins ("party line"). Le taux d'alphabétisation n'a pas été exploré auprès de cette population mais a été prise en compte dans la méthode de collecte de données qui s'est déroulée par entrevue à partir d'un questionnaire dont la majorité des questions étaient fermées et toutes posées par l'assistante.

L'emploi d'assistantes pour effectuer la collecte de données peut emporter un biais à l'étude. Quoique celles-ci ont été évaluées par le chercheur, il est possible que leur approche individuelle contribue à des réponses différentes de la part des sujets. Toutefois, le choix d'assistantes est considéré avantageux dans la présente étude puisqu'elles ont des contacts et un niveau d'acceptation auprès de la communauté autochtone et métis que le chercheur ne possède pas.

CHAPITRE IV

RESULTATS

Ce chapitre présente les résultats des analyses statistiques de l'utilisation du test Pap par les femmes autochtones et métis du Nipissing. Les résultats des analyses descriptives sont d'abord présentés sous forme de tableaux, servant à décrire le profil des sujets selon les variables étudiées. Des tableaux croisés explorent la présence de relations entre les diverses variables permettant d'identifier les associations significatives par des analyses inférentielles.

4.1 Statistiques descriptives

Cette section rapporte le profil des sujets selon: 1) les caractéristiques socio-démographiques; 2) le praticien régulier et la source principale de soins de santé; 3) le dernier contact avec la personne source principale de soins de santé; 4) l'utilisation du test Pap, le praticien du dernier test Pap versus le praticien habituel et la répétition du test; 5) l'histoire obstétricale et gynécologique; 6) les raisons sous-jacentes à l'utilisation du test Pap; 7) l'importance du test Pap; et 8) les motivations et obstacles à l'utilisation du test Pap.

4.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

Les données socio-démographiques servent à décrire l'échantillon et vérifier la normalité de la distribution. L'échantillon est composé de 76 femmes résidentes de la grande région du Nipissing dans laquelle s'est déroulée l'étude. Le Tableau 6 présente les caractéristiques des sujets selon le groupe d'âge, l'état civil, l'ethnie, le lieu de

résidence, le niveau de scolarité et le revenu. L'âge moyen des participantes est de 34.2 ans, avec une étendue entre 18 à 68 ans et un écart-type de 13.2. L'âge médian est de 34 ans, alors que le mode d'âge est de 22 ans démontrant une distribution ne répondant pas tout à fait au théorème de tendance centrale.

Pour ce qui est de l'état civil, 44.7% (n=34) sont célibataires c'est-à-dire jamais mariées, 36.8% (n=28) sont mariées ou vivent avec un partenaire et 18.4% (n=14) sont divorcées, séparées ou veuves. Au plan ethnique, 63.2% (n=48) appartiennent au groupe autochtone tandis que 36.8% (n=28) sont métis. Parmi les sujets autochtones 62.5% sont âgés de 18-35 ans, 29.2 % de 36-50 ans et 8.3% ont 51 ans et plus. Parmi les sujets métis, 42.9% sont âgés de 18-35 ans, 35.7 % de 36-50 ans et 21.4% ont 51 ans et plus. Toutes les participantes indiquent l'anglais comme langue préférée de communication verbale et une femme mentionne aussi la langue Ojibway comme importante pour elle.

La majorité des sujets habitent la ville de North Bay (63.2%, n=48), 11.8% (n=9) vivent à Mattawa ou Bonfield, 5.2% (n=4) habitent au nord de North Bay le long de la route 63 ou à Redbridge ou à Sturgeon Falls à l'ouest de North Bay et 19.7% (n=15) habitent dans une réserve.

Le niveau de scolarité est relativement plus élevé que les statistiques canadiennes avec 7.9% (n=6) ayant complété la 8e année ou moins, 18.4 % (n=14) n'ayant pas complété le niveau secondaire, 19.7% (n=15) avec un niveau secondaire complété, 39.5% (n=30) avec un diplôme collégial et 14.5% (n=11) détenant un baccalauréat ou des études supérieures.

Tableau 6 Répartition des sujets selon le groupe d'âge, l'état civil, l'ethnie, le lieu de résidence, la scolarité et le revenu familial (N=76).

Variables	n	%
Groupe d'âge		
• 18-35 ans	42	55.3
• 36-50 ans	24	31.6
• 51 ans et plus	10	13.2
Etat civil		
• Célibataire (jamais mariée)	34	44.7
• Mariée/vit avec partenaire	28	36.8
• Veuve/divorcée/séparée	14	18.4
Ethnie		
• Autochtone	48	63.2
• Métis	28	36.8
Résidence		
• Réserve	15	19.7
• Hors-réserve	61	80.3
Scolarité		
• 8e ou moins	6	7.9
• secondaire débuté, pas complété	14	18.4
• secondaire complété	15	19.7
• collège	30	39.5
• université	11	14.5
Revenu familial		
• 0-9999\$/an	20	26.3
• 10000-19999\$/an	17	22.4
• 20000-29999\$/an	17	22.4
• 20000-39999\$/an	5	6.6
• 40000 \$/an et plus	15	19.7
• sans réponse	2	2.6

Le revenu familial n'est pas totalement indépendant du niveau de scolarité; en effet, la classe médiane du revenu annuel familial se situe dans la fourchette de 20 000 - 29 999\$, alors que la classe modale est de 0-9 999\$ (26.3%, n= 20). Les classes de

revenu annuel de 10 000 - 19 999\$ et de 20 000- 29 000\$ regroupent chacune 22.4% (n=17) de l'échantillon. La classe de 30 000 - 39 999\$ représente 6.6% (n=5) des sujets, et 19.7% (n=12) gagnent 40 000\$ et plus par année.

4.1.2 Praticien régulier

La section du questionnaire sur le point de services touche à la notion de praticien régulier, puisque la présence d'une telle personne et ses caractéristiques pourraient affecter l'utilisation du test Pap. Tel que démontré au Tableau 7, près de quatre sujets sur cinq (78.9%, n=60) ont un praticien régulier. La profession de ces praticiens réguliers est un médecin (n=57) dans la très grande majorité ou une infirmière (n=3) donnant une proportion de 95% et 5% respectivement. Toutefois, il ne faut pas passer sous silence la proportion de 21.1% de l'échantillon qui n'ont pas de praticien régulier c'est-à-dire que un sujet sur cinq n'a pas mentionné de professionnel en soins de santé primaires auprès duquel la cliente peut obtenir de l'information ou consulter en matière de santé. Les hommes représentent 88.3% (53/60) des praticiens réguliers et les femmes 11.7% (7/60) seulement. Les questions neuf à 11 réfèrent aux caractéristiques du praticien régulier à l'aide des questions. Cette information permet d'évaluer si ces caractéristiques ont un effet sur l'utilisation du test Pap.

La source principale des soins de santé pourrait affecter l'utilisation du test Pap, et il s'agit de la source qu'explore la question 12 du questionnaire. Tel que présenté au Tableau 8, ces sources de soins incluent le praticien régulier (n=55; 72.4%), les cliniques sans rendez-vous (n=4; 5.3%), la salle d'urgence (n=4; 5.3%) et les autres (n=13; 5.3%)

tels que les infirmières ou une combinaison de services dont l'urgence et la clinique sans rendez-vous.

Tableau 7 Répartition des sujets selon la présence, la profession et le sexe du praticien régulier (N=76)

Variables	n	%
Praticien régulier		
• Oui	60	78.9
• Non	16	21.1
Profession		
• Infirmière	3	3.9
• Médecin	57	75.0
• N/A ou sans réponse	16	21.1
Sexe		
• homme	53	69.7
• femme	7	9.2
• N/A ou sans réponse	16	21.1

Tableau 8 Répartition des sujets selon la source principale des soins de santé (N=76)

Variable	n	%
Source principale		
• Praticien régulier	55	72.3
• Clinique sans rendez-vous	4	5.3
• Salle d'urgence	4	5.3
• Autres	13	17.1

4.1.3 Dernier contact avec la source principale de soins de santé

Les questions 13, 14 et 15 du questionnaire explorent le moment, la raison et la discussion du test Pap au dernier contact. La très grande majorité (93.4%; n=71) ont eu un dernier contact avec la source principale de soins de santé il y a moins de 12 mois. Les raisons motivant le dernier contact sont variées et incluent pour 22.4% (n=17) des raisons obstétricales, gynécologiques, le test Pap, la contraception, et les problèmes du système urinaire, l'examen annuel pour 17.1% (n=13), la médecine interne (troubles digestifs, respiratoires, musculo-squelettiques) pour 40.8% (n=31), le système hématologique et immunitaire pour 9.2% (n=7) et, enfin, le système neurologique et la santé mentale pour 9.2% (n=7).

Tableau 9 Répartition des sujets selon le dernier contact, la raison et la discussion du test Pap au dernier contact avec la source principale des soins de santé (N=76)

Variables	n	%
Dernier contact		
• Moins de 12 mois	71	93.4
• 12-35 mois	5	6.6
Raison		
• Obstétrique/gynécologie/pap/contraception/système urinaire	17	22.4
• Examen annuel	13	17.1
• Médecine interne	31	40.8
• Système hématologique / immunitaire	7	9.2
• Neurologie/santé mentale	7	9.2
• Sans réponse	1	1.3
Pap discuté		
• Oui	25	32.9
• Non	50	65.8
• Sans réponse	1	1.3

Le test Pap a été discuté avec 25 sujets (32.9%) lors de la dernière visite avec le praticien principale de santé, ce qui est d'intérêt étant donné que 30 (39.5%) sujets ont consulté pour des fins d'examen complet ou pour des raisons reliées au système génito-urinaire.

4.1.4 Utilisation du test Pap

L'utilisation du test Pap est évaluée par les questions 16, 17 et 20 et présentée au Tableau 10. L'utilisation du test Pap est calculée à partir de trois mesures: la fréquence d'utilisation (annuelle ou non), le moment du dernier test Pap (dans les derniers 2 ans ou non) et la date du prochain test Pap (dans le prochain 2 ans ou non). Parmi l'échantillon, 45 sujets (59.2%) ont eu un test Pap il y a moins de 12 mois, 17 (22.4%) l'ont eu dans les derniers 12-23 mois, et quatre (5.3%) l'ont eu dans les derniers 24-35 mois. Un seul sujet n'a jamais subi de test Pap et neuf ont eu le dernier test Pap il y a plus de 36 mois (n=10; 13.2%). Pour 57 sujets (75%), le dernier test Pap a été effectué par le praticien régulier, tandis que pour 13 (17.1%) sujets le test a été fait par un spécialiste en oncologie, obstétrique/gynécologie ou un autre médecin et pour cinq (6.6%), le dernier test Pap a été fait au centre de santé des femmes (Female Wellness Clinic).

Plus de la moitié des sujets ont un test Pap annuellement (n=45; 59.2%), 13 sujets (17.1%) l'ont aux deux ans, quatre (5.3%) aux trois ans et 14 sujets (18.4) ne l'ont qu'aux quatre ans (n=12); à noter qu'une n'en a jamais eu (n=1) et une autre n'en a eu qu'un seul (n=1). Quant à la date du prochain test Pap, 27 sujets (35.5%) prévoient l'avoir dans 0 à 5 mois, 16 (21.1%) dans 6 à 11 mois, sept (9.2%) entre 12 à 23 mois et 5 (6.6%) en

24 mois et plus; cependant 16 (21.1) ne précisent pas la date du prochain test Pap, ou disent “qu’elle arrivera bientôt”.

Tableau 10 Répartition des sujets selon le moment du dernier test Pap, la fréquence d’utilisation et date du retour pour le prochain test Pap (N=76)

Variable	n	%
Moment du dernier test Pap		
• moins de 12 mois	45	59.2
• 12-23 mois	17	22.4
• 24-35 mois	4	5.3
• Jamais eu / il y a plus de 36 mois	10	13.2
Fréquence du test Pap		
• Annuellement	45	59.2
• Au 2 ans	13	17.1
• Au 3 ans	4	5.3
• Au 4 ans ou plus, jamais eu ou un seul	14	18.4
Date du prochain test Pap		
• 0-5 mois	27	35.5
• 6-11 mois	16	21.1
• 12-23 mois	7	9.2
• 24 mois et plus	5	6.6
• Sans précision	16	21.1
• Sans réponse	5	6.6

Il est possible que le sujet choisisse une personne différente pour le dernier test Pap en raison d’obstacles ou de préférences personnelles. La question 21 s’intéresse à savoir qui a fait le dernier test Pap. Le Tableau 11 présente le type de praticien qui a effectué le dernier test Pap comparativement à la profession et au sexe du praticien habituel du test Pap. Le dernier test Pap a été fait par le praticien régulier pour 57 sujets

(75%) par un spécialiste en oncologie ou en obstétrique ou par un autre médecin pour 13 sujets (17.2%) et par l'infirmière au centre de santé des femmes (Female Wellness Clinic) pour cinq (6.6%) sujets. Pour huit sujets (19.5%), le test Pap est habituellement fait par une infirmière ou une infirmière praticienne et pour 67 sujets (88.2%), il s'agit d'un médecin. Le praticien qui fait habituellement le test Pap est un homme pour 57 sujets (75%) et une femme pour 17 sujets (22.4%).

Tableau 11 Répartition des sujets selon le type de praticien du dernier test Pap, le type et le sexe du praticien habituel du test Pap (n=76)

Variables	n	%
Type de praticien		
• Praticien régulier	57	75.0
• Spécialiste en oncologie, OBS/GYN, autre médecin	13	17.2
• Centre des femmes	5	6.6
• Sans réponse	1	1.3
Type de praticien habituel du test Pap		
• Infirmière/infirmière praticienne	8	19.5
• Médecin	67	88.2
• N/A ou sans réponse	1	1.3
Sexe du praticien habituel du test Pap		
• Homme	57	75.0
• Femme	17	22.4
• N/A ou sans réponse	2	2.6

Il n'y a pas de relation significative entre la discussion du test Pap au dernier contact et la fréquence du test Pap ($p=.246$), le moment du dernier Pap ($p=.094$), ou la date du prochain Pap ($p= .788$). Il faut cependant noter le nombre important de cellules

ayant moins de cinq sujets. Le niveau de scolarité n'a pas de relation significative avec la discussion du Pap lors de la dernière consultation en matière de santé ($p = .769$).

Il est aussi possible que la répétition du test Pap pour des problèmes quelconques ait un effet sur l'utilisation du test Pap. Le besoin et les raisons de la répétition du test Pap sont recueillis à partir des questions 18 et 19 et montrées au Tableau 12. La répétition du test Pap a été nécessaire pour 27.6% ($n=21$) des sujets. Les raisons du retour pour la répétition d'un test Pap avant qu'une année se soit écoulée incluent les cellules anormales ou la lésions intraépithéliales squameuses ($n=15$; 19.7%) et d'autres raisons ($n=6$; 7.9%) telles que les cellules manquées, le cancer, l'infection et la raison non précisée.

Tableau 12 Répartition des sujets selon le retour et les raisons pour la répétition du test Pap ($N=76$)

Variable	n	%
Répétition		
• Oui	21	27.6
• Non	54	71.1
• Sans réponse	1	1.3
Raison		
• Cellules anormales/ lésions intraépithéliales squameuses	15	19.7
• Autres raisons	6	7.9
• N/A	55	72.4

4.1.5 Histoire obstétricale et gynécologique

Plusieurs femmes ont un test Pap durant la grossesse, tel que recommandé par le Ministère de la santé de l'Ontario; c'est ici que l'histoire obstétricale prend toute sa valeur. Les questions se rapportant à ces données se retrouvent dans la partie histoire de santé (questions 41, 42). Le nombre de grossesses varie d'aucune pour 17 (22.4%) sujets, une seule pour 12 (15.8%) sujets et le même nombre ont eu deux grossesses, 21 (27.6%) en ont eu trois grossesses, et enfin, 14 (18.4%) en ont eu quatre, pour un maximum de quatre grossesses.

Tableau 13 Répartition des sujets selon le nombre de grossesses, la date de fin de la grossesse et les soins reçus en communauté lors de la dernière grossesse
(N=76)

Variable	N	%
Nombre de grossesses		
• 0	17	22.4
• 1	12	15.8
• 2	12	15.8
• 3	21	27.6
• 4	14	18.4
Fin de dernière grossesse		
• moins de 12 mois	5	6.6
• 12-23 mois	7	9.2
• 24-47 mois	6	7.9
• 48 mois ou plus	39	51.3
• N/A ou sans réponse	19	25.0
Soins reçus en communauté avant l'accouchement		
• Oui	30	39.5
• Non	28	36.8
• N/A ou sans réponse	18	23.7

La date de la fin de la dernière grossesse varie entre moins d'un an (n=5; 6.6%), 12-23 mois (n=7; 9.2%), 24-47 mois (n=6; 7.9%) et 48 mois ou plus (n=29; 51.3%). Trente sujets ont reçu des soins en communauté (en plus des soins hospitaliers) durant leur dernière grossesse; ces 30 sujets représentent 39.5% du nombre total des sujets ce qui représente 51% des sujets qui ont eu une grossesse, tel que montré au Tableau 13. Il est à noter que certaines personnes, sans avoir répondu aux questions reliées à la fin de la dernière grossesse et aux soins en communauté, avaient toutefois répondu avoir eu une grossesse. Néanmoins, il n'y a pas de relation significative entre les dates de la dernière grossesse et du dernier test Pap ($p=.301$).

L'histoire gynécologique des sujets est explorée par les questions 43 à 47 du questionnaire et présentée au Tableau 14. Il est possible que les femmes atteintes de problèmes gynécologiques dans le passé utilisent le test Pap différemment de celles qui ne l'ont pas été. Il est aussi possible que le type de praticien consulté puisse avoir un effet sur l'utilisation du test Pap. D'autre part, bien que 46 (60.5%) indiquent n'avoir jamais eu de troubles gynécologiques, 29 (38.2%) rapportent avoir eu certains problèmes gynécologiques dans le passé. Pour 8 des 76 sujets (10.5%), ce problème est survenu durant les 12 derniers mois, tandis que pour 4 sujets (5.3%), le problème est survenu entre 12 et 35 mois et il y a 36 mois ou plus pour 11 sujets (14.5%). Les sujets atteints ont consulté une variété de praticiens: 15 des 28 sujets (51.7%) sujets atteints de troubles gynécologiques ont consulté un gynécologue, 11 des 28 (37.9%) ont vu leur praticien régulier, et 2 des 28 (8.6%) sujets ont vu un autre praticien. Durant la consultation pour le problème gynécologique, le test Pap a été discuté avec 24 des 28 sujets (82.8%) alors que le test Pap a été effectué chez 17 des 28 sujets (60.7%).

Tableau 14 Répartition des sujets selon l'histoire gynécologique, le moment du problème, le praticien consulté et le test Pap discuté et effectué (N=76)

Variable	n	%
Histoire de problèmes gynécologiques		
• Oui	29	38.2
• Non	46	60.5
• Sans réponse	1	1.3
Moment		
• Moins de 12 mois	8	10.5
• 12-23 mois	4	5.3
• 24-35 mois	3	3.9
• plus de 36 mois	11	14.5
• N/A ou sans réponse	50	65.7
Praticien consulté		
• Praticien régulier	11	14.5
• Autre praticien	2	2.6
• Gynécologue	15	19.7
• N/A ou sans réponse	48	63.1
Pap discuté		
• Oui	24	31.6
• Non	4	5.3
• N/A ou sans réponse	48	63.1
Pap fait		
• Oui	17	22.4
• Non	11	14.5
• N/A ou sans réponse	48	63.1

4.1.6 Raisons sous-jacentes à l'utilisation du test Pap

Les raisons pour lesquelles la source principale n'a pas effectué le test Pap sont explorées à la question 22. Une variété de raisons sont rapportées, entre autres, le praticien régulier est un pédiatre, le test Pap a déjà été fait lors de la grossesse, le sujet ignore si le praticien est habilité à faire le test Pap, le sujet a des problèmes médicaux ou

n'a pas de préférence pour qui fait le test Pap. D'autres raisons motivent le choix, par exemple le sujet désire ajouter de la clientèle à la clinique de santé des femmes ou bien le sujet déménage souvent. Toutefois, les raisons les plus souvent mentionnées se rapportent à ne pas avoir de médecin de famille (n=3; 3.9%), être plus à l'aise avec une femme (n=5; 6.6%), ou croire avoir besoin d'un spécialiste (n=5; 6.6%). Deux sujets affirment que le sentiment d'être comprise (understanding practitioner) revêt aussi un caractère important.

Plusieurs variables affectent le choix de la personne qui fait le test Pap; cette section s'intéresse aux dix variables les plus souvent mentionnées. À la question 32, neuf variables sont présentées et une "autre" où le sujet pouvait inscrire toute autre variable considérée importante. Parmi ces neuf variables, la question 33 s'intéresse à savoir lesquelles sont les trois variables les plus importantes pour le sujet. Le Tableau 15 présente la répartition des sujets selon l'importance attribuée aux choix de la personne ayant fait le test Pap. Tel que montré au Tableau 15, pour 28 des 76 sujets (36.8%), le sexe du praticien qui effectue le test Pap est une caractéristique fondamentale et représente une variable majeure pour 22 sujets (28.9%). L'âge du professionnel a aussi de l'importance pour 19 sujets (25%) et est rapporté parmi les variables les plus importantes pour 16 sujets (21.1%). Le type de professionnel tient un place prépondérante pour 54 sujets (71.1%) et est mentionné l'une des variables les plus influentes pour 47 sujets (61.8%). Pour tous les sujets sauf une, le praticien qui fait habituellement le test Pap parle anglais.

La proximité entre la clinique du praticien où est fait le test Pap et la résidence du sujet revêt un caractère d'importance pour 29 sujets alors que le site est très important

pour 18 sujets (23.7%). La majorité des sujets (n=47; 61.8%) demeurent à une distance de un à cinq km du bureau du praticien qui fait le test Pap, entre six et huit km pour 19.7% (n=15), et 15.8% (n=12) à plus de 10 km. Cette distance est importante, étant donné que plusieurs sujets doivent marcher (n=15; 14.5%), prendre l'autobus (n=11; 14.5%), utiliser l'automobile d'autrui (n=6; 7.9%) ou d'autres méthodes telles que le taxi, ou une combinaison de méthodes (n=4; 14.5%). Par ailleurs, 43.4% (n=33) sujets ont accès à soit une auto personnelle soit à une auto appartenant à une personne partageant le même logement. L'accès physique à la clinique du praticien est jugé important pour 13 sujets (17.1%) et très important pour 7 d'entre elles.

Les heures d'ouverture du bureau sont importantes pour 30 sujets (39.5%) et l'une des variables les plus importantes pour 20 sujets (26.3%). La durée d'attente entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous lui-même représente une variable importante pour 30 sujets, et des plus importantes pour 24 sujets (31.6%). Néanmoins, 32 sujets (42.1%) affirment que le fait d'avoir un praticien régulier est jugé important dans le choix de la personne qui fait le test Pap, et l'une des plus importantes pour 28 sujets (31.6%). Enfin, l'agence qui offre les soins affecte aussi le choix de façon importante pour 17 sujets (22.4%) et de façon très importante pour 12 sujets (15.8%).

Tableau 15 Répartition des sujets selon l'importance attribuée aux variables se rapportant au choix de la personne qui effectue le test Pap (N=76).

Variable	Importante: n (%)	Très importante: n (%)
Sexe du praticien • oui • non	28 (36.8) 48 (63.2)	22 (28.9) 54 (71.1)
Âge du praticien • oui • non	19 (25.0) 57 (75.0)	16 (21.1) 60 (78.9)
Type de professionnel • oui • non	54 (71.1) 22 (28.9)	47 (61.8) 29 (38.5)
Site (proximité de résidence) • oui • non	29 (38.2) 47 (61.8)	18 (23.7) 58 (76.3)
Accès physique • oui • non	13 (17.1) 63 (82.9)	7 (9.2) 69 (90.8)
Heures de bureau • oui • non	30 (39.5) 46 (60.5)	20 (26.3) 56 (73.4)
Durée d'attente de rendez-vous • oui • non	30 (39.5) 46 (60.5)	24 (31.6) 48 (68.4)
Praticien régulier • oui • non	32 (42.1) 44 (57.9)	28 (31.6) 48 (68.4)
Agence où les soins sont dispensés • oui • non	17 (22.4) 59 (77.6)	12 (15.8) 64 (81.2)

Quant à la période d'attente entre l'appel et le rendez-vous, peu de sujets rapportent pouvoir obtenir un rendez-vous avec le praticien le jour même de la demande (n=5; 6.6%). Toutefois 28 sujets (36.8%) disent attendre moins d'une semaine pour un rendez-vous, 27 sujets (35.5%) rapportent devoir attendre entre 1 et 2 semaines, et 11 (14.5%) doivent attendre trois semaines ou plus. La durée d'un rendez-vous pour examen est de moins de 15 minutes (n=32) et entre 15-30 minutes pour 34 sujets (44.7%). Seulement huit sujets (10.5%) rapportent avoir obtenu des rendez-vous de plus de 30 minutes pour un examen complet. En dépit de la courte durée des rendez-vous, la grande majorité des sujets (n=65; 85.5%) jugent la durée des rendez-vous suffisante tandis que 8 (10.5%) ne sont pas satisfaits. Parmi les 76 sujets, 22 (28.9%) expriment une excellente relation avec le praticien, très bonne pour 24 (31.6%) et bonne pour 9 sujets (11.8%). Toutefois, près du quart des sujets (n=19; 24.2%) affirment que la relation avec le praticien est médiocre.

4.1.7 Importance accordée au test Pap

L'importance que la personne accorde au test Pap pourrait affecter son utilisation. La question 35 permet au sujet de choisir un des cinq énoncés qui concorde le mieux avec le niveau d'importance qu'elle accorde à ce test. L'importance du test Pap diffère parmi les sujets, variant de très important pour 37 sujets (48.7%), moyennement important pour 13 sujets (17.1%), assez important pour 15 sujets (19.7%), peu important pour 8 (10.5%) et seulement trois sujets (3.9%) affirment que le test Pap n'est pas important.

La recommandation du praticien par rapport à la fréquence d'utilisation du test Pap pourrait aussi affecter son utilisation. Les questions 36 et 37 du questionnaire

collectent cette information. Parallèlement, 49 des 76 sujets (64.5%) affirment que leur praticien recommande le test Pap annuellement, pour 10 sujets (13.2%) la recommandation est aux 2 ans et pour 3 (3.9%), aux trois ans. Lorsque questionnées sur la perception qu'elles ont de l'importance du test Pap pour leur praticien, 27 sujets (35.5%) le croient très important, 19 sujets (23.7%) assez important, 16 sujets (21%) se divisent également entre peu ou moyennement important. Par contre, neuf sujets (11.8%) ne se souviennent pas de la recommandation du praticien, pour quatre sujets (5.3%) le praticien n'avait pas de recommandation à cet effet et finalement, un sujet a perçu le test Pap sans importance.

4.1.8 Motivations et obstacles à l'utilisation du test Pap

Les questions 38 et 39 s'intéressent à ce qui motive et motiverait les sujets à subir le test test Pap. Parmi les motivations actuelles de l'utilisation du test Pap, les plus fréquemment mentionnées sont l'histoire personnelle ou familiale de problèmes gynécologiques, de cancer, de maladies transmises sexuellement, de symptômes gynécologiques ou d'infertilité (n=12; 15.8%), le désir d'avoir un examen annuel afin de prévenir des problèmes ou le désir d'être rassurée (n=21; 27.6%). La peur ou l'inquiétude d'avoir le cancer est aussi très souvent citée comme raison d'avoir un test Pap (n=24; 31.6%). D'autres éléments énumérés se rapportent à l'encouragement de la société (famille, amies, médecin, télévision) (n=6; 7.9%) pour des raisons de contraception ou de grossesse (n=3; 3.9%) et enfin, l'âge (n=2; 2.6%). Cependant, huit sujets (10.5%) affirment ne pas être motivées à utiliser le test Pap.

A noter qu'un nombre important de sujets (n=17; 22.4%) n'ont pas répondu la question 39 à savoir ce qui pourrait les motiver à subir un test Pap (éléments qui ne sont pas présents à l'heure actuelle), relativement aux conditions ou éléments susceptibles de promouvoir ou de faciliter l'utilisation du test Pap. Parmi les sujets qui y ont répondu, 21 ont répété les mêmes éléments qu'à la question 38 relativement à ce qui motive actuellement l'utilisation du test Pap, ce qui laisse croire que les sujets n'ont pas compris la différence entre ces 2 questions. Par exemple, un sujet (1.3%) déclare qu'être une femme est ce qui la motiverait d'avoir un test Pap. Un sujet dit que l'âge est un élément qui motiverait (1.3%), et un autre (1.3%) affirme que le besoin de contraception la motiverait. Cinq sujets (6.6%) notent que l'encouragement social les motiveraient à avoir un test Pap, alors que quatre sujets (5.3%) déclarent que posséder des connaissances sur l'importance du test Pap et les conditions potentielles de santé les motiveraient, et quatre autres sujets (5.3%) mentionnent que l'accès en termes de temps, confort émotif, et réponse aux besoins personnels seraient des éléments motivateurs de l'utilisation du test Pap. Parmi les éléments les plus fréquemment mentionnés il y a l'histoire personnelle ou familiale de cancer ou symptômes (n=25 32.9%), la peur du cancer (n=8; 10.5%), et le désir d'avoir un examen annuel ou prévenir les problèmes (n=7; 9.2%). Quatre sujets (5.3%) expriment ne pas savoir ce qui les motiveraient à avoir le test Pap.

Tel que présenté au Tableau 16, les obstacles à l'utilisation du test Pap, recueillis par la question 40, sont également variés. L'obstacle le plus souvent cité se rapporte à l'inconfort et à ne pas aimer le test Pap (n=10; 13.2%) en raison de stress ou du souvenir qu'il provoque tel l'abus sexuel. La peur et le manque de confiance envers les résultats est rapportée par neuf sujets (11.8%), tandis que les contraintes de temps et du soin des

enfants est exprimé comme obstacle pour huit sujets (10.5%). Le sexe du praticien intervient comme obstacle pour trois sujets (3.9%), tandis que pour quatre sujets (5.3%) l'obstacle découle le fait qu'elles ne considèrent pas le test Pap important ou requis. Par contre, la moitié de l'échantillon (n=38; 50%) affirme ne pas avoir d'obstacle à l'utilisation du test Pap. Le groupe d'âge n'est pas associé significativement avec les obstacles identifiés.

La paresse, l'oubli et la non importance accordée au test Pap sont regroupés sous la rubrique d'importance, car reliés à l'importance accordée envers l'utilisation du test Pap (4 sujets, ou 5.3% identifient cet obstacle). D'autre part, les variables liées aux contraintes de temps, manque de gardiennage des enfants et heures de bureau ont une implication temporelle, c'est-à-dire le temps du sujet est occupé par d'autres obligations) et sont regroupées sous la rubrique de temps (8 sujets, ou 10.5% identifient cet obstacle).

Les obstacle relatifs au sexe du praticien et à la qualité de la relation avec le praticien sont regroupées afin de mettre en relief le domaine se rapportant au praticien de la santé (health care practitioners) du cadre de référence de Purnell (1998). Dans cette perspective, ces variables sont regroupées sous la rubrique praticiens de soins de santé. Ces obstacles sont soulevés par trois sujets (3.9%).

La peur et le manque de confiance envers les résultats sont regroupées sous la rubrique de résultats du test en raison des liens entre les résultats et les conséquences émotionnelles d'utiliser le test Pap. Huit sujets (10.5%) indiquent ces variables comme obstacles. Des conséquences relatives à la procédure sont identifiées par 10 sujets, (13.2%), et celles-ci incluent les variables d'inconfort, ne pas aimer le test Pap et avoir

des souvenirs d'abus sexuel. La variable de proximité comme obstacle potentiel aux soins de santé et est identifiée par trois sujets (3.9%).

Tableau 16 Répartition des sujets selon les obstacles à l'utilisation du test Pap et le moment du dernier test Pap (N=76)

Dernier Pap	<12 mois n (%)	12-23 mois n (%)	24-35 mois n (%)	Jamais/ 36+mois n (%)
Obstacle				
Aucun obstacle				
Oui	28 (36.8)	2 (2.6)	3 (3.9)	5 (6.6)
Non	17 (22.4)	14 (18.4)	2 (2.6)	5 (6.6)
Importance				
Oui	0 (0.0)	2 (2.6)	1 (1.3)	1 (1.3)
Non	45 (59.2)	15 (19.7)	3 (3.9)	9 (11.8)
Temps				
Oui	3 (3.9)	4 (5.3)	1 (1.3)	0 (0)
Non	42 (55.3)	13 (17.1)	3 (3.9)	10 (13.2)
Praticien				
Oui	1 (1.3)	1 (1.3)	1 (1.3)	0 (0)
Non	44 (57.9)	16 (21.1)	13 (17.1)	0 (0)
Résultats du test				
Oui	3 (3.9)	5 (6.6)	0 (0)	0 (0)
Non	42 (55.3)	12 (15.8)	4 (5.3)	10 (13.2)
Procédure				
Oui				
Non	7 (9.2)	1 (1.3)	0 (0)	2 (2.6)
	38 (50.0)	16 (21.1)	4 (5.3)	8 (10.5)
Proximité / résidence				
Oui	2 (2.6)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)
Non	43 (56.6)	16 (21.1)	4 (5.3)	10 (13.2)

Tableau 17 Relevé des variables démontrant des relations significatives selon la valeur du Chi carré, le nombre de degré de liberté et la probabilité

Variables	Chi Carré (dl)	Prob.=
Présence d'un praticien régulier et Fréquence du Pap	4.08 (1)	0.044
Présence d'un praticien régulier et Dernier Pap	4.58 (1)	0.032
Raison du dernier contact et Fréquence du Pap	4.44 (1)	0.035
Raison du dernier contact et Dernier Pap	7.74 (1)	0.005
Recommandations du praticien et Fréquence du Pap	16.57 (1)	0.000
Importance ré: Pap par praticien et Dernier Pap	8.36 (2)	0.015
Sexe du praticien qui fait le Pap et Fréquence du Pap	5.35 (1)	0.021
Ethnie et Praticien régulier	* 11.82 (1)	0.000
Date de dernière grossesse et Fréquence du Pap	4.05 (1)	0.044
Importance du Pap et Fréquence du Pap	11.66 (2)	0.003
Importance du Pap et Dernier Pap	* 25.65 (2)	0.000
Âge et État civil	* 25.65 (4)	0.000
Revenu et État civil	* 39.81 (10)	0.000
Revenu et Scolarité	12.18 (4)	0.016
Revenu et Ethnie	6.13 (2)	0.047
Résidence et Ethnie	* 7.31 (1)	0.007
Ethnie et Fréquence du Pap	13.45 (1)	0.000
Ethnie et Moment du dernier Pap	5.55 (1)	0.018

* signifie la présence d'au moins une cellule ayant moins de cinq sujets

4.2 Statistiques inférentielles

Cette section présente les analyses inférentielles exécutées afin de vérifier l'association entre les variables les plus probantes. Le Tableau 17 présente les analyses significatives de chi carré. Les variables dont les résultats sont non significatifs apparaissent à l'Annexe F. Les résultats sont regroupés sous les rubriques suivantes: 1)

la relation entre le point de services et l'utilisation du test Pap; 2) la relation entre les déterminants de la santé et l'utilisation du test Pap; 3) la relation entre les données socio-démographiques et l'utilisation du test Pap.

4.2.1 Déterminants de la santé et utilisation du test Pap

Les déterminants de la santé incluent les variables d'ordre économique, social, physique, style de vie et comportements, scolarité et culture ou ethnie. Cette section explore les relations entre certaines de ces variables. Dans l'échantillon étudié, il y a une relation significative entre les variables de revenu et scolarité ($p=.016$) avec les salaires plus élevés chez les femmes à plus haute scolarité et de relations significatives entre le revenu et l'ethnie ($p=.047$), les femmes autochtones ayant un revenu plus faible. Le lieu de résidence du sujet n'a pas une relation significative avec la scolarité ($p=.540$) et le revenu ($p=.602$). Cependant, la relation est significative entre la résidence du sujet et l'ethnie ($p=.007$). La relation s'avère aussi significative entre le revenu et l'état civil ($p=.000$). En effet, le revenu est moins élevé chez les femmes jamais mariées. Dans l'échantillon, 21.2% des sujets autochtones habitent dans une réserve et aucune métis n'y habite. Toutes les métis ont un praticien régulier. Deux femmes sur trois habitant la réserve ont un praticien régulier comparativement à près de cinq sur six femmes vivant hors réserve. Toutefois, le fait d'avoir un praticien régulier n'est pas significativement associé avec la résidence à l'intérieur ou hors réserve ($p=.193$).

Il n'y a pas de relation significative (Annexe F) entre la date de la dernière grossesse et celle du dernier test Pap ($p=.106$) ou celle du prochain test Pap ($p=.521$), mais la relation est significative entre la date de la dernière grossesse et la fréquence du

test Pap ($p=.044$). Les relations sont significatives entre l'importance du test Pap pour le sujet et la fréquence du test Pap ($p=.003$) et le moment du dernier test Pap ($p=.000$); cependant non significative avec la date du prochain test Pap ($p=.227$). Il faut toutefois interpréter ces résultats avec prudence en raison des cellules du tableau d'analyse du chi carré contenant moins de cinq sujets.

Il n'y a pas d'association significative entre le groupe d'âge des sujets en réserve et hors réserve car le chi carré de .715 se situe en deça du seuil critique de $p=.05$, de même pour le groupe d'âge et l'ethnie ($p= .151$). Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats en raison des groupes inégaux selon l'âge et le lieu de résidence en réserve et hors réserve.

Il n'y a pas de relation significative (Annexe F) entre le groupe d'âge et la scolarité ($p=.118$), et le revenu ($p= .302$); cependant, les résultats entre le groupe d'âge et l'état civil sont significatifs ($p=.000$) mais encore faut-il interpréter avec prudence étant donné le nombre de sujets par cellules (moins de cinq sujets). Le revenu est significativement ($p<0.000$) plus bas chez les femmes célibataires, toutefois, il y a un nombre important de cellules ayant moins de cinq sujets.

Les caractéristiques socio-démographiques pourraient avoir un effet sur l'utilisation du test Pap. Or, dans la présente étude, peu de relations sont significatives entre les caractéristiques socio-démographiques (groupe d'âge, état civil) et les déterminants de la santé (ethnie, niveau de scolarité, résidence et revenu) et l'utilisation du test Pap, sauf dans le cas de l'ethnie. Les relations entre l'âge et la fréquence du test Pap ($p= .339$), le moment du dernier test Pap ($p= .535$) et celui du prochain test Pap ($p= .540$) ne sont pas significatifs. Le lieu de résidence (réserve ou non) du sujet n'a pas une

relation significative avec l'utilisation annuelle ou non du test Pap ($p=.944$), le moment du dernier test Pap ($p=.570$) ou la date du prochain test Pap ($p=.300$). De plus, il n'y a pas de relation significative entre l'état civil et l'utilisation annuelle du test Pap ($p=.459$), le moment du dernier test Pap ($p=.410$) et la date du prochain test Pap ($p=.518$).

Les résultats démontrent une relation significative entre l'ethnie et la fréquence du test Pap ($p=.000$); en effet, les femmes autochtones qui utilisent le test Pap annuellement sont plus nombreuses que les femmes métis. Les résultats démontrent aussi une relation significative entre l'ethnie et le moment du dernier test Pap ($p=.018$). Cette relation s'avère non significative avec la date du prochain test Pap ($p=1$), ou encore avec la reprise du test Pap suite à un problème identifié ($p=.440$). Il faut néanmoins être prudent dans l'interprétation étant donné que certaines cellules n'ont pas cinq sujets.

Dans l'échantillon, il n'y a pas de relation significative (Annexe F) entre le niveau de scolarité et l'utilisation annuelle ou non du test Pap ($p=.992$) le moment du dernier test Pap ($p=.105$) ou celle du prochain ($p=.973$). Il n'y a également pas de relation significative entre le revenu et l'utilisation annuelle du test Pap ($p=.304$), le moment du dernier test Pap ($p=.749$) et la date du prochain test Pap ($p=.356$).

4.2.2 Point de services et utilisation du test Pap

Dans l'échantillon, les résultats tendent à démontrer une relation significative ($p=.044$) (Tableau 17) entre la fréquence de l'utilisation du test Pap et l'identification d'un praticien régulier. Cependant, il faut interpréter avec prudence, car une cellule a moins de cinq sujets. La relation entre avoir un praticien régulier et le moment du dernier test Pap est aussi significative ($p=.032$) mais pas avec la date du prochain test Pap

($p=1.00$). Les relations entre le type de praticien régulier et la fréquence du test Pap ($p= .476$), le moment du dernier test Pap ($p= .068$) ou la date du prochain test Pap ($p= .749$) ne sont pas significatives. Il faut toutefois noter que le praticien régulier est médecin dans tous les cas sauf trois infirmières. Il n'y a pas de relation significative entre le sexe du praticien régulier et la fréquence du test Pap ($p=.554$), le moment du dernier test Pap ($p=.727$) ou la date du prochain test Pap ($p= .570$).

Une activité importante en soins de santé primaires est la prévention de maladie telle le cancer du col utérin. Or, le moment du dernier contact au point de services n'a pas montré de relation significative avec la fréquence d'utilisation du test Pap ($p=.328$), le moment du dernier test Pap ($p=.272$) ou du prochain test Pap ($p=.649$). Par contre, la raison du dernier contact tend à démontrer une relation significative avec la fréquence de l'utilisation du test Pap ($p=.035$) et le moment du dernier test Pap ($p=.005$) lorsque les raisons d'examen complet et gynécologique sont regroupées, mais ces mêmes variables n'ont pas obtenu de relations significatives avec la date du prochain test Pap ($p=.797$). De plus, il n'y a pas de relation significative entre les grossesses sans soins prénataux et l'utilisation annuelle ou non du test Pap ($p=.068$), le moment du dernier test Pap ($p=.564$) ou la date du prochain test Pap ($p=.422$).

La relation significative entre la recommandation annuelle ou non du praticien quant à la fréquence d'utilisation du test Pap ($p=.000$), mais s'avère non significative avec le moment du dernier test Pap ($p=.434$) ou celle du prochain test Pap ($p=.178$). La prudence dans l'interprétation est de mise, puisqu'une cellule du tableau de contingence sur l'utilisation du test pap n'a que de trois sujets. Des relations non significatives entre l'appui social et l'utilisation annuelle ou non du test Pap ($p=.179$), le moment du dernier

test Pap ($p = .326$) ou du prochain test Pap ($p = .511$) ont été obtenues. Il n'y a pas de relations significatives entre la perception de l'importance que le praticien accorde au test Pap et la fréquence d'utilisation du test Pap ($p = .262$) ou entre la perception et la date du prochain test Pap ($p = .807$). Par contre, la relation est significative avec le moment du dernier test Pap ($p = .015$). Toutefois, le grand nombre de cellules contenant moins de cinq sujets et le nombre de sujets qui n'ont pas répondu à la question portant sur la date du prochain test Pap oblige la prudence dans l'interprétation de ces résultats.

La qualité de la relation entre le sujet et le praticien qui effectue le test Pap n'a pas de lien significatif avec la fréquence du test Pap ($p = .808$), le moment du dernier test Pap ($p = .168$) ou celle du prochain test Pap ($p = .503$). Néanmoins, le sexe du praticien qui fait le test Pap démontre une relation significative avec la fréquence du test Pap ($p = .021$), mais pas avec le moment du dernier test Pap ($p = .992$) ou le moment du prochain test Pap ($p = .184$).

Plusieurs obstacles peuvent entraver l'utilisation du test Pap; cependant, aucune des relations n'a obtenu de résultats significatifs (Annexe F) entre l'inconfort et la fréquence d'utilisation du test Pap ($p = .957$) et le moment du dernier test Pap ($p = .890$) et la date du prochain test Pap ($p = .494$). La relation entre le revenu et l'inconfort ou l'embarras durant le test Pap est non significative ($p = .414$). Les contraintes de temps n'ont pas montré de relations significatives avec la fréquence d'utilisation du test Pap ($p = .841$), le moment du dernier test Pap ($p = .648$) et la date du prochain test Pap ($p = .370$). De plus, il n'y a pas d'association significative entre les obstacles de peur ou de manque de confiance envers les résultats et la fréquence du test Pap ($p = .575$), ou le moment du dernier test Pap ($p = .155$) ainsi que la date du prochain test Pap ($p = .055$).

CHAPITRE V

DISCUSSION

La discussion des résultats de l'étude est présentée selon: 1) le profil de l'échantillon selon les variables étudiées; 2) le point de services et l'utilisation du test Pap selon la fréquence, le moment du dernier et la date du prochain test Pap.; et 3) les éléments à explorer ultérieurement.

Parmi les limites mentionnées au chapitre de la méthodologie, rappelons certains aspects à prendre en compte dans la discussion des résultats. D'abord, l'utilisation du questionnaire téléphonique et face-à-face de façon interchangeable peut avoir occasionné un biais. Il eut été utile de vérifier l'effet des réponses des sujets approchés de chacune de ces façons pour déterminer si un tel biais existe vraiment. Une autre limite est liée au petit nombre de sujets âgés de plus de 50 ans: tel que prévu par le personnel du "North Bay Indian Friendship Centre", peu de sujets ont été recrutés parmi ce groupe. En dépit des limites, l'étude a fourni beaucoup d'information essentielle à la planification d'une étude ultérieure.

5.1 L'échantillon

L'échantillon de convenance boule de neige constitué de 76 femmes a été recruté majoritairement dans la ville et les environs de North Bay et sur une seule réserve. Cette situation pose un doute quand à la représentativité régionale de l'échantillon; par exemple, l'échantillon comprend peu de sujets provenant des autres parties de la région du Nipissing. Par ailleurs, moins de 10 personnes approchées par les assistantes ont

refusé de compléter le questionnaire et les profils de ces personnes ne sont pas connus car ils n'ont pas été recueillis, d'où l'impossibilité de savoir si des femmes ont des caractéristiques communes ou différentes des personnes de l'échantillon. Plusieurs sujets étaient méfiants concernant les motifs de l'étude car ces femmes ne voulaient pas participer à une étude du gouvernement sans explications.

De plus, en raison du petit nombre de sujets provenant de régions rurales, il est difficile de faire des comparaisons entre ces groupes et le groupe qui réside en ville. La population autochtone qui réside en dehors des villes est toutefois importante au Canada. Dans ce pays, environ 30% des autochtones vivent en ville (Statistics Canada, 1998).

Bien que les données ontariennes sur les autochtones incluent hommes et femmes de tous les âges, l'échantillon semble refléter la réalité ontarienne à savoir qu'il y a plus de jeunes autochtones que d'autochtones âgés. En Ontario en 1996, 26% de la population autochtone est âgée de 20-34 ans, 24% de entre 35-54 ans et 9% ont 55 ans ou plus (Statistics Canada 1996 (a) tandis que pour les femmes métis, 26.9% sont de 20-34 ans, 24.5% de 35-54 ans, et 8.9% sont de plus de 55 ans (Statistics Canada, 1996 b). Ces données diffèrent quelque peu des proportions de l'échantillon de cette étude avec 55.3% des femmes âgées entre 18 et 35 ans, 31.6% entre 36 et 50 ans et 13.2% des femmes âgées de 51 ans et plus. La population autochtone âgée entre 25-54 ans augmentera d'environ 41% entre 1996 et 2006 au Canada, et d'environ 62% par l'an 2016 (Statistics Canada, 1998).

La population de la réserve Nipissing 10 n'a pas été directement accessible au chercheur. Toutefois, l'accès à cette population a été accordé à l'une des assistantes par l'entremise de contacts personnels. La relation entre l'ethnie et le lieu de résidence chez

les personnes autochtones de l'échantillon n'est toutefois pas significative probablement en raison du petit nombre (n=15; 19.7%) de sujets vivant sur une réserve. En Ontario, 34.8% des personnes autochtones vivaient sur une réserve en 1996 (Statistiques Canada, 1996 (c)); cette proportion est celle du présent échantillon. Il faut néanmoins prendre en compte que 36.8% (n=28) des sujets étaient métis et par ce statut, non-admises à vivre sur une réserve.

En 1994, selon le "Human Resources Development Canada" (1999), 22% des canadiens décodent difficilement la langue écrite et reconnaissent être analphabètes (ABC Canada Literacy Foundation, 1994), et 26% ne peuvent que lire des textes très simples (Human Resources Development Canada, 1999). Selon ABC Canada Literacy Foundation (1994), il existe une relation directe entre le niveau de scolarité, l'emploi et le revenu. En dépit de la proportion élevée de femmes ayant une formation collégiale ou universitaire dans la population autochtone, il n'en demeure pas moins une proportion importante de femmes analphabètes.

Étant donné la proximité d'une université, d'un collège dans la ville de North Bay et d'une école secondaire sur la réserve, plusieurs adolescents et adultes viennent de l'extérieur pour étudier au Nipissing en vertu des ressources éducationnelles. Le niveau de scolarité des femmes de l'échantillon est relativement plus élevé que les statistiques de la population générale canadienne avec 7.9% (n=6) ayant complété la 8^e année ou moins, 18.4% (n=14) n'ayant pas complété le niveau secondaire, 19.7% (n=15) avec un niveau secondaire complété, 39.5% (n=30) qui ont un diplôme collégial, et 14.5 % (n=11) détiennent un baccalauréat ou des études supérieures. Par contre, en Ontario le niveau

de scolarité dans la population générale est moins élevé que celui l'échantillon (Northern Shores District Health Council, 1999)

D'une part, il y a une association significative ($p < 0.05$) entre le revenu, l'ethnie et la scolarité dans l'échantillon. Les femmes métis ont une distribution de revenu plus homogène que les femmes autochtones; par ailleurs, moins de femmes autochtones ont un revenu élevé (tableau 17). Le revenu annuel de l'échantillon reflète la moyenne de revenu en Ontario; cependant, plus du quart de l'échantillon rapporte un revenu de moins de \$10 000 par an et plus de la moitié des femmes autochtones ont un revenu annuel sous 20 000\$. D'autre part, pour les femmes jamais mariées, le revenu est significativement ($p < 0.05$) moins élevé que celui des autres groupes.

5.2 Le point de services et l'utilisation du test Pap

L'absence de relation significative entre l'âge des sujets et l'utilisation annuelle du test Pap diffère des résultats obtenus par Symonds (1997), Peters et al. (1989) et Weintraub et al (1987). Cette différence pourrait être attribuable au petit nombre de sujets âgés 50 ans et plus dans l'échantillon de la présente étude car dans la population autochtone, les gens plus âgés sont souvent plus difficiles à rejoindre.

Le résultat obtenu auprès de l'échantillon à l'effet que les femmes autochtones utilisent le test Pap annuel plus souvent que les femmes métis est inattendu; puisque selon le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (Ontario Cervical Screening Program Division of Preventive Oncology, 1999) les personnes autochtones sont souvent difficiles à rejoindre pour le test Pap. Cette observation pourrait refléter un sentiment de marginalisation des personnes d'origine métis en raison d'un manque de

reconnaissance officielle gouvernementale de leur statut. Par ailleurs, il n'y a pas d'association significative entre l'ethnie et le retour pour le test Pap lorsque des problèmes sont détectés. En plus, la réserve où l'étude s'est déroulée possède un centre de santé autochtone desservi par du personnel autochtone; or la situation pourrait offrir un tableau de résultats fort différents dans les réserves du Nord de la province.

Il n'y a pas d'association significative entre le niveau de scolarité et les trois mesures d'utilisation du test Pap (fréquence, moment du dernier et date du prochain test Pap), ce qui diffère des résultats d'autres recherches menées auprès de la population générale (Goel, 1994; Howe & Bzduch, 1987; Kirkman-Liff & Kronenfeld, 1992; Wardle & Pope, 1992). L'absence d'association significative entre l'état civil et l'utilisation annuelle du test Pap et les dates du dernier ou du prochain test Pap est différente des résultats obtenus par Howe & Bzduch (1987). Également, l'absence de relation significative entre le lieu de résidence du sujet et l'utilisation du test Pap contrastent avec les résultats de Symonds (1997).

Selon Purnell (1998) les conditions socio-économiques peuvent influencer les comportements de santé. À cet effet, l'absence de relation significative entre le revenu et les trois mesures d'utilisation du test Pap diffère des résultats obtenus auprès de la population générale par Hofer & Katz (1996) et Gillam (1991). L'association est cependant significative entre l'ethnie et le moment du dernier test Pap et la fréquence d'utilisation du test Pap. Les personnes autochtones utilisent plus souvent le test Pap sur une base annuelle que ne le font les personnes métis et le dernier Pap se situe davantage à l'intérieur des derniers deux ans en dépit du faible niveau de revenu.

Il est théoriquement plausible que l'importance accordée au test Pap par le sujet ait un lien avec l'utilisation. Par contre, dans cette étude, l'utilisation du test pap n'a pas démontré de relation significative avec l'appui social, soit-il de la famille, du praticien ou d'autres, ce qui est différent des résultats obtenus par Norman et al. (1991). Néanmoins, l'importance du test Pap pour le sujet lui-même et la fréquence du test Pap et la date du dernier Pap présentent des associations significatives, mais non significatives avec la date du prochain test Pap.

La question se rapportant aux soins prénataux ne semble pas avoir été comprise par les sujets, pensant qu'il s'agissait de soins d'accouchement en communauté. Ce manque de clarté pourrait expliquer l'absence d'association significative entre les grossesses sans soins prénataux et les trois mesures d'utilisation du test Pap. Par ailleurs, ces résultats diffèrent de ceux obtenus dans l'étude Norman et al. (1991) et Peters et al. (1989) auprès d'une population générale. Selon le modèle de Purnell (1998), il est aussi possible que la grossesse soit perçue différemment selon la culture; notamment, dans plusieurs cultures, la grossesse n'est pas considérée une maladie et ne requiert aucun soin médical.

5.2.1 Ressources et obstacles

L'accessibilité au point de services est un élément lié à la culture selon Purnell (1998). Dans cette étude auprès d'un échantillon autochtone et métis, la présence d'un professionnel régulier, le sexe et type de praticien, les raisons de consultation, les recommandations et la relation avec le praticien sont tous des éléments liés à la culture. Or, bien qu'en Ontario, toute femme ait accès gratuitement aux services de santé, toutes

les femmes n'ont pas accès à un professionnel régulier de soins et se voient contraintes d'utiliser des cliniques de mini-urgence. Le praticien régulier est un praticien auquel la cliente peut s'adresser régulièrement, puisque qu'elle est une de ses clientes.

En 1999, 24% des Unités sanitaires en Ontario identifient ce manque d'accès au professionnel régulier comme obstacle à l'information sur le dépistage Pap (Ontario Cervical Screening Program Division of Preventive Oncology, 1999). Cette situation revêt une importance particulière car les femmes préfèrent obtenir un test Pap dans un site familial et effectué par un praticien qu'elles connaissent (McKie, 1993). De plus, les médecins, les professionnels de soins primaires sont les mieux placés pour offrir un test Pap à la femme (Teitlebaum et al., 1988) et la consultation auprès d'un obstétricien/gynécologue augmente la fréquence du test Pap (Teitlebaum et al., 1988). Cependant, ces spécialistes exigent souvent une référence par un médecin de famille et à North Bay, environ 5,000 personnes n'ont pas de médecin de famille (North Bay Nugget, 1999). Par ailleurs, les raisons pour lesquelles certains sujets ont consulté un spécialiste pour le test Pap n'ont pas été explorées à fond dans cette étude d'où l'impossibilité de savoir si la consultation résulte d'une préférence personnelle, d'une maladie, d'une habitude ou d'un manque d'accès à un praticien régulier. Le modèle de Purnell (1998) décrit que le point de services a un lien avec la culture et les pratiques de santé; dans cette perspective, le manque de ressources humaines pourrait bien représenter un obstacle à l'utilisation des services de santé.

Purnell (1998) mentionne également que dans certaines cultures, le sexe et le statut du praticien peut affecter l'utilisation des soins. Dans la présente étude, toutes les femmes métis avaient un praticien régulier contrairement aux femmes autochtones. Dans

la réserve étudiée, ce résultat pourrait être attribuable au fait que les femmes autochtones ne partagent pas un lien culturel aussi étroit avec les praticiens car aucun d'entre eux n'est de culture autochtone. De plus, les relations significatives ($p < 0.05$) entre la présence du praticien régulier et la fréquence et la date du dernier test Pap pourraient refléter la facilité d'accès aux services ou bien être fonction de la relation à plus long terme avec le praticien. Quoique les sujets qui vivent en réserve ont accès au centre de santé Lawrence-Commanda, ce privilège n'est pas accordé aux personnes autochtones urbaines.

L'association significative ($p < 0.05$) entre la fréquence de l'utilisation du test Pap et la présence d'un praticien régulier corrobore les données publiées par l' "Ontario Cervical Screening Program Division of Preventive Oncology" (1999). Par ailleurs, il est possible que les résultats non significatifs entre la date du dernier ou prochain test Pap et le fait de posséder ou non un praticien régulier, ainsi qu'entre l'utilisation du test Pap et le type de praticien ayant effectué habituellement le test Pap reflètent la taille limitée de l'échantillon et le petit nombre de sujets ayant consulté un spécialiste. Ces résultats sont contraires aux résultats obtenus par Norman et al. (1991) et Teitlebaum et al. (1988).

À l'instar des résultats des études de Harlan et al. (1991) et Norman et al. (1991), lorsque les raisons du dernier contact avec le praticien de santé sont regroupées selon l'examen annuel et gynécologique par rapport à d'autres raisons, l'association est significative ($p < 0.05$). De plus, la date de la dernière consultation et celle du dernier test Pap montrent une association significative ($p < 0.05$), laissant croire que les femmes ont consulté plus récemment, plus souvent, et utilisent davantage les mesures de prévention

ou bénéficient de plus d'occasions d'encouragement du praticien à suivre les recommandations relativement à la fréquence du test Pap.

L'association entre la raison du dernier contact avec la source de soins de santé et le moment du dernier test Pap se situe près du seuil de signification corroborant les résultats de Wilcox & Mosher (1993) à cet effet. Un échantillon de plus grande taille aurait possiblement démontré un lien plus prononcé entre ces variables.

Le modèle transculturel de Purnell (1998) souligne l'importance des perceptions du praticien par rapport aux pratiques de soins de santé. Dans cette perspective, la relation significative ($p < 0.05$) entre les recommandations du praticien quant à la fréquence du test Pap et à la fréquence d'utilisation du test Pap est similaire aux résultats de Harlan et al. (1991) et de McKie, (1993b), tout comme l'est celle de l'association significative ($p < 0.05$) entre la fréquence d'utilisation et le moment du dernier test Pap et la perception du sujet par rapport à l'importance du test Pap pour le praticien. Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation de ces résultats car 14 sujets n'avaient pas souvenance de recommandations du praticien. Dans ce contexte, l'association non significative entre les recommandations du praticien et la date du dernier ou du prochain test Pap n'est pas totalement une surprise.

5.2.2 Praticien de la santé

La relation thérapeutique avec le praticien de santé peut refléter un effet de la culture, du sexe, des pratiques, des croyances, des perceptions et du statut du praticien (Purnell, 1998). Contrairement aux résultats de Hurley (1993) et de McKie (1993b) obtenus auprès d'un échantillon de la population générale, la qualité de la relation entre le

sujet et le praticien qui effectue le test Pap n'a pas de relation significative avec l'utilisation du test Pap dans l'échantillon auprès des femmes autochtones et métis. Le très petit nombre de praticiens de sexe féminin dans la présente étude et la communauté où les tests Pap sont dispensés pourrait entrer en jeu dans la présente étude.

Les domaines du modèle transculturel de Purnell (1998) en matière de praticien de la santé et de pratique de soins, référent à la présence d'obstacles culturels dans l'utilisation des soins de santé. Dans la présente étude auprès de femmes autochtones, les groupes d'âge et aucun des obstacles n'ont démontré d'associations significatives, ce qui diffère de ce que Hennig & Knowles (1990) ont identifié dans la population générale. Un autre résultat inattendu se rapporte à l'absence de relations significatives entre l'inconfort ou l'embarras et la fréquence d'utilisation du test Pap ainsi que le moment du dernier test Pap. Contrairement aux résultats obtenus par Orbell (1996), la relation est non significative entre l'inconfort relativement au Pap et le niveau de revenu.

L'obstacle des contraintes de temps n'a pas démontré de relation significative avec la l'utilisation du est Pap, contrairement à ce que Powell Earle & Burman (1998) identifient dans leur étude. La peur ou le manque de confiance dans les résultats du test Pap ne sont pas reliées de façon significative avec les trois mesures d'utilisation du test Pap (fréquence, dernier et prochain), ce diffère des résultats des études de Hurley (1993), King (1987) ou Murray & McMillan (1993). La peur exprimée envers les résultats du test Pap pourrait être attribuable au fait que plusieurs entendent le mot "cancer" alors qu'il s'agit de cellules anormales possiblement précancéreuses, ce qui occasionne une peur non-proportionnelle à la sévérité du problème. Cette observation pourrait être

fonction des différences de communication entre cultures selon le modèle de Purnell (1998).

Un résultat intéressant pour la planification de soins, les sujets de l'échantillon ont identifié les variables relativement au choix du praticien qui effectue le test Pap. Le type de professionnel (n=54) est le plus important, suivi de la présence d'un praticien régulier (n=32) de la durée d'attente entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous même (n=30) et les heures de bureau (n=30), le site (n=29), le sexe du praticien (n=28). Les variables d'âge (n=19), l'agence ou les soins sont offerts (n=17) et l'accès physique (n=13) prennent une place de moindre importance dans le choix du praticien. Ces résultats démontrent la valeur du modèle transculturel de Purnell (1998) dans la planification des services. En effet, Purnell (1998) souligne que l'accès physique et temporel ainsi que la distance entre le lieu de résidence de la personne et les services de soins de santé et les caractéristiques du praticien sont souvent associés aux pratiques de soins. Bien que les résultats générés dans cette étude n'aient pas démontré d'association convaincante les raisons rapportées demeurent importantes à prendre en compte dans la planification des services destinés à la population autochtone et métis.

Il y a plusieurs cas où les trois mesures d'utilisation du test Pap, c'est à dire la fréquence, le moment du dernier et la date du prochain test Pap, ne concordent pas. Purnell (1998) mentionne que l'orientation temporelle ou perception du temps (ex: temps du cadran versus temps social) diffère entre groupes culturels. Cette perception de l'orientation temporelle pourrait expliquer le manque de distinction observée aux réponses du questionnaire entre ce qui motive actuellement et ce qui pourrait motiver ultérieurement la femme à subir un test Pap.

5.3 Éléments à explorer dans des études ultérieures

La recherche sert non seulement à répondre à des questions, mais à en générer des nouvelles, pour augmenter les connaissances en regard d'une problématique. De plus, certaines données telles que l'histoire des relations sexuelles, l'orientation sexuelle et le taux de chômage n'ont pas été recueillies auprès de cet échantillon autochtone et métis, puisque ces variables sont considérées très sensibles et une invasion de la vie privée. En outre, il serait intéressant d'explorer l'influence des femmes plus âgées sur l'utilisation du test Pap à la lumière de ce que Purnell (1998) mentionne sous la rubrique des patterns de dominance familiale sur les décisions de soins de santé.

Il serait utile d'identifier la fréquence des contacts avec le praticien de soins de santé dans la dernière année, puisque ces rencontres augmenteraient les occasions de promotion de santé et d'enseignement de prévention de la maladie. Cependant, la valeur accordée à la promotion de santé peut varier selon la culture (Purnell, 1998), et être vérifiée dans des études ultérieures.

L'appartenance culturelle du praticien n'a pas été explorée dans cette étude car les membres de groupes culturels minoritaires sont en général sous-représentés parmi les professionnels de soins de santé. Il n'y a pas de praticien qui s'identifie comme autochtone dans le Nipissing et le nombre qui s'identifient comme métis est méconnu. Purnell (1998) souligne que le praticien de culture différente de son client peut être considéré comme étranger et nuire à l'établissement d'un climat de confiance avec la cliente. De plus, certaines caractéristiques physiques du point de services auraient pu être évaluées comme attrayante pour les personnes autochtones et métis, tels le décor,

l'atmosphère, l'accessibilité avec ou sans rendez-vous, la sensibilité et connaissance culturellement appropriée du praticien. Selon Purnell, ces éléments peuvent affecter l'utilisation du point de services et les soins de santé auprès de personnes de culture différente.

Une étude ultérieure pourrait aussi explorer l'effet de la culture sur d'autres comportements tels le tabagisme en raison des conséquences de changements cellulaires au niveau du col utérin. Les comportements entourant l'activité sexuelle mériteraient une plus grande attention. Selon Purnell (1998) les comportements à risque peuvent être valorisés de façons différentes selon la culture.

Peu de sujets dans l'échantillon identifient l'utilisation de soins traditionnels. Pourtant, il est connu qu'ailleurs dans le nord-est ontarien ces services sont utilisés par les personnes autochtones. Il demeure inconnu si le profil des gens se servant de l'approche traditionnelle diffère en termes d'utilisation du test Pap et pourrait avoir des conséquences quant aux comportements de santé, selon Purnell (1998).

Les variables reliées à la spiritualité pourraient être explorées dans une étude ultérieure. Nul ne peut séparer la situation actuelle des personnes autochtones et métis des torts spirituels qu'ils affirment avoir subi au cours des derniers siècles. Les variables reliées à la spiritualité n'ont pas été explorées dans cette étude. Par ailleurs, selon Purnell (1998) les pratiques qui dérangent la vie spirituelle de la personne peuvent contribuer à la maladie.

Enfin, l'arrivée de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires parmi les professionnels de la santé en Ontario a le potentiel d'augmenter le temps accordé aux activités de promotion de santé et prévention de la maladie auprès des personnes

autochtones. Une étude ultérieure pourrait identifier les variables qui permettent d'offrir de tels services et d'en vérifier l'effet sur l'utilisation du Pap. Aussi, les infirmières praticiennes peuvent oeuvrer en collaboration avec les représentants communautaires autochtones pour offrir des services culturellement appropriés. Une autre variable à explorer porte sur la durée de la rencontre avec la cliente, orientée vers la prévention de maladie et la promotion de santé de façon culturellement appropriée, et son influence sur l'utilisation du test Pap.

CONCLUSION

La présente étude a été réalisée dans le but d'étudier la relation entre le point de services et les déterminants de la santé les plus probants d'influencer l'utilisation du test de Papanicolaou auprès de femmes autochtones et métis du Nord-Est ontarien. La population autochtone et métis représente une partie importante de la population canadienne, pour laquelle il existe peu de services qui soient culturellement appropriés à ces groupes en dehors du centre de santé situé dans la réserve. L'acquisition de connaissances en matière de promotion de santé et de planification de services de prévention de la maladie pour ces groupes culturels pourrait potentiellement améliorer le taux d'utilisation du test Pap.

La taille limitée de l'échantillon (N=76) et la non-représentativité de la population autochtone et métis de toute la région pourraient expliquer les résultats non-significatifs de cette étude et la difficulté à dégager certaines tendances corroborant d'autres études tandis que d'autres résultats ont démontré des conclusions opposées. Il faut aussi noter que la grande majorité des recherches publiées ont été menées auprès de la population générale.

Le premier objectif de recherche visait à dresser le profil des déterminants de la santé des femmes selon l'utilisation du test Pap. Les résultats ont démontré que l'ethnie et l'importance du test Pap pour le sujet ont un effet sur l'utilisation du test Pap, mais que les autres déterminants de la santé ne sont pas significativement différents chez ces deux groupes.

Le deuxième objectif de recherche a vérifié l'existence des relations entre l'utilisation du test Pap et les déterminants de la santé et l'accessibilité au point de services. En effet, la présence d'un praticien régulier a un effet positif sur l'utilisation du test Pap, tout comme c'est le cas pour la raison du dernier contact avec la source de soins de santé. L'importance du test Pap pour le praticien de santé ainsi que ses recommandations ont aussi un effet sur la fréquence du test Pap, tout comme le sexe du praticien.

Le dernier objectif de recherche visait à déterminer si les données socio-démographiques et les déterminants de la santé ont une influence sur l'utilisation du test Pap. Aucune relation n'a été identifiée entre les données socio-démographiques des femmes autochtones et métis et l'utilisation du test Pap.

Il serait utile de refaire l'étude auprès d'un plus grand échantillon représentatif des personnes autochtones avec des groupes de contrôle de personnes de culture métis et un troisième groupe de personnes de la population générale, puisque leurs besoins et vécus peuvent différer de ceux des personnes autochtones.

La planification, l'exécution et l'évaluation de services de soins de santé primaires sont *sine qua non* au rôle de l'infirmière praticienne. Cette étude fournit de l'information susceptible d'avoir un impact sur les activités de l'infirmière praticienne. L'importance de la collaboration avec les agences communautaires qui desservent les groupes culturels minoritaires et l'importance du travail d'équipe avec des membres des groupes culturels à desservir a été mise en évidence au cours de cette étude, particulièrement durant l'étape de la collecte des données.

REFERENCES

ABC Canada Literacy Foundation (1994). Literacy Facts. http://www.abc-canada.org/literacy_facts/index.asp

Action cancer Ontario – programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (2000). Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en Ontario. Toronto : Action cancer Ontario.

Agency for Health Care Policy and Research (1999). Evaluation of Cervical Cytology. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 5. Rockville, MD. <http://www.ahcpr.gov/clinic/cervsumm.htm>

Anderson, L., & May, D. (1995). Has the use of cervical, breast and colorectal cancer screening increased in the United States? American Journal of Public Health. 85(6); 840-842.

Baldwin, K., Sisk, R., Watts, P., McCubbin, J., Brockschmidt, B., & Marion, L. (1998). Acceptance of nurse practitioners and physician assistants in meeting the perceived needs of rural communities. Public Health Nursing. 15(6); 389-397.

Bell, S., Porter, M., Kitchener, H., Fraser, C., Fisher, P., & Mann, E. (1995). Psychological response to cervical screening. Preventive Medicine. 24; 610-616.

Bowman, J., Redman, S., Dickinson, J., Gibberd, R. & Sanson-Fisher, R. (1991). The accuracy of Pap smear utilization self-report: a methodological consideration in cervical screening research. Health Serv Res. 26(1); 97-107.

Brink, P., & Wood, P. (1988). Basic Steps in Planning Nursing Research – From Question to Proposal. (3rd ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

British Columbia Cancer Agency. Cervical Cancer Screening by B.C. First Nations Women. Project flyer. British Columbia Cancer Agency.

Buckley, J., Harris, R., & Dell, R. (1981). Case control study of the husbands of women with dysplasia or carcinoma of the cervix uteri. Lancet. 2(8254); 1010-1015.

Burns, N., & Grove, S. (1993). The Practice of Nursing Research – Conduct, Critique and Utilization. (2nd ed.). Toronto: W. B. Saunders Company.

Cadman, L. (1998). Lifelong protection. Community Nurse. 3(12); 12-13.

Calle, E., Flanders, W., Thun, M. & Martins, L. (1993). Demographic predictors of mammography and Pap smear screening in US women. American Journal of Public Health. 83; 53-60.

Canadian Advisory Council on the Status of Women. (1995). What Women Prescribe: Report and Recommendations. Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women.

Carson, S. (1997). Human papillomatous virus infection update: Impact on women's health. The Nurse Practitioner. 22(4); 24-37.

Cava, M., Greensberg, M., Fitch, M., Spaner, D., Taylor., K. (1997). "Towards an inclusive cervical cancer screening strategy: approaches for reaching socioeconomically disadvantaged women". Canadian Oncology Nursing Journal. 7(1), 14-18.

Clarke E; Hilditch S; Anderson T. (1986). Optimal frequency of screening for cervical cancer: a Toronto case-control study. IARC Sci Publ. 76; 125-31.

Clarke, E. (1996). Cervical screening in Ontario: collaborative group seeks to reduce incidence and mortality rates of cervical cancer. Ontario Medical Review. 63; 40-41.

Clarke, E., Anderson, T. (1979). Does screening by Pap smear help prevent cervical cancer? A case-control study. Lancet. ii 1-4.

Clarke, H, Joseph, R., Deschamps, M., Hislop, G., Band, P., & Atleo, R. (1998). "Reducing cervical cancer among First Nations women". The Canadian Nurse. 94(3); 36-41.

Cohen, M. (1996). Why is there no progress against cervical cancer? Canadian Medical Association Journal. 154(12). 1867-1869.

Coultas, J., & Capper, R. (1996). Breast and cervical screening. Community Nurse. 2(9); 42-43.

Coutu-Wakulczyk, G., Jezak, M. Modèle transculturel de Purnell. (Chapitre 1). L'interculturel et le processus de l'évaluation en matière de santé: au-delà des mots. Actes du colloque 1999 – congrès de l'ACFAS. Ottawa, 1999. (En cours de révision pour publication).

Cutler, L. (1999). "The contribution of nursing to cancer prevention". Journal of Advanced Nursing. 29(1), 169-176.

Darou, W. (1987). Counselling and the northern native. Canadian Journal of Counselling. 21(1); 33-41.

Davey, C., Austoker, J., & Jansen, C. (1998). "Improving written information for women about cervical screening: evidence-based criteria for the content of letters and leaflets". Health Education Journal. 57; 263-281.

Department of Indian Affairs and Northern Development (2000). Indian Registration System Family Grouping Listing for Band Nipissing First Nation.

Dewar, M., Hall, K., & Perchalski, J. (1992). Cervical cancer screening past success and future challenge. Primary Care. 19(3); 589-606.

Dignan, M., Michielutte, R., Sharp, P., Bahnson, J., Young, L., & Beal, P. (1990). The role of focus groups in health education for cervical cancer among minority women. Journal of Community Health. 15; 369-375.

DiMatteo, M. (1994). The physician-patient relationship: effects on the quality of health care. Clinical Obstetrics and Gynecology. 37(1); 149-61.

Eddy, D. (1990). Screening for cervical cancer. Annals of Internal Medicine. 113; 214-226.

Evaluation of Cervical Cytology. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 5, January 1999. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. <http://www.ahrp.gov/clinic/cervsumm.htm>

Evans, R., Barer, M., & Marmor, T. (1996). Etre ou ne pas être en bonne santé. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Federal/Provincial/Territorial Working Group on Women's Health (1993). Working Together for Women's Mental Health : A Framework for the Development of Policies and Programs. Ottawa : Health and Welfare Canada.

Felton, G., Lui, Q., Parsons, M., & Geslani, G. (1998). Health promoting behaviors of rural adolescent women. Women and Health. 27(4); 67-80.

Felton, G., Parsons, M., & Bartoces, M. (1997). Demographic factors: interaction effects on health-promoting behavior and health related factors. Public Health Nursing. 14(6); 361-7.

Ferreira, S. (1998). Cervical intraepithelial neoplasia diagnosis: Emotional impact and nursing implications. Clinical Excellence for Nurse Practitioners. 2(4); 218-224.

Fitch, M., Greenberg, M., Cava, M., Spaner, D., & Taylor, K. (1998). Exploring the barriers to cervical screening in an urban Canadian setting. Cancer Nursing. 21(6); 441-449.

Fletcher, R., Fletcher, S., & Wagner, E. (1988). Clinical Epidemiology –The Essentials. (2nd ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.

Fortin, M., Taggart, M., K rouac, S., & Normand, S. (1988). Introduction   la recherche. Montréal: D carie.

Funch, D. (1986). Socioeconomic status and survival for breast and cervical cancer. Women and Health. 11(3/4); 37-54.

Giger, J., & Davidhizar, R. (1991). Soins infirmiers interculturels. Québec: Boucherville.

Gillam, S. (1991). Understanding the uptake of cervical cancer screening: the contribution of the health belief model. British Journal of General Practice. 41; 510-513.

Goel, V. (1994). Factors associated with cervical cancer screening: results from the Ontario Health Survey. Canadian Journal of Public Health. 85; 125-127.

Gottardi, G., Gritti, P. & Marzi, M. et al. (1984). Colposcopic findings in virgin and sexually active teenagers. Obstetrics and Gynecology. 63; 613-5.

Goudreau, G. (communication personnelle, 24 novembre 1999) Shkagamik-Kwe Health Centre, Sudbury

Graham, A., Savic, G., & Gardner, B. (1998). "Cervical and breast cancer screening in wheelchair dependent females". Spinal Cord. 36, 340-344.

Harauz G; Chiu DK; MacAulay C; Palcic B (1994). Probabilistic inference in computer-aided screening for cervical cancer: an event covering approach to information extraction and decision rule formulation. Anal. Cell Pathology. 6 (1);37-50.

Harlan, L., Beresteing, A., & Kessler, L. (1991). "Cervical cancer screening" who is not screened and why?" American Journal of Public Health. 81, 885-890.

Harokopos, V., & McDermott, R. (1996). Cervical cancer screening: benefits and barriers. Journal of Health Education. 27(6); 351-356.

Hennig, P., & Knowles, A. (1990). Factors influencing women over 40 years of age to take precautions against cervical cancer. Journal of Applied Social Psychology. 20(19); 1612.

Higgins, C. (1997). Screening for cervical cancer. Nursing Times. 93(20); 50-51.

Hofer, T., & Katz, S., (1996). Healthy behaviors among women in the United States and Ontario: The effect on use of preventive care. American Journal of Public Health. 86; 1755-1759.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Res. 11; 213-218.

Holowaty, P., Miller, A., Rohan, T., et al. (1999). Natural history of dysplasia of the uterine cervix. Journal of the National Cancer Institute. 91, 252-258.

Howe, H., & Bzduch, H. (1987). Recency of Pap smear screening: a multivariate model. Public Health Rep. 102; 295-301.

Human Resources Development Canada (1999). A Snapshot of Literacy in Canada. <http://www.nald.ca/nls/nlsild/fact3.htm>,

Hurley, J., & King, J. (1987). Women's attitudes towards cervical smear. Update. 34; 160-168.)

Hurley, J., (1993). Cervical screening. Nursing Times. 89; 31-34.

Inscyte Corporation (1999). CytoBase Report: Cervical Cytology Database Statistics. 3(1); 1-22.

Institut national du cancer du Canada (1999). Statistiques canadiennes sur le cancer 1999. Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada, Statistique Canada, Registres du cancer des provinces et des territoires, Santé Canada.

Johnson, K. (1995). Periodic health examination 1995 update: 1. Screening for human papillomavirus infection in asymptomatic women. Canadian Medical Association Journal. 152.; 483-493.

Katz SJ; Hofer TP (1994). Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States. Journal of the American Medical Association. 272 (7); 530-4

Kawaga-Singer, M. (1995). Socioeconomic and cultural influences on cancer care of women. Seminars in Oncology Nursing. 11(2); 109-119.

Kawaga-Singer, M. (1997). Addressing issues for early detection and screening in ethnic populations. Oncology Nurses' Forum. 24(10); 1705-1710.

Kerssens, J., Bensing, J., & Andela, M. (1997). Patient preference for gender of health professionals. Social Science Medicine. 44(10); 1531-1540.

Kirkman-Liff, B., & Kronenfeld, J. (1992). Access to cancer screening services for women. American Journal of Public Health. 82(5); 733-735.

Kleiman, J. & Copstein, A. (1981). Who is being screened for cervical cancer?. American Journal of Public Health. 71; 73-76.

Lane, V., & Lawler, J. (1997). Pap smear brochures, misogyny and language: a discourse analysis and feminist critique. Nursing Inquiry. 4; 262-267.

Leipert, B., & Reutter, L. (1998). Women's health and community health nursing practice in geographically isolated settings: a Canadian perspective. Health Care for Women International. 19; 575-588.

Leslie, N. (1995). Role of the nurse practitioner in breast and cervical cancer prevention. Cancer Nursing. 18(4); 251-7.

Lickrish, G. (2000). Guidelines for the Management of an Abnormal Pap Test. Présentation le 25 février, 2000, conférence Strategies for the Eradication of Cervix Cancer. Toronto.

Linnehan, M., Andrews, S. & Groce, N. (1996). College health providers' knowledge, attitudes and management practices of genital HPV infection. Nurse Practitioner. 21(5); 122-8.

Locker, D., Payne, B., & Ford, J. (1996). Area variations in health behaviours. Canadian Journal of Public Health. 87(2); 125-129.

Lovejoy, N. (1987). Precancerous lesions of the cervix personal risk factors. Cancer Nursing. 10 (1). 2-14.

Lurie, M., Slater, J., McGovern, P., Ekstrum, J., Quam, L., & Margolis, K. (1993). Preventive care for women: does the sex of the physician matter?. New England Journal of Medicine. 329; 478-482.

Lytwyn, A., & Sellors, J. (1997). Sexually transmitted human papillomaviruses: current concepts and control issues. The Canadian Journal of Human Sexuality. 6(2); 113-126.

Makuk, D., Fried, V., & Kleinman, J. (1989). National trends in the use of Preventive health care by women. American Journal of Public Health. 79; 21-26.

Mandelblatt, J., & Fahs, M. (1988). The cost-effectiveness of cervical cancer screening for low-income elderly women. Journal of the American Medical Association. 259; 2409.

Mandelblatt, J., Freeman, H., Winczewski, D., Cagney, K., Williams, S., Trowers, R., Tang, J., Gold, K., Hsiang Lin, T., & Kerner, J. (1997). The costs and effects of cervical and breast cancer screening in a public hospital emergency room. American Journal of Public Health. 87(7) 1182-1189.

Mandelblatt, J., Gopaul, I., Wistreich, M. (1986). Gynecological care of elderly women: another look at Papanicolaou smear testing. Journal of the American Medical Association. 256; 367-371.

Manitoulin and Sudbury District Health Council Community Health Committee (1997). Toward a Healthier Community. Sudbury: MSDHC.

Marrett, L., Charelli, A., Nishri, E., & Theis, B. (1999). Cervical Cancer in Ontario 1971-1996. Toronto: Surveillance Unit and the Ontario Cervical Screening Program Division of Preventive Oncology Cancer Care Ontario.

Marshall, K. (1996). Prevention. How much harm? How much benefit? 3. Physical, psychological and social harm. Canadian Medical Association Journal. 155; 169-76.

Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Montréal: Gaetan Morin, éditeur.

McCormick, R. (1997). First nations counsellor training in British Columbia : strengthening the circle. Canadian Journal of Mental Health. 16(2); 91-99.

McKie, L (1993a). Women's views of the cervical smear test: implications for nursing practice – women who have had the smear test. Journal of Advanced Nursing. 18; 1228-1234.

McKie, L (1993b). Women's views of the cervical smear test: implications for nursing practice – women who have not had the smear test. Journal of Advanced Nursing. 18; 972-979 and p. 1228.

Miller A. (1993). What is the role of early detection and screening in cancer control? Journal of Public Health Policy. 14 (4); 403-12

Miller A. (1995). An epidemiological perspective on cancer screening. Clinical Biochemistry 28 (1); 41-8

Miller A. (1994). Canadian contributions to cancer control. Canadian Journal of Oncology. 4 (1); 238-42.

Miller A; Lindsay J; Hill GB. (1976). Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix. International Journal of Cancer. 17 (5); 602-12.

Miller, A., Anderson, G., Brisson, J., Laidlaw, J., LePitre, N., Malcolmson, P., Mirwaldt, P., Stuart, G., & Sullivan, W. (1991). Report of a national workshop on

screening for cancer of the cervix. Canadian Medical Association Journal. 145; 1301-1325.

Moscicki, A. (1993). Comparison between methods for human papillomavirus DNA testing: a model for self-testing in young women. Journal of Infections Diseases. 167; 723-725.

Moscicki, A., Winkler, B., Irwin, C., & Schachter, J. (1989). Differences in biologic maturation, sexual behavior, and sexually transmitted disease between adolescents with and without cervical intraepithelial neoplasia. The Journal of Pediatrics. 115(3); 487-493.

Murray, M., & McMillan, C. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. British Journal of Clinical Psychology. 32(1); 87-100.

Naish, J., Brown, J., & Denton, B. (1994). Intercultural consultations investigation of factors that deter non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening. British Medical Journal. 309; 1126-1128.

Neilson, A., & Jones, K. (1998). Women's lay knowledge of cervical cancer/cervical screening: accounting for non-attendance at cervical screening clinics. Journal of Advanced Nursing. 28(3); 571-575.

Newman Giger, J., & Davidhizar, R. (1991). Soins infirmiers interculturels. Boucherville: Gaetan Morin, éditeur.

Norman, S., Talbott, E., Kuller, L., Krampe, B., & Stolley, P. (1991). Demographic, psychosocial and medical correlates of Pap testing: a literature review. American Journal of Preventive Medicine. 7(4); 219-226.

North Bay and District Health Unit (1995). Nipissing District Community Health Status Report. North Bay: North Bay and District Health Unit.

North Bay Nugget. (1999). Thousands of patients without family doctor. North Bay Nugget, Oct 8th, 1999.

North Shores District Health Council. (1999). North Shores Hospital Profile: Area Demographics. (draft).

Ontario Cervical Screening Program Division of Preventive Oncology (1999). Cervical Screening Promotion in Ontario Public Health Units. Toronto: Cancer Care Ontario.

Orbell, S. (1996). Cognition and affect after cervical screening the role of previous test outcome and personal obligation in future uptake expectations. Social Science Medicine. 43(8); 1237-1243.

Orbell, S., Crombie, I., Robertson, A., Johnston, G., & Kenicer, M. (1995). Assessing the effectiveness of a screening campaign: who is missed by 80% cervical screening coverage?. J. R. Social Medicine. 88; 389.

Parboosingh, E., Anderson, G., Clarke, E., Inhaber, S., Kaegi, E., Mills, C., Mao, Y, Root, L., Suart, G., & Stachenko, S. (1996). Cervical cancer screening: are the 1989 recommendations still valid? Canadian Medical Association Journal. 154; 1847-1853.

Paskett, E., White, E., Carter, W., & Chu, J. (1990). Improving follow-up after an abnormal Pap: a randomized controlled trial. Preventive Medicine. 19; 630-641.

Patrick, J. (1998). "Cervical screening without tears." Practice Nurse. 15(5), 253-256

Perlman, S., Kahn, J., & Emans, S. (1998). Should pelvic examinations and Papanicolaou cervical screening be part of preventive health care for sexually active adolescent girls?. Journal of Adolescent Health. 23; 62-67.

Peters, R., Bear, M., & Thomas, D. (1989). Barriers to screening for cancer of the cervix. Preventive Medicine. 18; 133-146.

Polit, D. (1996). Data Analysis & Statistics for Nursing Research. Connecticut: Appleton & Lange.

Polit, D., & Hungler, B. (1991). Nursing Research – Principles and Methods. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Powell Earle, L., & Burman, M. (1998). Benefits and barriers to well-child care: Perceptions of mothers in a rural state. Public Health Nursing. 15(3); 180-187.

Purnell, L., & Paulanka, B. (1998). Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Reutter, L., Neufeld, A., & Harrison, M. (1998). Nursing research on the health of low-income women. Public Health Nursing. 15(2); 109-122.

Roberts, C., & Burke, S. (1989). Nursing Research – A Quantitative and Qualitative Approach. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Rundall, T., & Wheeler, J. (1979). The effect of income on use of preventive care: an evaluation of alternative explanations. Journal of Health and Social Behaviour. 20; 397.

Santé Canada (1999). L'environnement socio-économique. Pour un avenir en santé. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/rapport/toward/fren/rapport.html> (pris le 9 janvier, 2000).

Schofield, M., Sanson Fisher, R., Halpin, S., & Redman, S. (1994).

Notification and follow-up of Pap test results: current practice and women's preferences. Preventive Medicine. 23; 276-283.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (1998). Conduite à tenir en cas de test de Papanicolaou anormal. Journal de la société obstétrique et gynécologique du Canada. 20: 65-73.

Sokoloski, E. (1995). Canadian First Nations women's beliefs about pregnancy and prenatal care. Canadian Journal of Nursing Research. 27(1); 89-100.

Statistics Canada (1996 (d)). Census.

<http://ww2.statcan.ca/english/profil/Details/details1pop.cfm?PSGC=35&SGC=57500&A=&LANG=E&Province=35&PlaceName=nipissing&CSDNAME=North%20Bay&CMA=575&CMANAME=North%20Bay>

Statistics Canada (1998). The Daily Statistics Canada. Jan 13, 1998.

www.statcan.ca/daily/english/980113/d980113.htm

Statistics Canada (a), 1996. Aboriginal Population by Age Groups, 1996 Census.

www.statscan.ca:80/english/pgdb/people/population/demo38b.htm

Statistics Canada (b), (1996). Population by Sex and Age Groups, Showing Total Métis Population Status for Canada, 1996.

www.statscan.ca/english/census96/jan13/abor3.htm

Statistics Canada (c), (1996). Persons Registered Under the Indian Act, Living On and Off Reserve, 1996 Census.

<http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Population/demo37.htm>

Statistics Canada. (1987). Census Canada 1986 Reference Dictionary.

Ottawa: Minister of Supply and Service.

Stevens, S., Cockburn, J., Hirst, S., & Jolley, D. (1997). An evaluation of educational outreach to general practitioners as part of a statewide cervical screening program. American Journal of Public Health. 87(7); 1177-1180.

Stewart, D. (2000). Barriers and Incentives to Screening for the Prevention of Cervix Cancer. Présentation le 25 février, 2000, conférence Strategies for the Eradication of Cervix Cancer. Toronto.

Stewart, M. (1995). Community Nursing, Promoting Canadians' Health. Toronto: W. B. Saunders Canada.

Symonds, M., (1997). Screening for cervical cancer; different problems in the developing and the developed world. European Journal of Cancer Care. 6; 275-279.

Teitelbaum, M., Weisman, C., Klassen, C., & Celentano, D. (1988). Pap testing intervals: specialty differences in physicians' recommendations in relation to women's Pap testing behaviour. Medical Care. 26; 607-618.

Twinn, S. (1997). An exploratory study examining the influence of translation ont the validity and reliability of qualitative data in nursing research. Journal of Advanced Nursing. 26; 418-423.

Walter SD; Clarke EA; Hatcher J; Stitt LW. (1988). A comparison of physician and patient reports of Pap smear histories. Journal of Clinical Epidemiology. 41 (4): 401-

Walters, C., Gallucci, B., Molbo, D., Pesznecker, B., & Holmes, T. (1980).

The association of numerous life changes with cervical dysplasia and metaplasia. Cancer Nursing. 3. 445-449.

Wardle, J., & Pope, R. (1992). The psychological costs of screening for cancer.

Journal of Psychosomatic Research. 36; 609-624.

Weintraub, N., Violi, E., & Freedman, M. (1987). Cervical cancer screening in

women aged 65 and over. Journal of the American Geriatric Society. 35; 870.

Wilcox, L., & Mosher, W. (1993). Factors associated with obtaining health

screening among women of reproductive age. Public Health Reports. 108; 76-85.

Wilson, J., & Fazey, J. (1995). Self-esteem, compliance, and cervical screening.

Psychological Reports. 77; 891-898.

Wolf, S. (1989) Guide to Clinical Preventive Services: Screening for Cervical

Cancer, (2nd ed.). Columbia-Presbyterian Medical Center

Wright, V., Riopelle, M. (1982). Age at time of first intercourse v. chronologic

age as a basis for Pap smear screening. Canadian Medical Association Journal. 15; 127

(2); 127-31

ANNEXE A

Vérification des critères d'éligibilité et questionnaire

Verification of inclusion / exclusion criteria: subject can be included if the following are answered as per guidelines.

Criteria:	Should be:
Area of residence	Nipissing
Ethnicity	Aboriginal (Inuit, Métis, Status or Non-Status Indian)
History of hysterectomy	No
Desire to participate	Yes (signed consent)

Questionnaire

Section A: Demographic data/determinants of health	
<p>1. Date of birth</p> <p>Year _____</p> <p>Month _____</p> <p>Day _____</p>	
<p>2. Marital status:</p> <p>Single</p> <p>Married / "common-law"</p> <p>Divorced/separated</p> <p>Widowed</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>
<p>3. What is your ethnic group?</p> <p>Métis</p> <p>Inuit</p> <p>Status Indian</p> <p>Non-status Indian</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>
<p>4. Where do you live?</p> <p>North Bay</p> <p>Sturgeon Falls</p> <p>Garden Village</p> <p>Dokis</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>

<p>Other (please specify),</p> <p>If you live in a rural area, specify which town or city is closest to you, and how many kilometers away it is.</p> <p>Nearest town/city _____ number of km away _____</p>	<p>5. _____</p>
<p>5. Do you live on a reserve?</p> <p>Yes _____ If yes, which one? _____</p> <p>No _____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p>
<p>6. Which is your preferred language of communication?</p> <p>English</p> <p>French</p> <p>Other (please specify) _____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>
<p>7. What is the last year of school which you have completed?</p> <p>Grade 8 or less</p> <p>Grade 10</p> <p>Secondary (High) school</p> <p>Trade school</p> <p>College</p> <p>University</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p>
<p>8. In which of the following categories is your family income</p> <p>a) 0-4999\$/ year</p> <p>b) 5000-9999/ year</p> <p>c) 10 000-14 999/ year</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>

d) 15 000-19 999/ year	4. _____
e) 20 000-24 999/ year	5. _____
f) 25 000 -29 999/ year	6. _____
g) 30 000-34 999/ year	7. _____
h) 35 000-39 000/ year	8. _____
i) 40 000 and over	9. _____
Section B: Point of service	
9. Do you have a regular (consistently the same person) health practitioner? Yes No If "no", go to question 12	1. _____ 2. _____
10. What is your regular health practitioner's profession? a) Nurse b) Nurse practitioner c) Physician d) Traditional healer e) other (specify) _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
11. What is your regular health practitioner's gender? Male Female	1. _____ 2. _____

<p>12. What is your main source of health care?</p> <p>a) Regular practitioner</p> <p>b) Friendship Centre</p> <p>c) Lawrence-Commanda Health Centre</p> <p>d) Walk-in clinic</p> <p>e) Emergency room</p> <p>f) Health Unit</p> <p>g) Other (please specify)</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p>
<p>13. When did you last consult your main source of health care?</p> <p>a) less than 12 months ago</p> <p>b) 12-23 months ago</p> <p>c) 24-35 months ago</p> <p>d) 36-47 months ago</p> <p>e) 48 months (4 years) ago or more</p> <p>Year _____</p> <p>Month _____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p>
<p>14. What was the reason for your last consultation with your main source of health care?</p> <p>_____</p>	
<p>15. Was the Pap test (for cervical screening) discussed at the last consultation?</p> <p>Yes</p>	<p>1. _____</p>

No	2. _____
<p>16. When was your last Pap test?</p> <p>f) less than 12 months ago</p> <p>g) 12-23 months ago</p> <p>h) 24-35 months ago</p> <p>i) 36-47 months ago</p> <p>j) 48 months (4 years) ago or more</p> <p>Year _____</p> <p>Month _____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p>
<p>17. How often do you have the Pap test?</p> <p>a) At least yearly</p> <p>b) Every 2 years</p> <p>c) Every 3 years</p> <p>d) Less than every 3 years</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>
<p>18. Have you every had to return for a repeat Pap in less than one year?</p> <p>a) yes</p> <p>b) no</p> <p>If yes, go to question 19, if no, go to question 20</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p>
<p>19. Why did you have to return for a repeat Pap?</p> <p>a) missed cells</p> <p>b) dysplasia/abnormal cells</p> <p>c) cancer</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>

<p>d) post-treatment for dysplasia</p> <p>e) unknown reason</p>	<p>4. _____</p> <p>5. _____</p>
<p>20. When will your next Pap test be (how many months or years)?</p> <p>_____</p>	<p>1. _____</p>
<p>21. Who did your last Pap test?</p> <p>a) regular health practitioner</p> <p>b) obstetric/gynecology specialist</p> <p>c) other (please specify) _____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>
<p>22. If your main source of health care does not do your Pap test, why not?</p> <p>_____</p>	
<p>23. What is the gender of the practitioner who usually does your Pap test?</p> <p>Male</p> <p>Female</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p>
<p>24. What is the profession of the practitioner who does your Pap test?</p> <p>f) Nurse</p> <p>g) Nurse practitioner</p> <p>h) Physician</p> <p>i) Traditional healer</p> <p>j) other (specify) _____</p>	<p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p>
<p>25. How quickly can you get an appointment to access the practitioner who does your Pap test, from the time you call to book?</p> <p>a) Same day</p>	<p>1. _____</p>

<p>b) Less than 1 week</p> <p>c) 1 - 2 weeks</p> <p>d) 3 weeks or more</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>
<p>26. How much time is allotted for a full assessment appointment with the practitioner who does your Pap test?</p> <p>a) Less than 15 minutes</p> <p>b) 15-30 minutes</p> <p>c) 31-45 minutes</p> <p>d) 46-60 minutes</p> <p>e) 61 minutes or more</p> <p>f) never had one</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p>
<p>27. Is this amount of time satisfying for you?</p> <p>Yes</p> <p>No</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p>
<p>28. What is the quality of your relationship with the practitioner who usually does your Pap test?</p> <p>a) excellent</p> <p>b) very good</p> <p>c) good</p> <p>d) average</p> <p>e) poor</p> <p>f) very poor</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p>

g) unsatisfactory	7. _____
<p>29. Which language is used in communicating with the practitioner who usually does your Pap test?</p> <p>English</p> <p>Other (please specify) _____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p>
<p>30. Approximately how many kilometers do you live from the office of the practitioner who usually does your Pap test? _____ km</p>	<p>_____ km</p>
<p>31. Which method of transportation do you use most often?</p> <p>a) Walk</p> <p>b) Personal or family car (owner lives at same address)</p> <p>c) Other's car (owner lives at different address)</p> <p>d) Bus</p> <p>e) Taxi</p> <p>f) Other (please specify) _____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p>
<p>32. Which of the following are important in your choice of person who will perform your Pap test (check all that apply)?</p> <p>a) gender</p> <p>b) age</p> <p>c) type of professional</p> <p>d) location (proximity to home)</p> <p>e) physical access</p> <p>f) office hours</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p>

<p>g) length of time between booking and appointment</p> <p>h) regular (usual) health practitioner</p> <p>i) agency at which care is offered</p> <p>j) other (please specify) _____</p>	<p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p>
<p>33. Which of the above are the 3 most important variables?</p> <p>_____</p>	
<p>34. Why?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>35. How important is the Pap test for you?</p> <p>a) not at all</p> <p>b) somewhat (a little)</p> <p>c) moderately</p> <p>d) fairly</p> <p>e) very</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p>
<p>36. What recommendations does the person who usually does your Pap tests with regards to its importance?</p> <p>a) Not important</p> <p>b) Somewhat important</p> <p>c) Moderately important</p> <p>d) Fairly important</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>

<p>e) Very important</p> <p>f) No recommendations</p> <p>g) Cannot recall</p>	<p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p>
<p>37. How often does your main health practitioner recommend you have a Pap test?</p> <p>a) yearly</p> <p>b) every 2 years</p> <p>c) every 3 years</p> <p>d) more than 3 apart</p> <p>e) no recommendations</p> <p>f) cannot recall</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p>
<p>38. What motivates you to have a Pap test?</p> <p>_____</p>	
<p>39. What would motivate you to have a Pap test?</p> <p>_____</p>	
<p>40. What are the barriers which keep you from having a Pap test?</p> <p>_____</p>	
<p>Section 3: Health history</p>	
<p>41. What is the date of the end of your last pregnancy?</p> <p>a) less than 12 months ago</p> <p>b) 12-23 months ago</p> <p>c) 24-35 months ago</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>

<p>d) 36-47 months ago</p> <p>e) 48 months (4 years) ago or more</p> <p>Year _____</p> <p>Month _____</p>	<p>4. _____</p> <p>5. _____</p>
<p>42. Did you have any health care in the community (outside hospital) during your last pregnancy?</p> <p>Yes</p> <p>No</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p>
<p>43. Have you ever had any gynecological (reproductive system) problems for which you have seen a health practitioner?</p> <p>Yes</p> <p>No</p> <p>If no, end questionnaire here</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p>
<p>44. If yes, when did you consult the health practitioner?</p> <p>a) less than 12 months ago</p> <p>b) 12-23 months ago</p> <p>c) 24-35 months ago</p> <p>d) 36-47 months ago</p> <p>e) 48 months (4 years) ago or more</p> <p>Year _____</p> <p>Month _____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p>
<p>45. Who did you consult?</p>	

a) regular health practitioner	1. _____
b) health practitioner who usually does the Pap (if different than regular health practitioner)	2. _____
c) obstetrical/gynecology specialist	3. _____
d) other (please specify)	4. _____
46. Was the Pap discussed at this visit?	
Yes	1. _____
No	2. _____
47. Was the Pap done at this visit?	
Yes	1. _____
No	2. _____

ANNEXE B

Contrat pour assistantes

**Contract Between Researcher and Research Assistant
Relationship Between Point of Service, Determinants of Health
and Utilization of the Papanicolaou test by Aboriginal Women.**

I, _____ (research assistant's name), agree to assist Sue LeBeau, researcher and University of Ottawa master's in nursing student in the research project titled Relationship Between Point of Service, Determinants of Health and Utilization of the Papanicolaou test by Aboriginal Women. I agree to the following:

- Participate in a 1 hour education session
- Assist in recruitment of subjects (distribution of flyers, word of mouth recruiting, participation in community activities)
- Select subjects according to required age groups
- Complete consent form with subjects
- Verify eligibility criteria and select subjects according to these criteria
- Thank ineligible subjects for their time and explain sensitively why they are ineligible
- Interview research subjects by telephone or in person
- Code the questionnaires as required by researcher
- Be sensitive to subjects' concerns and answer subjects' questions honestly
- Maintain strict confidentiality pertaining to all aspects of subject information
- Keep questionnaires and consent forms under lock and key
- Communicate all questions and concerns to researcher as soon as possible
- Not deviate from research protocol (as this will make questionnaire void, unusable)
- Communicate weekly by telephone with the researcher to provide an update

I understand that I will receive \$20 payment per correctly completed questionnaire, payable at the end of my contract. I will direct any questions which I can not answer to the researcher, Sue LeBeau, at 475-1001 or at 497-3856 as soon as these questions arise. I understand that the researcher will value my input and will address my concerns without undue delay.

_____ (research assistant) _____ (date)

_____ (researcher) _____ (date)

ANNEXE C

Formulaire de recrutement

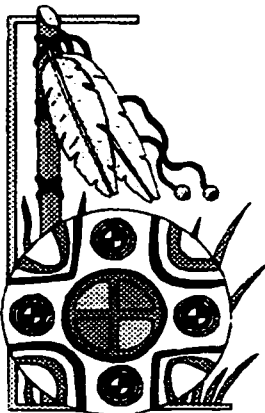
Announcement

If you are an aboriginal woman living in the Nipissing area, and have not had a hysterectomy, Sue LeBeau, student at the University of Ottawa, seeks your help in a research project on Pap testing and factors which affect it's use.

If you decide to participate, you will spend approximately 20 answering a verbal questionnaire, either by telephone or face-to-face.

Your participation will cause you no foreseeable risks, and could benefit health planners and aboriginal women in your region and province. All information will be secured to ensure your confidentiality. Your name will not be shared and will not be included in the research report or in related publications.

You may contact the researcher at 497-3856 or a research team member at the Indian Friendship Centre, 472-2811 (please leave a message with only your first name and telephone number).



ANNEXE D

Formulaire de consentement

Title of study: RELATIONSHIP BETWEEN POINT OF SERVICE, DETERMINANTS OF HEALTH AND UTILIZATION OF THE PAPANICOLAOU TEST IN ABORIGINAL WOMEN

Researcher: Sue LeBeau

Sue LeBeau is a master's student in the primary care nursing program at the University of Ottawa. She is studying the relationship between point of service, determinants of health, and utilization of the Papanicolaou test in Nipissing aboriginal women. The research plan has been approved by faculty members of the School of graduate studies at the University of Ottawa, and findings will be shared with this body.

Your participation is voluntary, and not mandatory. It will require approximately 20 minutes, during which you will answer a verbal questionnaire.

Your participation will cause you no foreseeable risk, and could benefit health planners and aboriginal women in your region and province. All information will be coded and kept locked to ensure your confidentiality. Your name will not be shared and will not be included in the research report or in related publications. You may opt out of the study at any time until data analysis in October 2000.

You may contact the researcher at 497-3856 if you have any questions (leave a message with only your first name and telephone number).

I agree to participate in this study, and I understand the explanations offered on this consent form.

_____ (your name) _____ (date)

_____ (witness) _____ (date)



Université d'Ottawa · University of Ottawa

Cabinet du vice-recteur
à la recherche

Office of the Vice-Rector,
Research

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTÉ ET SCIENCE

ATTESTATION D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE

La présente attestation certifie que le Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences de l'Université d'Ottawa a examiné la demande d'approbation déontologique présentée par Suzanne LeBeau pour le projet de recherche Relation entre le point de service, les déterminants de la santé et l'utilisation du test Papanicolaou auprès des femmes autochtones (Dossier H06-00-03). Le Comité d'éthique a déterminé que la demande respectait les principes déontologiques établis par l'Énoncé de politique des trois conseils et par les règles de procédure des Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa. Le Comité d'éthique a donc accordé une catégorie Ia (Approbation) au projet. La présente attestation est valide un an à partir de la date indiquée ci-dessous.

Lise Frigault
Responsable de la déontologie en recherche
pour la présidente du CÉR en sciences sociales et humanité
Valerie Whiffen

Le 3 août 2000
Date

DOSSIER: H06-00-03

550, rue Cumberland C.P. 450, Succ. A
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland St., P.O. Box 450, Stn. A
Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

(613) 562-5270 · Téléc./Fax (613) 562-5271

ANNEXE F

Tableau des relations non significatives

Variables	Chi carré (degrés de liberté)	p=
Discussion du Pap au dernier contact et fréquence du Pap	1.35 (1)	.246
Discussion du Pap au dernier contact et moment du dernier Pap	2.81 (1)	.094
Discussion du Pap au dernier contact et date du prochain Pap	0.07 (1)	.788
Discussion du Pap au dernier contact et scolarité	0.53 (2)	.769
Discussion du Pap et ethnie	0.46 (1)	.500
Discussion du Pap et praticien régulier	0.99 (1)	.319
Praticien régulier et date du prochain Pap	0.00 (1)	1.00
Type de praticien régulier et fréquence du Pap	0.51 (1)	.476
Type de praticien régulier et moment du dernier Pap	3.31 (1)	.069
Type de praticien régulier et date du prochain Pap	0.10 (1)	.749
Type de praticien qui fait le Pap et fréquence du Pap	0.37 (1)	.541
Sexe du praticien régulier et fréquence du pap	0.35 (1)	.554
Sexe du praticien régulier et moment du dernier Pap	0.12 (1)	.747
Sexe du praticien régulier et date du prochain Pap	0.32 (1)	.570
Variables	Chi carré (degrés de	p=

	liberté)		
Moment du dernier contact et fréquence du Pap	9.96	(1)	.328
Moment du dernier contact et moment du dernier Pap	1.21	(1)	.272
Moment du dernier contact et date du prochain Pap	0.21	(1)	.649
Raison du dernier contact et date du prochain Pap	0.07	(1)	.797
Grossesses sans soins prénataux et fréquence du Pap	3.32	(1)	.068
Grossesses sans soins prénataux et moment du dernier Pap	0.33	(1)	.565
Grossesses sans soins prénataux et date du prochain Pap	0.64	(1)	.422
Recommandations du praticien et moment du dernier Pap	0.61	(1)	.434
Recommandations du praticien et date du prochain Pap	1.81	(1)	.178
Appui social et fréquence du Pap	1.81	(1)	.179
Appui social et moment du dernier Pap	0.96	(1)	.326
Appui social et date du prochain Pap	0.43	(1)	.511
Perception de l'importance que le praticien accorde au Pap et fréquence du Pap	2.67	(2)	.262
Perception de l'importance que le praticien accorde au Pap et date du prochain Pap	0.43	(2)	.807
Qualité de la relation entre le sujet et le praticien qui effectue le Pap et fréquence du Pap	0.43	(2)	.808
Variables	Chi carré		p=
	(degrés de		

	liberté)		
Qualité de la relation entre le sujet et le praticien qui effectue le Pap et moment du dernier Pap	3.56	(2)	.168
Qualité de la relation entre le sujet et le praticien qui effectue le Pap et date du prochain Pap	1.38	(2)	.503
Sexe du praticien qui fait le Pap et moment du dernier Pap	0.00	(1)	.992
Sexe du praticien qui fait le Pap et date du prochain Pap	1.76	(1)	.184
Inconfort et fréquence d'utilisation du Pap	0.01	(1)	.957
Inconfort et moment du dernier Pap	0.02	(1)	.890
Inconfort et date du prochain Pap	0.47	(1)	.494
Inconfort et revenu	5.01	(5)	.414
Contraintes de temps et fréquence du Pap	0.040	(1)	.841
Contraintes de temps et moment du dernier Pap	0.21	(1)	.648
Contraintes de temps et date du dernier Pap	0.80	(1)	.370
Peur des résultats ou manque de confiance en ceux-ci et fréquence du Pap	0.31	(1)	.575
Peur des résultats ou manque de confiance en ceux-ci et moment du dernier Pap	2.02	(1)	.155
Variables	Chi carré		p=
	(degrés de		

	liberté)		
Peur des résultats ou manque de confiance en ceux-ci et date du prochain Pap	3.68	(1)	.055
Praticien régulier et résidence	1.70	(1)	.193
Date de dernière grossesse et moment du dernier Pap	2.61	(1)	.106
Date de dernière grossesse et date du prochain Pap	0.41	(1)	.521
Importance du Pap pour le sujet et date du prochain Pap	2.97	(2)	.227
Age et résidence	0.67	(2)	.715
Age et ethnie	3.78	(2)	.151
Age et scolarité	7.36	(4)	.118
Age et revenu	11.75	(10)	.302
Résidence et scolarité	1.23	(2)	.540
Résidence et revenu	3.64	(5)	.602
Age et fréquence du Pap	2.16	(2)	.339
Age et moment du dernier Pap	1.25	(2)	.535
Age et date du prochain Pap	1.23	(2)	.540
Résidence et fréquence du Pap	0.00	(1)	.944
Résidence et moment du dernier Pap	0.32	(1)	.570
Résidence et date du prochain Pap	1.08	(1)	.300
Variables	Chi carré		p=
	(degrés de		

	liberté)		
État civil et fréquence du Pap	1.56	(2)	.459
État civil et moment du dernier Pap	1.78	(2)	.410
État civil et date du prochain Pap	1.31	(2)	.518
Ethnie et date du prochain Pap	0.00	(1)	1.00
Ethnie et retour pour Pap à cause de problèmes	0.60	(1)	.440
Ethnie et scolarité	1.10	(2)	.577
Scolarité et fréquence du Pap	0.02	(2)	.992
Scolarité et moment du prochain Pap	4.51	(2)	.105
Scolarité et date du prochain Pap	0.06	(2)	.973
Revenu et fréquence du Pap	6.02	(5)	.304
Revenu et moment du prochain Pap	2.68	(5)	.750
Revenu et date du prochain Pap	4.39	(4)	.356