

## ORDONNANCE COLLECTIVE

### INITIER DES TESTS DIAGNOSTIQUES POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

---

**Date d'entrée en vigueur** 2021-12-03

**Incluant un protocole** Oui  Non

**Adopté par** La direction des soins infirmiers

**Date de révision** [Choisissez la date](#)

**Date de fin de la période de validité** 2025-12-03

---

#### 1. Objet

##### 1.1 Description

- Initier chez les femmes de 21 à 65 ans le dépistage du cancer du col de l'utérus;
- Assurer le suivi des résultats de la cytologie cervicale et, s'il y a lieu, procéder à des examens complémentaires.

##### 1.2 But

- Améliorer l'accessibilité et favoriser la prise en charge de la clientèle nécessitant un dépistage du cancer du col de l'utérus.

#### 2. Professionnels habilités

- Infirmiers et infirmières du CIUSSS de l'Estrie – CHUS œuvrant dans les secteurs d'activités visés et possédant la formation, les connaissances et les compétences requises à l'application de la présente ordonnance collective.

#### 3. Activités réservées

##### 3.1 Professionnel visé par l'ordonnance collective

- Infirmières
  - Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
  - Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
  - Appliquer des techniques invasives;

→ Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.

#### **4. Secteurs d'activités visés**

- GMF, GMF-R et GMF-U de l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- GACO de l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

#### **5. Médecin répondant**

- Pour la clientèle des GMF, GMF-R et GMF-U: le médecin traitant de la personne ou l'IPS associée ou leurs remplaçants désignés;
- Pour la clientèle bénéficiant du suivi de prévention clinique du GACO : le médecin ou l'IPS pivot désignés localement pour le GACO ou leurs remplaçants désignés.

#### **6. Indications et conditions d'initiation**

##### **6.1 Groupes de personnes visées**

- Dépistage tous les 2-3 ans pour :
  - Femme âgée entre 21 à 65 ans sexuellement active ou qui l'a été par le passé.

##### **6.2 Conditions à l'application de l'ordonnance**

- L'infirmière doit participer à une activité de formation suivie d'une supervision visant le développement de ses compétences.

#### **7. Contre-indications et limites**

- Contre-indication
  - Saignements abondants empêchant la visualisation du col
  - Signes et symptômes de cervicite active (sécrétions purulentes dans l'endocol)
  - Signes et symptômes d'infection pelvienne (Fièvre, douleur abdomino-pelvienne, pertes vaginales anormales, etc.)
  - Femmes enceintes;
  - Hystérectomie totale ou subtotale
    - Valider la conduite avec le professionnel répondant
- Limites
  - Les femmes immunosupprimées : Valider la fréquence des cytologies subséquentes avec le professionnel répondant à la suite du premier résultat.

#### **8. Procédure**

##### **8.1 Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;**

- Évaluer la condition physique et mentale de la personne;
- Identifier les indications/contre-indications de procéder à la cytologie. En présence de contre-indication, se référer au professionnel répondant;

- Déterminer si d'autres interventions préventives ou de dépistage en matière de santé sexuelle doivent être réalisées.

## 8.2 Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;

- Obtenir un consentement libre et éclairé;
- Émettre les constats cliniques selon l'évaluation;
- Donner l'enseignement sur la cytologie cervicale et évaluer le niveau de compréhension.

## 8.3 Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance

- Procéder à l'insertion d'un spéculum pour l'examen visuel du col de l'utérus selon la méthode de soins en vigueur;
- Procéder au prélèvement cervico-utérin selon la méthode de soins en vigueur;
- Procéder au prélèvement pour la détection du virus du papillome humain à haut risque (VPH-HR), si requis, selon la procédure en vigueur dans votre établissement.

### IMPORTANT

Tout signe de rougeur, d'inflammation, de lésion, de saignement, de douleur ou d'écoulement anormal doivent faire l'objet d'une investigation médicale plus poussée.

- Prescrire l'analyse cytologique
  - Prescrire l'analyse sur une requête : *ordonnance - Analyse cytologique* (disponible sur Santé Estrie > Professionnels > Ressources pour les professionnels > Laboratoires > Requêtes)

## 8.4 Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes

- Effectuer le suivi des résultats :
  - Résultat normal : Répéter le test tous les 2-3 ans;
  - Résultat anormal : suivre l'algorithme présenté à l'Annexe A « *Indications de dépistage et de tri des résultats équivoques (ASC-US)* »;
  - Lorsque le résultat indique que le spécimen est inadéquat, offrir à la personne de reprendre le prélèvement
    - Lui expliquer les risques et complications possibles;
    - Noter au dossier le refus.

- Pour les références en colposcopie :

Le médecin répondant prendra en charge la référence et le suivi.

### Gestion des résultats anormaux

ACRONYME	DÉFINITIONS	ORIENTATIONS/SUIVIS
ASC-US	Altération des cellules pavimenteuses de signification indéterminée	<p>≤ 30 ans : Cytologie dans 6 et 12 mois Si 2e résultat anormal : → Référer en colposcopie</p> <p>≥ 30 ans : VPH HR Si test VPH HR est positif → Référer en colposcopie Si test VPH HR est négatif → Cytologie dans 1 an</p>
LSIL ou CIN I	Lésion intra épithéliales pavimenteuse de faible degré (bas grade)	Référer au médecin répondant qui lui, fera la référence en

HSIL ou CIN II ou CIN III	Lésion intra épithéliales pavimenteuse de degré élevé	colposcopie et le suivi
AGC-NOS ou AGC-US	Altération des cellules glandulaires de signification indéterminée	
ASC-H	Altération des cellules pavimenteuses, lésions de degré élevé (haut grade) non exclues	
CIS	Carcinome <i>in situ</i>	

(INSPQ, 2011)

**IMPORTANT**

En contexte de résultat anormal, vous devez acheminer (selon les modalités de transmission en place) le résultat au professionnel répondant dans un délai raisonnable de moins d'un mois et, au besoin, référer le client à une clinique sans rendez-vous (selon les modalités en place).

**8.5 Information au dossier clinique de l'utilisateur**

- Indiquer au dossier les informations pertinentes :
  - Les éléments devant être notés au dossier sont précisés dans la collecte de données (annexe B);
- En cas de besoin, communiquer avec le médecin répondant selon les bonnes pratiques de transfert d'information.

**9. Sources**

- Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. (2021). Cancer du col de l'utérus. Repéré à : <https://www.gynecoquebec.com/sante-femme/cancers-gynecologiques/33-cancer-du-col-de-l-uterus.html>
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS). (2011). Méthodes de soins informatisées (MSI). Cytologie cervicale
- Collègue des médecins du Québec. (2021). Fiche de prévention clinique. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-05-29-fr-fiche-de-prevention-clinique-adultes.pdf>
- Gouvernement du Québec (2015). Guide priorité santé Les infirmières et le bilan de santé chez l'adulte
- Gouvernement du Québec (2019). Cancer du col de l'utérus, Gouvernement du Québec. Repéré le 2019-02-04 à : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/cancer/cancer-du-col-de-luterus/>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2011). Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec.
- OC CISSS du Nord de l'Île de Montréal (2019). Initier le prélèvement cytologique cervical (test Pap) et le prélèvement pour le dépistage du virus du papillome humain (VPH)
- OC de La Pommeraie (AMB 13) (2015). Effectuer un prélèvement de cellules au niveau du col et de l'endocol de l'utérus »;
- OC du Haut-Saint-François (DSI OC 38) (2014). Initier les tests diagnostiques pour le dépistage du cancer du col de l'utérus pour la clientèle en attente d'un médecin de famille »;
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). Le champ d'exercice et les activités réservées à la profession infirmière. Repéré à : <https://www.oiiq.org/pratiqueprofessionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). (2016). Prise en charge colposcopique des résultats cytologiques et histologiques anormaux en ce qui concerne le col utérin. Repéré à : [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)39654-2/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)39654-2/pdf)

**10. Processus d'élaboration****10.1 Rédaction**

Nom : Gagné

Prénom : Johanie

, Assistante au supérieur  
immédiat (ASI), DSP

Date : 2021-10-08

**10.2 Consultation/collaboration**

Nom :	Dre Gosselin	Prénom :	Suzanne	, Médecin	Date :	2021-10-08
Nom :	Champagne	Prénom :	Edith	, Coordonnatrice des GMF et du DRMG	Date :	
Nom :	Fortin	Prénom :	Nadia	, Infirmière clinicienne	Date :	2021-10-08

**10.3 Validation**

Nom :	Dre Desforges	Prénom :	Johanne	, Médecin	Date :	2021-10-08
Nom :	Gaudreau	Prénom :	Sylvie	, Conseillère cadre clinicienne, soutien et encadrement clinique	Date :	2021-10-08

**10.4 Approbation**

- Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
- Comité des documents d'encadrement clinique et des formulaires

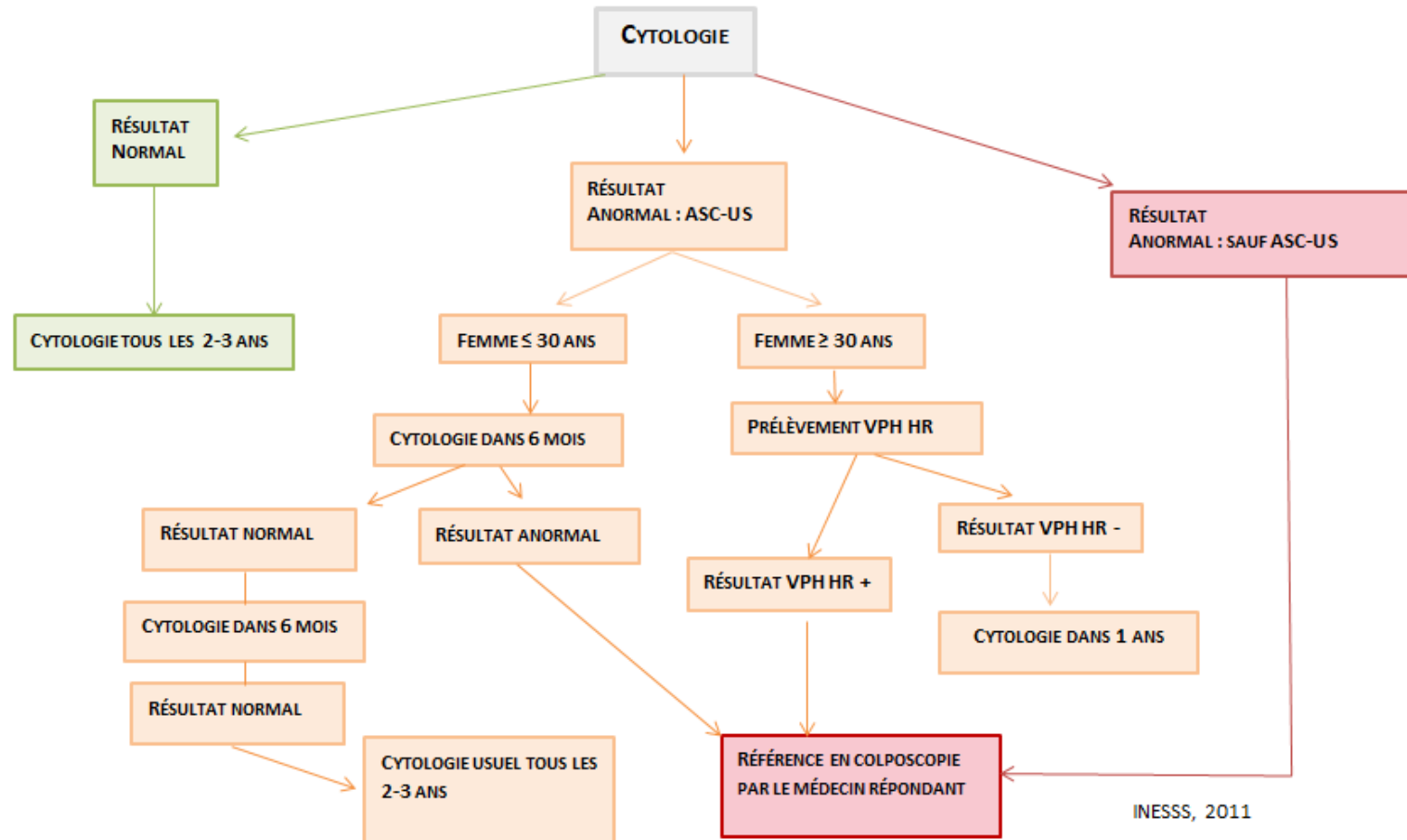
**11. Processus d'adoption**

Nom, prénom :	Bourgault, Patricia	Signature :	Document original signé	, Directrice des soins infirmiers	Date :	2021-12-03
---------------	---------------------	-------------	-------------------------	-----------------------------------	--------	------------

**12. Historique des révisions**

Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	

Annexe A - Algorithme indication de dépistage et de tri des résultats équivoques (ASC-US)



INESSS, 2011

## Annexe B - Collecte de données

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie - Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke

Québec

Code à barres

INSTALLATION : \_\_\_\_\_

ÉVALUATION INFIRMIÈRE  
DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

DATE | Année | Mois | Jour

DONNÉES GÉNÉRALES	
Âge : _____	<input type="checkbox"/> Allergie(s) : _____ <input type="checkbox"/> Date dernière cytologie : _____ <small>AAAA-MM-JJ</small>
PRÉOCCUPATIONS, INQUIÉTUDES ET QUESTIONNEMENTS : _____	
RAISON DE LA CONSULTATION :	
<input type="checkbox"/> Évaluation initiale <input type="checkbox"/> Suivi 2-3 ans <input type="checkbox"/> Cytologie de contrôle (ASC-US) <input type="checkbox"/> Autre : _____	
HISTOIRE OBSTÉTRICALE ET CYCLE MENSTRUEL	
Grossesse antérieure : G T P A V	
<input type="checkbox"/> Date des dernières menstruations (DDM) : _____ <small>AAAA-MM-JJ</small>	
Cycle menstruel : <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/> Nombre de jours : _____	
<input type="checkbox"/> Aménorrhée : _____	
<input type="checkbox"/> Ménopause : Nombre d'années : _____ <input type="checkbox"/> Hormonothérapie de remplacement : _____	
SEXUALITÉ ET CONTRACEPTION	
Sexuellement active : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nombre de partenaires dans la dernière année : _____	
Utilisation du condom : <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Jamais	
Antécédents d'ITSS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____ Date dernier dépistage ITSS : _____ <small>AAAA-MM-JJ</small>	
Date dernière relation sexuelle non protégée : _____ <small>AAAA-MM-JJ</small>	
Facteurs de risque d'ITSS identifiés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lesquels : _____	
Immunisation VPH : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nombre de doses reçues : _____	
<input type="checkbox"/> Méthode contraceptive : _____ <input type="checkbox"/> Effets secondaires : _____	
<input type="checkbox"/> Prise adéquate <input type="checkbox"/> Gestion des oublis : _____	
Grossesse prévue : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	
ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES	
<input type="checkbox"/> Antécédents personnels :	
Résultats antérieurs de cytologie anormale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	
Traitement antérieur au niveau du col de l'utérus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	
<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux : _____	

# CIUSSSE (sera fourni par le comité)

No produit  
2021-xx

ÉVALUATION INFIRMIÈRE  
DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Page 1 de 2  
DOSSIER DE L'USAGER

Nom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ N° dossier : \_\_\_\_\_

<b>HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE*</b>		
<input type="checkbox"/> Dysménorrhée	<input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexplicable	<input type="checkbox"/> Écoulement vaginal anormal
<input type="checkbox"/> Dyspareunie	<input type="checkbox"/> Modification de l'élimination urinaire	<input type="checkbox"/> Douleur abdominale basse
		<input type="checkbox"/> Dysurie
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
<small>*Si présence de symptômes, une évaluation clinique complète doit être documentée dans les notes au dossier</small>		
<b>CONTRE-INDICATION ET LIMITES À LA CYTOLOGIE</b>		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précision : _____		
<b>EXAMEN PHYSIQUE *</b>		
Déroulement de l'examen : <input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Avec particularité(s) : _____		
> Inspection des organes génitaux externes: <input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Érythème <input type="checkbox"/> Lésion/ulcération <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
> Inspection du vagin : <input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Pertes vaginales anormales <input type="checkbox"/> Atrophie <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
> Inspection du col : <input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Friable <input type="checkbox"/> Polype cervical <input type="checkbox"/> Kyste de Naboth <input type="checkbox"/> Ectropions <input type="checkbox"/> Prolapsus utérin <input type="checkbox"/> Sténose du col <input type="checkbox"/> Lésions a/n du col <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
Si stérilet, visualisation des fils : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
> Examen bimanuel (si requis) : <input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Avec particularité(s) : _____		
<small>*Si présence d'anomalies, une évaluation clinique complète doit être documentée dans les notes au dossier</small>		
<b>CONSTATS</b>		
<input type="checkbox"/> Risque ITSS	<input type="checkbox"/> Risque de grossesse	<input type="checkbox"/> Suspicion d'infection urinaire
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		<input type="checkbox"/> Risque d'infection vaginale
<b>INTERVENTIONS</b>		
<input type="checkbox"/> Cytologie cervicale	<input type="checkbox"/> Détection du virus du papillome humain à haut risque (VPH-HR)	
<input type="checkbox"/> Dépistage Chlamydia/Gonorrhée, site : _____	<input type="checkbox"/> Culture vaginale	
<input type="checkbox"/> Usagère référée au médecin répondant, raison(s) : _____	<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	
<b>ENSEIGNEMENT</b>		
<input type="checkbox"/> Contraception orale d'urgence	<input type="checkbox"/> Contraception (méthodes, observance, etc.)	<input type="checkbox"/> Fréquence suggérée des cytologies
<input type="checkbox"/> Habitudes de vie	<input type="checkbox"/> ITSS	
<b>NOTES COMPLÉMENTAIRES (S'il y a lieu)</b>		
_____	_____	_____
Nom de l'infirmière	Signature	Date