

Recommandations pour des soins préventifs pour promouvoir l'équité en matière de santé

Nav Persaud MD MSc*, Areesha Sabir BSc, Hannah Woods MSc, Ambreen Sayani MD PhD, Arnav Agarwal MD, Muna Chowdhury MD, Kathleen de Leon-Demare RN MN, Somtochukwu Ibezi MD, Saadia Hameed Jan MD MClSc, Alan Katz MBChB MSc, Frantz-Daniel LaFortune MD MSc, Melanie Lewis, Trudy McFarlane MD, Anjali Oberai MD, Yinka Oladele MA MEd, Onyema Onyekwelu MDCM, Lisa Peters RN, Patrick Wong MD, Aisha Lofters MD PhD*; pour *l'Equitable Preventive Praxis Initiative in Canada* (Initiative pour une médecine préventive équitable au Canada)

■ Citation : *CMAJ* 2023 September 25;195:E1250-73. doi : 10.1503/cmaj.230237-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230237

Résumé

Contexte : Malgré des investissements importants dans un système de soins de santé public qui comprend des services préventifs, on continue d'observer des disparités évitables en matière de santé au Canada. L'équipe avait pour objectif de formuler des recommandations pour des soins de santé préventifs qui puissent améliorer l'équité en matière de santé par la priorisation des interventions efficaces à l'intention des groupes défavorisés.

Méthodes : La ligne directrice a été élaborée par un comité composé de spécialistes en soins primaires et de membres de la patientèle, avec la contribution d'un groupe de patientes- et patients-partenaires ayant vécu diverses expériences. Après avoir sélectionné les sujets à prioriser, nous avons recensé les revues systématiques, les essais randomisés et contrôlés récents sur les méthodes de dépistage et d'autres études pertinentes sur l'efficacité du dépistage et de la prise en charge. Nous avons utilisé l'approche GRADE (Grading of Recommendations,

Assessment, Development and Evaluation) pour formuler les recommandations et avons suivi le guide AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) pour rédiger le rapport. Il en a été de même avec les principes du Guidelines International Network pour la gestion des intérêts concurrents. Les recommandations ont été passées en revue par un comité externe d'experts en contenu avant d'être distribuées à des intervenants à l'échelle nationale pour approbation.

Recommandations : Nous avons formulé 15 recommandations concernant le dépistage et d'autres soins préventifs et 1 recommandation de nature politique visant à améliorer l'accès aux soins primaires. Ainsi, nous recommandons de prioriser une stratégie de communication pour le dépistage du cancer colorectal à partir de l'âge de 45 ans et pour l'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire pour lutter contre les iniquités en matière de santé et promouvoir la santé. Les interventions par-

ticulières qui devraient être déployées pour lutter contre les iniquités comprennent l'autodépistage du virus du papillome humain (VPH) et du VIH, et le test de libération de l'interféron γ pour l'infection tuberculeuse. Le dépistage de la dépression, de la toxicomanie, de la violence conjugale et de la pauvreté devrait également permettre aux personnes touchées d'accéder plus facilement à des interventions éprouvées. Nous recommandons une prise de contact systématique avec des professionnels de la santé en soins primaires pour les personnes défavorisées.

Interprétation : Les interventions préventives éprouvées peuvent aider à combattre les iniquités en matière de santé si la priorité est accordée aux personnes défavorisées. Les médecins, les organisations de santé et les gouvernements devraient adopter des mesures fondées sur des données probantes et en faire le suivi s'ils veulent promouvoir l'équité en matière de santé partout au Canada.

Les disparités ou iniquités évitables en matière de santé peuvent en partie être combattues par des soins de santé primaires et préventifs^{1,2}. Le fait d'être défavorisé n'est pas une caractéristique inhérente — l'histoire du Canada a été et continue d'être

marquée par l'exploitation et l'oppression³⁻⁷. Le génocide des peuples autochtones, le racisme anti-Noirs, la traque des homosexuels, la violation des droits des travailleurs, le capacitisme et le racisme environnemental se répercutent tous sur la santé

aujourd'hui³⁻⁸. Les iniquités en matière de santé sont une réalité pour beaucoup de groupes au Canada, tels que les personnes autochtones, les personnes racialisées, les personnes de la communauté 2ELGBTQI+ (bispirituelles, gaies, lesbiennes, transgenres, queers ou en questionnement et intersexuelles), les personnes ayant des limitations fonctionnelles et les personnes à faible revenu⁸.

Les soins de santé préventifs, comme le dépistage de certains cancers⁹, permettent de sauver des vies⁹ mais, pour diverses raisons, leur accès est à géométrie variable : difficulté d'obtenir une consultation en soins primaires ou de respecter les rendez-vous, méfiance à l'endroit de « l'establishment » médical et pratiques discriminatoires dans les centres de soins¹⁰⁻¹². La stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale, à la toxicomanie, au VIH et à d'autres maladies infectieuses nuit aux soins, surtout chez les personnes défavorisées¹³⁻¹⁸. Les soins de santé préventifs sont difficilement accessibles aux personnes qui vivent en milieu rural ou éloigné au Canada, notamment en raison du temps nécessaire aux déplacements vers les cliniques et le manque de distance sociale des fournisseurs de soins¹⁹.

La « loi inverse des soins », en vertu de laquelle les personnes les plus susceptibles de bénéficier des soins ont le moins de chances d'y accéder, s'appliquerait aux soins préventifs, particulièrement depuis la fin de la pandémie de COVID-19²⁶. Il faudra plusieurs années pour rattraper les retards causés par la pandémie et les professionnels en soins primaires devront y consacrer beaucoup de temps et d'énergie, ce qui risque d'aggraver encore les iniquités²⁷⁻³¹.

Prioriser l'équité en matière de santé permettrait d'utiliser plus judicieusement ces précieuses ressources, et le choix des interventions sur la base de leur efficacité allégerait le fardeau imposé aux médecins déjà surchargés. Par exemple, au Canada, on n'utilise pas à grande échelle certaines approches préventives, comme l'autodépistage du VPH ou le dépistage de l'infection tuberculeuse par des analyses sanguines, qui pourraient alléger le fardeau des fournisseurs de soins primaires.

La reprise des activités en période postpandémique est une occasion d'apporter des changements, d'orienter les soins de santé vers la promotion de l'équité et d'éviter les iniquités décriées durant la pandémie³². Les principales orientations concernant les soins préventifs n'ont pas mis l'accent sur la promotion de l'équité en matière de santé, mais les comités de rédaction reconnaissent l'importance de lutter contre les iniquités^{33,34}.

Dans le domaine des soins de santé préventifs, il nous semble opportun de formuler des recommandations susceptibles de corriger les iniquités, avec la collaboration de la patientèle et des personnes défavorisées. Les services de soins préventifs peuvent être orientés de manière à contrer plutôt qu'à amplifier les iniquités systémiques^{35,36}. Le présent document d'orientation sur les soins de santé préventifs se veut un complément aux recommandations stratégiques en amont qui visent à promouvoir l'équité en matière de santé par des interventions axées sur le revenu, l'hébergement, l'accès aux aliments et d'autres facteurs³⁷.

Champ d'application

Nous recommandons d'offrir des soins de santé préventifs pour promouvoir l'équité en matière de santé au Canada. Nous mentionnons certains groupes précis touchés par les disparités en matière de santé et nous reconnaissons que les iniquités se manifestent différemment selon le contexte. Le document d'orientation axé sur l'équité concernant certains groupes défavorisés se veut aussi un complément à d'autres recommandations sur les soins de santé préventifs à l'intention du grand public qui ne précisent pas quels types d'interventions s'adressent aux personnes défavorisées. Bien que ces dernières soient au cœur des préoccupations, certaines des recommandations pourraient tout aussi bien s'appliquer à la population générale. Étant donné que nous insistons sur la promotion de l'équité, les recommandations ne se limitent pas à certaines maladies ou à certains facteurs de risque.

Ces recommandations sont formulées principalement à l'intention des professionnels de la santé en soins primaires, mais elles comprennent aussi des conseils sur le dépistage en milieu communautaire ainsi que des changements de politiques à mettre en place pour que tout résultat de dépistage positif aboutisse à une prise en charge appropriée en soins primaires.

Recommandations

Nous formulons 15 recommandations en matière de soins préventifs qui visent à promouvoir l'équité, fondées sur les conclusions de revues systématiques d'essais cliniques dans lesquels le dépistage a été comparé aux soins usuels, ainsi que sur les résultats d'autres types d'études, notamment celles portant sur la fiabilité des tests diagnostiques et l'efficacité des traitements. Une recommandation de nature politique a aussi été formulée sur l'accès aux soins pour les personnes défavorisées.

Encadré 1 : Classification des recommandations

Nous avons utilisé l'approche GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) pour formuler nos recommandations³⁸.

- Les recommandations fortes, indiquées par « nous recommandons... », signifient que les avantages surpassent nettement les préjudices. Dans certains cas, nous avons formulé des recommandations fortes, sans qu'il y ait eu d'essais cliniques de dépistage comparativement aux soins usuels, parce que nous étions sûrs, compte tenu de la fiabilité des tests de dépistage et des effets des interventions, que les bienfaits du dépistage surpassaient les préjudices, quels qu'ils soient.
- Les recommandations faibles (aussi appelées recommandations conditionnelles), indiquées par « nous suggérons... », signifient que les avantages surpassent les effets négatifs, selon les renseignements disponibles.
- La force des recommandations n'est pas un critère de l'importance du problème.
- Les énoncés quant à la qualité des données concernant les effets estimés (grande qualité, qualité moyenne, faible ou très faible) font référence à notre évaluation de la capacité de la conclusion des études retenues de refléter les effets véritables.

Les catégories de recommandations sont expliquées dans l'encadré 1 et un sommaire des recommandations se trouve au tableau 1. Les études à l'appui des recommandations sont résumées ci-dessous et expliquées en détail à l'annexe 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230237/tab-related-content. En plus de recueillir les commentaires des membres du groupe de patientes- et patients-partenaires de milieu défavorisés, nous avons consulté des études sur les valeurs et les préférences de la patientèle pour guider la rédaction des recommandations (sommaire à l'annexe 2, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230237/tab-related-content).

Les groupes défavorisés comprennent les personnes à revenu faible, les personnes autochtones, les personnes racialisées, celles qui s'identifient à la communauté 2ELGBTQI+, celles qui ont des limitations fonctionnelles⁸ ainsi que les groupes particuliers mentionnés dans les recommandations. L'adolescence a été définie par la tranche d'âge de 13–19 ans et l'enfance, par un âge inférieur à 13 ans⁶⁹. Nous avons utilisé, dans tout le document, les termes féminin et masculin en lien

avec le sexe biologique et les termes genrés (p. ex., féminin) pour représenter le genre. Les termes utilisés dans les études sources ont été cités tels quels, là où il y avait ambiguïté.

Un outil d'aide à la prise de décisions, consultable à l'adresse www.depister.ca, peut servir à prioriser les populations en vue des soins préventifs, et les professionnels utiliseront leur jugement pour la priorisation d'autres segments de leur clientèle selon les conditions locales ou propres à leur pratique.

La fréquence optimale de la plupart des interventions en soins préventifs n'est pas clairement établie, étant donné l'absence de comparaison entre différents intervalles de dépistage dans les essais. En ce qui concerne les recommandations formulées dans la ligne directrice, la fréquence suggérée des dépistages et d'autres soins préventifs est de 1 fois tous les 3–5 ans, à moins d'indication contraire. De l'avis du comité de rédaction, cet intervalle, raisonnable et faisable, peut se mettre en pratique. L'utilisation d'un même intervalle pour plusieurs recommandations permet une application commune, par exemple durant une même consultation en soins de santé préventifs.

Tableau 1 (partie 1 de 5) : Nos recommandations et celles d'autres groupes responsables de lignes directrices

Notre recommandation	GECSSP	USPSTF	Autres lignes directrices
Cancer			
Nous recommandons de prioriser une stratégie de communication pour le dépistage du cancer colorectal chez les adultes de 45–74 ans défavorisés (recommandation forte, données probantes de grande qualité).	En ce qui concerne le cancer colorectal, le GECSSP recommande un dépistage chez les adultes de 50–59 ans ayant subi une RSOS (soit RSOSg ou TIF) tous les 2 ans ou une sigmoïdoscopie flexible tous les 10 ans (recommandation faible, données probantes de qualité moyenne). Pour le cancer colorectal, le GECSSP recommande le dépistage chez les adultes âgés de 60–74 ans ayant subi une RSOS (soit RSOSg ou TIF) tous les 2 ans ou une sigmoïdoscopie flexible tous les 10 ans (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne) (2016) ³⁹ .	L'USPSTF recommande le dépistage du cancer colorectal chez les adultes de 45–49 ans (recommandation de catégorie B). L'USPSTF recommande le dépistage du cancer colorectal chez les adultes de 50–75 ans (recommandation de catégorie A) (2021) ⁴⁰ .	
Nous recommandons d'offrir l'autodépistage du VPH aux personnes défavorisées qui sont admissibles au dépistage du cancer du col de l'utérus (recommandation forte, données probantes de grande qualité).	Chez les femmes de 25–29 ans, le GECSSP recommande un dépistage courant du cancer du col de l'utérus tous les 3 ans (recommandation faible, données probantes de qualité moyenne). Chez les femmes de 30–69 ans, le GECSSP recommande un dépistage courant du cancer du col de l'utérus tous les 3 ans (recommandation forte, données probantes de grande qualité) (2013) ⁴¹ .	L'USPSTF recommande le dépistage du cancer du col de l'utérus tous les 3 ans par cytologie du col seule chez les femmes de 21–29 ans. Chez les femmes de 30–65 ans, l'USPSTF recommande un dépistage tous les 3 ans par cytologie du col seule, tous les 5 ans à l'aide d'un test de VPH à haut risque seul, ou tous les 5 ans à l'aide d'un test de VPH à haut risque et d'une cytologie (double test) (recommandation de catégorie A) (2018) ⁴² .	
Nous recommandons de prioriser une stratégie de communication pour le dépistage du cancer du poumon par TDMFD chez les adultes défavorisés de 50–80 ans ayant des antécédents de tabagisme de 20 paquets-années (recommandation forte, données probantes de grande qualité).	Chez les adultes de 55–74 ans ayant des antécédents de tabagisme d'au moins 30 paquets-années qui sont encore fumeurs ou qui ont « écrasé » depuis moins de 15 ans, le GECSSP recommande jusqu'à 3 dépistages annuels, consécutifs, par TDMFD (recommandation faible, données probantes de faible qualité) (2016) ⁴³ .	L'USPSTF recommande un dépistage annuel du cancer du poumon par TDMFD chez les adultes de 50–80 ans qui ont des antécédents de tabagisme de 20 paquets-années et qui fument encore ou qui ont cessé depuis moins de 15 ans. Le dépistage devrait être cessé lorsqu'une personne ne fume plus depuis 15 ans ou qu'elle présente un problème de santé qui limiterait considérablement son espérance de vie ou sa capacité ou sa volonté de subir une opération pulmonaire curative (recommandation de catégorie B) (2021) ⁴⁴ .	

Tableau 1 (partie 2 de 5) : Nos recommandations et celles d'autres groupes responsables de lignes

Notre recommandation	GECSSP	USPSTF	Autres lignes directrices
Maladie cardiovasculaire			
Nous recommandons de prioriser une évaluation du risque de maladie cardiovasculaire, y compris la mesure de la PA à l'aide d'outils validés, et une prise de décision partagée au sujet des différentes possibilités de traitement, dont la pharmacothérapie, chez les adultes de 40–75 ans défavorisés, y compris les femmes et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale (recommandation forte, données probantes de grande qualité).	Le GECSSP recommande de mesurer la PA à toutes les consultations en soins primaires appropriées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne). Le GECSSP recommande de mesurer la PA conformément aux techniques courantes décrites dans les recommandations du PECH pour la mesure de la pression artérielle au cabinet médical et en mode ambulatoire (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne). Chez les personnes qui se révèlent hypertendues au moment du dépistage, les critères du PECH pour l'évaluation et le diagnostic de l'hypertension devraient s'appliquer afin de déterminer si la personne répond aux critères diagnostiques de l'hypertension (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne) (2012) ⁴⁵ .	L'USPSTF recommande aux médecins de prescrire une statine pour la prévention primaire de la maladie cardiovasculaire chez les adultes de 40–75 ans qui ont un facteur de risque de maladie cardiovasculaire ou plus (p. ex., dyslipidémie, diabète, hypertension, tabagisme) et un risque d'événement cardiovasculaire au bout de 10 ans estimé à $\geq 10\%$ (2022) ⁴⁶ . L'USPSTF recommande le dépistage de l'hypertension chez les adultes ≥ 18 ans par une mesure de la PA au cabinet médical. L'USPSTF recommande un contrôle de la PA à l'extérieur du milieu clinique pour une confirmation diagnostique avant le début du traitement (recommandation de catégorie A) (2021) ⁴⁷ .	C-CHANGE : Dans le projet C-CHANGE, une évaluation du risque de maladie cardiovasculaire est recommandée tous les 5 ans chez les hommes et les femmes de 40–75 ans à l'aide du score de risque de Framingham modifié ou du modèle d'évaluation de l'espérance de vie cardiovasculaire pour orienter le traitement et réduire le risque d'événement cardiovasculaire grave. Une évaluation du risque peut également être effectuée dès que le degré de risque prévu change (recommandation forte, données probantes de grande qualité). Quatre méthodes peuvent être utilisées pour évaluer la PA : MAPA (méthode préférée), autre que MAPA, PA ambulatoire et surveillance de la PA à domicile (recommandation de catégories C–D selon la méthode de mesure de la PA) (2022) ⁴⁸ .
Nous recommandons de prioriser le dépistage du diabète chez les personnes à risque élevé, y compris celles de 40 ans et plus, qui sont défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Chez les adultes ayant un risque élevé de diabète (déterminé par un calculateur de risque validé), le GECSSP recommande un dépistage courant tous les 3–5 ans au moyen de l'HbA _{1c} (recommandation faible; données probantes de qualité faible). Chez les adultes ayant un risque très élevé de diabète (déterminé par un calculateur de risque validé), le GECSSP recommande un dépistage courant annuel au moyen de l'HbA _{1c} (recommandation faible, données probantes de qualité faible) (2012) ⁴⁹ .	L'USPSTF recommande un dépistage du prédiabète et du diabète de type 2 chez les adultes de 35–70 ans qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses. Les médecins devraient offrir aux malades atteints de prédiabète des interventions préventives efficaces ou les orienter en ce sens (recommandation de catégorie B) (2021) ⁵⁰ .	C-CHANGE : Le dépistage du diabète au moyen de la glycémie à jeun ou de l'HbA _{1c} , ou des deux, devrait être effectué tous les 3 ans chez les personnes ≥ 40 ans ou à risque élevé selon un calculateur de risque. Un dépistage plus précoce ou un suivi plus fréquent (tous les 6–12 mois) au moyen de la glycémie à jeun ou de l'HbA _{1c} ou de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée à 75 g de glucose par voie orale devrait être envisagé chez les personnes à risque très élevé selon les résultats d'un calculateur de risque ou chez les personnes ayant des facteurs de risque additionnels de diabète (recommandation de catégorie D, données probantes tirées d'un consensus) (2022) ⁴⁸ .

Cancer

Cancer colorectal

Nous recommandons de prioriser une stratégie de communication pour le dépistage du cancer colorectal chez les adultes de 45–74 ans défavorisés (recommandation forte, données probantes de grande qualité).

Avantages

Le dépistage du cancer du côlon réduit la mortalité par cancer colorectal, qu'il soit fait par test immunochimique fécal (risque relatif [RR] 0,90, intervalle de confiance [IC] de 95% 0,84–0,95), par sigmoïdoscopie (rapport de risques instantanés [RRI] 0,74, IC de 95% 0,68–0,80) ou par colonoscopie (RRI 0,32, IC de 95% 0,24–0,45)⁷⁰. La sigmoïdoscopie s'appuie sur de meilleures données probantes que la colonoscopie et sa préparation est mieux tolérée⁷¹.

Iniquités

Les personnes défavorisées sont moins susceptibles de subir un dépistage du cancer colorectal. Les immigrants récents au Canada sont moins susceptibles de subir un dépistage (rapport des cotes [RC] de non-observance 3,73, IC de 95% 2,25–6,18) que la population née au Canada⁷² et, après un cancer colorectal, les personnes des quartiers pauvres ont un taux de survie moins élevé que celles des quartiers riches⁷³. Aux États-Unis, les personnes de race noire sont moins susceptibles de subir une opération pour un cancer colorectal que les personnes de race blanche⁷⁴.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage du cancer colorectal comprennent l'observation d'adénomes qui n'affecteraient pas considérablement la santé, de même que les risques

Tableau 1 (partie 3 de 5) : Nos recommandations et celles d'autres groupes responsables de lignes directrices

Notre recommandation	GECSSP	USPSTF	Autres lignes directrices
Maladies infectieuses			
Nous recommandons le dépistage du VIH, y compris par autodépistage, chez les adultes de 19–79 ans défavorisés (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Aucune ligne directrice publiée au sujet du dépistage du VIH.	L'USPSTF recommande le dépistage du VIH chez les adolescentes et adolescents et chez les adultes de 15–65 ans. Les adolescentes et adolescents plus jeunes et les adultes plus âgés ayant un risque accru d'infection devraient également subir un dépistage (recommandation de catégorie A). L'USPSTF recommande le dépistage du VIH chez toutes les femmes enceintes, y compris celles qui consultent au moment du travail ou de l'accouchement et dont le statut à l'égard du VIH est inconnu (recommandation de catégorie A) (2019) ⁵¹ .	
Nous recommandons le dépistage de l'hépatite C (VHC) chez les adultes de 19–79 ans défavorisés (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Le GECSSP déconseille le dépistage de l'hépatite C chez les adultes qui ne sont pas à risque élevé (recommandation forte, données probantes de très faible qualité) (2017) ⁵² .	L'USPSTF recommande le dépistage de l'hépatite C chez les adultes de 18 à 79 ans (recommandation de catégorie B) (2020) ⁵³ .	ACEF : Pour améliorer le repérage d'un plus grand nombre de personnes porteuses d'une hépatite C non diagnostiquée, l'ACEF recommande un dépistage fondé sur le risque et de cibler la cohorte de naissances de 1945 à 1975, qui regroupe actuellement la majeure partie des cas d'hépatite C chronique au Canada (recommandation de catégorie : 2a; niveau de données probantes : C) (2018) ⁵⁴ .
Nous recommandons le dépistage de l'infection tuberculeuse latente au moyen du TCT ou d'un TLIG chez les personnes ayant des facteurs de risque, y compris la provenance récente d'un pays où l'incidence est élevée (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Aucune ligne directrice publiée au sujet du dépistage de la tuberculose.	L'USPSTF recommande le dépistage de l'infection tuberculeuse latente dans les populations exposées à un risque accru (recommandation de catégorie B) (2023) ⁵⁵ .	NCLA : Dans les NCLA, le TCT et un TLIG sont fortement préconisés comme solutions de rechange acceptables pour le diagnostic de l'infection tuberculeuse* (données probantes de bonne qualité) (8 ^e édition, 2022) ⁵⁶ . CCSIR : Le groupe de CCSIR recommande le dépistage chez les enfants, les jeunes de moins de 20 ans et les réfugiés de 20–50 ans provenant de pays où l'incidence de la TB est élevée, le plus rapidement possible après leur arrivée en territoire canadien, au moyen du TCT (données probantes de grande qualité) (2011) ⁵⁷ .

inhérents à la colonoscopie, notamment la perforation intestinale (5,4 perforations pour 10 000 colonoscopies, IC de 95 % 3,4–7,4)⁷⁰.

Justification

Le dépistage prévient la mortalité par cancer colorectal. Étant donné que commencer le dépistage à l'âge de 45 ans est généralement efficace pour le cancer colorectal (1 mort additionnelle par cancer colorectal évitée sur 1000 dans la population générale soumise au dépistage à compter de l'âge de 45 ans plutôt que de 50 ans)^{70,75} et que les personnes défavorisées peuvent ne pas être jointes facilement par les stratégies de communication, il est raisonnable d'entreprendre des démarches chez les personnes défavorisées dès l'âge de 45 ans plutôt que de 50 ans, comme le recommande le US Multi-Society Task Force

pour les personnes de race noire⁷⁶. Selon les résultats des essais cliniques de dépistage, les avantages, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte). Le dépistage peut se faire dès qu'une personne réagit aux stratégies de communication.

Considérations pour la pratique

Le dépistage s'effectue en général tous les 2 ans pour le test immunochimique fécal et tous les 5–10 ans pour les autres types d'examen⁷⁰. Chez les personnes défavorisées, la préparation pour la sigmoïdoscopie est habituellement mieux tolérée et peut-être plus facile que celle pour la colonoscopie⁷⁷. Des aide-mémoires utilisant plus de ressources pour le dépistage du cancer (y compris le cancer colorectal), tels

Tableau 1 (partie 4 de 5) : Nos recommandations et celles d'autres groupes responsables de lignes directrices

Notre recommandation	GECSSP	USPSTF	Autres lignes directrices
Consommation de substances			
Nous recommandons le dépistage du tabagisme et d'autres mesures de soutien appropriées à l'adolescence et à l'âge adulte chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Le GECSSP recommande de poser des questions aux enfants et aux jeunes (de 5–18 ans), à leurs parents, ou aux deux, au sujet du tabagisme et de leur donner des renseignements et des conseils brefs, selon le cas, durant des consultations en soins primaires (recommandation faible, données probantes de qualité faible) (2017) ⁵⁸ .	L'USPSTF recommande aux médecins de poser des questions à tous les adultes au sujet du tabagisme, de leur conseiller de cesser de fumer et de proposer des interventions comportementales et la pharmacothérapie approuvée par la FDA aux adultes, hommes et femmes non enceintes, qui utilisent des produits du tabac pour l'abandon du tabagisme (recommandation de catégorie A). L'USPSTF recommande aux médecins de poser des questions à toutes les femmes enceintes au sujet du tabagisme, de leur conseiller de cesser de fumer et de leur proposer des interventions comportementales appropriées pour l'abandon du tabagisme (recommandation de catégorie A) (2021) ⁵⁹ . L'USPSTF recommande aux médecins en soins primaires d'offrir des interventions, y compris de l'enseignement ou un bref counselling, pour prévenir l'amorce même de l'usage du tabac chez les enfants d'âge scolaire et les adolescentes et adolescents (recommandation de catégorie B) (2020) ⁶⁰ .	C-CHANGE : Il faudrait régulièrement mettre à jour le dossier de toutes les personnes à l'égard du tabagisme, et les professionnels de la santé devraient clairement conseiller aux personnes de cesser de fumer (recommandation de catégorie A, données probantes de niveau 1) (2022) ⁴⁸ .
Nous recommandons le dépistage de la consommation malsaine d'alcool et des formes de soutien appropriées à l'adolescence et à l'âge adulte chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Aucune ligne directrice publiée n'existe au sujet du dépistage de la consommation d'alcool.	L'USPSTF recommande un dépistage de la consommation malsaine d'alcool en milieu de soins primaires chez les adultes ≥ 18 ans, y compris chez les femmes enceintes, et de proposer aux personnes qui font un usage abusif d'alcool des interventions brèves en counselling comportemental pour réduire leur consommation malsaine d'alcool (recommandation de catégorie B) (2018) ⁶¹ .	
Nous recommandons le dépistage de la consommation d'autres substances et des formes de soutien appropriées à l'adolescence et à l'âge adulte chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Aucune ligne directrice publiée n'existe au sujet du dépistage de la consommation d'autres substances.	L'USPSTF recommande le dépistage au moyen de questions concernant une utilisation malsaine de drogues chez les adultes ≥ 18 ans. Le dépistage devrait être appliqué quand on peut offrir à la personne des services diagnostiques fiables, un traitement efficace et des soins appropriés, ou l'orienter en ce sens. (Le dépistage fait référence à des questions sur une utilisation malsaine des drogues et non à leur détection dans des spécimens biologiques.) (recommandation de catégorie B) (2020) ⁶² .	
Santé mentale			
Nous recommandons le dépistage de la dépression et des formes de soutien appropriées à l'adolescence et à l'âge adulte chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Le GECSSP déconseille le dépistage systématique de la dépression à l'aide d'instruments ou de questionnaires qui établissent les résultats « positifs » ou « négatifs » à partir de valeurs seuils durant la grossesse et le postpartum (jusqu'à 1 an après l'accouchement) (recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité) (2022) ⁶³ .	L'USPSTF recommande le dépistage de la dépression dans la population adulte, y compris durant la grossesse et le postpartum, de même que chez les adultes âgés (recommandation de catégorie B) (2023) ⁶⁴ .	CNMAT : Le CNMAT recommande un dépistage en contexte de soins primaires et secondaires chez les personnes ayant des facteurs de risque (problèmes psychosociaux, maladies chroniques, grande utilisation du système de santé) lorsque les ressources et les services sont disponibles, pour évaluation diagnostique et prise en charge subséquentes (2016) ⁶⁵ .

Tableau 1 (partie 5 de 5) : Nos recommandations et celles d'autres groupes responsables de lignes directrices

Notre recommandation	GECSSP	USPSTF	Autres lignes directrices
Santé buccale			
Nous recommandons le dépistage des caries dentaires, une sensibilisation à la santé buccale et une consultation en médecine dentaire pour les enfants < 5 ans défavorisés (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Selon le GECSSP, il existe de bonnes données probantes selon lesquelles les mesures suivantes sont efficaces pour prévenir la carie dentaire : utilisation de dentifrices fluorés, fluoration de l'eau de boisson, compléments de fluor aux patients vivant dans des régions où le taux de fluor dans l'eau de boisson est bas ($\leq 0,3$ ppm), application topique professionnelle de fluor et utilisation de rince-bouche fluorés en cas de caries très actives ou de risque élevé de caries dentaires, et application professionnelle sélective de résine de scellement sur les molaires permanentes† (1995) ⁶⁶ .	L'USPSTF recommande aux médecins de soins primaires de prescrire un complément de fluor oral dès l'âge de 6 mois quand l'eau de boisson contient peu de fluor (recommandation de catégorie B). L'USPSTF recommande aux médecins de soins primaires d'appliquer un vernis fluoré sur les premières dents de tous les nourrissons et enfants à l'âge de l'éruption des premières dents (recommandation de catégorie B). L'USPSTF conclut que les données existantes sont insuffisantes pour bien mettre en rapport les avantages et les préjudices associés au dépistage courant des caries dentaires par les médecins de soins primaires chez les enfants < 5 ans (1 énoncé) (2021) ⁶⁷ .	
Risques sociaux			
Nous recommandons le dépistage des facteurs de risques sociaux, y compris la pauvreté ou toute difficulté d'accès aux biens de première nécessité, et une orientation vers des ressources et des formes de soutien nécessaires à toutes les familles avec enfants (recommandation faible, données probantes de qualité moyenne).	Aucune ligne directrice publiée n'existe au sujet du dépistage de la pauvreté.	Aucune ligne directrice publiée n'existe au sujet du dépistage de la pauvreté.	
Nous recommandons un dépistage de la violence conjugale et une orientation vers des ressources, y compris juridiques, aux personnes défavorisées (recommandation faible, données probantes de qualité moyenne).	Aucune ligne directrice publiée n'existe au sujet du dépistage de la violence conjugale.	L'USPSTF recommande aux médecins de procéder à un dépistage de la violence conjugale chez les femmes en âge de procréer, et d'orienter celles chez qui le dépistage est positif vers un service d'aide permanent (recommandation de catégorie B). L'USPSTF conclut que les données existantes sont insuffisantes pour bien mettre en rapport les avantages et les préjudices associés au dépistage courant de la violence et de la négligence chez tous les adultes âgés ou vulnérables (1 énoncé) (2018) ⁶⁸ .	
Accès aux soins			
Nous recommandons de prioriser l'orientation vers les soins primaires, y compris l'inscription automatique dans des centres de soins choisis, chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).	Aucune ligne directrice publiée n'existe au sujet de l'orientation vers un centre de soins primaires.	Aucune ligne directrice publiée n'existe au sujet de l'orientation vers un centre de soins primaires.	
<p>Remarque : ACEF = Association canadienne pour l'étude du foie, BCG = bacille de Calmette–Guérin, C-CHANGE = Canadian Cardiovascular Harmonized National Guideline Endeavour, CCSIR = Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés, CNMAT = Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, FDA = Food and Drug Administration des États-Unis, GECSSP = Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, HbA_{1c} = hémoglobine glycosylée, MAPA = mesure automatisée de la pression artérielle, NCLA = Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, PA = pression artérielle, PECH = Programme éducatif canadien sur l'hypertension, RSOS = recherche de sang occulte dans les selles, RSOSg = RSOS au gaïac, TB = tuberculose, TCT = test cutané à la tuberculine, TDM = tomodesitométrie, TDMFD = TDM à faible dose, TIF = test immunochimique fécal, TLIG = test de libération de l'interféron γ, USPSTF = United States Preventive Services Task Force, VHC = virus de l'hépatite C, VPH = virus du papillome humain.</p> <p>*L'un ou l'autre des tests peut servir au dépistage de l'infection tuberculeuse, quelle que soit l'indication. Toutefois, certaines préférences et exceptions sont présentées dans d'autres recommandations (données probantes de bonne qualité). Dans les NCLA, il est recommandé, sous certaines conditions, de privilégier les TLIG au TCT dans les cas suivants : enfants de 2–10 ans ayant déjà reçu le vaccin BCG; personnes ≥ 10 ans ayant reçu le vaccin BCG après l'âge de 1 an, ayant reçu le vaccin BCG > 1 fois ou incertitude quant à l'âge de la vaccination au BCG, ou les deux; absence de formation, d'évaluation ou de contrôle de la qualité pour l'administration du TCT, la lecture des résultats, ou les deux, mais accès au personnel et aux dispositifs nécessaires pour les TLIG; incapacité ou faible probabilité que la personne fasse lire son TCT ou TCT contre-indiqué (données probantes de faible qualité) (8^e édition, 2022)⁶⁶.</p> <p>†On dispose de données probantes de faible qualité sur l'efficacité des mesures suivantes pour prévenir les caries dentaires : application topique professionnelle de fluor et utilisation de rince-bouche fluorés chez les personnes ayant un risque faible de carie, brossage des dents (avec un dentifrice sans fluor) et soie dentaire, nettoyage dentaire par des dentistes ou des hygiénistes dentaires avant l'application topique de fluor ou une consultation en médecine dentaire et en diététique pour la population générale. Selon des données probantes de bonne qualité, on peut déconseiller l'utilisation des rince-bouche fluorés en vente libre dans la population générale (1995)⁶⁶.</p>			

que les appels téléphoniques, améliorent les taux de dépistage⁷⁸; l'envoi de lettres ou de textos peut aussi être utile⁷⁹. D'autres interventions, comme les rencontres en personne en milieu communautaire, sont parfois nécessaires.

Équité dans le déploiement des ressources

Les stratégies de communication peuvent être appliquées par des non-médecins, comme des agents de santé communautaire, ou par l'intermédiaire de programmes structurés et centralisés de dépistage déjà existants⁸⁰. Les obstacles financiers au dépistage du cancer colorectal, comme le coût des produits pour la préparation intestinale, ne devraient pas exister, et les personnes devraient être admissibles à un congé payé pour subir le test. Les instructions sur la façon d'effectuer le test, y compris sous forme de capsules vidéos, devraient être offertes en plusieurs langues.

Cancer du col de l'utérus

Nous recommandons d'offrir l'autodépistage du VPH aux personnes défavorisées qui sont admissibles au dépistage du cancer du col de l'utérus (recommandation forte, données probantes de grande qualité).

Avantages

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par la recherche de souches de VPH à haut risque accroît la détection précoce du cancer du col (échelle de risque relatif 1,61 [IC de 95 % 1,09–2,37] à 7,46 [IC de 95 % 1,02–54,66])⁸¹. Le dépistage des souches de VPH à haut risque, seul ou doublé d'un examen cytologique, est associé à un risque moindre de cancer du col invasif (risque relatif groupé 0,60, IC de 95 % 0,40–0,89), ainsi que des taux plus élevés de colposcopie (5,7 % c. 3,1 %; 1 essai⁸²) que d'examen cytologique seul⁸¹. L'autodépistage est propice à une meilleure adoption du dépistage que les pratiques usuelles de recherche d'affection (risque relatif 2,10, IC de 95 % 1,80–2,45), particulièrement chez les femmes plus âgées (risque relatif 2,25, IC de 95 % 1,44–3,50) et les femmes de statut socioéconomique inférieur (risque relatif 1,62, IC de 95 % 1,15–2,28)⁸³. Les trousse d'autodépistage du VPH favorisent le dépistage et permettent une détection plus hâtive du cancer du col, particulièrement chez les femmes défavorisées qui font face à des difficultés d'ordre pratique ou personnel à l'égard du dépistage, et l'autodépistage est aussi fiable que l'analyse d'un prélèvement effectué à la clinique (rapport groupé du dépistage de la néoplasie cervicale intraépithéliale [NCI]2+ ou NCI3+ 0,99, IC de 95 % 0,97–1,02), malgré une spécificité légèrement moindre (2%–4%)⁸⁴.

Iniquités

Les femmes ayant une déficience sont moins susceptibles de subir un dépistage du cancer du col de l'utérus (RC 0,63, IC de 95 % 0,45–0,88) que les autres⁸⁵. Les femmes de race noire sont moins susceptibles d'y être soumises que les femmes de race blanche⁸⁶. Il en va de même pour les personnes nées à l'extérieur du Canada et celles qui appartiennent à la communauté 2ELGBTQI+ : elles sont moins susceptibles de subir un dépistage

du cancer du col^{87–89}. Des antécédents d'agression sexuelle peuvent représenter un obstacle au prélèvement d'échantillons pour frottis cytologiques^{90,91}.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage du cancer du col de l'utérus comprennent les risques associés aux prélèvements pour biopsie ou au traitement des lésions cervicales, dont certaines accroissent le risque de prématurité (risque relatif 1,75, IC de 95 % 1,57–1,96), selon des études observationnelles⁹².

Justification

Aucun essai clinique dans lequel le dépistage avait été comparé aux soins usuels, ni aucune donnée probante selon laquelle le dépistage réduit la mortalité par cancer du col n'ont été recensés. Le dépistage du cancer du col fait partie des soins courants parce qu'il semble efficace pour mettre en évidence les lésions qui doivent être traitées, mais certains obstacles au dépistage pourraient être surmontés par l'autodépistage du VPH. L'efficacité du dépistage du cancer du col, qui fait désormais partie des soins courants, signifie que les avantages du dépistage, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations relatives pour la pratique

L'âge auquel l'examen devrait être effectué la première fois ou la fréquence du dépistage du cancer du col varient au Canada, et le personnel soignant peut suivre les directives locales pour connaître le moment le plus propice du premier examen et la fréquence optimale des dépistages ultérieurs étant donné qu'on ne dispose encore d'aucune étude comparative à cet effet. En l'absence de recommandations locales, l'autodépistage du VPH peut être répété tous les 5 ans. Il existe des ressources pour orienter les soins aux personnes transgenres (www.phsa.ca/transcarebc/Documents/HealthProf/Primary-Care-Toolkit.pdf).

Équité dans le déploiement des ressources

Étant donné qu'il ne devrait y avoir aucun obstacle financier à l'autodépistage du VPH et aucun honoraire à facturer à la patientèle ou aux médecins, il faudrait en augmenter le financement, car l'autodépistage du VPH n'est habituellement pas couvert par les régimes publics. Le dépistage du VPH coûte environ 20 \$⁹³ et est une mesure rentable⁹⁴; en outre, l'autodépistage demande moins de temps aux médecins que les frottis cytologiques. Les instructions pour procéder à l'autodépistage — y compris sous forme d'illustrations ou de capsules vidéos, de même que le suivi requis lorsqu'un test est positif — devraient être expliqués en plusieurs langues.

Cancer du poumon

Nous recommandons de prioriser une stratégie de communication pour le dépistage du cancer du poumon par la tomographie à faible dose (TDMFD) chez les adultes défavorisés, âgés de 50–80 ans, chez qui le tabagisme équivaut à 20 paquets-années (recommandation forte, données probantes de grande qualité).

Avantages

Le dépistage par la TDMFD chez les personnes à risque élevé réduit la mortalité par cancer du poumon comparativement à la radiographie pulmonaire (rapport des taux [RT] 0,85, IC de 95 % 0,75–0,96) et à l'absence de dépistage (RT 0,75, IC de 95 % 0,61–0,90)⁹⁵.

Iniquités

Malgré une participation moindre au dépistage, les personnes de race noire ayant subi un dépistage par la TDMFD ont connu une réduction plus marquée de la mortalité par cancer du poumon que les personnes de race blanche (RT 0,61, IC de 95 % 0,37–1,01 c. RT 0,86, IC de 95 % 0,75–0,98)⁹⁶. Chez les personnes atteintes d'un cancer du poumon aux États-Unis, un pourcentage significativement moindre de personnes de race noire qui fument sont admissibles au dépistage du cancer du poumon comparativement aux personnes de race blanche qui fument (32 % c. 56 %, $p < 0,001$)⁹⁷.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage comprennent les tests de suivi superflus, justifiés par des observations qui, par ailleurs, n'auraient pas affecté la santé de manière importante (taux de faux-positifs 3,9 %; 1 essai), les complications des biopsies (environ 0,1 % des cas) et les cancers induits par rayonnement (0,11 cas pour 1000 personnes avec la TDMFD après 4 rondes de dépistage, selon 1 étude de modélisation)⁹⁸.

Justification

Le dépistage du cancer du poumon prévient la mortalité par cancer du poumon, mais les personnes exposées à un risque élevé font face à des obstacles pour subir la TDMFD. Les résultats d'un essai clinique dans lequel ont été recrutés des participants de 50 ans et plus ayant des antécédents de tabagisme de moindre importance (15 paquets-années) et ceux d'une étude de modélisation appuient les critères que nous recommandons pour un début plus hâtif du dépistage chez les personnes défavorisées^{98–100}. Les résultats des essais cliniques permettent d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations pour la pratique

La TDMFD est habituellement répétée tous les ans, bien qu'aucun essai randomisé et contrôlé (ERC) n'ait porté sur la comparaison de différentes fréquences⁹⁵. Les stratégies de communication pourraient inclure des appels téléphoniques et l'envoi de textos et de lettres⁷⁹.

Équité dans le déploiement des ressources

Des programmes de dépistage organisés et centralisés pourraient alléger le fardeau du dépistage du cancer du poumon pour les médecins. Aucun obstacle au dépistage du cancer du poumon ne devrait exister et l'application de cette recommandation exigera l'accès à des appareils de tomodensitométrie (TDM) en milieu rural; il faudrait prévoir le remboursement des frais de déplacement, déployer des services mobiles de TDM et fabriquer plus d'appareils.

Maladie cardiovasculaire

Maladie cardiovasculaire, y compris l'hypertension

Nous recommandons de prioriser une évaluation du risque de maladie cardiovasculaire, y compris la mesure de la pression artérielle à l'aide d'outils validés, et une prise de décision partagée au sujet des différentes possibilités de traitement, dont la pharmacothérapie, chez les adultes de 40–75 ans défavorisés, y compris les femmes et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale (recommandation forte, données probantes de grande qualité).

Avantages

L'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire global est associée à une réduction de la pression artérielle (différence moyenne [DM] –2,22 mm Hg, IC de 95 % –3,49 à –0,95), du cholestérol total (DM –0,11 mmol/L, IC de 95 % –0,20 à –0,02) et du tabagisme (risque relatif 1,62, IC de 95 % 1,08 à 2,43), selon une revue systématique, bien qu'aucune différence n'ait été observée sur le plan de la morbidité ou de la mortalité d'origine cardiovasculaire¹⁰¹. L'intégration de types peu courants de facteurs de risque (comme l'indice tibio-brachial, le taux de protéine C réactive de haute sensibilité et le score calcique coronarien) dans l'évaluation classique du risque de maladie cardiovasculaire n'aurait pas influé sur les résultats cliniques ou la mortalité¹⁰². Une intervention multiple, comprenant le dépistage de l'hypertension, est associée à une réduction du nombre d'hospitalisations liées à des problèmes cardiovasculaires (risque relatif 0,91, IC de 95 % 0,86 à 0,97), mais non de la mortalité¹⁰³. Des possibilités de prise en charge efficaces, telles que les statines pour la prévention primaire de la maladie cardiovasculaire, sont suggérées chez les personnes asymptomatiques qui, par ailleurs, risqueraient de ne pas se voir offrir d'intervention thérapeutique sans une évaluation du risque de maladie cardiovasculaire¹⁰⁴.

Iniquités

Selon des études menées ailleurs dans le monde, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de subir une évaluation du risque de maladie cardiovasculaire (RC 0,88, IC de 95 % 0,81–0,96) et de recevoir un traitement pour leurs facteurs de risque (RC 0,75, IC de 95 % 0,60–0,93)^{105,106}. Les personnes racialisées sont affectées de manière disproportionnée par les complications de l'hypertension, situation qui résulterait de disparités en matière de sensibilisation à l'hypertension, de traitement et de normalisation des valeurs dans ces groupes. Selon une méta-analyse sur les populations racialisées en Europe, bien que les personnes de race noire soient plus susceptibles d'être sensibilisées à l'hypertension (RC 1,26, IC de 95 % 1,02–1,56) et d'être traitées (RC 1,49, IC de 95 % 1,18–1,88) que les personnes de race blanche, elles sont significativement moins susceptibles d'en arriver à une normalisation de leur pression artérielle (RC 0,56, IC de 95 % 0,40–0,78) et leur prise en charge laisse plus à désirer¹⁰⁷. Par ailleurs, les personnes atteintes de schizophrénie ou de maladie bipolaire sont moins bien soignées pour l'hypertension (taux moindres de dépistage, de traitements pharmacologiques et d'observance thérapeutique) que la population générale, et ce, malgré une incidence accrue et des taux de mortalité cardiovasculaire plus élevés dans ces groupes¹⁰⁸. Un revenu faible est associé à un risque plus grand de maladie cardiovasculaire^{109,110}.

Préjudices

Les préjudices potentiels de l'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire comprennent les risques associés à la pharmacothérapie, comme le risque de dérèglements électrolytiques, d'insuffisance rénale aiguë et de syncope lié aux antihypertenseurs, et les risques de myalgies et de dysfonctionnement hépatique liés aux statines^{111,112}.

Justification

Les essais dans lesquels il y a eu comparaison de l'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire avec les soins usuels indiquent des avantages sur le plan des paramètres de santé substitués, mais non sur le plan de la mortalité. Étant donné que les facteurs de risque, comme l'hypertension, sont souvent asymptomatiques, une évaluation équitablement appliquée du risque de maladie cardiovasculaire permettra de repérer les personnes susceptibles de bénéficier d'interventions qui préviennent la mortalité d'origine cardiovasculaire, comme la pharmacothérapie. La fiabilité du dépistage et l'efficacité des traitements permettent d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations relatives à la pratique

La fréquence optimale du dépistage n'a pas été établie; nous suggérons donc un dépistage tous les 3–5 ans. Parmi les outils d'évaluation validés du risque de maladie cardiovasculaire, mentionnons le Score de risque de Framingham et le modèle d'espérance de vie cardiovasculaire^{113,114}, malgré le fait que ces outils proviennent de populations de malades relativement homogènes¹¹⁵. Par exemple, le dépistage en milieu communautaire de l'hypertension dans les pharmacies de détail permettrait de réduire la morbidité cardiovasculaire, probablement par le repérage des personnes qui n'ont pas accès aux soins primaires^{116–118}. Cette recommandation mérite d'être appliquée en association avec des interventions de promotion d'une saine alimentation (soutien au revenu et accès direct à des aliments sains)¹¹⁹ et de l'activité physique (p. ex., amélioration de l'environnement bâti pour favoriser les programmes d'activité physique et d'exercice en milieu communautaire)¹²⁰.

Équité dans le déploiement des ressources

Les évaluations cliniques du risque de maladie cardiovasculaire peuvent être appliquées à l'aide des ressources existantes, mais des stratégies de communication encourageraient les personnes défavorisées à consulter. Il faudrait soutenir les programmes de dépistage en milieu communautaire pour les personnes qui ont du mal à fréquenter les cliniques^{116–118}.

Diabète

Nous recommandons de prioriser le dépistage du diabète chez les personnes à risque élevé, y compris celles de 40 ans et plus, qui sont défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Les essais sur le dépistage du diabète n'indiquent aucun avantage significatif sur le plan de la mortalité comparativement à l'absence de dépistage, y compris de la mortalité par suite du diabète et de la mortalité toutes causes confondues¹²¹. Toutefois, chez les personnes chez qui un diagnostic récent de diabète de type 2 a été posé, la normalisation de la glycémie par les sulfamides hypoglycémisants (« sulfonylurées ») ou l'insuline réduit le risque de mortalité liée au diabète (risque relatif 0,83, IC de 95 % 0,73–0,96), de mortalité toutes causes confondues (risque relatif 0,87, IC de 95 % 0,79–0,96) et d'infarctus du myocarde (risque relatif 0,85, IC de 95 % 0,74–0,97)¹²¹. Chez les personnes diabétiques qui font de l'embonpoint, la normalisation de la glycémie par la metformine réduit le risque de mortalité liée au diabète (risque relatif 0,58, IC de 95 % 0,37–0,91), de mortalité toutes causes confondues (risque relatif 0,64, IC de 95 % 0,45–0,91) et d'infarctus du myocarde (risque relatif 0,61, IC de 95 % 0,41–0,89)¹²¹. Les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) réduisent la mortalité d'origine cardiovasculaire (risque relatif 0,82, IC de 95 % 0,74–0,91) chez les personnes atteintes de diabète de type 2¹²². Quant à celles qui ont une glycémie élevée, des interventions liées au mode de vie sont associées à une réduction du risque de diabète (risque relatif 0,81, IC de 95 % 0,73–0,89)¹²¹.

Iniquités

Les personnes diabétiques à faible revenu connaissent des taux de mortalité et d'hospitalisation plus élevés que les autres; les disparités en matière de santé liées au revenu se sont accentuées avec le temps^{123,124}. Par ailleurs, les personnes de race noire atteintes de diabète ont moins de chances d'atteindre la normalisation de l'hémoglobine glycosylée (RC 0,67, IC de 95 % 0,55–0,83) et de la pression artérielle (RC 0,68, IC de 95 % 0,58–0,80) que les personnes de race blanche¹²⁵.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage du diabète comprennent les risques associés à la pharmacothérapie, qui varient selon les médicaments; la metformine, un traitement de première intention du diabète de type 2, peut provoquer des symptômes gastro-intestinaux et une perte de poids¹²⁶.

Justification

Les essais cliniques dans lesquels le dépistage du diabète a été comparé aux soins usuels n'indiquent aucune réduction de la mortalité. Selon des données indirectes, le dépistage du diabète améliore la santé grâce à l'instauration de la prise en charge de la maladie après le diagnostic, et l'existence de certaines iniquités appuie notre recommandation de prioriser le dépistage. La fiabilité du dépistage et l'efficacité des traitements permettent d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations relatives à la pratique

Étant donné que la fréquence optimale du dépistage n'a pas été établie, nous suggérons un dépistage du diabète tous les 3–5 ans, en même temps que l'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire.

Équité dans le déploiement des ressources

Même si le dépistage du diabète peut se réaliser à l'aide des ressources existantes, il faudra déployer des efforts pour que les personnes défavorisées puissent subir les tests. Effectués sur les lieux d'intervention, ces tests faciliteraient l'application de la recommandation là où l'accès aux analyses de laboratoire est difficile¹²⁷.

Maladies infectieuses

VIH

Nous recommandons le dépistage du VIH, y compris par auto-dépistage, chez les adultes de 19–79 ans défavorisés (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Comparativement aux méthodes classiques de dépistage du VIH, dont on obtient les résultats après 24 heures ou plus, des séances rapides et volontaires de counselling sur le VIH et de tests de détection du virus dans les établissements de santé et dans la communauté multiplient par 3 l'adoption du dépistage du VIH (risque relatif 2,95, IC de 95 % 1,69–5,16) et par 2 la transmission des résultats (risque relatif 2,14, IC de 95 % 1,08–4,24); ils donnent aussi lieu à une réduction possible de l'incidence du VIH (risque relatif 0,89, IC de 95 % 0,63–1,24)¹²⁸. Comparativement aux tests usuels effectués dans les établissements, l'autodépistage du VIH multiplie par 2 l'adoption de cette méthode (risque relatif 2,09, IC de 95 % 1,69–2,58), tandis que le nombre de personnes soumises aux tests qui obtiennent des résultats positifs à l'égard du VIH (risque relatif 0,81, IC de 95 % 0,45–1,47) et le nombre de cas, parmi ces personnes, qui reçoivent des soins ou qui sont traités pour un diagnostic de VIH, sont similaires (risque relatif 0,95, IC de 95 % 0,79–1,13), qu'il s'agisse de l'autodépistage ou des tests usuels¹²⁹. Le traitement antirétroviral réduit très efficacement la mortalité et atténue ou élimine le risque de propagation¹³⁰.

Iniquités

Chez les adultes âgés (≥ 50 ans), l'adoption du dépistage du VIH est significativement moindre chez les femmes (RC 2,14, IC de 95 % 1,92–2,39), chez les personnes peu scolarisées (RC 0,74, IC de 95 % 0,65–0,84) et chez celles qui ne consultent pas régulièrement un médecin (RC 2,32, IC de 95 % 1,92–2,74), tandis que les adultes âgés de race noire (RC 3,47, IC de 95 % 2,82–4,25) ou d'origine hispanique (RC 2,06, IC de 95 % 1,50–2,84) ont sensiblement plus de chances de subir un test de dépistage du VIH que les personnes de race blanche¹³¹. Malgré des taux de tests plus élevés, la patientèle noire a moins de chances de commencer un traitement anti-VIH que la patientèle blanche (risque relatif 1,57, IC de 95 % 1,38–1,78)¹³². L'instauration des soins est également moindre chez les hommes (risque relatif 1,31, IC de 95 % 1,15–1,48), chez les personnes ayant une couverture d'assurance maladie moins complète (risque relatif 0,93, IC de 95 % 0,92–0,94), chez celles ayant un revenu familial bas (risque relatif 0,96, IC de 95 % 0,94–0,97) et chez celles ayant fait peu d'études (risque relatif 0,97, IC de 95 % 0,96–0,98)^{132,133}.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage comprennent la stigmatisation associée aux tests eux-mêmes ou au diagnostic de VIH¹³⁴ et certains effets des traitements qui varient selon les médicaments administrés.

Justification

Aucun essai clinique dans lequel il y a eu comparaison du dépistage du VIH avec les soins usuels n'a pu être recensé. Le dépistage permet de repérer les personnes vivant avec le VIH qui pourraient bénéficier d'un traitement efficace, ce qui comporte l'avantage additionnel de réduire la propagation du virus. L'autodépistage du VIH peut écarter certains obstacles à un traitement anti-VIH efficace. La fiabilité du dépistage et l'efficacité du traitement permettent d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations relatives à la pratique

Dans la pratique, la fréquence idéale du dépistage n'a pas été établie. Nous suggérons donc un dépistage tous les 3–5 ans ou à d'autres intervalles, selon les facteurs de risque relevés, tels que le nombre de partenaires sexuels ou la toxicomanie. Des séances rapides et volontaires de counselling sur le VIH et de tests de détection du virus dans les établissements de santé, de même que l'autodépistage du VIH, peuvent être des stratégies efficaces pour joindre les populations marginalisées, connues pour leur difficulté à accéder aux tests de dépistage du VIH et aux soins en cas de résultats positifs. Un counselling pré- et post-test est important, indépendamment du type utilisé pour le dépistage et du caractère anonyme de l'épreuve.

Équité dans le déploiement des ressources

Les tests de détection du VIH devraient être faciles d'accès dans les établissements de santé ou dans la communauté. Des programmes pilotes facilitant l'accès à l'autodépistage (p. ex., machines distributrices) permettraient d'orienter un déploiement à plus grande échelle¹³⁵.

Hépatite C

Nous recommandons le dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) chez les adultes de 19–79 ans défavorisés (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Le dépistage de l'hépatite C est fiable, qu'il se fonde sur les facteurs de risque (sensibilité de 82 %; le nombre de personnes à dépister pour recenser 1 cas d'hépatite C est de 15) ou sur l'année de naissance (sensibilité de 76 %; le nombre de personnes à dépister pour recenser 1 cas d'hépatite C est de 29)¹³⁶. Les antiviraux à action directe sont associés à de légères améliorations de la qualité de vie et du fonctionnement, de même qu'à des taux moindres d'événements cardiovasculaires et de cancer hépatocellulaire¹³⁶. Ils sont aussi associés à des taux de réponse virologique soutenue (RVS) supérieurs à 95 % (49 études, $n = 10\,181$), et l'atteinte d'une RVS après un

traitement antiviral est associée à un risque moindre de mortalité toutes causes confondues (RRI groupé 0,40, IC de 95 % 0,28–0,56; 13 études, $n = 36\,986$) et de carcinome hépatocellulaire (RRI groupé 0,29, IC de 95 % 0,23–0,38; 20 études, $n = 84\,491$) comparativement à l'absence de RVS¹³⁶.

Iniquités

Plusieurs facteurs sont associés à une probabilité accrue de dépistage de l'hépatite C, dont le fait d'être de sexe masculin (RC 1,18, IC de 95 % 1,11–1,25)^{137,138}. L'orientation vers un traitement anti-VHC est significativement moindre chez les hommes que chez les femmes (RC 2,36, IC de 95 % 0,90–6,25), malgré des taux de dépistage plus élevés¹³⁷.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage comprennent la stigmatisation liée aux tests eux-mêmes ou au diagnostic de l'hépatite C¹³⁴ et certains effets des traitements qui varient selon les médicaments administrés.

Justification

Aucun essai sur le dépistage comparé aux soins usuels n'a été recensé. Le dépistage permet de repérer les personnes susceptibles de bénéficier d'un traitement potentiellement curatif qui prévient le cancer du foie, en plus d'éliminer le risque de propagation. La fiabilité du dépistage et l'efficacité du traitement permettent d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations relatives à la pratique

Un dépistage tous les 3–5 ans environ pourrait être approprié selon les facteurs de risque, tels que le nombre de partenaires sexuels ou la toxicomanie, bien que l'intervalle optimal n'ait pas été établi¹³⁹.

Équité dans le déploiement des ressources

Les programmes de dépistage dans la collectivité peuvent en améliorer l'adoption. Les traitements de l'hépatite C (p. ex., antiviraux à action directe) indiqués à la suite d'un dépistage ou d'un examen clinique sont actuellement coûteux, mais se révèlent rentables¹⁴⁰.

Tuberculose

Nous recommandons le dépistage de l'infection tuberculeuse latente au moyen du test cutané à la tuberculine ou du test de libération de l'interféron γ chez les personnes ayant des facteurs de risque, y compris une immigration récente en provenance d'un pays où l'incidence de la maladie est élevée (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Le test cutané à la tuberculine (TCT) et les tests de libération de l'interféron γ (TLIG) sont moyennement sensibles et hautement spécifiques. La sensibilité pour le dépistage de l'infection varie de 0,52 à 0,79 selon les seuils établis pour le test cutané à la tuberculine, et de 0,77 à 0,90 pour les différents TLIG¹⁴¹. Chez les personnes qui n'ont pas été vaccinées contre la tuberculose, la

spécificité varie de 0,95 à 0,99 pour le test cutané à la tuberculine et de 0,95 à 0,98 pour les TLIG^{56,141}. Le traitement préventif chez les personnes ayant une tuberculose latente protège efficacement contre la tuberculose active¹⁴².

Iniquités

La tuberculose est un parfait exemple de maladie à forte composante sociale^{143,144}. Faire partie d'une population où l'incidence de la tuberculose est élevée constitue le principal facteur de risque d'infection tuberculeuse latente⁵⁶. Les personnes autochtones de certaines communautés sont exposées à un risque élevé d'infection et de maladie tuberculeuses¹⁴⁵. La morbidité et la mortalité liées à la tuberculose sont plus marquées dans certaines populations défavorisées, dont les personnes itinérantes, toxicomanes ou incarcérées¹⁴⁶. Le risque de tuberculose active et de ses complications est beaucoup plus marqué chez les personnes séropositives pour le VIH que chez les autres personnes¹⁴⁷.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage de l'infection tuberculeuse comprennent la stigmatisation¹⁴⁸, et les effets des traitements englobent des symptômes pseudogrippaux et l'hépatotoxicité¹⁴².

Justification

Aucun essai clinique ayant porté sur la comparaison du dépistage de l'infection tuberculeuse avec les soins usuels n'a été recensé. Le dépistage chez les personnes à risque élevé permet de repérer celles qui pourraient bénéficier d'un traitement préventif et également de réduire les risques de propagation aux hommes et aux femmes vulnérables, sujets à l'infection tuberculeuse active. Chez les personnes à risque élevé, l'efficacité du traitement permet d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations relatives à la pratique

Le dépistage devrait être offert aux personnes exposées à un risque élevé d'infection tuberculeuse, qui proviennent, par exemple, de pays où l'incidence est élevée. Les pays où l'incidence est élevée (> 200 pour 100 000) sont cités dans le rapport mondial sur la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé (https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/)¹⁴⁹. Les réfugiés qui ont vécu dans un pays où l'incidence se situe à plus de 50 pour 100 000 personnes pourraient aussi bénéficier du dépistage¹⁴⁹. Le dépistage de l'infection tuberculeuse latente est aussi recommandé chez les personnes séropositives pour le VIH, compte tenu du risque de progression¹⁴⁷. Nous n'avons pas trouvé suffisamment de données probantes pour recommander un dépistage de l'infection tuberculeuse latente chez les personnes autochtones, malgré une incidence élevée dans certaines communautés où un test courant serait approprié. Des outils d'aide aux prises de décisions peuvent faciliter l'évaluation du risque de progression vers une infection tuberculeuse active et le risque d'hépatotoxicité lié au traitement (<http://tstin3d.com/fr/calc.html>). Un dépistage ponctuel suffira généralement⁵⁶.

En plus du dépistage de l'infection tuberculeuse latente, les médecins devraient être à l'affût d'un risque d'infection tuberculeuse active chez les personnes toxicomanes ou chez celles ayant des antécédents d'itinérance ou d'incarcération.

Équité dans le déploiement des ressources

Aucun obstacle ne devrait bloquer l'accès aux tests de dépistage et au traitement de l'infection tuberculeuse; les TLIG devraient être accessibles sans frais, selon le cas, par exemple, aux personnes ayant reçu un vaccin antituberculeux¹⁵⁰. Ces tests coûtent environ 55 \$¹⁵¹; ils sont rentables^{151,152} et exigent moins de temps que les tests cutanés pour les médecins qui les administrent. Le dépistage et les interventions cliniques devraient être soutenus par des investissements visant à corriger les déterminants en amont et à tenir compte de la souveraineté autochtone selon le cas¹⁴⁵.

Consommation de substances

Tabagisme

Nous recommandons le dépistage du tabagisme et d'autres mesures de soutien appropriées à l'adolescence et à l'âge adulte chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Interroger la personne sur l'usage du tabac au cours des 12 derniers mois est une façon fiable de débusquer le tabagisme¹⁵³. Les interventions pour l'abandon du tabac chez les adultes, y compris les traitements de remplacement de la nicotine (rapport des taux 1,55, IC de 95 % 1,49–1,61; 133 essais, $n = 64\,640$), le bupropion (rapport des taux 1,64, IC de 95 % 1,52–1,77; 46 essais, $n = 17\,866$), la varénicline (rapport des taux 2,24, IC de 95 % 2,06–2,43; 27 essais, $n = 12\,625$), les interventions comportementales, comme les conseils formulés par les médecins (risque relatif 1,76, IC de 95 % 1,58–1,96; 28 essais, $n = 22\,239$), et la pharmacothérapie alliée à des mesures comportementales (risque relatif 1,83, IC de 95 % 1,68–1,98; 53 essais, $n = 25\,375$) ont tous un effet à la hausse sur les taux d'abandon du tabagisme comparativement à l'absence d'intervention¹⁵⁴. Chez les femmes enceintes, les mesures comportementales sont associées à un plus grand nombre d'abandons du tabagisme vers la fin de la grossesse (rapport des taux 1,35, IC de 95 % 1,23–1,48)¹⁵⁴. Chez les adultes qui fument, les interventions comportementales sont aussi associées à des réductions de la mortalité toutes causes confondues (7%), de la mortalité par maladie coronarienne (13%), de l'incidence du cancer du poumon et de la mortalité par cancer du poumon (11%)¹⁵⁴.

Iniquités

Le tabagisme contribue en grande partie aux différences de mortalité en fonction du revenu au Canada¹⁵⁵. Les personnes qui fument et qui ont un revenu plus élevé sont plus susceptibles de vouloir « écraser » (RC 1,26, IC de 95 % 1,14–1,40; $n = 16\,458$) et d'être abstinentes pendant au moins 1 mois (RC 1,30, IC de 95 %

1,09–1,55; $n = 5289$) que les personnes moins bien nanties¹⁵⁶. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'utiliser les timbres de nicotine (RC 1,39, IC de 95 % 1,16–1,67), la varénicline (RC 1,37, IC de 95 % 1,13–1,66), les lignes téléphoniques d'aide aux fumeurs (RC 1,39, IC de 95 % 1,07–1,79), la téléassistance en ligne pour fumeurs (RC 1,43, IC de 95 % 1,18–1,74), les documents d'autoassistance (RC 1,81, IC de 95 % 1,46–2,26) et d'autres méthodes (RC 1,40, IC de 95 % 1,14–1,73)¹⁵⁷.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage comprennent les effets des traitements, tels que les réactions indésirables générales (p. ex., palpitations) et locales (p. ex., éruptions cutanées) associées aux traitements de remplacement de la nicotine; la perte de poids et l'insomnie associées au bupropion; et les rêves marquants associés à la varénicline^{154,158,159}.

Justification

Aucun essai clinique portant sur le dépistage du tabagisme n'a été recensé. Le dépistage peut permettre de repérer les personnes susceptibles de bénéficier d'interventions qui allègent efficacement le lourd fardeau du tabagisme. La fiabilité du dépistage et l'efficacité des traitements permettent d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris de la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte). Le tabagisme commence souvent à l'adolescence; les adolescentes et les adolescents devraient donc être également soumis au dépistage.

Considérations relatives à la pratique

Le dépistage peut être effectué à l'aide de questions simples sur l'utilisation des produits du tabac au cours des 12 derniers mois¹⁵³. La fréquence idéale du dépistage n'a pas été établie dans le cadre d'essais cliniques; nous suggérons donc un dépistage tous les 3–5 ans et un dépistage plus fréquent serait à conseiller chez les adolescentes et les adolescents.

Équité dans le déploiement des ressources

L'aide à l'abandon du tabagisme peut être offerte par des personnes extérieures aux équipes soignantes habituelles^{160,161}. Tout ce qui fait obstacle au traitement, y compris les dépenses personnelles, devrait être éliminé, et l'application de cette recommandation nécessitera l'accès à du counselling et à de la pharmacothérapie.

Consommation d'alcool

Nous recommandons le dépistage de la consommation malsaine d'alcool et des formes de soutien appropriées à l'adolescence et à l'âge adulte chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

En ce qui concerne les adultes (35 études, $n = 114\,182$), les études portant sur des questionnaires brefs de dépistage indiquent généralement une sensibilité et une spécificité qui se situe entre

0,70 et 0,85; par exemple, les études sur le dépistage reposant sur une seule question (« Combien de fois au cours de la dernière année avez-vous pris 4 consommations [5 pour les hommes] ou plus en une journée? ») indiquent une sensibilité qui se situe entre 0,73 et 0,88 (IC de 95 % 0,65 à 0,89) et une spécificité qui varie de 0,74 à 1,0 (IC de 95 % 0,69 à 1,0)¹⁶². Chez les adolescentes et les adolescents (10 études, $n = 171\,363$), 1 étude ($n = 225$) a indiqué une sensibilité de 0,73 (IC de 95 % 0,60 à 0,83) et une spécificité de 0,81 (IC de 95 % 0,74 à 0,86) à l'aide du questionnaire AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test–Consumption) visant à repérer toute consommation d'alcool problématique¹⁶².

Dans toutes les populations (68 essais, $n = 36\,528$), les interventions de counselling sont associées à une baisse du nombre de consommations par semaine (DM $-1,60$, IC de 95 % $-2,20$ à $-1,00$; 32 essais, $n = 15\,974$), de la proportion de personnes dépassant les limites recommandées (RC 0,60, IC de 95 % 0,53 à 0,67; 15 essais, $n = 9760$) et de la proportion de personnes faisant état d'un épisode de grande consommation (RC 0,67, IC de 95 % 0,58 à 0,77; 12 essais, $n = 8108$), ainsi qu'à une augmentation de la proportion de femmes enceintes se disant abstinentes au bout de 6–12 mois (RC 2,26, IC de 95 % 1,43 à 3,56; 5 essais, $n = 796$)¹⁶². Les interventions de counselling sont aussi associées à une réduction plus marquée de la mortalité toutes causes confondues que l'absence d'intervention (RC 0,64, IC de 95 % 0,34 à 1,19; 9 essais, $n = 4533$)¹⁶². L'acamprosate (nombre de personnes à traiter 12, IC de 95 % 8 à 26) et la naltrexone (nombre de personnes à traiter 20, IC de 95 % 11 à 50) réduisent la probabilité d'un retour à la consommation chez les adultes ayant un problème d'alcool¹⁶³.

Iniquités

Les femmes sont moins susceptibles que les hommes de recourir à des services d'aide relatifs à des problèmes d'alcool, quels qu'ils soient (RC 0,53, IC de 95 % 0,33–0,86), à des services spécialisés (RC 0,41, IC de 95 % 0,19–0,87) ou à des démarches en 12 étapes (RC 0,39, IC de 95 % 0,21–0,71)¹⁶⁴. Elles sont également moins susceptibles d'avoir accès à des consultations en personne (RRI 0,84; $n = 66\,053$) et aux médicaments de prévention des rechutes approuvés par la Food and Drug Administration des États-Unis (RRI 0,89; $n = 66\,053$) que les hommes¹⁶⁵. Les personnes vivant en milieu rural sont moins susceptibles que les citadins de subir un dépistage concernant la consommation d'alcool (RC 0,15, IC de 95 % 0,14–0,16), d'être renseignés à ce sujet (RC 0,15, IC de 95 % 0,14–0,17) ou de recevoir des conseils appropriés (RC 0,08, IC de 95 % 0,06–0,09) après un dépistage positif¹⁶⁶. En milieu rural, on observe aussi moins de traitements instaurés (RC 0,88, IC de 95 % 0,83–0,93; $n = 52\,165$), d'observance thérapeutique (RC 0,86, IC de 95 % 0,77–0,97; $n = 14\,114$) et de médicaments prescrits (RC 0,83, IC de 95 % 0,73–0,94; $n = 15\,062$) qu'en milieu urbain¹⁶⁷. Parmi les adultes de 65 ans ou plus ($n = 9663$), les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'affirmer avoir fait l'objet d'un dépistage de leur consommation d'alcool (risque relatif 1,22, IC de 95 % 1,05–1,42), mais moins susceptibles d'aborder le sujet avec leurs médecins (risque relatif 0,82, IC de 95 % 0,73–0,91)¹⁶⁸.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage comprennent les effets indésirables des traitements, comme l'anxiété, la diarrhée et les vomissements avec l'acamprosate et les vomissements et les céphalées avec la naltrexone¹⁶³.

Justification

Aucun essai clinique portant sur le dépistage n'a été recensé. La fiabilité du dépistage et l'efficacité des traitements permettent d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris de la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte). La consommation d'alcool commence souvent à l'adolescence.

Considérations relatives à la pratique

Il est possible de repérer un problème d'alcool en s'informant du nombre de consommations hebdomadaires ou en demandant à quelle fréquence le nombre de consommations quotidiennes dépasse un certain seuil¹⁵³. La fréquence idéale du dépistage n'a pas été établie dans le cadre d'essais cliniques; nous suggérons donc un dépistage tous les 3–5 ans. Un dépistage plus fréquent serait à conseiller à l'adolescence.

Équité dans le déploiement des ressources

Tout ce qui fait obstacle au traitement, y compris les dépenses personnelles, devrait être éliminé et l'application de cette recommandation nécessitera l'accès à du counselling et à de la pharmacothérapie.

Consommation d'autres substances

Nous recommandons le dépistage de la consommation d'autres substances et des formes de soutien appropriées à l'adolescence et à l'âge adulte chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Selon une revue systématique, les instruments de dépistage fondés sur la fréquence ou sur l'évaluation des risques s'accompagnent généralement d'une sensibilité supérieure ou égale à 0,80 et d'une spécificité supérieure ou égale à 0,85 pour ce qui est de la reconnaissance d'une consommation malsaine de drogues ou de la toxicomanie chez les adultes si les résultats sont confirmés par une entrevue diagnostique structurée¹⁶⁹.

Les interventions psychosociales sont associées à une plus grande probabilité d'abstinence (risque relatif 1,60, IC de 95 % 1,24 à 2,13), à moins de jours d'utilisation de drogues (DM $-0,49$, IC de 95 % $-0,85$ à $-0,13$) et à une gravité moindre de la consommation (différence moyenne standardisée [DMS] $-0,18$, IC de 95 % $-0,32$ à $-0,05$) au bout d'un suivi de 3–4 mois¹⁶⁹. Les effets bienfaisants après 6–12 mois d'intervention s'observent uniquement pour l'abstinence de drogues (risque relatif 1,25, IC de 95 % 1,11 à 1,52)¹⁶⁹. Les effets sont généralement plus prononcés dans les populations qui recherchent un traitement que dans les populations soumises à un dépistage, plus marqués pour le cannabis que pour d'autres drogues, plus marqués à court terme (3–4 mois) qu'à long terme (6–12 mois) et plus marqués avec les

interventions soutenues qu'avec les interventions brèves¹⁶⁹. Les agonistes opioïdes (méthadone et buprénorphine) et la naltrexone sont associés à un risque moindre de rechute (risque relatif 0,75, IC de 95 % 0,59 à 0,82 pour les agonistes opioïdes; 0,73, IC de 95 % 0,62 à 0,85 pour la naltrexone) et à une probabilité accrue de maintien du traitement (risque relatif 2,58, IC de 95 % 1,78 à 4,59 pour le traitement par agonistes opioïdes; 1,71, IC de 95 % 1,13 à 2,49 pour la naltrexone) chez les personnes dépendantes aux opioïdes après 4–12 mois de traitement¹⁷⁰.

Iniquités

Selon une revue systématique groupant 50 ERC, les participants de race noire (4 essais, $n = 2327$) et d'origine hispanique (3 essais, $n = 3260$) ont une moins bonne observance thérapeutique que les participants de race blanche¹⁷¹. L'abstinence à la suite du traitement est également moindre chez les personnes de race noire (1 essai, $n = 1175$) et d'origine hispanique (1 essai, $n = 699$) par rapport aux personnes de race blanche, et les participants de race noire font état d'un plus grand nombre de jours d'utilisation de substances après le traitement que les participants de race blanche (1 essai, $n = 297$)¹⁷¹. Le taux de traitement psychosocial est significativement moindre chez les personnes racialisées que chez les personnes de race blanche (coefficient estimé $-0,17$, IC de 95 % $-0,19$ à $-0,16$ pour les personnes d'origine asiatique; $-0,05$, IC de 95 % $-0,06$ à $-0,04$ pour les personnes d'origine hispanique), ce qui indique une disparité, bien que les personnes de race noire soient plus susceptibles de recevoir un traitement que les personnes de race blanche (coefficient estimé $0,03$, IC de 95 % $0,02$ à $0,04$). Toutefois, les 3 groupes racialisés sont moins susceptibles que les personnes de race blanche de s'engager dans leur traitement et de recevoir des soins de suivi dans les 30 jours après une consultation dans un service des urgences ou après l'abandon du traitement¹⁷².

Préjudices

Le dépistage de l'utilisation des substances n'est associé à aucun préjudice¹⁶⁹, mais le repérage des personnes ayant un trouble lié à ce type d'usage pourrait mener à de la stigmatisation et nuire à leurs soins¹⁷³. Les préjudices potentiels liés au dépistage de l'utilisation de substances comprennent aussi les risques inhérents à la pharmacothérapie, comme la sédation liée à la méthadone et la constipation liée à la buprénorphine^{174,175}.

Justification

Aucun essai clinique portant sur le dépistage n'a été recensé. La fiabilité du dépistage et l'efficacité des traitements permettent d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris de la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte). L'utilisation de substances commence souvent à l'adolescence.

Considérations relatives à la pratique

S'informer de l'utilisation des substances au cours des 12 derniers mois permet de détecter d'une manière fiable une utilisation de substances pouvant se prêter à des interventions¹⁵³. La fréquence idéale du dépistage n'a pas été établie dans le cadre

d'essais cliniques; nous suggérons donc un dépistage tous les 3–5 ans. Un dépistage plus fréquent pourrait être à conseiller chez les adolescentes et les adolescents.

Équité dans le déploiement des ressources

Tout ce qui fait obstacle au traitement, y compris les dépenses personnelles, devrait être éliminé et l'application de cette recommandation nécessitera l'accès à du counselling et à de la pharmacothérapie.

Santé mentale

Dépression

Nous recommandons le dépistage de la dépression et des formes de soutien appropriées à l'adolescence et à l'âge adulte chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Le dépistage de la dépression peut contribuer à atténuer les symptômes, selon les résultats mitigés de 3 essais cliniques. Un essai groupant 462 femmes en période postpartum a révélé que celles qui subissaient un dépistage de la dépression étaient moins susceptibles d'être déprimées 6 mois après leur accouchement que celles qui recevaient les soins usuels (risque relatif 0,59, IC de 95 % 0,39 à 0,89) et les scores moyens à l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg étaient également plus bas dans le groupe soumis au dépistage (DMS $-0,34$, IC de 95 % $-0,15$ à $-0,52$) que dans l'autre^{176,177}. Les programmes comprenant un dépistage de la dépression durant la grossesse ou le postpartum (avec ou sans éléments thérapeutiques additionnels) sont associés à un risque moindre de dépression de 3–5 mois après l'accouchement comparativement aux soins usuels¹⁷⁸. Toutefois, un essai portant sur des cas de syndrome coronarien aigu ($n = 1001$) a démontré une différence minime, voire nulle, sur les plans de la qualité de vie liée à la santé et des symptômes dépressifs chez les personnes soumises à un dépistage de la dépression comparativement à celles qui recevaient les soins usuels¹⁷⁹. Chez les adultes qui consultaient une première fois pour l'arthrose (1 essai, $n = 1412$), l'évaluation de la dépression et de l'état de santé général après la consultation n'a eu aucun effet statistiquement significatif sur les paramètres de santé¹⁸⁰. Les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la dépression sont efficaces¹⁸¹.

Iniquités

La stigmatisation est un obstacle au traitement de la dépression et peut prendre diverses formes selon l'identité et l'âge¹⁸². Les recommandations antérieures à l'encontre du dépistage de la dépression reposent sur une prémisse selon laquelle les adultes et les adolescentes et les adolescents déprimés auront un diagnostic dans le cadre de soins cliniques courants¹⁸³, mais la situation pourrait être différente chez les personnes défavorisées. Le dépistage pourrait aider à lutter contre les iniquités concernant le cheminement clinique de la dépression et les résultats^{184,185}.

Préjudices

Les préjudices potentiels liés au dépistage comprennent certains effets du traitement pharmacologique, comme les effets indésirables des antidépresseurs d'usage courant (p. ex., agitation, dysfonctionnement sexuel ou gain pondéral et symptômes de sevrage associés aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)¹⁸⁶.

Justification

Les essais cliniques dans lesquels le dépistage a été comparé aux soins usuels ciblaient des populations particulières et ont donné des résultats mitigés et, dans un essai, les chercheurs ont fait état d'un bienfait important. Les personnes défavorisées pourraient ne pas avoir accès aux soins usuels (y compris présumément une évaluation de la santé mentale), ce qui entraîne des iniquités sur les plans des paramètres de santé mentale et des formes de soutien proposées. La fiabilité du dépistage et l'efficacité des traitements permettent d'affirmer que les avantages du dépistage, y compris de la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations relatives à la pratique

Les instruments de dépistage de la dépression — y compris le fait de demander à une personne si elle se sent déprimée ou désespérée ou si elle a éprouvé de l'anhédonie au cours du mois écoulé — sont fiables^{187,188}. La fréquence idéale du dépistage n'a pas été établie dans les essais cliniques; nous suggérons donc un dépistage tous les 3-5 ans.

Équité dans le déploiement des ressources

Le dépistage de la dépression demande du temps aux médecins, même s'il est fait à l'aide de questionnaires ou si d'autres membres de l'équipe y participent. Tout obstacle aux traitements efficaces, comme le counselling et la pharmacothérapie, doit être éliminé.

Santé buccale

Caries dentaires

Nous recommandons le dépistage des caries dentaires, une sensibilisation à la santé buccale et des consultations en médecine dentaire chez les enfants de moins de 5 ans défavorisés (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Un examen de dépistage dentaire effectué par un médecin de soins primaires dûment formé est fiable chez les enfants de moins de 5 ans : sensibilité de 0,76 (IC de 95 % 0,55 à 0,91) et spécificité de 0,95 (IC de 95 % 0,92 à 0,98) pour le repérage d'un enfant présentant 1 carie ou plus; sensibilité de 1,0 et spécificité de 0,87 (IC non indiqué) pour la reconnaissance de caries du biberon affectant les incisives (le plus souvent chez les nourrissons mis au lit avec leur biberon); et sensibilité de 0,53 et spécificité de 0,77 (IC non indiqué) pour le repérage des enfants exposés à un risque accru de caries¹⁸⁹. La sensibilisa-

tion à l'importance de l'hygiène buccale favorise les gestes comme le brossage des dents, et améliore la santé buccale, comme en témoigne la diminution de la plaque dentaire ou des saignements gingivaux¹⁹⁰. L'application topique de fluor dans une clinique dentaire est associée à moins de caries (DM -0,94, IC de 95 % -1,74 à -0,34; 13 essais, $n = 5733$) et à une probabilité moindre de caries incidentes (risque relatif 0,80, IC de 95 % 0,66 à 0,95; 12 essais, $n = 8177$) que le placebo ou l'absence d'intervention, et ce, sans risque de fluorose ou d'effets indésirables¹⁸⁹.

Iniquités

Les personnes racialisées (RC 0,73, écart type [É.-T.] 0,05), celles qui sont de sexe masculin (RC 0,63, É.-T. 0,03), qui ont un degré d'instruction (RC 0,40, É.-T. 0,03) et un revenu moins élevés (RC 0,29, É.-T. 0,03), qui bénéficient d'une aide gouvernementale (RC 0,67, É.-T. 0,08) ou qui sont non assurées (RC 0,25, É.-T. 0,02) sont moins susceptibles d'avoir au moins 1 examen dentaire par année que les autres¹⁹¹. Les immigrants récents sont moins susceptibles de recevoir des soins dentaires au moins 1 fois l'an que les personnes nées au Canada (RC 0,73, É.-T. 0,10), selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014 ($n = 9\,625\,439$)¹⁹¹. Les personnes autochtones pourraient être plus susceptibles de ne mentionner aucune consultation en médecine dentaire au cours de l'année écoulée que les autres groupes (RC 1,21, IC de 95 % 0,87 à 1,68)¹⁹². Les citadins se disent plus satisfaits du coût de leur plus récente consultation en médecine dentaire (DM 0,19, IC de 95 % 0,10 à 0,29) que ceux qui vivent en milieu rural¹⁹³.

La plupart des problèmes de santé buccale sont plus graves chez les enfants ayant des besoins spéciaux que chez les autres enfants, comme en témoignent l'indice CAOD (dents cariées, absentes ou obturées) (DMS 0,44, IC de 95 % 0,34 à 0,54), l'indice de plaque dentaire (DMS 0,16, IC de 95 % 0,03 à 0,29), l'indice communautaire des besoins en traitements parodontaux (DMS 1,42, IC de 95 % 1,22 à 1,62) et l'indice d'hygiène buccale (DMS 0,80, IC de 95 % 0,64 à 0,96)¹⁹⁴.

Préjudices

Le traitement par application topique de fluor n'est pas associé à un risque de fluorose et ne cause pas d'autres effets indésirables, même si des effets peuvent avoir été sous-estimés et si certains enfants en tolèrent plus ou moins l'odeur et le goût¹⁸⁹.

Justification

Aucun essai clinique sur le dépistage n'a été recensé. Les médecins peuvent détecter les caries durant la petite enfance, et la présence de caries justifie certaines interventions comme une sensibilisation à l'importance de l'hygiène buccale et les traitements au fluor. La fiabilité du dépistage et l'efficacité des traitements permettent d'affirmer que les bienfaits du dépistage, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations relatives à la pratique

Le dépistage des caries dentaires peut être effectué à chaque consultation en soins préventifs ou cliniques chez l'enfant en bonne santé. La sensibilisation à l'importance de l'hygiène buccale peut comprendre des sujets comme la prévention des caries du biberon, l'évitement des aliments et des boissons sucrés ainsi que l'importance et la technique du brossage de dents¹⁹⁵.

Équité dans le déploiement des ressources

Les médecins peuvent devoir apprendre comment reconnaître les caries, ce qui peut se faire dans le cadre de la formation professionnelle annuelle exigée, bien que des outils d'usage courant, comme le relevé postnatal Rourke, présentent déjà des conseils sur la prévention des caries dentaires¹⁹⁶. Les questions de coût et de lieu de résidence ne devraient pas être des obstacles au dépistage des problèmes dentaires et à la prestation de soins dentaires. Il faudrait prévoir le remboursement des frais de déplacement pour faciliter l'accès aux soins dentaires des personnes vivant en région éloignée.

Risques sociaux

Pauvreté

Nous recommandons le dépistage des facteurs de risque sociaux, y compris la pauvreté ou toute difficulté d'accès aux biens de première nécessité, et une orientation vers des ressources et des formes de soutien nécessaires pour toutes les familles avec enfants (recommandation faible, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Dans un ERC, l'essai WE CARE (Well Child Care, Evaluation, Community Resources, Advocacy, Referral, Education), les mères ($n = 336$) inscrites à un service de dépistage clinique des risques sociaux et d'accès à des consultations ont été plus susceptibles d'être orientées vers des ressources spécialisées dès leur visite initiale (RC 29,60, IC de 95 % 14,70 à 59,60) et vers une nouvelle ressource communautaire (RC 2,10, IC de 95 % 1,20 à 3,70) que celles qui recevaient les soins usuels¹⁹⁷. Les femmes soumises au dépistage étaient également plus susceptibles d'être sur le marché du travail (RC 44,40, IC de 95 % 9,80 à 201,40), d'avoir des enfants en garderie (RC 6,30, IC de 95 % 1,50 à 26,00), de recevoir des prestations pour carburant (RC 11,90, IC de 95 % 1,70 à 82,90) et risquaient moins d'être hébergées dans un refuge pour sans-abris (RC 0,20, IC de 95 % 0,10 à 0,90) que les participantes témoins¹⁹⁷. Dans un autre ERC ($n = 1809$), les familles inscrites à un programme d'orientation vers des ressources sociales pédiatriques, qui comprenait un dépistage courant et des services d'aide en personne, ont fait état d'un nombre significativement moindre de besoins sociaux à combler (DM $-0,39$, É.-T. 0,13 c. DM 0,22, É.-T. 0,13; $p < 0,001$) et d'une amélioration significativement plus marquée de l'état de santé général des enfants (DM $-0,36$, É.-T. 0,05 c. DM $-0,12$, É.-T. 0,05; $p < 0,001$) que celles à qui on remettait simplement des documents imprimés concernant les ressources communautaires¹⁹⁸.

Préjudices

Notre recommandation vise à assurer aux enfants un accès aux ressources nécessaires, mais un préjudice potentiel serait que les familles racialisées et autochtones soient orientées de façon disproportionnée vers les services de protection à l'enfance si la recommandation est mal appliquée¹⁹⁹.

Justification

Selon quelques essais cliniques, le dépistage des risques sociaux et une orientation en personne dans les milieux de soins vers les services nécessaires peuvent améliorer l'accès à des ressources communautaires pour les familles qui n'arrivent pas à se procurer les biens de première nécessité. Les effets du dépistage dépendent probablement de la façon dont il est effectué et des formes de soutien disponibles dans la communauté (par conséquent, la recommandation est faible ou conditionnelle).

Considérations relatives à la pratique

Un feuillet contenant quelques questions sur les risques sociaux et les ressources appropriées pourrait servir d'entrée en matière pour une discussion¹⁹⁷. La fréquence idéale du dépistage n'a été établie dans aucune étude; nous suggérons donc un dépistage tous les 3–5 ans.

Équité dans le déploiement des ressources

L'intervention étudiée dans l'essai clinique WE CARE a été conçue de façon à être abordable et facile d'emploi^{197,200}. Le contenu du feuillet doit être adapté aux ressources locales et devra probablement être mis à jour périodiquement.

Violence conjugale

Nous recommandons un dépistage de la violence conjugale et une orientation vers des ressources, y compris juridiques, pour les personnes défavorisées (recommandation faible, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

Selon une revue systématique, le dépistage général de la violence conjugale n'est associé à aucune différence significative sur les plans de l'incidence éventuelle de la violence conjugale sur une période de 3–18 mois, de la qualité de vie, des événements défavorables, de la détresse psychologique ou du recours aux services de santé²⁰¹. Les études ayant porté sur la fiabilité des tests de dépistage de la violence conjugale au cours de l'année écoulée ou en cours ont indiqué une sensibilité allant de 30 % à 94 % et une spécificité allant de 38 % à 95 % pour l'ensemble des outils de dépistage²⁰¹. Le dépistage peut être plus efficace durant la grossesse^{201,202}. Il peut aider à orienter les femmes vers des formes de soutien efficaces²⁰³ et pourrait faire en sorte que les femmes victimes de violence conjugale se sentent en sécurité dans les milieux de soins. Les interventions, y compris l'orientation vers une aide juridique, réduisent le risque de maltraitance chez les femmes victimes de violence conjugale²⁰⁴.

Iniquités

Les taux de violence conjugale déclarés à la police sont 3 fois plus élevés chez les femmes de race noire (rapport des taux 3,03, IC de 95 % 2,79 à 3,29) et 2 fois plus élevés chez les femmes d'origine hispaniques (rapport des taux 2,19, IC de 95 % 2,02 à 2,39) que chez les femmes de race blanche²⁰⁵. Selon une méta-analyse sur la prévalence et les corrélats des situations de violence conjugale, les personnes transgenres en sont victimes de façon disproportionnée par rapport aux personnes cisgenres, y compris en ce qui concerne la violence physique (rapport des taux 2,19, IC de 95 % 1,66 à 2,88) et sexuelle (rapport des taux 2,46, IC de 95 % 1,64 à 3,69), et la victimisation est aussi associée à un risque sexuel, à la toxicomanie et aux problèmes de santé mentale dans les populations transgenres²⁰⁶.

En Floride, les quartiers où se trouve un pourcentage plus élevé de résidents noirs, d'origine non hispanique offrent moins de possibilités d'accès au dépistage de la violence conjugale ($\beta = -0,35$, $z = -1,90$, $p = 0,057$), tandis que les quartiers à majorité blanche, d'origine non hispanique disposent de services plus complets à cet égard ($\beta = 0,58$, $z = 2,22$, $p = 0,03$)²⁰⁷. Les quartiers comptant un pourcentage plus élevé de résidents âgés ($\beta = -0,03$, $z = -2,89$, $p = 0,004$) et de résidents bénéficiant de prestations de sécurité sociale ($\beta = 0,01$, $z = 2,24$, $p = 0,025$) offrent aussi moins de possibilités d'accès aux services de dépistage de la violence conjugale²⁰⁷. En Oregon, une proportion moindre de services d'urgence en région rurale qu'en région urbaine a en place des politiques officielles concernant le dépistage de la violence conjugale (74 % c. 100 %, $p = 0,01$), des outils de dépistage standardisés (21 % c. 55 %, $p = 0,01$), des formations régulières à l'intention des médecins (38 % c. 70 %, $p = 0,02$) et des services de lutte contre la violence (44 % c. 95 %, $p < 0,001$)²⁰⁸.

Préjudices

Aucune étude n'a permis de relever des préjudices associés au dépistage de la violence conjugale, mais les préjudices potentiels comprennent la stigmatisation et le risque de représailles de la part de partenaires agressifs²⁰¹.

Justification

Bien qu'aucune amélioration globale associée au dépistage général n'ait été décelée dans les essais, le dépistage est fiable et peut aider à orienter les personnes vers des formes de soutien efficace pour atténuer les préjudices de la violence conjugale. Le dépistage pourrait contribuer à lutter contre les iniquités. Les effets du dépistage dépendent probablement de la façon dont il est effectué et des formes de soutien disponibles dans la communauté (par conséquent, la recommandation est faible ou conditionnelle).

Considérations relatives à la pratique

Les questionnaires de dépistage à 4 éléments, comme l'outil HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream) sont fiables^{201,209}. Le dépistage n'est habituellement effectué que si une personne peut être évaluée en l'absence du partenaire agressif. La fréquence idéale du dépistage n'a pas été établie; nous suggérons donc un dépistage tous les 3-5 ans. La grossesse peut aggraver le risque de violence conjugale et le dépistage en cours de grossesse est à

envisager²¹⁰. Les médecins de premiers recours devraient pouvoir orienter les personnes vers les ressources communautaires appropriées.

Équité dans le déploiement des ressources

Le dépistage et le counselling nécessitent des ressources cliniques. Le dépistage peut être effectué à l'aide de questionnaires administrés par les membres de l'équipe clinique. Des investissements s'imposent pour que les personnes aient accès à des formes de soutien efficaces, y compris l'aide juridique.

Accès aux soins

Accès aux soins primaires

Nous recommandons de prioriser l'orientation vers les soins primaires, y compris une inscription automatique dans des centres de soins choisis, chez les personnes défavorisées (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).

Avantages

La présence en nombre suffisant de fournisseurs de soins primaires permet de réduire les iniquités en matière de santé, indépendamment de la race et du statut socioéconomique¹. Un rapport médecins de soins primaires/population plus élevé est associé à l'amélioration de divers paramètres de santé, y compris la mortalité toutes causes confondues, par maladie cardiaque et par cancer; l'espérance de vie; un faible poids à la naissance et d'autres indicateurs de santé. Ces effets sont habituellement plus marqués dans les groupes socialement défavorisés, y compris les personnes racialisées, les ménages à faible revenu et les personnes non assurées^{211,212}. La continuité des soins primaires est associée à un risque moindre de mort^{213,214} et d'hospitalisation^{215,216}. Les personnes qui n'ont pas de médecin de famille sont significativement moins susceptibles de déclarer avoir reçu des soins courants (25,9 % c. 73,1 %) ou immédiats en cas de problème urgent (25,7 % c. 36,0 %) que celles qui en ont un²¹⁷. Les bonnes expériences en matière de soins primaires sont associées à une réduction des effets défavorables des inégalités économiques sur la santé²¹⁸. Les centres de santé communautaire permettent de réduire et d'éliminer efficacement les disparités quant à l'accès aux soins en devenant des sources stables de soins pour les personnes défavorisées²¹¹.

Iniquités

Les expériences sont significativement plus défavorables chez les personnes habitant dans des quartiers à faible revenu et celles qui qualifient leur état de santé de médiocre ou passable²¹⁹. Les personnes qui n'ont pas de médecin de famille sont significativement plus susceptibles d'être de sexe masculin (58,7 % c. 41,3 %), jeunes (17,2 % c. 14,9 %) et immigrantes récentes (8,6 % c. 5,6%)²¹⁷. L'inscription volontaire dans un centre de soins primaires (où les gens doivent faire une demande à cet effet) peut désavantager les personnes à revenu faible et celles présentant des limites fonctionnelles³⁵. Être en mesure de choisir un professionnel de la santé en soins primaires peut être particulièrement important pour les personnes défavorisées car,

par exemple, avoir accès à un plus grand nombre de médecins de soins primaires de race noire est associé à une meilleure espérance de vie chez les personnes de race noire^{220,221}.

Préjudices

Aucune étude n'a permis de relever des préjudices globaux liés au fait d'être rattaché à un centre de soins primaires, mais des préjudices associés aux soins, comme les effets indésirables de médicaments prescrits, peuvent être plus probables chez les personnes rattachées à des professionnels de la santé en soins primaires.

Justification

L'accès aux soins primaires est associé à un meilleur état de santé, mais il est inéquitable. L'inscription systématique dans un centre de soins primaires, de la même façon que les enfants fréquentent l'école de leur localité, devrait aider à promouvoir un accès équitable. Les avantages du rattachement à un centre de soins primaires, y compris la promotion de l'équité en matière de santé, surclassent nettement les préjudices (par conséquent, la recommandation est forte).

Considérations relatives à la pratique

Même si l'application de cette recommandation exigera des ressources et des modifications hors du pouvoir direct du corps médical, les médecins de soins primaires peuvent adopter une stratégie de communication active à l'intention des communautés qu'ils servent pour que les personnes défavorisées aient accès aux soins²²².

Équité dans le déploiement des ressources

Idéalement, les personnes devraient pouvoir s'inscrire dans un centre de soins primaires de leur choix, et les centres devraient être dotés de ressources adéquates pour servir leurs populations²²³. Une inscription systématique des personnes défavorisées, qui ferait en sorte que nul ne soit refusé, pourrait être contestée, surtout compte tenu du fait qu'actuellement l'accès aux soins primaires est difficile pour beaucoup de gens²²⁴; toutefois, les initiatives de mobilisation des malades donnent à penser que l'inscription systématique jouit d'un soutien plus que timide²²⁵.

Pour augmenter la capacité en soins primaires, il faudrait des investissements importants de la part des gouvernements, mais prioriser l'accès des personnes défavorisées pourrait représenter une première étape pour répondre aux besoins de la population entière. Bien que le coût d'un meilleur accès aux soins primaires n'ait pas été chiffré précisément, on estime que l'inscription systématique des personnes défavorisées pourrait occasionner une augmentation des dépenses en soins primaires de l'ordre de 100\$ par personne pour la population entière, soit environ 3,8 milliards de dollars annuellement²²⁶. Le coût exact dépendrait de la composition des équipes soignantes qui pourraient comprendre des médecins de famille et du personnel infirmier praticien ou d'autres catégories. Nos recommandations visent à lutter contre les iniquités en matière de santé et non à générer des économies, mais les investissements en soins primaires pourraient, dans certains cas, permettre des économies en améliorant l'état de santé^{1,227}. Pour les personnes de race noire aux États-Unis, vivre dans un comté où il y a un plus grand

nombre de professionnels de la santé en soins primaires de race noire est associé à une meilleure espérance de vie²²¹, ce qui laisse penser qu'une main-d'œuvre en soins primaires représentative des populations servies permet d'en améliorer la santé.

Méthodes

Le projet Equitable Preventive Praxis Initiative in Canada (Initiative pour une médecine préventive équitable au Canada) est né à l'initiative des coresponsables (N.P., A.L.) et a pour but de parfaire et de compléter une orientation précédente, relative à des changements en matière de politique qui pourraient améliorer l'équité en santé en période post-pandémique³⁷; il se fonde sur la prémisse selon laquelle les disparités en santé pourraient en partie être résolues par des soins de santé préventifs équitables. L'énoncé de valeurs se trouve à l'annexe 2.

Le projet a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Nous avons utilisé l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) pour formuler les recommandations et nous avons suivi le guide AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) pour rédiger le rapport^{228,229}.

Composition du comité de rédaction des lignes directrices

Les coresponsables ont recruté les membres du comité de rédaction en mars et avril 2022 en plaçant des annonces dans des revues et d'autres publications (*JAMC*, *Le médecin de famille canadien* et *The Medical Post*), en adressant des courriels à des organisations pour recruter des membres potentiels (Association médicale canadienne, Collège des médecins de famille du Canada et association Black Physicians of Canada), ainsi qu'à des particuliers et à des groupes cliniques afin de vérifier leur intérêt pour participer au projet. Nous avons explicitement exprimé le souhait d'accueillir des femmes racialisées et d'autres groupes de personnes généralement sous-représentés dans les comités de rédaction de lignes directrices de pratique clinique²³⁰.

Les coresponsables ont passé en revue les candidatures de 71 personnes et en ont sélectionné 13 autres d'après leur expérience en soins primaires et dans la promotion de l'équité en matière de santé. Le comité de rédaction (N.P., M.C., K.L.D., S.I., S.H.J., A.K., F.-D.L., M.L., T.M., A.O., Y.O., O.O., L.P., P.W., A.L.) comprenait 11 médecins de famille, 1 infirmière praticienne, 1 infirmière en soins primaires, 1 administratrice et 1 patiente. Les membres du comité étaient rémunérés.

Nous avons travaillé en collaboration avec un comité distinct, appelé EMPaCT (Equity-Mobilizing Partnerships in Community), composé de patientes et patients-partenaires ayant une expérience des iniquités sociales structurelles. Le comité a été mis sur pied pour une étude ontarienne sur le dépistage du cancer du poumon et a depuis participé à plusieurs projets au Canada²³¹. Cette table communautaire interdisciplinaire indépendante a été cocréée pour que des patientes et patients-partenaires de divers horizons apportent collectivement leur point de vue à l'analyse de l'équité en matière de santé dans divers projets, comme celui de la rédaction du présent document d'orientation.

Sélection des thèmes

Quatre membres du comité de rédaction (N.P., A. Sabir, H.W., A.L.) ont dressé une liste de 26 sujets possibles reposant sur des documents d'orientation du US Preventive Services Task Force (USPSTF) et du Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) après avoir tenu compte du fardeau de chaque maladie ou facteur de risque, de l'offre des interventions présumées efficaces, ainsi que de l'existence de disparités ou d'iniquités en la matière au Canada, et des soins préventifs qui pourraient faire l'objet de directives plus ciblées.

Trois membres du comité de rédaction (N.P., H.W., A. Sabir) ont ensuite procédé à une revue exploratoire de chaque sujet proposé, comprenant le fardeau représenté, les disparités en matière de santé, l'efficacité des soins préventifs et les préjudices qui leur sont associés, la probabilité qu'une nouvelle recommandation améliore l'équité et les documents d'orientation existants. Le comité de rédaction a recueilli les commentaires du comité EMPaCT sur les différents sujets et le processus de sélection, et sollicité son avis général au cours d'une vidéoconférence tenue le 30 mars 2022.

Chaque membre du comité de rédaction a classé, par courriel, les sujets proposés en ordre d'importance, puis le comité s'est réuni par vidéoconférence pour la sélection finale des sujets le 15 juin 2022. À cette occasion, chacun des membres a d'abord voté pour les sujets, puis le comité a discuté de divers facteurs (fardeau, disparités, efficacité, préjudices, équité, documents d'orientation existants) et de questions globales, comme la portée de la ligne directrice et l'applicabilité des recommandations. En tout, le comité a retenu 16 sujets qui faisaient consensus.

Revue de la littérature et synthèse des connaissances

Pour chaque sujet priorisé, 3 membres du comité de rédaction (N.P., A. Sabir, H.W.) ont formulé des questions de recherche sur des paramètres importants (mesurés chez les personnes défavorisées et dans la population générale) et sur les iniquités relatives au dépistage et à la prise en charge, entre autres. Avec l'aide d'un bibliothécaire spécialiste des technologies de l'information en sciences de la santé, 2 membres du comité de rédaction (A. Sabir, H.W.) ont procédé à des recherches systématiques pour recenser les revues systématiques sur MEDLINE le 21 juin 2022 et ont aussi recensé les études publiées après la finalisation des revues systématiques répertoriées à l'annexe 2.

Trois membres du comité de rédaction (N.P., A. Sabir, H.W.) ont conçu des tableaux de synthèse des données probantes ayant mené aux décisions pour chaque sujet (annexe 1) à l'aide de l'application MAGICapp (<https://app.magicapp.org/>) et ont procédé à des recherches non systématiques pour recenser les études sur les valeurs et les préférences (annexe 2) ainsi que les ressources nécessaires pour une application équitable des recommandations.

Élaboration des recommandations

Des tableaux de synthèse des données ayant mené aux décisions, les recommandations existantes pertinentes et plusieurs versions des nouvelles recommandations (rédigées par les coresponsables) ont été distribués avant les rencontres du comité de rédaction qui se sont tenues par vidéoconférence les 5 octobre,

9 novembre et 7 décembre 2022, et ce, pour chaque sujet. Avant les rencontres, les membres du comité de rédaction avaient la possibilité d'indiquer leurs préférences quant aux différentes versions, de formuler leurs commentaires et de suggérer des modifications aux recommandations, au moyen d'un formulaire en ligne. Les recommandations ont été formulées par voie de consensus et les modifications, le cas échéant, ont fait l'objet de discussions durant ces rencontres.

Nous avons tenu compte des valeurs et des préférences de la patientèle (annexe 2) au cours des discussions et de la rédaction de l'ébauche des recommandations. Nous avons recueilli les commentaires du groupe EMPaCT durant une vidéoconférence tenue le 30 novembre 2022 au sujet de l'ébauche des recommandations et des modes de partage des connaissances.

Nous avons recommandé des interventions qui reposaient sur des données probantes directes quant à l'amélioration de la santé des personnes défavorisées ou sur des données indirectes, comme la fiabilité du dépistage et l'efficacité des interventions (qui, ensemble, donnent à penser qu'un accès accru des personnes défavorisées à des interventions éprouvées améliorera l'équité en matière de santé). Nous avons aussi tenu compte des documents d'orientation existants sur la prestation de soins de santé préventifs à la population générale ainsi que de la portée de la présente ligne directrice et d'une offre de soins courants aux personnes défavorisées.

Au moment de rédiger l'ébauche des recommandations, nous avons examiné leurs conséquences concrètes pour les médecins et leurs répercussions sur l'utilisation des ressources. Nous avons déterminé quels groupes bénéficieraient de chaque recommandation en tenant compte des iniquités globales en matière de santé au Canada⁸ et des données probantes relatives aux iniquités propres aux sujets; ce dernier point reposait souvent sur des études menées ailleurs, notamment aux États-Unis. Il est approprié de consulter diverses sources d'information pour orienter les interventions de soins préventifs, compte tenu de leurs effets complexes²³².

Nous avons fait circuler l'ébauche du document d'orientation parmi les membres du comité de rédaction pour recueillir leurs commentaires en décembre 2022 et confirmer le consensus avant de le soumettre à une revue externe.

Revue externe

En janvier 2023, l'ébauche du document d'orientation a été soumise, pour la revue externe, à des méthodologistes de divers horizons : lignes directrices, soins préventifs, soins primaires, domaines cliniques concernés et équité en matière de santé. Nous avons expressément exigé des commentaires de particuliers et d'organismes ayant une expertise en médecine familiale; en santé publique et en dépistage du cancer, des maladies cardiovasculaires, du cancer du col de l'utérus, de la tuberculose, des problèmes de santé mentale, de même que d'experts en médecine dentaire pédiatrique.

La revue externe a mené à plusieurs reformulations des recommandations ou des textes à l'appui (p. ex., résumé des recommandations récentes des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse⁵⁶). Ce sont les coresponsables qui ont d'abord procédé à ces modifications; le comité de rédaction les a ensuite passées en revue et approuvées.

Gestion des intérêts concurrents

Un comité externe de vérification des intérêts concurrents, composé de 1 responsable et de 2 autres membres (membres du corps professoral en médecine familiale ayant une expertise en gestion des conflits d'intérêts) a appliqué les principes du Guidelines International Network afin de conseiller les coresponsables sur la façon de gérer les intérêts concurrents²³³. Tous les membres du comité de rédaction ont divulgué leurs intérêts concurrents à l'aide du formulaire de février 2021 de l'International Committee of Medical Journal Editors (<https://www.icmje.org/disclosure-of-interest/>) avant la première rencontre et de nouveau avant la soumission du manuscrit. Les coresponsables ont passé en revue les déclarations et les mesures proposées; le comité de vérification externe a fourni son évaluation des risques et donné son avis. Tous les intérêts concurrents divulgués ont été jugés à risque faible et les déclarations ont été jugées suffisantes.

Mise en œuvre

Même si on reconnaît depuis longtemps qu'il faut lutter contre les iniquités en matière de santé²³⁴⁻²³⁷, la priorisation des soins de santé chez les personnes défavorisées pourrait mener à une transformation radicale : on ne se contenterait plus de poursuivre comme si les soins de santé et leurs effets étaient équitables, mais on adopterait plutôt des mesures particulières visant à corriger les iniquités. Les organismes nationaux et provinciaux qui appuient les médecins peuvent aider à la diffusion et à la mise en œuvre des recommandations.

Certaines des interventions recommandées, y compris les tests de libération de l'interféron γ (TLIG) et l'autodépistage du VPH et du VIH, peuvent alléger la charge de travail des fournisseurs de soins primaires. L'incidence de l'application des recommandations sur l'emploi du temps des médecins est exposée à l'annexe 2. Les outils d'aide à la prise des décisions que nous proposons (annexe 3, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230237/tab-related-content et à l'adresse www.depister.ca) peuvent être utilisés pour appliquer nos recommandations à l'intention des personnes défavorisées comme complément des orientations visant la population générale.

Des efforts soutenus devront être déployés pour offrir aux différents groupes de personnes défavorisées (p. ex., personnes en situation d'itinérance) un accès aux soins préventifs^{146,238}. À cet égard, par exemple, un meilleur accès à des soins préventifs comme le dépistage doit obligatoirement aller de pair avec les interventions nécessaires en cas de résultats positifs, ce qui comprend le remboursement des frais de déplacement pour les personnes vivant en milieu rural ou éloigné quand les soins ne sont pas offerts localement. Des services de traduction faciliteront aussi l'application des recommandations.

Étant donné que de nombreuses iniquités trouvent racine dans l'exploitation et l'appropriation⁴⁻⁶, il convient d'investir des ressources dans la promotion de l'équité en matière de santé. Les soins préventifs représentent une fraction relativement modeste des dépenses totales en santé au Canada (5%, selon les données de 2023 de l'Organisation de coopération et de développement économiques, contre 25% pour les hôpi-

taux)²³⁹. Même si les économies ne sont pas le principal moteur des recommandations de cette ligne directrice, bon nombre d'entre elles pourraient se révéler rentables (p. ex., l'accès aux soins primaires réduira probablement les dépenses globales en santé) et rendront les soins plus efficaces (p. ex., les TLIG réduisent le nombre de consultations médicales). D'autres éléments d'infrastructure, comme les appareils de TDM en milieu rural, pourraient être nécessaires et certaines des interventions recommandées (p. ex., tests de dépistage du VPH) semblent rentables.

En plus d'appliquer la recommandation concernant l'inscription dans un centre de soins primaires, les gouvernements des provinces et des territoires devraient faire en sorte que la prestation des soins préventifs soit adéquatement provisionnée et soutenue. Certaines des interventions mises de l'avant dans nos recommandations sur les soins de santé préventifs (autodépistage du VPH et du VIH, TLIG pour l'infection tuberculeuse) devraient être remboursées par les régimes publics (actuellement, la couverture varie au Canada, malgré les demandes réitérées à cet égard²⁴⁰⁻²⁴³) et leur déploiement efficace exigera une collaboration intersectorielle²⁴³.

Il sera possible de faire un suivi des lignes directrices appliquées à l'échelle nationale, provinciale et locale, de même qu'à l'échelle des établissements et des fournisseurs de soins en comparant les taux d'inscription dans des centres de soins primaires et les taux d'interventions de dépistage recommandées dans certaines populations. Nous avons l'intention de mettre nos recommandations à jour d'ici à 5 ans, et certaines plus tôt si d'importants développements se produisent.

Autres lignes directrices

Ces recommandations axées sur la lutte contre les iniquités en matière de santé complètent celles du GECSSP, de l'USPSTF et d'autres groupes avec lesquelles elles s'harmonisent en grande partie (tableau 1). Parmi les différences clés, mentionnons nos recommandations concernant l'autodépistage du VPH (au lieu du test de Papanicolaou actuellement préconisé par le GECSSP), l'instauration de stratégies de communication pour le dépistage du cancer colorectal dès l'âge de 45 ans (plutôt que de 50 ans, comme le recommande le GECSSP) et le dépistage de la pauvreté dans les familles avec enfants. En plus des données probantes précises citées à l'appui de nos recommandations, le document d'orientation se fonde aussi sur notre conviction qu'un accès équitable aux soins de santé préventifs est une façon de lutter contre les iniquités en matière de santé.

À l'annexe 2, nous expliquons en outre en quoi et pour quelles raisons notre document d'orientation diffère de ceux produits ailleurs. Notre document d'orientation peut servir de complément à ceux d'autres organismes. Par exemple, les médecins pourraient décider de dépister la dépression chez les personnes défavorisées comme nous le recommandons, sans appliquer un dépistage à la population générale selon les indications du GECSSP, ou de faire un dépistage en fonction des facteurs de risque (tels que difficultés psychosociales, problèmes de santé chroniques et antécédents familiaux), comme

le recommande le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (Réseau canadien pour le traitement des troubles de l'humeur et de l'anxiété)^{65,183,244,245}.

Connaissances à parfaire

Certaines interventions de dépistage, comme le dépistage de la pauvreté ou des risques sociaux chez les adultes et celui de la violence conjugale chez les hommes, doivent encore faire l'objet d'essais cliniques. Plusieurs interventions ont été recommandées d'après la fiabilité des instruments de dépistage et de l'efficacité des choix thérapeutiques, mais des essais cliniques de dépistage pourraient porter sur la toxicomanie et les caries dentaires.

Des essais cliniques visant à mesurer les retombées du dépistage et de la prise en charge appropriée du VIH, de l'hépatite C (VHC), de l'infection tuberculeuse, du tabagisme, de la consommation d'alcool et d'autres substances, de la dépression, des caries dentaires et de la pauvreté devraient être menés au Canada. Le coût total de tels essais serait probablement modeste par rapport au fardeau des maladies, au coût des soins et aux avantages potentiels attribuables à l'amélioration des soins.

Nous nous prononçons également en faveur de recherches plus approfondies sur la façon de lutter contre d'autres iniquités que le présent document n'aborde pas, par exemple, celle qui touche le cancer de la prostate chez les hommes autochtones et de race noire^{246,247}.

Limitations

La santé autochtone pourrait faire l'objet d'un processus spécifique, mené à l'initiative des Autochtones sur les soins de santé préventifs à leur intention, ce que n'abordait pas notre document, même si nos recommandations peuvent être bénéfiques pour différents groupes défavorisés.

La priorisation de nos sujets a exclu les questions qui ne nous ont pas semblé pertinentes pour faire progresser l'équité en matière de santé et qui sont abordées par d'autres organismes. Notre document d'orientation ne fait qu'effleurer certains problèmes cruciaux au Canada, comme la prévention des morts liées aux opioïdes, qui exige une approche multiple et dépasse le cadre des soins de santé préventifs. Les vaccins ne sont pas abordés dans notre document d'orientation, bien qu'il s'agisse d'un aspect important de la santé préventive.

Certaines recommandations se fondent sur des données indirectes, comme la fiabilité des interventions de dépistage et l'efficacité des traitements proposés, plutôt que sur les résultats d'essais cliniques de dépistage. De nombreuses études qui sous-tendent nos recommandations, y compris en matière de disparité, ont été effectuées ailleurs dans le monde, notamment aux États-Unis. Notre énoncé sur les valeurs et les préférences se fonde sur une approche non structurée plutôt que sur une recherche systématique de la littérature. Nous avons aussi effectué des recherches libres plutôt que systématiques sur l'utilisation des ressources.

Conclusion

Un déploiement plus équitable des soins de santé primaires et préventifs contribuerait à lutter contre les iniquités en matière de santé. Les professionnels en soins primaires et les organismes qui les représentent devraient bénéficier de l'appui des gouvernements pour appliquer ces recommandations qui favorisent l'équité en matière de santé, avec un suivi étroit de leurs répercussions, surtout chez les personnes défavorisées. Les futurs documents d'orientation en soins de santé devraient insister sur l'équité en matière de santé plutôt que de simplement l'évoquer.

Références

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
2. Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Rep* 2014;129(Suppl 2):5-8.
3. Greenwood M, de Leeuw S, Lindsay N. Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *Lancet* 2018;391:1645-8.
4. Dryden O, Nnorom O. Time to dismantle systemic anti-Black racism in medicine in Canada. *CMAJ* 2021;193:E55-7.
5. Stime B, Laliberte N, Mackie J, et al. Canada's global leadership and Indigenous people. *Lancet* 2018;392:2348-9.
6. *Honouring the truth, reconciling for the future: summary of the Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. Winnipeg: Truth and Reconciliation Commission of Canada; 2015:1-535. Accessible ici : www.trc.ca (consulté le 24 août 2023).
7. Reclaiming power and place: the final report of the national inquiry into missing and murdered Indigenous women and girls. National Inquiry to Missing and Murdered Indigenous Women and Girls; 2019. Accessible ici : <https://www.mmiwg-ffada.ca/final-report/> (consulté le 3 mars 2023).
8. Key health inequalities in Canada: a national portrait — executive summary. Ottawa: Public Health Agency of Canada; modifié le 14 novembre. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary.html> (consulté le 10 août 2023).
9. Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, et al. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2005;51:1244-5.
10. Sayani A, Vahabi M, O'Brien MA, et al. Advancing health equity in cancer care: the lived experiences of poverty and access to lung cancer screening. *PLoS One* 2021;16:e0251264.
11. Borondy Kitts AK. The patient perspective on lung cancer screening and health disparities. *J Am Coll Radiol* 2019;16:601-6.
12. Lozar T, Nagvekar R, Rohrer C, et al. Cervical cancer screening postpandemic: self-sampling opportunities to accelerate the elimination of cervical cancer. *Int J Womens Health* 2021;13:841-59.
13. Geter A, Herron AR, Sutton MY. HIV-related stigma by healthcare providers in the United States: a systematic review. *AIDS Patient Care STDS* 2018;32:418-24.
14. Parcesepe AM, Cabassa LJ. Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Adm Policy Ment Health* 2013;40:384-99.
15. Meyers SA, Earnshaw VA, D'Ambrosio B, et al. The intersection of gender and drug use-related stigma: a mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Drug Alcohol Depend* 2021;223:108706.
16. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015;45:11-27.
17. Dowsett LE, Coward S, Lorenzetti DL, et al. Living with hepatitis C virus: a systematic review and narrative synthesis of qualitative literature. *Can J Gastroenterol Hepatol* 2017;2017:3268650.
18. Andersson GZ, Reinius M, Eriksson LE, et al. Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. *Lancet HIV* 2020;7:e129-40.

19. Racey CS, Gesink DC. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among women in rural Ontario, Canada: the role of self-collected HPV testing. *J Rural Health* 2016;32:136-45.
20. Privett N, Guerrier S. Estimation of the time needed to deliver the 2020 USPSTF preventive care recommendations in primary care. *Am J Public Health* 2021;111:145-9.
21. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ* 2018;362:k2820.
22. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023;380:e072953.
23. Korenstein D, Mamoor M, Bach PB. Preventive services offered in executive physicals at top-ranked hospitals. *JAMA* 2019;322:1101-3.
24. Solmi M, Firth J, Miola A, et al. Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people. *Lancet Psychiatry* 2020;7:52-63.
25. Cribb R. Should the wealthy be allowed to buy their way to faster health care at private clinics? *Toronto Star* 2017 Mar. 18. Accessible ici : <https://www.thestar.com/news/canada/2017/03/18/should-the-wealthy-be-allowed-to-buy-their-way-to-faster-care-at-private-clinics.html> (consulté le 26 juin 2023).
26. Harris E, Harris MF. An exploration of the inverse care law and market forces in Australian primary health care. *Aust J Prim Health* 2023;29:137-41.
27. Walker MJ, Meggetto O, Gao J, et al. Measuring the impact of the COVID-19 pandemic on organized cancer screening and diagnostic follow-up care in Ontario, Canada: a provincial, population-based study. *Prev Med* 2021;151:106586.
28. Meggetto O, Jembere N, Gao J, et al.; Ontario Cervical Screening Program/Colposcopy COVID-19 Working Group. The impact of the COVID-19 pandemic on the Ontario Cervical Screening Program, colposcopy and treatment services in Ontario, Canada: a population-based study. *BJOG* 2021;128:1503-10.
29. Walker MJ, Wang J, Mazuryk J, et al.; Cancer Care Ontario COVID-19 Impact Working Group. Delivery of cancer care in Ontario, Canada, during the first year of the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open* 2022;5:e228855.
30. Wang J, Vahid S, Eberg M, et al. Clearing the surgical backlog caused by COVID-19 in Ontario: a time series modelling study. *CMAJ* 2020;192:E1347-56.
31. Heer E, Ruan Y, Boyne DJ, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnoses, stage and survival in Alberta. *CMAJ* 2023;195:E804-12.
32. *From risk to resilience: an equity approach to COVID-19 — The Chief Public Health Officer of Canada's report on the state of public health in Canada 2020*. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2020, modifié le 27 octobre 2021:1-86. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19.html> (consulté le 7 déc. 2022).
33. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, et al. Actions to transform US Preventive Services Task Force methods to mitigate systemic racism in clinical preventive services. *JAMA* 2021;326:2405-11.
34. Shaver N, Bennett A, Beck A, et al. Health equity considerations in guideline development: a rapid scoping review. *CMAJ Open* 2023;11:E357-71.
35. Lavergne MR, King C, Peterson S, et al.; QC-BC Patient Enrolment Project Team. Patient characteristics associated with enrolment under voluntary programs implemented within fee-for-service systems in British Columbia and Quebec: a cross-sectional study. *CMAJ Open* 2022;10:E64-73.
36. Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, et al. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Rev Panam Salud Publica* 2020;44:e110.
37. Persaud N, Woods H, Workentin A, et al.; MAP Task Force to Promote Health Equity during Pandemic Recovery. Recommendations for equitable COVID-19 pandemic recovery in Canada. *CMAJ* 2021;193:E1878-88.
38. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al.; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
39. Colorectal cancer. Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2016. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/portfolios/colorectal-cancer/> (consulté le 24 juill. 2023).
40. Colorectal cancer: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2021. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/colorectal-cancer-screening> (consulté le 24 juill. 2023).
41. Cervical cancer (2013). Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2013. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/cervical-cancer/> (consulté le 24 juill. 2023).
42. Cervical cancer: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2018. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cervical-cancer-screening> (consulté le 24 juill. 2023).
43. Lung Cancer (2016). Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2016. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/lung-cancer/> (consulté le 24 juill. 2023).
44. Lung cancer: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2021. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lung-cancer-screening> (consulté le 24 juill. 2023).
45. Hypertension (2012). Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2013. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/hypertension/> (consulté le 24 juill. 2023).
46. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: preventive medication. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/statin-use-in-adults-preventive-medication> (consulté le 24 juill. 2023).
47. Hypertension in adults: screening. U.S. Preventive Services Taskforce; 2021. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hypertension-in-adults-screening> (consulté le 24 juill. 2023).
48. Jain R, Stone JA, Agarwal G, et al. Open Access Canadian Cardiovascular Harmonized National Guideline Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2022 update. *CMAJ* 2022;194:E1460-80.
49. Diabetes, Type 2 (2012). Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2012. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/type-2-diabetes/> (consulté le 24 juill. 2023).
50. Prediabetes and type 2 diabetes: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2021. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-prediabetes-and-type-2-diabetes> (consulté le 24 juill. 2023).
51. Human immunodeficiency virus (HIV) infection: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2019. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening> (consulté le 25 juill. 2023).
52. Shah H, Bilodeau M, Burak KW, et al.; Canadian Association for the Study of the Liver. The management of chronic hepatitis C: 2018 guideline update from the Canadian Association for the Study of the Liver. *CMAJ* 2018;190:E677-87.
53. Hepatitis C (2017). Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2017. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/hepatitis-c/> (consulté le 24 juill. 2023).
54. Hepatitis C virus infection in adolescents and adults: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hepatitis-c-screening> (consulté le 24 juill. 2023).
55. Latent tuberculosis infection in adults: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2023. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/latent-tuberculosis-infection-screening> (consulté le 24 juill. 2023).
56. Campbell JR, Pease C, Daley P, et al. Chapter 4: Diagnosis of tuberculosis infection. *Can J Respir Crit Care Sleep Med* 2022;6(Suppl 1):49-65.
57. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al.; coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* 2011;183:E824-925.
58. Tobacco smoking in children and adolescents (2017). Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2017. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/tobacco-smoking-in-children-and-adolescents/> (consulté le 25 juill. 2023).
59. Tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: interventions. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2021. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions> (consulté le 25 juill. 2023).
60. Tobacco use in children and adolescents: primary care interventions. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2020. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-and-nicotine-use-prevention-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions> (consulté le 25 juill. 2023).

61. Unhealthy alcohol use in adolescents and adults: screening and behavioral counseling interventions. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2018. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-behavioral-counseling-interventions> (consulté le 25 juill. 2023).
62. Unhealthy drug use: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2020. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/drug-use-illicit-screening> (consulté le 25 juill. 2023).
63. Depression during pregnancy and the postpartum period (2022). Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2022. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/depression-during-pregnancy-and-the-postpartum-period/> (consulté le 25 juill. 2023).
64. Depression and suicide risk in adults: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2023. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-depression-suicide-risk-adults> (consulté le 25 juill. 2023).
65. Lam RW, McIntosh D, Wang J, et al.; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 1. Disease burden and principles of care. *Can J Psychiatry* 2016;61:510-23.
66. Prevention of dental caries (1995). Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/other-guidelines-1979-2006/prevention-of-dental-caries-1995/> (consulté le 25 juill. 2023).
67. Prevention of dental caries in children younger than 5 years: screening and interventions. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2021. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prevention-of-dental-caries-in-children-younger-than-age-5-years-screening-and-interventions1> (consulté le 25 juill. 2023).
68. Intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: screening. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Taskforce; 2018. Accessible ici : <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/intimate-partner-violence-and-abuse-of-elderly-and-vulnerable-adults-screening> (consulté le 25 juill. 2023).
69. Developmental maps: early adolescence. Toronto: Ministry of Children, Community and Social Services; mis à jour le 29 mars 2022. Accessible ici : <https://www.ontario.ca/document/stepping-stones/developmental-maps-early-adolescence> (consulté le 7 août 2023).
70. Lin JS, Perdue LA, Henrikson NB, et al. Screening for colorectal cancer: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;325:1978-98.
71. Jodal HC, Helsing LM, Anderson JC, et al. Colorectal cancer screening with faecal testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open* 2019;9:e032773.
72. Moustaqim-Barrette A, Spinelli JJ, Kazanjian A, et al. Impact on immigrant screening adherence with introduction of a population-based colon screening program in Ontario, Canada. *Cancer Med* 2019;8:1826-34.
73. Wang Y, Schwartz N, Young S, et al. Comprehensive cancer survival by neighborhood-level income in Ontario, Canada, 2006–2011. *J Registry Manag* 2020;47:102-12.
74. Syvyk S, Roberts SE, Finn CB, et al. Colorectal cancer disparities across the continuum of cancer care: a systematic review and meta-analysis. *Am J Surg* 2022;224:323-31.
75. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, et al. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2021;325:1965-77.
76. Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, et al. Colorectal cancer screening: recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol* 2017;112:1016-30.
77. Senore C, Ederle A, Fantin A, et al. Acceptability and side-effects of colonoscopy and sigmoidoscopy in a screening setting. *J Med Screen* 2011;18:128-34.
78. Kiran T, Davie S, Moineddin R, et al. Mailed letter versus phone call to increase uptake of cancer screening: a pragmatic, randomized trial. *J Am Board Fam Med* 2018;31:857-68.
79. Uy C, Lopez J, Trinh-Shevrin C, et al. Text messaging interventions on cancer screening rates: a systematic review. *J Med Internet Res* 2017;19:e296.
80. Lofters AK, Kopp A, Vahabi M, et al. Understanding those overdue for cancer screening by five years or more: a retrospective cohort study in Ontario, Canada. *Prev Med* 2019;129:105816.
81. Melnikow J, Henderson JT, Burda BU, et al. Screening for cervical cancer with high-risk human papillomavirus testing: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018;320:687-705.
82. Ogiilvie GS, van Niekerk D, Krajdin M, et al. Effect of screening with primary cervical HPV testing vs cytology testing on high-grade cervical intraepithelial neoplasia at 48 months: the HPV FOCAL randomized clinical trial. *JAMA* 2018;320:43-52.
83. Yeh PT, Kennedy CE, de Vuyst H, et al. Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001351.
84. Arbyn M, Smith SB, Temin S, et al.; Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *BMJ* 2018;363:k4823.
85. Andiwijaya FR, Davey C, Bessame K, et al. Disability and participation in breast and cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:9465.
86. McDaniel CC, Hallam HH, Cadwallader T, et al. Persistent racial disparities in cervical cancer screening with Pap test. *Prev Med Rep* 2021;24:101652.
87. Stenzel AE, Bustamante G, Sarkin CA, et al. The intersection of sexual orientation with race and ethnicity in cervical cancer screening. *Cancer* 2022;128:2753-9.
88. Heer E, Peters C, Knight R, et al. Participation, barriers, and facilitators of cancer screening among LGBTQ+ populations: a review of the literature. *Prev Med* 2023;170:107478.
89. Bacal V, Blinder H, Momoli F, et al. Is immigrant status associated with cervical cancer screening among women in Canada? Results from a cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41:824-31.e1.
90. Kohler RE, Roncarati JS, Aguiar A, et al. Trauma and cervical cancer screening among women experiencing homelessness: a call for trauma-informed care. *Womens Health (Lond)* 2021;17. doi : 10.1177/17455065211029238.
91. Farley M, Golding JM, Minkoff JR. Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? *J Fam Pract* 2002;51:827-31.
92. Kyrgiou M, Athanasiou A, Kalliala IEJ, et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD012847.
93. Flores YN, Bishai DM, Lőrincz A, et al. HPV testing for cervical cancer screening appears more cost-effective than Papanicolaou cytology in Mexico. *Cancer Causes Control* 2011;22:261-72.
94. HPV testing for primary cervical cancer screening. Ottawa: Canadian Agency For Drugs And Technologies In Health; mis à jour le 8 juill. 2019. Accessible ici : <https://www.cadth.ca/hpv-testing-primary-cervical-cancer-screening> (consulté le 16 févr. 2023).
95. Jonas DE, Reuland DS, Reddy SM, et al. Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;325:971-87.
96. Tanner NT, Gebregziabher M, Hughes Halbert C, et al. Racial differences in outcomes within the national lung screening trial. implications for widespread implementation. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;192:200-8.
97. Aldrich MC, Mercaldo SF, Sandler KL, et al. Evaluation of USPSTF lung cancer screening guidelines among African American adult smokers. *JAMA Oncol* 2019;5:1318-24.
98. US Preventive Services Task Force; Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al. Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2021;325:962-70.
99. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, et al. Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. *N Engl J Med* 2020;382:503-13.
100. Meza R, Jeon J, Toumazis I, et al. Evaluation of the benefits and harms of lung cancer screening with low-dose computed tomography: modeling study for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;325:988-97.
101. Collins DRJ, Tompson AC, Onakpoya IJ, et al. Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews. *BMJ Open* 2017;7:e013650.
102. Lin JS, Evans CV, Johnson E, et al. Nontraditional risk factors in cardiovascular disease risk assessment: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018;320:281-97.
103. Guirguis-Blake JM, Evans CV, Webber EM, et al. Screening for hypertension in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;325:1657-69.
104. Chou R, Cantor A, Dana T, et al. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2022;328:754-71.
105. Hyun KK, Redfern J, Patel A, et al. Gender inequalities in cardiovascular risk factor assessment and management in primary healthcare. *Heart* 2017;103:492-8.

106. Zhao M, Vaartjes I, Graham I, et al. Sex differences in risk factor management of coronary heart disease across three regions. *Heart* 2017;103:1587-94.
107. van der Linden EL, Couwenhoven BN, Beune EJAJ, et al. Hypertension awareness, treatment and control among ethnic minority populations in Europe: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens* 2021;39:202-13.
108. Ayerbe L, Forgnone I, Foguet-Boreu Q, et al. Disparities in the management of cardiovascular risk factors in patients with psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2018;48:2693-701.
109. Lee DS, Chiu M, Manuel DG, et al.; Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team. Trends in risk factors for cardiovascular disease in Canada: temporal, socio-demographic and geographic factors. *CMAJ* 2009;181:E55-66.
110. Lemstra M, Rogers M, Moraros J. Income and heart disease: neglected risk factor. *Can Fam Physician* 2015;61:698-704.
111. Albasri A, Hattle M, Koshiaris C, et al.; STRATIFY investigators. Association between antihypertensive treatment and adverse events: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2021;372:n189.
112. Cai T, Abel L, Langford O, et al. Associations between statins and adverse events in primary prevention of cardiovascular disease: systematic review with pairwise, network, and dose-response meta-analyses. *BMJ* 2021;374:n1537.
113. Matheny M, McPheeters ML, Glasser A, et al. Systematic review of cardiovascular disease risk assessment tools. Evidence Syntheses/Technology Assessments, no. 85. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011. Accessible ici : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56166/> (consulté le 28 juin 2023).
114. Grover SA, Paquet S, Levinton C, et al. Estimating the benefits of modifying risk factors of cardiovascular disease: a comparison of primary vs secondary prevention. *Arch Intern Med* 1998;158:655-62.
115. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ, et al. 2021 Canadian cardiovascular society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in adults. *Can J Cardiol* 2021;37:1129-50.
116. Kaczorowski J, Chambers LW, Dolovich L, et al. Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). *BMJ* 2011;342:d442.
117. Dahrouge S, Kaczorowski J, Dolovich L, et al. Long term outcomes of cluster randomized trial to improve cardiovascular health at population level: the Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). *PLoS One* 2018;13:e0201802.
118. Victor RG, Lynch K, Li N, et al. A cluster-randomized trial of blood-pressure reduction in Black barbershops. *N Engl J Med* 2018;378:1291-301.
119. Liu Y, Eicher-Miller HA. Food insecurity and cardiovascular disease risk. *Curr Atheroscler Rep* 2021;23:24.
120. Jerome GJ, Boyer WR, Bustamante EE, et al.; American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; and Council on Peripheral Vascular Disease. Increasing equity of physical activity promotion for optimal cardiovascular health in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2023;147:1951-62.
121. Jonas DE, Crotty K, Yun JDY, et al. Screening for prediabetes and type 2 diabetes: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;326:744-60.
122. Benham JL, Booth JE, Sigal RJ, et al. Systematic review and meta-analysis: SGLT2 inhibitors, blood pressure and cardiovascular outcomes. *Int J Cardiol Heart Vasc* 2021;33:100725.
123. Lipscombe LL, Austin PC, Manuel DG, et al. Income-related differences in mortality among people with diabetes mellitus. *CMAJ* 2010;182:E1-17.
124. Shah BR, Austin PC, Ke C, et al. Growing income-related disparities in cardiovascular hospitalizations among people with diabetes, 1995–2019: a population-based study. *Diabetes Care* 2023;46:751-6.
125. Lee W, Lloyd JT, Giuriceo K, et al. Systematic review and meta-analysis of patient race/ethnicity, socioeconomic, and quality for adult type 2 diabetes. *Health Serv Res* 2020;55:741-72.
126. Maruthur NM, Tseng E, Hutfless S, et al. Diabetes medications as monotherapy or metformin-based combination therapy for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2016;164:740-51.
127. Bregnhøj L, Thirstrup S, Kristensen MB, et al. Combined intervention programme reduces inappropriate prescribing in elderly patients exposed to polypharmacy in primary care. *Eur J Clin Pharmacol* 2009;65:199-207.
128. Pottie K, Medu O, Welch V, et al. Effect of rapid HIV testing on HIV incidence and services in populations at high risk for HIV exposure: an equity-focused systematic review. *BMJ Open* 2014;4:e006859. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006859.
129. Jamil MS, Eshun-Wilson I, Witzel TC, et al. Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services in the general population: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2021;38:100991.
130. Kanters S, Vitoria M, Doherty M, et al. Comparative efficacy and safety of first-line antiretroviral therapy for the treatment of HIV infection: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet HIV* 2016;3:e510-20.
131. Ford CL, Godette DC, Mulatu MS, et al. Recent HIV testing prevalence, determinants, and disparities among US older adult respondents to the behavioral risk factor surveillance system. *Sex Transm Dis* 2015;42:405-10.
132. Trepka MJ, Sheehan DM, Fennie KP, et al. Racial/ethnic disparities in failure to initiate HIV care: role of HIV testing site, individual factors, and neighborhood factors, Florida, 2014–2015. *J Health Care Poor Underserved* 2018;29:1153-75.
133. Gillot M, Gant Z, Hu X, et al. Linkage to HIV medical care and social determinants of health among adults with diagnosed HIV infection in 41 states and the District of Columbia, 2017. *Public Health Rep* 2022;137:888-900.
134. Laprise C, Bolster-Foucault C. Understanding barriers and facilitators to HIV testing in Canada from 2009–2019: a systematic mixed studies review. *Can Commun Dis Rep* 2021;47:105-25.
135. Young SD, Daniels J, Chiu CJ, et al. Acceptability of using electronic vending machines to deliver oral rapid HIV self-testing kits: a qualitative study. *PLoS One* 2014;9:e103790.
136. Chou R, Dana T, Fu R, et al. Screening for hepatitis C virus infection in adolescents and adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2020 Mar. 2 [cyberpublication avant l'impression]. doi: 10.1001/jama.2019.20788.
137. Bourgi K, Brar I, Baker-Genaw K. Health disparities in hepatitis C screening and linkage to care at an integrated health system in Southeast Michigan. *PLoS One* 2016;11:e0161241.
138. Lee DH, Chou EY, Moore K, et al. Patient characteristics and neighborhood attributes associated with hepatitis C screening and positivity in Philadelphia. *Prev Med Rep* 2022;30:102011.
139. Timmerman K, Weekes M, Traversy G, et al. HIV screening and testing intervals in HIV-negative individuals. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2018, mis à jour le 28 mars 2019. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2018-44/issue-12-december-6-2018/article-5-hiv-screening-testing-intervals-in-hiv-negative-individuals.html> (consulté le 18 mai 2023).
140. Lee HW, Lee H, Kim BK, et al. Cost-effectiveness of chronic hepatitis C screening and treatment. *Clin Mol Hepatol* 2022;28:164-73.
141. Kahwati LC, Feltner C, Halpern M, et al. Primary care screening and treatment for latent tuberculosis infection in adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;316:970-83.
142. Alvarez GG, Pease C, Menzies D. Chapter 6: Tuberculosis preventive treatment in adults. *Can J Respir Crit Care Sleep Med* 2022;6(Suppl 1):77-86.
143. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, et al. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health* 2011;101:654-62.
144. Lönnroth K, Castro KG, Chakaya JM, et al. Tuberculosis control and elimination 2010-50: cure, care, and social development. *Lancet* 2010;375:1814-29.
145. Dunn JL, Larocque M, Van Dyk D, et al. Chapter 12: An introductory guide to tuberculosis care to improve cultural competence for health care workers and public health professionals serving Indigenous Peoples of Canada. *Can J Respir Crit Care Sleep Med* 2022;6(Suppl 1):184-93.
146. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2018;391:241-50.
147. Cooper R, Houston S, Hughes C, et al. Chapter 10: Treatment of active tuberculosis in special populations. *Can J Respir Crit Care Sleep Med* 2022;6(Suppl 1):149-66.
148. Smith A, Herington E, Loshak H. Tuberculosis stigma and racism, colonialism, and migration: a rapid qualitative review. CADTH Health Technology Review. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2021. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571944/> (consulté le 21 avr. 2023).
149. Greenaway C, Diefenbach-Elstob T, Schwartzman K, et al. Chapter 13: Tuberculosis surveillance and tuberculosis infection testing and treatment in migrants. *Can J Respir Crit Care Sleep Med* 2022;6(Suppl 1):194-204.
150. Yan M, Campbell JR, Marras TK, et al. Tuberculin skin tests and interferon- γ release assays in the diagnosis of tuberculosis infection. *CMAJ* 2023;195:E650-1.
151. Sousa S, Rocha D, Silva JC, et al. Comparing the cost-effectiveness of two screening strategies for latent tuberculosis infection in Portugal. *Pulmonology* 2021;27:493-9.

152. Nienhaus A, Schablon A, Costa JT, et al. Systematic review of cost and cost-effectiveness of different TB-screening strategies. *BMC Health Serv Res* 2011;11:247.
153. McNeely J, Wu L-T, Subramaniam G, et al. Performance of the Tobacco, Alcohol, Prescription medication, and other Substance use (TAPS) tool for substance use screening in primary care patients. *Ann Intern Med* 2016;165:690-9.
154. Patnode CD, Henderson JT, Coppola EL, et al. Interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant persons: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;325:280-98.
155. Jha P, Peto R, Zatonski W, et al. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet* 2006;368:367-70.
156. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, et al. ITC Collaboration. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res* 2010;12(Suppl):S20-33.
157. Jayakumar N, Chaiton M, Zhang B, et al. Sex differences in use of smoking cessation services and resources: a real-world study. *Tob Use Insights* 2020;13. doi: 10.1177/1179173X20901500.
158. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016:CD006103.
159. Patel K, Allen S, Haque MN, et al. Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant. *Ther Adv Psychopharmacol* 2016;6:99-144.
160. Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;5:CD002850.
161. Danielsson A-K, Eriksson A-K, Allebeck P. Technology-based support via telephone or web: a systematic review of the effects on smoking, alcohol use and gambling. *Addict Behav* 2014;39:1846-68.
162. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, et al. Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018;320:1910-28.
163. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014;311:1889-900.
164. Gilbert PA, Pro G, Zemore SE, et al. Gender differences in use of alcohol treatment services and reasons for nonuse in a national sample. *Alcohol Clin Exp Res* 2019;43:722-31.
165. Mellinger JL, Fernandez A, Shedden K, et al. Gender disparities in alcohol use disorder treatment among privately insured patients with alcohol-associated cirrhosis. *Alcohol Clin Exp Res* 2019;43:334-41.
166. McDaniel JT, Albright DL, Laha-Walsh K, et al. Alcohol screening and brief intervention among military service members and veterans: rural-urban disparities. *BMJ Mil Health* 2022;168:186-91.
167. Edmonds AT, Bensley KM, Hawkins EJ, et al. Geographic differences in receipt of addiction treatment in a national sample of patients with alcohol use disorders from the U.S. Veterans Health Administration. *Subst Abuse* 2021;42:559-68.
168. Mauro PM, Askari MS, Han BH. Gender differences in any alcohol screening and discussions with providers among older adults in the United States, 2015–2019. *Alcohol Clin Exp Res* 2021;45:1812-20.
169. Patnode CD, Perdue LA, Rushkin M, et al. Screening for unhealthy drug use: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2020;323:2310-28.
170. Chou R, Dana T, Blazina I, et al. *Interventions for Unhealthy Drug Use — Supplemental Report: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 Jun.
171. Jordan A, Quainoo S, Nich C, et al. Racial and ethnic differences in alcohol, cannabis, and illicit substance use treatment: a systematic review and narrative synthesis of studies done in the USA. *Lancet Psychiatry* 2022;9:660-75.
172. Alegría M, Falgas-Bague I, Fukuda M, et al. Racial/ethnic disparities in substance use treatment in medicare managed care in New York City: the role of plan and geography. *Med Care* 2022;60:806-12.
173. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, et al. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2013;131:23-35.
174. Mattick RP, Breen C, Kimber J, et al. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD002209.
175. Mattick RP, Breen C, Kimber J, et al. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(2):CD002207.
176. Beck A, Hamel C, Thuku M, et al. Screening for depression among the general adult population and in women during pregnancy or the first-year postpartum: two systematic reviews to inform a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Syst Rev* 2022;11:176.
177. Leung SSL, Leung C, Lam TH, et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf)* 2011;33:292-301.
178. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;315:388-406.
179. Kronish IM, Moise N, Cheung YK, et al. Effect of depression screening after acute coronary syndromes on quality of life: the CODIACS-QoL randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2020;180(1):45-53.
180. Mallen CD, Nicholl BI, Lewis M, et al. The effects of implementing a point-of-care electronic template to prompt routine anxiety and depression screening in patients consulting for osteoarthritis (the Primary Care Osteoarthritis Trial): a cluster randomised trial in primary care. *PLoS Med* 2017;14(4):e1002273.
181. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018;391:1357-66.
182. O'Mahen HA, Henshaw E, Jones JM, et al. Stigma and depression during pregnancy: Does race matter? *J Nerv Ment Dis* 2011;199:257-62.
183. Lang E, Colquhoun H, LeBlanc JC, et al.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. *CMAJ* 2022;194:E981-9.
184. Guo S, Kim JJ, Bear L, et al. Does depression screening in schools reduce adolescent racial/ethnic disparities in accessing treatment? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2017;46:523-36.
185. Kim M. Racial/ethnic disparities in depression and its theoretical perspectives. *Psychiatr Q* 2014;85:1-8.
186. Arroll B, Chin W-Y, Martis W, et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J Prim Health Care* 2016;8:325-34.
187. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003;327:1144-6.
188. Negeri ZF, Levis B, Sun Y, et al.; Depression Screening Data (DEPRESSD) PHQ Group. Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2021;375.
189. Chou R, Pappas M, Dana T, et al. Screening and interventions to prevent dental caries in children younger than 5 years: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;326:2179-92.
190. Geetha Priya PR, Asokan S, Janani RG, et al. Effectiveness of school dental health education on the oral health status and knowledge of children: a systematic review. *Indian J Dent Res* 2019;30:437-49.
191. Sano Y, Antabe R. Regular dental care utilization: the case of immigrants in Ontario, Canada. *J Immigr Minor Health* 2022;24:162-9.
192. Zangiabadi S, Costanian C, Tamim H. Dental care use in Ontario: the Canadian community health survey (CCHS). *BMC Oral Health* 2017;17:165.
193. Alhozgi A, Feine JS, Tanwir F, et al. Rural-urban disparities in patient satisfaction with oral health care: a provincial survey. *BMC Oral Health* 2021;21:261.
194. Ningrum V, Bakar A, Shieh T-M, et al. The oral health inequities between special needs children and normal children in Asia: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)* 2021;9:410.
195. George A, Sousa MS, Kong AC, et al. Effectiveness of preventive dental programs offered to mothers by non-dental professionals to control early childhood dental caries: a review. *BMC Oral Health* 2019;19:172.
196. Literature review. Rourke Baby Record. Accessible ici : https://www.rourkebabyrecord.ca/literature_review (consulté le 4 juill. 2023).
197. Garg A, Toy S, Tripodis Y, et al. Addressing social determinants of health at well child care visits: a cluster RCT. *Pediatrics* 2015;135:e296-304.
198. Gottlieb LM, Hessler D, Long D, et al. Effects of social needs screening and in-person service navigation on child health: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2016;170:e162521.

199. Interrupted childhoods: over-representation of Indigenous and Black children in Ontario child welfare. Toronto: Ontario Human Rights Commission:1-73. Accessible ici : <https://www.ohrc.on.ca/en/interrupted-childhoods> (consulté le 20 juill. 2023).
200. Garg A, Butz AM, Dworkin PH, et al. Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE project. *Pediatrics* 2007;120:547-58.
201. US Preventive Services Task Force; Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: US Preventive Services Task Force final recommendation statement. *JAMA* 2018;320:1678-87.
202. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015:CD007007.
203. Persaud N, Woods H, Workentin A, et al.; le groupe de travail du Centre MAP pour une reprise équitable après la pandémie. Recommandations pour une reprise équitable après la pandémie de COVID-19 au Canada. *CMAJ* 2022;194:E60-72.
204. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015:CD005043.
205. Lipsky S, Caetano R, Roy-Byrne P. Racial and ethnic disparities in police-reported intimate partner violence and risk of hospitalization among women. *Womens Health Issues* 2009;19:109-18.
206. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, et al. Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *Am J Public Health* 2020;110:e1-14.
207. Stoler J, Verity J, Williams JR. Geodemographic disparities in availability of comprehensive intimate partner violence screening services in Miami-Dade County, Florida. *J Interpers Violence* 2020;35:1654-70.
208. Choo EK, Newgard CD, Lowe RA, et al. Rural-urban disparities in emergency department intimate partner violence resources. *West J Emerg Med* 2011;12:178-83.
209. Shakil A, Bardwell J, Sherin K, et al. Development of Verbal HITS for intimate partner violence screening in family medicine. *Fam Med* 2014;46:180-5.
210. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JEJ II. Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217:145-9.
211. Subar AF, Thompson FE, Kipnis V, et al. Comparative validation of the Block, Willett, and National Cancer Institute food frequency questionnaires: the Eating at America's Table Study. *Am J Epidemiol* 2001;154:1089-99.
212. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, et al. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005–2015. *JAMA Intern Med* 2019;179:506-14.
213. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, et al. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2020;70:e600-11.
214. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors — a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8:e021161.
215. Toulany A, Stukel TA, Kurdyak P, et al. Association of primary care continuity with outcomes following transition to adult care for adolescents with severe mental illness. *JAMA Netw Open* 2019;2:e198415.
216. Jones A, Bronskill SE, Seow H, et al. Associations between continuity of primary and specialty physician care and use of hospital-based care among community-dwelling older adults with complex care needs. *PLoS One* 2020;15:e0234205.
217. Hay C, Pacey M, Bains N, et al. Understanding the unattached population in Ontario: evidence from the Primary Care Access Survey (PCAS). *Healthc Policy* 2010;6:33-47.
218. Shi L, Starfield B, Politzer R, et al. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002;37:529-50.
219. Zhong A, Davie S, Wang R, et al. Understanding disparities in primary care patient experience. *Can Fam Physician* 2021;67:e178-87.
220. Jetty A, Jabbarpour Y, Pollack J, et al. Patient-physician racial concordance associated with improved healthcare use and lower healthcare expenditures in minority populations. *J Racial Ethn Health Disparities* 2022;9:68-81.
221. Snyder JE, Upton RD, Hassett TC, et al. Black representation in the primary care physician workforce and its association with population life expectancy and mortality rates in the US. *JAMA Netw Open* 2023;6:e236687.
222. Vision, mission, values, and goals. Mississauga (ON): The College of Family Physicians of Canada. Accessible ici : <https://www.cfpc.ca/en/about-us/vision-mission-principles> (consulté le 25 juill. 2023).
223. Marchildon GP, Brammli-Greenberg S, Dayan M, et al. Achieving higher performing primary care through patient registration: a review of twelve high-income countries. *Health Policy* 2021;125:1507-16.
224. Primary health care providers, 2019. Ottawa: Statistics Canada; modified 2020 Oct. 22. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-eng.htm> (consulté le 20 avr. 2023).
225. OurCare [home page]. Accessible ici : <https://www.ourcare.ca> (consulté le 20 avr. 2023).
226. Glazier RH. Our role in making the Canadian health care system one of the world's best: how family medicine and primary care can transform — and bring the rest of the system with us. *Can Fam Physician* 2023;69:11-6.
227. Song Z, Gondi S. Will increasing primary care spending alone save money? *JAMA* 2019;322:1349-50.
228. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al.; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Prev Med* 2010;51:421-4.
229. Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, et al. Guideline panels should seldom make good practice statements: guidance from the GRADE Working Group. *J Clin Epidemiol* 2016;80:3-7.
230. Persaud N, Ally M, Woods H, et al. Racialised people in clinical guideline panels. *Lancet* 2022;399:139-40.
231. Sayani A, Maybee A, Manthorne J, et al.; Members of EMPaCT. Equity-Mobilizing Partnerships in Community (EMPaCT): co-designing patient engagement to promote health equity. *Healthc Q* 2022;24:86-92.
232. Movsisyan A, Rehfuess E, Norris SL. When complexity matters: a step-by-step guide to incorporating a complexity perspective in guideline development for public health and health system interventions. *BMC Med Res Methodol* 2020;20:245.
233. Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al.; Board of Trustees of the Guidelines International Network. Guidelines International Network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med* 2015;163:548-53.
234. Ford CL, Airhienbuwa CO. The public health critical race methodology: praxis for antiracism research. *Soc Sci Med* 2010;71:1390-8.
235. Geiger HJ. Race and health care: An American dilemma? *N Engl J Med* 1996;335:815-6.
236. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington (DC): National Academies Press; 2003. Accessible ici : <http://www.nap.edu/catalog/12875> (consulté le 20 juill. 2023).
237. Clancy CM, Massion CT. American women's health care. A patchwork quilt with gaps. *JAMA* 1992;268:1918-20.
238. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet* 2018;391:266-80.
239. Health spending. Paris (FR): Organisation for Economic Co-operation and Development. Accessible ici : <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (consulté le 7 août 2023).
240. Madzima TR, Vahabi M, Lofters A. Emerging role of HPV self-sampling in cervical cancer screening for hard-to-reach women. *Can Fam Physician* 2017;63:597-601.
241. Devotta K, Vahabi M, Prakash V, et al. Reach and effectiveness of an HPV self-sampling intervention for cervical screening amongst under- or never-screened women in Toronto, Ontario Canada. *BMC Womens Health* 2023;23:36.
242. Lofters A, Vahabi M. Self-sampling for HPV to enhance uptake of cervical cancer screening: Has the time come in Canada? *CMAJ* 2016;188:853-4.
243. Delpero E, Selk A. Shifting from cytology to HPV testing for cervical cancer screening in Canada. *CMAJ* 2022;194:E613-5.
244. Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, et al.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ* 2013;185:775-82.
245. Patrick K. Do ask, but don't screen: identifying peripartum depression in primary care. *CMAJ* 2022;194:E994-5.
246. Otiono K, Nkonge B, Olaiya OR, et al. Prostate cancer screening in Black men in Canada: a case for risk-stratified care. *CMAJ* 2022;194:E1411-5.
247. Kiciak A, Clark W, Uhlich M, et al. Disparities in prostate cancer screening, diagnoses, management, and outcomes between Indigenous and non-Indigenous men in a universal health care system. *Cancer* 2023 July 10 [cyberpublication avant l'impression]. doi : 10.1002/cncr.34812.

Intérêts concurrents : Nav Persaud signale avoir reçu des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Programme des chaires de recherche du Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de la Fondation PSI, du Réseau OSSU, indépendamment des travaux soumis; et un remboursement de ses frais de déplacement pour une présentation au Congrès de la Société canadienne de cardiologie. D' Persaud a été membre du Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs de 2018 à 2022 (frais de déplacement payés par l'ASPC) et conseiller auprès du Groupe consultatif pancanadien sur un cadre en vue d'une liste de médicaments d'ordonnance (sans rémunération ni compensation). Ambreen Sayani signale avoir reçu une subvention des IRSC dans le cadre d'une bourse de recherche axée sur le patient — volet transition, en appui au présent manuscrit (rémunération versée à son établissement). D^e Sayani a aussi reçu des honoraires de consultation en tant qu'experte-conseil sur l'équité en matière de santé auprès du Partenariat canadien de lutte contre le cancer. Muna Chowdhury signale avoir reçu des honoraires des IRSC. Somtochukwu Ibezi signale avoir reçu des honoraires à titre de conférencière principale au neuvième congrès annuel sur la santé globale de la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan (sur le racisme et les soins de santé) en janvier 2021 et à titre de membre du comité de planification scientifique pour un module de formation agréé du Collège des médecins de famille du Canada sur le thème du racisme dans les soins de santé en 2021. D^e Ibezi a été membre du conseil d'administration et vice-présidente de l'association *Black Physicians of Canada* et membre du conseil d'administration de la *Craig's Cause Pancreatic Cancer Society*. Alan Katz signale avoir reçu des subventions de recherche des IRSC, indépendamment des travaux soumis. D' Katz est membre du comité consultatif scientifique de l'ICES et du conseil consultatif international de la banque de données SAIL, il est président sortant de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé, membre d'un groupe de défense de la recherche du Collège des médecins de famille du Canada et coresponsable de l'organisme NosSoins au Manitoba. Trudy McFarlane signale avoir occupé des postes non rémunérés auprès de l'association Black Physicians of Canada, de l'Association des médecins noirs de l'Ontario (et de sa filiale, une initiative sur la santé et la vaccination des personnes noires), du projet VaxFax pour les communautés noires et du regroupement Black Physicians of Nova Scotia. Anjali Oberai signale avoir reçu des honoraires de Constellations du Nord à titre de conférencière, de l'École de médecine du Nord de l'Ontario. Yinka Oladele est directrice générale de la fondation Oladele. Aisha Lofters signale avoir reçu des subventions de la Société Pfizer pour son établissement en lien avec les soins aux femmes de race noire aux prises avec un cancer du sein métastatique, indépendamment des travaux soumis. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Centre MAP pour des solutions de santé urbaine (Persaud, Sabir, Woods); Département de médecine familiale et communautaire (Persaud, Lofters), Université de Toronto; Département de médecine familiale et communautaire (Persaud), Hôpital St. Michael, Réseau universitaire de santé de Toronto; Institut de recherche de l'Hôpital Women's College (Sayani, Lofters), Hôpital Women's College, Toronto, Ont.; Centre Peter Gilgan pour les cancers féminins (Lofters), Hôpital Women's College, Toronto, Ont.; Division de médecine générale interne (Agarwal), Département de médecine, Université McMaster, Hamilton, Ont.; Département des méthodes, données et incidence de la recherche en santé (Agarwal), Université McMaster, Hamilton, Ont.; Université Dalhousie (Chowdhury), Halifax, N.-É.; École de sciences infirmières (de Leon-Demare), Faculté de sciences de la santé Rady, Université du Manitoba, Winnipeg, Man.;

Département de médecine familiale (Ibezi), Saskatoon, Sask.; Département de médecine familiale (Jan, LaFortune, Onyekwelu), Université McGill, Montréal, Qc; Sciences de la santé communautaire et médecine familiale (Katz), Faculté de médecine Max Rady, Université du Manitoba, Winnipeg, Man.; Centre de santé de Port Elgin et des régions environnantes, Réseau de santé Horizon (Lewis Peters), Port Elgin, N.-B.; Association des médecins noirs de l'Ontario (McFarlane), Brampton, Ont.; École de médecine du Nord de l'Ontario (Oberai), Sudbury, Ont.; organisme African Cancer Support Group (Oladele), Calgary, Alb.; Centre de santé communautaire Parkdale Queen West (Wong), Toronto, Ont.

Collaborateurs : Nav Persaud et Aisha Lofters ont conçu le projet. Nav Persaud, Aisha Lofters et Ambreen Sayani ont obtenu le financement. Nav Persaud, Areesha Sabir et Hannah Woods ont recueilli les données. Le comité de rédaction a participé à l'analyse et à l'interprétation des données et ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important du manuscrit. Ses membres ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail. *Nav Persaud et Aisha Lofters sont les coresponsables.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>

Financement : Le financement provient des Instituts de recherche en santé du Canada (bourse n° 478351).

Remerciements : Le comité de rédaction remercie Aine Workentin pour son aide à l'interrogation de la littérature; Stephen Hwang et Andrew Pinto pour leur aide au plan du financement; Lyubov Lytvyn pour la création des tableaux de synthèse des données probantes; Quinn Grundy, qui a présidé le comité de surveillance des intérêts concurrents, ainsi que David White et Sheryl Spithoff qui sont membres du comité d'évaluation des intérêts concurrents. Il remercie également le groupe EMPaCT, notamment Mursal Musawi, Kelly Wu, Desiree Mensah, Victoria Garcia, Dean Wardak, Stacey Sterling, Omar Khan, Linda Monteith, Jill Robinson, Emily Cordeaux, Fatah Awil, Alies Maybee, Tara Jeji, Bee Lee et Marlene Rathbone. Il remercie les examinateurs externes (qui n'appuient pas nécessairement le contenu de la ligne directrice), y compris Amanda Selk, Jonathon Campbell, Lorraine Lipscombe, Richard Menzies, Meb Rashid et autres, qui ont choisi de ne pas être nommés. Il remercie en outre Rick Glazier, Tara Kiran et autres, qui ont choisi de ne pas être nommés, pour leurs commentaires constructifs au sujet du manuscrit.

Appuis : Cette ligne directrice bénéficie de l'appui de l'association Black Physicians of Canada, de l'Association canadienne pour l'étude du foie et de l'Association canadienne de la santé dentaire publique. L'Association médicale canadienne appuie la recommandation concernant l'inscription auprès d'un centre de soins primaires (l'Association médicale canadienne n'appuie pas les recommandations de pratique clinique).

Avis : Nav Persaud est corédacteur pour la *JAMC*, mais n'a pas participé au processus ayant mené au choix de cet article.

Correspondance : Nav Persaud, nav.persaud@utoronto.ca