



**PARTENARIAT
CANADIEN CONTRE
LE CANCER**



Dépistage du cancer colorectal au Canada

ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

2019-2020

Contexte

Le Partenariat canadien contre le cancer recueille des renseignements, à l'échelon national, provincial et territorial, à propos des lignes directrices, des stratégies et des activités de dépistage du cancer colorectal.

Cette analyse de l'environnement résume les données recueillies auprès des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage et vise à fournir des renseignements sur lesquels pourront s'appuyer les décideurs provinciaux et territoriaux en matière de politiques et de pratiques.

Les données rassemblées en vue de cette analyse de l'environnement ont été recueillies en juin et en juillet 2019. Toutes les provinces et tous les territoires ont fourni les renseignements demandés pour cette analyse de l'environnement. Bon nombre de provinces et de territoires ont également actualisé leurs données au début de 2020. En raison de la pandémie de COVID-19, certaines des données incluses n'ont pas été vérifiées par les programmes de dépistage provinciaux et territoriaux avant leur publication.

Remerciements

La production de la présente analyse de l'environnement a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

Le Partenariat canadien contre le cancer tient à remercier les provinces et les territoires pour leur contribution en matière d'extraction et de soumission de données.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer. (2020). *Dépistage du cancer colorectal au Canada : analyse de l'environnement 2019-2020*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.

Partenariat canadien contre le cancer
145, rue King Ouest, bureau 900
Toronto (Ontario) M5H 1J8

Pour en savoir plus sur cette publication, veuillez adresser un courriel à : screening@partenariatcontrelcancer.ca.

Table des matières

CONTEXTE.....	2	3. SUIVI DIAGNOSTIQUE DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	32
REMERCIEMENTS.....	2	3.1 SUIVI APRÈS UN TEST FÉCAL ANORMAL.....	32
TABLE DES MATIÈRES.....	3	3.2 COLOSCOPIE APRÈS UN TEST FÉCAL ANORMAL.....	43
PRINCIPAUX FAITS SAILLANTS – 2019-2020.....	4	4. DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE ACCRU.....	48
STRATÉGIE CANADIENNE DE LUTTE CONTRE LE CANCER 2019-2029	5	4.1 DÉFINITION D'UN RISQUE ACCRU.....	48
RÉSUMÉ.....	8	4.2 RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE ACCRU DE CANCER COLORECTAL.....	50
1. PROGRAMMES ET LIGNES DIRECTRICES SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AU CANADA.....	10	5. PROJETS PILOTES ET ÉTUDES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	57
1.1 PARCOURS DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	10	6. SENSIBILISATION DE LA POPULATION.....	60
1.2 LIGNES DIRECTRICES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS.....	11	6.1 CADRE POUR DES INTERVENTIONS D'AMÉLIORATION DU DÉPISTAGE DU CANCER.....	60
1.3 PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AU CANADA.....	12	6.2 PREMIÈRES NATIONS, INUITS ET MÉTIS.....	61
1.4 LIGNES DIRECTRICES PROVINCIALES ET TERRITORIALES SUR LE DÉPISTAGE.....	15	6.3 POPULATIONS FAISANT L'OBJET D'UN DÉPISTAGE INSUFFISANT.....	73
1.5 MÉTHODES DE RECRUTEMENT ET DE FIDÉLISATION.....	16	7. RÉFÉRENCES.....	84
2. RENSEIGNEMENTS SUR L'UTILISATION DES TESTS FÉCAUX POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	22		
2.1 TEST FÉCAL AU GAÏAC (TFG).....	22		
2.2 TEST FÉCAL IMMUNOCHIMIQUE (TFI).....	22		

Principaux faits saillants – 2019-2020

- ◆ Neuf provinces et un territoire offrent actuellement un programme de dépistage organisé du cancer colorectal.
- ◆ Les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Québec ne disposent pas d'un tel programme. Cependant, le Nunavut met actuellement en œuvre un programme à l'échelle du territoire, les Territoires du Nord-Ouest planifiant la mise en place d'un programme territorial, et le Québec celle d'un programme provincial.
- ◆ L'ensemble des provinces et des territoires offrent un dépistage tous les 12 à 30 mois aux personnes asymptomatiques entre 50 ans et 74 ou 75 ans présentant un risque moyen de contracter un cancer colorectal, en utilisant un test fécal au gâiac (TFg) ou un test fécal immunochimique (TFi).
- ◆ Une province utilise un TFg comme méthode de dépistage initial dans le cadre de son programme de dépistage du cancer colorectal, tandis que toutes les autres provinces et l'ensemble des territoires ont recours à un TFi.
- ◆ Les personnes pour qui le test fécal a donné un résultat anormal en sont informées et sont invitées à un suivi diagnostique par coloscopie. Il incombe souvent aux fournisseurs de soins primaires (FSP) de coordonner le suivi. Certaines provinces et certains territoires sont dotés de systèmes coordonnés, un administrateur du programme, une infirmière-pivot ou un coordonnateur des patients communiquant avec les participants pour organiser leur coloscopie.
- ◆ Les fournisseurs de soins de santé (FSS) gèrent le dépistage chez leurs patients présentant un risque accru, sur une base individuelle, en fonction de leurs facteurs de risque particuliers. Le dépistage chez les personnes présentant un risque accru, souvent différent de celui chez les patients présentant un risque moyen, se déroule fréquemment en dehors des programmes de dépistage organisé.
- ◆ Neuf provinces et trois territoires ont mis en œuvre des stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- ◆ Six provinces et deux territoires ont mis en œuvre des stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029

Depuis son lancement, en 2006, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (la Stratégie) a contribué à réduire le fardeau du cancer pour la population canadienne et s'est avérée un puissant vecteur de changement et d'amélioration. Toutefois, le panorama du cancer a considérablement évolué depuis l'élaboration initiale de la Stratégie et, s'il est vrai que la nouvelle situation présente des possibilités inédites, il n'en demeure pas moins qu'elle offre également son lot de nouveaux défis. En 2019, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a publié une version actualisée de la [Stratégie canadienne de lutte contre le cancer](#), consistant en une feuille de route sur dix ans visant à améliorer l'équité au sein du système de lutte contre le cancer et à offrir des soins de calibre mondial à l'ensemble de la population canadienne, tout en préservant la durabilité du système de santé pour les générations futures.

En tant que coordonnateur de la Stratégie, le Partenariat a dirigé le processus de modernisation et de renouvellement. Dans ce cadre, il a établi un dialogue avec la population de toutes les provinces et de tous les territoires, pour mieux cerner les répercussions du cancer sur la vie des gens et pour déterminer leurs attentes vis-à-vis d'une stratégie nationale de lutte contre la maladie. Bien que la vision de la Stratégie demeure tout aussi pertinente aujourd'hui qu'elle l'était il y a dix ans, ses priorités et les mesures qu'elle préconise ont été modernisées et actualisées, afin de veiller à ce qu'elles conservent tout leur bien-fondé pour continuer à orienter nos efforts collectifs dans les années à venir.

La Stratégie actualisée constitue un plan visionnaire et ambitieux, non seulement pour le système de lutte contre le cancer, mais également pour l'ensemble du système de santé. S'appuyant sur une base déjà solide, elle fournit un ensemble cible de priorités et de mesures qui permettront de relever les défis actuels et persistants entravant la prestation de soins de qualité.

La Stratégie invite la communauté de la lutte contre le cancer à continuer à prioriser l'efficacité des programmes de dépistage existants. Il s'agit notamment de poursuivre la mise en œuvre de mesures visant, d'une part, à garantir que les programmes de dépistage ciblent les bonnes personnes, au bon moment, en ayant recours aux méthodes recommandées, et, d'autre part, à éliminer les obstacles entravant la participation à ces programmes, notamment celle des populations au sein desquelles le dépistage est insuffisant. Il arrive souvent que les patients résidant dans des collectivités rurales et/ou éloignées doivent se rendre dans des centres urbains pour bénéficier de services de dépistage et de suivi. Bien qu'elle prenne acte du fait qu'il est impossible d'offrir l'ensemble des services et des traitements dans toutes les collectivités canadiennes, la Stratégie n'en appelle pas moins à l'adoption de solutions innovantes susceptibles de faciliter la prestation des soins contre le cancer à plus grande proximité du domicile des patients. Dans des collectivités de ce type, des stratégies éprouvées, telles que l'autoprélèvement aux fins de tests fécaux pour le dépistage du cancer colorectal, devraient être poursuivies et étendues^{1,2}.

Figure 1 : Priorité 2 de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer



PRIORITÉ 2

Diagnostiquer le cancer plus rapidement, avec exactitude et à un stade plus précoce



Mesure 2 :

Renforcer les efforts de dépistage existants et mettre en œuvre des programmes de dépistage du cancer du poumon dans tout le Canada

Figure 2 : Priorité 4 de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer



PRIORITÉ 4

Éliminer les obstacles qui empêchent les gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin



Mesure 1 : Fournir de meilleurs services et soins, qui soient adaptés aux besoins précis des groupes mal desservis






Mesure 2 : S'assurer que les collectivités rurales et éloignées ont les ressources nécessaires pour mieux servir leur population

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis continuent de connaître de moins bons résultats en matière de cancer que le reste de la population canadienne et doivent faire face à des inégalités et à des obstacles dans l'accès aux soins (particulièrement à des soins adaptés à la culture)^{3,4,5,6,7}. S'il est vrai que certains des problèmes que rencontrent ces populations sont comparables aux obstacles que d'autres collectivités mal desservies, éloignées, rurales et/ou isolées doivent surmonter au Canada, il n'en demeure pas moins que le contexte historique et la réalité contemporaine des Premières Nations, des Inuits et des Métis amplifient les difficultés de ces groupes.

Dans ce cadre, la Stratégie recense des priorités propres aux peuples autochtones et des mesures correspondantes requises qui rendent compte de ce que le Partenariat a entendu au cours du processus de dialogue avec la population. Ces priorités et ces mesures constituent un élément important de la Stratégie actualisée.

Figure 3 : Priorités propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

	PREMIÈRES NATIONS	INUITS	MÉTIS
<p>PRIORITÉ 6 Des soins adaptés à la culture dispensés plus près du domicile</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Reconnaître et refléter l'approche holistique des Premières Nations envers la santé et le bien-être 2 Reconnaître et éliminer les répercussions du racisme au sein du système 3 Fournir un accès équitable à des mesures de soutien de base en matière de santé et à des services liés au cancer 4 Fournir davantage de services plus près du domicile et améliorer les déplacements nécessaires pour l'accès aux soins 5 Améliorer la compréhension du cancer et du parcours de lutte contre la maladie 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Fournir un accès équitable à des services liés au cancer plus près du domicile 2 Améliorer les politiques sur les déplacements 3 Intégrer des approches holistiques inuites à la santé et au bien-être dans le cadre des soins contre le cancer 4 Reconnaître et éliminer le racisme au sein du système 5 Améliorer l'accès aux mesures de soutien de base en matière de santé 6 Améliorer la compréhension du cancer et du parcours de lutte contre la maladie 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Fournir un accès équitable aux ressources, aux programmes et aux soins tout au long du parcours de lutte contre le cancer 2 Créer un système holistique adapté à la culture métisse 3 Reconnaître et éliminer le racisme au sein du système 4 Améliorer l'accès aux mesures de soutien de base en matière de santé 5 Améliorer la compréhension du cancer et du parcours de lutte contre la maladie
<p>PRIORITÉ 7 Des soins contre le cancer propres aux peuples autochtones et déterminés par ces derniers</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Concevoir et offrir des programmes et des services déterminés par les Premières Nations 2 Réduire les obstacles à l'échelle des territoires de compétence 3 Améliorer la communication, la navigation et la coordination à l'échelle du système 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Concevoir et offrir des programmes et des services régis par les Inuits 2 Améliorer la coordination et la navigation des soins 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Concevoir et offrir des programmes et des services déterminés par les Métis 2 Réduire les obstacles juridiques et améliorer la communication, la navigation et la coordination
<p>PRIORITÉ 8 Des recherches et des systèmes de données régis par les Premières Nations, les Inuits ou les Métis</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Recueillir des données propres aux Premières Nations et établir des indicateurs et des cibles qui le sont également 2 Investir dans la capacité de recherche des Premières Nations 3 Mettre en place la gouvernance des Premières Nations pour la collecte et l'utilisation de données, ainsi que pour la recherche 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Recueillir des données propres aux Inuits et en faire rapport 2 Déterminer les répercussions de la contamination environnementale sur la santé des Inuits, particulièrement le risque de cancer 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Recueillir des données propres aux Métis et établir des indicateurs et des résultats déterminés par ceux-ci 2 Investir dans la capacité de recherche des Métis

Résumé

Des programmes de dépistage organisé du cancer colorectal sont offerts au Canada aux personnes asymptomatiques, c'est-à-dire qui ne présentent ni signe ni symptôme d'un cancer colorectal, présentant un risque moyen. Neuf provinces et un territoire offrent actuellement des programmes de dépistage organisé du cancer colorectal ([tableau 1](#)). Les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Québec ne disposent pas d'un tel programme. Cependant, le Nunavut met actuellement en œuvre un programme à l'échelle du territoire, les Territoires du Nord-Ouest planifiant la mise en place d'un programme territorial, et le Québec celle d'un programme provincial. Lorsqu'il n'existe pas de programme de dépistage organisé, des services de dépistage sont offerts ponctuellement par l'entremise d'un fournisseur de soins primaires (FSP).

L'ensemble des provinces et des territoires offrent un dépistage tous les 12 à 30 mois aux personnes asymptomatiques entre 50 ans et 74 ou 75 ans présentant un risque moyen de contracter un cancer colorectal, en utilisant un TFg ou un TFi. Une province utilise un TFg comme méthode de dépistage initial dans le cadre de son programme de dépistage du cancer colorectal, tandis que toutes les autres provinces et l'ensemble des territoires ont recours à un TFi ([tableau 2](#)).

Les programmes de dépistage organisé du cancer colorectal mettent en œuvre des stratégies de recrutement, de rappel et de promotion pour inviter les personnes admissibles à se

soumettre à un dépistage, conformément aux lignes directrices prévalant dans leur province ou dans leur territoire. Les stratégies et les méthodes de recrutement varient d'un océan à l'autre : il peut notamment s'agir de la recommandation d'un FSP, d'une demande d'accès direct ou de l'envoi d'une lettre d'invitation ([tableau 3](#)). Certains programmes envoient des lettres de rappel aux personnes admissibles afin de favoriser une augmentation du taux de participation au dépistage ([tableau 4](#)).

Les personnes pour qui le test fécal (TF) a donné un résultat anormal en sont informées et sont invitées à un suivi diagnostique par coloscopie. Il incombe souvent aux FSP de coordonner le suivi. Certaines provinces et certains territoires sont dotés de systèmes coordonnés, un administrateur du programme, une infirmière-pivot ou un coordonnateur des patients communiquant avec les participants pour organiser leur coloscopie ([tableau 12](#)). Le dépistage chez les personnes présentant un risque accru se déroule fréquemment en dehors des programmes de dépistage organisé, les FSP gérant individuellement le dépistage chez leurs patients présentant un risque accru. La plupart des provinces et des territoires recommandent un dépistage par coloscopie tous les 5 ans ou 10 ans, en dehors du programme de dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle de l'ensemble de la population, aux personnes présentant un risque accru, à partir de 40 ans ou 10 ans plus tôt que le plus jeune âge auquel un membre de leur famille a reçu un diagnostic de cancer colorectal ([tableau 17](#)).

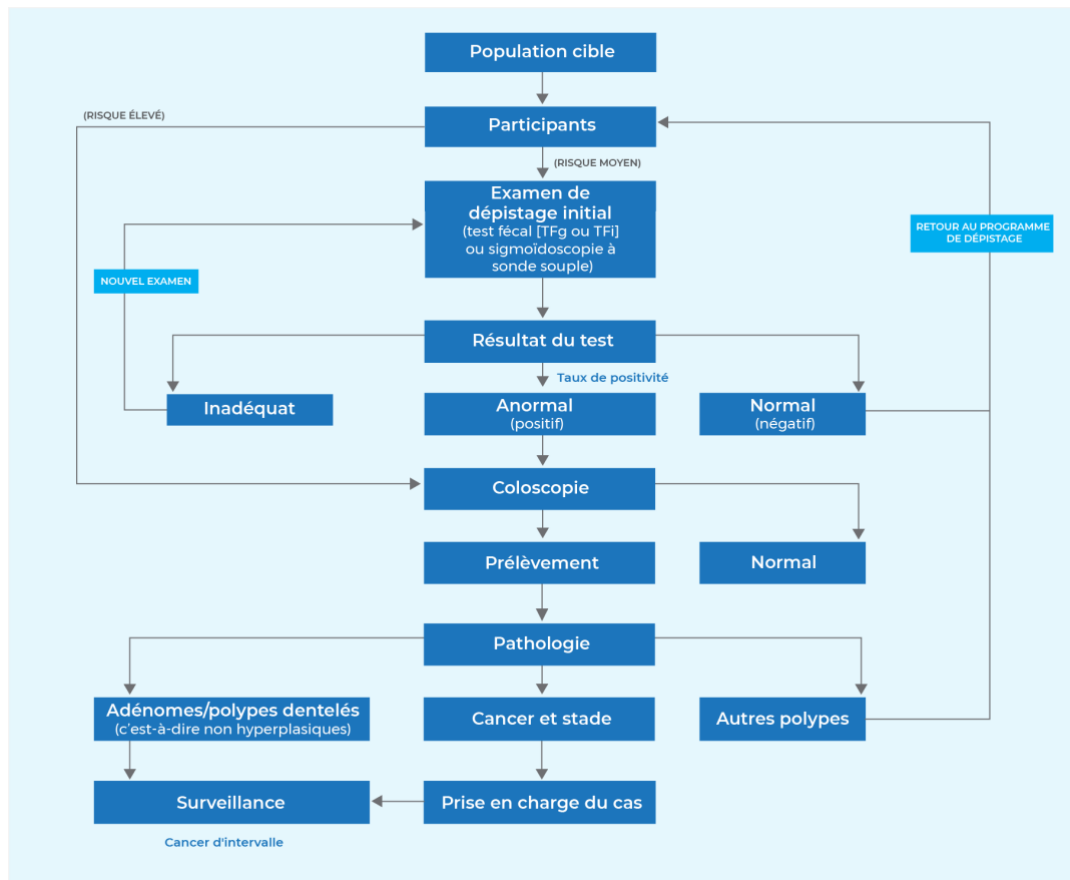
Les provinces et les territoires canadiens dialoguent avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis, afin que ces populations participent aux prises de décision et qu'elles contribuent à la définition de démarches de dépistage adaptées sur le plan culturel, élaborent des ressources de programme qui leur sont propres, et échangent avec les FSP qui travaillent directement auprès de ces collectivités (voir la section [Sensibilisation de la population – Premières Nations, Inuits et Métis](#)).

Six provinces et deux territoires ont mis en place des stratégies visant à remédier à la faible participation des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant (voir la section [Sensibilisation de la population – Populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant](#)). Ces stratégies visent à accroître le taux de dépistage du cancer colorectal chez les personnes vivant dans des collectivités rurales, chez les nouveaux immigrants et parmi les personnes à faible revenu.

1. Programmes et lignes directrices sur le dépistage du cancer colorectal au Canada

1.1 Parcours de dépistage du cancer colorectal

Figure 4 : Parcours de dépistage du cancer colorectal^{8*}



Le dépistage organisé du cancer colorectal au Canada se déroule en quatre étapes :

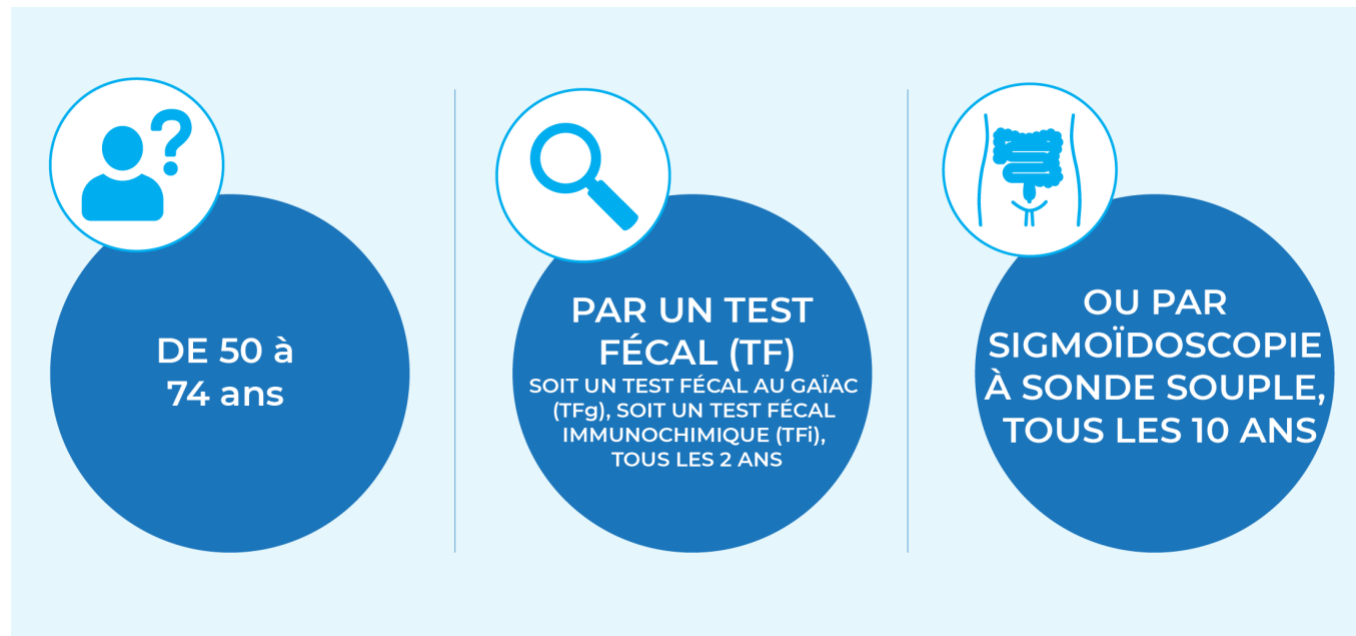
- Détermination de la population cible et invitations en conséquence;
- Examen de dépistage;
- Suivi des anomalies détectées lors de l'examen de dépistage;
- Invitation à un nouveau rendez-vous après un résultat de dépistage normal ou indiquant une tumeur bénigne.

* Les parcours de dépistage du cancer sont une représentation générale du processus de dépistage organisé, et peuvent ne pas s'appliquer à tous les territoires de compétence, notamment à ceux qui n'ont pas de programme de dépistage organisé.

1.2 Lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP) élabore des lignes directrices de pratique clinique sur lesquelles les FSP peuvent s'appuyer lorsqu'ils prodiguent des soins de santé préventifs⁹. Outre ce rôle auprès des FSP, les lignes directrices du GÉCSSP sont également pertinentes pour les professionnels de la santé de la population et de la santé publique, pour les médecins spécialistes, pour les professionnels paramédicaux et les autres professionnels de la santé, pour les concepteurs de programmes, pour les décideurs, ainsi que pour la population canadienne dans son ensemble.

Figure 5: **Recommandations sur le dépistage du cancer colorectal du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2016)**



En outre, le GÉCSSP ne recommande pas les pratiques suivantes :

- ◆ Dépistage du cancer colorectal chez les personnes de 75 ans et plus;
- ◆ Utilisation de la coloscopie comme test de dépistage du cancer colorectal.

1.3 Programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada

Des programmes de dépistage organisé du cancer colorectal sont offerts, au Canada, aux personnes présentant un risque moyen qui sont asymptomatiques, c'est-à-dire qui ne présentent ni signe ni symptôme d'un cancer colorectal.

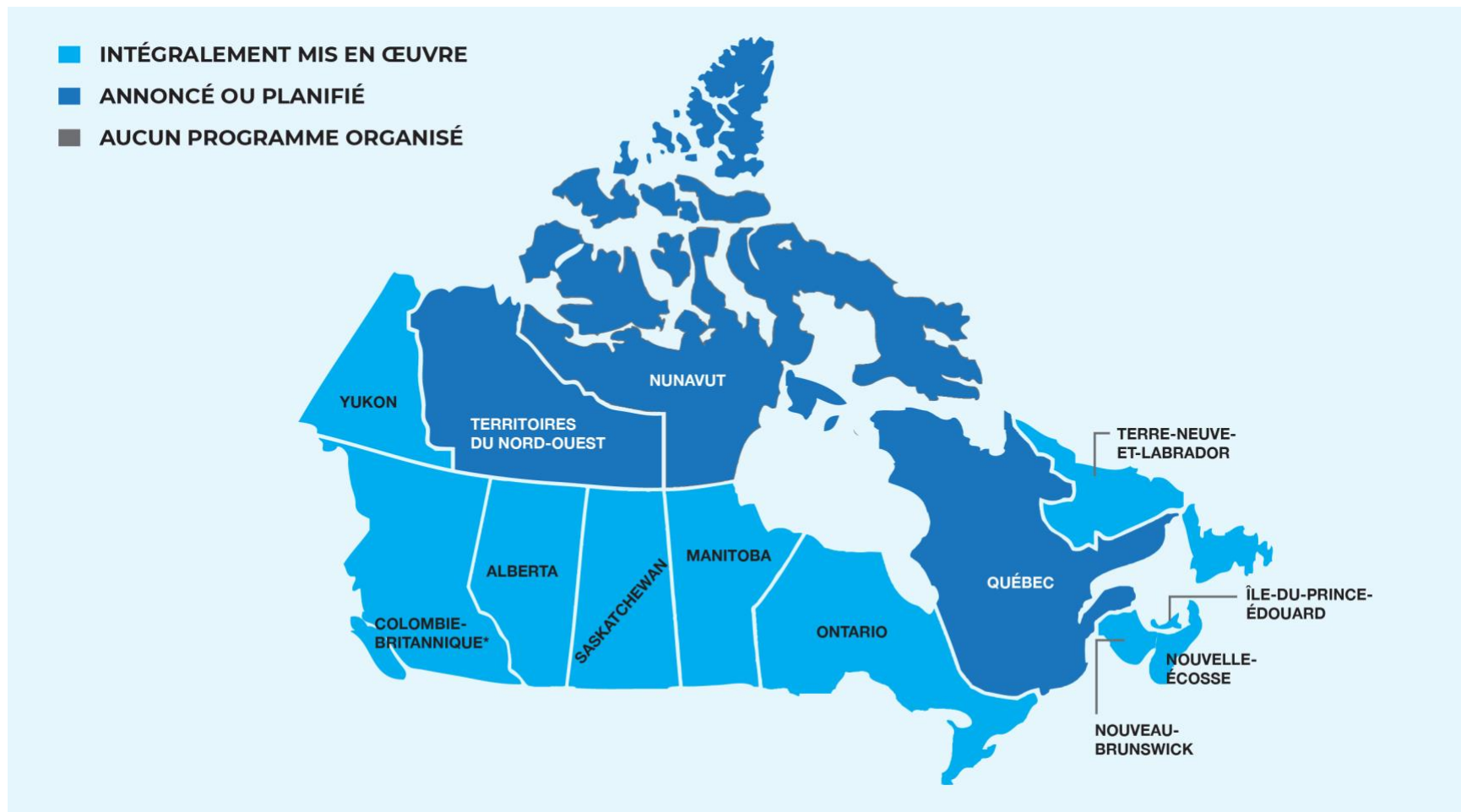
À l'heure actuelle, neuf provinces et un territoire ont mis en place un programme de dépistage organisé du cancer colorectal, ne fonctionnant toutefois pas dans l'ensemble de leurs régions[^]. Les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Québec ne disposent pas d'un tel programme. Cependant, le Nunavut met actuellement en œuvre un programme à l'échelle du territoire, les Territoires du Nord-Ouest planifiant la mise en place d'un programme territorial, et le Québec celle d'un programme provincial. Là où il n'existe pas de programme de dépistage organisé, un FSP peut offrir des services de dépistage opportuniste. Dans le cadre de la présente analyse de l'environnement, on fournit, lorsqu'elles sont disponibles, des données sur le dépistage opportuniste pour les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Québec.

Faits saillants récents

Depuis 2017, le Yukon a mis en place un programme de dépistage organisé du cancer colorectal et, en date de 2019, l'élaboration d'un tel programme est en cours au Nunavut. Toutes les provinces et tous les territoires canadiens ont mis en place un programme de dépistage organisé du cancer colorectal ou prévoient d'élaborer un tel programme.

[^] Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

Figure 6 : Situation des programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada (juillet 2019)



* Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

Tableau 1 : Programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada

Province ou territoire	Date de lancement du programme	État du programme	Nom du programme	Organisme chargé de l'administration du programme
Yukon (Yn)	2017	Programme territorial complet	ColonCheck Yukon	Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)*	En phase de planification			
Nunavut (Nt)*	En cours d'élaboration			Ministère de la Santé du Nunavut
Colombie-Britannique (C.-B.) [^]	2013	Programme complet, mis en œuvre dans 4 des 5 autorités de la santé de la Colombie-Britannique	Colon Screening Program (programme de dépistage du cancer du côlon)	BC Cancer
Alberta (Alb.)	2007	Programme provincial complet	Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP) (programme de dépistage du cancer colorectal de l'Alberta)	Alberta Health Services
Saskatchewan (Sask.)	2009	Programme provincial complet	Screening Program for Colorectal Cancer (programme de dépistage du cancer colorectal)	Saskatchewan Cancer Agency
Manitoba (Man.)	2007	Programme provincial complet	ColonCheck	Action cancer Manitoba
Ontario (Ont.)	2008	Programme provincial complet	ContrôleCancerColorectal	Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
Québec (Qc)*	S. O.	En phase de planification	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	2014	Programme provincial complet	Programme de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick	Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (ministère de la Santé du N.-B.)
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	2009	Programme provincial complet	Colon Cancer Prevention Program (programme de prévention du cancer du côlon)	Programme de soins contre le cancer de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	2011	Programme provincial complet	Programme de dépistage du cancer colorectal	Santé Î.-P.-É.
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	2012	Programme provincial complet	Newfoundland and Labrador Colon Cancer Screening Program (programme de dépistage du cancer colorectal de Terre-Neuve-et-Labrador)	Cancer Care Program (programme de soins contre le cancer), Régie de santé de l'Est

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs au Yukon, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

[^] Le programme de dépistage colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

1.4 Lignes directrices provinciales et territoriales sur le dépistage

Toutes les provinces et tous les territoires recommandent un dépistage aux personnes asymptomatiques, présentant un risque moyen de contracter un cancer colorectal, entre 50 ans et 74 ans ou 75 ans, tous les 12 mois à 30 mois, en utilisant un test fécal (TF), pouvant être un TFg ou un TFi. L'intervalle de dépistage est de deux ans dans la plupart des provinces et des territoires, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest et de l'Alberta, où il est d'un à deux ans, et du Yukon, où il est de 30 mois.

Tableau 2 : Paramètres des programmes de dépistage provinciaux et territoriaux

Province ou territoire	Âge de début	Intervalle	Âge de fin	Test de dépistage primaire
Yn	50 ans	2 ans	74 ans	TFi
T.N.-O.*	50 ans	1 an ou 2 ans	74 ans	TFi
Nt*	50 ans	2 ans	74 ans	TFi
C.-B.^	50 ans	2 ans	74 ans	TFi
Alb.	50 ans	1 an ou 2 ans	74 ans	TFi
Sask.	50 ans	2 ans	75 ans	TFi
Man.	50 ans	2 ans	75 ans	TFg
Ont.~	50 ans	2 ans	74 ans	TFi**
Qc*	50 ans	2 ans	74 ans	TFi
N.-B.	50 ans	2 ans	74 ans	TFi
N.-É.†	50 ans	2 ans	74 ans	TFi
Î.-P.-É.	50 ans	2 ans	75 ans	TFi
T.-N.-L.	50 ans	2 ans	74 ans	TFi

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

~ En Ontario, les personnes âgées de 50 à 74 ans ne présentant aucun symptôme ou n'ayant pas d'antécédents familiaux de cancer colorectal peuvent choisir de se soumettre à un dépistage par sigmoïdoscopie à sonde souple, plutôt que par TF. Il est recommandé aux personnes admissibles qui se soumettent à un dépistage par sigmoïdoscopie à sonde souple de répéter le test tous les 10 ans.

** TFi mis en œuvre le 24 juin 2019; les TFg distribués avant le lancement du nouveau test ont été traités jusqu'au 23 décembre 2019.

† La dernière trousse de TFi est envoyée par la poste peu de temps après le 74^e anniversaire de la personne. Les participants peuvent demander une nouvelle trousse (en cas de perte ou d'expiration) jusqu'à leur 76^e anniversaire.

1.5 Méthodes de recrutement et de fidélisation

Les programmes de dépistage organisé du cancer colorectal gèrent des stratégies de recrutement, de rappel et de promotion pour inviter les personnes admissibles à se soumettre à un dépistage, conformément aux lignes directrices prévalant dans leur province ou dans leur territoire. Les stratégies promotionnelles pour le dépistage du cancer colorectal mises en place par les provinces et les territoires peuvent comprendre de la correspondance liée au programme, des campagnes publiques de sensibilisation, comme un mois de sensibilisation au cancer colorectal, l'utilisation des médias sociaux ou de la formation à l'intention des FSS.

Les stratégies et les méthodes de recrutement varient d'un océan à l'autre, et peuvent inclure des recommandations médicales, une demande d'accès direct ou des lettres d'invitation envoyées par courrier. De nombreuses provinces et de nombreux territoires exigent une recommandation d'un médecin avant la distribution d'une trousse de dépistage, tandis que d'autres distribuent des trousseaux aux personnes admissibles, soit directement avec la lettre d'invitation soit peu après son envoi. Dans certaines provinces et dans certains territoires, les participants peuvent également obtenir une trousse de dépistage en communiquant directement avec le programme.

Sur les six provinces et territoires qui envoient des lettres d'invitation par courrier, quatre provinces envoient des rappels si le dépistage n'a pas été lancé.

Tableau 3 : Stratégies de promotion et méthodes de recrutement pour le dépistage initial du cancer colorectal au Canada

Province ou territoire	Stratégies de promotion	Méthodes de recrutement
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Campagne de communication pour le Mois de sensibilisation au cancer colorectal (mars) (Web, médias sociaux, affiches, radio, approche communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation d'un médecin Demande personnelle d'accès direct Distribution de trousseaux de TFi lors d'événements publics
T.N.-O.*	<ul style="list-style-type: none"> Campagnes de sensibilisation du public 	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation d'un médecin, d'une infirmière praticienne ou d'une infirmière en santé communautaire pour un dépistage opportuniste

Province ou territoire	Stratégies de promotion	Méthodes de recrutement
Nt*	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes de sensibilisation du public 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation d'un médecin • Demande personnelle d'accès direct • Orientation par le biais d'autres programmes de dépistage
C.-B.^	–	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation d'un médecin
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Twitter), site Web du programme, brochures du programme, événements communautaires, kiosques lors de conférences 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation d'un médecin ou d'une infirmière praticienne
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> • Site Web du programme • Ressources promotionnelles et pédagogiques à l'intention des FSS et du public • Publicité radio et imprimée 	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation envoyée par courrier • Recommandation d'un médecin • Demande d'accès direct par téléphone
Man.	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestations éducatives pour les FSS • Activités de sensibilisation du public • Médias sociaux • Site Web du programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes par lettres • Recommandation d'un médecin • Demande directe faite en ligne, par téléphone ou en personne • Orientation par le biais d'autres programmes de dépistage
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de correspondance avec le médecin • Le rapport d'activité de dépistage (RAD) est un rapport interactif en ligne destiné aux médecins exerçant dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients. Il fournit des données de dépistage afin d'améliorer les taux de dépistage du cancer et de surveiller les suivis requis. Le RAD de la zone de Sioux Lookout a été élaboré pour faciliter la prise en charge du dépistage, par les médecins et par les infirmières de premier recours, dans 27 collectivités des Premières Nations. • Campagnes de sensibilisation du public (médias sociaux) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lettres d'invitation, lettres de rappel et lettres d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyées par courrier • Recommandation d'un médecin • Les personnes admissibles n'ayant pas de médecin attitré peuvent demander un accès direct au programme en appelant Télésanté Ontario. • Demande d'accès direct auprès des autobus offrant des services mobiles de dépistage (dans certaines régions)
Qc*	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion des lignes directrices actuelles, indiquant que les personnes présentant un risque moyen devraient subir un dépistage au moyen d'un TFI, auprès des FSP 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage opportuniste sur recommandation d'un médecin
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes promotionnelles et éducatives à l'intention des FSS (imprimés, mises à jour du programme) • Campagnes de sensibilisation du public (médias sociaux, stratégie numérique, annonces radiophoniques, présentations lors de manifestations communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation envoyée par courrier
N.-É.	–	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi d'une lettre d'invitation par courrier et envoi automatique d'une trousse deux semaines plus tard

Province ou territoire	Stratégies de promotion	Méthodes de recrutement
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de sensibilisation publicitaire pour le Mois de sensibilisation au cancer colorectal (mars) (Web, annonces imprimées, télévision, radio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation envoyée par courrier • Recommandation d'un médecin • Demande d'accès direct par téléphone, par courriel, en ligne ou en personne
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et affiches à l'intention des FSS • Campagne sur les médias sociaux (Facebook, Twitter) • Présentations lors de symposiums sur la santé et d'événements communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation d'un médecin • Demande d'accès direct par téléphone, par courriel, ou en personne (rarement) • Orientation par le biais d'un autre programme de dépistage • Site Web

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Tableau 4 : Rappel pour le dépistage du cancer colorectal au Canada

Province ou territoire	Lettre de rappel
Sask.	Lettre de rappel envoyée 9 semaines après l'invitation initiale
Man.	Lettre de rappel envoyée 56 jours après l'invitation initiale
Ont.	Lettre de rappel envoyée 4 mois après l'invitation initiale
N.-B.	Lettre de rappel envoyée 12 semaines après l'invitation initiale

Tableau 5 : Stratégies promotionnelles et méthodes de recrutement pour le dépistage du cancer colorectal pour les personnes présentant un RISQUE MOYEN, par province ou par territoire

Province ou territoire	Âge cible	Critères	Lettre d'invitation?	Possibilité d'accès direct?
Yn	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Non	Oui
T.N.-O.*	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> En fonction de lignes directrices cliniques 	Non	Non
Nt*	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> En fonction de lignes directrices en matière de pratiques cliniques 	Non~	Non
C.-B.^	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Non	Non
Alb.	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Non	Non
Sask.	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Oui	Oui
Man.	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Oui	Oui
Ont.	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen, sauf si elles ont un parent, un frère, une sœur ou un enfant ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal Chez les personnes atteintes d'une maladie intestinale inflammatoire (par exemple la maladie de Crohn touchant le côlon ou une colite ulcéreuse) et chez certaines personnes auxquelles on a retiré des polypes du côlon, une coloscopie régulière pourrait être justifiée plutôt qu'un TFi. 	Oui	Oui**
Qc*	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Non~	Non
N.-B.	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Oui	Non
N.-É.	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Oui	Non
Î.-P.-É.	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Oui	Oui
T.-N.-L.	50 à 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques présentant un risque moyen 	Non	Oui

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

~ Une fois établi, le programme enverra une lettre d'invitation

** Les personnes admissibles n'ayant pas de médecin attitré peuvent demander un accès direct au programme en appelant Télésanté Ontario afin de déterminer leur admissibilité au dépistage par TFi ou en se rendant dans l'un des deux autobus offrant des services mobiles de dépistage.

De nombreux programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer colorectal envoient une lettre d'invitation à un nouveau rendez-vous deux ans après que le participant a obtenu un résultat normal.

Tableau 6 : Réception des résultats et suivi après un résultat NORMAL à un test de dépistage du cancer colorectal, par province ou par territoire

Province ou territoire	Modalités de réception d'un résultat normal	Invitation à un nouveau rendez-vous après un résultat normal
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe au FSP de communiquer avec ses patients ayant participé au programme pour leur transmettre le résultat. 	<ul style="list-style-type: none"> Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous et trousse envoyés ensemble par la poste tous les 2 ans
T.N.-O.*	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe au FSP de communiquer avec ses patients ayant participé au programme pour leur transmettre le résultat (certains FSP n'effectuent parfois le suivi qu'en cas de résultat anormal). 	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'invitation officielle à un nouveau rendez-vous. Il appartient à la personne ou à son FSP de relancer le processus de dépistage.
Nt*	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe au FSP de communiquer avec ses patients ayant participé au programme pour leur transmettre le résultat. Il y a actuellement des plans pour doter chaque région d'un gestionnaire de cas~. 	<ul style="list-style-type: none"> Envoi, tous les deux ans, aux participants d'un rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous avec un questionnaire Lettres à envoyer par la poste~
C.-B.^	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> Demandes de TFi envoyées par la poste aux participants, lorsqu'ils doivent passer le test prochainement
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la personne Les FSP reçoivent les résultats des TFi par télécopie ou par Netcare. 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous. La situation de chaque personne admissible en matière de dépistage du cancer, ainsi que les mesures recommandées de suivi, sont transmises électroniquement à son FSP par Netcare.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous et trousse envoyés ensemble par la poste tous les 2 ans
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe au FSP de communiquer avec ses patients ayant participé au programme pour leur transmettre le résultat. 	<ul style="list-style-type: none"> Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous et trousse envoyés ensemble par la poste tous les 2 ans
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la personne Sauf lorsque la personne n'a pas de médecin attitré, il incombe au FSP de communiquer avec elle pour lui transmettre son résultat. 	<ul style="list-style-type: none"> Lettre d'invitation à un nouveau rendez-vous adressée par courrier aux participants deux ans après qu'ils ont subi un TFi
Qc*	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage opportuniste : il incombe au FSP de communiquer avec ses patients pour leur transmettre le résultat. Dépistage organisé dans le cadre du programme : les résultats sont envoyés par courrier au participant~. 	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage opportuniste : pas d'invitation officielle à un nouveau rendez-vous. Il appartient à la personne ou à son FSP de relancer le processus de dépistage. Dépistage organisé : le programme envoie un rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous tous les 2 ans et les participants récupèrent la trousse de test en personne~.

Province ou territoire	Modalités de réception d'un résultat normal	Invitation à un nouveau rendez-vous après un résultat normal
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle invitation après 2 ans, envoyée avec un questionnaire d'admissibilité, que les participants doivent retourner pour recevoir la trousse de test par la poste
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous et trousse envoyés ensemble par la poste tous les 2 ans
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous et trousse envoyés ensemble par la poste depuis 2019, tous les 2 ans • Trousse d'accès pouvant être obtenue en la récupérant en personne ou en la demandant par courrier (identique au dépistage initial)
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous et trousse envoyés ensemble par la poste tous les 2 ans

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

~ Une fois le programme établi.

2. Renseignements sur l'utilisation des tests fécaux pour le dépistage du cancer colorectal

Le test fécal constitue la modalité la plus fréquemment utilisée comme examen de dépistage initial du cancer colorectal. Toutefois, un certain nombre de caractéristiques peuvent varier d'un programme canadien à l'autre, notamment le type de TF offert (TFg ou TFi) et les détails des modalités de prélèvement.

2.1 Test fécal au gaïac (TFg)

Le Manitoba propose un TFg, comme test initial, dans le cadre de son programme de dépistage du cancer colorectal. Ce test est offert aux personnes admissibles tous les deux ans. Au Manitoba, un seul laboratoire traite les résultats des tests.

Tableau 7 : TFg utilisés au Canada

Province ou territoire	Marque	Nom du test	Nombre de prélèvements/nombre de selles	Nombre de laboratoires traitant les résultats des tests
Man.	Beckman Coulter Inc.	Hemocult II SENSE	2/3	1

2.2 Test fécal immunochimique (TFi)

Neuf provinces et trois territoires proposent un TFi comme test initial dans le cadre de leur programme de dépistage du cancer colorectal. Ce test est offert aux personnes admissibles tous les ans, tous les deux ans ou tous les 30 mois. La plupart des provinces et des territoires exigent un seul prélèvement pour un TFi, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador, qui exigent deux prélèvements. Les seuils de positivité varient également entre les différentes provinces et les différents territoires canadiens, d'au moins 50 ng/ml à au moins 175 ng/ml. Dans la plupart des provinces et des territoires, un seul laboratoire traite les résultats des tests, à l'exception de l'Alberta, qui utilise deux laboratoires.

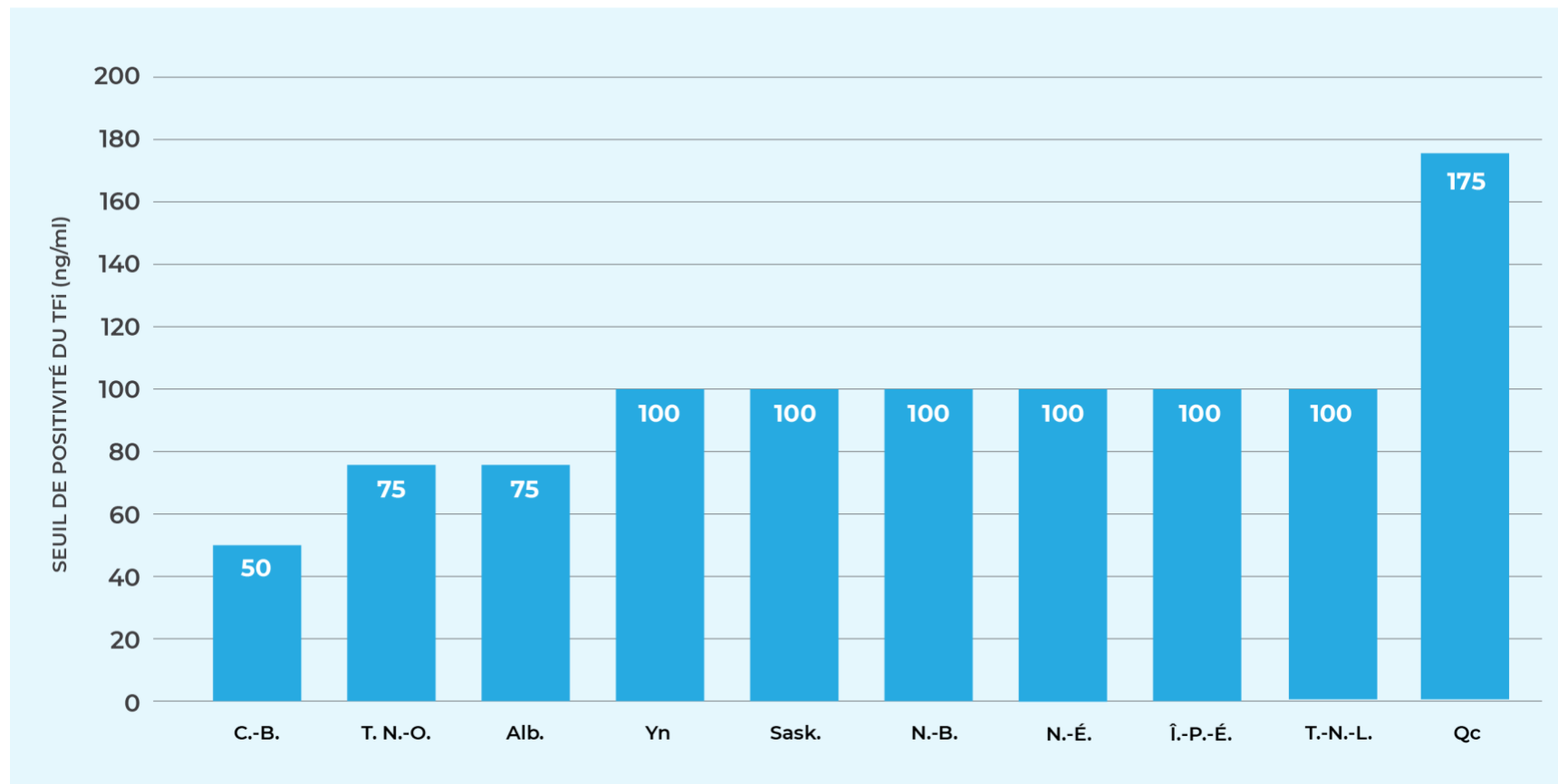
Tableau 8 : TFi utilisés au Canada

Province ou territoire	Fabricant	Distributeur	Nombre de prélèvements/nombre de selles	Seuil de positivité du TFi	Seuil de positivité du TFi (en µg d'Hgb/g)	Nombre de laboratoires traitant les résultats des tests
Yn	Alfresa Pharma	Alere N/S Prime	1/1	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hgb/g	1
T.N.-O.	Polymedco	Somagen	1/1	> 75 ng/ml	-	1
Nt	Alfresa Pharma	Abbott	1/1	-	50 µg d'Hgb/g	1
C.-B.	Eiken	Somagen	1/1	≥ 50 ng/ml	10 µg d'Hgb/g	1
Alb.	Polymedco	Somagen	1/1	≥ 75 ng/ml	-	2
Sask.	Polymedco	Somagen	1/1	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hgb/g	1
Ont.	Polymedco	Somagen	1/1	-	-	1
Qc	Polymedco	Somagen	1/1	≥ 175 ng/ml	-	1
N.-B.	Polymedco	Somagen	1/1	> 100 ng/ml	-	1
N.-É.	Alfresa Pharma	Abbott	1/1	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hgb/g	1
Î.-P.-É.	Alfresa Pharma	Abbott	1/2*	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hgb/g	1
T.-N.-L.	Alfresa Pharma	Abbott/Alere	2/2*	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hgb/g	1

* Si l'un des deux prélèvements dépasse le seuil de positivité, le résultat global est considéré comme positif.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Figure 7 : Seuil de positivité des TFi dans le cadre des programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada



Trois provinces et deux territoires limitent l'utilisation de méthodes ne reposant pas sur l'analyse des selles pour le dépistage chez les personnes présentant un risque moyen.

Tableau 9 : Limitations de l'utilisation de méthodes ne reposant pas sur l'analyse des selles pour le dépistage chez les personnes présentant un risque moyen

Province ou territoire	Limitation de l'accès aux méthodes ne reposant pas sur l'analyse des selles	Limitation envisagée ou prévue	Aucun plan à l'heure actuelle	Recommandations d'utilisation d'un TFi par les lignes directrices, mais pas de limitation de l'accès aux méthodes ne reposant pas sur l'analyse des selles
Yn			✓	Les lignes directrices en vigueur indiquent que les personnes présentant un risque moyen devraient se soumettre à un test de TFi; toutefois, ces lignes directrices ne sont pas obligatoirement appliquées.
T.N.-O.*	✓ Limitation de l'accès. Recommandation requise.			
Nt*	✓ Limitation de l'accès			
C.-B.∧			✓	Recommandations de dépistage énoncées par les lignes directrices du Guidelines and Protocols Advisory Committee (GPAC) de la Colombie-Britannique
Alb.	✓ Limitation de l'accès. Recommandation requise.		✓	Forte recommandation de l'utilisation d'un TFi pour les personnes présentant un risque moyen
Sask.				Les lignes directrices en vigueur indiquent que les personnes présentant un risque moyen devraient se soumettre à un test de TFi; toutefois, ces lignes directrices ne sont pas obligatoirement appliquées.
Man.			✓	Pas de plan en ce sens à l'heure actuelle, mais fortes recommandations pour l'utilisation des tests de RSOS pour les personnes présentant un risque moyen
Ont.	✓ Limitation de l'accès et stratégies supplémentaires toujours à l'étude	Stratégies supplémentaires toujours à l'étude		
Qc*	✓ Limitation de l'accès			
N.-B.			✓	
N.-É.	✓ Limitation de l'accès; TFi fortement encouragé			
Î.-P.-É.			✓	
T.-N.-L.	✓ Limitation de l'accès; TFi fortement encouragé			

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

~ Dans le contexte du passage au TFi, Action Cancer Ontario (ACO) de Santé Ontario a élaboré des modèles de financement pour encourager les coloscopies à haut rendement (cas de TFi positif) par rapport à des procédures à faible rendement (personnes présentant un risque moyen).

Tableau 10 : Modalités d'accès au test de dépistage du cancer colorectal, par province ou par territoire

Province ou territoire	Test utilisé	Rôle du FSP pour l'obtention du test	Modalités d'accès au test de dépistage				
			Demande de trousse (pour un envoi par la poste)	Envoi de la trousse par la poste	Récupération de la trousse (auprès du laboratoire ou du FSP)	Renseignements sur l'adresse du laboratoire	Demande requise
Yn	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Trousses fournies par le FSP • Trousses disponibles dans tous les hôpitaux communautaires, dans les centres de santé communautaires et auprès du programme • Demandes subséquentes envoyées par la poste par le programme 	Par téléphone, par télécopie ou en ligne	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Trousse remise au participant par le FSP avec une demande remplie (pour l'analyse en laboratoire du prélèvement) 		✓
T.N.-O.*	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Les trousses ne peuvent être obtenues qu'auprès d'un FSP (médecin, infirmière ou infirmière en santé communautaire) 			<ul style="list-style-type: none"> • FSP 		✓ ‡
Nt*	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Les trousses ne peuvent être obtenues qu'auprès d'un FSP (médecin, infirmière ou infirmière en santé communautaire) 			<ul style="list-style-type: none"> • FSP 		

Province ou territoire	Test utilisé	Rôle du FSP pour l'obtention du test	Modalités d'accès au test de dépistage				
			Demande de trousse (pour un envoi par la poste)	Envoi de la trousse par la poste	Récupération de la trousse (auprès du laboratoire ou du FSP)	Renseignements sur l'adresse du laboratoire	Demande requise
C.-B.Λ	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Première demande effectuée par le FSP • Demandes subséquentes envoyées par la poste par le programme 		✓	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Renseignements sur l'adresse du laboratoire disponibles en ligne ou auprès du FSP 	✓
Alb.	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Demande effectuée par le FSP • La demande peut être obtenue dans une clinique sans rendez-vous, si le participant n'a pas de FSP. 			<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Renseignements sur l'adresse du laboratoire disponibles en ligne ou auprès du FSP 	✓
Sask.	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation d'un FSP non requise • Le FSP peut commander un test, qui sera récupéré par le participant. 		<ul style="list-style-type: none"> • TFi envoyé par la poste à tous les clients âgés de 50 ans à 74 ans détenant une carte d'assurance-maladie à jour de la Saskatchewan 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoire 		
Man.	TFg	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation d'un FSP non requise • Le FSP peut communiquer avec le programme pour demander qu'une trousse soit envoyée à ses patients. La trousse sera accompagnée d'une lettre indiquant que c'est le FSP qui en a demandé l'envoi. 	En ligne, en personne ou par téléphone	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme envoie des trousse de RSOS par la poste aux personnes admissibles, puis envoie des lettres de rappel si le prélèvement n'a pas été effectué dans les 56 jours. Les personnes admissibles et leur FSP peuvent également demander qu'une trousse soit envoyée au domicile de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Récupération possible auprès du programme ColonCheck 		

Province ou territoire	Test utilisé	Rôle du FSP pour l'obtention du test	Modalités d'accès au test de dépistage				
			Demande de trousse (pour un envoi par la poste)	Envoi de la trousse par la poste	Récupération de la trousse (auprès du laboratoire ou du FSP)	Renseignements sur l'adresse du laboratoire	Demande requise
Ont.**	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Demande soumise par le FSP (médecin de famille ou infirmière praticienne), ou par Télésanté Ontario ou par l'autobus offrant des services mobiles de dépistage (pour les participants n'ayant pas de FSP) 		<ul style="list-style-type: none"> • Sous réserve d'admissibilité au dépistage, le FSP soumet la demande de TFi auprès du laboratoire, qui enverra la trousse par la poste aux participants. 			✓
Qc*	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage opportuniste : demande de trousse effectuée par le FSP • Dépistage organisé dans le cadre du programme : participation du FSP non requise 		<ul style="list-style-type: none"> • Le programme étudie la possibilité d'envoyer les trousse par la poste aux participants, mais n'a toutefois pas proposé jusqu'à maintenant de processus pour ce faire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auprès du centre de collecte des échantillons • Auprès du programme, en présentant la lettre d'invitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme informe les participants, dans la lettre d'invitation, des trois centres les plus proches. 	✓
N.-B.	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation d'un FSP non requise 		<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par la poste uniquement 			
N.-É.	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation d'un FSP non requise • Le FSP encourage ses patients à participer au programme. 		<ul style="list-style-type: none"> • Trousse de TFi envoyée par la poste au participant 2 semaines après la lettre d'invitation • Envoi par la poste uniquement 			
Î.-P.-É.	TFi	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation d'un FSP non requise 	Par téléphone, par télécopie ou en ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Trousse envoyée par la poste au participant, qui peut aussi venir la chercher 	<ul style="list-style-type: none"> • La personne peut venir chercher la trousse dans l'un des 12 centres de santé répartis dans la province. • Elle peut également la récupérer auprès de certains FSP et de certaines cliniques sans rendez-vous. 		

Province ou territoire	Test utilisé	Rôle du FSP pour l'obtention du test	Modalités d'accès au test de dépistage				
			Demande de trousse (pour un envoi par la poste)	Envoi de la trousse par la poste	Récupération de la trousse (auprès du laboratoire ou du FSP)	Renseignements sur l'adresse du laboratoire	Demande requise
T.-N.-L.	TFi	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation d'un FSP non requise Le FSP peut soumettre une recommandation par télécopie au programme, qui enverra la trousse par la poste au participant. 	Par téléphone (numéro gratuit) ou par courriel	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par la poste uniquement 			

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

** Les personnes qui n'ont pas de FSP peuvent appeler Télésanté Ontario ou se rendre auprès d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage (dans certaines régions) qui, sous réserve d'admissibilité de la personne, soumettront une demande de TFi, à la suite de quoi le laboratoire postera la trousse à la personne.

~ La personne doit remplir et renvoyer le questionnaire d'admissibilité (enveloppe préaffranchie fournie).

‡ Dans les collectivités plus importantes, les personnes peuvent devoir consulter préalablement leur FSP pour obtenir une recommandation ou une demande, puis se rendre dans un laboratoire pour obtenir une trousse.

Tableau 11 : Modalités de retour du test de dépistage du cancer colorectal, par province ou par territoire

Province ou territoire	Retour de la trousse	Calendrier recommandé pour le retour de la trousse
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Retour auprès de n'importe lequel des 2 hôpitaux communautaires ou des 11 centres de santé communautaire, ou au laboratoire de l'hôpital général de Whitehorse 	<ul style="list-style-type: none"> Remise dans les 48 heures suivant le prélèvement Prélèvement à effectuer avant la date d'expiration de la trousse
T.N.-O.*	<ul style="list-style-type: none"> Retour en personne à l'endroit où la trousse a été récupérée (SSC ou laboratoire) 	<ul style="list-style-type: none"> Retour de la trousse dans un délai de 7 jours après le prélèvement Prélèvement à effectuer avant la date d'expiration de la trousse
Nt*	<ul style="list-style-type: none"> Retour en personne à l'endroit où la trousse a été récupérée (SSC ou laboratoire) 	<ul style="list-style-type: none"> Avant la date d'expiration de la trousse
C.-B.^	<ul style="list-style-type: none"> Retour au laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> Retour de la trousse au laboratoire dans un délai de 7 jours après le prélèvement Prélèvement à effectuer avant la date d'expiration de la trousse
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> Retour dans n'importe quel laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> Retour de la trousse au laboratoire, dans un délai de 7 jours après le prélèvement Prélèvement à effectuer avant la date d'expiration de la trousse
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Retour en personne auprès de n'importe quel centre de collecte du laboratoire Retour, auprès d'un comptoir postal, en utilisant l'enveloppe préaffranchie fournie avec la trousse 	<ul style="list-style-type: none"> Avant la date d'expiration
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Retour en utilisant l'enveloppe préaffranchie fournie avec la trousse 	<ul style="list-style-type: none"> Retour par la poste du prélèvement dans un délai de 7 jours Prélèvement à effectuer avant la date d'expiration de la trousse
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Retour en utilisant l'enveloppe préaffranchie, fournie avec la trousse, pouvant être déposée dans n'importe quelle boîte aux lettres Possibilité de dépôt auprès des laboratoires d'analyse des centres de services aux patients 	<ul style="list-style-type: none"> Dans les 6 mois suivant la date de réception de la demande par le laboratoire Envoi par la poste ou remise, idéalement dans un délai de 2 jours après le prélèvement des selles
Qc*	<ul style="list-style-type: none"> Retour au centre de collecte où la trousse a été récupérée 	<ul style="list-style-type: none"> Remise dans les 48 heures suivant le prélèvement
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Retour en utilisant l'enveloppe préaffranchie, fournie avec la trousse, pouvant être déposée dans n'importe quelle boîte aux lettres 	<ul style="list-style-type: none"> Retour par la poste du prélèvement dans un délai de 7 jours Prélèvement à effectuer avant la date d'expiration de la trousse
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Retour en utilisant l'enveloppe préaffranchie, fournie avec la trousse 	<ul style="list-style-type: none"> La trousse doit être analysée dans les 15 jours suivant le prélèvement. Prélèvement à effectuer avant la date d'expiration de la trousse

Province ou territoire	Retour de la trousse	Calendrier recommandé pour le retour de la trousse
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Retour auprès de l'un des 9 centres de santé ou des 6 hôpitaux provinciaux Temps de trajet maximal pour déposer une trousse estimé à 20 minutes à 30 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> Remise dans les 48 heures suivant le prélèvement Remise dans les 7 jours pour les prélèvements réfrigérés Prélèvement à effectuer avant la date d'expiration de la trousse
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> Retour en utilisant l'enveloppe préaffranchie, fournie avec la trousse, devant être déposée auprès d'un comptoir postal et non pas dans une boîte aux lettres 	<ul style="list-style-type: none"> La trousse doit être analysée dans les 15 jours suivant le prélèvement. Prélèvement à effectuer avant la date d'expiration de la trousse

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

3. Suivi diagnostique dans le cadre du dépistage du cancer colorectal

Les personnes pour qui le TF a donné un résultat anormal en sont informées et sont invitées à effectuer un suivi diagnostique par coloscopie. Un processus d'orientation efficace, pouvant être facilité par un système d'intervention-pivot ou par un programme de dépistage, permet d'obtenir plus facilement un suivi dans les meilleurs délais. Il est, en outre, important de surveiller la qualité de la coloscopie pour maximiser les avantages du dépistage¹⁰.

3.1 Suivi après un test fécal anormal

Les programmes de dépistage du cancer colorectal effectuent un suivi auprès des personnes dont le TF a produit un résultat anormal (positif). La plupart des provinces et des territoires envoient des comptes rendus de résultats aux participants et aux FSP, ou seulement aux participants. Il incombe souvent aux FSP de coordonner le suivi. Certaines provinces et certains territoires sont dotés de systèmes coordonnés, un administrateur du programme, une infirmière-pivot ou un coordonnateur des patients communiquant avec les participants pour organiser leur coloscopie.

Tableau 12 : Réception des résultats et suivi après un résultat ANORMAL à un test de dépistage du cancer colorectal, par province ou par territoire

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe au FSP de communiquer avec ses patients ayant participé au programme pour leur transmettre le résultat. 	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe aux médecins de coordonner les orientations en coloscopie et d'informer les participants des rendez-vous pris (les orientations en coloscopie ne peuvent être faites que par un médecin ou par une infirmière praticienne). 	<ul style="list-style-type: none"> FSP ayant effectué la prescription Si le participant n'a pas de FSP, le programme le recommandera à un médecin qui effectuera le suivi tout au long du parcours de dépistage. 	<ul style="list-style-type: none"> Les FSS et le programme reçoivent les résultats du TFi directement du laboratoire de l'hôpital général de Whitehorse par l'entremise des systèmes d'information. Le programme suit tous les TFi positifs. Le FSP informe le participant des résultats et l'oriente en coloscopie de suivi (le programme joint en copie le formulaire normalisé existant d'orientation en coloscopie). On surveille le processus de suivi. Rappels adressés au FSP lorsque le programme n'a pas reçu de copie d'une orientation en coloscopie à la suite de résultats de TFi positifs exigeant un suivi 	<ul style="list-style-type: none"> Les participants dont le résultat de coloscopie est normal recevront une nouvelle invitation du programme pour un dépistage systématique par TFi 10 ans après (ou selon les recommandations de l'endoscopiste)
T.N.-O.*	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe au FSP de communiquer avec ses patients ayant participé au programme pour leur transmettre le résultat. 	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe au FSP de coordonner l'orientation en coloscopie et d'informer ses patients des rendez-vous pris. 	<ul style="list-style-type: none"> FSP nécessaire pour passer l'examen de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par le laboratoire des résultats anormaux au FSP. Il incombe à ce dernier d'informer le participant et de l'orienter en coloscopie. 	<ul style="list-style-type: none"> Si les résultats de coloscopie sont normaux, les recommandations indiquent de passer une nouvelle coloscopie après 5 ans à 10 ans.
Nt*	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe au FSP de communiquer avec ses patients ayant participé au programme pour leur transmettre le résultat. 	<ul style="list-style-type: none"> Il incombe au FSP de coordonner l'orientation en coloscopie et d'informer ses patients des rendez-vous pris. 	<ul style="list-style-type: none"> FSP nécessaire pour passer l'examen de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> Résultat anormal examiné par des travailleurs de la santé; orientation en coloscopie consignée dans le dossier médical électronique; moyen de transport nécessaire en dehors de la collectivité, sauf pour Iqaluit 	<ul style="list-style-type: none"> Si les résultats de coloscopie sont normaux, la personne peut subir un nouveau dépistage à un intervalle recommandé par l'endoscopiste.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
C.-B.Λ	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne • Les participants reçoivent également un appel téléphonique, de leur autorité de la santé, leur transmettant leurs résultats et coordonnant le suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'autorité de la santé communique avec le participant pour effectuer une évaluation précoloscopie, par téléphone ou en personne, selon l'autorité de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • FSP nécessaire pour passer l'examen de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> • Le FSP reçoit un rapport de résultat anormal du laboratoire et le participant reçoit une lettre indiquant qu'un suivi est nécessaire. Le participant est orienté vers l'autorité de la santé dont il dépend. Cette dernière communique avec lui pour effectuer une évaluation précoloscopie et pour fixer un rendez-vous à cet effet. Si le participant ne souhaite pas donner suite, l'autorité de la santé en informe son FSP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants présentant un risque moyen ayant obtenu des résultats normaux de coloscopie recevront une nouvelle invitation, pour un dépistage par TFi après 10 ans. • Ceux chez qui on a détecté un ou plusieurs adénomes à faible risque recevront une nouvelle invitation, après 5 ans, pour passer une coloscopie. • Ceux chez qui on a détecté un ou plusieurs adénomes à haut risque recevront une nouvelle invitation, après 3 ans, pour passer une coloscopie. • Ceux qui ont d'importants antécédents familiaux ou des antécédents personnels d'adénomes, mais chez lesquels on n'a pas détecté de tumeur de ce type, recevront une nouvelle invitation après 5 ans, pour passer une coloscopie.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi d'un courrier au participant • Invitation des participants à communiquer avec leur FSP pour un suivi • Le FSP reçoit les résultats directement du laboratoire par télécopie ou par Netcare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il incombe au FSP de coordonner l'orientation en coloscopie et d'informer ses patients des rendez-vous pris. 	<ul style="list-style-type: none"> • FSP nécessaire pour passer l'examen de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre du programme provincial, adressée au participant, lui conseillant de consulter son médecin; ce dernier oriente alors le participant vers le programme de dépistage régional ou directement vers un endoscopiste. Le médecin a accès au résultat des TFi sur le système Netcare (système de compte rendu de laboratoire). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants ayant subi une coloscopie intègrent un programme de coloscopie de leur région de santé. • Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage déterminé par l'endoscopiste et/ou par le programme régional, selon la région.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne • Appel de suivi par le FSP ou par l'intervenant-pivot en endoscopie 	<ul style="list-style-type: none"> • Variable selon la région : orientation en coloscopie coordonnée par le FSP ou par l'intervenant-pivot en endoscopie • Les intervenants-pivots effectuent, par téléphone, une évaluation préendoscopie et fixent un rendez-vous pour une coloscopie ou pour une consultation avec un spécialiste, en fonction des résultats de l'évaluation. • Date et heure du rendez-vous envoyés par la poste au participant 	<ul style="list-style-type: none"> • On demande aux participants d'indiquer le nom de leur FSP sur le formulaire avant de retourner leur trousse. • Si aucun nom n'est mentionné, le participant est encouragé à consulter un FSP pour un suivi parmi ceux figurant sur une liste de FSP prenant de nouveaux patients dans sa région. • Le programme travaille également en partenariat avec un certain nombre de cliniques sans rendez-vous, pour faciliter la mise en relation du participant avec un FSP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le FSP et le participant sont informés du résultat anormal par correspondance directe. Les FSP signent des directives médicales autorisant les intervenants-pivots à orienter les participants en coloscopie. L'intervenant-pivot téléphone au participant pour discuter du résultat du test, l'oriente en coloscopie et mène à bien une évaluation normalisée. Toutes les unités n'ont pas consenti à la mise en place d'intervenants-pivots. Les intervenants-pivots effectuent les évaluations et prennent les rendez-vous en coloscopie pour environ 50 % des participants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants dont les résultats de coloscopie sont normaux recevront une nouvelle invitation pour un dépistage systématique par TFI après 5 ans.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
Man.	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des participants reçoivent un appel téléphonique du programme pour leur transmettre leurs résultats et coordonner le suivi Compte rendu des résultats envoyé au participant et au FSS 	<ul style="list-style-type: none"> Avec la permission du FSP, le programme coordonne les examens de suivi plus approfondis Dans les cas où le FSP préfère faire la recommandation lui-même, le compte rendu des résultats indiquera que le suivi est géré par le FSP. On effectue une évaluation précoloscopie, le processus variant selon l'endroit 	<ul style="list-style-type: none"> Le programme facilitera la mise en relation des participants n'ayant pas de FSP avec le service Trouver un médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> L'agent de ColonCheck responsable du suivi communique par téléphone avec le participant concernant son résultat anormal et le processus d'orientation pour le suivi. Puis, une lettre en ce sens, contenant également une brochure sur la coloscopie, est envoyée au participant et à son FSP. Le processus d'orientation en coloscopie de suivi dépend des ententes conclues avec chacune des cinq autorités régionales de la santé et des permissions octroyées par le FSP (ColonCheck a reçu des autorisations d'une majorité de FSP pour orienter directement les participants). Avant la coloscopie, l'infirmière praticienne de ColonCheck procède à une évaluation de tous les participants devant passer l'examen à Winnipeg. 	<ul style="list-style-type: none"> Les participants dont le résultat de coloscopie est normal recevront une nouvelle invitation, pour un dépistage systématique par RSOS, après 5 ans.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier du compte rendu des résultats aux participants • Sauf lorsque la personne n'a pas de médecin attitré, il incombe au FSP de communiquer avec elle pour lui transmettre son résultat 	<ul style="list-style-type: none"> • Il incombe au FSP de coordonner l'orientation en coloscopie et d'informer ses patients des rendez-vous pris 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme communique, par courrier et par téléphone, avec les personnes n'ayant pas de FSP et leur en attribue un, qui prendra en charge le suivi. • Le programme gère une liste des FSP ayant accepté de prendre en charge les participants n'ayant pas de FSP. 	<p>1) Participants ayant un FSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il incombe au FSP de communiquer le résultat de TFi anormal à son patient et de l'orienter, dans les meilleurs délais, vers une coloscopie de suivi. • Action Cancer Ontario de Santé Ontario envoie également, par courrier, des comptes rendus de résultats aux participants. <p>2) Participants n'ayant pas de FSP ou ayant obtenu une trousse de TFi auprès d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACO de Santé Ontario envoie un compte rendu de résultat anormal aux participants, en leur conseillant de communiquer avec le centre d'appels d'ACO de Santé Ontario pour obtenir de l'aide. • Le centre d'appels oriente ces participants vers un FSP, qui prend en charge le suivi. • S'il n'y a pas de médecin disponible, le cas est transmis aux responsables provinciaux et régionaux d'ACO de Santé Ontario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants dont la coloscopie est normale ou qui présentent un ou plusieurs polypes hyperplasiques rectosigmoïdes doivent subir un nouveau dépistage par TFi après 10 ans. • On recommande aux participants présentant un ou plusieurs adénomes à faible risque de subir un nouveau dépistage par TFi après 5 ans.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
Qc*	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage opportuniste : il incombe au FSP de communiquer avec ses patients ayant participé au programme pour leur transmettre le résultat. • Dépistage organisé : les résultats seront envoyés par courrier au participant~. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage opportuniste : il incombe au FSP de remplir une recommandation d'orientation en coloscopie et de l'envoyer à l'unité d'endoscopie. Une infirmière en endoscopie appelle alors le participant pour effectuer, par téléphone, une évaluation précoloscopie et prendre rendez-vous pour cet examen ou pour toute autre procédure de suivi requise. • Dépistage organisé : une infirmière du programme appellera le participant pour effectuer, par téléphone, une évaluation précoloscopie et prendre rendez-vous pour cet examen ou pour toute autre procédure de suivi requise~. 		<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage opportuniste : il incombe au coloscopiste et au FSP de communiquer avec les participants pour leur transmettre le résultat. • Dépistage organisé : il incombera au coloscopiste de communiquer avec les participants pour leur transmettre le résultat et pour gérer, s'il y a lieu, le suivi diagnostique clinique. Le programme de dépistage gèrera le suivi diagnostique concernant le dépistage futur~. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants dont les résultats de coloscopie sont normaux recevront une nouvelle invitation, pour un dépistage systématique par TFI, après 10 ans.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Les participants reçoivent un appel de l'infirmière du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> Le programme coordonne le suivi (orientation en coloscopie). L'infirmière du programme appelle le participant pour effectuer, par téléphone, une évaluation précoloscopie, puis selon les résultats de l'évaluation, prend un rendez-vous pour cet examen ou pour une consultation avec un endoscopiste. 	<ul style="list-style-type: none"> L'endoscopiste continue à assurer la responsabilité des soins de suivi des participants n'ayant pas de FSP. 	<ul style="list-style-type: none"> Le laboratoire envoie une lettre aux FSP pour les informer de résultats anormaux. L'infirmière du programme appelle le participant pour discuter des résultats et des procédures de suivi. S'il est impossible de joindre le participant par téléphone, une lettre lui est adressée. 	<ul style="list-style-type: none"> Les participants dont les résultats de coloscopie sont normaux recevront une nouvelle invitation pour un dépistage systématique par TFI après 10 ans, s'ils sont toujours admissibles en fonction de leur âge.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi d'une lettre par la poste au participant • Envoi d'une copie de la lettre au FSP • Appel téléphonique du programme au participant 	<ul style="list-style-type: none"> • Lancement de l'orientation en coloscopie par le programme • L'infirmière du programme appelle le participant pour effectuer une évaluation précoloscopie, qui pourra avoir lieu par téléphone ou en personne, selon les préférences du participant. • Rendez-vous de coloscopie pris par le programme, qui en informe le participant 	<ul style="list-style-type: none"> • FSP non nécessaire : coordination du suivi de tous les participants par le programme, qu'ils aient ou non un FSP 	<ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière du programme de dépistage communique avec les participants ayant obtenu un résultat anormal pour organiser une évaluation précoloscopie. Une fois celle-ci effectuée, on fixe un rendez-vous en coloscopie avec un médecin agréé par le programme de dépistage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants dont les résultats de coloscopie sont normaux recevront une nouvelle invitation pour un dépistage systématique par TFI après 5 ans.
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne • On s'attend également à ce que le FSP communique avec son patient ayant participé au programme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il incombe au FSP de coordonner l'orientation en coloscopie et d'informer ses patients des rendez-vous pris. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si un participant n'a pas de FSP, le programme le mettra en relation avec un FSP pouvant prendre en charge le processus de suivi. • Coordonnées de ce FSP envoyées au participant avec son compte rendu de résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme de dépistage du cancer colorectal envoie un compte rendu des résultats aux participants ayant obtenu des résultats anormaux, leur demandant d'effectuer un suivi avec un FSP. Le FSP détermine le suivi. Il existe un formulaire standard d'orientation en coloscopie. On surveille les activités et les orientations de suivi, par exemple les coloscopies. Lorsque le dossier du participant ne contient aucune activité ni aucune orientation, on communique avec le FSP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants dont les résultats de coloscopie sont normaux recevront une nouvelle invitation pour un dépistage systématique par TFI après 5 ans.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Description du processus de suivi	Retour au programme de dépistage
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> Appel téléphonique du programme au participant, pour lui transmettre ses résultats En cas d'impossibilité de joindre la personne après 2 semaines, les résultats sont envoyés par courrier recommandé 	<ul style="list-style-type: none"> Lancement de l'orientation en coloscopie par le programme L'infirmière du programme communique, par téléphone, avec le participant pour organiser une évaluation précoloscopie. Le centre où doit se dérouler l'examen communique avec le participant, par lettre ou par téléphone, pour lui préciser la date et l'heure de son rendez-vous de coloscopie ou, s'il y a lieu, en fonction des résultats de l'évaluation, de son rendez-vous avec l'endoscopiste. 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi coordonné par le programme; FSP non requis (le directeur médical du programme agit comme médecin orienteur) 	<ul style="list-style-type: none"> Lorsqu'un résultat anormal est envoyé au programme de dépistage, les infirmières coordonnatrices communiquent avec le participant pour l'informer du résultat. L'infirmière procède à une évaluation de santé téléphonique et oriente le participant vers l'unité d'endoscopie la plus proche de son domicile pour passer une coloscopie. Les infirmières coordonnatrices envoient une trousse d'information au participant et lui fournissent également des renseignements sur la préparation intestinale en vue de l'examen. 	<ul style="list-style-type: none"> Les participants dont les résultats de coloscopie sont normaux recevront une nouvelle invitation pour un dépistage systématique par TFI après 5 ans.

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

~ Une fois le programme établi.

3.2 Coloscopie après un test fécal anormal

Les recommandations relatives à l'invitation d'un participant à un nouveau rendez-vous après l'obtention d'un résultat de TF anormal, mais d'un résultat de coloscopie négatif, varient selon les provinces et les territoires, la personne pouvant être invitée à se soumettre de nouveau à un dépistage, par TFi ou par TFg, après deux ans, cinq ans ou dix ans.

Des services de coloscopie sont proposés dans les hôpitaux de 12 provinces et territoires, dans des cliniques de coloscopie privées de 5 provinces et territoires et dans des cliniques de coloscopie publiques de 3 provinces et territoires.

Tableau 13 : Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage après un résultat de TF anormal et un résultat de coloscopie négatif

Province ou territoire	Invitation à un nouveau rendez-vous après un résultat de TF anormal et un résultat de coloscopie négatif
Yn	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 10 ans après, ou selon les recommandations d'un endoscopiste
T.N.-O.*	Aucun processus officiel d'invitation à un nouveau rendez-vous
Nt*	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 10 ans après
C.-B.ˆ	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 10 ans après
Alb.	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 10 ans après
Sask.	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 5 ans après
Man.	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFg 5 ans après
Ont.	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 10 ans après~
Qc*	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 10 ans après
N.-B.	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 10 ans après
N.-É.	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 5 ans après
Î.-P.-É.	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 5 ans après
T.-N.-L.	Invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage par TFi 5 ans après

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

ˆ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

~ Jusqu'au 24 juin 2019, l'invitation à un nouveau rendez-vous concernait un dépistage par TFg.

Tableau 14 : Lieux où l'on offre des services de coloscopie, par province ou par territoire

Province ou territoire	Hôpitaux	Cliniques privées de coloscopie	Cliniques publiques de coloscopie
Yn	Un hôpital		
T.N.-O.*,**	✓		
Nt*,~	Iqaluit/Hay River Yellowknife/Winnipeg Inuvik/Edmonton		
C.-B.∧	✓	Établissements privés sous contrat avec l'autorité de la santé	
Alb.	✓		✓
Sask.	✓		✓ _∧
Man.	✓	✓	
Ont.	✓	✓	
Qc*	✓	✓ _‡	✓
N.-B.	✓		
N.-É.	✓		
Î.-P.-É.	✓		
T.-N.-L.	✓		

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

∧ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

~ Les participants de Kivalliq vont à Winnipeg; ceux de Kitikmeot vont à Yellowknife, à Inuvik ou à Hay River; ceux de Qikiqtaaluk vont à Iqaluit.

** Des services de coloscopie sont offerts à Yellowknife, à Inuvik et à Hay River.

‡ Les cliniques privées de coloscopie occupent d'ores et déjà une place marginale. Lorsque le PQDCCR sera mis en œuvre, il n'y aura plus d'orientation en coloscopie vers des cliniques de ce type.

∧ Il existe une clinique de coloscopie publique au sein d'une clinique de santé coopérative multidisciplinaire.

Tableau 15 : Stratégies mises en œuvre pour réduire le délai entre un TF anormal et le suivi en coloscopie

Province ou territoire	Stratégies pour réduire le délai entre un TF anormal et le suivi en coloscopie	Certaines de ces stratégies se sont-elles appuyées sur les travaux du Partenariat, par exemple des réunions du Réseau, ou d'autres réunions du Partenariat?
Yn	<p>Clinique de coloscopie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des effectifs administratifs et du nombre de coloscopistes expérimentés • Salles de coloscopie réservées • Augmentation des journées de coloscopies à quatre par semaine <p>ColonCheck :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avis aux FSP de remplir et d'envoyer plus rapidement les recommandations en coloscopie après un TFi positif • Formation répétée des FSP et envoi de lettres de rappel • Rationalisation et mise à jour des formulaires d'orientation en coloscopie • Formation pratique individuelle des FSP sur la façon de trouver les formulaires appropriés • Suivi avec la clinique du chirurgien, si le programme n'a pas reçu de date de rendez-vous pour la coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion du 15 novembre du Réseau national de dépistage du cancer colorectal • Présentations lors de la réunion du 28 mars 2019 sur les initiatives d'amélioration de la qualité • Réunion du 19 juin 2019 sur l'amélioration de l'expérience du patient, de la présomption au diagnostic d'un cancer colorectal • Réunion collective territoriale du 18 juin 2019 sur le dépistage du cancer colorectal
T.N.-O.*	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de dépistage organisé en phase de planification, en vue de réduire le délai entre un TFi positif et une coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ces stratégies s'appuient largement sur les travaux du Partenariat, notamment sur les réunions du Réseau ainsi que sur les analyses de l'environnement antérieures.
Nt*	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire de cas dans chaque région pour coordonner tous les résultats~ 	–
C.-B.^	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation facilitée vers les autorités de la santé à des fins de suivi. Certaines d'entre elles demandent aux participants de remplir un questionnaire d'évaluation précopioscopie. Si, à la suite de cette évaluation, le participant est considéré comme présentant un faible risque, le rendez-vous est directement pris pour une coloscopie. 	–
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> • Créneaux horaires réservés à l'endoscopie dans les centres de dépistage. Les délais font l'objet d'une surveillance régulière par le programme provincial avec, si nécessaire, un accroissement des capacités de coloscopies. 	–
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> • Créneaux horaires réservés à l'endoscopie • Vérification et rétroaction 	<ul style="list-style-type: none"> • Le temps d'attente pour une coloscopie est un indicateur de la qualité établi par le Réseau du Partenariat (valeur de référence de 60 jours).
Man.	<ul style="list-style-type: none"> • Avec la permission du FSP, le programme fera directement l'orientation en coloscopie. • Le programme a des emplacements réservés à Winnipeg et des processus de triage dans chacune des autres autorités régionales de la santé (ARS). • Dans deux de ces cinq ORS, l'équipe centralisée des admissions gère directement l'orientation en coloscopie. 	–

Province ou territoire	Stratégies pour réduire le délai entre un TF anormal et le suivi en coloscopie	Certaines de ces stratégies se sont-elles appuyées sur les travaux du Partenariat, par exemple des réunions du Réseau, ou d'autres réunions du Partenariat?
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec les programmes régionaux de lutte contre le cancer afin de favoriser la priorisation des coloscopies de suivi, notamment en assurant une surveillance régulière des délais pour passer ces examens • Formation des FSP et des endoscopistes, notamment dans le cadre de modules agréés de formation professionnelle continue • Achèvement d'un projet pilote pour éclairer les futures stratégies d'amélioration du suivi, telles que l'intervention-pivot centralisée • Processus de mise en relation avec un FSP des participants n'ayant pas de médecin attitré • Rapports de laboratoire envoyés aux FSP incluant des messages soulignant l'importance d'un suivi rapide • Programme centralisé de correspondance avec des messages à destination des participants, s'appuyant sur des données probantes, en vue d'améliorer le taux de suivi de ceux dont le résultat de test était anormal 	<ul style="list-style-type: none"> • La conception du projet pilote a été éclairée par les processus d'intervention-pivot navigation d'autres programmes, ainsi que par les renseignements obtenus lors des réunions du Partenariat et auprès des personnes-ressources du Réseau.
Qc*	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un formulaire normalisé d'orientation en coloscopie avec différents niveaux de priorité • Acquisition d'un système d'information sur la coloscopie, commun à toutes les cliniques de coloscopie, permettant de suivre les données • Mise en place d'un nouveau système de rémunération pour les unités d'endoscopie, avec pour objectif d'accroître les volumes et de diminuer les délais 	-
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Approche intégrée et services centralisés • Créneaux horaires réservés à l'endoscopie • Surveillance des temps d'attente et de la demande de coloscopies 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, en participant aux réunions du Réseau
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du participant par l'infirmière-pivot, avec, s'il y a lieu, une orientation directe en coloscopie • Système de prise de rendez-vous centralisé et listes d'attente communes pour les endoscopies • On propose aux participants des rendez-vous dans les centres où les délais d'attente sont les plus courts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réunions du Réseau national de dépistage du cancer colorectal • Occasion offerte dans le cadre de l'Initiative d'amélioration de la qualité • Pratiques exemplaires intégrées aux processus du programme
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Projet de mise en œuvre d'un plan de navigation pour le diagnostic • Surveillance du temps d'attente en place, et suivi avec les FSP pour faire le point sur les orientations en coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage du cancer colorectal au Canada : rapport sur la surveillance et l'évaluation de 2013 à 2014 du Partenariat • Oui, éclairé par des réunions, par la communication de données au sein du Réseau et par la recherche d'occasions de financement pour des initiatives d'amélioration de la qualité à l'appui des normes et de la mise en œuvre du programme

Province ou territoire	Stratégies pour réduire le délai entre un TF anormal et le suivi en coloscopie	Certaines de ces stratégies se sont-elles appuyées sur les travaux du Partenariat, par exemple des réunions du Réseau, ou d'autres réunions du Partenariat?
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> • Périodes réservées à la coloscopie dans le cadre du programme dans un quart des régions sociosanitaires • Suivi du programme d'amélioration des compétences en endoscopie par les endoscopistes • Respect des lignes directrices de l'ACG** • Système d'infirmières-pivots permettant d'orienter les personnes directement en coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques exemplaires intégrées aux processus du programme

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

~ Une fois le programme établi.

** Association canadienne de gastroentérologie

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

4. Dépistage du cancer colorectal chez les personnes présentant un risque accru

Les personnes exposées à un risque accru présentent certains facteurs qui leur font courir un risque plus important de contracter un cancer colorectal, un cancer colorectal plus agressif ou encore un cancer colorectal à un plus jeune âge. Le dépistage chez les personnes présentant un risque accru, pouvant être différent du dépistage chez les personnes présentant un risque moyen, se déroule souvent en dehors des programmes de dépistage organisé. Bien souvent, en cas de risque accru de cancer colorectal, c'est le FSS qui prend en charge le dépistage sur une base individuelle, en fonction des facteurs de risque propres à chaque patient.

4.1 Définition d'un risque accru

Bon nombre de provinces et de territoires définissent des facteurs précis, qu'ils prennent en considération pour classer une personne comme présentant un risque accru de cancer colorectal. Le fait d'avoir un membre de la famille au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal constitue le facteur de risque le plus fréquemment pris en

compte par les programmes de dépistage. Certaines provinces et certains territoires précisent que ce membre de la famille au premier degré devait être âgé de moins de 60 ans, ou de 60 ans ou moins, alors que dans d'autres, il pouvait avoir n'importe quel âge.

Le fait d'avoir plus de deux membres de la famille au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal, d'avoir des antécédents personnels de cancer colorectal ou d'avoir des polypes adénomateux constituent d'autres facteurs de risque fréquemment utilisés pour définir les personnes présentant un risque accru de contracter un cancer colorectal. En outre, certaines provinces et certains territoires incluent, dans leur définition d'un risque accru, le fait d'avoir plus de deux membres de la famille au premier degré présentant des polypes adénomateux, ainsi que le fait d'avoir deux membres de la famille au deuxième degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal et présentant des polypes adénomateux.

Tableau 16 : Définitions provinciales et territoriales d'un risque accru de cancer colorectal

Province ou territoire	Un membre de la famille au 1 ^{er} degré ayant reçu un diagnostic de...		Au moins deux membres de la famille au 1 ^{er} degré ayant reçu un diagnostic de...		Deux membres de la famille au 2 ^e degré ayant reçu un diagnostic de...		Des antécédents personnels de...	
	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux
Yn	✓ À 60 ans ou moins	✓ À 60 ans ou moins	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.N.-O.	✓ À 60 ans ou moins		✓		✓		✓	
Nt	✓ À 60 ans ou moins		✓	✓			✓	✓
C.-B.	✓ À 60 ans ou moins		✓					✓
Alb.	✓ À 60 ans ou moins	✓ À 60 ans ou moins	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sask.	✓ À 60 ans ou moins	✓ À 60 ans ou moins	✓	✓			✓	✓
Man.	✓	✓	✓	✓			✓	✓
Ont.*	✓		✓					
Qc [^]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
N.-B.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
N.-É.~	✓ À 60 ans ou moins	✓ À 60 ans ou moins	✓	✓			✓	✓
Î.-P.-É.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.-N.-L.	✓ À 60 ans ou moins		✓		✓		✓	✓

* Les critères de définition d'un risque accru de cancer colorectal sont en cours d'examen en Ontario.

^ Au Québec, on prend en considération les facteurs suivants : un membre de la famille au 2^e ou au 3^e degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal ou de polypes adénomateux; un membre de la famille au 1^{er} degré et un membre de la famille au 2^e degré, dans la même branche familiale, ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal, peu importe l'âge. On doit également prendre en compte un accroissement léger ou modéré du risque.

~ Les critères permettant de définir un risque accru de contracter un cancer colorectal sont en cours d'examen en Nouvelle-Écosse.

4.2 Recommandations de dépistage pour les personnes présentant un risque accru de cancer colorectal

Les provinces et les territoires peuvent, en dehors de leur programme de dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle de l'ensemble de la population, recommander des protocoles et des mesures de suivi propres aux personnes présentant un risque accru. L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) a publié des lignes directrices pour le dépistage de ces personnes¹¹.

La plupart des provinces et des territoires recommandent un dépistage par coloscopie tous les 5 ans ou tous les 10 ans aux personnes présentant un risque accru, à partir de 40 ans ou 10 ans plus tôt que le plus jeune âge auquel un membre de leur famille a reçu un diagnostic de cancer colorectal. Dans certains cas, la recommandation est que les procédures de dépistage chez les personnes présentant un risque accru soient semblables à celles utilisées pour les personnes présentant un risque moyen, le dépistage débutant, toutefois, pour les premières, à l'âge de 40 ans. D'autres provinces et d'autres territoires suivent les recommandations énoncées dans les lignes directrices de l'ACG pour le dépistage chez les personnes présentant un risque accru.

Tableau 17 : Recommandations de dépistage provinciales et territoriales pour les personnes présentant un risque accru de cancer colorectal

Province ou territoire	Recommandations de dépistage pour la population présentant un risque accru	Recommandations de suivi après une coloscopie normale
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie Un membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal ou de polypes adénomateux à 60 ans ou moins, ou au moins deux membres de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un tel diagnostic, sans égard à l'âge. Orientation à l'âge de 40 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le cas de référence a reçu son diagnostic, selon la première de ces deux éventualités. Un TFI n'est pas recommandé. Un membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal à plus de 60 ans : dépistage par TFI tous les 2 ans, à compter de 50 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Coloscopie après 5 ans ou selon les directives du spécialiste
T.N.-O.	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie à partir de 40 ans ou 10 ans plus tôt que le plus jeune âge auquel un membre de la famille a reçu son diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> Coloscopie après 5 à 10 ans
Nt	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie, en fonction du résultat 	<ul style="list-style-type: none"> Varie selon le type de polypes
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents familiaux importants de cancer colorectal ou antécédents personnels d'adénome à faible risque : dépistage par coloscopie tous les 5 ans Antécédents personnels d'adénome à haut risque lors de la dernière coloscopie : dépistage par coloscopie après 3 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Coloscopie après 5 ans
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi après 5 à 10 ans En cas d'antécédents de cancer colorectal, surveillance un an après la chirurgie. Trois coloscopies normales sont requises pour revenir à un intervalle de cinq ans.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic à moins de 60 ans : dépistage par coloscopie à partir de 40 ans ou 10 ans plus tôt que le plus jeune âge auquel un membre de la famille a reçu son diagnostic Membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic à 60 ans ou plus : dépistage par TFI à partir de 40 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Recommandations, à la discrétion de l'endoscopiste et du participant, suivies par le FSP (conformément aux lignes directrices de l'ACG)
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie tous les 5 à 10 ans, à partir de 40 ans ou 10 ans plus tôt que le plus jeune âge auquel un membre de la famille a reçu son diagnostic

Province ou territoire	Recommandations de dépistage pour la population présentant un risque accru	Recommandations de suivi après une coloscopie normale
Ont.*	<ul style="list-style-type: none"> • ContrôleCancerColorectal recommande que les personnes qui ne présentent aucun symptôme et qui courent un risque accru de contracter un cancer colorectal subissent un dépistage par coloscopie. Une personne présentant un risque accru devrait commencer le dépistage à 50 ans ou 10 ans plus tôt que l'âge auquel le membre de la famille a reçu son diagnostic de cancer colorectal, selon la première de ces deux éventualités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes dont un parent au 1^{er} degré a reçu un diagnostic de cancer colorectal avant l'âge de 60 ans devraient subir un nouveau dépistage, après une coloscopie normale, tous les 5 ans. • Les personnes dont un parent au 1^{er} degré a reçu un diagnostic de cancer colorectal à 60 ans ou plus devraient subir un nouveau dépistage, après une coloscopie normale, tous les 10 ans.
Qc	<ul style="list-style-type: none"> • Risque légèrement accru : dépistage par TFI à partir de 40 ans • Risque modérément accru : dépistage par coloscopie tous les 5 ans à partir de 40 ans ou 10 ans plus tôt que le plus jeune âge auquel un membre de la famille a reçu son diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque légèrement accru : TFI après 10 ans • Risque modérément accru : coloscopie tous les 5 ans
N.-B.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal ou de polypes adénomateux à moins de 60 ans, ou au moins deux membres de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un tel diagnostic, quel que soit l'âge : dépistage par coloscopie à partir de 40 ans ou 10 ans plus tôt que le plus jeune âge auquel un membre de la famille a reçu son diagnostic 2. Un membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal ou de polypes adénomateux à plus de 60 ans, ou au moins deux membres de la famille au 2^e degré ayant reçu un tel diagnostic à plus de 60 ans : dépistage par RSOS à partir de 40 ans et/ou orientation vers un spécialiste 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloscopie tous les 5 ans 2. RSOS tous les 2 ans
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Un membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal à 60 ans ou moins : coloscopie à partir de 40 ans ou 10 ans plus tôt que l'âge auquel le membre de la famille au 1^{er} degré a reçu son diagnostic • Au moins deux membres de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal : coloscopie à partir de 40 ans ou 10 ans plus tôt que l'âge auquel le membre de la famille au 1^{er} degré a reçu son diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloscopie après 5 ans
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Dépend de l'âge, du degré de parenté avec le participant et du nombre de membres de la famille touchés • Respect des lignes directrices de l'ACG • Recommandations à la discrétion du FSP; orientations non coordonnées par le programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations à la discrétion de l'endoscopiste, conformément aux lignes directrices de l'ACG
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage par coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par coloscopie

* Les recommandations en matière de dépistage pour les personnes présentant un risque accru de cancer colorectal sont en cours d'examen en Ontario.

En Alberta et en Nouvelle-Écosse, on envisage de mettre en place un dépistage par test fécal plutôt que par coloscopie pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal. À l'heure actuelle, aucune autre province ni aucun autre territoire n'envisage ce changement.

Tableau 18 : Plans visant à mettre en place un dépistage par test fécal, plutôt que par coloscopie, pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal

Province ou territoire	Plans visant à mettre en place un dépistage par test fécal, plutôt que par coloscopie, pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal
Yn	TFi offert aux personnes ayant un membre de la famille au 1 ^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal à plus de 60 ans On n'envisage pas actuellement d'utiliser le TFi pour les personnes ayant des antécédents familiaux plus importants.
T.N.-O.	Aucun plan à l'heure actuelle
Nt	Aucun plan à l'heure actuelle
C.-B.	TFi offert aux personnes ayant un membre de la famille au 1 ^{er} degré atteint d'un cancer colorectal diagnostiqué à plus de 60 ans. On n'envisage pas actuellement d'utiliser le TFi pour les personnes ayant des antécédents familiaux plus importants.
Alb.	À l'étude, en l'attente des nouvelles lignes directrices de l'AGC et de l'Alberta
Sask.	Les lignes directrices de dépistage de la Saskatchewan indiquent que les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal doivent se soumettre à une coloscopie de suivi, mais le programme de dépistage de la Saskatchewan invite tous les participants potentiels, appartenant à la population couverte, âgés de 50 ans à 74 ans, quels que soient leurs antécédents familiaux, en leur envoyant un TFi par la poste. Par conséquent, une personne ayant des antécédents familiaux recevra un TFi, sauf si elle déclare, d'elle-même, ses antécédents familiaux et quitte le programme, ou si le coloscopiste recommande au programme de dépistage que cette personne demeure sous surveillance par coloscopie.
Man.	Aucun plan à l'heure actuelle
Ont.	Aucun plan à l'heure actuelle*
Qc	Aucun plan à l'heure actuelle
N.-B.	Aucun plan à l'heure actuelle
N.-É.	Parent au 1 ^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal à plus de 60 ans; dépistage par TFi à 50 ans chez les personnes présentant un risque moyen
Î.-P.-É.	Aucun plan à l'heure actuelle
T.-N.-L.	Aucun plan à l'heure actuelle

* Cela pourrait changer, étant donné que la définition du risque accru et les recommandations de dépistage pour les personnes présentant un risque accru de cancer colorectal sont en cours d'examen en Ontario.

Les critères de définition d'un risque élevé comprennent, le plus souvent, un âge entre 50 ans et 74 ans et d'autres critères basés sur des lignes directrices en matière de pratique clinique, par exemple des antécédents familiaux. Cependant, de nombreux programmes de dépistage organisé ne surveillent pas les personnes présentant un risque élevé. Certains registres de dépistage ne font pas de distinction entre risque moyen et risque accru. Dans ce contexte, des personnes présentant un risque accru ou un risque élevé pourraient tout de même être invitées à un examen de dépistage dans le cadre du programme de dépistage organisé à l'échelle de l'ensemble de la population visant les personnes présentant un risque moyen.

Tableau 19 : Critères pour définir un RISQUE ÉLEVÉ, par province ou par territoire

Province ou territoire	Âge cible	Critères
Yn	À partir de 50 ans ou 10 ans plus tôt que l'âge auquel le membre de la famille a reçu son diagnostic de cancer colorectal, selon la première de ces deux éventualités	Personnes asymptomatiques ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal comprenant un ou plusieurs parents au 1 ^{er} degré (père, mère, frère, sœur ou enfant) chez qui on a diagnostiqué la maladie
T.N.-O.*	50 à 74 ans	En fonction de lignes directrices cliniques
Nt*	50 à 74 ans	En fonction de lignes directrices en matière de pratiques cliniques
C.-B.^	10 ans avant l'âge auquel le membre de la famille au 1 ^{er} degré a reçu son diagnostic, jusqu'à 74 ans	-
Alb.	50 à 74 ans	Les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux peuvent commencer le dépistage par coloscopie à 40 ans.
Sask.	50 à 74 ans	Le programme ne recrute pas intentionnellement des personnes présentant un risque élevé pour un dépistage par TFi. Les personnes ayant ce profil peuvent accéder au dépistage par coloscopie par l'intermédiaire de leur FSS.
Man.	50 à 74 ans	Le programme ne recrute pas intentionnellement des personnes présentant un risque élevé pour un dépistage par RSOS. Les personnes ayant ce profil peuvent accéder au dépistage par coloscopie par l'intermédiaire de leur FSS.
Ont.	À partir de 50 ans ou 10 ans plus tôt que l'âge auquel le membre de la famille a reçu son diagnostic de cancer colorectal, selon la première de ces deux éventualités	Personnes présentant un risque accru : personnes asymptomatiques ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal comprenant un ou plusieurs parents au 1 ^{er} degré (père, mère, frère, sœur ou enfant) chez lesquels on a diagnostiqué la maladie
Qc*	50 à 74 ans	Dépistage opportuniste par un FSP, d'après un algorithme
N.-B.	50 à 74 ans	En fonction de lignes directrices en matière de pratiques cliniques
N.-É.	Dépend du syndrome génétique	Les personnes présentant un risque élevé devraient avoir accès à une coloscopie par l'intermédiaire de leur FSS.
Î.-P.-É.	50 à 74 ans	Les personnes présentant un risque élevé ne sont pas recensées par le programme. Les personnes de 50 à 74 ans présentant un risque plus élevé sont invitées à fournir elles-mêmes ce renseignement et à discuter des options en matière de dépistage avec leur FSP (coloscopie).

Province ou territoire	Âge cible	Critères
T.-N.-L.	50 à 74 ans	–

* Dans la présente publication, les renseignements relatifs aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec concernent le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

^ Le programme de dépistage du cancer colorectal en Colombie-Britannique est offert à l'échelle de la province, à l'exception de la Northern Health Authority, qui n'y participe pas.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Le syndrome de Lynch est une maladie héréditaire qui augmente le risque de cancer colorectal. Chez les personnes ayant reçu un diagnostic de syndrome de Lynch, un dépistage plus fréquent du cancer colorectal, notamment par coloscopie, est souvent recommandé¹². Au Canada, la plupart des provinces et des territoires n'incluent pas les personnes atteintes du syndrome de Lynch (cancer colorectal héréditaire sans polypose) dans leur programme de dépistage organisé. Ces personnes sont plutôt orientées vers des spécialistes.

Tableau 20 : Recommandations provinciales et territoriales en matière de dépistage pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch (cancer colorectal héréditaire sans polypose)

Province ou territoire	Votre province ou votre territoire est-elle ou est-il doté(e) de recommandations de dépistage pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch?		Dans l'affirmative, veuillez les décrire.
	Oui	Non	
Yn		✓	Recommandations de l'Association canadienne de gastroentérologie
T.N.-O.		✓	
Nt		✓	
C.-B.		✓	Recommandations de dépistage du GPAC [^]
Alb.		✓	
Sask.		✓	
Man.		✓	
Ont.		✓*	

Province ou territoire	Votre province ou votre territoire est-elle ou est-il doté(e) de recommandations de dépistage pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch?		Dans l'affirmative, veuillez les décrire.
	Oui	Non	
Qc		✓	
N.-B.	✓		Conformément à l'algorithme des lignes directrices de pratique clinique en matière de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick, on recommande une coloscopie tous les 1 à 2 ans, à partir de 20 ans ou 10 ans plus tôt que l'âge du cas le plus précoce dans la famille, la première de ces deux dates prévalant, pour les personnes atteintes d'un cancer colorectal héréditaire sans polypose ou syndrome de Lynch.
N.-É.~	✓		Pour les personnes présentant des antécédents familiaux de cancer colorectal héréditaire sans polypose, on offre une coloscopie tous les 2 ou 3 ans à partir de 20 ans ou 10 ans plus tôt que l'âge du cas le plus précoce dans la famille. On recommande une consultation génétique.
Î.-P.-É.		✓	
T.-N.-L.		✓	Recommandations de l'Association canadienne de gastroentérologie

* Le programme prévoit d'élaborer des recommandations de dépistage pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch.

^ Guidelines and Protocol Advisory Committee (comité consultatif en matière de lignes directrices et de protocoles)

~ Bien que la Nouvelle-Écosse soit dotée de recommandations de dépistage pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch, celles-ci ne font pas partie du programme de dépistage organisé.

5. Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer colorectal

Plusieurs provinces et territoires mènent des projets pilotes ou des études en matière de dépistage du cancer colorectal ou y participent. Afin de mettre en évidence les facteurs favorisant la participation des Premières Nations et des membres des collectivités du Yukon aux programmes de dépistage organisé ainsi que les obstacles s'y opposant, le territoire a tenu des discussions avec des travailleurs de la santé et des membres des collectivités des Premières Nations autour de différents sujets : facteurs limitant la participation au dépistage; stratégies en matière de dépistage; formation sur le dépistage pertinente sur le plan culturel; risques de cancer et prévention. Les Territoires du Nord-Ouest ont utilisé la modélisation par simulation pour estimer les besoins en

ressources d'endoscopie pour le dépistage du cancer colorectal. Dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal, son programme de dépistage organisé du cancer colorectal, l'Ontario a entrepris une étude sur le respect des procédures de suivi chez les participants ayant obtenu un résultat anormal au test au gaïac de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSg) et sur les obstacles s'y opposant. La Province entend analyser les systèmes de dépistage du cancer sous le prisme de la sécurité culturelle des Autochtones, afin d'élaborer, en collaboration avec eux, des communications et des stratégies de prise de décision en la matière culturellement sûres.

Tableau 21 : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer colorectal au Yukon

Titre	Identifying attributes of success in and barriers to Yukon First Nations and remote communities participating in cancer screening (mise en évidence des facteurs favorisant la participation des Premières Nations et des collectivités éloignées du Yukon au dépistage du cancer et des obstacles s'y opposant)
But de l'étude	Les taux de mortalité par cancer au Yukon sont supérieurs aux taux nationaux et le cancer colorectal y est la deuxième cause de décès par cancer. Il existe toujours des disparités, en matière de dépistage du cancer et de résultats pour les patients, au sein des collectivités rurales et des Premières Nations du territoire. Le projet avait pour objectif de mettre en évidence les facteurs favorisant la participation des Premières Nations et des collectivités éloignées du Yukon aux programmes de dépistage, ainsi que les obstacles s'y opposant.
Dates de début et de fin	Mai 2016 à 2017
Nombre de personnes recrutées	11 des 14 collectivités du Yukon
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Discussions avec des travailleurs de la santé des Premières Nations et avec des membres des collectivités éloignées autour de différents sujets : facteurs limitant la participation au dépistage; stratégies en matière de dépistage; formation sur le dépistage pertinente sur le plan culturel; risques de cancer et prévention

Titre	Identifying attributes of success in and barriers to Yukon First Nations and remote communities participating in cancer screening (mise en évidence des facteurs favorisant la participation des Premières Nations et des collectivités éloignées du Yukon au dépistage du cancer et des obstacles s'y opposant)
Résultats	Cette initiative a permis de mieux comprendre la façon dont les Premières Nations du Yukon percevaient le cancer et le dépistage au sein de leurs collectivités. La conception, la planification et la prestation des services de dépistage du cancer colorectal du programme ColonCheck du Yukon s'appuient, aujourd'hui encore, sur les résultats obtenus. Le caractère central du patient et les compétences culturelles jouent un rôle essentiel dans la planification et la prestation des services de dépistage du cancer colorectal. La participation des Premières Nations et des collectivités éloignées au dépistage du cancer colorectal nécessite des consultations régulières, des activités de formation en matière de dépistage et de prévention, des initiatives de sensibilisation et des améliorations des services adaptés sur le plan culturel.
Méthodes de recrutement	Comme ci-dessus
Recrutement parmi les Premières Nations, les Inuits et les Métis	Comme ci-dessus
Référence (si l'étude a été publiée)	S. O.

Tableau 22 : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer colorectal dans les Territoires du Nord-Ouest

Titre	
But de l'étude	Estimer les besoins en ressources d'endoscopie pour le dépistage du cancer colorectal à l'aide d'une modélisation par simulation
Dates de début et de fin	Septembre 2018 à septembre 2020
Nombre de personnes recrutées	1 322 (examen rétrospectif)
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Pour l'examen rétrospectif : test fécal immunohistochimique positif; 1 ^{er} janvier 2014 au 31 mars 2019 Les données alimenteront OncoSim, dont l'utilisation sera validée, afin d'élaborer des projections en matière de besoins en ressources d'endoscopie.
Résultats	En attente
Méthodes de recrutement	Identification dans les registres de santé publique
Recrutement parmi les Premières Nations, les Inuits et les Métis	L'examen rétrospectif porte sur tous les résidents des T.N.-O. comprenant une importante population de Premières Nations, d'Inuits et de Métis. Pas de recrutement particulier en fonction du statut d'Autochtone Un patient autochtone, appartenant à une collectivité éloignée, a été recruté comme partenaire par l'équipe de recherche, afin d'apporter au projet la perspective des patients.
Recrutement parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant	L'examen rétrospectif porte sur tous les résidents des T.N.-O. comprenant une importante population faisant l'objet d'un dépistage insuffisant. Pas de recrutement particulier par collectivité.
Référence (si l'étude a été publiée)	S. O.

Tableau 23 : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer colorectal en Ontario

Titre	Abnormal Follow-Up Adherence and Barriers Project (projet sur le respect des procédures de suivi et sur les obstacles s'y opposant)	Sécurité culturelle des Autochtones
But de l'étude	Dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal, améliorer le respect des procédures de suivi chez les participants ayant obtenu un résultat anormal au test au gaïac de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSg)	Améliorer les systèmes de dépistage du cancer et la sécurité culturelle des Autochtones, afin d'élaborer, en collaboration avec eux, des communications et des stratégies de prise de décision en la matière culturellement sûres
Dates de début et de fin	Octobre 2017 à mars 2019	Avril 2019 à mars 2024
Nombre de personnes recrutées	192 personnes présentant un résultat de RSOSg anormal n'ayant pas eu de suivi 154 FSP dont les patients n'avaient pas eu de suivi	À confirmer
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	FSP participant à quatre programmes d'évaluation diagnostique (PED) ayant eu, entre septembre 2015 et mars 2016, au moins un patient avec un résultat positif au test de RSOS Patients âgés de 49 à 76 ans, présentant un résultat anormal au test de RSOS, assurés par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario en date du 1 ^{er} août 2017 et en vie à la date de réception du résultat du test	À confirmer
Résultats	Résultats actuellement non disponibles	À confirmer
Processus d'orientation	Patients orientés vers l'étude par leur FSP	À confirmer
Méthodes de recrutement	<ul style="list-style-type: none"> • Quatre PED du cancer colorectal ont été sélectionnés pour fournir des services d'intervention-pivot. • Les FSP de chaque PED ont été invités à participer et tous leurs patients présentant un résultat anormal ont été recrutés. 	À confirmer
Recrutement parmi les Premières Nations, les Inuits et les Métis	S. O.	Exclusivement réservé à cette population; méthodes de recrutement à déterminer après discussion avec les collectivités
Recrutement parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant	S. O.	À confirmer
Référence (si l'étude a été publiée)	S. O.	S. O.

6. Sensibilisation de la population

Selon les données limitées propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, les taux de participation au dépistage organisé sont faibles chez ces groupes¹³. C'est également le cas chez les personnes à faible revenu, chez les nouveaux immigrants, chez les personnes vivant en milieu rural et chez les autres populations mal desservies¹⁴. Diverses stratégies ont été mises en œuvre, partout au Canada, pour accroître la participation des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

6.1 Cadre pour des interventions d'amélioration du dépistage du cancer

Le Community Preventive Services Task Force (CPSTF), soutenu par les Centers for Disease Control and Prevention

(CDC) des États-Unis, a effectué un examen approfondi des facteurs influençant le dépistage, pour le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer colorectal et le cancer de la peau¹⁵. Cet examen a mis l'accent sur les interventions permettant d'accroître, au sein des collectivités, la demande de services de dépistage, l'accès à ces services, ainsi que leur prestation par les fournisseurs de soins. Les interventions mises en évidence visent à augmenter les taux de dépistage dans la population, tout en favorisant les efforts pour améliorer l'équité en la matière. Ce cadre, conçu comme un outil d'aide à la décision, présente des stratégies en matière d'interventions fondées sur des données probantes.

Tableau 24 : Cadre des CDC pour des interventions d'amélioration du dépistage du cancer¹⁵

Accroître la demande au sein des collectivités	Accroître l'accès au sein des collectivités	Accroître la prestation des services par les FSS
<ul style="list-style-type: none"> • Éducation de groupe • Formation individuelle • Rappels aux participants • Incitatifs aux participants • Médias de masse • Petits médias 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions pour réduire les coûts directs assumés par les participants • Interventions pour réduire les obstacles structurels <ul style="list-style-type: none"> ○ Réduction des obstacles administratifs ○ Assistance pour la prise de rendez-vous ○ Autres options de centres de dépistage ○ Utilisation d'autres horaires de dépistage ○ Services de transport ○ Services de traduction ○ Services de garde d'enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappels aux FSS • Incitatifs aux FSS • Évaluation des FSS et rétroaction

6.2 Premières Nations, Inuits et Métis



NOMBRE DE PROVINCES ET TERRITOIRES CANADIENS QUI ONT MIS EN PLACE DES STRATÉGIES VISANT À ACCROÎTRE LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS, LES INUITS ET LES MÉTIS

Au Canada, selon les données limitées propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, les taux de participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal sont plus faibles parmi ces groupes que parmi la population non autochtone. Les taux de participation sont, en outre, plus faibles pour les programmes de dépistage du cancer colorectal que pour les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. Les données indiquent également des variations considérables entre les différentes régions dans la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis¹³.

Le programme de dépistage du cancer colorectal du Yukon recueille également des identificateurs indiquant l'appartenance autodéclarée du participant aux Premières Nations, aux Inuits et/ou aux Métis. Ces données ne sont toutefois pas utilisées actuellement pour mener des analyses propres à ces groupes. Aucune autre province ni aucun autre territoire au Canada ne recueille ce type de données.

Dans neuf provinces et trois territoires, les programmes de dépistage déclarent collaborer avec les Premières Nations, avec les Inuits et avec les Métis en vue d'accroître la participation de ces groupes. Il s'agit, notamment, de mettre en place un dialogue avec ces populations, afin qu'elles participent aux prises de décisions et qu'elles contribuent à la définition de démarches de dépistage adaptées sur le plan culturel, d'élaborer des ressources de programme qui leur sont propres, et d'échanger avec les FSS travaillant directement auprès de ces collectivités. Plus précisément, certains programmes dialoguent avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans le cadre de l'élaboration de plans de lutte contre le cancer et par l'entremise de groupes de travail. Des visites ciblées d'unités mobiles ont également été mises en place, dans le cadre de plusieurs programmes de dépistage, afin d'atteindre les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis, conjointement avec d'autres ressources du programme telles que de la documentation, des présentations et des campagnes dans les médias sociaux adaptés sur le plan culturel. De plus, certaines stratégies ont été mises en place pour contribuer à la formation des FSS

travaillant directement auprès des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Aucune stratégie liée à la prise de rendez-vous, à des horaires étendus, à la garde d'enfants ou à des incitatifs aux FSS n'a été signalée.

Figure 8 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis (juillet 2019)



Tableau 25 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – éducation de groupe

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	–	–	–	L'ACRCSP travaille avec les communautés autochtones pour améliorer le dépistage et la prévention du cancer colorectal.
Man.	✓	✓	✓	ColonCheck a établi un partenariat avec les agents de liaison responsables de la mobilisation communautaire, dans chaque autorité régionale de la santé de la province, en vue de fournir des ressources de formation collective.
N.-B.	✓			Participation, sur invitation, à des événements/conférences sur le mieux-être chez les Premières Nations; présentations, dans le cadre de ces événements/conférences, des programmes de dépistage du cancer; notamment, présentation de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal Projet en cours de cartographie SIG, visant à faciliter la mise en évidence des régions où la participation est en baisse, notamment parmi les collectivités des Premières Nations, afin d'y remédier dans le cadre d'initiatives ciblées de sensibilisation
T.N.-O.	✓	✓		Projet pilote en cours visant à accroître les connaissances des représentants en santé communautaire sur le dépistage du cancer colorectal pour leur faire jouer le rôle d'intervenants-pivots non professionnels dans le cadre du processus de dépistage. D'autres stratégies de sensibilisation, éclairées par le Partenariat, sont à l'étude, dans le cadre des phases de planification du programme de dépistage organisé.
Ont.	✓	✓	✓	Grâce à l'Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones (ICCU) d'ACO, aux responsables régionaux de la lutte contre le cancer chez les Autochtones et aux équipes régionales, les collectivités ont été mobilisées dans le cadre d'ateliers et de foires de la santé. Les FSP sont formés par l'entremise de présentations agréées de formation médicale continue (FMC).
Î.-P.-É.	✓	✓		Participation à des foires de la santé et à des événements communautaires; présentation de renseignements et formation du personnel clinique à propos des programmes
Qc	✓	✓	✓	Partenariat avec les autorités de santé régionales en vue de coordonner des séances de formation individuelles
Sask.	✓	✓	✓	Coordination de sessions de formation collective à l'occasion de foires de la santé des Premières Nations et de pow-wow
Yn	✓	✓	✓	Visites dans les collectivités, deux fois par an, à l'occasion de salons de la santé et d'activités planifiées de sensibilisation; dîner offert lors des réunions; « tournée du côlon géant » à Whitehorse; formation des fournisseurs par l'intermédiaire de l'application de télésanté et de notes d'information

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Par « formation individuelle », on entend des activités lors desquelles un FSS ou un non-professionnel explique les avantages du dépistage et les moyens de surmonter les obstacles au dépistage à un participant individuel, soit en personne, soit par téléphone.

Tableau 26 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – formation individuelle

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	–	–	–	Le programme travaille avec des groupes de soins primaires autochtones afin de sensibiliser le public, par l'intermédiaire des FSP, aux risques du cancer colorectal et au dépistage.
Man.	✓	✓	✓	ColonCheck a établi un partenariat avec les agents de liaison responsables de la mobilisation communautaire, dans chaque autorité régionale de la santé de la province, en vue de fournir des ressources de formation individuelle.
Nt	✓	✓	✓	Partenariat avec les autorités de santé régionales en vue de coordonner des séances de formation individuelles
Ont.	✓	✓	✓	Partenariat avec les autorités régionales de la santé et avec les dirigeants des collectivités et des organisations en vue de coordonner des séances de formation individuelles. Des séances plus ciblées sont également offertes aux collectivités et aux organisations, par l'intermédiaire de l'ICCU d'ACO et des équipes régionales.
Yn	✓	✓	✓	Formation individuelle de membres des collectivités à chacune des visites

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

On envoie des rappels aux participants, par lettre ou par téléphone, pour leur signaler que la date de dépistage est dépassée et pour leur transmettre des renseignements de suivi, notamment en leur précisant les avantages du dépistage, en leur expliquant comment surmonter les obstacles et en les aidant à prendre un rendez-vous

Tableau 27 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – rappel aux participants

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Man.	✓	✓	✓	Le programme s'emploie activement à envoyer, par courrier, des invitations, de nouvelles invitations et des rappels, à tous les Manitobains admissibles.
Ont.	✓	✓	✓	Des rappels sont envoyés à tous les Ontariens admissibles, dans le cadre de la correspondance du programme de dépistage, par l'entremise d'ACO de Santé Ontario, aussi bien pour les premières invitations que pour les invitations à un nouveau rendez-vous et les comptes rendus de résultat anormal. L'ICCU d'ACO est actuellement engagée dans une étude d'analyse de la correspondance actuelle et de détermination de méthodes d'amélioration des rappels envoyés aux participants.

Tableau 28 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – incitatifs aux participants

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Sask.	✓	✓	✓	Offre de petits articles promotionnels lors de salons de la santé
Yn	✓			Participation des Premières Nations à l'élaboration de l'affiche de la campagne de dépistage du cancer colorectal du Yukon

Tableau 29 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – médias de masse

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Man.	✓	✓	✓	Recours aux médias sociaux, à la radio et aux journaux afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer
N.-B.	✓	✓	✓	Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population admissible, notamment des Autochtones du Nouveau-Brunswick, quant à l'importance du dépistage du cancer
Nt	✓	✓	✓	Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer
Ont.	✓	✓	✓	Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer
Sask.	✓	✓	✓	Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer Recours à des publicités radiophoniques afin de mieux sensibiliser le public à l'importance du dépistage Vidéo sur les TFi en cri, en déné et en anglais sur le site Web de la SCA (organisme de lutte contre le cancer de la Saskatchewan)
Yn	✓	✓	✓	Campagne de sensibilisation du mois de mars Annonces sur le Web, sur les médias sociaux, par affiches, à la radio, et dans les journaux Sensibilisation communautaire

Les petits médias comprennent des vidéos et des documents imprimés tels que des lettres, des brochures et des bulletins d'information. Ces documents peuvent être utilisés pour informer les gens et les motiver à subir un dépistage du cancer. Ils peuvent également fournir des renseignements personnalisés visant certains publics ou l'ensemble de la population.

Tableau 30 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – petits médias

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
C.-B.	✓	✓	✓	Disponibilité de brochures, de vidéos et de documents
Man.	✓	✓	✓	Brochures, instructions pour le test, instructions pour la préparation intestinale et vidéos facilement disponibles
T.-N.-L.	✓			Traduction de certains contenus de la trousse et du matériel promotionnel
Ont.	✓	✓	✓	Des fiches de renseignements sur le dépistage du cancer, une trousse à outils et des cartes de sensibilisation ont été conçues et adaptées à chaque population des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
Sask.	✓	✓	✓	Distribution de brochures, d'affiches et de cartes présentant des renseignements sur le dépistage par TFi. L'ensemble du matériel promotionnel est disponible gratuitement pour les cliniques de soins primaires. Les photos utilisées dans tout le matériel promotionnel sont représentatives de la diversité au sein de la province.
Yn	✓			Dépliants de sensibilisation au cancer colorectal

Tableau 31 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – autodépistage

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Ont.	✓	✓	✓	Le TFi est utilisé, en remplacement de la RSOSg, depuis juin 2019, en tant que test d'autoprélèvement à prélèvement unique, pour le dépistage du cancer colorectal chez les personnes présentant un risque moyen. La mise en œuvre de ce test, à l'échelle de l'ensemble de l'Ontario, s'est appuyée sur les commentaires des communautés et des FSP autochtones.

Tableau 32 : Stratégies de réduction des coûts directs assumés par les participants au dépistage, chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Ont.	✓	✓		Après approbation et confirmation de l'admissibilité par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, l'ICCU offre un financement aux personnes ayant besoin de prestations de transport médical, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA), pour se rendre à l'examen de dépistage.
Yn	✓	✓	✓	Les frais de transport et d'hébergement à des fins médicales sont payés par le Programme des SSNA pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis se rendant à Whitehorse depuis leur collectivité.

Les barrières structurelles constituent des obstacles, au-delà des obstacles économiques et financiers, rendant difficile l'accès au dépistage. Il s'agit notamment de problèmes liés à la distance pour se rendre dans les centres de dépistage, aux horaires d'ouverture, aux conditions de dépistage ou aux procédures administratives. Les interventions visant à réduire ces barrières structurelles peuvent notamment comprendre la mise en place d'une unité mobile de dépistage, la réduction du fardeau administratif, l'aide à la prise de rendez-vous, des services de traduction ou des horaires d'accueil étendus.

Tableau 33 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – autres options de centres de dépistage

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Ont.	✓	✓	✓	L'Ontario est doté d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage du cancer, notamment du cancer colorectal, dans la région du Nord-Ouest.
Man.	-	-	-	Les programmes de dépistage sont dotés de deux cliniques mobiles de dépistage du cancer du sein qui parcourent la province. Lorsqu'elles sont présentes dans une collectivité, on y offre une formation sur le dépistage du cancer du côlon ainsi que des renseignements sur la façon de se procurer une trousse de test.
Yn	✓	✓	✓	Le programme assiste à des salons de la santé organisés par les Premières Nations dans des collectivités éloignées et/ou rurales.

- Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Tableau 34 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – transport

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Nt	✓			–
Ont.	✓	✓	✓	L'Ontario est doté d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage du cancer, notamment du cancer colorectal, dans la région du Nord-Ouest.
Sask.	✓	✓	✓	Une unité mobile de santé parcourt la partie nord de la province pour informer les groupes des Premières Nations de l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Tableau 35 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – traduction

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Man.	✓	✓	✓	Des services d'interprétation sont accessibles en appelant ColonCheck. Ce service est mentionné dans la trousse envoyée par la poste aux participants.
T.-N.-L.	✓	✓		Le programme a traduit des affiches de sensibilisation, les instructions pour les trousse de test et les comptes rendus de résultats.
Ont.	✓	✓	✓	Les instructions du TFi ont été traduites dans plusieurs langues autochtones.

Les systèmes de rappel et de nouvelle invitation signalent au FSS, par exemple par l'intermédiaire du dossier médical électronique ou d'un courriel, qu'il est temps que l'un de ses patients subisse un dépistage ou que la date d'un examen a été dépassée.

Tableau 36 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – rappels aux FSS

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Man.	-	-	-	Des copies de tous les rapports, y compris les résultats anormaux de RSOS, de coloscopie et de pathologie, ainsi que les recommandations de suivi, sont envoyées au FSP.
Ont.	✓			Le rapport d'activité de dépistage (RAD) en ligne fournit des données sur le dépistage, afin d'aider les médecins de famille à améliorer leur taux de dépistage et le suivi adéquat. Il permet aux médecins de famille de trouver rapidement des renseignements, pour chaque patient, relatifs au dépistage pour un cancer donné, signalant notamment les personnes en retard dans leur parcours de dépistage ou celles n'ayant jamais subi de dépistage. En juin 2018, le RAD a été étendu à la zone de Sioux Lookout, qui comprend plusieurs collectivités des Premières Nations, offrant ainsi aux médecins et aux infirmières n'exerçant pas dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients un accès à leurs données communautaires. Ce RAD a été élaboré spécifiquement pour la municipalité de Sioux Lookout et pour les 27 collectivités des Premières Nations installées dans la zone de Sioux Lookout.
Sask.	✓	✓	✓	Les formulaires de suivi des TFi ayant donné lieu un résultat normal sont envoyés par télécopieur aux FSS, afin de veiller à ce que le participant soit évalué pour une orientation en coloscopie.
Yn	✓	✓	✓	Fréquentes notes de service : notamment des rappels sur l'orientation en coloscopie des personnes dont le TFi est positif

- Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Les interventions d'évaluation des FSS et de rétroaction évaluent le rendement de ces professionnels en matière d'offre de services de dépistage et les informent de leur résultat.

Tableau 37 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – évaluation des FSS et rétroaction

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
T.-N.-L.	✓	✓	✓	Cours en ligne sur la sensibilité culturelle, élaboré par une ARS, suivi par le personnel et par les FSS
Nt	✓	✓	✓	Formation des FSS travaillant dans les collectivités autochtones afin d'offrir un meilleur accès aux services de TF
Ont.	✓	✓	✓	Formation, fournie par les responsables régionaux de la lutte contre le cancer chez les Autochtones et par les équipes régionales, des FSS travaillant dans les collectivités autochtones afin d'accroître l'accès aux services de TF
Sask.	✓	✓	✓	Formation des FSS travaillant dans les collectivités autochtones afin d'offrir un meilleur accès aux services de TF
Yn	✓	✓	✓	Envoi des rapports des FSS individuels aux CSC et aux cliniques médicales

Tableau 38 : Politiques et lignes directrices visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	-	-	-	Mise en œuvre de plusieurs stratégies, en collaboration avec les collectivités autochtones, visant à améliorer le dépistage du cancer colorectal, notamment une stratégie de santé communautaire autochtone et des stratégies en matière de dépistage et de prévention du cancer chez les Premières Nations. De nombreuses collectivités ont reçu des subventions pour financer des initiatives locales de dépistage et de prévention du cancer.
T.-N.-L.	✓	✓	✓	Lorsque c'est possible, les messages et les renseignements sur le dépistage du cancer du côlon sont intégrés ou liés aux projets financés par le First Nations, Inuit and Métis Partnership (partenariat avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis).
Nt	✓	✓	✓	Rédaction et signature d'accords officiels (protocoles relationnels et protocoles d'entente) avec des organisations provinciales et territoriales, avec des Premières Nations indépendantes, avec des fournisseurs de services inuits et avec la Métis Nation of Ontario, définissant notre approche de la collaboration

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Ont.	✓	✓	✓	Grâce aux relations mises en place et cultivées par l'ICCU, les équipes régionales ont pu continuer à travailler avec les collectivités conformément à la stratégie de lutte contre le cancer chez les Autochtones. L'ICCU travaille également, à l'échelle de l'ensemble des programmes, pour éclairer leurs lignes directrices et susciter des études permettant de répondre aux demandes des collectivités (par exemple, en matière d'évaluation de l'âge d'admissibilité au dépistage).
Yn	✓	✓	✓	Participation au groupe consultatif des Premières Nations sur l'élaboration de la stratégie de lutte contre le cancer chez les Premières Nations du Yukon et soutien au gestionnaire du programme de soins contre le cancer chez les Premières Nations du Yukon

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

6.3 Populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant



8 / 13

NOMBRE DE PROVINCES ET TERRITOIRES CANADIENS QUI ONT MIS EN PLACE DES STRATÉGIES VISANT À ACCROÎTRE LA PARTICIPATION DES POPULATIONS FAISANT L'OBJET D'UN DÉPISTAGE INSUFFISANT

Les taux de participation aux programmes de dépistage sont plus bas chez les personnes à faible revenu, chez les nouveaux immigrants et chez les personnes vivant dans des collectivités rurales et/ou éloignées que dans la population canadienne en général⁴.

Six provinces et deux territoires ont mis en œuvre des stratégies visant à accroître la participation des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant. Ces stratégies visent principalement les personnes vivant dans les collectivités rurales, les nouveaux immigrants et les personnes à faible revenu. Certaines de ces stratégies ciblent les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant par l'entremise de campagnes dans les médias sociaux, de présentations et de l'utilisation de la documentation inclusive du programme, en mettant l'accent sur une meilleure sensibilisation et une meilleure éducation en matière de dépistage du cancer colorectal. D'autres stratégies s'adressent aux FSS, qui, eux-mêmes, travaillent directement avec les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

Aucune des stratégies signalées pour contrer le dépistage insuffisant chez ces populations n'était liée à des incitatifs aux participants, à des horaires étendus ou à des services de garde d'enfants.

Exemples de population

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Personnes à faible revenu • Personnes socialement défavorisées • Personnes matériellement défavorisées • Nouveaux immigrants • Immigrants de longue date | <ul style="list-style-type: none"> • Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers • Réfugiés • Immigrants économiques • Personnes appartenant à des minorités visibles • Non-anglophones | <ul style="list-style-type: none"> • Personnes vivant en milieu urbain • Personnes vivant en milieu rural • Personnes vivant dans un endroit éloigné • Personnes LGBTQ2S+ | <ul style="list-style-type: none"> • Personnes présentant des comorbidités • Personnes touchées par une maladie mentale • Personnes présentant un handicap physique |
|--|---|---|--|

Figure 9 : Stratégies de sensibilisation des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant, au Canada

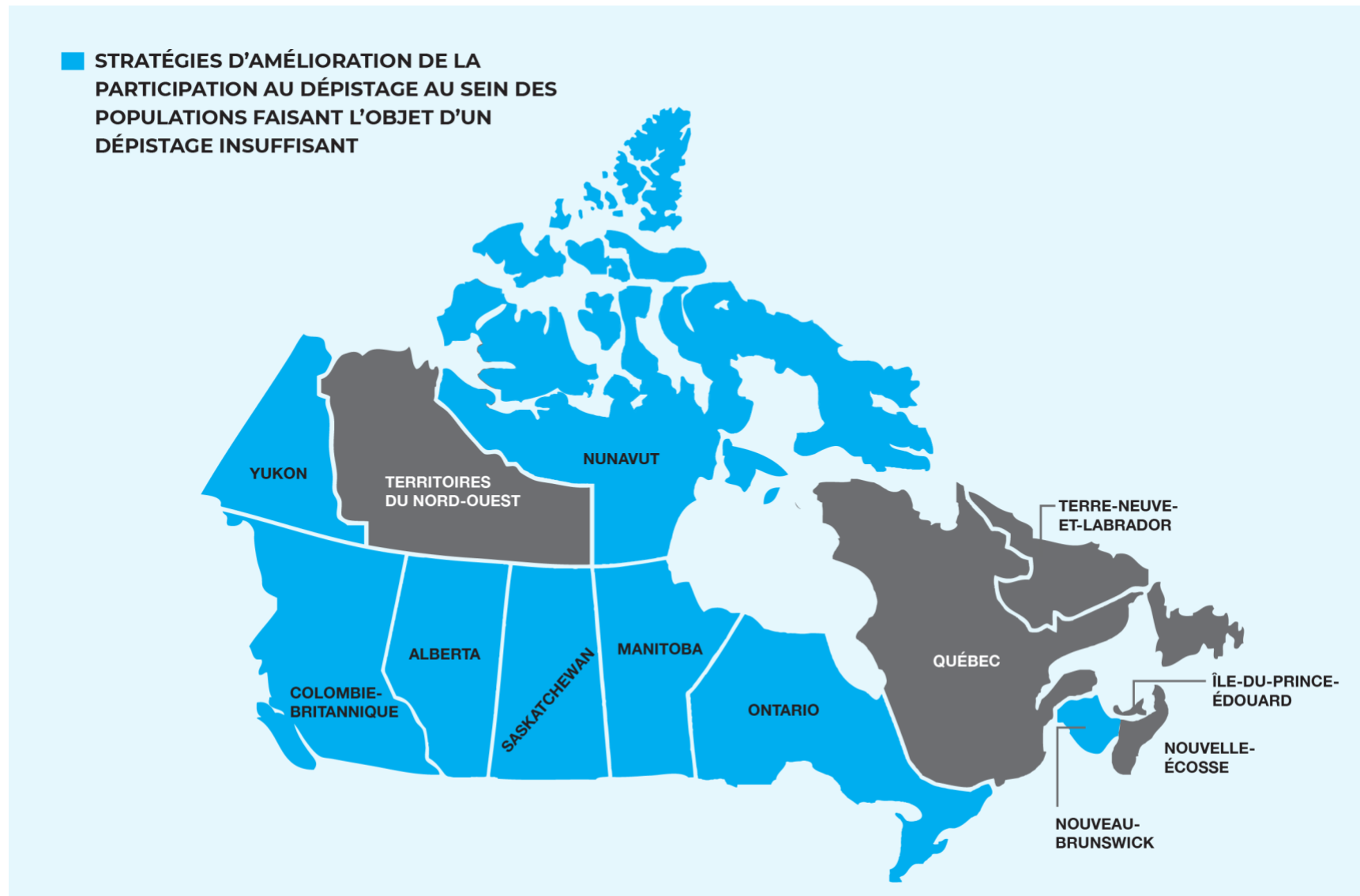


Tableau 39 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – éducation de groupe

Province ou territoire	Public visé	Description
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> Nouveaux immigrants 	<ul style="list-style-type: none"> Ressources pédagogiques du programme de dépistage du cancer colorectal traduites en plusieurs langues pour mieux sensibiliser les immigrants
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Nouveaux arrivants 	<ul style="list-style-type: none"> Module éducatif sur le dépistage du cancer créé avec et pour les éducateurs enseignant à des élèves mal alphabétisés
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> En fonction des résultats d'une étude, il devrait notamment s'agir : <ul style="list-style-type: none"> des personnes vivant en milieu rural; des personnes vivant en milieu urbain; des non-anglophones; des personnes à faible revenu; des personnes appartenant à des groupes culturels particuliers. 	<ul style="list-style-type: none"> Projet en cours de cartographie SIC, visant à faciliter la mise en évidence des régions où la participation est en baisse, afin d'y remédier dans le cadre d'initiatives ciblées de sensibilisation basées sur les besoins de la population faisant l'objet d'un dépistage insuffisant concernée
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	–
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> Les coordonnateurs dispensent une formation sur le dépistage du cancer colorectal pour les immigrants dans les centres communautaires locaux. Les diapositives PowerPoint, utilisées lors des séances de formation, sont abondamment illustrées, afin de veiller à ce que les nouveaux immigrants comprennent plus facilement leur contenu. L'unité de santé mobile se rend dans le nord de la province pour dispenser une formation sur la prévention et le dépistage du cancer. Le service de santé s'associe également aux FSP pour répondre à d'autres besoins en matière de soins de santé (par exemple le dépistage du diabète et du VIH).

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Par « formation individuelle », on entend des activités lors desquelles un FSS ou un non-professionnel explique les avantages du dépistage et les moyens de surmonter les obstacles au dépistage à un participant individuel, soit en personne, soit par téléphone.

Tableau 40 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – formation individuelle

Province ou territoire	Public visé	Description
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes faiblement alphabétisées 	<ul style="list-style-type: none"> Programme, accessible sur notre site Web, conçu pour les éducateurs, à utiliser avec des adultes faiblement alphabétisés
N.-B.	–	<ul style="list-style-type: none"> Les coordonnateurs de l'accès au dépistage du programme forment directement, au téléphone, les participants présentant un résultat de TFi positif. Ligne téléphonique gratuite sur le dépistage du cancer permettant aux gens de poser des questions ou de s'informer sur la procédure de participation au dépistage du cancer colorectal

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

On envoie des rappels aux participants, par lettre ou par téléphone, pour leur signaler que la date de dépistage est dépassée et pour leur transmettre des renseignements de suivi, notamment en leur précisant les avantages du dépistage, en leur expliquant comment surmonter les obstacles et en les aidant à prendre un rendez-vous

Tableau 41 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – rappels aux participants

Province ou territoire	Public visé	Description
Nt	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu 	<ul style="list-style-type: none"> L'intervenant-pivot effectue des rappels par téléphone.

Tableau 42 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – médias de masse

Province ou territoire	Public visé	Description
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux médias sociaux, à la radio et aux journaux afin d'accroître la prise de conscience de la population quant à l'importance du dépistage du cancer
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes LGBTQ2S+ Personnes appartenant à des minorités visibles Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> Inclusivité, pour différentes communautés, du matériel promotionnel du programme ContrôleCancerColorectal de l'Ontario. Diffusion de ce matériel par le biais des programmes régionaux de lutte contre le cancer et d'ACO de Santé Ontario, par voie d'affiches et sur diverses plateformes de médias sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn, etc.) L'Ontario organise, chaque mois de mars, une campagne du Mois de la sensibilisation au cancer du côlon, qui est l'occasion de mettre au point et de diffuser des contenus promotionnels dans les différentes régions de la province. Ces documents intègrent des images représentatives de groupes diversifiés.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Annonces radiophoniques pendant le mois du dépistage du cancer colorectal (mars) informant le public de l'importance du dépistage. Entretien enregistré également diffusé sur une radio du Nord Entrevue télévisée d'un conseiller médical en dépistage du cancer colorectal diffusée pendant un segment d'intérêt communautaire
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Annonces radiophoniques et affiches pendant le mois du dépistage du cancer colorectal (mars)

Les petits médias comprennent des vidéos et des documents imprimés tels que des lettres, des brochures et des bulletins d'information. Ces documents peuvent être utilisés pour informer les gens et les motiver à subir un dépistage du cancer. Ils peuvent également fournir des renseignements personnalisés visant certains publics ou l'ensemble de la population.

Tableau 43 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – petits médias

Province ou territoire	Public visé	Description
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Brochures, instructions pour le test, instructions pour la préparation intestinale et vidéos facilement disponibles
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Non-anglophones Personnes mal alphabétisées 	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble des brochures, des documents et des vidéos du programme produits dans un langage simple, en français et en anglais
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Des efforts sont faits pour s'assurer que toutes les photos sur les affiches, sur les brochures, etc. sont représentatives de la diversité provinciale.
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Annonces radiophoniques, annonces dans les journaux, et campagne d'affichage trimestrielles Le programme se rend dans toutes les collectivités au moins une fois par an et participe à des salons de la santé locaux organisés par les Premières Nations. Clinique locale et fourgonnette mobile

Tableau 44 : Stratégies de réduction des coûts directs assumés par les participants, parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada

Province ou territoire	Public visé	Description
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu Personnes matériellement défavorisées 	<ul style="list-style-type: none"> Fourniture gratuite de trousse de préparation intestinale aux personnes qui n'ont pas les moyens de se les procurer Frais d'envoi prépayés pour le questionnaire d'admissibilité et pour les trousse de TFI retournées au laboratoire provincial

Les barrières structurelles constituent des obstacles rendant difficile l'accès au dépistage. Il s'agit notamment de problèmes liés à la distance pour se rendre dans les centres de dépistage, aux horaires d'ouverture, aux conditions de dépistage ou aux procédures administratives. Les interventions visant à réduire ces barrières structurelles peuvent notamment comprendre la mise en place d'une unité mobile de dépistage, la réduction du fardeau administratif, l'aide à la prise de rendez-vous, des services de traduction ou des horaires d'accueil étendus.

Tableau 45 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – prise de rendez-vous

Province ou territoire	Public visé	Description
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes présentant un handicap physique 	<ul style="list-style-type: none"> Après son évaluation, l'intervenant-pivot informe, s'il y a lieu, l'unité d'endoscopie de tout accommodement dont le participant aurait besoin en raison d'un handicap physique.

Tableau 46 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – autres options de centres de dépistage

Province ou territoire	Public visé	Description
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu Personnes vivant en milieu rural Personnes vivant dans un endroit éloigné 	<ul style="list-style-type: none"> L'Ontario est doté d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage du cancer, notamment du cancer colorectal, dans la région du Nord-Ouest.

Tableau 47 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – transport

Province ou territoire	Public visé	Description
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu Personnes vivant en milieu rural Personnes vivant dans un endroit éloigné 	<ul style="list-style-type: none"> L'Ontario est doté d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage du cancer, notamment du cancer colorectal, dans la région du Nord-Ouest.

Tableau 48 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – traduction

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de brochures, de vidéos et de documents dans plusieurs langues
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> À Winnipeg, un interprète d'Accès linguistique peut assister les patients pour le consentement éclairé à la participation au dépistage du cancer colorectal. Un certain nombre de renseignements de base sont également traduits dans plusieurs langues.
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Non-anglophones 	<ul style="list-style-type: none"> Toute la correspondance et les communications du programme sont disponibles en français.
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Nouveaux immigrants Immigrants de longue date Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers Réfugiés Immigrants économiques Personnes appartenant à des minorités visibles Non-anglophones Personnes présentant un handicap physique Personnes ayant une déficience visuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Dans le contexte du passage au test fécal immunochimique (TFI), ACO de Santé Ontario a élaboré des instructions visuelles contenant peu de texte pour permettre aux participants d'effectuer leur test plus facilement et de réduire, de ce fait, le nombre de tests rejetés. On facilite ainsi la compréhension de la procédure par ceux qui ne sont pas familiers avec le vocabulaire de la santé et par ceux dont l'anglais est la deuxième langue. Ces instructions sont disponibles en ligne en plusieurs langues. Une version texte des instructions du TFI, conforme aux exigences de la <i>Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario</i> (LAPHO), est également disponible en ligne et peut être traduite en plusieurs langues par le centre d'appels d'ACO de Santé Ontario. Les participants peuvent, en outre, consulter en ligne en plusieurs langues la lettre d'information accompagnant les trousse de TFI envoyées par la poste.

Les systèmes de rappel et de nouvelle invitation signalent au FSS, par exemple par l'intermédiaire du dossier médical électronique ou d'un courriel, qu'il est temps que l'un de ses patients subisse un dépistage ou que la date d'un examen a été dépassée.

Tableau 49 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – rappels aux FSS

Province ou territoire	Public visé	Description
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> La situation d'une personne en matière de dépistage du cancer et les mesures recommandées sont régulièrement mises à jour et transmises, par voie électronique, à tous les FSP concernés pour faciliter les échanges avec leurs patients sur le dépistage du cancer lors des consultations.
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Envoi de rappels à tous les FSS concernés
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Le rapport d'activité de dépistage (RAD) en ligne fournit des données sur le dépistage, afin d'aider les médecins de famille à améliorer leur taux de dépistage et le suivi adéquat. Il permet aux médecins de famille de trouver rapidement des renseignements, pour chaque patient, relatifs au dépistage pour un cancer donné, signalant notamment les personnes en retard dans leur parcours de dépistage ou celles n'ayant jamais subi de dépistage. Cela peut faciliter le dépistage au sein des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant, en aidant les médecins à repérer les personnes appartenant à certaines populations n'ayant jamais subi de dépistage, par exemple les nouveaux immigrants, les immigrants économiques et les réfugiés.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Population admissible du Manitoba 	<ul style="list-style-type: none"> ColonCheck maintient le contact avec le FSS, sous réserve de l'autorisation du participant
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Rappels envoyés aux FSS. Liste de FSS volontaires qui suivront les participants n'ayant pas de médecin attitré tout au long du parcours de dépistage.

Tableau 50 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – incitatifs aux FSS

Province ou territoire	Public visé	Description
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Non spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> Afin d'aider les médecins de famille à s'assurer que leurs patients participent aux programmes de dépistage auxquels ils sont admissibles, le ministère de la Santé a mis en place des primes cumulatives pour les soins préventifs. Grâce à ce programme, les médecins de famille admissibles qui exercent dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients, ce qui signifie que les patients sont officiellement inscrits auprès d'eux, peuvent recevoir des primes pour le maintien de niveaux spécifiés de soins préventifs pour leurs patients inscrits. Selon la pratique particulière du médecin, les primes cumulatives de soins préventifs peuvent favoriser le dépistage dans des groupes tels que les nouveaux immigrants, les non-anglophones, les personnes souffrant de comorbidités et les personnes souffrant de maladie mentale.

Les interventions d'évaluation des FSS et de rétroaction évaluent le rendement de ces professionnels en matière d'offre de services de dépistage et les informent de leur résultat.

Tableau 51 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – évaluation des FSS et rétroaction

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble du public 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports sur la qualité des FSS, avec mesures des résultats, pour ceux qui orientent les patients vers le dépistage du cancer du côlon.
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Non spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> Le rapport d'activité de dépistage (RAD) en ligne fournit des données sur le dépistage, afin d'aider les médecins de famille à améliorer leur taux de dépistage et le suivi adéquat. Il permet aux médecins de famille de trouver rapidement des renseignements, pour chaque patient, relatifs au dépistage pour un cancer donné, signalant notamment les personnes en retard dans leur parcours de dépistage ou celles n'ayant jamais subi de dépistage. Cela peut faciliter le dépistage au sein des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant en aidant les médecins à repérer les personnes appartenant à certaines populations n'ayant jamais subi de dépistage, par exemple les nouveaux immigrants, les immigrants économiques et les réfugiés. Pour soutenir les initiatives visant à améliorer la participation au dépistage du cancer et les taux de suivi, ACO de Santé Ontario fournit, deux fois par an, à chaque région, un rapport régional sur les FSP, présentant notamment les données en matière de dépistage des FSP exerçant dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients.

Tableau 52 : Politiques et lignes directrices visant à accroître la participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes LGBTQ2S+ Personnes appartenant à des minorités visibles Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers Personnes présentant un handicap physique Personnes résidant en zone urbaine, en zone rurale ou dans un endroit éloigné 	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble de la documentation en cours d'examen en vue de l'utilisation d'un langage et d'images inclusifs
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu Personnes socialement défavorisées Personnes matériellement défavorisées 	<ul style="list-style-type: none"> Dans le contexte du passage au TFi, ACO de Santé Ontario a opté pour l'envoi des trousseaux aux participants par la poste. La demande de TFi soumise par un FSP comporte une deuxième section d'adresse facultative intitulée « Adresse postale pour la trousse de TFi ». Cette section offre aux participants la possibilité de recevoir leur trousse de TFi dans un autre endroit en Ontario. Par exemple, les participants qui vivent dans une réserve des Premières Nations peuvent recevoir leur trousse de TFi, par la poste, dans un centre de santé ou dans un poste de soins infirmiers. Les personnes vivant dans un logement précaire ou qui risquent de le devenir peuvent se faire envoyer leur trousse de TFi à un centre d'accès aux soins de santé pour les Autochtones, à un centre de santé communautaire, à une équipe de santé familiale communautaire, à un cabinet de médecin ou à une consultation dirigée par une infirmière praticienne.

7. Références

1. Mema, S. C., Yang, H., Elnitsky, S., Jiang, Z., Vaska, M. et Xu, L. (2017). Enhancing access to cervical and colorectal cancer screening for women in rural and remote northern Alberta: a pilot study. *CMAJ Open*, 5(4), E740-E745.
2. Duffy, S. W., Myles, J. P., Maroni, R. et Mohammad, A. (2017). Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services. *J Med Screen*, 24(3), 127-145.
3. Inuit Tapiriit Kanatami. (2009). *Inuit & cancer: fact sheets* [consulté le 20 janvier 2020] Disponible à l'adresse : <https://www.itk.ca/inuit-cancer-fact-sheets/>.
4. Withrow, D. R., Pole, J. D., Nishri, E. D., Tjepkema, M. et Marrett, L. D. (2017). Cancer survival disparities between First Nation and non-Aboriginal adults in Canada: follow-up of the 1991 census mortality cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 26(1), 145-151.
5. Mazereeuw, M. V., Withrow, D. R., Nishri, E. D., Tjepkema, M., Vides, E. et Marrett, L. D. (2018). Cancer incidence and survival among Métis adults in Canada: results from the Canadian census follow-up cohort (1992-2009). *CMAJ*, 190(11), E320-E326.
6. Beben, N. et Muirhead, A. (2016). Improving cancer control in First Nations, Inuit and Métis communities in Canada. *Eur J Cancer Care*, 25(2), 219-221.
7. Young, T. K., Kelly, J. J., Friberg, J., Soininen, L., Wong, K. O. (2016). Cancer among circumpolar populations: an emerging public health concern. *Int J Circumpolar Health*, 75, 29787.
8. Partenariat canadien contre le cancer. (2013). *Dépistage du cancer colorectal au Canada : rapport sur le rendement des programmes de janvier 2009 à décembre 2011*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
9. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2016). Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ*, 188(5), 340-348.
10. Kaminski, M. F., Robertson, D. J., Senore, C. et Rex, D. K. (2019). Optimizing the quality of colorectal cancer screening worldwide. *Gastroenterology*, sous presse.
11. Leddin, D., Hunt, R., Champion, M., Cockeram, A., Flook, N., Gould, M. et coll. (2004). Association canadienne de gastroentérologie et Fondation canadienne de la santé digestive. Guidelines on colon cancer screening. *Can J Gastroenterol*, 18(2), 93-99.
12. National Cancer Institute. (Date inconnue). Genetics of Colorectal Cancer (PDQ®), version pour les professionnels de la santé. Consulté au <https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colorectal-genetics-pdq#section/all>.
13. Partenariat canadien contre le cancer. (2017). *Screening in Underserved Populations to Expand Reach (SUPER): Summary Findings for Low-Income Populations in Canada*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
14. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2017). *What Works Fact Sheet: Cancer Screening*. Disponible à l'adresse : <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/What-Works-Factsheet-CancerScreening.pdf>.
15. Hutchinson, P., Tobin, P., Muirhead, A. et Robinson, N. (2018). Closing the gaps in cancer screening with First Nations, Inuit and Métis populations: A narrative literature review. *Journal of Indigenous Wellbeing: Te Mauri-Pimatisiwin*, 3(1), 3-17.



PARTENARIAT
CANADIEN CONTRE
LE CANCER

NOUS JOINDRE

145, rue King Ouest, bureau 900
Toronto (Ontario) M5H 1J8

Téléphone : 416-915-9222
Sans frais : 1-877-360-1665

Courriel : info@partenariatcontrecancer.ca
www.partenariatcontrecancer.ca