

Dépistage du cancer colorectal au Canada

**SURVEILLANCE ET ÉVALUATION DES INDICATEURS
DE LA QUALITÉ**

**RAPPORT DES RÉSULTATS
DE JANVIER 2013 À DÉCEMBRE 2014**

**PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER**



**CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER**

Remerciements

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) aimerait souligner la contribution des personnes et des groupes suivants à la production du présent rapport : les membres du Réseau national de dépistage du cancer colorectal; les membres du Groupe de travail chargé de la surveillance et de l'évaluation du dépistage du cancer colorectal; les membres du Groupe de travail sur le rapport 2013-2014; les membres du personnel d'organismes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires; Cheryl Louzado de l'équipe d'intégration des données du Partenariat pour ses travaux sur l'élaboration des spécifications des indicateurs et la viabilité des données; et Sharon Fung et Jin Niu de l'équipe d'analyse du Partenariat pour leur travail sur l'analyse et la présentation des données.

Membres du Groupe de travail chargé de la surveillance et de l'évaluation du dépistage du cancer colorectal

David Armstrong, président, Réseau national de dépistage du cancer colorectal; **Winson Cheung**, président, Groupe de travail chargé de la surveillance et de l'évaluation du dépistage du cancer colorectal; **Laura Gentile**, directrice des opérations, Dépistage du cancer, ColonCheck, programme de dépistage des cancers héréditaires et programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, BC Cancer Agency; **Zahida Esmail**, directrice des opérations, Dépistage du cancer, programme de dépistage du cancer colorectal, programme de dépistage des cancers héréditaires, programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, BC Cancer Agency; **Danielle Swerhone**, spécialiste de la mise en œuvre, Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP); **Annamae Perry**, directrice, Programme de dépistage du cancer colorectal, Division de la détection précoce et de la santé de la population, Saskatchewan Cancer Agency; **Riaz Alvi**, directeur, Épidémiologie et mesure du rendement, Saskatchewan Cancer Agency; **Kelly Bunzeluk**, gestionnaire de programme, Action cancer Manitoba; **Jill Tinmouth**, scientifique principale, Soins du cancer du col de l'utérus, Action Cancer Ontario; **Katleen Busque**, conseillère, Direction québécoise de cancérologie, Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, ministère de la Santé et des Services sociaux; **Grlica Bolesnikov**, coordonnatrice, Gestion de la qualité et imputabilité, gouvernement du Nouveau-Brunswick; **Linda Varner**, gestionnaire de la mise en œuvre du Programme de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick; **Eileen Kilfoil**, gestionnaire des opérations, Programmes de dépistage, Cancer Care Nova Scotia; **Ann Millar**, coordonnatrice de programme, Programme de dépistage du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus, Île-du-Prince-Édouard, Prévention et gestion des maladies chroniques, Santé Î.-P.-É.; **Anja Nied-Kutterer**, coordonnatrice de programme, PEI Colorectal/Cervical Cancer Screening, Prévention et gestion des maladies chroniques, Santé Î.-P.-É.; **Scott Antle**, directrice, Programme de dépistage du cancer du côlon de Terre-Neuve-et-Labrador;

Kimberly Butler, directrice de l'accès régional, Newfoundland and Labrador Colon Cancer Screening Program; **Brendan Hanley**, médecin hygiéniste en chef, gouvernement du territoire du Yukon; **Kami Kandola**, sous-administrateur en chef de la santé publique, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, services sociaux et de santé; **Katherine Canil**, chirurgien, ministère de la Santé, Nunavut; **Diane Major**, conseillère, Initiatives interprogrammes, Partenariat canadien contre le cancer; **Verna Mai**, experte responsable, Dépistage et détection précoce, Partenariat canadien contre le cancer; **Anna Crosskill**, spécialiste, Dépistage et détection précoce, Partenariat canadien contre le cancer; **Carol Irwin**, coordonnatrice, Dépistage et détection précoce, Partenariat canadien contre le cancer

Membres du Groupe de travail sur le rapport relatif au dépistage du cancer colorectal de 2013-2014

David Armstrong, président, Réseau national de dépistage du cancer colorectal; **Winson Cheung**, président, Groupe de travail chargé de la surveillance et de l'évaluation du dépistage du cancer colorectal; **Danielle Swerhone**, spécialiste de la mise en œuvre, Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP); **Tong Zhu**, épidémiologiste, Épidémiologie et mesure du rendement, Saskatchewan Cancer Agency; **Fatima Jalili**, responsable de l'évaluation des programmes de dépistage, Action cancer Manitoba; **Linda Varner**, gestionnaire de la mise en œuvre du Programme de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick; **Diane Major**, conseillère, Initiatives interprogrammes, Partenariat canadien contre le cancer; **Verna Mai**, experte responsable, Dépistage et détection précoce, Partenariat canadien contre le cancer; **Anna Crosskill**, spécialiste, Dépistage et détection précoce, Partenariat canadien contre le cancer; **Carol Irwin**, coordonnatrice, Dépistage et détection précoce, Partenariat canadien contre le cancer

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer colorectal au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de la qualité – Rapport des résultats de janvier 2013 à décembre 2014. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer, 2017.

Table des matières

Liste des figures et des tableaux	2	Orientations futures	56
Résumé	4	Références	57
Introduction	6	Annexe A : Définitions des indicateurs de la qualité du dépistage du cancer colorectal	59
Dépistage du cancer colorectal	9		
Dépistage organisé du cancer colorectal au Canada	11		
Cadre d'indicateurs de la qualité	18		
Considérations liées aux données	20		
Indicateurs de la qualité	22		
Taux de participation	22		
Utilisation des tests fécaux	25		
Taux de fidélisation	28		
Taux de tests fécaux inadéquats	30		
Taux de positivité	32		
Participation à une coloscopie de suivi	36		
Temps d'attente préalable à une coloscopie de suivi	39		
Temps écoulé entre la coloscopie de suivi et l'obtention d'un diagnostic pathologique définitif	42		
Valeur prédictive positive pour les adénomes	43		
Taux de détection d'adénomes	47		
Taux de détection du cancer colorectal infiltrant	49		
Répartition des stades de cancer colorectal infiltrant	52		
Cancer colorectal d'intervalle	55		

Liste des figures et des tableaux

LISTE DES FIGURES		
Figure 1	Taux d'incidence du cancer colorectal par sexe et par province, années de diagnostic 2010 à 2012 combinées	8
Figure 2	Taux de mortalité due au cancer colorectal par province, années 2009 à 2011 combinées	8
Figure 3	Accès aux programmes de dépistage du cancer colorectal en fonction du temps	12
Figure 4	Filière de dépistage du cancer colorectal à l'aide des indicateurs nationaux de la qualité	19
Figure 5	Participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois, sexes combinés, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	23
Figure 6	Participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois, par groupe d'âge et par sexe, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	24
Figure 7	Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans qui a déclaré avoir effectué un test fécal au cours des deux dernières années à des fins de dépistage par province ou territoire, années de déclaration de 2013 et 2014 de l'ESCC	26
Figure 8	Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans à jour dans le dépistage du cancer colorectal (toutes modalités et justifications), années de déclaration 2013 et 2014 de l'ESCC	27
Figure 9	Taux de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois pour les personnes âgées de 50 à 72 ans, par province, années de dépistage 2011 et 2012 combinées	28
Figure 10	Taux de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois, par province et par groupe d'âge, années de dépistage 2011 et 2012 combinées	29
Figure 11	Taux de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2011 et 2012 combinées	29
Figure 12	Taux de tests fécaux inadéquats par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	30
Figure 13	Taux de tests fécaux inadéquats par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	31
Figure 14	Taux de positivité des tests fécaux par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	33
Figure 15	Taux de positivité des tests fécaux par province et par sexe, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	34
Figure 16	Taux de positivité des tests fécaux par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	35
Figure 17	Taux de positivité des tests fécaux par province et par groupe d'âge, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	35
Figure 18	Participation à une coloscopie de suivi des personnes obtenant un résultat de test fécal anormal, par province, sexes combinés, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	37

LISTE DES FIGURES		
Figure 19	Participation à une coloscopie de suivi des personnes obtenant un résultat de test fécal anormal, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	38
Figure 20	Temps d'attente médian et du 90 ^e centile entre la déclaration d'un résultat de test fécal anormal et la coloscopie de suivi, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	40
Figure 21	Temps d'attente du 90 ^e centile entre la déclaration d'un résultat de test fécal anormal et la coloscopie de suivi, par province, années de dépistage 2011 à 2012 et 2013 à 2014	41
Figure 22	Temps d'attente médian et du 90 ^e centile entre la coloscopie de suivi et le diagnostic pathologique définitif, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	42
Figure 23	Valeur prédictive positive d'un test fécal pour la détection d'adénomes, par province, sexes combinés, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	44
Figure 24	Valeur prédictive positive d'un test fécal pour la détection d'adénomes, par province et par cycle de dépistage, sexes combinés, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	45
Figure 25	Valeur prédictive positive de la coloscopie de suivi pour la détection d'adénomes, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	45
Figure 26	Valeur prédictive positive de la coloscopie de suivi pour la détection d'adénomes, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	46
Figure 27	Taux de détection d'adénomes par les programmes, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	47
Figure 28	Taux de détection d'adénomes par les programmes, par province et par sexe, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	48
Figure 29	Taux de détection d'adénomes par les programmes, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	48
Figure 30	Taux de détection du cancer colorectal infiltrant par les programmes, par province et par sexe, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	50
Figure 31	Taux de détection du cancer colorectal infiltrant par les programmes, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	51
Figure 32	Taux d'incidence du cancer colorectal, par stade au moment du diagnostic et par province, années de diagnostic 2011 à 2013 combinées	52
Figure 33	Répartition des cas de cancer colorectal infiltrant dépistés par coloscopie de suivi après la déclaration d'un résultat de test fécal anormal, par stade et par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	53
Figure 34	Répartition des cas de cancer colorectal dépistés par coloscopie de suivi après la déclaration d'un résultat de test fécal anormal, par stade et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	54
Figure 35	Taux de cancer colorectal d'intervalle, par province, années de dépistage 2011 et 2012 combinées	55

LISTE DES TABLEAUX		
Tableau 1	Aperçu du dépistage du cancer colorectal dans l'ensemble des provinces et des territoires de 2013 à 2014	16
Tableau 2	Relations entre les principaux indicateurs du dépistage du cancer colorectal, années de dépistage 2013 et 2014 combinées	50

Résumé

Ce rapport présente les résultats de la surveillance nationale des programmes de dépistage du cancer colorectal menés par le Réseau national de dépistage du cancer colorectal (RNDCC) du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014. Le RNDCC a créé un ensemble d'indicateurs de la qualité du dépistage du cancer colorectal aux fins de déclaration à l'échelle nationale en 2009, comprenant des indicateurs de la qualité provenant de cinq domaines : assurance-maladie, suivi, qualité du dépistage, détection et étendue de la maladie au moment du diagnostic.

Les résultats serviront à faciliter l'amélioration de la prestation du dépistage du cancer colorectal. Pour la première fois, le rapport fournit une répartition des données des indicateurs selon que les dépistages soient des premiers dépistages ou des dépistages subséquents puisque les caractéristiques des personnes effectuant un dépistage pour la première fois sont différentes de celles retournant effectuer un dépistage.

Le cancer colorectal est le troisième type de cancer le plus diagnostiqué (sans compter les cancers de la peau autres que le mélanome) et la deuxième cause la plus importante de mortalité associée au cancer au Canada¹. On s'attend à ce que le fardeau causé par le cancer colorectal passe de 25 100 cas en 2015 à 35 075 cas d'ici 2028–2032, soit une augmentation relative de 40 %¹. Des données probantes solides démontrent que le dépistage régulier du cancer colorectal à l'aide de tests fécaux permet une détection précoce et la mise en route d'un traitement plus efficace, ce qui mène à une réduction du nombre de décès^{2–6}. Dans le cadre de la période couverte par ce rapport, les lignes directrices de 2001 du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs concernant le dépistage du cancer colorectal recommandent de pratiquer un dépistage à l'aide d'un test fécal tous les ans ou tous les deux ans

ou à l'aide d'une sigmoïdoscopie à sonde souple tous les cinq ans pour les gens âgés de 50 ans ou plus qui présentent un risque moyen de cancer colorectal⁷.

Les programmes organisés de dépistage du cancer colorectal ont été annoncés pour la première fois en 2007 (Alberta, Manitoba et Ontario). À la fin de 2014, le dépistage du cancer colorectal administré dans le cadre d'un programme a été mis en œuvre dans cinq autres provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse, île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador)⁸. Les programmes organisés de dépistage au sein de la population fournissent une structure administrative responsable de la prestation des services, du suivi des résultats de tests anormaux, de l'assurance de la qualité et de l'évaluation continue⁹. Le dépistage organisé du cancer colorectal pourrait donc permettre de réduire davantage la mortalité, les effets néfastes et les coûts comparativement au dépistage opportuniste¹⁰.

Les taux de participation ne devraient pas être utilisés pour évaluer l'efficacité des programmes de dépistage du cancer colorectal au cours de cette période, car les provinces en étaient à différentes étapes de la mise en œuvre de leur programme. De plus, elles proposent des

définitions différentes des données sur la participation (voir la section « Considérations liées aux données » pour obtenir d'autres renseignements). En tenant compte de ces limites, les commentaires suivants sont formulés. »

Points saillants des résultats

- Bien que les taux de participation aux programmes pour 2013–2014 n'aient pas atteint la cible nationale de 60 %, ils variaient de 8,6 à 53,0 %, ce qui représente une augmentation comparativement aux taux de participation de 2011–2012. Toutefois, la participation aux programmes ne représente qu'une composante du pourcentage de la population dont le dépistage du cancer colorectal est à jour. L'examen du pourcentage de la population ayant déclaré avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal à des fins de dépistage ou pour d'autres raisons a révélé que l'étendue de celui-ci atteignait de 44 % à 70 % en 2013 et de 48 % à 68 % en 2014.
 - Les taux de fidélisation s'étendaient de 38,9 % à 77,4 % et étaient plus élevés chez les participants plus âgés et chez ceux effectuant des dépistages subséquents comparativement aux premiers dépistages.
 - Bien que les provinces affichent des taux variables de tests fécaux inadéquats, elles ont toutes atteint la cible de 5 % ou moins.
 - Comme prévu, les taux de positivité variaient selon le type, la marque et les valeurs seuils du test fécal utilisé. Les taux de positivité allaient de 3,4 % à 4,0 % dans les provinces utilisant des tests fécaux au gâïac (TFg) et de 8,3 % à 16,1 % dans celles utilisant des tests fécaux immunochimiques (TFi). Aucune province n'a atteint la cible de 85 % pour la participation à une coloscopie de suivi, bien que le Manitoba l'ait presque atteinte (82,8 %) et que celle-ci ait été plus élevée chez les personnes effectuant un dépistage subséquent.
 - En ce qui concerne le temps d'attente préalable à une coloscopie de suivi à la suite d'un résultat anormal du test fécal, bien que la cible de 60 jours ait été atteinte pour la moitié de la population de quatre provinces, les temps d'attente du 90^e centile de sept provinces démontrent qu'une grande partie de la population continue d'attendre deux fois plus longtemps que le nombre de jours recommandé (s'étendant de 104 à 151 jours).
 - Le temps d'attente médian entre la coloscopie de suivi et le diagnostic pathologique définitif variait de 3 à 12 jours. Deux provinces ont atteint la cible européenne de 15 jours pour les temps d'attente du 90^e centile.
 - La valeur prédictive positive d'un test fécal pour la détection d'adénomes variait de 28,9 % à 49,7 % chez les personnes ayant présenté un résultat anormal à un test fécal et de 34,9 % à 67,5 % chez celles qui avaient également effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la déclaration du résultat anormal du test fécal.
 - Dans le cadre des programmes, les taux de détection d'adénomes et de cancers colorectaux infiltrants présentaient d'importantes variations entre les provinces, allant de 9,8 à 80 cas et de 1 à 7,7 cas pour 1 000 personnes dépistées, respectivement. Comme on pouvait s'y attendre, un plus petit pourcentage de cancers infiltrants détectés lors de dépistages subséquents avaient atteint un stade III ou IV comparativement à ceux détectés lors d'un premier dépistage.
 - Enfin, les taux de cancers d'intervalle variaient de 0,3 à 1,9 pour 1 000 personnes dépistées.
- Même si plus de provinces ont été en mesure de fournir des données sur la surveillance et l'évaluation des indicateurs de la qualité pour les besoins de ce rapport comparativement aux rapports précédents, les renseignements ayant trait à l'étape de mise en œuvre des programmes de dépistage et aux données disponibles varient considérablement dans l'ensemble du pays. Les données recueillies dans le cadre de ce rapport portent à la fois sur les dépistages initiaux et subséquents. Bien que les différences relatives aux résultats des indicateurs de la qualité soient faibles, on anticipe que l'introduction future de cycles supplémentaires de dépistage entraînera une réduction des taux de détection de cancers et d'adénomes chez les personnes qui se soumettent à un dépistage subséquent. Au fur et à mesure que les programmes organisés de dépistage du cancer colorectal évolueront, le renforcement de la normalisation des définitions, de la collecte et de la soumission des données permettra d'améliorer les capacités d'évaluation des retombées de ces programmes sur la mortalité due à ce cancer, ainsi que sur les effets néfastes et la rentabilité du dépistage, mais aussi de cerner les pratiques exemplaires.

Introduction

Objet du rapport

Ce rapport présente les résultats des activités de surveillance nationale du cancer colorectal pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014. Les résultats présentés visent à renseigner la prestation du dépistage organisé du cancer colorectal afin de réduire la morbidité et la mortalité associées à ce cancer au Canada.

Comparativement au rapport précédent sur la surveillance et l'évaluation du dépistage du cancer colorectal (2011–2012), un plus grand nombre de provinces ont réussi à fournir des données et celles-ci représentaient une plus grande partie de la population canadienne. Des 13 provinces et territoires, les suivants ont fourni des données pour ce rapport : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. L'analyse d'une plus grande quantité de données dans le cadre de ce rapport permet d'approfondir l'évaluation du statut et des effets du dépistage du cancer colorectal dans l'ensemble du pays.

Le rapport de 2013–2014 sur les résultats de la surveillance et de l'évaluation des indicateurs de la qualité du dépistage du cancer colorectal :

- fournit un aperçu des indicateurs principaux et des progrès réalisés vers l'atteinte des cibles des programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada pour 2013–2014;
- présente une répartition des données disponibles par cycle de dépistage (premier dépistage ou dépistage subséquent) pour chacun des indicateurs;
- place les données dans le contexte approprié en soulignant les relations entre les indicateurs, comme le taux de résultats positifs et la valeur prédictive positive (VPP) pour les adénomes et le taux de détection du cancer.

Fardeau de la maladie

Le cancer colorectal est un problème de santé très grave au Canada, où il représente le troisième type de cancer le plus communément diagnostiqué (si on exclut les cancers de la peau autres que le mélanome). Il représente aussi la deuxième cause de décès par cancer au Canada¹.

La probabilité à vie de mourir d'un cancer colorectal est de 3,5 % chez les hommes et de 3,1 % chez les femmes¹¹. Les figures 1 et 2 fournissent les taux d'incidence et de mortalité du cancer colorectal dans l'ensemble du Canada.

On estime qu'en 2015,



Canadiens recevront un diagnostic de cancer colorectal : une moyenne de **69** Canadiens par jour.



9 300

Canadiens décèderont d'un cancer colorectal : une moyenne de **25** décès par jour.



seront atteints d'un cancer colorectal au cours de leur vie¹.

Il existe de nombreux facteurs de risque connus pour le cancer colorectal. Une méta-analyse portant sur les facteurs de risque de cancer colorectal a montré que les personnes atteintes d'une maladie intestinale inflammatoire ou dont un parent au premier degré a été atteint de cancer colorectal ont un risque beaucoup plus élevé d'avoir un cancer colorectal¹².

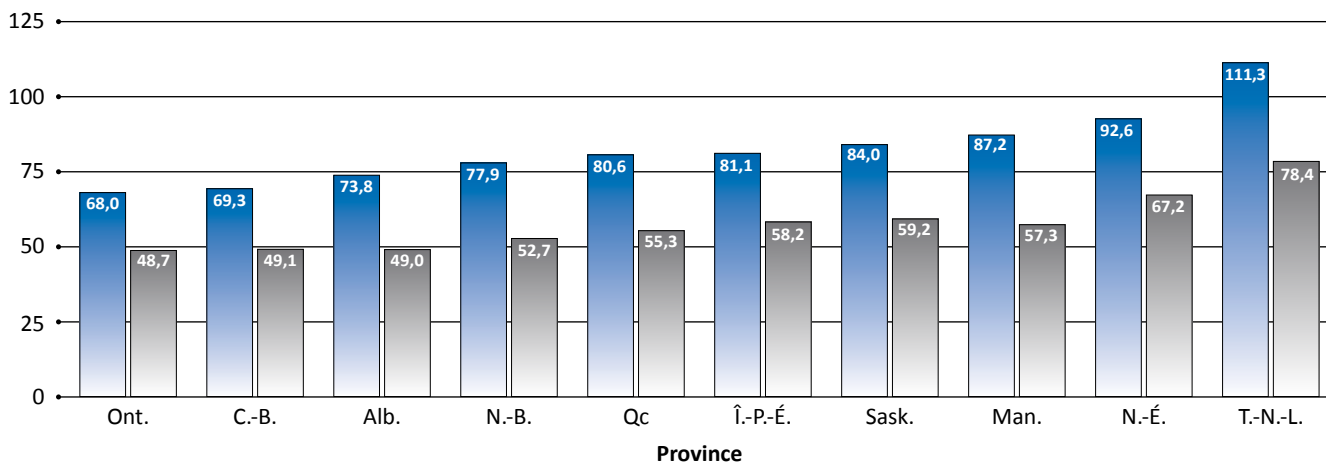
D'autres facteurs de risque, associés à un risque moyennement élevé de cancer colorectal, comprennent un indice de masse corporelle élevé, la consommation de viande rouge, le tabagisme, un faible niveau d'activité physique, et une faible consommation de fruits et légumes¹².

FIGURE 1

Taux d'incidence du cancer colorectal par sexe et par province, années de diagnostic 2010 à 2012 combinées

Taux pour 100 000 personnes

■ Hommes ■ Femmes



Normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011.

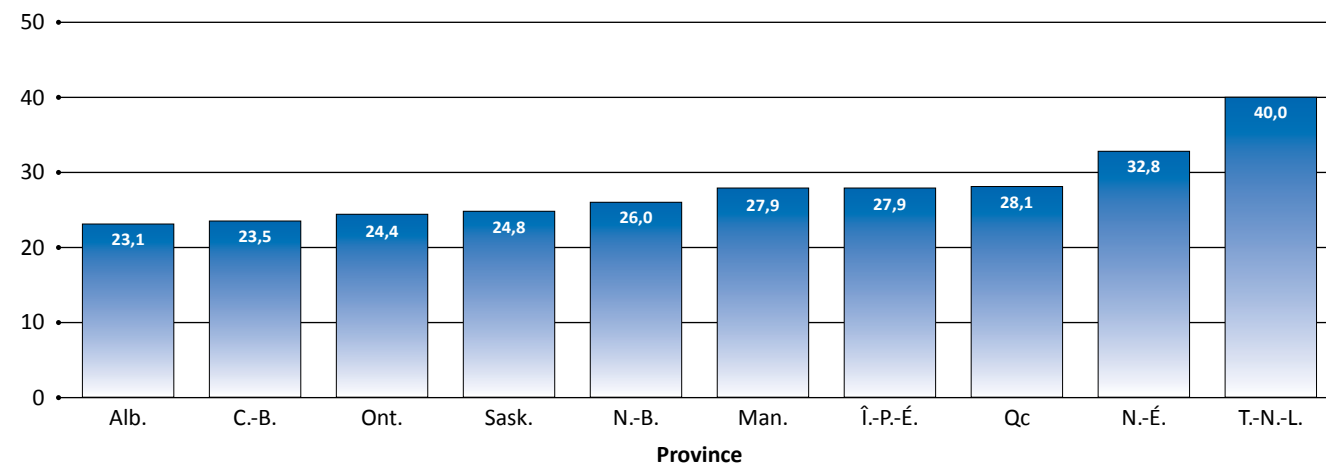
Sources des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

Données obtenues en décembre 2015.

FIGURE 2

Taux de mortalité due au cancer colorectal par province, années 2009 à 2011 combinées

Taux pour 100 000 personnes



Normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011.

Sources des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

Données obtenues en août 2014.

Dépistage du cancer colorectal

Données probantes à l'appui de l'efficacité du dépistage du cancer colorectal

De solides données probantes montrent qu'un dépistage régulier du cancer colorectal à l'aide de tests fécaux permet la détection précoce de ce cancer et la mise en route d'un traitement plus efficace, ce qui mène à une réduction du nombre de décès causés par cette maladie²⁻⁶. Le dépistage du cancer colorectal peut être efficace, parce que la plupart des cancers colorectaux évoluent à partir de polypes localisés dans le côlon, qui peuvent devenir malins sur un laps de temps prolongé⁷. Le traitement des cancers détectés par le dépistage à un stade plus précoce pourrait donc requérir des interventions chirurgicales moins effractives⁴.

En l'absence de symptômes, la prévention et la détection précoce du cancer colorectal par le biais de dépistages organisés combinés à un traitement efficace visent à prévenir la maladie et à réduire la mortalité causée par ce cancer¹³. Un programme global d'assurance de la qualité est nécessaire pour maximiser les bienfaits du dépistage tout en réduisant au minimum les inconvénients qui y sont associés lorsqu'on le pratique chez des personnes en bonne santé. Les programmes organisés au sein de la population fournissent une structure administrative responsable de la prestation des services, du suivi des résultats d'analyses anormaux, de l'assurance de la qualité et de l'évaluation continue⁹.

Tests de dépistage du cancer colorectal

Il existe un grand nombre de méthodes de dépistage du cancer colorectal, comme les tests fécaux au gâïac (TFg) et les tests immunochimiques (TFi), les sigmoïdoscopies à sonde souple et les coloscopies. Des données provenant d'essais contrôlés randomisés démontrent que le dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles (test au gâïac) ou sigmoïdoscopie à sonde souple réduit l'incidence des cas de cancer colorectal avancé et la mortalité associée à ce cancer⁷. Un examen systématique mené par Action Cancer Ontario a montré que les taux de détection d'adénomes et de cancers colorectaux à des stades avancés de même que les taux d'utilisation de tests sont plus élevés avec les TFi qu'avec les TFg.

Les taux de positivité étaient aussi plus élevés avec les TFi, mais les valeurs prédictives positives pour la détection d'adénomes et de cancers colorectaux à des stades avancés étaient semblables pour les deux types de tests lorsque les seuils standards établis par le fabricant étaient respectés¹⁴. Les analyses regroupées de plusieurs études, y compris d'essais contrôlés randomisés, ont montré que l'usage de la sigmoïdoscopie à sonde souple comme test de dépistage chez les personnes âgées de 55 à 74 ans réduisait l'incidence des cas de cancer colorectal de stade avancé ainsi que le nombre de décès dus à ce cancer¹⁵. Comme aucun essai contrôlé randomisé n'a fait état des avantages de la coloscopie de dépistage sur le plan de la réduction du taux de mortalité, il n'existe pas assez de données probantes à l'appui de l'efficacité de la coloscopie en regard des autres tests de dépistage⁷. Même si l'on peut supposer que la coloscopie est au moins aussi efficace que la sigmoïdoscopie à sonde souple, elle peut toutefois donner lieu à des temps d'attente plus longs et causer des inconvénients plus importants que la sigmoïdoscopie⁷.

Recommandations relatives au dépistage du cancer colorectal

Dans le cadre de la période couverte par ce rapport, les lignes directrices de 2001 du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs concernant le dépistage du cancer colorectal recommandent d'effectuer un dépistage à l'aide d'un test fécal tous les ans ou tous les deux ans ou à l'aide d'une sigmoïdoscopie à sonde souple tous les cinq ans chez les personnes âgées de 50 ans ou plus qui présentent un risque moyen de cancer colorectal¹⁶. Les lignes directrices ne comprenaient pas de recommandations précisant l'utilisation de ces méthodes de dépistage individuellement ou en combinaison, ni concernant le fait d'inclure ou d'exclure une coloscopie comme test de dépistage initial. En mars 2016, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a émis une mise à jour des lignes directrices recommandant la réalisation de tests de dépistage du cancer colorectal chez les adultes à risque moyen âgés de 50 à 74 ans à l'aide d'un test fécal tous les deux ans ou d'une sigmoïdoscopie à sonde souple tous les 10 ans⁷. L'utilisation de la coloscopie comme test de dépistage du cancer colorectal n'est pas recommandée.

Dépistage organisé du cancer colorectal au Canada

Historique

Les programmes organisés de dépistage du cancer colorectal ont été annoncés pour la première fois en 2007 dans trois provinces (Alberta, Manitoba et Ontario). À la fin de 2014, le dépistage du cancer colorectal administré dans le cadre d'un programme a été mis en œuvre dans cinq autres provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador)⁸. Le Nouveau-Brunswick a mis en œuvre un programme de dépistage en 2015.

La figure 3 fournit un aperçu de l'accès aux programmes de dépistage du cancer colorectal dans l'ensemble du Canada en fonction du temps pour la période allant de mars 2013 à juillet 2016 d'après les analyses de l'environnement pancanadien effectuées par le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat). Bien que les données contenues dans ce rapport concernent les années 2013 et 2014, à la date de sa publication en 2016, le Québec et le Yukon avaient annoncé la mise en place de programmes organisés de dépistage. Les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut examinent actuellement la faisabilité de mettre en œuvre des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal. Dans certaines régions du Canada, la mise en œuvre de ces programmes a été associée à une augmentation de l'adoption du dépistage¹⁷.

FIGURE 3.1

Accès aux programmes de dépistage du cancer colorectal en fonction du temps

Pourcentage (%) de la population ayant accès à un programme organisé de dépistage du CCR

- Aucun programme organisé
 - Faisabilité à l'étude
- Programme annoncé ou planifié
 - 1 à 9 %
- 10 à 49 %
 - 50 à 99 %
- 100 %

Mars 2013

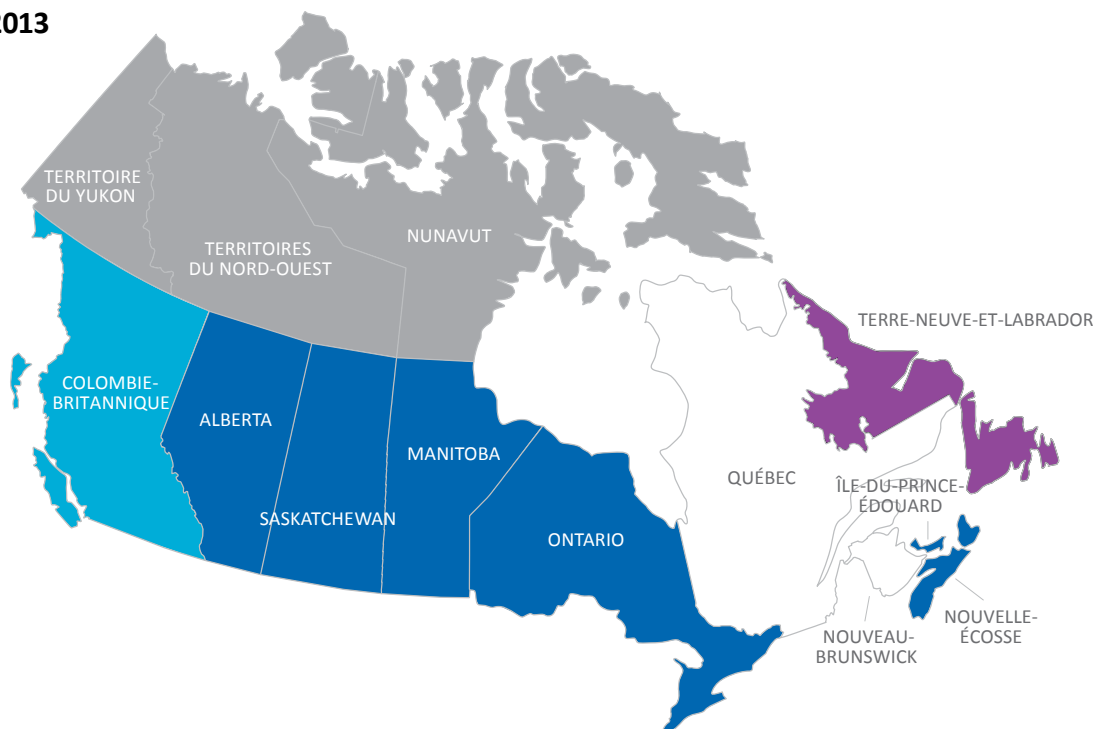
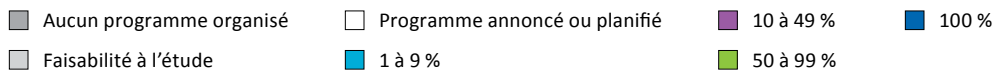


FIGURE 3.2

Accès aux programmes de dépistage du cancer colorectal en fonction du temps

Pourcentage (%) de la population ayant accès à un programme organisé de dépistage du CCR



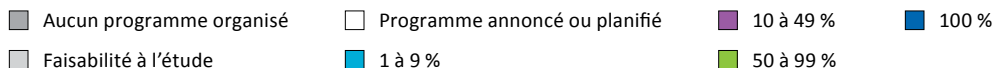
Août 2014



FIGURE 3.3

Accès aux programmes de dépistage du cancer colorectal en fonction du temps

Pourcentage (%) de la population ayant accès à un programme organisé de dépistage du CCR



Juillet 2016



Sources des données : Lignes directrices pour le dépistage du cancer colorectal au Canada – Analyse de l’environnement (mars 2013); Lignes directrices pour le dépistage du cancer colorectal au Canada – Analyse de l’environnement (août 2014); Rapport d’enquête du Réseau national de dépistage du cancer colorectal (juillet 2016).

Réseau national de dépistage du cancer colorectal

Le Partenariat héberge le Réseau national de dépistage du cancer colorectal (RNDCC), créé en 2007. Le RNDCC sert de plateforme nationale d'échange des connaissances, favorise la participation de la communauté du dépistage du cancer colorectal, améliore l'expérience des patients, tire profit de l'expertise existante et présente des recommandations fondées sur les données probantes au système de lutte contre le cancer. Le RNDCC vise principalement à améliorer la participation et la qualité du dépistage du cancer colorectal au Canada.

Le RNDCC rassemble des représentants des secteurs suivants :

- ministères provinciaux et territoriaux de la Santé;
- programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer;
- Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada et un représentant d'autres organisations nationales pertinentes dans le domaine de la santé ou du cancer, d'organisations professionnelles et d'organisations de défense des droits des patients;
- patients et membres de leur famille, à titre de conseillers.
- L'une des priorités du RNDCC est la déclaration d'indicateurs du dépistage du cancer colorectal destinés à surveiller la participation au dépistage et à faciliter l'amélioration de la qualité du dépistage. À ces fins, un groupe de travail permanent du RNDCC, le Groupe de travail chargé de la surveillance et de l'évaluation du cancer colorectal, est chargé de :
 - créer des déterminants et des indicateurs de mesure de la qualité du dépistage du cancer colorectal au Canada;
 - surveiller les indicateurs de la qualité (selon les déterminants de la qualité);
 - fixer des cibles nationales;
 - communiquer régulièrement les résultats obtenus à l'échelle du Canada.

Approches de dépistage

Ce rapport présente des données relatives aux indicateurs de la qualité du dépistage organisé du cancer colorectal pour les années 2013 et 2014 (c.-à-d. les programmes organisés de dépistage au sein de la population) au lieu du dépistage opportuniste (c.-à-d. les dépistages intervenant à l'extérieur du cadre d'un programme). Les deux types de dépistage doivent être pris en compte lorsqu'on évalue la participation globale au dépistage du cancer colorectal.

Le tableau 1 fournit un aperçu de l'état du dépistage du cancer colorectal dans l'ensemble des provinces et des territoires en 2013 et en 2014. Même parmi les provinces ayant mis en place des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal, les approches privilégiées pour la prestation des services sont très variées. Les programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada ont évolué à des vitesses différentes et ont été façonnés par des caractéristiques et des facteurs propres aux provinces et aux territoires, comme l'accès aux ressources, l'adoption de tests fécaux initiaux différents et la valeur seuil choisie pour considérer un résultat comme anormal. Certaines de ces différences ont des répercussions lorsque l'on compare certains indicateurs entre les provinces, et les résultats qui en découlent doivent être interprétés avec prudence dans ce contexte. Bien que les données présentées dans ce rapport fournissent l'occasion de formuler des hypothèses initiales concernant l'état et les retombées des différentes approches de dépistage du cancer colorectal au Canada, une surveillance des données nationales à plus long terme sera nécessaire afin de pouvoir tirer des conclusions plus formelles.

TABLEAU 1

Aperçu du dépistage du cancer colorectal dans l'ensemble des provinces et des territoires de 2013 à 2014

Province/ territoire	Date de début du programme	Population cible	Intervalle de dépistage	Test de dépistage principal	Marque du test de dépistage principal	Valeur seuil de positivité du TFi*
Alb.	Mars 2007	50-74	Annuel ou Bisannuel	Remplacement du TFg par le TFi en novembre 2013	Polymedco	≥ 75 ng/mL
C.-B.	Projet pilote en 2009; ensemble de la province en novembre 2013	50-74	Bisannuel	TFi	Alere	≥ 50 ng/mL
Man.	Avril 2007	50-74	Bisannuel	TFg	Hemoccult II SENSA	
N.-B.	Novembre 2014	50-74	Bisannuel	TFi	Polymedco	≥ 100 ng/mL
T.-N.-L.	Juillet 2012	50-74	Bisannuel	TFi	Alere	≥ 100 ng/mL
T.N.-O.	Aucun programme organisé de dépistage	50-74	Annuel ou Bisannuel	TFi	Hemoccult ICT	≥ 75 ng/mL
N.-É.	Avril 2009	50-74	Bisannuel	TFi	Hemoccult ICT	≥ 100 ng/mL
Nt	Aucun programme organisé de dépistage			TFi		
Ont.	Mars 2008	50-74	Bisannuel	TFg	Hema-screen	
Î.-P.-É.	2009; ensemble de la province en mai 2011	50-74	Bisannuel	TFi	Alere	≥ 100 ng/mL
Qc	Aucun programme organisé de dépistage	50-74	Bisannuel	TFi		≥ 175 ng/mL
Sask.	Janvier 2009	50-74	Bisannuel	TFi	Polymedco	≥ 100 ng/mL
Yn	Aucun programme organisé de dépistage	50-74	Selon les médecins	TFg	Hemoccult	

*Résultats non présentés en mc -> µ d'Hb/g de selles, car le volume des selles n'était pas connu. Les rapports futurs contiendront les valeurs seuils en mc -> µ d'Hb/g.

TFi = test fécal immunochimique; TFg = test fécal au gaïac; ng/mL = nanogramme/millilitre.

Alb : Polymedco est utilisé dans l'ensemble de la province depuis le 18 novembre 2013.

N.-B. : bien que le programme ait invité 22 % de la population cible à participer au dépistage en novembre 2014, la distribution des trousse de TFi a débuté seulement en janvier 2015. Les données sont donc disponibles à compter de janvier 2015.

T.-N.-L. : programme accessible dans l'ensemble de la province depuis juillet 2015.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Le processus de dépistage

Depuis décembre 2016, les provinces canadiennes offrant des programmes de dépistage du cancer colorectal recommandent l'emploi d'un test fécal, immunochimique (TFi) ou au gaïac (TFg), comme test de dépistage principal dans la population cible âgée de 50 à 74 ans qui présente un risque moyen de CCR (c.-à-d. les personnes n'ayant aucun facteur de risque personnel ou familial de cancer du côlon autre que le fait d'être âgé de 50 ans ou plus). Certains programmes de dépistage du cancer colorectal recommandent aussi l'utilisation de la sigmoïdoscopie à sonde souple comme test de dépistage.

Pour la période couverte dans le cadre de ce rapport, toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario et du Manitoba, ont eu recours au TFi comme test de dépistage principal. L'Alberta a effectué la transition du TFg au TFi en novembre 2013. Depuis décembre 2016, l'Ontario travaille à la création d'un plan d'utilisation du TFi et le Manitoba menait un projet pilote visant à comparer le TFi au TFg Hemocult II SENSA, très sensible et actuellement utilisé. Les personnes qui présentent un résultat de test fécal anormal doivent passer une coloscopie. On peut recommander la coloscopie comme test de dépistage chez les personnes qui présentent un risque de cancer colorectal supérieur à la moyenne.

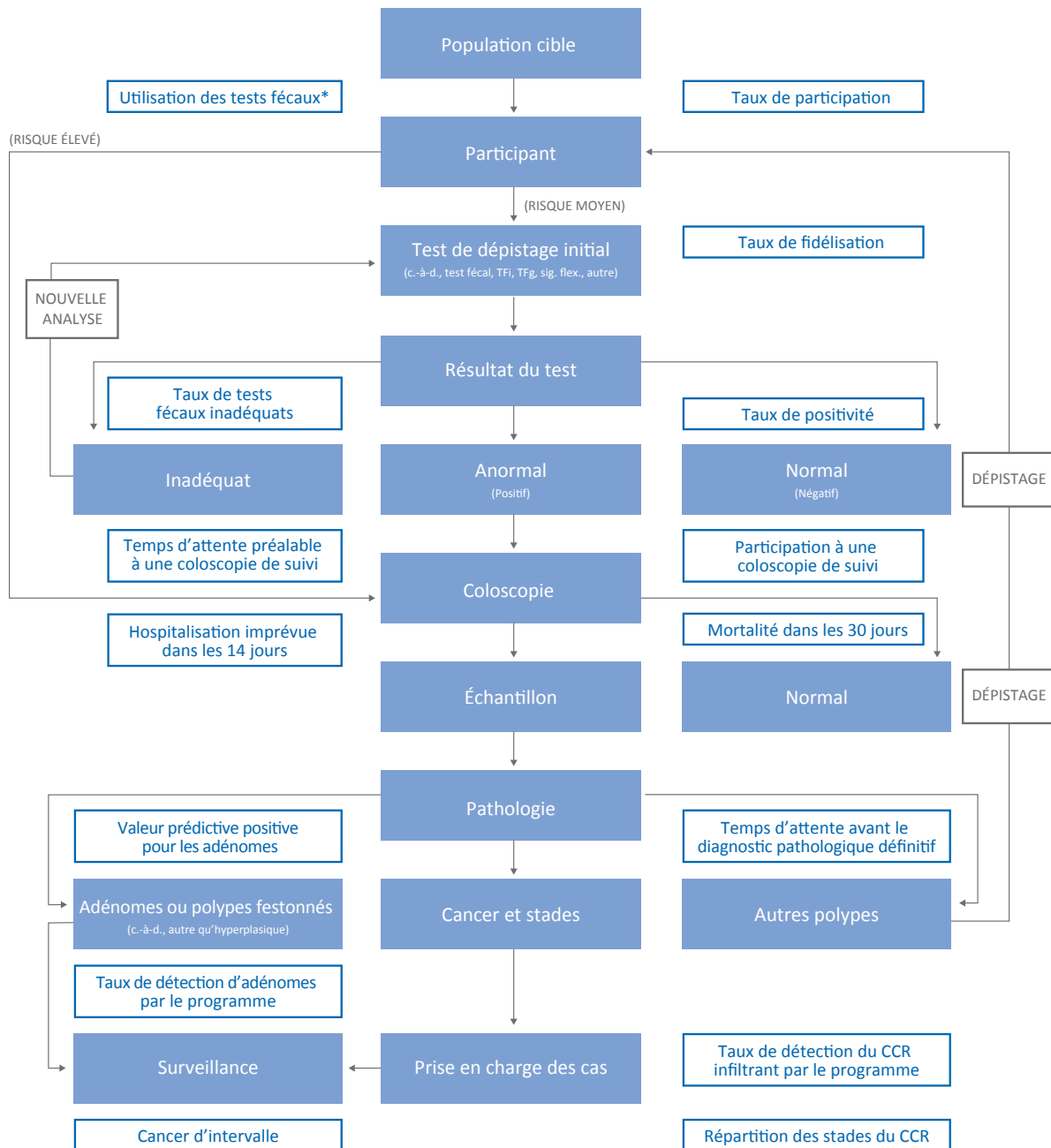
Cadre d'indicateurs de la qualité

Un ensemble d'indicateurs de la qualité du dépistage du cancer colorectal a été créé en 2009 pour la production de rapports nationaux au Canada. Les travaux subséquents du RNDCC en 2011 ont permis d'élaborer des cibles pour six des indicateurs mesurés.

En 2013, le Partenariat a publié une version révisée du rapport intitulé « Déterminants et indicateurs de la qualité pour la mesure du rendement des programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada » qui comprenait des déterminants et des indicateurs de la qualité nouveaux et révisés qui sont compris dans le présent rapport¹⁸. L'annexe A décrit les 13 indicateurs de la qualité et les six cibles associées au sujet desquels ce rapport présente des données. La figure 4 décrit la filière de dépistage du cancer colorectal et fournit un aperçu des indicateurs de la qualité compris dans le présent rapport.

FIGURE 4

Filière de dépistage du cancer colorectal à l'aide des indicateurs nationaux de la qualité



*N'est pas un indicateur des programmes.
 TF = test fécal; TFI = test fécal immunochimique; TFg = test fécal au gaïac; Sig. flex. = sigmoïdoscopie à sonde souple;
 VPP = valeur prédictive positive; CCR = cancer colorectal.

Considérations liées aux données

Les données de ce rapport ont été obtenues des provinces et des territoires en ce qui concerne le dépistage et le suivi, et des registres du cancer et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Dans certains cas, les provinces n'ont pas été en mesure de fournir des données pour certains des 13 indicateurs (ou l'ensemble des indicateurs) compris dans ce rapport. Par exemple, les données de l'ESCC sont déclarées seulement pour les provinces ou les territoires ayant choisi de participer au module de dépistage qui était facultatif en 2013 et en 2014.

Pour sept indicateurs présentés dans le cadre de ce rapport (taux de fidélisation, taux de tests fécaux inadéquats, taux de positivité, taux de participation à une coloscopie de suivi, valeur prédictive positive pour les adénomes, taux de détection d'adénomes et taux de dépistage du cancer colorectal infiltrant par les programmes), les données concernent les dépistages initiaux et subséquents. Cette approche permet une surveillance plus complète de la qualité puisque les caractéristiques des personnes qui font l'objet d'un premier dépistage diffèrent de celles qui reviennent pour un dépistage subséquent.

Aux fins du présent rapport, seul un test fécal par personne a été pris en compte pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014. Lorsque le patient avait effectué plus d'un test, seul le test dont le résultat était le plus anormal a été pris en compte. Lorsque le patient avait effectué plus d'un test fécal avec résultat

normal, seul le résultat le plus récent a été pris en compte. Les provinces ont classé toutes les personnes ayant effectué un test fécal au cours de la période de déclaration (que le test ait été adéquat ou inadéquat) dans la catégorie des premiers dépistages s'il n'existait aucune documentation indiquant la réalisation d'un test fécal antérieur (adéquat ou inadéquat) dans le cadre d'un programme avant le 1^{er} janvier 2013. Toutes les autres personnes ayant effectué un test fécal (adéquat ou inadéquat) au cours de la période de déclaration ont été classées dans la catégorie des dépistages subséquents. Même si l'inclusion des tests de dépistage adéquats et inadéquats dans les dépistages initiaux peut introduire un biais, ce biais est uniforme entre les indicateurs et les provinces ayant déclaré des dépistages subséquents.

Afin de simplifier la présentation des figures et des tableaux, les renseignements suivants décrivant les critères d'exclusion des programmes, les changements

de types de tests fécaux ou la disponibilité des données au cours de la période couverte par ce rapport ne sont présentés qu'une seule fois. Les notes des figures et des tableaux contiennent uniquement les renseignements additionnels pertinents, le cas échéant.

- **Alberta** : le programme de dépistage du cancer colorectal de l'Alberta a démarré en 2007. En novembre 2013, la province a remplacé le test fécal au gâïac (TFg) par le test fécal immunochimique (TFi) comme test de dépistage principal du cancer colorectal. Les données déclarées pour tous les indicateurs à l'exception du taux de positivité se rapportent aux TFi et aux TFg. Toutefois, dans le classement des provinces selon les modalités de dépistage, l'Alberta est répertoriée dans la liste des TFi, car elle a eu recours à ce type de test pendant la plus grande partie de la période de déclaration. Les données déclarées pour le taux de positivité concernent uniquement les tests TFi.
- **Saskatchewan** : le programme de dépistage du cancer colorectal de la Saskatchewan reçoit tous les résultats des TFi de la filière du dépistage organisé et opportuniste. Après avoir effectué un test de dépistage, toutes les personnes font l'objet d'un suivi dans le cadre du programme et sont convoquées à se présenter au dépistage suivant à la date prévue.
- **Manitoba** : le Manitoba utilisait le TFg comme test de dépistage principal du cancer colorectal au cours de la période couverte par ce rapport. Le programme a exclu les personnes ayant effectué un test fécal au cours des deux années précédentes ou une coloscopie au cours des cinq années précédentes (dans le cadre d'un dépistage opportuniste) ou encore celles atteintes d'un cancer associé. Ces mesures servent à prévenir le surdépistage ou le dépistage inadéquat. Toute personne ne possédant pas une assurance-maladie ou une adresse postale valide était également exclue du programme.
- **Ontario** : l'Ontario utilisait le TFg comme test de dépistage principal du cancer colorectal au cours de la période couverte par ce rapport. Le programme a exclu les personnes suivantes : celles âgées de moins de 50 ans ou de plus de 74 ans; celles dont le numéro d'assurance-maladie, la date de naissance ou le code postal était invalide ou manquant; celles ayant décidé de ne plus recevoir de correspondance provenant du programme; celles ayant subi un TFg au cours des deux dernières années ou une sigmoïdoscopie à sonde souple au cours des 10 dernières années; et celles ayant eu un cancer colorectal infiltrant ou ayant subi une colectomie totale.
- **Terre-Neuve-et-Labrador** : le programme de dépistage de Terre-Neuve-et-Labrador a été mis en œuvre par étapes. Au cours de la période couverte par ce rapport, les données représentent trois des quatre autorités sanitaires régionales de la province : la régie de la région de l'Ouest, la régie de la région du Centre et la régie de la région de Labrador-Grenfell. La population comprend des personnes qui auraient dû être exclues du programme de dépistage (p. ex. celles ayant subi une coloscopie récemment). Le programme a été lancé dans la région de la régie de la région de l'Est après la fin de la période couverte par ce rapport, en juillet 2015.
- **Nouvelle-Écosse** : toutes les personnes appartenant au groupe d'âge cible (de 50 à 74 ans) ont reçu une trousse de dépistage, à moins d'avoir quitté la province (c.-à-d. si elles ne figuraient plus dans le dossier d'assurance-maladie de la province) ou d'avoir informé les responsables du programme de leur volonté de ne plus participer au dépistage. Le dénominateur du taux de participation fait référence au nombre de trousse de TFi envoyées à chaque participant pendant la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014.
- **Île-du-Prince-Édouard** : le dénominateur du taux de participation utilise les données sur la population de Statistique Canada. La population comprend donc des personnes qui auraient dû être exclues du programme de dépistage (p. ex. celles ayant subi une coloscopie récemment). La distribution des trousse à grande échelle (plusieurs centres) a empêché d'évaluer de manière rigoureuse l'admissibilité au programme. Il est possible que des personnes incluses dans la population cible aient effectué des tests de dépistage par l'entremise de leur fournisseur de soins de santé primaires et non du programme.

Indicateurs de la qualité

Taux de participation

Le taux de participation correspond au pourcentage de la population cible ayant effectué au moins un test fécal dans le cadre d'un programme au cours de la période de mesure.

Cible : $\geq 60\%$

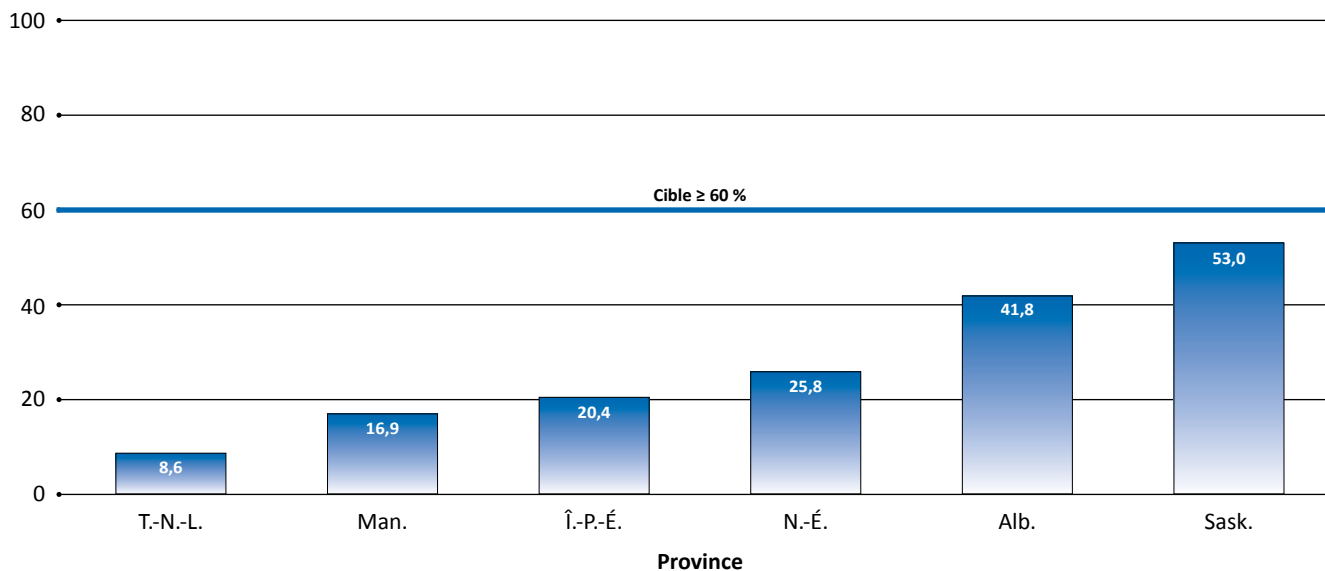
Les participants au dépistage servent de cohorte initiale pour la mesure des autres indicateurs le long de la filière de dépistage. Le dénominateur utilisé est la population pour laquelle le programme est offert. Un participant est compris dans le numérateur s'il a subi un test de dépistage au cours des 30 mois au lieu des 24 mois suivant le début de la période de mesure afin de permettre aux personnes atteignant le groupe d'âge cible vers la fin de cette période d'obtenir un délai supplémentaire de six mois pour pouvoir participer au dépistage.

Le taux de participation au programme varie de 8,6 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 53,0 % en Saskatchewan (figure 5). Comparativement aux données du rapport de 2011–2012 sur le dépistage du cancer colorectal, dans lequel le taux de participation au programme s'étendait de 12,1 % au Manitoba à 36,3 % en Saskatchewan, les taux de participation dans le cadre d'un programme ont augmenté dans l'ensemble. Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont plus élevés parmi les groupes d'âges plus avancés et chez les femmes (figure 6).

FIGURE 5

Participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois, sexes combinés, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Pourcentage (%)



	T.-N.-L.*	Man.	Î.-P.-É.	N.-É.	Alb.	Sask.
Personnes ayant effectué un test fécal adéquat	S.O.	50 655	9 831	85 523	443 026	161 071
Population ayant eu accès au programme	S.O.	298 891	48 120	331 455	1 060 110	303 640

S.O. : données non disponibles (sans objet).

* Le numérateur et le dénominateur n'ont pas été fournis. L'estimation à la figure 5 a été pondérée en fonction de la population.

T.-N.-L. : le programme a été mis en œuvre par étapes. Le taux de participation a été pondéré en fonction de la population. Les données représentent environ 40 % de la population totale admissible âgée de 50 à 74 ans dans la province de la population admissible de la région sanitaire qui offrait le programme. Le programme n'était pas accessible au reste de la population au cours de la période de déclaration.

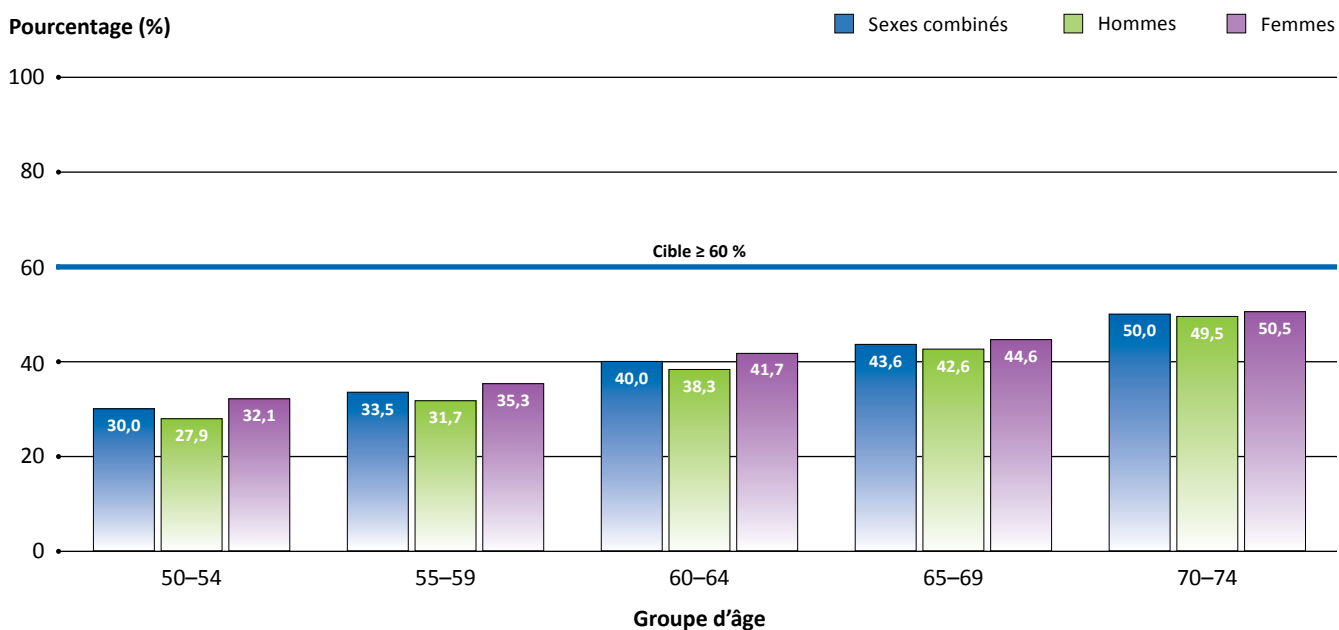
Î.-P.-É. : le dénominateur du taux de participation utilise les données sur la population de Statistique Canada qui comprennent donc des personnes qui auraient dû être exclues du programme de dépistage (p. ex. des personnes ayant subi une coloscopie récemment).

Sask. : les données concernent les personnes ayant effectué un test fécal dans le cadre du programme ou de façon opportuniste.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 6

Participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois, par groupe d'âge et par sexe, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



Les données comprennent l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse.

T.-N.-L. : les données ont été exclues, car elles ne fournissaient que des statistiques combinées pour le groupe d'âge des 50 à 74 ans.

Î.-P.-É. : les données ont été exclues parce que le dénominateur relatif à la participation utilise les données sur la population de Statistique Canada qui comprennent des personnes qui auraient dû être exclues du programme de dépistage (p. ex. des personnes atteintes de cancer colorectal).

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Utilisation des tests fécaux

L'utilisation des tests fécaux correspond au pourcentage de la population cible qui a effectué au moins un test fécal dans le cadre ou non d'un programme au cours de la période de mesure.

Cible : *actuellement non déterminée*

L'évaluation du dépistage du cancer colorectal au Canada doit prendre en compte à la fois le dépistage effectué dans le cadre des programmes et le dépistage opportuniste. Afin de présenter une évaluation plus exhaustive du pourcentage de la population admissible ayant effectué un test fécal au cours des deux dernières années, on peut utiliser des données de différentes sources, y compris des données sur la rémunération à l'acte et des données autodéclarées, en complément des données provenant des programmes. Jusqu'à ce que les programmes de dépistage soient capables d'obtenir des données sur l'utilisation des tests fécaux de différentes sources, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournissait une vue d'ensemble de l'utilisation générale de ces tests, qu'ils soient réalisés dans le cadre de dépistages organisés ou opportunistes. Il faut noter que les questions filtres pour le dépistage du cancer colorectal faisaient partie d'un module optionnel en 2013 et en 2014, ce qui explique pourquoi on ne dispose pas de données pour certaines provinces et certains territoires.

La figure 7 montre le pourcentage de Canadiens âgés de 50 à 74 ans et présentant un risque moyen de cancer colorectal qui ont déclaré avoir effectué un test fécal au cours des deux dernières années à des fins de dépistage selon les données de l'ESCC. Ces personnes sont considérées comme des répondants ayant déclaré avoir effectué un test fécal pour l'une des raisons suivantes : antécédents familiaux de CCR, examen régulier, dépistage systématique, âge ou race. Cela exclut les répondants ayant déclaré avoir effectué un test fécal pour les raisons suivantes : suivi d'un problème, suivi d'un traitement du cancer colorectal, ou une « autre » raison. Les taux d'utilisation des tests fécaux en 2013 s'étendaient de 12,1 % au Québec à 51,0 % au Manitoba. En 2014, ces taux étaient de 16,9 % à Terre-Neuve-et-Labrador et de 49 % au Manitoba. On peut effectuer des tests fécaux pour des raisons autres que le dépistage et on a procédé à une analyse plus approfondie des données afin d'examiner la

fréquence d'utilisation des tests. Les données montrent que les tests fécaux effectués pour des raisons autres que le dépistage ne représentent qu'un faible pourcentage.

Dans le cadre de la comparaison des taux de participation et d'utilisation des tests fécaux à des fins de dépistage pour chacune des provinces, certaines différences peuvent survenir en raison de la période d'observation utilisée (30 mois comparativement à 24 mois). La différence entre le taux de participation au programme du Manitoba à la figure 5 (16,9 % en 2013–2014) et l'utilisation autodéclarée à la figure 7 (51,0 % en 2013 et 49,0 % en 2014) pourrait être due au fait qu'une grande partie des tests fécaux au Manitoba sont effectués à l'extérieur du programme de dépistage. Afin d'éviter le surdépistage, le Manitoba n'invite pas les personnes qui ont effectué un test fécal par le biais d'un autre prestataire, les personnes qui ont subi une coloscopie au cours des cinq dernières années ou celles qui sont atteintes d'un cancer de la région colorectale. Bien qu'aucun taux de participation aux programmes de dépistage n'ait atteint la cible nationale d'au moins 60 %, l'utilisation autodéclarée des tests fécaux à des fins de dépistage atteint généralement environ le double du taux de participation aux programmes, ce qui donne à penser que les deux indicateurs sont nécessaires pour effectuer une évaluation exhaustive de l'adoption du dépistage dans la population.

La surveillance des taux de participation aux programmes de dépistage n'illustre qu'un aspect de l'adoption totale du dépistage du cancer colorectal. Les personnes ayant fait l'objet d'un dépistage par test fécal, sigmoïdoscopie à sonde souple ou coloscopie au cours d'une période donnée peuvent être considérées comme étant à jour en ce qui concerne leurs antécédents de dépistage. On pourrait appliquer ce statut même lorsque les personnes n'ont pas subi de tests à des fins de dépistage du cancer, puisqu'il ne serait pas nécessaire de répéter les tests dans le cadre d'un dépistage¹⁹. Les données de l'ESCC sur l'utilisation autodéclarée de tests fécaux ou d'endoscopies pour une raison quelconque sont utiles pour estimer le pourcentage de la population qui est actuellement à jour en ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal au Canada. Le pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir effectué un test fécal au cours des deux dernières années ou une sigmoïdoscopie à sonde souple

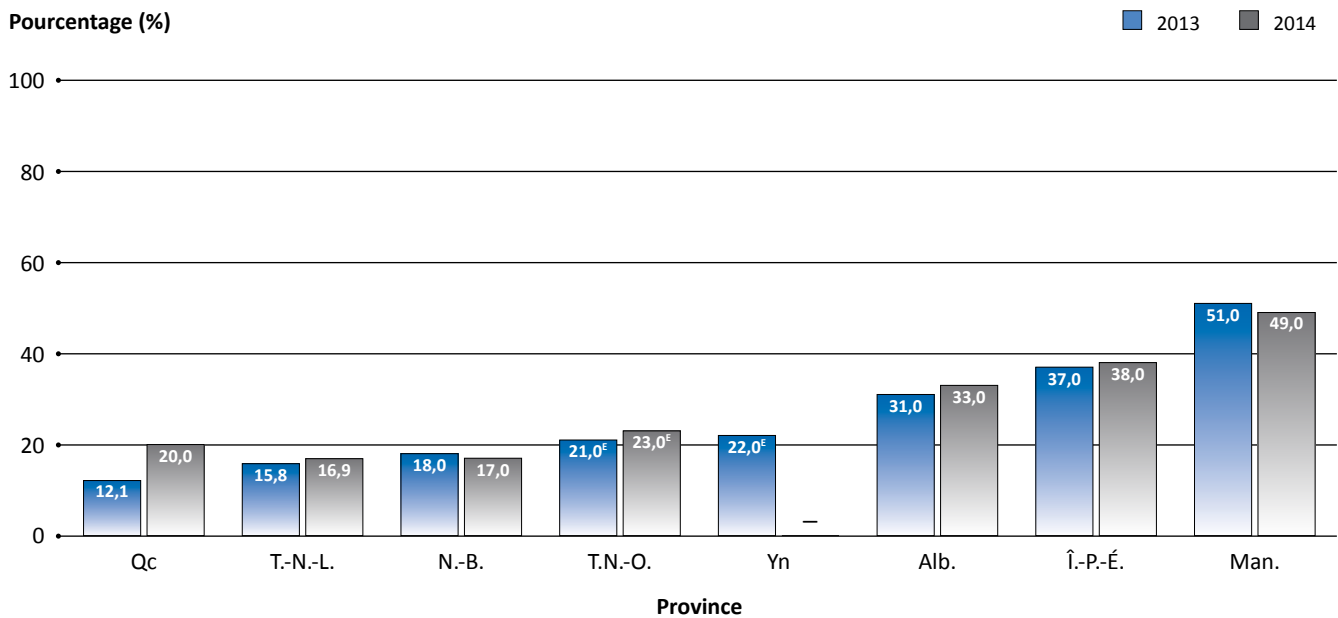
ou encore une coloscopie au cours des dix dernières années pour diverses raisons variait de 44 % à 70 % en 2013 et de 48 % à 68 % en 2014 (figure 8).

L'étude intitulée « Screening rates for colorectal cancer in Canada: A cross-sectional study » (taux de dépistage du cancer colorectal au Canada : une étude transversale) a utilisé des données de l'ESCC de 2012 pour calculer le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui étaient à jour dans leur dépistage par test fécal ou endoscopique au Canada¹⁹. Les résultats ont montré que le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui était à jour pour le dépistage du cancer colorectal en 2012 (défini comme la réalisation d'un test fécal au cours des deux dernières années ou d'une sigmoïdoscopie à sonde souple ou d'une

coloscopie au cours des dix dernières années) atteignait 55,2 %, avec des variations comprises entre 41,3 % dans les territoires et 67,2 % au Manitoba. Le taux d'utilisation des sigmoïdoscopies à sonde souple ou des coloscopies était de 37,2 % (le plus élevé en Ontario avec 43,3 %) et celui des tests fécaux de 30,1 % (le plus élevé au Manitoba avec 51,7 %). De plus, environ 41 % des personnes ayant effectué un test fécal avaient aussi subi une sigmoïdoscopie à sonde souple ou une coloscopie. Enfin, les personnes appartenant à la catégorie de revenu le plus élevé étaient plus susceptibles d'être à jour au regard du dépistage du cancer colorectal que celles ayant des revenus plus faibles, même dans les provinces possédant des programmes bien établis de dépistage au sein de la population¹⁹.

FIGURE 7

Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans qui a déclaré avoir effectué un test fécal au cours des deux dernières années à des fins de dépistage, par province ou territoire, années de déclaration 2013 et 2014 de l'ESCC



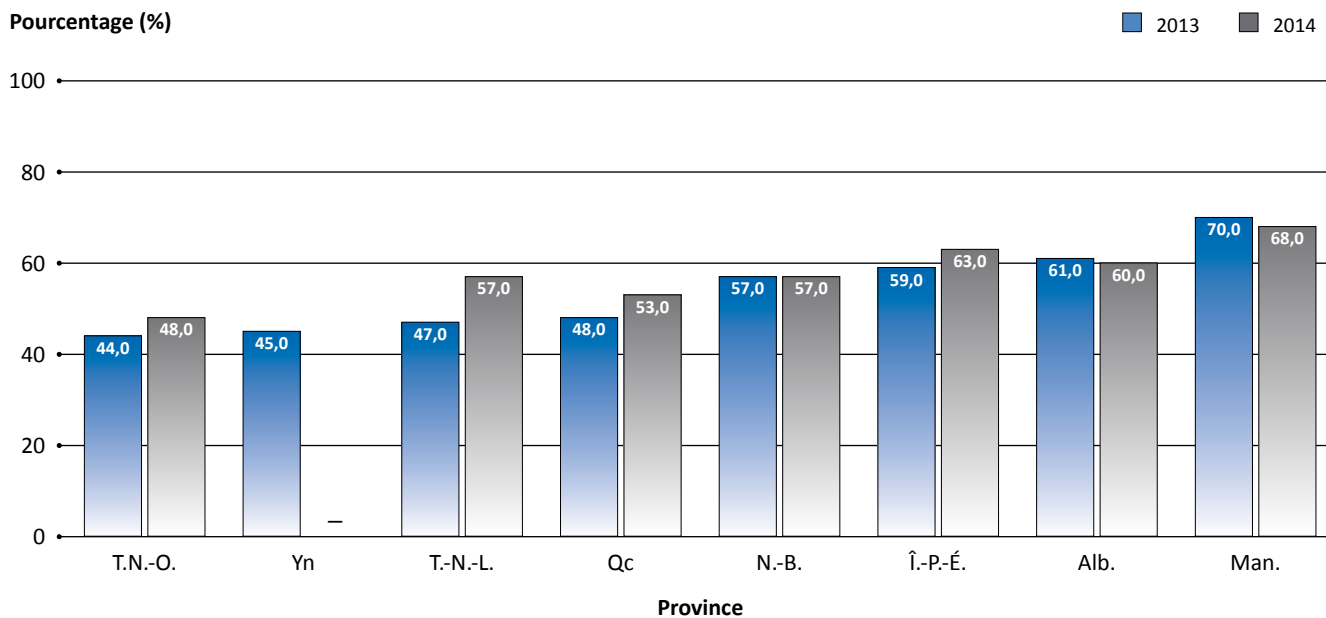
— : données non disponibles.

E : estimations à interpréter avec prudence en raison de leur variabilité élevée. Données présentées pour les provinces et les territoires participant au module de dépistage du cancer colorectal dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013 et 2014.

Sources des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

FIGURE 8

Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans à jour dans le dépistage du cancer colorectal (toutes modalités et justifications), années de déclaration 2013 et 2014 de l'ESCC



— : données non disponibles.

Le dépistage du cancer colorectal à jour est défini comme la réalisation d'un test fécal au cours des deux dernières années ou d'une sigmoïdoscopie à sonde souple/ coloscopie au cours des dix dernières années pour une raison quelconque. Données présentées pour les provinces et les territoires participant au module de dépistage du cancer colorectal dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013 et 2014.

Sources des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Taux de fidélisation

Le taux de fidélisation correspond au pourcentage de personnes âgées de 50 à 72 ans qui sont retournées passer un examen de dépistage dans les 30 mois suivant un test fécal avec résultat normal au cours de la période de mesure.

Cible : actuellement non déterminée

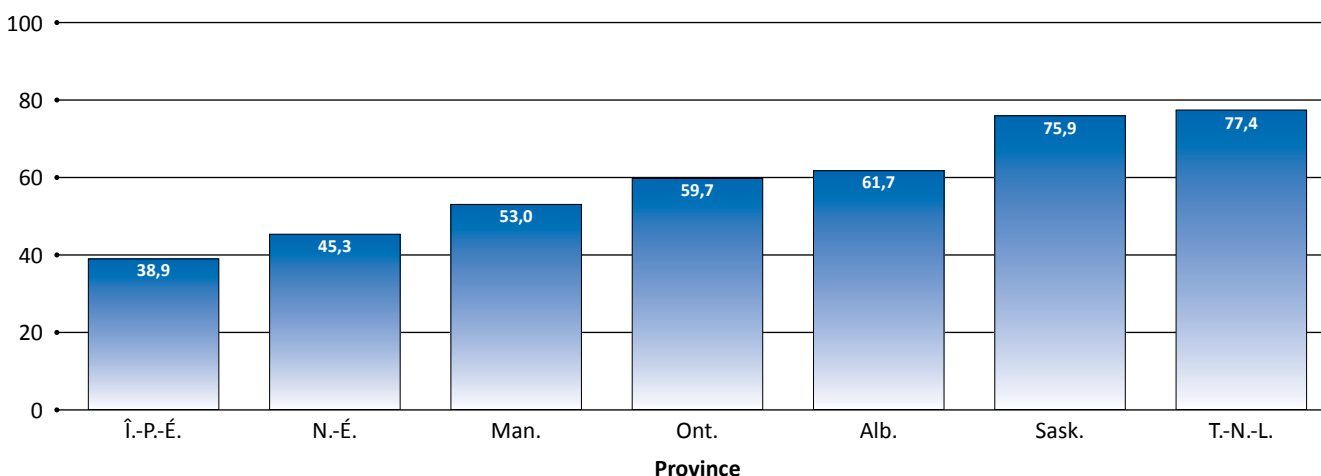
La surveillance du taux de fidélisation des programmes de dépistage du cancer est particulièrement importante parce que la sensibilité des tests fécaux est inférieure à 100 %, ce qui signifie que l'on peut ne pas détecter des lésions si on ne répète pas le test à des intervalles réguliers²⁰. Les taux de fidélisation varient de façon considérable parmi les provinces, allant de 38,9 % à 77,4 % (figure 9). À l'exception du groupe d'âge des 70 à 72 ans, le taux de fidélisation augmente avec l'âge

et est aussi plus élevé après les dépistages subséquents qu'après les dépistages initiaux (figures 10 et 11). On observe aussi cette tendance dans le cadre d'autres programmes organisés de dépistage, comme ceux mis en œuvre pour le cancer du sein. Lorsque les provinces et les territoires auront terminé la mise en œuvre de leur programme, on devrait observer une augmentation du taux de fidélisation au fil du temps pour tous les programmes de dépistage. Il convient de noter que le dénominateur des taux de fidélisation comprend les personnes jusqu'à l'âge de 72 ans, puisque celles âgées de plus de 72 ans ne seraient plus admissibles du fait de leur âge à un dépistage subséquent après la période de 30 mois suivant un test fécal avec résultat normal, conformément à la plupart des lignes directrices sur le dépistage du cancer colorectal.

FIGURE 9

Taux de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois pour les personnes âgées de 50 à 72 ans, par province, années de dépistage 2011 et 2012 combinées

Pourcentage (%)

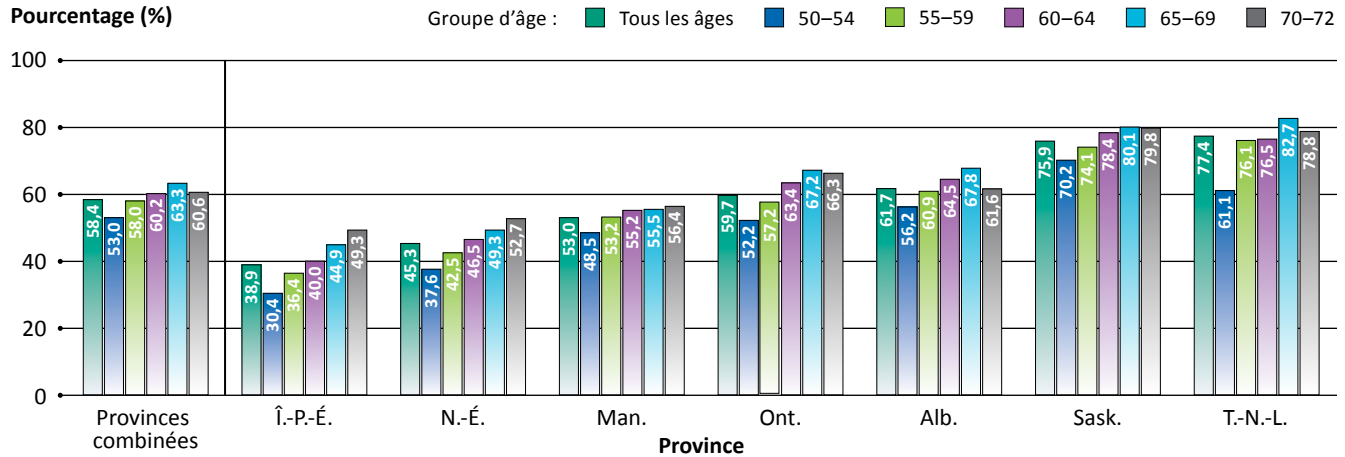


Ont. : données de 2011 seulement. Les exceptions suivantes ont été appliquées : les personnes ayant reçu un résultat anormal au test de dépistage au cours de l'année en question, celles décédées au cours de la période de suivi, celles atteintes d'un cancer colorectal infiltrant ou ayant subi une colectomie totale au cours de la période de suivi, et celles qui étaient à jour de leur dépistage effectué par coloscopie ou sigmoïdoscopie à sonde souple à la date de la période de suivi et pendant celle-ci.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 10

Taux de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois, par province et par groupe d'âge, années de dépistage 2011 et 2012 combinées



Les provinces combinées excluent l'Ontario.

Î.-P.-É. : le programme a démarré en mai 2011. Les données comprennent la participation au projet pilote de janvier à avril 2011, qui était un sous-ensemble de la population cible. Tous les examens complets étaient des premiers dépistages (effectués dans le cadre des programmes et des projets pilotes). Le taux de fidélisation ne reflète pas les personnes ayant fait l'objet de dépistages subséquents à l'extérieur d'un programme (p. ex. : par le fournisseur de soins de santé primaires).

N.-É. : le plus grand district sanitaire de la Nouvelle-Écosse, Capital District Health Authority (CDHA), a lancé son premier cycle du programme de dépistage du cancer colorectal le 1^{er} avril 2011. Le CDHA dessert environ la moitié de la population de la Nouvelle-Écosse; par conséquent, la majorité des dépistages étaient des premiers dépistages. De plus, le programme a été suspendu pendant six mois au cours de la période de déclaration en raison de problèmes concernant la fabrication des trousseaux de dépistage par TFI.

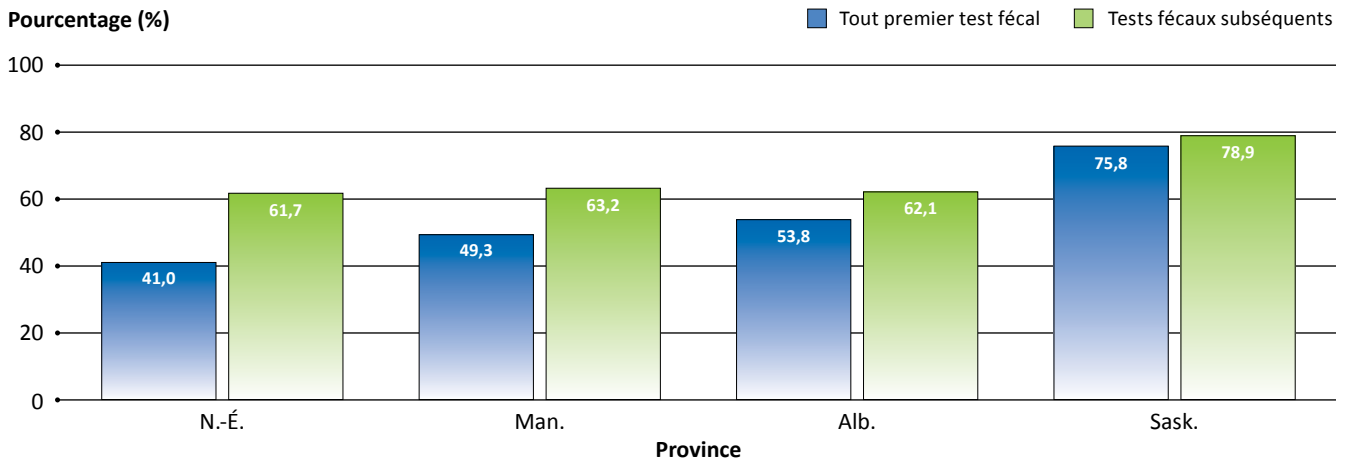
Ont. : données de 2011 seulement. Les exceptions suivantes ont été appliquées : les personnes ayant reçu un résultat de dépistage anormal au cours de l'année en question, celles décédées au cours de la période de suivi, celles atteintes d'un cancer colorectal infiltrant ou ayant subi une colectomie totale au cours de la période de suivi, et celles qui étaient à jour de leur dépistage effectué par coloscopie ou sigmoïdoscopie à sonde souple à la date de la période de suivi et pendant celle-ci.

T.-N.-L. : les données concernent les cinq derniers mois de la période de déclaration.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 11

Taux de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal au cours d'une période de 30 mois, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2011 et 2012 combinées



Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Taux de tests fécaux inadéquats

Le taux de tests fécaux inadéquats correspond au pourcentage de personnes dont le test fécal était inadéquat et qui n'ont pas répété le test afin d'obtenir un résultat valide au cours de la période de mesure.

Cible : $\leq 5\%$

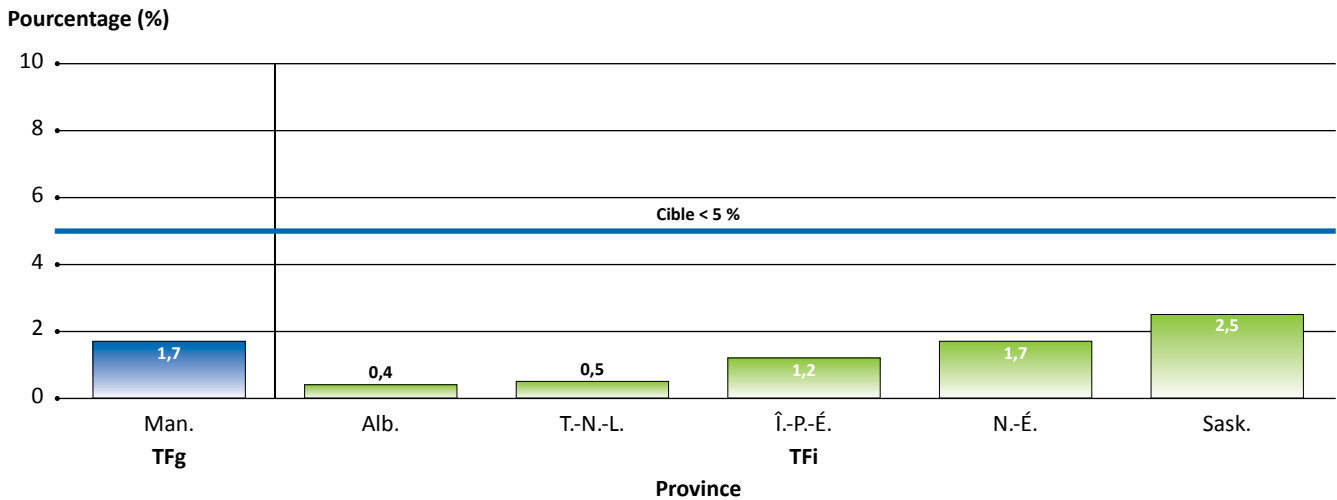
Le taux de tests fécaux inadéquats fournit des renseignements sur la réussite du processus d'exécution du test par la population cible. Les facteurs pouvant influencer l'obtention de résultats inadéquats comprennent un échantillonnage inadéquat des selles, un manque de renseignements sur le participant, l'écoulement d'un délai trop long entre le prélèvement de l'échantillon et son analyse ou des problèmes d'assurance de la qualité associés au laboratoire ou au fournisseur²¹. Il convient de noter que la proportion

de tests individuels inefficaces sera plus élevée que les taux cités, qui font référence à l'inefficacité des tests à l'intérieur de l'intervalle de mesure.

En 2013–2014, les taux de tests fécaux inadéquats variaient parmi les provinces ayant déclaré des données (figure 12), mais elles ont toutes réussi à atteindre la cible de 5 % ou moins. Dans les provinces présentant les taux d'inefficacité les plus élevés, ces taux étaient plus faibles lors de dépistages subséquents (figure 13). Dans le cas de Terre-Neuve-et-Labrador, le nombre de tests fécaux inadéquats était si faible par cycle de dépistage que les données sur le taux ont dû être supprimées. La cible canadienne, fixée en 2011²², est plus élevée que les cibles fixées par les lignes directrices de l'Union européenne, qui établissent à moins de 3 % le taux acceptable et à moins de 1 % le taux désiré²³.

FIGURE 12

Taux de tests fécaux inadéquats par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

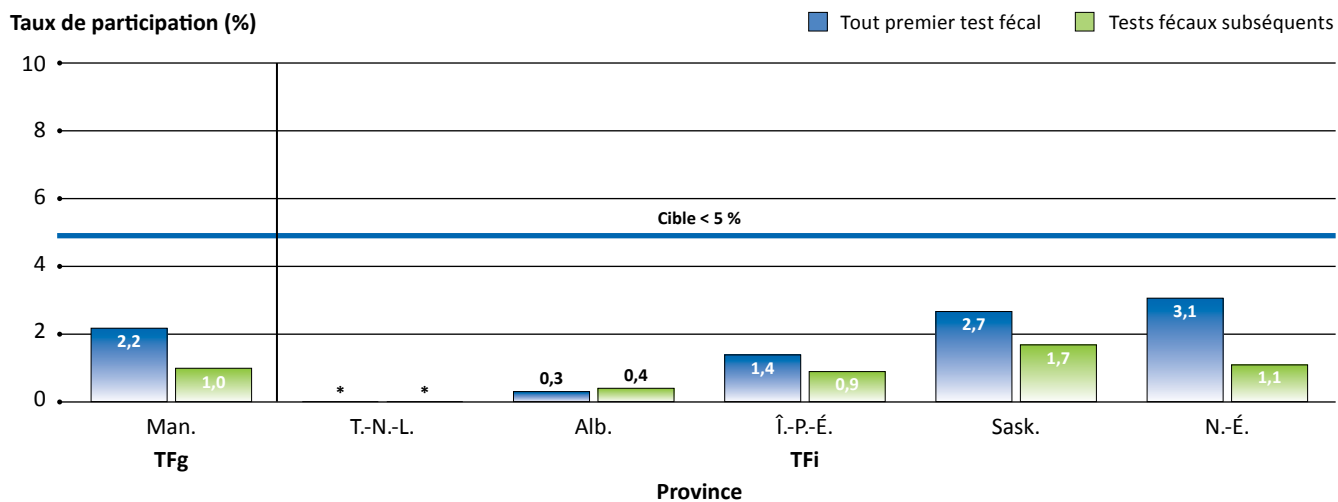


TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires

FIGURE 13

Taux de tests fécaux inadéquats par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



TFg = test fécal au gâiâc; TFi = test fécal immunochimique.

— : données non disponibles.

* Supprimé en raison des chiffres peu élevés.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Taux de positivité

Le taux de positivité correspond au pourcentage de personnes ayant effectué un test fécal avec résultat anormal au cours de la période de mesure.

Cible : *actuellement non déterminée*

La surveillance des taux de positivité donne une indication de la proportion de la population dépistée ayant reçu un résultat de test fécal anormal. Ces résultats comprennent ceux des personnes atteintes d'une pathologie importante comme un adénome ou un cancer colorectal (vrais positifs) et des personnes ne présentant aucune lésion néoplasique (faux positifs). Le taux de positivité est influencé par la prévalence du cancer colorectal et la sensibilité du test fécal utilisé. Les facteurs influençant la sensibilité comprennent le type et le sous-type de test fécal (TFg ou TFi – qualitatif ou quantitatif – et le fabricant), le nombre d'échantillons fécaux nécessaires et les valeurs seuils établissant la positivité. Voir le tableau sous la figure 14 pour plus de renseignements.

Le taux de positivité devrait être évalué conjointement avec les valeurs prédictives positives (VPP) (figures 23 à 26) et les taux de détection d'adénomes et de cancers (figures 27 et 28). Une augmentation de la sensibilité doit être mise en balance avec la perte potentielle de spécificité : si des taux de positivité élevés ne sont pas corrélés à des VPP élevées et à des taux élevés de détection de cancers et d'adénomes, le nombre de

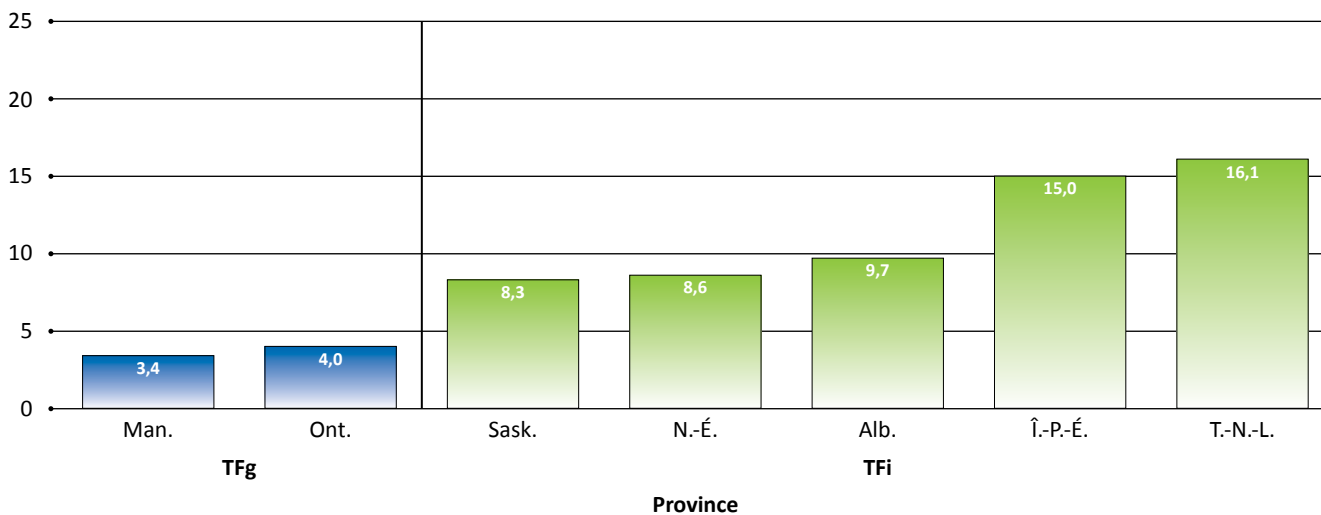
personnes obtenant des résultats faux positifs sera également élevé, selon toute probabilité. Ces personnes pourraient éprouver inutilement de l'anxiété et s'exposer aux risques associés à la réalisation d'une coloscopie de suivi. Des taux de positivité élevés augmenteront le fardeau sur les ressources (humaines et financières) affectées aux endoscopies.

Les taux de positivité varient considérablement entre les provinces (figure 14), les taux les plus faibles étant observés dans les provinces utilisant les TFg (3,4 % au Manitoba, 4,0 % en Ontario) et les taux plus élevés dans celles utilisant les TFi (écarts allant de 8,3 % en Saskatchewan à 16,1 % à Terre-Neuve-et-Labrador). Les différences relevées dans le second groupe pourraient être causées par les différentes marques de tests fécaux utilisés, le nombre d'échantillons utilisés pour déterminer la positivité et les différents seuils de positivité des résultats. La figure 14 montre les différentes caractéristiques des tests fécaux utilisés pendant la période de déclaration. Les taux de positivité plus élevés chez les hommes, ainsi que lors des dépistages initiaux comparativement aux dépistages subséquents, sont conformes à la documentation (figures 15 à 17)^{24,25}. Les taux de positivité augmentent avec l'âge pour les personnes effectuant des TFi (quels que soient les seuils de positivité), mais il n'existe aucune tendance semblable pour les personnes effectuant des TFg (figure 17).

FIGURE 14

Taux de positivité des tests fécaux par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Pourcentage (%)



	Man.	Ont.	Sask.	N.-É.	Alb.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Nombre de personnes ayant reçu un résultat positif au test fécal	1 596	19 731	11 603	5 823	24 864	1 236	734
Nombre de personnes ayant effectué un test fécal adéquat	47 062	495 560	139 886	67 536	257 576	8 226	4 564
Valeur seuil de positivité (TFi seulement)			≥ 100 ng/mL	≥ 100 ng/mL	≥ 75 ng/mL	≥ 100 ng/mL	≥ 100 ng/mL
Nombre d'échantillons	2 prélèvements de 3 selles différentes	2 prélèvements de 3 selles	1	2	1	2	2
Marque du test fécal	Hemocult II SENSE	Hema-screen	Polymedco	Hemocult ICT	Polymedco	Alere	Alere

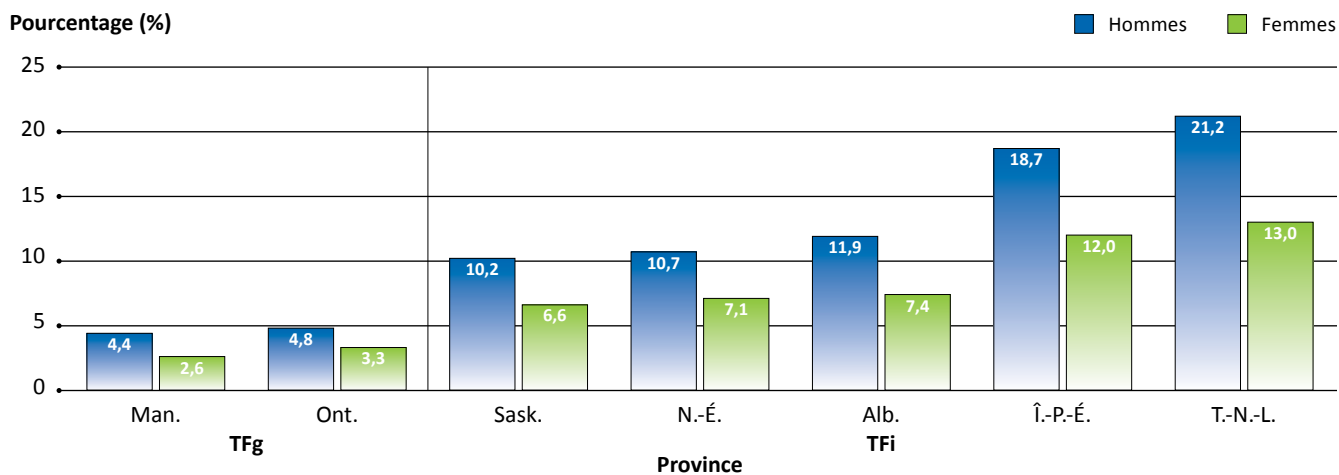
TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

Alb. et Ont. : données de 2014 seulement.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 15

Taux de positivité des tests fécaux par province et par sexe, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



Province	Sexes combinés			Hommes			Femmes		
	Nombre de personnes ayant reçu un résultat positif au test fécal	Nombre de personnes ayant effectué un test fécal adéquat	Taux (%)	Nombre de personnes ayant reçu un résultat positif au test fécal	Nombre de personnes ayant effectué un test fécal adéquat	Taux (%)	Nombre de personnes ayant reçu un résultat positif au test fécal	Nombre de personnes ayant effectué un test fécal adéquat	Taux (%)
Man.	1 596	47 062	3,4	900	20 480	4,4	696	26 582	2,6
Ont.	19 731	495 560	4,0	10 582	220 954	4,8	9 149	274 606	3,3
Sask.	11 603	139 886	8,3	6 768	66 277	10,2	4 835	73 609	6,6
N.-É.	5 823	67 536	8,6	3 130	29 376	10,7	2 693	38 160	7,1
Alb.	24 864	257 576	9,7	15 129	126 754	11,9	9 735	130 822	7,4
Î.-P.-É.	1 236	8 226	15,0	701	3 756	18,7	535	4 470	12,0
T.-N.-L.	734	4 564	16,1	364	1 717	21,2	370	2 847	13,0

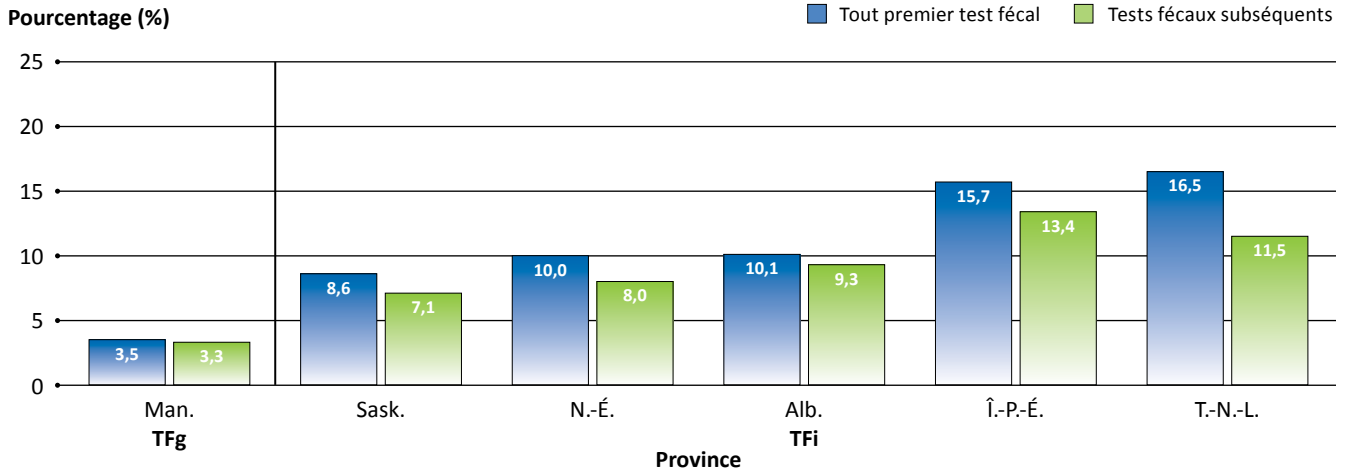
TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

Alb. et Ont. : données de 2014 seulement.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 16

Taux de positivité des tests fécaux par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

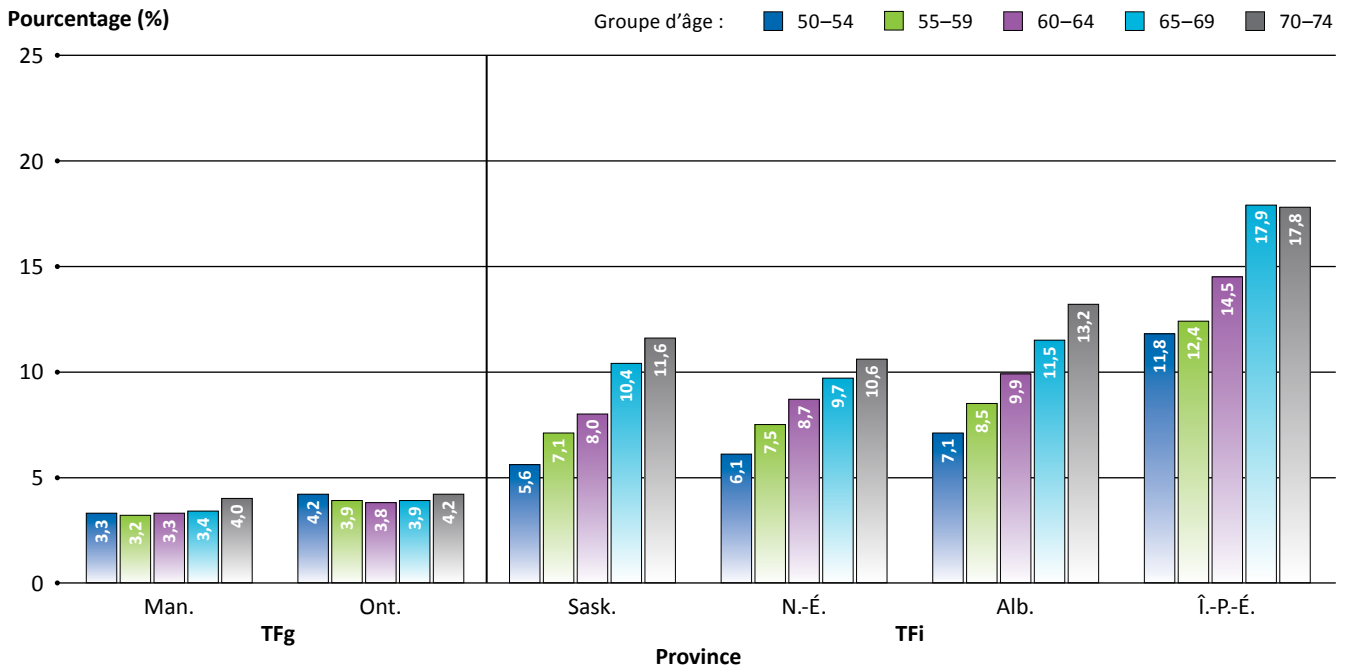
— : données non disponibles.

Alb. : données de 2014 seulement. T.-N.-L. : les données concernent les cinq derniers mois de la période de déclaration.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 17

Taux de positivité des tests fécaux par province et par groupe d'âge, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

Alb. et Ont. : données de 2014 seulement.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Participation à une coloscopie de suivi

Le taux de participation à une coloscopie de suivi correspond au pourcentage de personnes ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la déclaration d'un résultat de test fécal anormal au cours de la période de mesure.

Cible : $\geq 85\%$

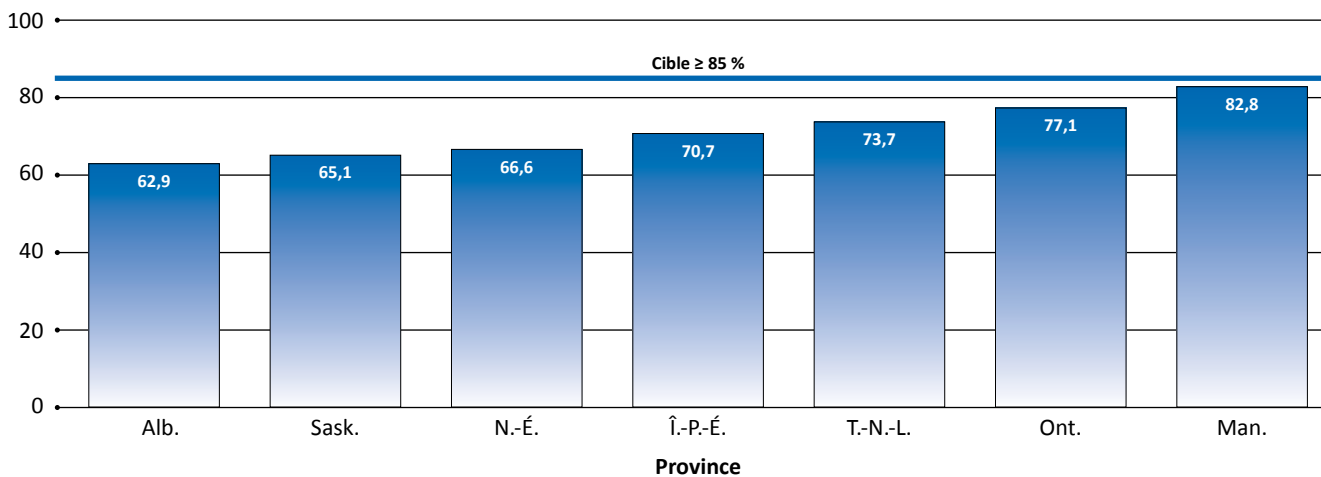
Un programme de dépistage est efficace s'il permet à la personne qui a reçu un résultat anormal à un test fécal d'effectuer le suivi approprié à l'aide d'une coloscopie. La surveillance de cet indicateur fournit des renseignements importants permettant de planifier des stratégies d'amélioration du suivi. Cet indicateur comprend les coloscopies de suivi effectuées dans les 180 jours suivant la déclaration d'un résultat de test fécal anormal. Bien que cet intervalle soit utilisé à des fins de surveillance et d'évaluation seulement, et non comme cible recommandée, les programmes de dépistage peuvent utiliser ces données afin de revoir les stratégies de réduction des temps d'attente.

En 2013–2014, le taux de participation à une coloscopie de suivi variait de 62,9 % en Alberta à 82,8 % au Manitoba (figure 18), où les taux de positivité étaient de 13,8 % et de 3,4 %, respectivement. Bien qu'aucune province n'ait réussi à atteindre la cible de 85 %, le Manitoba y est presque parvenu (82,8 %). Le taux de participation à une coloscopie de suivi était plus élevé lors des dépistages subséquents que lors des dépistages initiaux, et ce, dans toutes les provinces (figure 19). Un taux de participation à une coloscopie de suivi plus faible associé à un taux de positivité plus élevé peut indiquer la nécessité d'améliorer la communication et le suivi des résultats positifs, afin de réviser les seuils limites de positivité des tests fécaux ou d'investir dans des ressources endoscopiques. La participation à une coloscopie de suivi doit être interprétée par rapport aux valeurs prédictives positives (VPP) et aux taux de détection d'adénomes et de cancers enregistrés par le programme (voir le résumé présenté au tableau 2).

FIGURE 18

Participation à une coloscopie de suivi des personnes obtenant un résultat de test fécal anormal, par province, sexes combinés, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Pourcentage (%)



	Alb.	Sask.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Ont.	Man.
Nombre de personnes ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours	19 717	7 559	3 877	874	541	15 395	1 322
Nombre de personnes ayant reçu un résultat anormal au test fécal	31 332	11 603	5 823	1 236	734	19 962	1 596

Taux de participation à une coloscopie de suivi parmi les personnes ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la déclaration du résultat anormal au test fécal.

Alb. : la participation à une coloscopie de suivi est sous-estimée en raison du manque de données concernant les coloscopies. Il existe un délai entre la date de la coloscopie et la date de la déclaration. On a utilisé les sources suivantes pour recueillir des données sur les coloscopies : Système national d'information des soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les congés des patients (BDCP) et base de données de réclamations des médecins (données de facturation). Pour le SNISA et la BDCP, les délais de déclaration pouvaient être de six semaines ou plus. Les données de réclamation des médecins disponibles dans la base de données couvrent les interventions effectuées jusqu'au 31 mars 2015. La population ciblée pour la participation à une coloscopie de suivi est différente de celle utilisée pour le numérateur relatif au taux de positivité, puisque les données concernaient les TFi seulement.

Sask : la participation à une coloscopie de suivi est sous-estimée en raison du manque de données concernant les coloscopies. Toutes les données n'ont pas été recueillies pour cette période de mesure.

N.-É. : un changement dans la sensibilité du TFi utilisé et une hausse subséquente de résultats positifs ont conduit à une augmentation du nombre de coloscopies nécessaires. Cela a entraîné des temps d'attente plus longs que prévu. De plus, 10 % des participants au programme ont choisi d'effectuer leur suivi à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

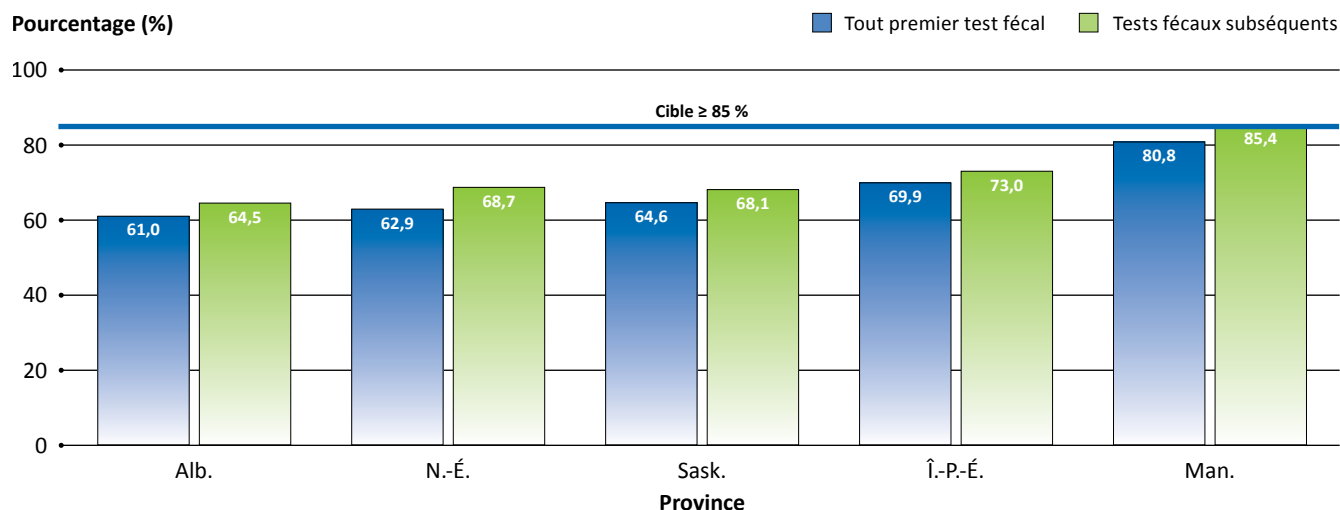
Ont. : données de 2014 seulement.

Man. : comprend les données concernant des personnes qui ont été orientées par ColonCheck et par des fournisseurs de soins primaires. Huit autres personnes ont fait l'objet d'au moins une intervention de suivi (colonographie par tomographie, sigmoïdoscopie à sonde souple); 117 personnes n'ont pas subi de coloscopie, pour des raisons médicales, à cause du refus du patient ou pour d'autres raisons non contrôlées par ce programme de dépistage.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 19

Participation à une coloscopie de suivi des personnes obtenant un résultat de test fécal anormal, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinés



Taux de participation à une coloscopie de suivi des personnes ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la déclaration du résultat anormal au test fécal.

Alb. : la participation à une coloscopie de suivi est sous-estimée en raison du manque de données concernant les coloscopies. Il existe un délai entre la date de la coloscopie et la date de la déclaration. On a utilisé les sources suivantes pour recueillir des données sur les coloscopies : Système national d'information des soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les congés des patients (BDCP) et la base de données de réclamations des médecins (données de facturation). Pour le SNISA et la BDCP, les délais de déclaration pouvaient être de six semaines ou plus. Les données de réclamation des médecins disponibles dans la base de données couvrent les interventions effectuées jusqu'au 31 mars 2015. La population ciblée pour la participation à une coloscopie de suivi est différente de celle utilisée pour le numérateur relatif au taux de positivité, puisque les données concernaient les TFi seulement.

N.-É. : un changement dans la sensibilité du TFi utilisé et une hausse subséquente de résultats positifs ont conduit à une augmentation du nombre de coloscopies nécessaires. Cela a entraîné des temps d'attente plus longs que prévu. De plus, 10 % des participants au programme ont choisi d'effectuer leur suivi à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Sask. : la participation à une coloscopie de suivi est sous-estimée en raison du manque de données concernant les coloscopies. Toutes les données concernant les coloscopies n'ont pas été recueillies pour cette période de mesure.

Man. : comprend les données concernant des personnes qui ont été orientées par ColonCheck et par des fournisseurs de soins primaires. Huit autres personnes ont fait l'objet d'au moins une intervention de suivi (colonographie par tomographie, sigmoïdoscopie à sonde souple); 117 personnes n'ont pas subi de coloscopie, pour des raisons médicales, à cause du refus du patient ou pour d'autres raisons non contrôlées par ce programme de dépistage.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Temps d'attente préalable à une coloscopie de suivi

Le temps d'attente préalable à une coloscopie de suivi correspond à l'intervalle de temps qui sépare la déclaration d'un résultat de test fécal anormal et la réalisation de la coloscopie de suivi à l'intérieur de la période de mesure.

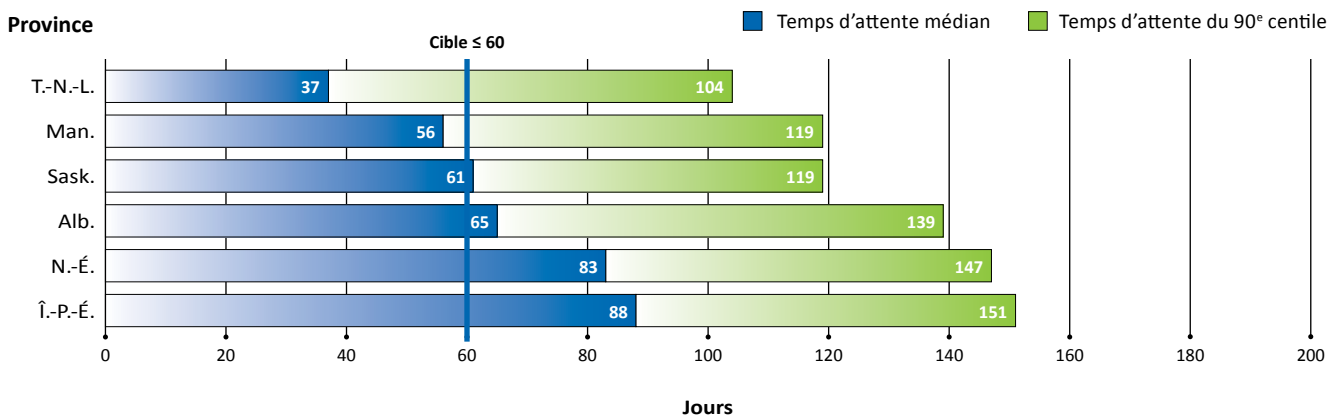
Cible : *≥ 90 % dans les 60 jours suivant la déclaration d'un résultat anormal*

Le temps d'attente préalable à une coloscopie de suivi fournit des renseignements sur l'efficacité du système d'orientation et l'accessibilité des examens diagnostiques. Le temps d'attente préalable à une coloscopie de suivi est exprimé comme la médiane et le 90^e centile du nombre de jours civils séparant la date de déclaration du résultat anormal au test fécal de la date de la coloscopie de suivi prévue dans les 180 jours. Les coloscopies effectuées plus de 180 jours après la déclaration d'un résultat anormal ne sont pas incluses. La date du test fécal anormal est la date à laquelle le laboratoire déclare le résultat de chaque test : s'il existe plus d'un test fécal anormal, on utilise la date du premier test.

Parmi les provinces ayant fourni des données pour les rapports de surveillance et d'évaluation du dépistage du cancer colorectal pour 2011–2012 et 2013–2014, le 90^e centile des temps d'attente préalables à une coloscopie de suivi a diminué dans certaines provinces, mais a augmenté dans d'autres. Parmi les personnes ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la déclaration d'un résultat de test fécal anormal en 2013–2014, les temps d'attente atteignaient la cible de 60 jours ou s'en approchaient pour la moitié des personnes (médiane) dans quatre provinces : Terre-Neuve-et-Labrador, Manitoba, Saskatchewan et Alberta. Toutefois, parmi les sept provinces ayant déclaré des résultats, aucune n'a atteint la cible et le temps d'attente du 90^e centile, ce qui indique que de nombreuses personnes ont dû attendre deux fois plus de temps que le nombre de jours recommandé avant de passer une coloscopie de suivi; le temps d'attente était compris entre 104 et 151 jours (figure 20). Pour toutes les provinces sauf une, les temps d'attente du 90^e centile étaient plus courts en 2013–2014 qu'en 2011–2012 (figure 21). Le temps d'attente médian préalable à une coloscopie de suivi est probablement influencé par le taux de participation aux coloscopies de suivi ou par le pourcentage de patients effectuant des coloscopies de suivi en moins de 180 jours (figure 18), qui variait de 61,9 % à 82,8 %.

FIGURE 20

Temps d'attente médian et du 90^e centile entre la déclaration d'un résultat de test fécal anormal et la coloscopie de suivi, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



Les temps d'attente pour une coloscopie de suivi sont calculés selon le nombre de personnes ayant effectué une coloscopie dans les 180 jours suivant la déclaration du résultat anormal au test fécal.

Alb. : la participation à une coloscopie de suivi est sous-estimée en raison du manque de données concernant les coloscopies. Il existe un délai entre la date de la coloscopie et la date de la déclaration du résultat. On a utilisé les sources suivantes pour recueillir des données sur les coloscopies : Système national d'information des soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les congés des patients (BDPC) et base de données de réclamations des médecins (données de facturation). Pour le SNISA et la BDPC, les délais de déclaration pouvaient être de six semaines ou plus. Les données de réclamation des médecins disponibles dans la base de données couvrent les interventions effectuées jusqu'au 31 mars 2015. La population ciblée pour le temps d'attente préalable à une coloscopie de suivi est différente de celle utilisée pour le numérateur relatif au taux de positivité, puisque les données concernaient les TFi seulement.

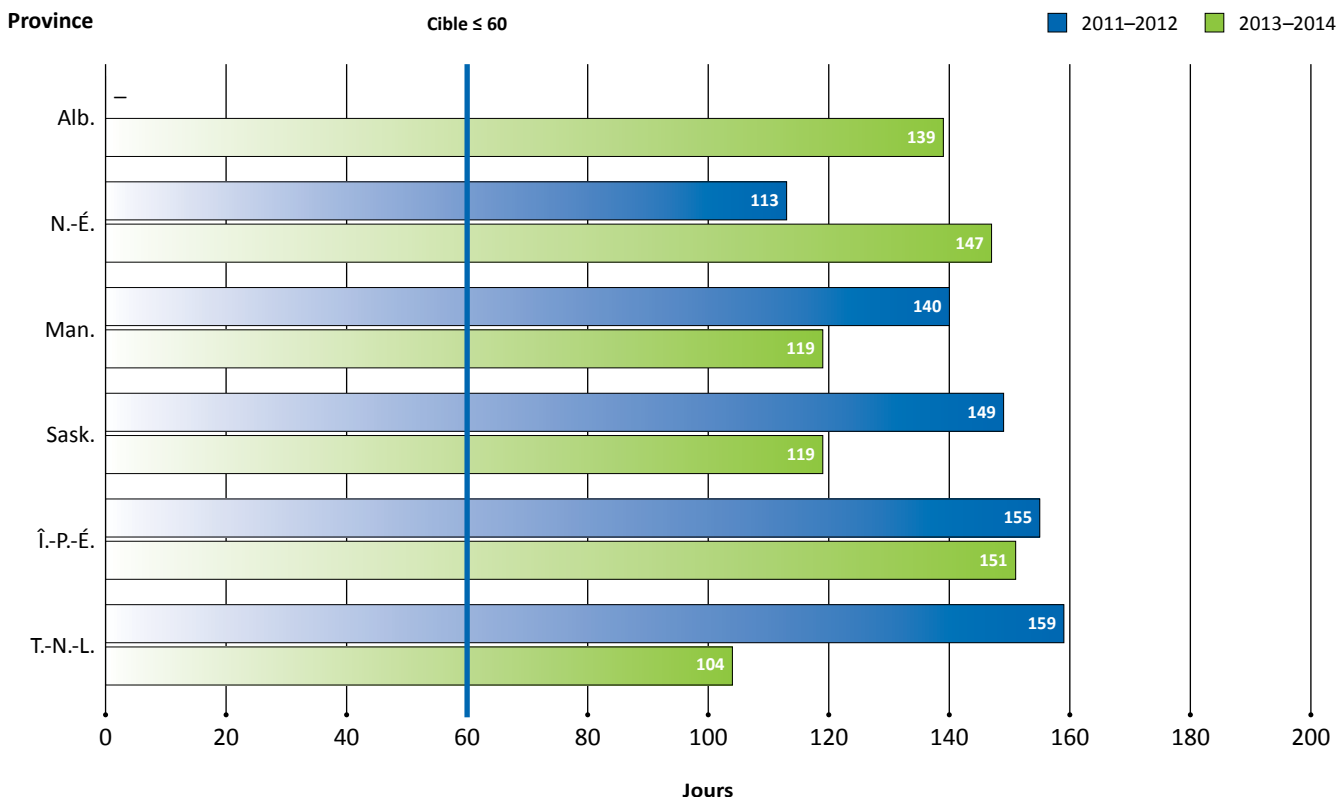
Man. : comprend les données concernant des personnes qui ont été orientées par ColonCheck et par des fournisseurs de soins primaires. Huit autres personnes ont reçu au moins une intervention de suivi (colonographie par tomographie, sigmoïdoscopie à sonde souple); 117 personnes n'ont pas subi de coloscopie, pour des raisons médicales, à cause du refus du patient ou d'autres raisons non contrôlées par ce programme de dépistage.

N.-É. : un changement dans la sensibilité du TFi utilisé et une hausse subséquente de résultats positifs ont conduit à une augmentation du nombre de coloscopies nécessaires. Cela a entraîné des temps d'attente plus longs que prévu. De plus, 10 % des participants au programme ont choisi d'effectuer leur suivi à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 21

Temps d'attente du 90^e centile entre la déclaration d'un résultat de test fécal anormal et la coloscopie de suivi, par province, années de dépistage 2011 à 2012 et 2013 à 2014



— : données non disponibles.

Les temps d'attente pour une coloscopie de suivi sont calculés selon le nombre de personnes ayant effectué une coloscopie dans les 180 jours suivant la déclaration du résultat anormal au test fécal.

Alb. : pour 2013–2014, la participation à une coloscopie de suivi est sous-estimée en raison du manque de données concernant les coloscopies. Il existe un délai entre la date de la coloscopie et la date de la déclaration du résultat. On a utilisé les sources suivantes pour recueillir des données sur les coloscopies : Système national d'information des soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les congés des patients (BDCP) et base de données de réclamations des médecins (données de facturation). Pour le SNISA et la BDCP, les délais de déclaration pouvaient être de six semaines ou plus. Les données de réclamation des médecins disponibles dans la base de données couvrent les interventions effectuées jusqu'au 31 mars 2015. La population ciblée pour le temps d'attente préalable à une coloscopie de suivi est différente de celle utilisée pour le numérateur relatif au taux de positivité, puisque les données concernaient les TFi seulement.

N.-É. : pour 2013–2014, un changement dans la sensibilité du TFi utilisé et une hausse subséquente de résultats positifs ont conduit à une augmentation du nombre de coloscopies nécessaires. Cela a entraîné des temps d'attente plus longs que prévu. De plus, 10 % des participants au programme ont choisi d'effectuer leur suivi à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Man. : comprend les données concernant des personnes qui ont été orientées par ColonCheck et par des fournisseurs de soins primaires. Pour 2013–2014, huit autres personnes ont fait l'objet d'au moins une intervention de suivi (colonographie par tomographie, sigmoïdoscopie à sonde souple); 117 personnes n'ont pas subi de coloscopie pour des raisons médicales, à cause du refus du patient ou pour d'autres raisons non contrôlées par ce programme de dépistage.

Sask. : les données de 2011–2012 concernent une seule région sanitaire.

Î.-P.-É. : les TFi ont été mis en œuvre au début de 2012. Les TFG ont été abandonnés en juin 2012.

T.-N.-L. : les données de 2011–2012 concernent les cinq derniers mois de la période de déclaration pour une seule région sanitaire.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Temps d'attente écoulé entre la coloscopie de suivi et l'obtention d'un diagnostic définitif

Le temps d'attente écoulé entre la coloscopie de suivi et l'obtention d'un diagnostic définitif correspond à la période de temps séparant la coloscopie de la confirmation du diagnostic pathologique définitif.

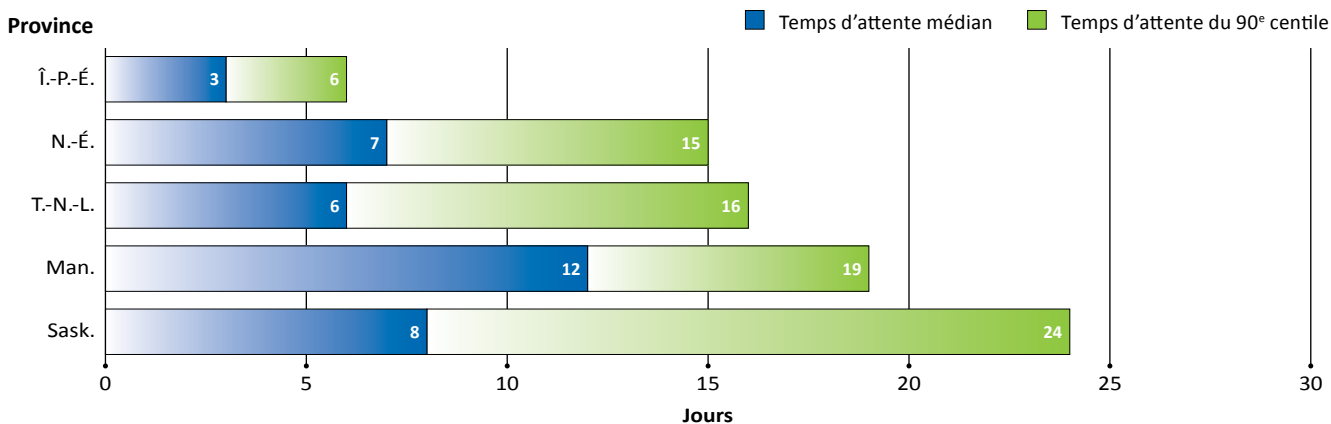
Cible : actuellement non déterminée

Bien qu'il n'existe aucune cible nationale pour cet indicateur, les lignes directrices européennes d'assurance de la qualité du dépistage et du diagnostic du cancer colorectal (2010) sous-entendent qu'un diagnostic devrait

pouvoir être établi dans les 15 jours suivant la coloscopie²⁶. Selon la province, certains patients attendent plus longtemps avant de recevoir un diagnostic après la coloscopie, et les temps d'attente du 90^e centile varient de six jours à l'Île-du-Prince-Édouard à 24 jours en Saskatchewan (figure 22). Toutefois, la cible mondiale recommandée de 15 jours a été atteinte, ou presque atteinte, pour 90 % des personnes de trois des cinq provinces ayant fourni des données, et elle a été atteinte pour la moitié des personnes (médiane) de ces cinq provinces.

FIGURE 22

Temps d'attente médian et du 90^e centile entre la coloscopie de suivi et le diagnostic pathologique définitif, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



Les temps d'attente entre la coloscopie de suivi et le diagnostic pathologique définitif sont calculés selon le nombre de personnes ayant effectué une coloscopie dans les 180 jours suivant la déclaration du résultat anormal du test fécal.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Valeur prédictive positive pour les adénomes

La VPP pour les adénomes est définie et mesurée de deux façons.

a) La VPP du test fécal pour les adénomes ciblés par le dépistage dans le cadre d'un programme :

- il s'agit du pourcentage de personnes chez qui on confirme le diagnostic d'adénome à la suite d'un résultat anormal au test fécal;
- une VPP élevée pour la présence d'un adénome en cas de résultat anormal au test fécal reflète une minimisation des effets néfastes du dépistage éprouvés par le sujet lorsque le diagnostic d'adénome n'est pas confirmé;
- les résultats sont présentés à la figure 23 pour tous les tests fécaux et à la figure 24 pour les premiers tests fécaux et les tests subséquents.

b) La VPP des tests fécaux pour les adénomes parmi les personnes qui ont effectué une coloscopie de suivi :

- il s'agit du pourcentage de personnes ayant effectué un test fécal avec résultat anormal puis une coloscopie de suivi dans les 180 jours et chez qui le diagnostic d'adénome a été confirmé;
- cette définition est davantage axée sur la probabilité qu'une coloscopie de suivi donne lieu à un diagnostic d'adénome, et peut être considérée comme un indicateur de la qualité technique de la coloscopie et de l'efficacité de la stratégie de dépistage²⁸;
- la figure 25 présente les résultats se rapportant à toutes les coloscopies de suivi effectuées dans les 180 jours suivant un test de dépistage avec résultat anormal; et la figure 26 présente les résultats concernant les coloscopies de suivi stratifiées par cycle de dépistage.

Cible : $\geq 50\%$ pour les TFi et $\geq 35\%$ pour les TFg

Remarque : la cible pour cet indicateur est actuellement à l'étude.

La valeur prédictive positive (VPP) est un indicateur de la validité prédictive d'un test de dépistage. Elle reflète la probabilité qu'un résultat positif soit associé à la présence de l'affection sous-jacente ciblée par le dépistage.

La valeur prédictive positive pour les adénomes (VPP – adénome) a été choisie pour la déclaration comme indicateur approximatif de la maladie ciblée, le cancer colorectal. Bien que moins de 10 % des adénomes progressent vers un cancer colorectal, près de 95 % des cancers colorectaux se forment à partir d'adénomes, et les personnes ayant des antécédents d'adénome présentent un risque plus élevé de cancer colorectal²⁷. La détection et l'excision des adénomes peut permettre de prévenir la progression vers un cancer colorectal.

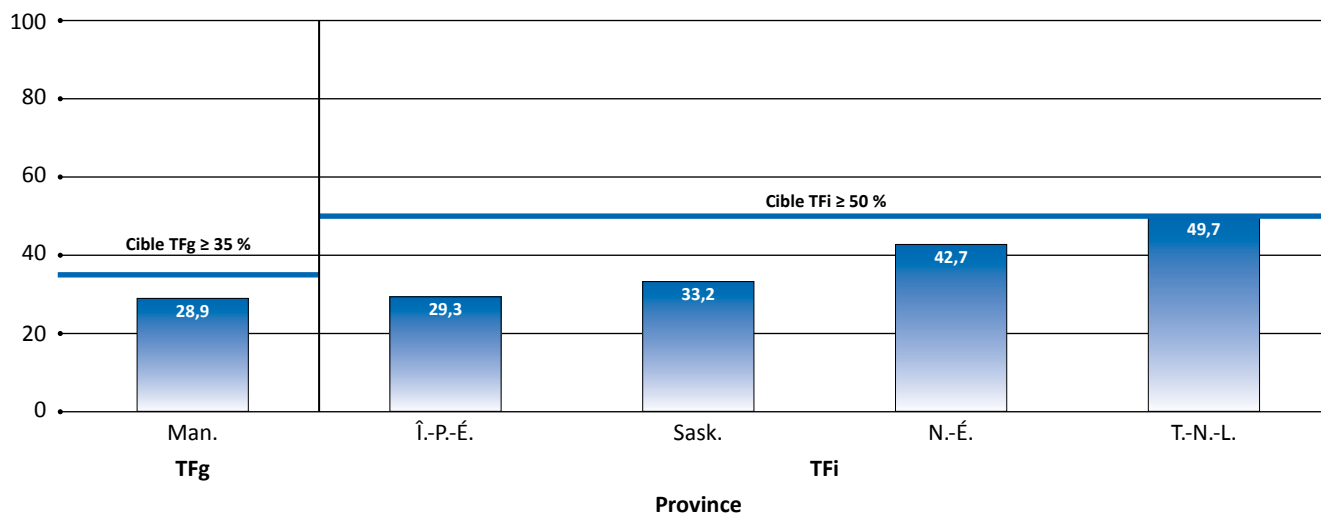
La VPP pour les adénomes dépend de la sensibilité du test de dépistage, du taux de positivité, du seuil de positivité du test fécal, de la qualité de la coloscopie, du respect des mesures de suivi et de la prévalence sous-jacente de la maladie dans la population faisant l'objet du dépistage. La VPP des tests fécaux effectués dans le cadre d'un programme pour détecter des adénomes et la VPP des tests fécaux effectués pour détecter des adénomes chez des sujets ayant terminé leur suivi affichent des variations significatives entre les provinces.

Quatre des cinq provinces ayant fourni des données pour cet indicateur ont atteint la cible de la VPP pour les adénomes, calculée pour la VPP des coloscopies de suivi (figure 25). Il semblerait que lors de la première instance de déclaration des résultats par cycle de dépistage, les VPP soient très semblables entre les premiers dépistages et les dépistages subséquents ou légèrement plus élevées lors des premiers tests fécaux. La surveillance au fil du temps permettra de confirmer la tendance entre les cycles de dépistage.

FIGURE 23

Valeur prédictive positive d'un test fécal pour la détection d'adénomes, par province, sexes combinés, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Pourcentage (%)



	Man.	Î.-P.-É.	Sask.	N.-É.	T.-N.-L.
Nombre de personnes ayant reçu un résultat anormal au test fécal (dénominateur pour les figures 23 et 24)	1 596	1 236	11 603	5 823	734
Nombre de personnes présentant au moins un adénome	461	362	3 855	2 487	365

TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

Les données relatives au nombre de personnes atteintes d'adénome(s) ont été dérivées du nombre total de personnes atteintes de néoplasie (adénome, adénome de stade avancé, cancer colorectal infiltrant, néoplasie, néoplasie de stade avancé), auquel on a soustrait le nombre total de personnes atteintes de cancer colorectal infiltrant. Le numérateur de la VPP pour les adénomes fait référence aux personnes chez qui la présence d'au moins un adénome a été confirmée par la pathologie lors de la coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant le test fécal avec résultat anormal. La valeur prédictive positive du test fécal est sous-estimée à cause du manque de données sur la coloscopie. Les données sur la coloscopie n'ont pas toutes été extraites pour cette période de mesure.

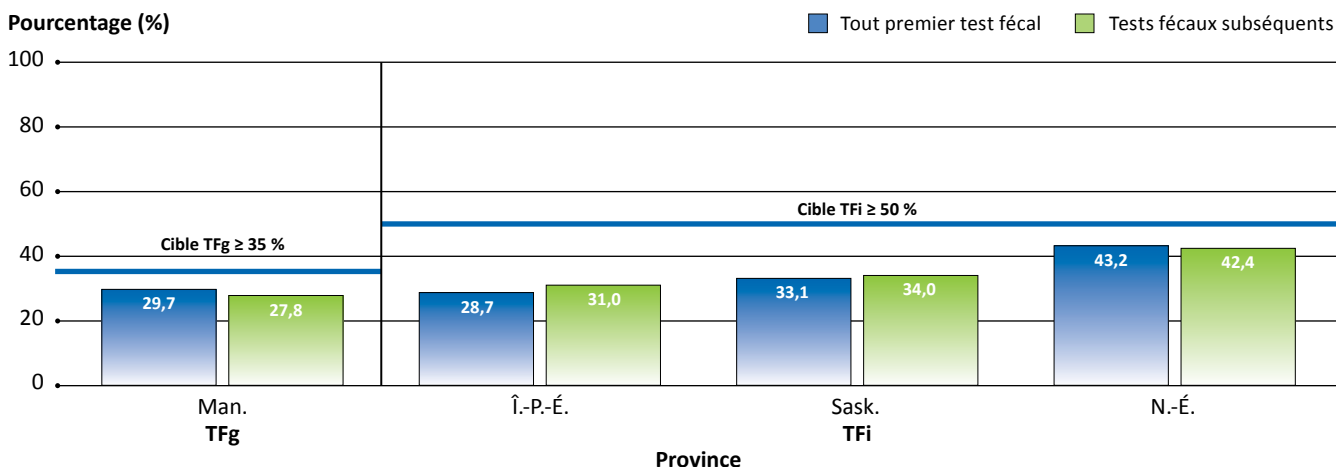
N.-É. : 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

La valeur prédictive positive du test fécal est sous-estimée à cause du manque de données sur la coloscopie. Les données sur la coloscopie n'ont pas toutes été extraites pour cette période de mesure.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 24

Valeur prédictive positive d'un test fécal pour la détection d'adénomes, par province et par cycle de dépistage, sexes combinés, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



TFg = test fécal au gâïac; TFi = test fécal immunochimique.

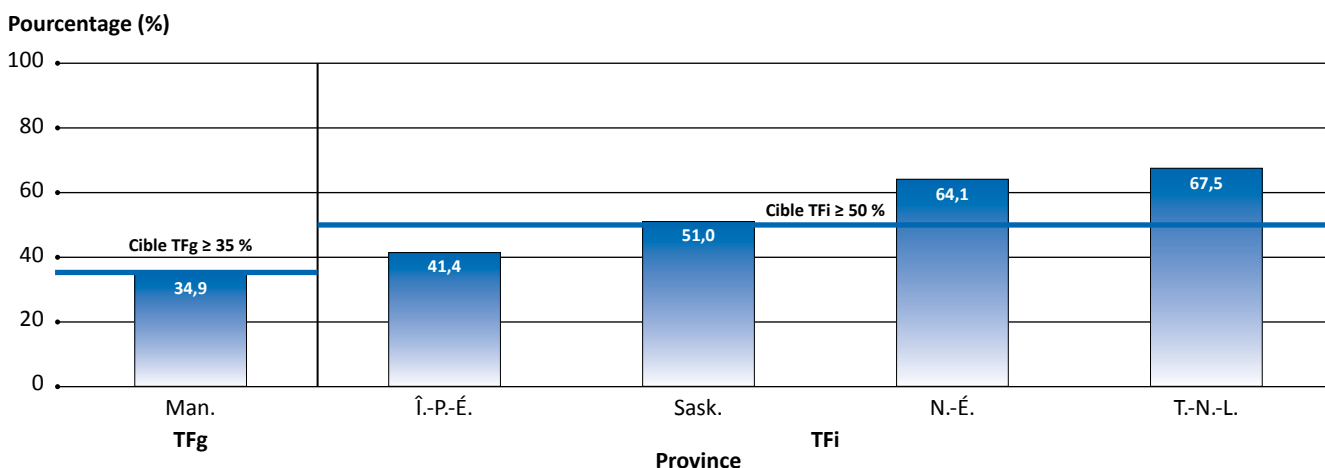
Les données relatives au nombre de personnes atteintes d'adénome(s) ont été dérivées du nombre total de personnes atteintes de néoplasie (adénome, adénome de stade avancé, cancer colorectal infiltrant, néoplasie, néoplasie de stade avancé), auquel on a soustrait le nombre total de personnes atteintes de cancer colorectal infiltrant. Le numérateur de la VPP pour les adénomes fait référence aux personnes chez qui la présence d'au moins un adénome a été confirmée par la pathologie lors de la coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant le test fécal avec résultat anormal.

N.-É. : 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Sources des données : organismes et programmes de dépistage du cancer colorectal des provinces et des territoires.

FIGURE 25

Valeur prédictive positive de la coloscopie de suivi pour la détection d'adénomes, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



TFg = test fécal au gâïac; TFi = test fécal immunochimique.

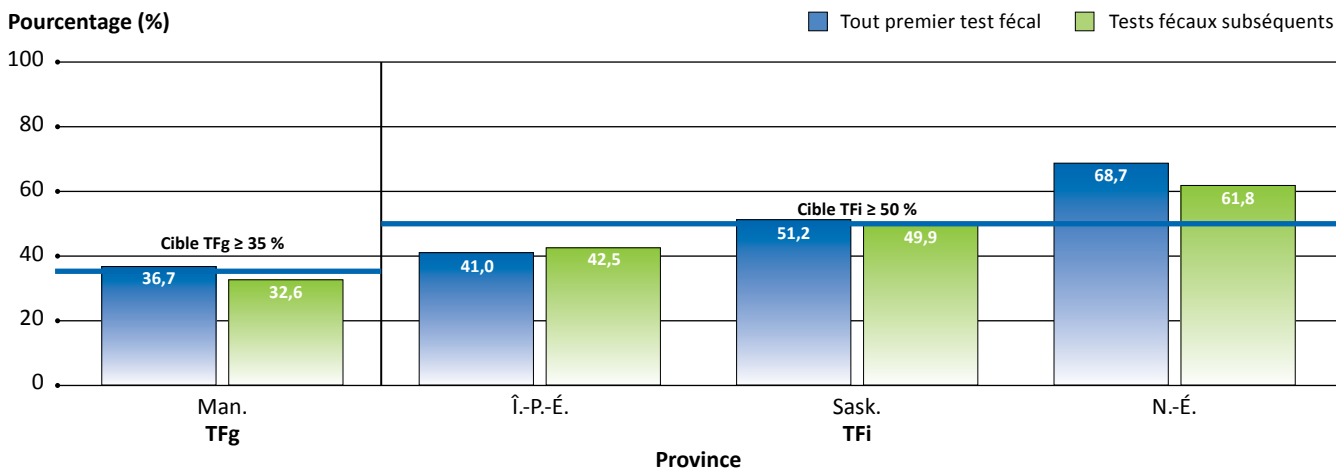
Les données relatives au nombre de personnes atteintes d'adénome(s) ont été dérivées du nombre total de personnes atteintes de néoplasie (adénome, adénome de stade avancé, cancer colorectal infiltrant, néoplasie, néoplasie de stade avancé), auquel on a soustrait le nombre total de personnes atteintes de cancer colorectal infiltrant. Le numérateur de la VPP pour les adénomes fait référence aux personnes chez qui la présence d'au moins un adénome a été confirmée par la pathologie lors de la coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant le test fécal avec résultat anormal.

N.-É. : 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 26

Valeur prédictive positive de la coloscopie de suivi pour la détection d'adénomes, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

Les données relatives au nombre de personnes atteintes d'adénome(s) ont été dérivées du nombre total de personnes atteintes de néoplasie (adénome, adénome de stade avancé, cancer colorectal infiltrant, néoplasie, néoplasie de stade avancé), auquel on a soustrait le nombre total de personnes atteintes de cancer colorectal infiltrant. Le numérateur de la VPP pour les adénomes fait référence aux personnes chez qui la présence d'au moins un adénome a été confirmée par la pathologie lors de la coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant le test fécal avec résultat anormal.

N.-É. : 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Taux de détection d'adénomes par les programmes

Le taux de détection d'adénomes par un programme correspond au nombre de personnes sur 1 000 participants à un dépistage qui sont atteintes d'au moins un adénome confirmé par la pathologie lors d'une coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant un test fécal dont le résultat est anormal.

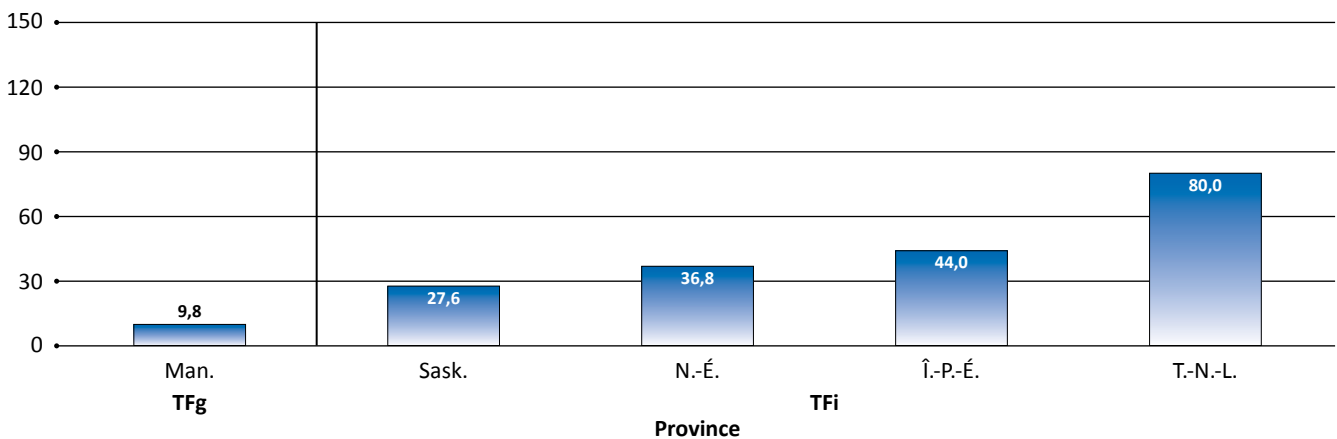
Cible : actuellement non déterminée

Cet indicateur reflète la qualité technique de la coloscopie et l'efficacité de la stratégie globale du programme de dépistage²⁸. Les taux de détection d'adénomes étaient très différents entre les provinces, s'étendant de 9,8 à 80 cas pour 1 000 personnes dépistées à l'aide d'un test fécal (figure 27). Conformément à la documentation, le taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes et, dans une moindre mesure, lors des premiers dépistages comparativement aux dépistages subséquents (figures 28 et 29)^{21,24}.

FIGURE 27

Taux de détection d'adénomes par les programmes, par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Pour 1 000 personnes dépistées



TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

Les données relatives au nombre de personnes atteintes d'adénome(s) ont été dérivées du nombre total de personnes atteintes de néoplasie (adénome, adénome de stade avancé, cancer colorectal infiltrant, néoplasie, néoplasie de stade avancé), auquel on a soustrait le nombre total de personnes atteintes de cancer colorectal infiltrant.

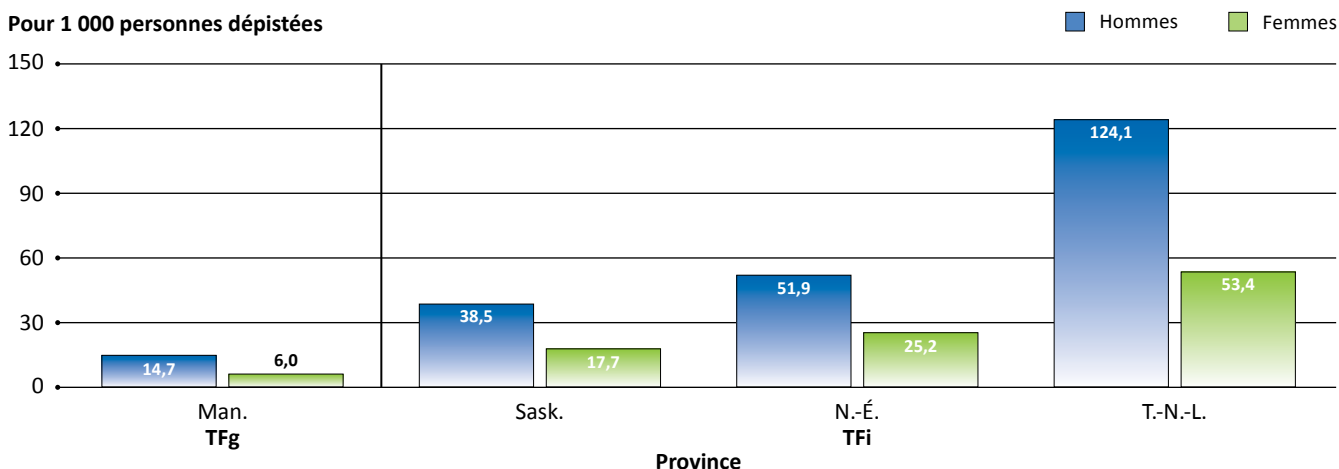
N.-É. : 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 28

Taux de détection d'adénomes par les programmes, par province et par sexe, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Pour 1 000 personnes dépistées



TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

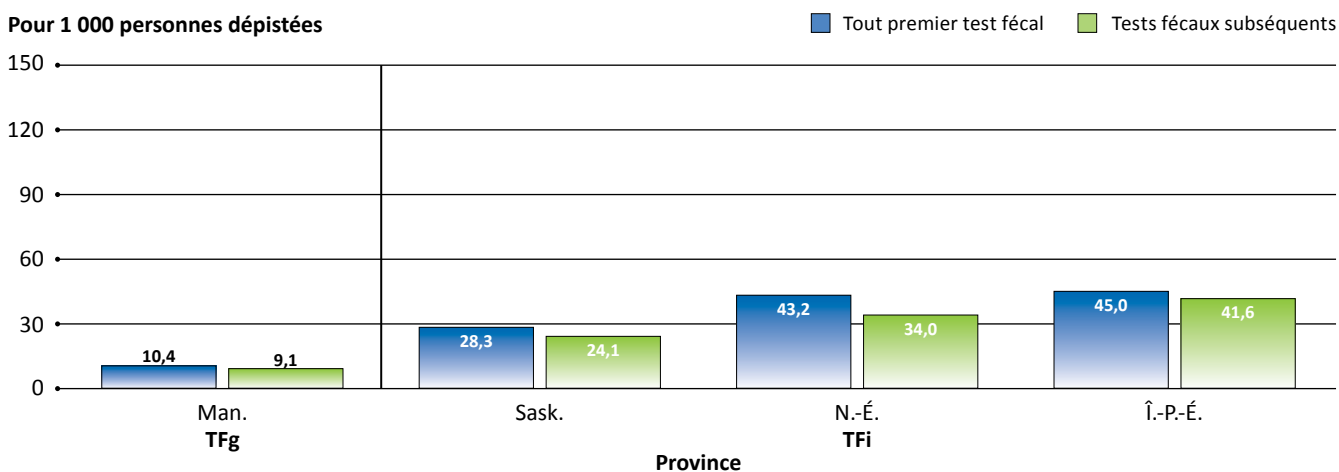
Les données relatives au nombre de personnes atteintes d'adénome(s) ont été dérivées du nombre total de personnes atteintes de néoplasie (adénome, adénome de stade avancé, cancer colorectal infiltrant, néoplasie, néoplasie de stade avancé), auquel on a soustrait le nombre total de personnes atteintes de cancer colorectal infiltrant. N.-É. : 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 29

Taux de détection d'adénomes par les programmes, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Pour 1 000 personnes dépistées



TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

Les données relatives au nombre de personnes atteintes d'adénome(s) ont été dérivées du nombre total de personnes atteintes de néoplasie (adénome, adénome de stade avancé, cancer colorectal infiltrant, néoplasie, néoplasie de stade avancé), auquel on a soustrait le nombre total de personnes atteintes de cancer colorectal infiltrant. T.-N.-L. : n'a pas fourni de données par cycle de dépistage.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Taux de détection du cancer colorectal infiltrant par les programmes

Le taux de détection du cancer colorectal infiltrant par un programme correspond au nombre de personnes sur 1 000 participants à un dépistage qui sont atteintes de cancer colorectal infiltrant confirmé par la pathologie lors d'une coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant un test fécal dont le résultat est anormal.

Cible : ≥ 2 cas de cancer colorectal pour 1 000 personnes dépistées

La mesure du taux de détection du cancer au niveau d'un programme de dépistage peut aider à évaluer l'efficacité du programme au fil du temps. Les taux de détection dépendent de nombreux facteurs, comme la sensibilité des tests de dépistage et la capacité de fournir des interventions de suivi opportunes et de qualité à toutes les personnes qui présentent un résultat anormal au dépistage.

En 2013–2014, le taux de détection du cancer colorectal variait grandement entre les provinces, s'étendant de 1 cas pour 1 000 personnes dépistées au Manitoba à 7,7 cas pour 1 000 personnes dépistées à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 30). Le type, la marque et le seuil de positivité du test fécal, l'étape du programme de dépistage et la prévalence du cancer colorectal dans certaines provinces sont des facteurs à prendre en compte lors de l'interprétation des résultats de cet indicateur (voir la figure 1). Les résultats de cet indicateur doivent aussi être corrélés aux taux de détection d'adénomes du programme (tableau 2) et à la distribution des stades des cancers détectés par le dépistage (figures 33 et 34).

La cible de deux cancers colorectaux ou plus détectés pour 1 000 personnes a été atteinte dans quatre des six provinces ayant fourni des données pour cet indicateur. Les taux de détection du cancer colorectal sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes et lors des premiers dépistages par rapport aux dépistages subséquents (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, où les taux sont fondés sur de petits nombres, et de l'Alberta, qui a effectué la transition des TFg aux TFi au cours de la période de déclaration) (figures 30 et 31).

Le tableau 2 présente la valeur prédictive positive et les taux de positivité, de respect des mesures de suivi et de détection d'adénomes et du cancer colorectal infiltrant pour les provinces pour lesquelles ces données étaient disponibles en 2013–2014. La VPP est influencée par le taux de positivité, le taux de détection du cancer, la mise en place d'un suivi et la prévalence de la maladie. Lorsqu'un taux de positivité élevé est causé par un nombre élevé de résultats faux positifs aux tests fécaux, la VPP pour les adénomes sera plus faible. Lorsqu'un taux de positivité faible est causé par un nombre élevé de résultats faux négatifs aux tests fécaux, le taux de détection d'adénomes sera plus faible. La VPP pour les adénomes est plus faible et moins variable entre les provinces lorsqu'elle est calculée par rapport à l'ensemble des résultats anormaux aux tests fécaux (de 28,9 % à 49,7 %, figure 23) que lorsqu'elle est calculée par rapport aux personnes obtenant des résultats anormaux aux tests fécaux et qui ont aussi effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la communication du résultat (de 34,9 % à 67,5 %, figure 25). La première option comprend dans le dénominateur les participants qui, malgré un test fécal dont le résultat était anormal, n'ont pas effectué de coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la communication du résultat, ce qui dépend, en partie, de la disponibilité des ressources affectées aux coloscopies par les provinces et les territoires.

La relation entre ces indicateurs dépend aussi de facteurs comme la prévalence du cancer colorectal, la qualité de la coloscopie, ainsi que la marque et le seuil de positivité du test fécal. De plus, lors de l'examen des taux de détection du cancer, toutes les différences observées à l'échelle du pays pourraient ne pas être significatives du point de vue statistique en raison du nombre relativement faible de cas enregistrés dans certaines provinces. Par conséquent, même si la prise en compte de ces indicateurs peut fournir plus de renseignements contextuels sur l'efficacité du dépistage, il n'est pas toujours possible de réaliser une comparaison rigoureuse entre les provinces.

TABLEAU 2

Relations entre les principaux indicateurs du dépistage du cancer colorectal, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Province	Type de test	Taux de positivité (%)	Taux de participation à une coloscopie de suivi (%)	VPP pour les adénomes		Taux de détection d'adénomes par le programme	Taux de détection du cancer colorectal infiltrant par le programme
				Coloscopie (%)	Test fécal (%)	Pour 1 000 personnes dépistées	Pour 1 000 personnes dépistées
Man.	TFg	3,4	82,8	34,9	28,9	9,8	1,0
Ont.	TFg	4,0	77,1	—	—	—	1,4
Sask.	TFi	8,3	65,1	51,0	33,2	27,6	2,3
N.-É.	TFi	8,6	66,6	64,1	42,7	36,8	1,4
Alb.	TFi	9,7	62,9	—	—	—	2,0
Î.-P.-É.	TFi	15,0	70,7	41,4	29,3	44,0	5,1
T.-N.-L.	TFi	16,1	73,7	67,5	49,7	80,0	7,7

VPP = valeur prédictive positive; TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

Les données relatives au nombre de personnes atteintes d'adénome(s) ont été dérivées du nombre total de personnes atteintes de néoplasie (adénome, adénome de stade avancé, cancer colorectal infiltrant, néoplasie, néoplasie de stade avancé), auquel on a soustrait le nombre total de personnes atteintes de cancer colorectal infiltrant.

— : données non disponibles.

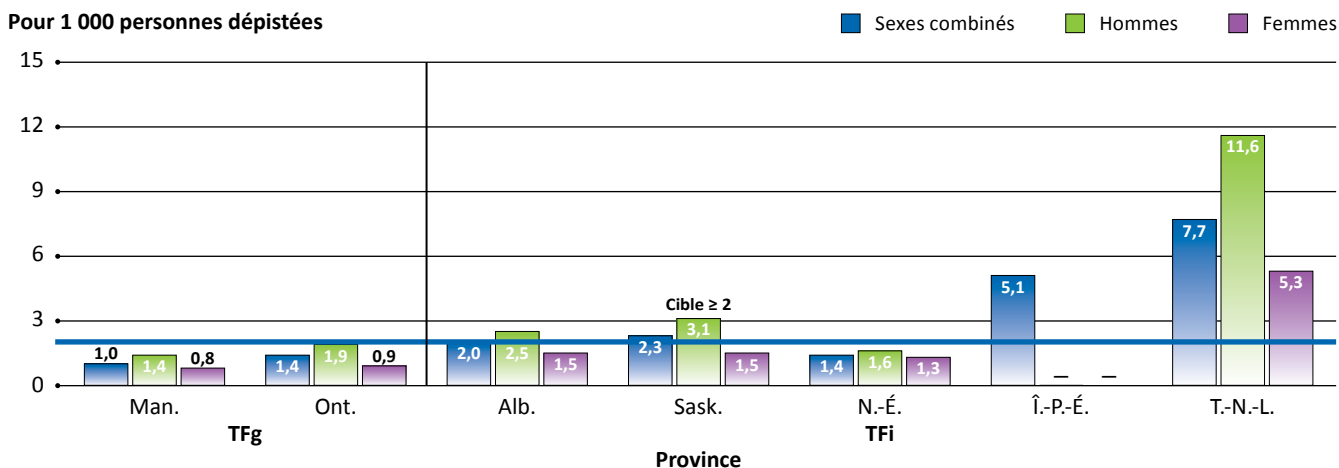
Ont. : les données portent sur 2014 seulement pour les taux de positivité et de coloscopies de suivi. Les données portent sur 2013 seulement pour les taux de détection du cancer colorectal dans le cadre des programmes.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 30

Taux de détection du cancer colorectal infiltrant par les programmes, par province et par sexe, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Pour 1 000 personnes dépistées



TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

— : données non disponibles.

Le taux de détection du cancer colorectal infiltrant du programme ne comprend pas le cancer de l'appendice.

Man. : le numérateur comprend huit personnes atteintes de cancer colorectal confirmé par d'autres méthodes de pathologie utilisées dans les 180 jours suivant l'obtention d'un résultat anormal au test fécal.

N.-É. : l'enregistrement des cas de cancer était complet au 31 décembre 2013 (inclut aussi tous les cas disponibles de 2014). Toutefois, si on cible un délai de 180 jours entre la date du TFi et celle du diagnostic, l'établissement du diagnostic après un TFi adéquat effectué avant le 31 décembre 2014 devrait advenir au plus tard le 30 juin 2015. Cet indicateur ne permet donc pas d'effectuer un suivi sur un laps de temps adéquat. Selon les projections, on atteindrait 2 cas pour 1 000 TFi adéquats. Par ailleurs, 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

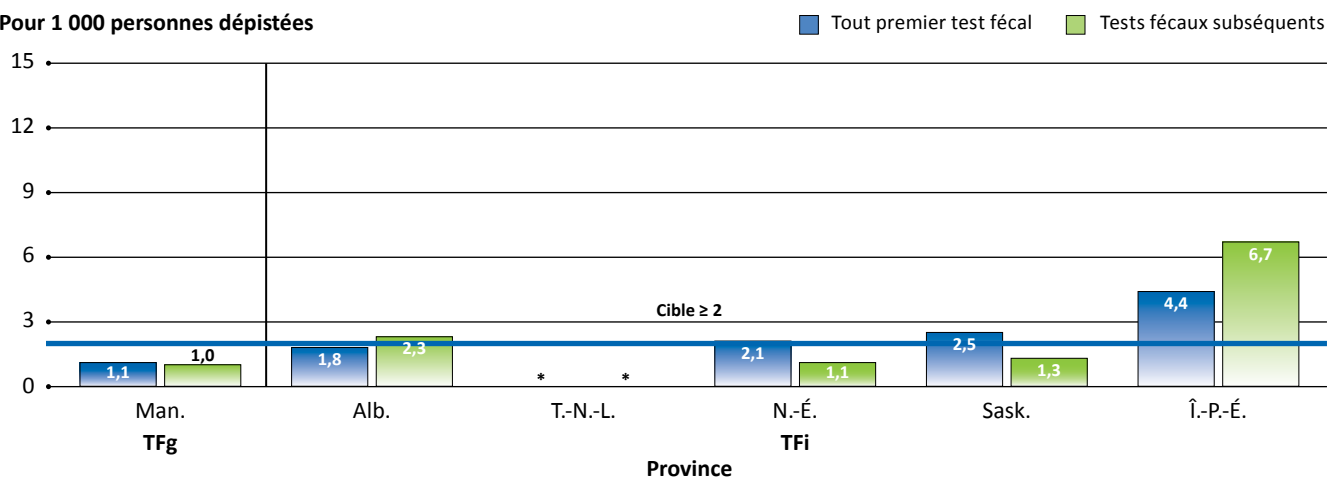
Ont. : données de 2013 seulement.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 31

Taux de détection du cancer colorectal infiltrant par les programmes, par province et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées

Pour 1 000 personnes dépistées



TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique.

* Supprimé en raison des chiffres peu élevés.

Le taux de détection du cancer colorectal infiltrant du programme ne comprend pas le cancer de l'appendice.

Man. : le numérateur comprend huit personnes atteintes de cancer colorectal confirmé par d'autres méthodes de pathologie utilisées dans les 180 jours suivant le résultat anormal d'un test fécal.

Alb. : la province a remplacé le TFg par le TFi comme test de dépistage principal en novembre 2013.

N.-É. : l'enregistrement des cas de cancer était complet au 31 décembre 2013 (inclut aussi tous les cas disponibles de 2014). Toutefois, si on cible un délai de 180 jours entre la date du TFi et celle du diagnostic, l'établissement du diagnostic après un TFi adéquat effectué avant le 31 décembre 2014 devrait advenir au plus tard le 30 juin 2015. Cet indicateur ne permet donc pas d'effectuer un suivi sur un laps de temps adéquat. Selon les projections, on atteindrait 2 cas pour 1 000 TFi adéquats. Par ailleurs, 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Î.-P.-É. : le taux le plus important de détection de cancer colorectal infiltrant au cours de dépistages subséquents par rapport à un premier dépistage peut être attribué au faible nombre de personnes qui ont subi un dépistage subséquent.

Répartition des stades de cancer colorectal infiltrant

La répartition des stades de cancer colorectal infiltrant correspond à la distribution des cancers colorectaux infiltrants détectés lors d'un dépistage selon le stade de la tumeur, des ganglions lymphatiques et des métastases (classification TNM).

Cible : sans objet

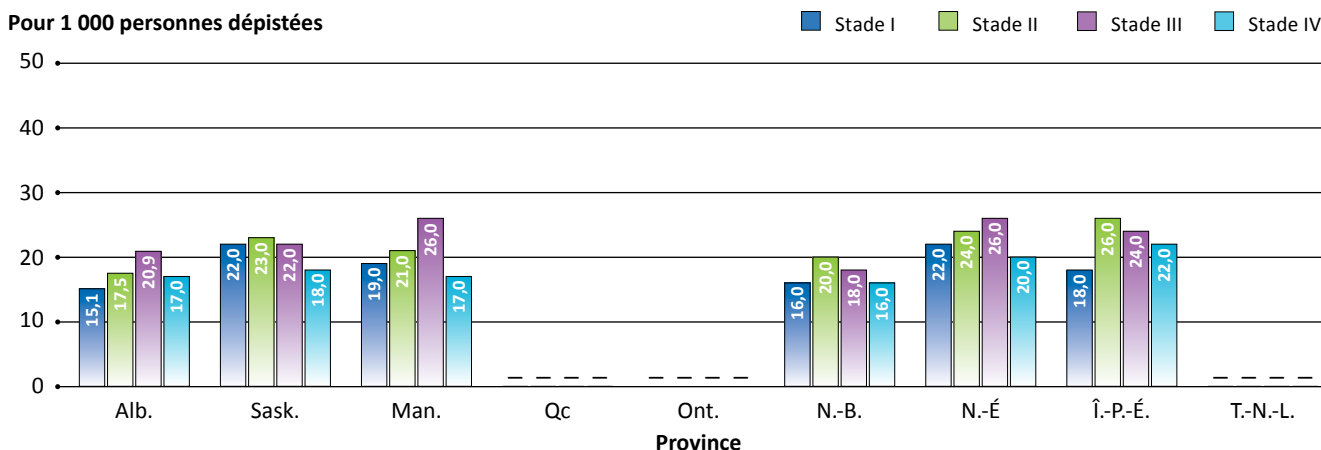
Le dépistage du cancer colorectal vise à détecter le cancer à un stade précoce, ce qui permet un traitement ayant de meilleures chances de succès, qui entraîne donc une réduction des décès causés par ce cancer. La figure 32 présente les taux d'incidence normalisés selon l'âge au cours des années de diagnostic 2011 à 2013 combinées, par province.

La figure 33 montre que la distribution des cancers colorectaux infiltrants de stades I et II combinés varie de 53,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 76,8 % en Nouvelle-Écosse. La figure 34 montre que les dépistages subséquents ont détecté un pourcentage plus faible de cancers colorectaux infiltrants de stades III et IV que les premiers dépistages, ce qui était prévu.

Même s'il est peut-être encore trop tôt pour observer des effets mesurables du dépistage du cancer colorectal au Canada selon le stade au moment du diagnostic, l'incidence des cas de cancer dont le diagnostic est effectué à des stades plus avancés (stades III et IV) dans la population générale devrait diminuer au fur et à mesure que les programmes de dépistage sont de plus en plus adoptés.

FIGURE 32

Taux d'incidence du cancer colorectal, par stade au moment du diagnostic et par province, années de diagnostic 2011 à 2013 combinées



— : données non disponibles.

Les taux d'incidence ont été normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011.

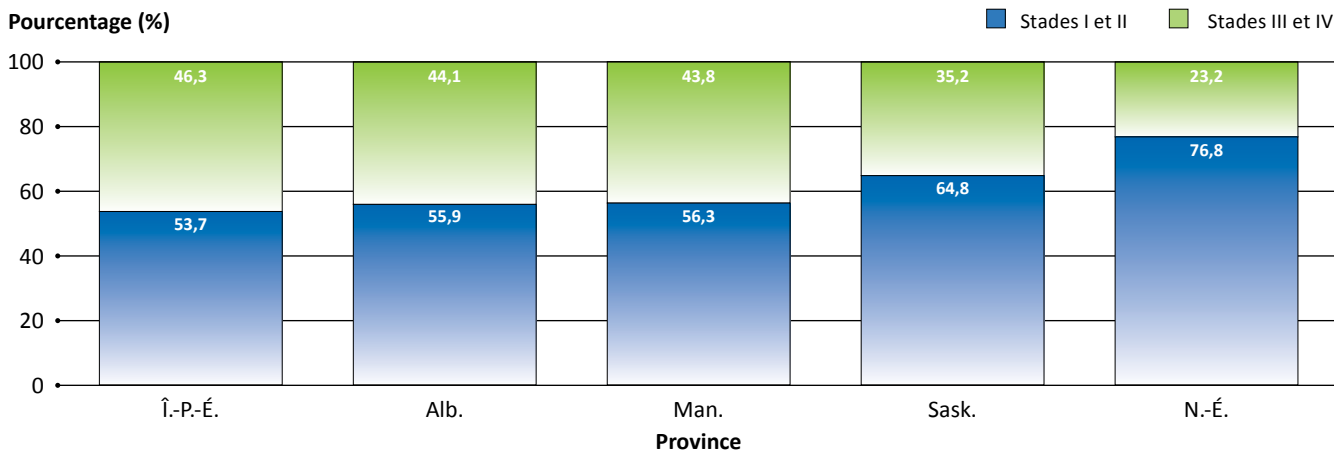
Les territoires ont été exclus en raison des chiffres peu élevés.

Les taux d'incidence ne comprennent pas le cancer de l'appendice.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 33

Répartition des cas de cancer colorectal infiltrant dépistés par coloscopie de suivi après la déclaration d'un résultat de test fécal anormal, par stade et par province, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



Province	Nombre total de cas	Stade I ou II	Pourcentage (%)	Stade III ou IV	Pourcentage (%)
Î.-P.-É.	41	22	53,7	19	46,3
Alb.	701	392	55,9	309	44,1
Man.	48	27	56,3	21	43,8
Sask.	267	173	64,8	94	35,2
N.-É.	95	73	76,8	22	23,2

Les stades I et II ainsi que les stades III et IV ont été combinés en raison des chiffres peu élevés.

La répartition des stades du cancer colorectal est calculée parmi les personnes ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la déclaration d'un résultat de test fécal anormal.

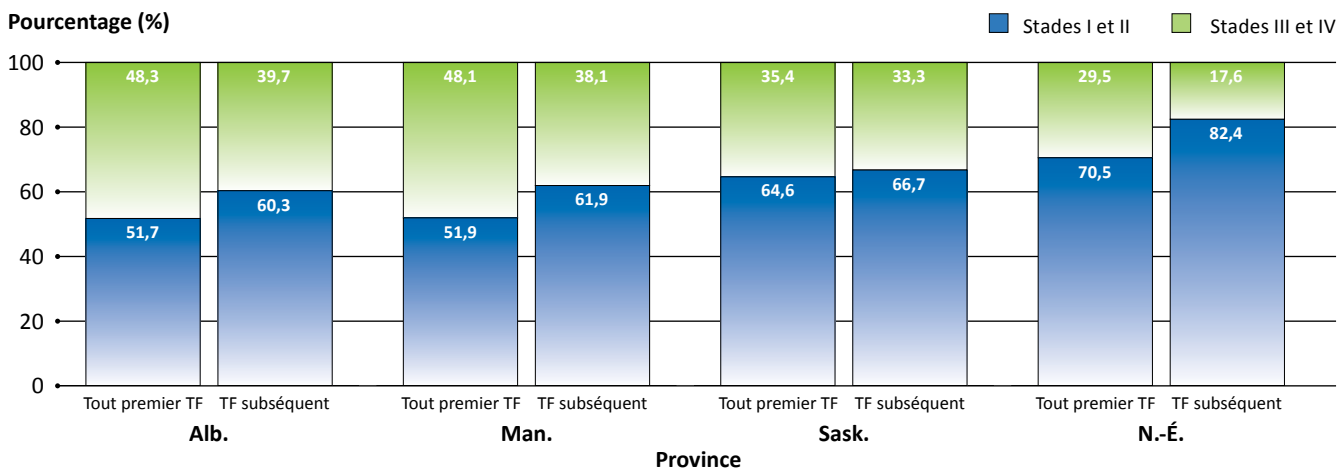
Alb. : a utilisé les 6^e et 7^e versions de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer) pour établir la classification des stades des cas de cancer colorectal.

N.-É. : 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

FIGURE 34

Répartition des cas de cancer colorectal dépistés par coloscopie de suivi après la déclaration d'un résultat de test fécal anormal, par stade et par cycle de dépistage, années de dépistage 2013 et 2014 combinées



Province	Cycle de dépistage	Nombre total de cas	Stade I ou II		Stade III ou IV	
			Cas	Pourcentage (%)	Cas	Pourcentage (%)
Alb.	Tout premier TF	356	184	51,7	172	48,3
	TF subséquent	345	208	60,3	137	39,7
Man.	Tout premier TF	27	14	51,9	13	48,1
	TF subséquent	21	13	61,9	8	38,1
Sask.	Tout premier TF	240	155	64,6	85	35,4
	TF subséquent	27	18	66,7	9	33,3
N.-É.	Tout premier TF	44	31	70,5	13	29,5
	TF subséquent	51	42	82,4	9	17,6

TF = test fécal.

Les stades I et II ainsi que les stades III et IV ont été combinés en raison des chiffres peu élevés.

La répartition des stades du cancer colorectal est calculée chez les personnes qui ont effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la déclaration d'un résultat de test fécal anormal.

Alb. : a utilisé les 6^e et 7^e versions de l'AJCC pour établir la classification des stades des cas de cancer colorectal.

N.-É. : 10 % des participants ayant reçu un résultat anormal au test fécal et à qui on a recommandé une coloscopie de suivi l'ont effectuée à l'extérieur du cadre du programme. On ne dispose d'aucune donnée concernant ces personnes.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Cancer colorectal d'intervalle

Le cancer colorectal d'intervalle correspond au nombre de personnes sur 1 000 personnes dépistées pour lesquelles l'épisode de dépistage du cancer colorectal était négatif (c.-à-d., résultat de test fécal négatif ou résultat de test fécal positif suivi d'une coloscopie avec résultat négatif) et chez qui on a ensuite diagnostiqué un cancer colorectal avant la date du dépistage suivant.

Cible : actuellement non déterminée

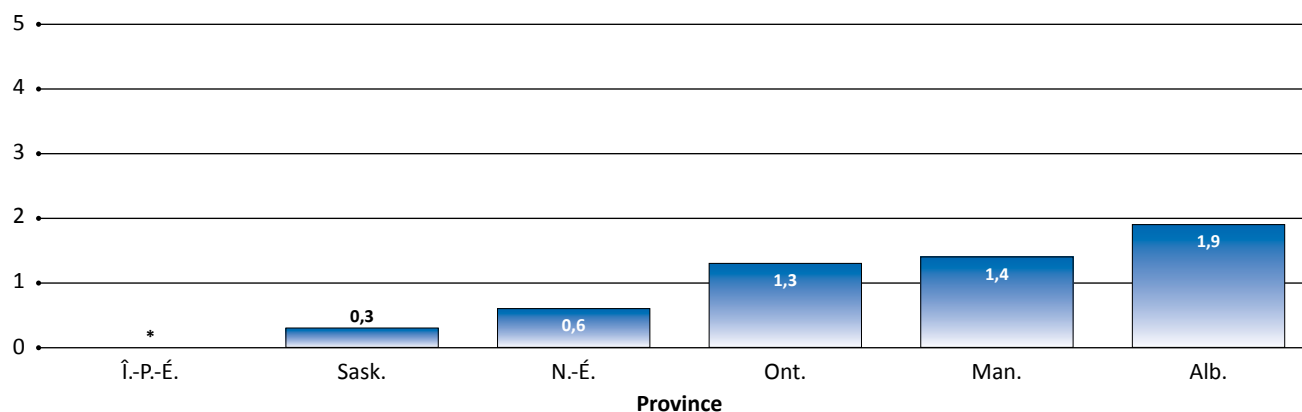
La surveillance des cancers d'intervalle est une composante essentielle de l'évaluation des programmes de dépistage du cancer colorectal parce qu'elle fournit un mécanisme d'évaluation des effets probables des programmes de

dépistage sur la mortalité due au cancer colorectal dans la population cible²⁹. Cinq raisons possibles ont été avancées pour expliquer certains des cancers d'intervalle : un résultat faux négatif au test fécal, la présence de polype(s) ou d'un cancer colorectal non dépisté par endoscopie, une résection incomplète des polypes, la progression rapide de nouveaux polypes et l'échec de la biopsie à établir le diagnostic de cancer colorectal³⁰. Le nombre de provinces ayant déclaré des données sur les cancers colorectaux d'intervalle est plus élevé dans ce rapport que dans le rapport de 2011–2012 sur le dépistage du cancer colorectal. Les taux de cancers d'intervalle variaient de 0,3 à 1,9 cas pour 1 000 personnes dépistées en 2011–2012 (figure 35).

FIGURE 35

Taux de cancer colorectal d'intervalle, par province, années de dépistage 2011 et 2012 combinées

Pour 1 000 personnes dépistées



* Supprimé en raison des chiffres peu élevés.

Ont. : données de 2012 seulement.

Alb. : la province a remplacé le test fécal au gaïac (TFg) par le test fécal immunochimique (TFi) comme test de dépistage principal du cancer colorectal en novembre 2013. Le taux de cancer d'intervalle pour 1 000 personnes dépistées a été calculé à partir des données sur les TFg. Les cas de cancer d'intervalle ne comprennent pas les cancers détectés par le dépistage au cours des années 2013–2014. Par exemple : une personne a effectué un TFg avec résultat négatif le 17 mai 2012, puis un TFi avec résultat positif le 6 février 2014, suivi d'une coloscopie le 17 avril 2014 ayant confirmé un diagnostic de cancer. Selon l'indicateur du taux de détection du cancer colorectal infiltrant du programme, ce cas est défini comme un cancer détecté par le dépistage. Toutefois, selon la définition de l'indicateur des cancers d'intervalle, il correspond aussi à la définition d'un cancer d'intervalle. Les cas semblables de cancer n'ont pas tous été considérés comme des cancers d'intervalle.

Sources des données : organismes et programmes de lutte contre le cancer des provinces et des territoires.

Orientations futures

Ce rapport révèle qu'il existe encore des variations importantes entre les provinces en ce qui concerne la mise en œuvre des programmes de dépistage, ainsi que l'adoption et l'atteinte des cibles des indicateurs de la qualité. Plus de provinces ont été capables de fournir des données sur le dépistage du cancer colorectal au Canada dans le cadre de programmes aux fins de ce rapport, comparativement au rapport de 2011–2012 sur la surveillance et l'évaluation du dépistage du cancer colorectal.

Ce rapport diffère du précédent dans le sens où il a comparé les résultats des indicateurs relatifs aux participants à un premier dépistage et aux personnes effectuant des dépistages subséquents. Les deux groupes diffèrent dans le nombre de cancers et d'adénomes sous-jacents existants au moment du dépistage. Les participants à un premier dépistage ont tendance à présenter un plus grand nombre de pathologies sous-jacentes ayant évolué au fil des ans et n'ayant jamais été détectées. On s'attendrait donc à ce que les taux de positivité et de détection d'adénomes et de cancers soient plus élevés dans ce groupe que parmi les participants effectuant un dépistage subséquent³¹⁻³³.

Les données montrent toutefois que les effets sont faibles sur ce premier stade d'analyse des deux groupes. Il se peut qu'au fur et à mesure qu'on accumule des données sur les personnes faisant l'objet de dépistages réguliers, on observe des différences plus importantes entre les premiers dépistages et les dépistages subséquents. Il serait possible à l'avenir de fixer des cibles pour certains des indicateurs propres à chacun des deux groupes.

Le rapport a aussi analysé les relations entre certains indicateurs de la qualité; toutefois, la formulation de comparaisons plus formelles entre les provinces et les territoires demeure un enjeu en raison notamment de différences dans les tests utilisés, le nombre d'échantillons requis et les seuils de positivité.

Il a été démontré que le dépistage effectué dans le cadre de programmes organisés augmente la probabilité de réduire l'incidence du cancer et la mortalité associée, mais aussi les effets néfastes possibles du dépistage, et que son rapport coût-efficacité est meilleur¹⁰. Toutefois, il est impératif d'accroître la normalisation des processus de description, de collecte et de soumission des données afin de mieux évaluer les effets du dépistage du cancer colorectal à l'échelle nationale. Des recherches sont aussi nécessaires pour comprendre les raisons qui président à la réalisation de dépistages à l'extérieur des programmes organisés ou à l'absence de participation au dépistage.

La surveillance et l'évaluation régulières des programmes de dépistage du cancer colorectal à l'échelle du pays, au fur et à mesure de leurs progrès, fourniront des occasions de cerner les meilleures pratiques et de continuer ainsi à améliorer les services de dépistage offerts aux Canadiens.

Références

1. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. La Société, Toronto (Ontario), 2015.
2. Mandel, J.S., Church, T.R., Ederer, F. et Bond, J.H.. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst.*, vol. 91, n° 5, 3 mars 1999, p. 434-437.
3. Jorgensen, O.D., Kronborg, O. et Fenger, C. A randomized study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut*, vol. 50, n° 1, janvier 2002, p. 29-32.
4. Hewitson, P., Glasziou, P., Watson, E., Towler, B. et Irwig, L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (Hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol.*, vol. 103, n° 6, 2008, p. 1541-1549.
5. Schoen, R.E., Pinsky, P.F., Weissfeld, J.L., Yokochi, L.A., Church, T., Laiyemo, A.O. et coll.; PLCO Project Team. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N England J Med.*, vol. 366, 21 juin 2012, p. 2345-2357. DOI: 10.1056/NEJMoa1114635.
6. Rex, D.K., Johnson, D.A., Anderson, J.C., Schoenfeld, P.S., Burke, C.A. et Inadomi, J.M.; American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected]. *Am J Gastroenterol.*, vol. 104, 2009, p. 739-750. PMID 19240699.
7. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ*, vol. 188, n° 5, 15 mars 2016, p. 340-348.
8. Partenariat canadien contre le cancer. Lignes directrices sur le dépistage du cancer colorectal : Analyse de l'environnement. Le Partenariat, 2014 (cité le 27 juillet 2014). Disponible à http://www.cancerview.ca/fr/prevention_et_depistage/depistage_du_cancer_colorectal_au_canada/.
9. Health Council of the Netherlands. A national colorectal cancer screening program. The Council, La Haye, 2009. Publication n° 2009/13E.
10. Miles, A., Cockburn, J., Smith, R.A. et Wardle, J. A perspective from countries using organized screening programs. *Cancer*, vol. 101, n° 5 (suppl.), 2004, p. 1201-1213.
11. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2014. La Société, Toronto (Ontario), 2014 (cité le 31 juillet 2016). Disponible à <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2014--FR.pdf?la=fr-CA>.
12. Johnson, C.M., Wei, C., Ensor, J.E., Smolenski, D.J., Amos, C.I., Levin, B. et Berry, D.A. Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control*, vol. 24, n° 6, 1^{er} juin 2013, p. 1207-1222.
13. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. PDQ cancer screening overview. National Cancer Institute, Bethesda, MD. Mis à jour en octobre 2016. Disponible à <http://www.cancer.gov/about-cancer/screening/hp-screening-overview-pdq>. PMID: 26389235.
14. Rabeneck, L., Rumble, R.B., Thompson, F., Mills, M., Oleschuk, C., Whibley, A. et coll. Fecal immunochemical tests compared with guaiac fecal occult blood tests for population-based colorectal cancer screening. *Can J Gastroenterol Hepatol.*, vol. 26, n° 3, 2012, p. 131-147.
15. Fitzpatrick-Lewis, D., Usman, A., Ciliska, D. et coll. Dépistage du cancer colorectal. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Ottawa, 2015 (cité le 11 février 2016). Anciennement disponible à www.canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2015-colorectal-cancer/systematic-review (n'est plus disponible).
16. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Dépistage du cancer colorectal : énoncé de recommandation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *CMAJ*, vol. 165, n° 2, 24 juillet 2001, p. 206.
17. Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Le Partenariat, Toronto, 2015 (cité le 31 juillet 2016). Disponible à http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/the_2015_cancer_system_performance_report_fr.pdf.
18. Groupe de travail du Partenariat canadien contre le cancer sur les déterminants de la qualité dans le dépistage du cancer colorectal. Déterminants de la qualité dans le dépistage du cancer colorectal au Canada. National Cancer Control Screening Network, Toronto (Ontario), 2013.

19. Singh, H., Bernstein, C.N., Samadder, J.N. et Ahmed, R. Screening rates for colorectal cancer in Canada: a cross-sectional study. *CMAJ Open*, vol. 3, n° 2, 8 avril 2015. DOI: 10.9778/cmajo.20140073 E149-E157.
20. Kronborg, O., Jørgensen, O.D., Fenger, C. et Rasmussen, M. Randomized study of biennial screening with a faecal occult blood test: results after nine screening rounds. *Scand J Gastroenterol.*, vol. 39, n° 9, 1^{er} janvier 2004, p. 846-851.
21. Levin, B., Lieberman, D.A., McFarland, B., Smith, R.A., Brooks, D., Andrews, K.S., Dash, G., Giardiello, F.M., Glick, S., Levin, T.R. et Pickhardt, P. Screening and surveillance of the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology, CA: a cancer journal for clinicians, 1^{er} mai 2008, vol. 58, n° 3, p. 130-160.
22. Partenariat canadien contre le cancer. Déterminants et indicateurs de la qualité pour la mesure du rendement des programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada. Toronto : le Partenariat, 2012.
23. Halloran, S.P., Launoy, G. et Zappa, M. Faecal occult blood testing. Dans : Segnan N., Patnick, J. et von Karsa, L., éditeurs. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. Première édition. International Agency for Research on Cancer, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2010, p. 103-114.
24. Symonds E.L., Osborne, J.M., Cole, S.R., Bampton, P.A., Fraser, R.J. et Young, G.P. Factors affecting faecal immunochemical test positive rates: demographic, pathological, behavioural and environmental variables. *J Med Screening*, vol. 22, n° 4, 1^{er} décembre 2015, p. 187-193.
25. Kearns, B., Whyte, S., Chilcott, J. et Patnick, J. Guaiac faecal occult blood test performance at initial and repeat screens in the English Bowel Cancer Screening Programme and not English Bower Centre Screening Program , *Br J Cancer*, 28 octobre 2014, vol. 111, n° 9, p. 1734 1741.
26. Centre international de recherche sur le cancer. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. Première édition. Le Centre, Lyon FR, 2010.
27. Hagggar, F.A. et Boushey, R.P. Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clin Colon Rectal Surg.*, vol. 22, n° 4, 1^{er} novembre 2009, p. 191.
28. Lee, T.J.W., Rutter, M.D., Blanks, R.G., Moss, S.M., Goddard, A.F., Chilton, A. et coll. Colonoscopy quality measures: experience from NHS Bowel Cancer Screening Programme. *Gut*, vol. 61, n° 7, 2011, p. 1050-1057.
29. Garcia, M., Domènech, X., Vidal, C., Torné, E., Milà, E., Binefa, G. et coll. Interval cancers in a population-based screening program for colorectal cancer in Catalonia, Spain. *Gastroenterol Res Pract.*, 2015, 672410. DOI: 10.1155/2015/672410.
30. Patel, S.G. et Ahnen, D.J. Prevention of interval colorectal cancers: what every clinician needs to know. *Clin Gastroenterol Hepatol.*, vol. 12, n° 1, 2014, p. 7-15.
31. Moss, S.M., Campbell, C., Melia, J., Coleman, D., Smith, S., Parker, R., Ramsell, P., Patnick, J. et Weller, D.P. Performance measures in three rounds of the English bowel cancer screening pilot. *Gut*, 2011 May 10: gut-2010.
32. Binefa, G., Garcia, M., Milà, N., Fernández, E., Rodríguez-Moranta, F., Gonzalo, N., Benito, L., Clopés, A., Guardiola, J. et Moreno, V. Colorectal Cancer Screening Programme in Spain: Results of Key Performance Indicators After Five Rounds (2000–2012). *Scientific Reports*, vol. 6, 2016.
33. Steele, R.J., McClements, P.L., Libby, G., Black, R., Morton, C., Birrell, J., Mowat, N.A., Wilson, J.A., Kenicer, M., Carey, F.A. et Fraser, C.G. Results from the first three rounds of the Scottish demonstration pilot of FOBT screening for colorectal cancer. *Gut*, vol. 58, n° 4, 1^{er} avril 2009, p. 530-535.

Annexe A

Définitions des indicateurs de la qualité du dépistage du cancer colorectal

Définition de l'indicateur et cible	Calcul
Participation	
<p>Taux de participation</p> <p>Définition : pourcentage de la population cible qui a effectué au moins un TF adéquat dans le cadre du programme au cours de la période de mesure de 30 mois.</p> <p>Cible : $\geq 60\%$ de la population cible au cours de la période déterminée</p>	<p>Numérateur : nombre de personnes ayant effectué au moins un TF adéquat dans le cadre du programme au cours d'une période de 30 mois.</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes ayant eu accès au programme au cours de la période définie de 24 mois (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014).</p>
<p>Utilisation des tests fécaux</p> <p>Définition : pourcentage de la population cible qui a effectué au moins un TF, dans le cadre ou non d'un programme, au cours de la période de mesure.</p> <p>Cible : <i>actuellement non déterminée</i></p>	<p>Numérateur : nombre de personnes au sein de la population cible qui ont effectué au moins un TF au cours de la période de mesure (dans le cadre ou non d'un programme).</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes au sein de la population cible au cours de la période de mesure (2013, 2014).</p>
<p>Taux de fidélisation</p> <p>Définition : pourcentage de la population cible âgée de 50 à 72 ans qui a effectué un second dépistage dans les 30 mois suivant un TF avec résultat normal au cours de la période de mesure.</p> <p>Cible : <i>actuellement non déterminée</i></p>	<p>Numérateur : nombre de personnes ayant effectué des TF adéquats au cours de la période de mesure et qui avaient également effectué au moins un TF subséquent adéquat dans le cadre du programme dans un délai de 30 mois.</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes âgées de 50 à 72 ans ayant effectué un TF avec résultat normal au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012).</p>
Test de dépistage initial	
<p>Taux de tests fécaux inadéquats</p> <p>Définition : pourcentage de personnes dont le TF était inadéquat et qui n'ont pas répété l'examen afin d'obtenir un résultat adéquat au cours de la période de mesure.</p> <p>Cible : $\leq 5\%$ de tous les TF</p>	<p>Numérateur : nombre de personnes dont le TF était inadéquat et qui n'ont pas répété l'examen dans un laboratoire afin d'obtenir un résultat adéquat au cours de la période de mesure.</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes ayant effectué un TF au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014).</p>

TF = test fécal; VPP = valeur prédictive positive; TFg = test fécal au gâïac; TF_i = test fécal immunochimique; CCR = cancer colorectal; TNM = tumeur, ganglions lymphatiques, métastases.

Définition de l'indicateur et cible	Calcul
Test de dépistage initial (suite)	
<p>Taux de positivité</p> <p>Définition : pourcentage de personnes ayant effectué un TF avec résultat anormal au cours de la période de mesure.</p> <p>Cible : <i>actuellement non déterminée</i></p>	<p>Numérateur : nombre de personnes ayant effectué un TF avec résultat anormal.</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes ayant effectué au moins un TF adéquat dans un laboratoire au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014).</p>
Coloscopie de suivi	
<p>Taux de participation à une coloscopie de suivi</p> <p>Définition : pourcentage de personnes ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la date de la déclaration d'un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure.</p> <p>Cible : $\geq 85 \%$</p>	<p>Numérateur : nombre de personnes ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant la date de la déclaration d'un résultat de TF anormal.</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes ayant effectué un TF avec résultat anormal dans un laboratoire au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014).</p>
<p>Temps d'attente préalable à une coloscopie de suivi</p> <p>Définition : intervalle de temps entre la déclaration d'un résultat de TF anormal et la réalisation de la coloscopie de suivi.</p> <p>Cible : $\geq 90 \%$ dans les 60 jours suivant la date de déclaration d'un résultat anormal</p>	<p>Médiane et 90^e centile du nombre de jours civils entre la date de déclaration d'un résultat de TF anormal et la coloscopie de suivi dans les 180 jours suivants au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014).</p>
Diagnostic et début des traitements	
<p>Valeur prédictive positive (VPP) pour les adénomes</p> <p>Définition :</p> <p>a) pourcentage de personnes chez qui la présence d'au moins un adénome a été confirmée par la pathologie à la suite d'un TF avec résultat anormal;</p> <p>b) pourcentage de personnes ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivant un TF avec résultat anormal, chez qui la présence d'au moins un adénome a été confirmée par la pathologie.</p> <p>Cibles : $\geq 50 \%$ pour les TFi; $\geq 35 \%$ pour les TFg</p>	<p>Numérateur : nombre de personnes atteintes d'au moins un adénome (excluant le CCR infiltrant) confirmé par la pathologie lors d'une coloscopie effectuée dans les 180 jours suivant la date de déclaration d'un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure.</p> <p>Dénominateur :</p> <p>a) nombre de personnes ayant présenté un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014);</p> <p>b) nombre de personnes ayant présenté un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014) et qui avaient effectué une coloscopie de suivi dans les 180 jours suivants.</p>

TF = test fécal; VPP = valeur prédictive positive; TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique; CCR = cancer colorectal; TNM = tumeur, ganglions lymphatiques, métastases.

Définition de l'indicateur et cible	Calcul
Diagnostic et début des traitements (suite)	
<p>Temps écoulé entre la coloscopie de suivi et l'obtention d'un diagnostic pathologique définitif</p> <p>Définition : temps écoulé entre la réalisation de la coloscopie de suivi et l'établissement du diagnostic pathologique définitif.</p> <p>Cible : <i>actuellement non déterminée</i></p>	<p>Médiane et 90^e centile du nombre de jours civils entre la date de la coloscopie (effectuée dans les 180 jours suivant la date de déclaration d'un résultat de TF anormal) et le diagnostic pathologique définitif.</p>
Résultats du programme de dépistage du cancer colorectal	
<p>Taux de détection d'adénomes par les programmes</p> <p>Définition : nombre de personnes sur 1 000 participants à un dépistage qui étaient atteintes d'au moins un adénome confirmé par la pathologie lors d'une coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant la déclaration d'un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure.</p> <p>Cible : <i>actuellement non déterminée</i></p>	<p>Numérateur : nombre de personnes atteintes d'au moins un adénome confirmé par la pathologie lors d'une coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant la date de déclaration d'un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure.</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes ayant effectué au moins un TF adéquat dans un laboratoire au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014).</p>
Résultats du programme de dépistage du cancer colorectal	
<p>Taux de détection du cancer colorectal infiltrant par les programmes</p> <p>Définition : nombre de personnes sur 1 000 cas dépistés atteints de CCR infiltrant confirmé par la pathologie lors d'une coloscopie effectuée dans les 180 jours suivant la date de déclaration d'un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure.</p> <p>Cible : <i>≥ 2 cas de CCR pour 1 000 personnes dépistées</i></p>	<p>Numérateur : nombre de personnes atteintes de CCR infiltrant confirmé par la pathologie lors d'une coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant la date de déclaration d'un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure.</p> <p>Les CCR infiltrants dans la classification CIM-10 comprennent les codes suivants : C18.0, C18.2 à C18.9, C19, C20 et C26.0 avec code de comportement 3. Ils excluent les types histologiques suivants : lymphome, sarcome et carcinoïde du côlon.</p> <p>La classification des groupes de stades a été réalisée à l'aide de la 7^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes ayant effectué au moins un TF adéquat dans un laboratoire au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014).</p>

TF = test fécal; VPP = valeur prédictive positive; TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique; CCR = cancer colorectal; TNM = tumeur, ganglions lymphatiques, métastases.

Définition de l'indicateur et cible	Calcul
Résultats du programme de dépistage du cancer colorectal (suite)	
<p>Répartition des stades de cancer colorectal infiltrant</p> <p>Définition : distribution des cas de CCR infiltrant détectés par le dépistage selon le stade défini par la classification TNM.</p> <p>Cible : <i>actuellement non déterminée</i></p>	<p>Numérateur : nombre de personnes atteintes de CCR infiltrant de stade I, II, III ou IV, de stade inconnu ou non déterminé lors du diagnostic, dans le cadre du programme de dépistage à l'aide d'une coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant la déclaration d'un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure.</p> <p>Les CCR infiltrants dans la classification CIM-10 comprennent les codes suivants : C18.0, C18.2 à C18.9, C19, C20 et C26.0 avec code de comportement 3. Ils excluent les types histologiques suivants : lymphome, sarcome et carcinoïde du côlon.</p> <p>La classification des groupes de stades a été réalisée à l'aide de la 7^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes atteintes de CCR (y compris ceux de stade inconnu) confirmé par la pathologie lors d'une coloscopie de suivi effectuée dans les 180 jours suivant la déclaration d'un résultat de TF anormal au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014).</p>
<p>Cancer colorectal d'intervalle</p> <p>Définition : nombre de personnes sur 1 000 cas dépistés ayant reçu la confirmation d'un diagnostic de CCR dans les 24 mois suivant l'obtention d'un résultat négatif pour le CCR au cours de la période de mesure.</p> <p>Cible : <i>actuellement non déterminée</i></p>	<p>Numérateur : nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de CCR dans les 24 mois suivant la déclaration d'un résultat de TF négatif pour le CCR au cours de la période de mesure.</p> <p>Les CCR infiltrants dans la classification CIM-10 comprennent les codes suivants : C18.0, C18.2 à C18.9, C19, C20 et C26.0 avec un comportement 3. Ils excluent les types histologiques suivants : lymphome, sarcome et carcinoïde du côlon.</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes ayant reçu un résultat de TF négatif pour le CCR au cours de la période de mesure (du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012).</p>

TF = test fécal; VPP = valeur prédictive positive; TFg = test fécal au gaïac; TFi = test fécal immunochimique; CCR = cancer colorectal; TNM = tumeur, ganglions lymphatiques, métastases.

ISBN 978-1-988000-21-3

1, avenue University, 3^e étage
Toronto (Ontario) M5J 2P1 Canada
Tél. : 1.416.915.9222
Sans frais : 1.877.360.1665
www.partenariatcontrelecancer.ca

