

PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER



Dépistage du cancer colorectal au Canada :

ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

Données recueillies en 2018
Révisé en mars 2019

Remerciements

La production de la présente analyse de l'environnement a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada, par l'entremise du Partenariat canadien contre le cancer.

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

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer. (2018). *Dépistage du cancer colorectal au Canada : Analyse de l'environnement*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.

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

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

Table des matières

RÉSUMÉ	4
CONTEXTE	6
PROGRAMMES ET LIGNES DIRECTRICES SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	7
DÉROULEMENT D'UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	7
LIGNES DIRECTRICES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS (2016).....	8
PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AU CANADA	8
LIGNES DIRECTRICES PROVINCIALES ET TERRITORIALES SUR LE DÉPISTAGE	11
MÉTHODES DE RECRUTEMENT ET DE FIDÉLISATION	12
RENSEIGNEMENTS SUR L'UTILISATION DES TESTS FÉCAUX POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	16
TEST FÉCAL AU GAÏAC (TFG)	16
TEST FÉCAL IMMUNOCHIMIQUE (TFI)	16
SUIVI DIAGNOSTIQUE DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	19
SUIVI APRÈS UN TEST FÉCAL ANORMAL.....	19
COLOSCOPIE.....	22
DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE ACCRU	23
DÉFINITION D'UN RISQUE ACCRU	23
RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE ACCRU	25
SENSIBILISATION DE LA POPULATION	30
PREMIÈRES NATIONS, INUITS ET MÉTIS	31
POPULATIONS MAL DESSERVIES	34
POPULATIONS LGBTQ2+	37
AMÉLIORATION DE L'EXPÉRIENCE DES PARTICIPANTS AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE	37
RÉFÉRENCES	40

Résumé

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

Toutes les provinces et tous les territoires offrent un dépistage aux personnes asymptomatiques présentant un risque moyen de contracter un cancer colorectal entre 50 ans et 74 ans ou 75 ans, tous les 12 à 30 mois, en utilisant un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) pouvant être un test fécal au gaïac (TFg) ou un test fécal immunochimique (TFi). Deux provinces utilisent un TFg comme méthode de dépistage initial dans le cadre de leur programme de dépistage du cancer colorectal, tandis que huit provinces et trois territoires utilisent un TFi (tableau 2).

Les programmes de dépistage organisé du cancer colorectal mettent en œuvre des stratégies de recrutement, de rappel et de promotion pour inviter les personnes admissibles à se soumettre à un dépistage conformément aux lignes directrices en vigueur. Les stratégies et les méthodes de recrutement varient d'un océan à l'autre : il peut notamment s'agir de la recommandation d'un médecin, d'une demande d'accès direct ou de l'envoi par la poste d'une lettre d'invitation (tableau 3). Certains programmes envoient des lettres de rappel aux personnes admissibles afin de favoriser une augmentation du taux de dépistage (tableau 4).

Les personnes pour lesquelles le test fécal a donné un résultat anormal en sont informées et sont invitées à effectuer un suivi diagnostique par coloscopie. Des comptes rendus des résultats sont envoyés au participant, à son FSP ou aux deux (tableau 9).

Dans le cas de personnes présentant un risque accru, la plupart des provinces et des territoires recommandent un dépistage par coloscopie tous les 5 ou 10 ans, dès l'âge de 40 ans ou lorsque la personne atteint un âge antérieur de 10 ans à celui auquel le membre le plus jeune de sa famille a reçu un diagnostic de cancer colorectal (tableau 12).

Sept provinces et un territoire ont mis en œuvre des stratégies pour communiquer avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis (tableau 15). De telles stratégies ont également été mises en place en vue de favoriser une participation plus importante au sein des populations

mal desservies (tableau 16). Ces stratégies visent à accroître le taux de participation au dépistage du cancer colorectal parmi les personnes vivant dans des collectivités rurales, les nouveaux immigrants et les personnes à faible revenu.

Contexte

Tous les ans, le Partenariat canadien contre le cancer recueille des renseignements, à l'échelon national, provincial et territorial, à propos des lignes directrices, des stratégies et des activités liées au dépistage du cancer colorectal.

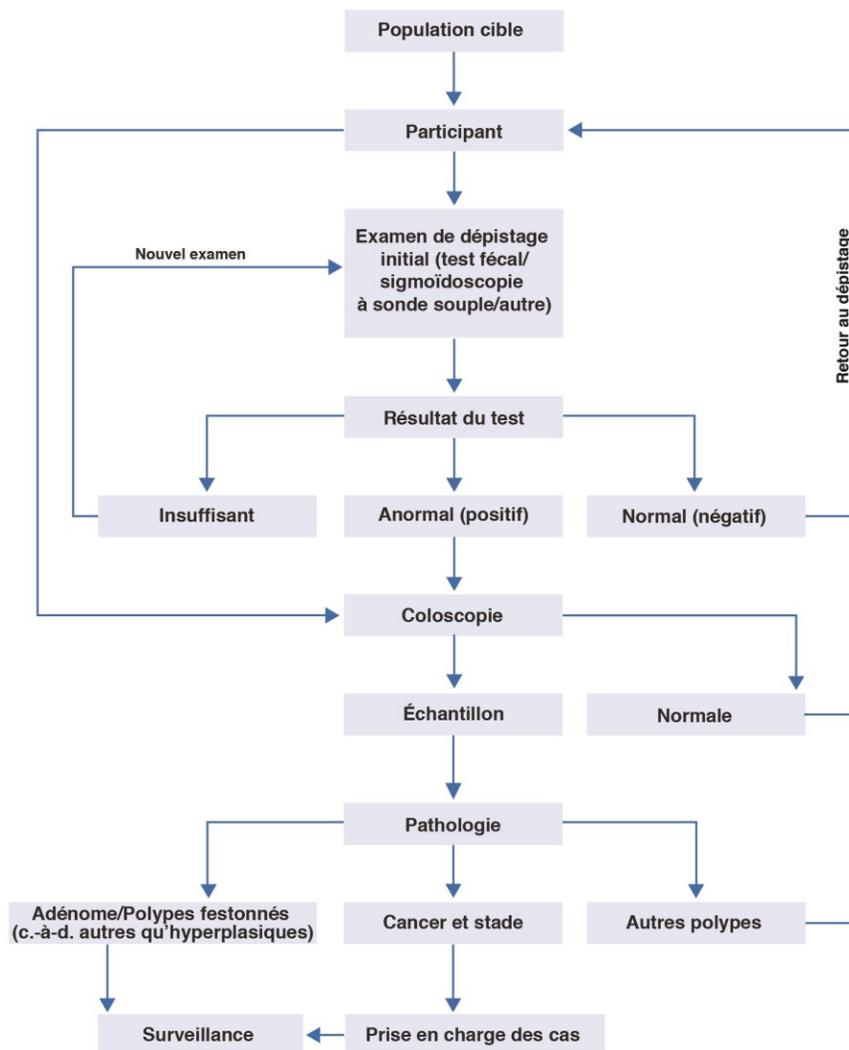
Cette analyse de l'environnement résume les données recueillies auprès des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage et vise à fournir des renseignements sur leurs politiques et leurs pratiques.

Les renseignements rassemblés en vue de cette analyse de l'environnement ont été recueillis en juin et en juillet 2018. Toutes les provinces et tous les territoires ont fourni les renseignements demandés pour cette analyse de l'environnement.

Programmes et lignes directrices sur le dépistage du cancer colorectal

Déroulement d'un programme de dépistage du cancer colorectal

Figure 1 : Déroulement d'un programme de dépistage du cancer colorectal¹



Lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2016)

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP) élabore des lignes directrices de pratique clinique sur lesquelles les FSP peuvent s'appuyer lorsqu'ils offrent des soins de santé préventifs.² Outre ce rôle auprès des FSP, les lignes directrices du GÉCSSP sont également pertinentes pour les professionnels de la santé communautaire et de la santé publique, les médecins spécialistes, les professionnels paramédicaux et autres professionnels de la santé, les concepteurs de programmes, les décideurs, ainsi que pour la population canadienne dans son ensemble.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande un dépistage chez les personnes présentant un risque moyen...



entre 50 ans et 74 ans



tous les 2 ans au moyen d'une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) pouvant être un test fécal au gaïac (TFg) ou un test fécal immunochimique (TFi)



ou tous les 10 ans par sigmoïdoscopie à sonde souple.

Par ailleurs, le GÉCSSP ne recommande pas les pratiques suivantes :

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

Programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada

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

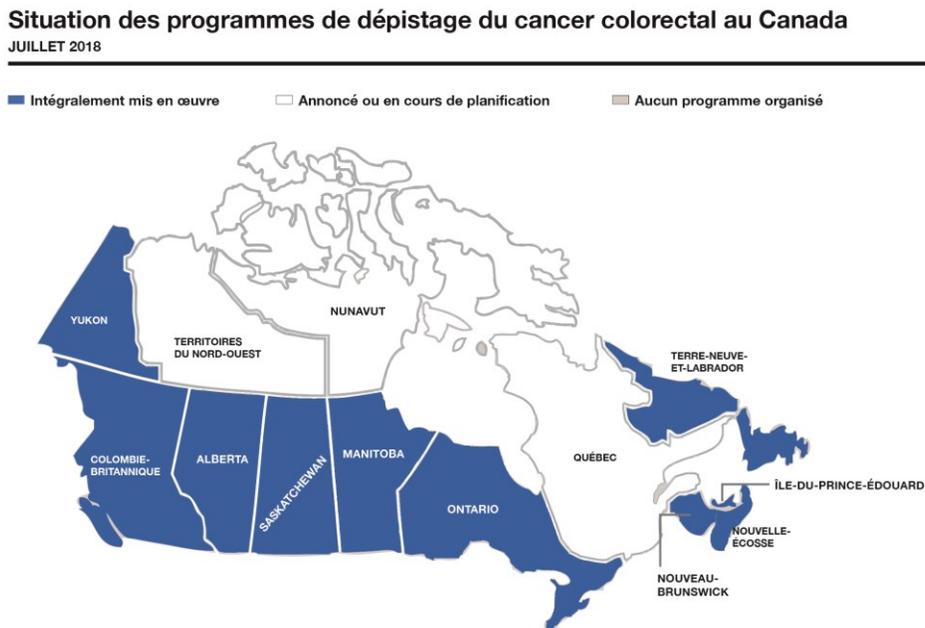
À l’heure actuelle, neuf provinces et un territoire ont pleinement mis en œuvre des programmes de dépistage organisé du cancer colorectal à l’échelle de la province ou du territoire^a. Ces programmes ont été lancés en 2007. Les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Québec ne disposent pas d’un tel programme. Cependant, le Nunavut met actuellement en œuvre un programme à l’échelle du territoire, les Territoires du Nord-Ouest planifient la mise en place d’un programme territorial et le Québec celle d’un programme provincial. Là où il n’existe pas de programme de dépistage organisé, un FSP peut offrir des services de dépistage opportuniste.

Faits saillants récents

En 2016, le Yukon a lancé un programme de dépistage organisé du cancer colorectal, et le Nunavut procède actuellement à la mise en œuvre d’un tel programme.

Toutes les provinces et tous les territoires canadiens ont mis en place un programme de dépistage organisé du cancer colorectal ou sont en train de le faire.

Figure 2 : Situation des programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada



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

Tableau 1 : Programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada

	Date de lancement du programme	État du programme	Nom du programme	Organisme chargé de l'administration du programme
Nunavut (Nt)'	2018	Mise en œuvre en cours	Dénomination en cours	Ministère de la Santé
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	Aucun programme de dépistage organisé n'est offert, mais des plans sont en cours.			
Yukon (Yn)	2017	Programme territorial complet	ColonCheck Yukon	Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
Colombie-Britannique (C.-B.)	2013	Programme partiel : la Northern Health Authority en C.-B. ne participe pas au programme	<i>Colon Screening Program</i> (programme de dépistage du cancer du côlon)	BC Cancer Agency
Alberta (Alb.)	2009	Programme provincial complet	<i>Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP)</i> (programme de dépistage du cancer colorectal de l'Alberta)	Alberta Health Services
Saskatchewan (Sask.)	2009	Programme provincial complet	<i>Screening Program for Colorectal Cancer</i> (programme de dépistage du cancer colorectal)	Saskatchewan Cancer Agency
Manitoba (Man.)	2007	Programme provincial complet	ColonCheck	Action cancer Manitoba
Ontario (Ont.)	2008	Programme provincial complet	ContrôleCancerColorectal	Action Cancer Ontario
Québec (Qc)	S. o.	En phase de planification	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	2014	Programme provincial complet	Programme de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick	Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (ministère de la Santé du N.-B.)
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	2009	Programme provincial complet	<i>Colon Cancer Prevention Program</i> (programme de prévention du cancer du côlon)	Nova Scotia Health Authority, programme de soins du cancer de la Nouvelle-Écosse
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	2011	Programme provincial complet	Programme de dépistage du cancer colorectal	Santé Î.-P.-É.

Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	2012	Programme provincial complet	<i>Newfoundland and Labrador Colon Cancer Screening Program</i> (programme de dépistage du cancer du côlon de Terre-Neuve-et-Labrador)	Programme de soins contre le cancer, Régie de santé de l'Est
---	------	------------------------------	--	--

† Les renseignements contenus dans cette publication portent sur le dépistage opportuniste du cancer colorectal.

Lignes directrices provinciales et territoriales sur le dépistage

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

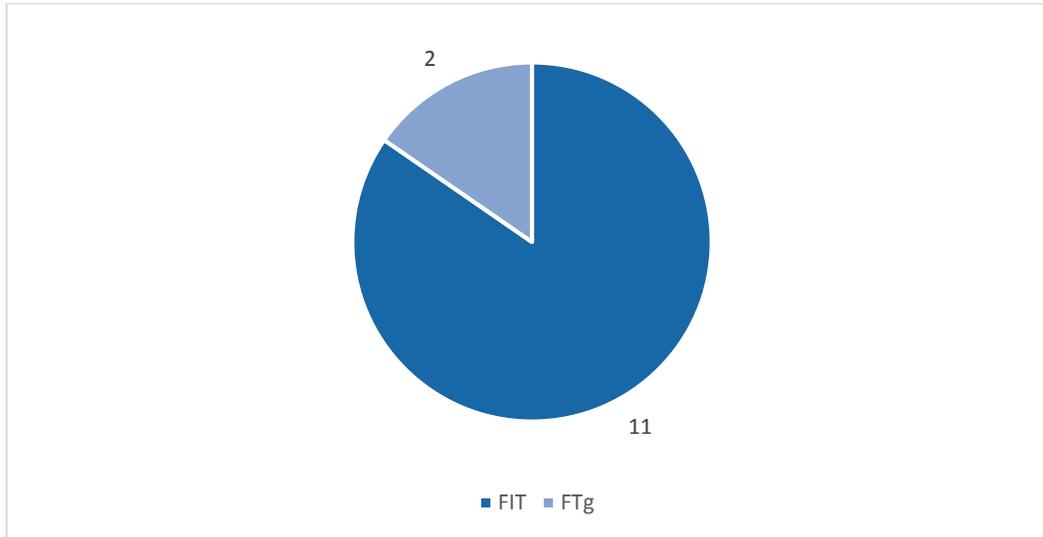
Tableau 2 : Programmes provinciaux et territoriaux de dépistage

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

[†] En Ontario, les personnes âgées de 50 à 74 ans ne présentant aucun symptôme ou antécédent familial de cancer colorectal peuvent choisir de se soumettre à un dépistage par sigmoïdoscopie à sonde souple au lieu de la RSOS. Il est recommandé aux personnes admissibles qui se soumettent à un dépistage par sigmoïdoscopie à sonde souple de répéter le test tous les 10 ans.

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

Figure 3 : Tests primaires de dépistage du cancer colorectal dans les provinces et les territoires canadiens



Méthodes de recrutement et de fidélisation

Les programmes de dépistage organisé du cancer colorectal mettent en œuvre des stratégies de recrutement, de rappel et de promotion pour inviter les personnes admissibles à se soumettre à un dépistage conformément aux lignes directrices prévalant dans leur province ou leur territoire. Les stratégies et les méthodes de recrutement varient d'un océan à l'autre : il peut notamment s'agir de la recommandation d'un médecin, d'une demande d'accès direct ou de l'envoi par la poste d'une lettre d'invitation. Certains programmes envoient des lettres de rappel aux personnes admissibles afin de favoriser une augmentation du taux de dépistage.

De nombreuses provinces et de nombreux territoires exigent une recommandation d'un médecin avant la distribution d'une trousse de dépistage, tandis que d'autres distribuent des trousseaux aux personnes admissibles, soit directement avec la lettre d'invitation soit après l'envoi d'une telle lettre. Dans certaines provinces et dans certains territoires, les participants peuvent également obtenir une trousse de dépistage en communiquant directement avec le programme.

L'envoi d'une correspondance liée au programme, les campagnes de sensibilisation du public (Mois de la sensibilisation au cancer colorectal), l'utilisation des médias sociaux, la formation des prestataires de soins de santé, etc. constituent quelques exemples de stratégies de promotion de dépistage du cancer colorectal utilisées par les provinces et les territoires.

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

Stratégies de promotion		Méthodes de recrutement
Nt	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de sensibilisation du public 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation médicale • Demande personnelle d'accès direct • Orientation par le biais d'autres programmes de dépistage
T.N.-O.	S. o.	S. o.
Yn	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de sensibilisation pour le Mois de sensibilisation au cancer colorectal (mars) (Web, médias sociaux, affiches, radio, approche communautaire) • Envoi de lettres de rappel aux FSP et aux patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation médicale • Demande personnelle d'accès direct • Distribution de trousse de TFi lors de manifestations publiques
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi de lettres de rappel aux FSP et aux patients • Envoi de rapports annuels sur la qualité aux fournisseurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation médicale
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne dans les médias sociaux (Facebook, Instagram, Twitter) • Kiosques lors de conférences 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation médicale
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> • Site Web du programme • Ressources promotionnelles et pédagogiques à l'intention des fournisseurs de soins de santé (FSS) et du public • Publicité radio et imprimée 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation médicale • Demande d'accès direct par téléphone • Envoi de lettres d'invitation par la poste
Man.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi de lettres d'invitation par la poste • Publicité et manifestations publiques • Campagne dans les médias sociaux et communication sur le Web • Formation des FSS et manifestations à leur intention • Promotion du dépistage combiné (GetChecked Manitoba) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation médicale • Demande d'accès direct par téléphone, par courriel, en ligne ou en personne • Envoi de lettres d'invitation par la poste • Orientation par le biais d'un autre programme de dépistage (dépistage du cancer colorectal sans rendez-vous à l'occasion d'une visite de dépistage du cancer du sein)
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par la poste de lettres d'invitation, de lettres de rappel et de lettres d'invitation à un nouveau rendez-vous • Programme de correspondance avec le médecin • Fourniture de rapports d'activité de dépistage aux médecins exerçant dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients, leur 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation médicale • Demande d'accès direct par téléphone et par le biais d'une pharmacie • Demande d'accès direct dans le cadre de services de dépistage mobile (dans certaines régions) • Envoi de lettres d'invitation par la poste

Stratégies de promotion		Méthodes de recrutement
	<p>permettant de visualiser la situation complète en matière de dépistage de chacun de leurs patients inscrits dans leur cabinet, qui sont admissibles à un dépistage sur la base de leur âge, notamment ceux pour lesquels la date de dépistage ou de suivi est arrivée ou dépassée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campagnes de sensibilisation du public (médias sociaux) 	
Qc	S. o.	S. o.
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes promotionnelles et pédagogiques à l'intention des FSS, des professionnels et du public 	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi de lettres d'invitation par la poste
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi de lettres d'invitation par la poste et envoi automatique d'une trousse deux semaines plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi de lettres d'invitation et de trousse par la poste
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de sensibilisation publicitaire pour le Mois de sensibilisation au cancer colorectal (mars) (Web, annonces imprimées, télévision, radio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation médicale • Demande d'accès direct par téléphone, par courriel, en ligne ou en personne • Envoi de lettres d'invitation par la poste
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et affiches à l'intention des FSS • Campagne sur les médias sociaux (Facebook, Twitter) • Présentations lors de symposiums sur la santé et de manifestations communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation médicale • Demande d'accès direct par téléphone, par courriel ou en personne (rarement) • Orientation par le biais d'un autre programme de dépistage

Sur les six provinces et territoires qui envoient des lettres d'invitation par la poste, quatre provinces envoient ensuite des lettres de rappel si le dépistage n'a pas été lancé.

Tableau 4 : Avis de rappel pour le dépistage du cancer colorectal au Canada

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

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

Tableau 5 : Nouvelle invitation dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer colorectal après un résultat normal

Nouvelle invitation après un résultat normal	
Nt	Appel téléphonique au FSP
T.N.-O.	S. o.
Yn	Lettre de nouvelle invitation au FSP et au participant
C.-B.	Lettre de nouvelle invitation au FSP et au participant
Alb.	Pas en place pour le moment
Sask.	Lettre de nouvelle invitation au participant, accompagnée d'une trousse de TFi
Man.	Lettre de nouvelle invitation au participant
Ont.	Lettre de nouvelle invitation au participant
Qc	S. o.
N.-B.	Lettre de nouvelle invitation au participant
N.-É.	Envoi d'une trousse de TFi au participant après le premier anniversaire auquel l'âge de ce dernier est un chiffre pair
Î.-P.-É.	Lettre de nouvelle invitation au participant
T.-N.-L.	Envoi d'une trousse de dépistage au participant

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

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

Test fécal au gaïac (TFg)

Deux provinces (le Manitoba et l'Ontario) proposent un TFg comme examen de dépistage initial dans le cadre de leur programme de dépistage du cancer colorectal. Ce test est offert aux personnes admissibles tous les deux ans. Au Manitoba, les résultats des tests sont traités par un laboratoire, et en Ontario par six laboratoires.

Tableau 6 : TFg utilisés au Canada

	Marque	Nombre de prélèvements/ nombre de selles	Nombre de laboratoires traitant les résultats des tests
Man.	Hemoccult II SENSEA	2/3	1
Ont.	Hema-screen	2/3	6

Test fécal immunochimique (TFi)

Huit provinces et trois territoires proposent un TFi comme examen de dépistage initial dans le cadre de leur programme de dépistage du cancer colorectal. Ce test est offert aux personnes admissibles tous les ans, tous les deux ans ou tous les 30 mois. La plupart des provinces et des territoires exigent un seul prélèvement pour un TFi, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador qui exigent deux prélèvements. Les seuils de positivité varient également à l'échelle du pays, allant d'au moins 50 ng/ml à au moins 175 ng/ml. De la même façon, le nombre de laboratoires traitant les résultats des TFi varie de un à quatre.

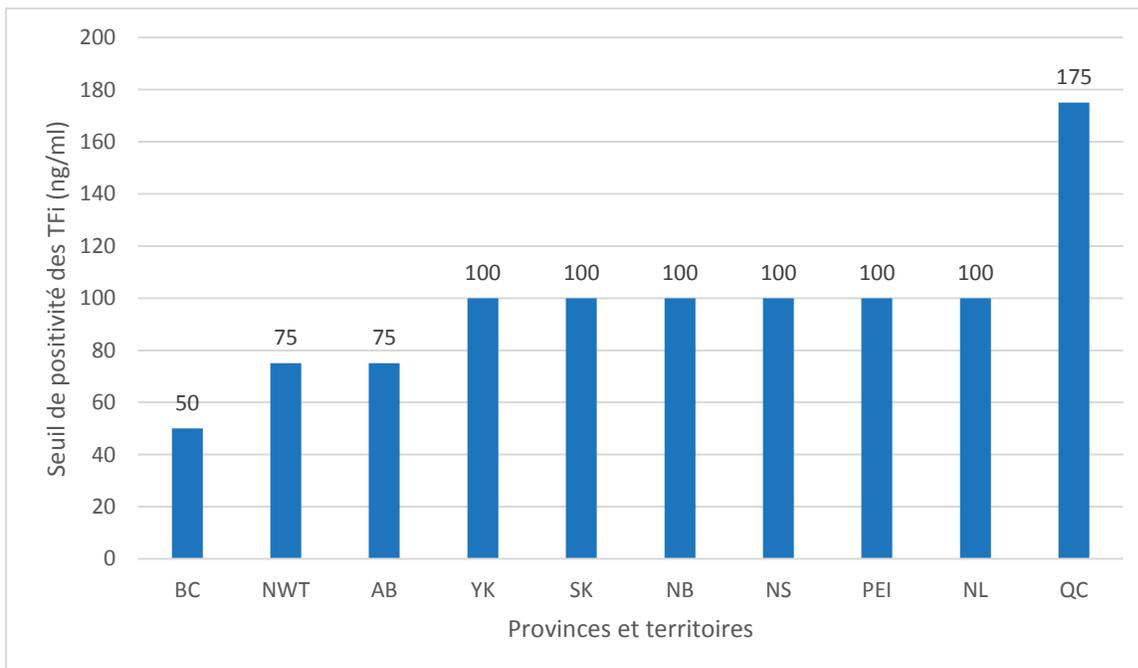
Tableau 7 : TFi utilisés au Canada

	Marque	Nombre de prélèvements/ nombre de selles	Seuil de positivité du TFi	Seuil de positivité du TFi (en µg d'Hb/g)	Nombre de laboratoires traitant les résultats des tests
Nt	-	-	-	-	3
T.N.-O.	Polymedco	1/1	75 ng/ml	-	1
Yn	Alere N/S Prime	1/1	≥ 100 ng/ml	-	1
C.-B.	Alfresa	1/1	≥ 50 ng/ml	10 µg d'Hb/g	4
Alb.	Somagen	1/1	≥ 75 ng/ml	-	2
Sask.	Polymedco	1/1	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hb/g	1
Qc	Somagen	1/1	≥ 175 ng/ml	-	1
N.-B.	Polymedco	1/1	> 100 ng/ml	20 µg d'Hb/g	1
N.-É.	Alfresa Pharma	1/1	100 ng/ml	20 µg d'Hb/g	1
Î.-P.-É.	Alere	1/2 [†]	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hb/g	1
T.-N.-L.	Alere	2/2 [†]	≥ 100 ng/ml	-	1

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

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données.

Figure 4 : Seuil de positivité des TFi pour les programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada



Deux provinces et un territoire limitent l'utilisation de méthodes ne reposant pas sur l'analyse des selles pour le dépistage des personnes présentant un risque moyen, l'Ontario prévoyant d'en faire de même. Une telle mesure est également envisagée en Nouvelle-Écosse.

Tableau 8 : Plans visant à limiter l'utilisation des méthodes ne reposant pas sur l'analyse des selles pour le dépistage des personnes présentant un risque moyen

Plans visant à limiter l'utilisation des méthodes ne reposant pas sur l'analyse des selles pour le dépistage des personnes présentant un risque moyen	
Nt	Utilisation déjà limitée
T.N.-O.	-
Yn	Aucun plan
C.-B.	Utilisation déjà limitée
Alb.	Aucun plan en ce sens, mais fortes recommandations en faveur de l'utilisation du TFi chez les personnes présentant un risque moyen
Sask.	Les lignes directrices en vigueur indiquent que les personnes présentant un risque moyen devraient se soumettre à un dépistage par TFi; toutefois, ces lignes directrices ne sont pas obligatoirement appliquées.
Man.	-
Ont.	En phase de planification
Qc	Utilisation déjà limitée
N.-B.	Aucun plan
N.-É.	À l'étude
Î.-P.-É.	-
T.-N.-L.	Aucun plan

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données.

Suivi diagnostique dans le cadre du dépistage du cancer colorectal

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

Suivi après un test fécal anormal

Les programmes de dépistage du cancer colorectal effectuent un suivi des personnes dont le test fécal a donné un résultat anormal (positif). La plupart des provinces et des territoires envoient des comptes rendus des résultats aux participants et aux FSP, ou seulement aux participants. Les autres méthodes utilisées sont les résultats de laboratoire et les appels téléphoniques.

Les processus de communication d'un résultat anormal au participant et à son FSP varient à l'échelle du pays. Certaines provinces et certains territoires ont mis en place des systèmes coordonnés dans le cadre desquels un administrateur de programme, une infirmière-pivot ou un coordonnateur des services aux patients communique avec le participant et le FSP pour prendre rendez-vous pour une coloscopie. D'autres communiquent directement avec le participant et le FSP, par le biais de bases de données centralisées ou de processus d'orientation leur permettant de prendre rendez-vous pour une coloscopie de suivi.

Tableau 9 : Suivi effectué par les programmes de dépistage provinciaux et territoriaux après un test fécal anormal

	Méthode d'information	Qui est informé?	Description
Nt	Résultat de laboratoire	FSP	Résultat anormal examiné par des travailleurs de la santé; orientation en coloscopie consignée dans le dossier médical électronique. Moyen de transport nécessaire en dehors de la collectivité, sauf pour Iqaluit.
T.N.-O.	Laboratoire	S. o.	S. o.
Yn	FSP	FSP	Les FSS reçoivent le résultat du TFi directement du laboratoire de l'Hôpital général de Whitehorse (WGH) par Plexia et par télécopie. ColonCheck reçoit mensuellement les résultats des TFi du laboratoire de WGH. Ces résultats sont examinés et donnent lieu, s'ils sont positifs, à l'envoi d'une lettre de suivi au FSP si le programme ne reçoit pas une copie de la lettre d'orientation en coloscopie dans un délai de trois mois.

	Méthode d'information	Qui est informé?	Description
C.-B.	Lettre Appel téléphonique	FSP et participant	Le FSP reçoit un rapport de résultat anormal du laboratoire, et le participant reçoit une lettre indiquant qu'un suivi est nécessaire. Le participant est orienté vers l'autorité de la santé dont il dépend. Cette dernière communique avec lui pour effectuer une évaluation avant la coloscopie et fixer le rendez-vous pour celle-ci. Si le participant ne souhaite pas donner suite, elle en informe son FSP.
Alb.	Lettre	Participant	Lettre du programme provincial adressée au participant lui conseillant de consulter son médecin; ce dernier oriente alors le participant vers le programme de dépistage régional ou directement vers un endoscopiste. Le médecin a accès au résultat des TFi sur le système Netcare (système de compte rendu de laboratoire).
Sask.	Lettre Appel téléphonique (au participant seulement)	FSP et participant	Le FSP et le participant sont informés du résultat anormal par correspondance directe. Les FSP signent des directives médicales autorisant les intervenants-pivots à orienter les participants vers des services de coloscopie. L'intervenant-pivot téléphone au participant pour discuter du résultat du test, l'oriente en coloscopie et effectue une évaluation normalisée. Toutes les unités n'ont pas consenti à la mise en place d'intervenants-pivots. Les intervenants-pivots effectuent les évaluations et prennent les rendez-vous en coloscopie pour environ 50 % des participants.
Man.	Lettre Appel téléphonique	FSP et participant	L'intervenant-pivot de ColonCheck communique directement, par courrier, avec le FSP et le participant, concernant le résultat anormal et le processus d'orientation pour le suivi (on joint une brochure sur la coloscopie à la lettre adressée au participant). Le processus d'orientation en coloscopie de suivi dépend des ententes conclues avec chacune des cinq régions régionales de la santé et des permissions octroyées par le FSP (ColonCheck a reçu des autorisations d'une majorité de FSP pour orienter directement les participants). Avant la coloscopie, l'infirmière praticienne de ColonCheck procède à une évaluation de tous les participants recevant des services de santé à Winnipeg. La coloscopie est organisée dans l'un des deux centres offrant cet examen.
Ont.	Lettre	FSP et participant	Le programme ContrôleCancerColorectal prévoit deux processus de suivi : 1) Patients ayant un médecin attitré : il incombe au FSP de communiquer le résultat de la RSOS à son patient et de l'orienter, en cas de résultat anormal, dans les meilleurs délais, vers une coloscopie de suivi. Pour plus de sécurité, Action Cancer Ontario envoie également au patient une lettre contenant le résultat de son test. 2) Patients n'ayant pas de médecin attitré ou ayant reçu leur trousse de RSOS par l'intermédiaire d'une pharmacie ou de Télésanté Ontario : Action Cancer Ontario envoie au patient, par courrier, une lettre faisant état du résultat anormal et lui demandant d'appeler le centre d'appels d'Action Cancer Ontario pour obtenir de l'aide concernant le suivi du résultat. Si le patient ne répond pas dans les cinq jours ouvrables, le

	Méthode d'information	Qui est informé?	Description
			personnel du centre d'appels l'appelle directement et renouvèle l'appel deux autres fois, si nécessaire. Si le patient confirme qu'il n'a pas de FSP, Action Cancer Ontario lui demande l'autorisation de lui attribuer un médecin. Le personnel du centre d'appels s'efforce alors de lui trouver un médecin et lui fixe un rendez-vous de suivi dans un délai de dix jours ouvrables. Si le centre d'appels ne parvient pas à trouver de médecin, il signale le cas en amont et les responsables régionaux et provinciaux d'Action Cancer Ontario appuient le processus d'attribution d'un FSP.
Qc	S. o.	S. o.	S. o.
N.-B.	Lettre (FSP et participant) Appel téléphonique (participant)	FSP et participant	Le laboratoire envoie une lettre au FSP pour l'informer du résultat anormal. L'infirmière du programme appelle le participant pour discuter du résultat et des examens de suivi. S'il est impossible de joindre le participant par téléphone, une lettre lui est adressée.
N.-É.	Lettre (participant et FSP) Appel téléphonique (participant)	FSP et participant	L'infirmière du programme de dépistage communique avec le participant ayant obtenu un résultat anormal pour organiser une évaluation avant la coloscopie. Une fois celle-ci effectuée, on fixe un rendez-vous en coloscopie avec un médecin agréé par le programme de dépistage.
Î.-P.-É.	Lettre (participant) Laboratoire (FSP)	FSP et participant	Le programme de dépistage du cancer colorectal envoie une lettre au participant faisant état du résultat anormal et lui demandant d'effectuer un suivi auprès d'un FSP qui déterminera la nature du suivi à mettre en place. Il existe un formulaire normalisé d'orientation en coloscopie. On surveille les activités et les orientations de suivi, par exemple les coloscopies. Lorsque le dossier du patient ne contient aucune activité ni orientation, on communique avec le FSP.
T.-N.-L.	Lettre (FSP et participant) Appel téléphonique (participant)	FSP et participant	Une fois qu'un résultat de test anormal est envoyé au programme de dépistage, les infirmières coordonnatrices communiquent avec le participant pour l'informer du résultat. L'infirmière procède alors à une évaluation de santé par téléphone et oriente le participant vers l'unité d'endoscopie la plus proche de son domicile pour passer une coloscopie. Les infirmières coordonnatrices envoient une trousse d'information au participant et lui fournissent également des renseignements sur la préparation de l'intestin en vue de l'examen.

Coloscopie

Des services de coloscopie sont proposés dans les hôpitaux de dix provinces et territoires, dans des cliniques de coloscopie privées de trois provinces et territoires et dans des cliniques de coloscopie publiques de deux provinces et territoires.

Les recommandations relatives à l'invitation d'un participant à un nouvel examen après l'obtention d'un résultat de test fécal anormal, mais d'un résultat de coloscopie négatif, varient selon les provinces et les territoires : le participant est invité à effectuer un nouveau dépistage par TFi ou TFg après deux, cinq ou dix ans.

Tableau 10 : Invitation à un nouvel examen après un résultat de test fécal anormal et un résultat de coloscopie négatif

Quelle est la procédure d'invitation des participants à un nouvel examen après un résultat de test fécal anormal et un résultat de coloscopie négatif?	
Nt	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 10 ans après
T.N.-O.	S. o.
Yn	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 10 ans après
C.-B.	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 10 ans après
Alb.	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 10 ans après
Sask.	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 5 ans après
Man.	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFg 5 ans après
Ont.	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFg 10 ans après
Qc	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 10 ans après
N.-B.	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 10 ans après
N.-É.	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 2 ans après
Î.-P.-É.	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 5 ans après
T.-N.-L.	Invitation à effectuer un nouveau dépistage par TFi 5 ans après

Dépistage du cancer colorectal pour les personnes présentant un risque accru

Les personnes exposées à un risque accru présentent certains facteurs de risque qui leur font courir un risque plus important de contracter un cancer colorectal ou de contracter un cancer colorectal plus agressif à un plus jeune âge. La procédure de dépistage les concernant peut être différente de celle appliquée aux personnes présentant un risque moyen.

Définition d'un risque accru

Bon nombre de provinces et de territoires définissent des facteurs précis qu'ils prennent en considération pour classer une personne comme présentant un risque accru de cancer colorectal. Le fait d'avoir un membre de la famille au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal constitue le facteur de risque le plus fréquemment défini par les programmes de dépistage. Certaines provinces et certains territoires précisent que le membre de la famille au premier degré doit être âgé de moins de 60 ans ou de 60 ans au plus, alors que dans d'autres, il peut avoir n'importe quel âge.

Le fait d'avoir plus de deux membres de la famille au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal, le fait d'avoir des antécédents personnels de cancer colorectal ou le fait d'avoir des polypes adénomateux constituent d'autres facteurs de risque fréquemment utilisés pour définir les personnes présentant un risque élevé de contracter un cancer colorectal.

En outre, certaines provinces et certains territoires incluent, dans leur définition d'un risque élevé, le fait d'avoir plus de deux membres de la famille au premier degré présentant des polypes adénomateux, ainsi que le fait d'avoir deux membres de la famille au deuxième degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal et présentant des polypes adénomateux.

Tableau 11 : Définitions provinciales et territoriales d'un risque accru de cancer colorectal

	Un membre de la famille au 1 ^{er} degré ayant reçu un diagnostic de...		Au moins deux membres de la famille au 1 ^{er} degré ayant reçu un diagnostic de...		Deux membres de la famille au 2 ^e degré ayant reçu un diagnostic de...		Des antécédents personnels de...	
	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux
Nt	✓ Moins de 60 ans		✓	✓			✓	✓
T.N.-O.	✓ Moins de 60 ans		✓					
Yn	✓ Moins de 60 ans	✓ Moins de 60 ans	✓	✓			✓	✓
C.-B.	✓ Moins de 60 ans		✓					✓
Alb.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sask.	✓ 60 ans ou moins	✓ 60 ans ou moins	✓	✓			✓	✓
Man.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ont.	✓		✓					
Qc'	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
N.-B.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
N.-É.[‡]	✓ Moins de 60 ans	✓ Moins de 60 ans	✓	✓			✓	✓
Î.-P.-É.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.-N.-L.	✓ Moins de 60 ans		✓		✓		✓	✓

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

‡ Les critères permettant de définir un risque accru de contracter un cancer colorectal sont en cours de révision en Nouvelle-Écosse.

Recommandations en matière de dépistage pour les personnes présentant un risque accru

Les programmes de dépistage du cancer colorectal prennent en charge les personnes présentant un risque accru en mettant en œuvre des protocoles et des mesures de suivi particuliers. L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) a publié des lignes directrices (en anglais) pour le dépistage des personnes présentant un risque accru³.

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

Tableau 12 : Recommandations provinciales et territoriales en matière de dépistage pour les personnes présentant un risque accru de cancer colorectal

	Recommandations de dépistage pour la population présentant un risque accru	Recommandations de suivi après une coloscopie normale
Nt	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie, en fonction du résultat 	<ul style="list-style-type: none"> Varie selon le type de polypes
T.N.-O.	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie à partir de 40 ans, ou 10 ans avant l'âge auquel le plus jeune membre de la famille a reçu son diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> Coloscopie après 5 à 10 ans
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie Un membre de la famille au 1er degré ayant reçu un diagnostic de CCR ou de polypes adénomateux à 60 ans ou moins, ou au moins deux membres de la famille au 1er degré ayant reçu un tel diagnostic, sans égard à l'âge. Orienter vers un coloscopiste à 40 ans ou 10 ans avant l'âge du cas de référence, selon la première éventualité. Un TFi n'est pas recommandé. Un membre de la famille au 1er degré ayant reçu un diagnostic de CCR après 60 ans : dépistage par TFi tous les 2 ans à partir de 50 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Coloscopie après 5 ans ou selon les directives du spécialiste
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents familiaux importants de cancer colorectal ou antécédents personnels d'adénome à faible risque : dépistage par coloscopie tous les 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Coloscopie après 5 ans

Recommandations de dépistage pour la population présentant un risque accru		Recommandations de suivi après une coloscopie normale
	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents personnels d'adénome à haut risque lors de la dernière coloscopie : dépistage par coloscopie après 3 ans 	
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi après 5 à 10 ans En cas d'antécédents de cancer colorectal, surveillance un an après la chirurgie. Trois coloscopies normales sont requises pour revenir à un intervalle de cinq ans.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic avant 60 ans : dépistage par coloscopie à partir de 40 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le plus jeune membre de la famille a reçu son diagnostic Membres de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic à 60 ans ou plus : dépistage par TFi à partir de 40 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Recommandations à la discrétion de l'endoscopiste et du participant, suivies par le FSP (conformément aux lignes directrices de l'ACG)
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage à partir de 40 ans, ou 10 ans avant l'âge auquel le plus jeune membre de la famille a reçu son diagnostic Les orientations pour les personnes présentant un risque accru sont coordonnées par les FSP et non par ColonCheck. 	<ul style="list-style-type: none"> Membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic avant 60 ans, ou au moins deux membres de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic, peu importe l'âge : coloscopie tous les 5 ans Membres de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic à 60 ans ou plus, ou au moins deux membres de la famille au 2^e degré ayant reçu un diagnostic, peu importe l'âge : coloscopie tous les 10 ans
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie à partir de 50 ans, ou 10 ans avant l'âge auquel le plus jeune membre de la famille a reçu son diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> Membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic avant 60 ans, ou au moins deux membres de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic, peu importe l'âge : coloscopie tous les 5 ans Membres de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic à 60 ans ou plus, ou au moins deux membres de la famille au 2^e degré ayant reçu un diagnostic, peu importe l'âge : coloscopie tous les 10 ans
Qc	<ul style="list-style-type: none"> Risque légèrement accru : dépistage par TFi à partir de 40 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Risque légèrement accru : TFi après 10 ans

	Recommandations de dépistage pour la population présentant un risque accru	Recommandations de suivi après une coloscopie normale
	<ul style="list-style-type: none"> Risque modérément accru : dépistage par coloscopie tous les 5 ans, à partir de 40 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le plus jeune membre de la famille a reçu son diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> Risque modérément accru : coloscopie tous les 5 ans
N.-B.	<ol style="list-style-type: none"> Un membre de la famille au 1^{er} degré ou au moins deux membres de la famille au 2^e degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal ou de polypes adénomateux avant 60 ans : dépistage par coloscopie à partir de 40 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le plus jeune membre de la famille a reçu son diagnostic Un membre de la famille au 1^{er} degré ou au moins deux membres de la famille au 2^e degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal ou de polypes adénomateux à plus de 60 ans : dépistage par TFi ou par coloscopie à partir de 40 ans 	<ol style="list-style-type: none"> Coloscopie tous les 5 ans TFi tous les 2 ans
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Actuellement, le programme de dépistage par TFi inclut tous les critères. Un membre de la famille au 1^{er} degré ou au moins deux membres de la famille au 2^e degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal ou de polypes adénomateux avant 60 ans : dépistage par coloscopie à partir de 40 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le plus jeune membre de la famille a reçu son diagnostic Un membre de la famille au 1^{er} degré ou au moins deux membres de la famille au 2^e degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal ou d'adénome entre 60 et 79 ans : dépistage par RSOS tous les 2 ans à partir de 40 ans ou par coloscopie tous les 10 ans à partir de 40 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi par TFi après 2 ans (si participant âgé de 50 à 74 ans)
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Dépend de l'âge, du nombre de membres de la famille touchés et de leur degré de parenté avec le participant Respect des lignes directrices de l'ACG Recommandations à la discrétion du FSP; orientations non coordonnées par le programme 	<ul style="list-style-type: none"> Recommandations à la discrétion de l'endoscopiste, conformément aux lignes directrices de l'ACG
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage par coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi par coloscopie

Le syndrome de Lynch ou cancer colorectal héréditaire sans polypose (HNPCC) est une maladie héréditaire qui augmente le risque de cancer colorectal. On recommande souvent d'accroître le dépistage du cancer colorectal, notamment par coloscopie, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de syndrome de Lynch⁴.

Au Canada, la plupart des provinces et des territoires n'incluent pas les personnes atteintes du syndrome de Lynch dans leur programme de dépistage organisé. Ces personnes sont plutôt orientées vers des spécialistes.

Tableau 13 : Recommandations provinciales et territoriales en matière de dépistage pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch

Recommandations de dépistage pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch	
Nt	Exclues du programme de dépistage à l'échelon de la population, orientation vers un spécialiste
T.N.-O.	S. o.
Yn	Exclues du programme de dépistage à l'échelon de la population, orientation vers un spécialiste
C.-B.	Exclues du programme de dépistage à l'échelon de la population, orientation vers un spécialiste
Alb.	Aucune
Sask.	Aucune
Man.	Exclues du programme de dépistage à l'échelon de la population, orientation vers un spécialiste
Ont.	Aucune
Qc	Aucune
N.-B.	Conformément à l'algorithme des lignes directrices de pratique clinique en matière de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick, on recommande une coloscopie tous les 1 à 2 ans à partir de 20 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le premier membre de la famille a reçu son diagnostic, la première de ces deux dates prévalant, pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch.
N.-É.	Pour les personnes ayant des antécédents familiaux de HNPCC, on offre une coloscopie tous les 2 ou 3 ans à partir de 20 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le premier membre de la famille a reçu son diagnostic. On recommande une consultation génétique.
Î.-P.-É.	Aucune
T.-N.-L.	Exclues du programme de dépistage à l'échelon de la population, orientation vers un spécialiste

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

Tableau 14 : Plans visant à mettre en place un dépistage par analyse des selles, plutôt que par coloscopie, pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal

Plans visant à mettre en place un dépistage par analyse des selles plutôt que par coloscopie pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal	
Nt	Aucun plan
T.N.-O.	S. o.
Yn	Aucun plan
C.-B.	On propose le TFi aux personnes ayant un membre de la famille au 1 ^{er} degré atteint d'un cancer colorectal ayant reçu son diagnostic à plus de 60 ans. Aucun projet de recours au TFi pour les personnes ayant des antécédents familiaux plus importants
Alb.	À l'étude, en attente de la publication des nouvelles lignes directrices de l'ACG et de la province
Sask.	Les lignes directrices sur le dépistage de la Saskatchewan indiquent que les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal doivent se soumettre à un suivi par coloscopie, mais le programme de dépistage de la Saskatchewan invite tous les participants âgés de 50 à 74 ans à effectuer un TFi, qui est envoyé par la poste à l'ensemble de la population couverte. Par conséquent, une personne ayant des antécédents familiaux recevra un TFi, sauf si elle déclare elle-même ses antécédents familiaux et quitte le programme, ou si le coloscopiste recommande au programme de dépistage que cette personne demeure sous surveillance par coloscopie.
Man.	S. o.
Ont.	Aucun plan
Qc	Aucun plan
N.-B.	Aucun plan
N.-É.	À l'étude
Î.-P.-É.	Aucun plan
T.-N.-L.	Aucun plan

Sensibilisation de la population

En général, les taux de participation au dépistage sont faibles chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis⁵. C'est également le cas chez les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants, les personnes vivant dans des collectivités rurales ainsi que chez d'autres populations mal desservies⁶. Diverses stratégies ont été mises en œuvre, partout au Canada, pour tenter d'augmenter la participation au dépistage au sein des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

Figure 5 : Stratégies de sensibilisation de la population au Canada

Stratégies de sensibilisation de la population au Canada

JUILLET 2018

- (A)** Stratégies de communication avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis
- (B)** Stratégie d'amélioration de la participation des populations mal desservies au dépistage





Les provinces et les territoires canadiens ont mis en œuvre des stratégies pour communiquer avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis

En général, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont beaucoup plus bas parmi les Premières Nations, les Inuits et les Métis que parmi la population non autochtone au Canada. Le dépistage du cancer colorectal présente les taux de participation les plus bas par rapport aux dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. La participation au dépistage varie considérablement d'une région à l'autre⁵.

Le programme de dépistage du cancer colorectal du Yukon recueille des données propres aux autochtones ou à l'appartenance à un peuple (par exemple des identificateurs pour les Premières Nations, les Inuits ou les Métis), par déclaration volontaire. En Nouvelle-Écosse, les participants à un dépistage par TFi sont invités à indiquer leur appartenance à divers groupes (Acadiens, Afro-Canadiens, Asiatiques, Premières Nations, Inuits, Métis et Moyen-Orientaux). Ces données ne sont actuellement pas utilisées à des fins d'analyse précise. Aucune autre province ni aucun autre territoire au Canada ne recueille ce type de données.

Sept provinces et un territoire ont mis en œuvre des stratégies pour communiquer avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ces stratégies visent à : 1) dialoguer avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis afin que ces populations participent aux prises de décisions et contribuent à la définition de démarches de dépistage appropriées sur le plan culturel; 2) faire en sorte que ces populations soient informées du programme par le biais des ressources afférentes; et 3) établir un dialogue avec les FSS travaillant directement avec ces collectivités. Plus précisément, certains programmes dialoguent avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans le cadre de l'élaboration de plans de lutte contre le cancer et par l'entremise de groupes de travail. Des visites ciblées d'unités mobiles ont également été mises en place dans le cadre de plusieurs programmes de dépistage afin d'atteindre les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis, conjointement avec d'autres ressources du programme telles que du matériel, des présentations et des campagnes dans les médias sociaux appropriés sur le plan culturel. De plus, certaines stratégies ont été mises en place pour contribuer à la formation des FSS travaillant directement avec les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

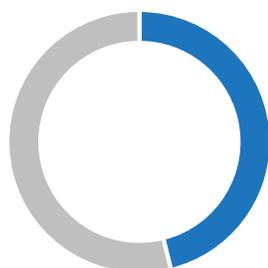
Tableau 15 : Stratégies de communication avec les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada

Stratégies de communication avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis	
Yn	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquentes activités organisées localement à des fins de sensibilisation, d'éducation et de recrutement. • Le programme aide les Premières Nations à élaborer une stratégie de lutte contre le cancer. Proposition de financement transmise au Partenariat canadien contre le cancer pour obtenir de l'aide dans le cadre de ce projet. • Des membres des Premières Nations ont contribué à la création de l'affiche du programme pour la campagne initiale de sensibilisation.
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Une campagne sur les médias sociaux est en cours, en partenariat avec la régie de la santé des Premières Nations.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> • Une unité mobile de santé du Nord parcourt la partie nord de la province pour informer les groupes des Premières Nations de l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein. À l'heure actuelle, la sensibilisation constitue la principale stratégie. • Les coordonnateurs sont invités à assister à des activités et à des manifestations organisées dans les collectivités des Premières Nations. • Des vidéos expliquant l'importance du dépistage du cancer colorectal par TFi et la procédure pour se procurer la trousse ont été créées en cri et en déné. On a pris soin d'inclure des photos représentant des membres des Premières Nations sur les affiches et dans les brochures.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec les FSS des collectivités des Premières Nations pour aider à promouvoir le dépistage du cancer colorectal. • Le programme a offert des services d'orientation aux infirmières autorisées, a participé à des téléconférences mensuelles et a assisté à de nombreuses foires sur la santé dans les collectivités.
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre d'un projet pilote de rapport pour les fournisseurs, le rapport d'activité de dépistage (RAD), afin d'aider les médecins desservant les collectivités des Premières Nations en matière de dépistage du cancer colorectal. À la suite du projet pilote, Action Cancer Ontario a mis en place des RAD en ligne afin de faciliter le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal auprès des médecins et des infirmières du ministère des Services aux Autochtones Canada (SAC) concernés desservant 27 collectivités des Premières Nations. • Le projet de recherche intitulé <i>Improving Cancer Screening among First Nations and Métis Communities</i> (amélioration du dépistage du cancer dans les collectivités des Premières Nations et des Métis) constitue une collaboration entre l'Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones d'ACO et le Sunnybrook Research Institute (SRI), et est financé par les IRSC et par Action Cancer Ontario. Le projet comprend une analyse des politiques de santé en matière de dépistage du cancer, deux projets de recherche sur le dépistage du cancer en milieu communautaire et une évaluation des initiatives d'ACO en matière de dépistage insuffisant et d'absence de dépistage. Ces projets ont contribué à l'élaboration d'un plan d'action de transfert et d'échange des connaissances visant à améliorer la participation au dépistage du cancer chez les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis en Ontario. Ce plan d'action comprend plusieurs recommandations à l'intention d'ACO, des programmes régionaux de cancérologie (PRC) et d'autres intervenants, ainsi que plusieurs produits de connaissance (par exemple des parcours de dépistage du cancer pour aider les membres des collectivités à s'y retrouver dans le processus de dépistage). • Renforcement des capacités régionales afin de mieux répondre aux besoins des Premières Nations, des Inuits et des Métis en matière de dépistage du cancer grâce à l'élaboration de plans régionaux de lutte contre le cancer chez les Autochtones. Ces plans ont été élaborés grâce à participation directe et aux commentaires des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis, des PRC et d'ACO. On peut notamment citer,

Stratégies de communication avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis

	<p>comme initiative faisant partie de tels plans, des possibilités d'améliorer l'accès au dépistage en utilisant les autobus et les cliniques mobiles existants en vue d'atteindre les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans des collectivités éloignées et mal desservies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et promotion d'initiatives éducatives de soutien aux collectivités et aux FSS des Premières Nations, des Inuits et des Métis par l'entremise de l'utilisation de fiches de renseignements et d'une boîte à outils sur le dépistage du cancer incluant des vidéos et des ateliers. • Des documents à remettre et d'autres ressources traitant du dépistage et adaptés à la culture ont été élaborés et mis à la disposition des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis de l'Ontario. Des documents à remettre sur le dépistage du cancer colorectal sont disponibles ici. • Élaboration d'un rapport de recommandation en vue du renforcement des capacités organisationnelles et planification de la mise en place d'identificateurs des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui serviront de base à un dépistage du cancer plus pertinent parmi ces populations. • Le programme a soutenu et guidé la conception des quatre programmes pilotes régionaux ciblant les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant ou ne subissant jamais de dépistage, afin d'améliorer le taux de dépistage au sein des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis. • Rédaction et signature d'accords officiels (protocoles relationnels et protocoles d'entente) avec des organisations provinciales et territoriales, avec des Premières Nations indépendantes, avec des fournisseurs de services inuits et avec la Métis Nation of Ontario, qui définissent l'approche de collaboration du programme. • Soutien à un programme pilote de dépistage du cancer au Wequedong Lodge de Thunder Bay, facilitant l'accès au dépistage du cancer pour les membres des collectivités des Premières Nations provenant de collectivités éloignées du nord-ouest de l'Ontario, en profitant de leur présence à Thunder Bay pour recevoir d'autres services médicaux. Le programme pilote de dépistage du cancer au Wequedong Lodge offre des tests Pap sur place, distribue des trousse de RSOS et organise des rendez-vous de mammographie durant le séjour de ces personnes à Thunder Bay.
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Des représentants des Premières Nations, des Inuits et des Métis siègent au comité consultatif et au comité de l'éducation, de la promotion et de la sensibilisation. Des présentations ont été faites devant les responsables de la santé des Premières Nations et les Anciens occupant un poste clé, avant le lancement du programme.
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration permanente avec le groupe de travail sur le registre des clients des Premières Nations.
T.- N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'instructions du programme et d'affiches en innu et en inuit. • Possibilité de collaboration avec les cliniques de santé des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis, pour un suivi en cas de résultat anormal à un TFi.

Populations mal desservies



6

Les provinces et les territoires canadiens ont mis en œuvre des stratégies visant à accroître la participation des populations mal desservies

Les taux de participation au dépistage sont plus faibles chez les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants et les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées que dans la population canadienne en général⁶.

Cinq provinces et un territoire ont mis en œuvre des stratégies visant à accroître la participation des populations mal desservies. Ces stratégies ciblent principalement les membres des collectivités rurales, les nouveaux immigrants et les personnes à faible revenu. Certaines de ces stratégies cherchent à atteindre les populations mal desservies par l'entremise de campagnes dans les médias sociaux, de présentations et de l'utilisation du matériel du programme mettant l'accent sur une meilleure sensibilisation et une meilleure formation en matière de dépistage du cancer colorectal. Dans certaines provinces et dans certains territoires, on procède à la distribution de trousse de test par l'entremise d'autobus mobiles ou de services de porte en porte pour atteindre les personnes vivant dans des collectivités éloignées. D'autres stratégies s'adressent aux FSS, qui, eux-mêmes, travaillent directement avec les populations mal desservies.

Tableau 16 : Stratégies pour améliorer la participation au dépistage du cancer colorectal des populations mal desservies au Canada

	Populations ciblées	Stratégies d'amélioration de la participation
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu Personnes vivant dans des collectivités rurales 	<ul style="list-style-type: none"> Présentation d'affiches de ColonCheck invitant la population à effectuer un dépistage dans les centres de santé des collectivités rurales. Distribution par camionnette de trousse de TFi à la population admissible à Whitehorse; participation à des manifestations publiques en vue d'accroître l'accès au dépistage.
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes vivant dans des collectivités rurales 	<ul style="list-style-type: none"> Lancement d'une initiative intitulée <i>Creating Health Equity in Cancer Screening</i> (CHECS) (création d'une équité en santé dans

Populations ciblées		Stratégies d'amélioration de la participation
		<p>le dépistage du cancer). Le projet CHECS vise à : mettre au point une méthode permettant d'évaluer l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur les taux de dépistage du cancer; utiliser une approche systématique pour recenser les régions où le dépistage est insuffisant ou inexistant; et collaborer, avec les intervenants concernés, à l'élaboration d'une stratégie visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal. Ce projet facilitera l'élaboration de politiques et aidera les FSS et les organismes communautaires à mieux servir les populations au sein desquelles le dépistage est insuffisant ou inexistant. L'initiative CHECS sera tout d'abord lancée dans la région métropolitaine de Calgary avant d'être étendue, le cas échéant, à d'autres régions de la province.</p>
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux immigrants • Personnes à faible revenu • Personnes vivant dans des collectivités rurales 	<ul style="list-style-type: none"> • Des coordonnateurs pour le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal sont régulièrement présents lors de différentes manifestations et activités auxquelles participent les populations mal desservies. Voici quelques exemples : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'Open Door Society (ODS) est une organisation à but non lucratif implantée à Regina et à Saskatoon, qui fournit des services d'établissement et d'intégration aux réfugiés et aux immigrants. L'ODS entend répondre aux besoins des nouveaux arrivants en leur proposant des programmes et des services leur permettant d'atteindre leurs objectifs et de participer pleinement à la vie de la collectivité dans son ensemble. Les coordonnateurs forment également les immigrants en matière de dépistage. Des interprètes peuvent assister à ces séances pour assister les immigrants. Les diapositives PowerPoint comprennent de nombreuses images afin de veiller à ce que les immigrants puissent comprendre leur contenu. ○ Global Gathering Place (GGP), un centre d'accueil à but non lucratif, fournit des services aux immigrants et aux réfugiés à Saskatoon. Il aide les nouveaux arrivants à s'adapter à la vie au Canada en leur offrant du soutien et des services d'amélioration des compétences, en les acceptant et en leur proposant un environnement accueillant. ○ La Saskatchewan a mis en place une unité mobile de santé du Nord qui parcourt la partie nord de la province pour informer certains groupes de l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein. À l'heure actuelle, la sensibilisation constitue la principale stratégie. Il peut notamment s'agir des Premières Nations, des nouveaux immigrants, des personnes à faible revenu et des personnes vivant dans des collectivités rurales. • Le Saskatchewan International Physician Practice Assessment (SIPPA), un programme d'évaluation des compétences « de préparation à la pratique » en Saskatchewan, a été mis en place en 2011 afin de

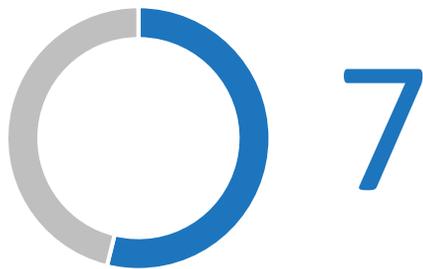
Populations ciblées		Stratégies d'amélioration de la participation
		<p>garantir que les médecins formés à l'étranger qui souhaitent exercer la médecine en Saskatchewan possèdent les compétences et les connaissances cliniques appropriées pour fournir des soins de qualité aux patients. Les coordonnateurs discutent des programmes de dépistage avec ce groupe de médecins qui seront amenés à rencontrer des membres de populations mal desservies dans le cadre de leur pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conférences de FSS. Les coordonnateurs sont invités à des conférences pour animer un kiosque ou organiser une séance de formation. Les FSS travaillent ensuite eux-mêmes directement avec les populations mal desservies dans le cadre de leur pratique.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux immigrants • Personnes vivant dans des collectivités rurales 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec les cliniques travaillant avec des groupes vulnérables et difficiles à atteindre en leur fournissant des trousse de prélèvement; présentations destinées à des groupes communautaires; participation à des cliniques de vaccination contre la grippe. • Création d'activités sur mesure pour des populations particulières : modification des instructions des tests, sensibilisation des patients, remise de tests de RSOS à domicile et recrutement d'un étudiant universitaire d'été ayant assuré le suivi des personnes n'ayant pas effectué leur test, etc. • Promotion active des services d'interprétariat, et traduction d'une majorité de ressources en 18 langues. • Partenariat avec le <i>programme Underserved Populations Program (UPP) d'Action cancer Manitoba</i> qui cible les populations mal desservies, et dont le mandat est d'aider les personnes qui, en raison de contraintes géographiques, linguistiques, culturelles ou autres, ont des difficultés à se soumettre à un dépistage du cancer ou à recevoir un traitement. Le programme assiste les patients qui doivent faire face à des difficultés supplémentaires, il met en place des relations au sein des collectivités mal desservies, il forme et soutient les FSS sur les enjeux relatifs à l'équité en matière santé, et il traite des problèmes qui créent des obstacles ou des retards à l'échelle du système. • La province a financé des postes d'agents de liaison communautaire en vue de promouvoir la sensibilisation au dépistage et la prévention au sein des collectivités rurales et éloignées. ColonCheck travaille actuellement en partenariat avec ces agents de liaison communautaire dans le Nord du Manitoba, en vue de mettre au point des initiatives de distribution de trousse de manière plus efficace et de mieux sensibiliser les populations vivant au sein de collectivités difficiles d'accès.

	Populations ciblées	Stratégies d'amélioration de la participation
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu Personnes vivant dans des collectivités rurales 	<ul style="list-style-type: none"> L'Ontario dispose de deux autobus mobiles offrant des services de dépistage du cancer, l'un dans la région du nord-ouest et l'autre dans la région de Hamilton Niagara Haldimand Brant. Les Ontariens admissibles peuvent y retirer des trousse de RSOS. Action Cancer Ontario a mené à bien des projets pilotes visant à améliorer la participation au dépistage du cancer colorectal et continue de soutenir la recherche sur les populations mal desservies, en particulier les collectivités des Premières Nations.
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Nouveaux immigrants Personnes à faible revenu Personnes vivant dans des collectivités rurales 	<ul style="list-style-type: none"> Les membres des populations mal desservies reçoivent une invitation par courrier et ont accès, en cas de questions, à un numéro d'appel sans frais. Les agents de Télé-Soins peuvent avoir recours à une ressource multilingue lorsqu'ils répondent à des personnes qui ne parlent ni l'anglais ni le français.

Populations LGBTQ2+

Le matériel promotionnel du programme ontarien ContrôleCancerColorectal comprend du matériel à l'attention des personnes LGBTQ2+, diffusé par l'intermédiaire des programmes régionaux de cancérologie sur diverses plateformes (notamment Facebook, Twitter, des affiches, etc.)

Amélioration de l'expérience des participants au programme de dépistage



Les provinces et les territoires canadiens ont mis en œuvre des stratégies visant à améliorer l'expérience des participants

Certaines provinces ont mis en place des stratégies visant à améliorer l'expérience des participants au dépistage. Certaines de ces stratégies incluent le recours à des infirmières-pivots, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, l'élaboration de ressources, etc.

Tableau 17 : Stratégies d'amélioration de l'expérience des participants au dépistage du cancer colorectal au Canada

Stratégies d'amélioration de l'expérience des participants	
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Des stratégies ont été mises en œuvre.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Les intervenants-pivots effectuent les évaluations et prennent les rendez-vous en coloscopie pour environ 50 % des participants. En 2017, la Saskatchewan a fusionné 13 régions de santé en une seule, et prévoit d'étendre le recours aux intervenants-pivots pour l'ensemble de la clientèle du programme d'ici 2020.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Le programme de dépistage compte, parmi son personnel, une infirmière praticienne et un agent d'orientation en cas de résultat anormal. En 2017, le programme a intégré une enquête de satisfaction envoyée à tous les participants ayant eu un résultat anormal, afin de mesurer leur satisfaction à l'égard du programme, de l'orientation en vue d'un suivi et de l'expérience lors de ce suivi.
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Certaines régions ont mis en place des programmes d'évaluation diagnostique (PED) dans certains hôpitaux afin d'appuyer le suivi en cas de résultat anormal. Les PED sont des équipes de soins multidisciplinaires comprenant un intervenant-pivot qui fournit des services de soutien et de diagnostic au sein d'un environnement axé sur le patient. Ces équipes visent à améliorer la coordination des soins prodigués aux patients, de l'orientation au diagnostic définitif ou à l'exclusion du diagnostic de cancer. La structure et l'organisation de ces programmes ont été définies à partir de données probantes provenant d'un examen systématique. Cependant, la mise en œuvre de chaque PED varie (par exemple en matière de critères d'entrée) en raison de facteurs tels que les ressources régionales et l'emplacement géographique. Les lieux proposant des sigmoïdoscopies à sonde souple effectuées par du personnel infirmier autorisé en Ontario réalisent régulièrement, depuis 10 ans, des enquêtes sur la satisfaction des patients, et s'appuient sur les résultats de ces enquêtes pour améliorer l'expérience des patients. ContrôleCancerColorectal a mis en place une série de lettres comprenant des lettres d'invitation, de rappel et de résultat. Le programme a mené des projets pilotes ainsi que des études de recherche qualitative sur ces lettres pour personnaliser au mieux les messages adressés aux patients et pour améliorer la participation au dépistage. Les messages personnalisés informent les participants de l'importance du dépistage et les invitent clairement à agir. En 2017, Action Cancer Ontario a organisé un sommet sur les écarts en matière de participation auquel ont assisté des spécialistes du dépistage du cancer, des chercheurs et des administrateurs afin de formuler des recommandations visant à accroître les taux de dépistage du cancer chez les personnes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant ou chez celles n'ayant jamais subi de dépistage. Pour en savoir plus, veuillez consulter ici (en anglais) un résumé de ce sommet. Action Cancer Ontario s'emploie également à remplacer le test au gaïac (TFg) par le test fécal immunochimique (TFi) dans le cadre de la RSOS. Grâce à la conception du programme ContrôleCancerColorectal, nous avons adopté une approche centrée sur les patients afin de garantir qu'ils seront en mesure d'effectuer leur TFi. Nous avons, par exemple, créé des instructions très claires, comportant essentiellement des images, qui décrivent la façon d'effectuer ces tests afin de faciliter la compréhension et l'apprentissage dans différentes langues, ainsi que pour aider les personnes peu habituées à lire des contenus sur la santé. Nous élaborons également, à l'heure actuelle, des comptes rendus de résultats non satisfaisants qui expliquent aux patients, de façon détaillée, les raisons pour lesquelles leur test a été rejeté ou déclaré non valide, et ce qu'ils devront faire lors de leur prochain TFi pour éviter ces problèmes.

Stratégies d'amélioration de l'expérience des participants	
	<ul style="list-style-type: none"> • En préparation de la mise en œuvre des TFi en Ontario, Action Cancer Ontario a mis sur pied un groupe d'experts cliniques dont le travail est d'orienter les programmes régionaux de cancérologie ou les établissements intéressés à constituer des comités d'évaluation des polypes, afin d'assurer un traitement optimal des patients présentant des polypes complexes et de réduire le nombre de résections chirurgicales inutiles. • Le Quality Management Partnership (partenariat pour la gestion de la qualité) pour la coloscopie élabore actuellement une fiche d'information à l'intention des patients décrivant la préparation intestinale requise. Il s'agit d'un guide de décision décrivant visuellement la logique des régimes de préparation intestinale. Cette fiche d'information aidera également les médecins traitants à communiquer des renseignements sur la préparation intestinale aux patients qu'ils orientent en coloscopie. • Le Quality Management Partnership pour la coloscopie élabore également un modèle relatif au congé des patients ayant subi une coloscopie, qui permet aux endoscopistes de leur fournir par écrit des instructions normalisées à suivre à leur retour chez eux.
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel infirmier du programme de dépistage du cancer du côlon appelle les participants ayant obtenu un résultat positif au TFi pour les inviter à effectuer une évaluation avant la coloscopie, pour coordonner directement leur orientation vers les endoscopistes associés au programme et pour prendre les rendez-vous de coloscopie.
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • L'une des infirmières dûment formées au dépistage du programme communique personnellement avec les participants ayant obtenu un résultat anormal au TFi. Elle effectue une évaluation avant la coloscopie et informe les participants sur la manière de se préparer à une coloscopie et sur ce à quoi ils doivent s'attendre lors de l'examen.
T.- N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme est doté de personnel infirmier qui coordonne le suivi des personnes ayant obtenu un résultat positif au TFi, afin de les aider à s'y retrouver au sein du système pour effectuer la coloscopie de suivi.

Références

1. Partenariat canadien contre le cancer. (2013, décembre). *Dépistage du cancer colorectal au Canada : rapport sur le rendement et les résultats des programmes, janvier 2009 à décembre 2011*. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer.
2. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2016, 15 mars). *Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care*. *CMAJ*, 188(5), 340-348.
3. Leddin, D. et coll. (2004). Association canadienne de gastroentérologie et Fondation canadienne de la santé digestive : *Guidelines on colon cancer screening*. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 18(2), 93-99.
4. National Cancer Institute. (n. d.) *Genetics of Colorectal Cancer (PDQ®)—Health Professional Version*. Tiré de (en anglais seulement) : <https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colorectal-genetics-pdq#section/all>.
5. Hutchinson, P., Tobin, P., Muirhead, A. et Robinson, N. (2018). *Closing the gaps in cancer screening with First Nations, Inuit and Métis populations: A narrative literature review*. *Journal of Indigenous wellbeing Te Mauri – Pimatisiwin*, 3(1), 3-17.
6. Partenariat canadien contre le cancer. (2017). *Screening in Underserved Populations to Expand Reach (SUPER): Summary Findings for Low-Income Populations in Canada*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.



PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE **CANCER**



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST **CANCER**