

Dépistage du cancer colorectal au Canada

CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER



PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER

Analyse de l'environnement





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 de dépistage du cancer colorectal.
- Cette analyse résume les données recueillies auprès des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage et vise à fournir des renseignements sur leurs politiques et leurs pratiques.



Aperçu de la présentation

- Programmes et lignes directrices de dépistage du cancer colorectal au Canada
 - Déroulement d'un programme de dépistage du cancer colorectal
 - État des programmes de dépistage du cancer colorectal
 - Lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
 - Lignes directrices provinciales et territoriales de dépistage
- Stratégies de recrutement et de fidélisation pour le dépistage du cancer colorectal
- Renseignements sur les tests fécaux
- Suivi diagnostique après un résultat anormal
- Recommandations de dépistage pour les personnes présentant un risque accru



Programmes et lignes directrices de dépistage du cancer colorectal

Des programmes de dépistage organisé du cancer colorectal sont offerts au Canada aux personnes à risque moyen et asymptomatiques, c'est-à-dire qui ne présentent ni signes ni symptômes de la présence d'un cancer colorectal. Toutes les provinces ainsi que le Yukon offrent à ce jour des programmes de dépistage organisé. Aucun programme de ce type n'est offert dans les Territoires du Nord-Ouest. Le Nunavut planifie actuellement l'élaboration de programmes de dépistage du cancer colorectal. Là où il n'existe pas de programme de dépistage organisé, un fournisseur de soins primaires (FSP) peut offrir des services de dépistage opportuniste.



Programmes et lignes directrices de dépistage du cancer colorectal – Points saillants

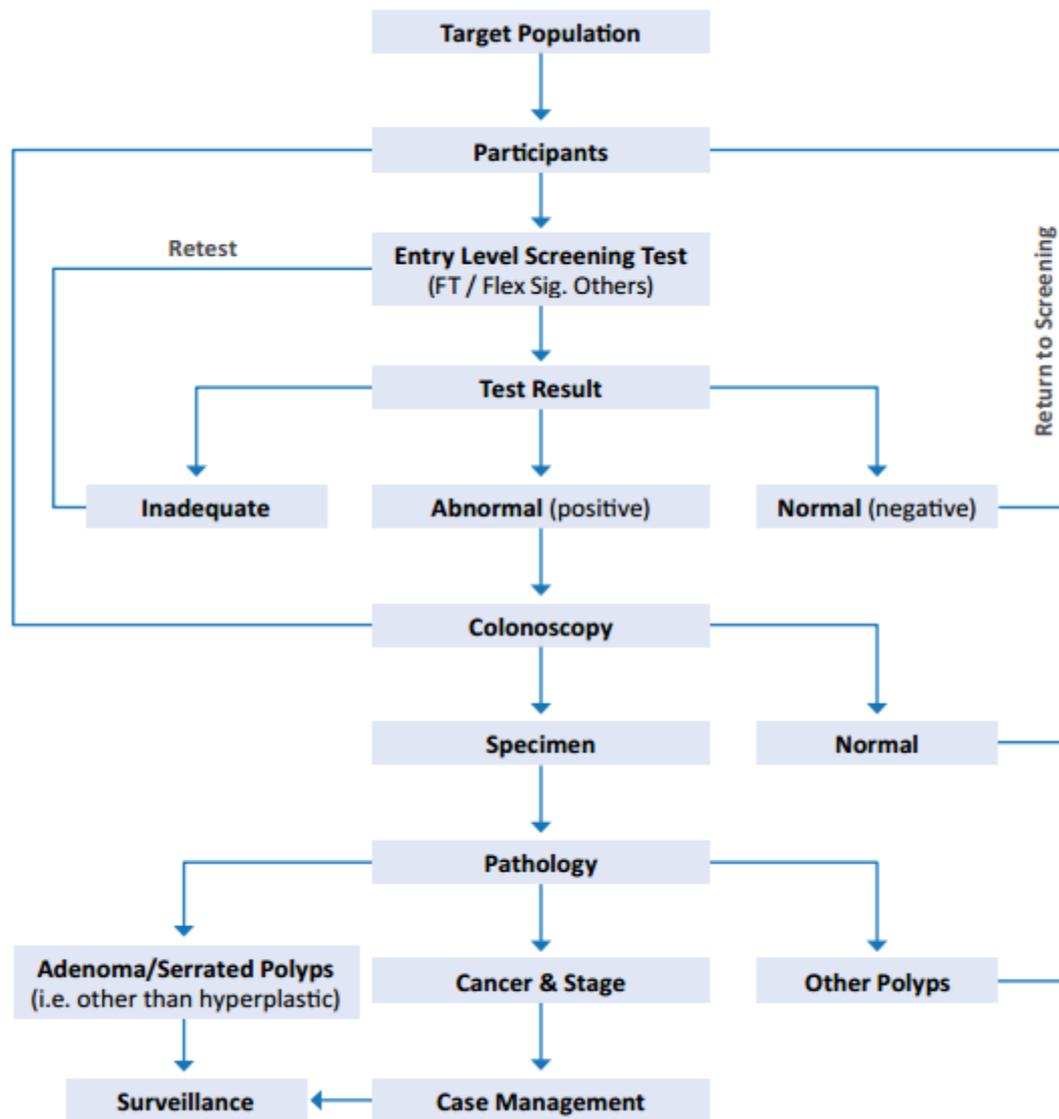
État des programmes de dépistage du cancer colorectal (voir diapositives 7 et 8)

- Huit provinces et un territoire ont mis en œuvre intégralement des programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada. C'est l'Alberta qui a lancé la première un tel programme en mars 2007, tandis que le dernier en date a été lancé en décembre 2016 par le Yukon. Le programme de dépistage du cancer colorectal au Nouveau-Brunswick, mis en œuvre en novembre 2014, couvre 60 % de la population cible. Le Québec a également commencé la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer colorectal. À l'heure actuelle, il n'existe aucun programme de dépistage organisé du cancer colorectal dans les Territoires du Nord-Ouest, et des plans sont en cours pour l'élaboration d'un tel programme au Nunavut.

Lignes directrices provinciales et territoriales de dépistage du cancer colorectal (voir diapositives 11 et 12)

- Les provinces et les territoires offrent un dépistage du cancer colorectal aux personnes asymptomatiques, présentant un risque moyen, âgées de 50 à 74 ou 75 ans, sur une base annuelle à bisannuelle, en utilisant une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS), comme les tests au gâïac (TFg) et les tests immunochimiques (TFi). La plupart des programmes provinciaux fonctionnent sur la base d'un intervalle de deux ans entre deux examens de dépistage, alors que les Territoires du Nord-Ouest et l'Alberta préconisent un intervalle allant de un à deux ans.

Déroulement d'un programme de dépistage du cancer colorectal





État des programmes de dépistage du cancer colorectal

	Date de lancement du programme	État du programme au 1 ^{er} janvier 2017	Nom du programme	Organisme chargé de l'administration du programme
Nunavut (Nt)	Pas de programme de dépistage organisé à ce jour, mais des plans sont en cours			
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	Pas de programme de dépistage organisé			
Yukon (Yn)	Décembre 2016	Programme territorial complet	ColonCheck Yukon	Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
Colombie-Britannique (C.-B.)	Pilote en 2009; généralisation en novembre 2013	Programme provincial complet	Programme de dépistage du cancer du côlon	BC Cancer Agency
Alberta (Alb.)	Mars 2007	Programme provincial complet	Programme de dépistage du cancer colorectal de l'Alberta (ACRCSP)	Alberta Health Services (AHS)
Saskatchewan (Sask.)	20 janvier 2009	Programme provincial complet	Programme de dépistage du cancer colorectal	Saskatchewan Cancer Agency
Manitoba (Man.)	Avril 2007	Programme provincial complet	ColonCheck	Action cancer Manitoba
Ontario (Ont.)	Mars 2008	Programme provincial complet	ContrôleCancerColorectal	Action Cancer Ontario

État des programmes de dépistage du cancer colorectal, suite



	Date de lancement du programme	État du programme au 1 ^{er} janvier 2017	Nom du programme	Organisme chargé de l'administration du programme
Québec (Qc)	S. O.	En cours de mise en œuvre (dépistage opportuniste offert par l'entremise d'un médecin)	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	Novembre 2014	Programme partiel en cours d'expansion; à l'heure actuelle, invitation de 60 % de la population ciblée	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.)	1 ^{er} avril 2009	Programme provincial complet	Programme de prévention du cancer du côlon	Cancer Care Nova Scotia Programme de soins du cancer de la Nova Scotia Health Authority)
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	Avril 2011	Programme provincial complet	Programme de dépistage du cancer colorectal de l'Î.-P.-É.	Santé Î.-P.-É.
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	19 mars 2010	Programme provincial complet	Programme de dépistage du cancer du côlon de Terre-Neuve-et-Labrador	Eastern Health, Programme de soins du cancer

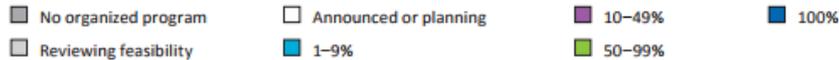
S. O. = Sans objet

Disponibilité des programmes de dépistage du cancer colorectal



Colorectal cancer screening program availability over time

% of the population for whom organized CRC programs were available



July 2016



Data source: Colorectal Cancer Screening Guidelines Across Canada: Environmental Scan, March 2013; Colorectal Cancer Screening Guidelines Across Canada: Environmental Scan, August 2014; National Colorectal Cancer Screening Network Report Survey; July 2016.



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

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP) recommande le dépistage du cancer colorectal chez les personnes présentant un risque moyen, âgées de 50 à 74 ans, par RSOS (TFg ou TFi) tous les deux ans, ou par sigmoïdoscopie à sonde souple tous les dix ans.

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

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

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site :

<http://canadiantaskforce.ca/>

Lignes directrices provinciales et territoriales de dépistage du cancer colorectal

Pour les personnes asymptomatiques présentant un risque moyen :

	Âge de début	Intervalle	Âge de fin	Méthode principale de dépistage (TFg, TFi, les deux ou sigmoïdoscopie à sonde souple)
Nt*	50 ans	Bisannuel	74 ans	En cours d'examen
T.N.-O.*	50 ans	Annuel à bisannuel	74 ans	TFi
Yn	50 ans	Bisannuel	74 ans	TFi
C.-B.	50 ans	Bisannuel	74 ans	TFi
Alb.	50 ans	Annuel à bisannuel	75 ans	TFi
Sask.	50 ans	Bisannuel	75 ans	TFi
Man.	50 ans	Bisannuel	75 ans	TFg
Ont.	50 ans	Bisannuel	74 ans	TFg**

* Le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest n'offrent pas de programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Les réponses concernent le dépistage opportuniste.

** En Ontario, les personnes âgées de 50 à 74 ans ne présentant pas d'antécédents familiaux de cancer colorectal qui choisissent de subir un dépistage par sigmoïdoscopie à sonde souple doivent passer cet examen tous les dix ans.



Lignes directrices provinciales et territoriales de dépistage du cancer colorectal, suite

Pour les personnes asymptomatiques présentant un risque moyen :

	Âge de début	Intervalle	Âge de fin	Méthode principale de dépistage (TFg, TFi, les deux ou sigmoïdoscopie à sonde souple)
Qc	50 ans	Bisannuel	74 ans	TFi
N.-B.	50 ans	Bisannuel	74 ans	TFi
N.-É.	50 ans	Bisannuel	74 ans	TFi
Î.-P.-É.	50 ans	Bisannuel	74 ans	TFi
T.-N.-L.	50 ans	Bisannuel	74 ans	TFi



Stratégies de recrutement et de fidélisation pour le dépistage du cancer colorectal

Les programmes de dépistage organisé du cancer colorectal gèrent des stratégies de recrutement, de rappel et de promotion pour inviter les personnes admissibles à subir un dépistage conformément aux lignes directrices. Les stratégies et les méthodes de recrutement varient d'un océan à l'autre : il peut notamment s'agir d'une recommandation d'un médecin, d'une demande d'accès direct ou d'un envoi de lettres. Il est également possible d'adresser aux personnes admissibles des rappels, par courrier, par téléphone ou par courriel, afin de maximiser le taux de participation.



Stratégies de recrutement et de fidélisation pour le dépistage du cancer colorectal – Points saillants

Méthodes de recrutement et de fidélisation pour le dépistage du cancer colorectal (voir diapositives 15 à 18)

- De nombreux programmes recrutent des participants en offrant un dépistage du cancer colorectal par TFi. Il existe diverses méthodes de recrutement mises en œuvre dans les différentes régions du Canada : plusieurs provinces exigent une recommandation d'un médecin avant de distribuer une trousse de TFi; d'autres en distribuent une aux personnes admissibles, jointe à une lettre d'invitation ou après l'envoi d'une telle lettre; enfin, dans le cadre de certains programmes de dépistage, les personnes peuvent obtenir ces troussees en communiquant directement avec le programme.
- L'utilisation du site Web du programme pour publier des renseignements promotionnels, l'envoi de correspondances liées au programme (par exemple un dépliant avec les comptes rendus des résultats), la production de ressources pédagogiques à l'intention du public et des fournisseurs de soins de santé (FSS), les campagnes marketing (par exemple le mois du cancer du côlon), les messages dans les médias, les lettres d'information et la publicité radiophonique ou imprimée constituent quelques-unes des stratégies promotionnelles des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer colorectal.
- De nombreux programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer colorectal envoient une lettre de rappel deux ans après l'obtention d'un résultat normal.



Méthodes de recrutement et de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal

Quelles sont les stratégies de recrutement et de fidélisation utilisées par votre programme de dépistage du cancer colorectal?

	Comment le programme de dépistage recrute-t-il les participants?					Stratégie promotionnelle	Stratégie de rappel en l'absence de réponse	Méthode de rappel après un résultat normal
	Recommandation d'un médecin*	Accès direct* *	Accès direct en pharmacie*	Lettre d'invitation envoyée par la poste (lorsqu'une trousse est envoyée simultanément, veuillez le préciser)	Autre (veuillez préciser)			
Nt	Pas de programme de dépistage organisé à ce jour, mais des plans sont en cours							
T.N.-O.	Pas de programme de dépistage organisé							
Yn	✓	----	----	----	----	Site Web du programme, page Facebook, ressources promotionnelles et pédagogiques pour les FSS et les patients; campagnes du programme; visites locales	Méthodes de rappel actuellement à l'étude	Lettre de rappel envoyée tous les deux ans aux FSP et aux participants pour lesquels la date de dépistage est arrivée
C.-B.	✓	----	----	----	----	Site Web du programme, ressources promotionnelles et pédagogiques pour les FSS et les patients	----	Lettre de rappel envoyée tous les deux ans aux FSP et aux participants pour lesquels la date de dépistage est arrivée

* Recommandation d'un médecin : c'est le médecin qui oriente la personne vers le programme de dépistage du cancer colorectal.

** Accès direct : la personne communique directement avec le programme de dépistage du cancer colorectal pour y participer.

* Accès direct en pharmacie : la personne récupère une trousse pour test fécal dans une pharmacie.

---- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.

Méthodes de recrutement et de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal, suite

Quelles sont les stratégies de recrutement et de fidélisation utilisées par votre programme de dépistage du cancer colorectal?

	Comment le programme de dépistage recrute-t-il les participants?					Stratégie promotionnelle	Stratégie de rappel en l'absence de réponse	Méthode de rappel après un résultat normal
	Recommandation d'un médecin*	Accès direct**	Accès direct en pharmacie†	Lettre d'invitation envoyée par la poste (lorsqu'une trousse est envoyée simultanément, veuillez le préciser)	Autre (veuillez préciser)			
Alb.	✓ (Méthode principale)	Non	Non	Non	Non	Site Web du programme, ressources promotionnelles et éducatives pour les FSS et le public, campagnes marketing du programme	----	----
Sask.	✓	✓ (Téléphone)	----	✓ (Méthode principale)	----	Site Web du programme, ressources promotionnelles et pédagogiques pour les FSS et le public, publicité imprimée et radiophonique	Lettre de rappel envoyée 9 semaines après l'invitation	Lettre de rappel envoyée tous les 2 ans à la population cible
Man.	✓	✓ (Téléphone, courriel, en personne, demande en ligne)	----	✓ (Méthode principale)	Patientes se présentant à une visite de dépistage du cancer du sein	Lettres envoyées par la poste, campagnes publicitaires et manifestations destinées au public, promotion du dépistage combiné (GetChecked Manitoba), Web et médias sociaux, formation et manifestations pour les FSS	Lettre de rappel envoyée 56 jours après le test	Lettre de rappel envoyée 2 ans après le test

* Recommandation d'un médecin : c'est le médecin qui oriente la personne vers le programme de dépistage du cancer colorectal.

** Accès direct : la personne communique directement avec le programme de dépistage du cancer colorectal pour y participer.

† Accès direct en pharmacie : la personne récupère une trousse pour test fécal dans une pharmacie.

---- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.

Méthodes de recrutement et de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal, suite

Quelles sont les stratégies de recrutement et de fidélisation utilisées par votre programme de dépistage du cancer colorectal?

	Comment le programme de dépistage recrute-t-il les participants?					Stratégie promotionnelle	Stratégie de rappel en l'absence de réponse	Méthode de rappel après un résultat normal
	Recommandation d'un médecin*	Accès direct**	Accès direct en pharmacie [†]	Lettre d'invitation envoyée par la poste (lorsqu'une trousse est envoyée simultanément, veuillez le préciser)	Autre (veuillez préciser)			
Ont.	✓ (Méthode principale)	✓ *	✓ (Pour les patients sans FSP)	✓	* L'accès direct est offert aux patients n'ayant pas de FSP en appelant Télésanté Ontario et par l'intermédiaire des services mobiles	Campagnes publicitaires visant le public, campagnes de formation des FSS	Lettre de rappel envoyée 4 mois après l'invitation (si aucun dépistage n'a eu lieu)	Lettre de rappel envoyée 2 ans après le test
Qc	✓ (Accès possible à un dépistage opportuniste)	----	----	✓ (Pour les participants du programme)	----	Campagne pédagogique publique tenue en mars 2017. L'information est disponible sur le portail du MSSS.	----	Lettre de rappel envoyée tous les 2 ans à la population cible (participants du programme)
N.-B.	S. O.	S. O.	S. O.	✓ (Invitation par le programme; TFi offert dans le cadre du programme)	----	Campagnes promotionnelles et pédagogiques à l'intention des FSS, des professionnels et du public	Le programme envoie des lettres de rappel 12 semaines après la 1 ^{re} invitation	Lettre de rappel envoyée 2 ans après la date du dernier résultat négatif

* Recommandation d'un médecin : c'est le médecin qui oriente la personne vers le programme de dépistage du cancer colorectal.

** Accès direct : la personne communique directement avec le programme de dépistage du cancer colorectal pour y participer.

[†] Accès direct en pharmacie : la personne récupère une trousse pour test fécal dans une pharmacie.

---- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.

S. O. = Sans objet

Méthodes de recrutement et de fidélisation des programmes de dépistage du cancer colorectal, suite

Quelles sont les stratégies de recrutement et de fidélisation utilisées par votre programme de dépistage du cancer colorectal?

	Comment le programme de dépistage recrute-t-il les participants?					Stratégie promotionnelle	Stratégie de rappel en l'absence de réponse	Méthode de rappel après un résultat normal
	Recommandation d'un médecin*	Accès direct**	Accès direct en pharmacie'	Lettre d'invitation envoyée par la poste (lorsqu'une trousse est envoyée simultanément, veuillez le préciser)	Autre (veuillez préciser)			
N.-É.	----	----	----	✓ (Envoi d'une lettre d'invitation à l'entrée dans le programme (personnes âgées de 50 ans ou nouvellement installées dans la province), puis d'une trousse de TFi)	----	Ressources promotionnelles pour le public, formation pour les professionnels de la santé	Non	Lettre de rappel et trousse de TFi envoyées tous les 2 ans
Î.-P.-É.	✓	✓ (Ligne sans frais)	----	✓ (Après l'envoi de la lettre d'invitation, les participants appellent pour commander une trousse de TFi ou la récupérer au cabinet de leur médecin)	----	Mois du cancer du côlon, avec notamment des messages publicitaires à l'intention du public : imprimés, sur le Web, à la télévision et à la radio. On distribue avec le compte rendu des résultats de TFi, un dépliant sur le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal.	----	Lettre de rappel envoyée tous les 2 ans une fois que la personne a passé un TFi
T.-N.-L.	✓	✓	----	----	Orientation par l'intermédiaire des centres de dépistage du cancer du sein	Ressources promotionnelles pour le public (radiophoniques, imprimés et Web), médias et publicité	Lettre de rappel envoyée 8 semaines après l'envoi par la poste de la trousse de TFi	----



* Recommandation d'un médecin : c'est le médecin qui oriente la personne vers le programme de dépistage du cancer colorectal.

** Accès direct : la personne communique directement avec le programme de dépistage du cancer colorectal pour y participer.

' Accès direct en pharmacie : la personne récupère une trousse pour test fécal dans une pharmacie.

---- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.



Renseignements sur l'utilisation des tests fécaux comme méthode de dépistage du cancer colorectal

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

Renseignements sur l'utilisation des tests fécaux comme méthode de dépistage du cancer colorectal – Points saillants



Modalités détaillées de prélèvement pour le TFg utilisé comme examen de dépistage initial (voir diapositive 21)

- Seules deux provinces, le Manitoba et l'Ontario, utilisent actuellement un TFg comme méthode de dépistage du cancer colorectal, offrant ce test aux personnes admissibles tous les deux ans. Au Canada, le nombre de laboratoires susceptibles de traiter les résultats varie d'un laboratoire au Manitoba à six laboratoires en Ontario. Hemocult II SENSEA, au Manitoba, et Hema-screen, en Ontario, font partie des marques de TFg utilisées.

Modalités détaillées de prélèvement pour le TFi utilisé comme examen de dépistage initial (voir diapositives 22 et 23)

- Huit provinces et deux territoires utilisent un TFi comme méthode de dépistage initial du cancer colorectal, l'offrant à une fréquence maximale de deux ans. Les marques de TFi les plus fréquemment utilisées au Canada sont Alere (quatre provinces et un territoire) et Polymedco (trois provinces). Pour le TFi, la plupart des provinces et des territoires demandent une méthode de prélèvement à un seul échantillon, tandis qu'une province et un territoire recueillent deux échantillons. Le seuil de positivité pour un TFi varie selon la région du Canada de 75 ng/ml dans les Territoires du Nord-Ouest à ≥ 175 ng/ml au Québec. Le nombre de laboratoires susceptibles de traiter les résultats d'un TFi varie d'un laboratoire dans six provinces et un territoire à cinq laboratoires dans une province.



Modalités détaillées de prélèvement pour le TFg utilisé comme examen de dépistage initial

Votre programme utilise-t-il le TFg comme méthode de dépistage initial?
Dans l'affirmative, quelles sont les modalités détaillées de prélèvement pour ce test?

	Marque	Nombre d'échantillons et nombre de selles (p. ex., xx échantillons de yy selles)	Nombre de laboratoires de traitement des résultats des tests
Nt	En cours d'examen		
Man.	Hemocult II SENSА	2 échantillons sur 3 selles	1 laboratoire
Ont.	Hema-screen	2 échantillons sur 3 selles	6 laboratoires (7 centres de test)



Modalités détaillées de prélèvement pour le TFi utilisé comme examen de dépistage initial

Votre programme utilise-t-il le TFi comme méthode de dépistage initial? Dans l'affirmative, quelles sont les modalités détaillées de prélèvement pour ce test?

	Marque du TFi	Nombre d'échantillons et nombre de selles (p. ex., xx échantillons de yy selles)	Seuil de positivité du TFi	Seuil de positivité du TFi (en µg d'Hb/g)	Nombre de laboratoires de traitement des résultats des tests	Commentaires supplémentaires
T.N.-O.*	Hemocult ICT	2 échantillons sur une selle	75 ng/ml	S. O.	2 laboratoires (Stanton et Inuvik)	Dépistage opportuniste uniquement
Yn	Alere	1 échantillon sur une selle	> 100 ng/ml	S. O.	1 laboratoire (hôpital général de Whitehorse)	Trousses disponibles dans tous les centres des laboratoires, dans les cliniques et dans les centres de santé communautaire; le programme reçoit des résultats de TFi quantitatifs (valeurs numériques); les FSS reçoivent les résultats sous la forme de résultat « positif » ou « négatif » (pas de valeurs numériques)
C.-B.	Alere	1 échantillon sur une selle	≥ 50ng/ml = résultat anormal	S. O.	5 instruments en C.-B. Les troussees peuvent être récupérées dans tous les laboratoires privés et publics de la province	----
Alb.	Polymedco	1 échantillon sur une selle	≥ 75 ng/ml = résultat anormal	15 µg d'Hb/g	2 laboratoires (Calgary et Edmonton)	Le programme reçoit des résultats de TFi quantitatifs (valeurs numériques et seuils)

* Les Territoires du Nord-Ouest n'offrent pas de programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Les réponses concernent le dépistage opportuniste.

---- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.

S. O. = Sans objet



Modalités détaillées de prélèvement pour le TFi utilisé comme examen de dépistage initial, suite

Votre programme utilise-t-il le TFi comme méthode de dépistage initial?
 Dans l'affirmative, quelles sont les modalités détaillées de prélèvement pour ce test?

	Marque du TFi	Nombre d'échantillons et nombre de selles (p. ex., xx échantillons de yy selles)	Seuil de positivité du TFi	Seuil de positivité du TFi (en µg d'Hb/g)	Nombre de laboratoires de traitement des résultats des tests	Commentaires supplémentaires
Sask.	Polymedco	1 échantillon sur une selle	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hb/g	1 laboratoire	----
Qc	Somagen	----	≥ 175 ng/ml	----	1 laboratoire	----
N.-B.	Polymedco	1 échantillon sur une selle	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hb/g	1 laboratoire	----
N.-É.	Alere	1 échantillon sur une selle	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hb/g	1 laboratoire	----
Î.-P.-É.	Alere	1 échantillon par selle sur 2 selles	≥ 100 ng/ml	20 µg d'Hb/g	1 laboratoire	Résultat anormal si 1 échantillon dépasse le seuil de positivité Étude de validation en 2012 → maintien du seuil de positivité des TFi à 100 ng
T.-N.-L.	Alere	2 échantillons sur 2 selles	≥ 100 ng/ml	10 µg d'Hb/g	1 laboratoire	Étude de validation en 2011 comparant TFi, TFG et coloscopie

---- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.



Suivi diagnostique après un résultat de test fécal anormal

Les personnes pour lesquelles le test fécal donne des résultats anormaux en sont informées et sont invitées à un suivi diagnostique, le plus souvent 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 rapide. Il est important de surveiller la qualité de la coloscopie pour maximiser les avantages du dépistage.



Suivi diagnostique après un résultat de test fécal anormal – Points saillants

Suivi à la suite d'un résultat de test fécal anormal (voir diapositives 27 et 28)

- Les programmes de dépistage du cancer colorectal effectuent un suivi auprès des personnes dont le test fécal a produit des résultats anormaux (positifs). Huit provinces envoient des comptes rendus des résultats après un test fécal anormal à la personne et à son FSP. D'autres envoient ce type de document uniquement à la personne ou uniquement au FSP; sept provinces communiquent également avec la personne par téléphone.

Processus de suivi après un résultat anormal (voir diapositives 29 et 30)

- Les processus de communication de résultats anormaux à la personne ou à son FSP varient selon les régions. Certaines provinces ont mis en place des systèmes coordonnés dans le cadre desquels un administrateur de programme, une infirmière-pivot ou un coordonnateur des patients communique avec la personne, son FSP ou les deux pour prendre rendez-vous pour une coloscopie. D'autres communiquent directement avec les FSP par l'intermédiaire de bases de données centralisées ou de processus d'orientation leur permettant de prendre rendez-vous pour une coloscopie de suivi, ainsi qu'avec les personnes par le biais des bases de données du programme ou par téléphone.

Rappel après un résultat de test fécal anormal et un résultat de coloscopie négatif (voir diapositive 31)

- Les recommandations en matière de rappels varient lorsqu'une personne a obtenu des résultats anormaux à son test fécal, mais que ses résultats de coloscopie sont négatifs. Toutes les provinces et un territoire rappellent les personnes pour des TFi, après deux ans pour deux provinces, après cinq ans pour deux autres provinces et après dix ans pour cinq autres provinces et un territoire. Le Manitoba et l'Ontario rappellent les personnes à des intervalles différents et utilisent des TFg et des TFi : après cinq ans au Manitoba et après dix ans en Ontario.

Suivi après un résultat de test fécal anormal

Comment les personnes sont-elles informées d'un résultat de test fécal anormal?

	À qui envoie-t-on le compte rendu des résultats?			Autre méthode utilisée (p. ex., appel téléphonique ou courriel) et destinataire(s) du message	Commentaires supplémentaires
	FSP* uniquement	Personne ** uniquement	FSP et personne		
Nt	Pas de programme de dépistage organisé à ce jour, mais des plans sont en cours. En ce qui concerne les dépistages opportunistes, les résultats sont envoyés aux FSP qui effectuent le suivi avec leurs patients.				
T.N.-O.	Pas de programme de dépistage organisé				
Yn	✓	----	----	----	C'est le FSP qui communique avec ses patients. Lorsque le programme n'a pas reçu de réponse du médecin pour mener à bien le processus d'orientation, on envoie des lettres de rappel aux patients pour qu'ils effectuent un suivi avec leur FSP. On étudie d'autres méthodes de suivi des résultats anormaux.
C.-B.	----	✓	----	----	Le programme adresse des comptes rendus de résultats anormaux aux patients. Les FSP reçoivent les résultats directement du laboratoire.
Alb.	Non	✓	Non	Non	L'ACRCSP envoie des comptes rendus de résultats anormaux aux patients leur demandant de communiquer avec leur FSP pour en discuter et effectuer le suivi requis. Le FSP reçoit les résultats par l'entremise du système de messagerie Netcare.
Sask.	----	----	✓	Appels téléphoniques aux personnes	Si le patient réside dans une région de santé où l'intervenant-pivot du programme l'a évalué et a organisé une coloscopie, la date de l'examen est transmise au FSP.
Man.	----	----	✓	Appels téléphoniques aux personnes	ColonCheck téléphone à tous les patients dont les résultats de tests sont positifs et envoie des lettres aux patients et aux FSP.

* FSP : on envoie le compte rendu des résultats anormaux de tests fécaux (TFg ou TFi) au FSP de la personne.

** Personne : on envoie le compte rendu des résultats anormaux de tests fécaux (TFg ou TFi) directement à la personne.

---- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.

Suivi après un résultat de test fécal anormal, suite

Comment les personnes sont-elles informées d'un résultat de test fécal anormal?

	À qui envoie-t-on le compte rendu des résultats?			Autre méthode utilisée (p. ex., appel téléphonique ou courriel) et destinataire(s) du message	Commentaires supplémentaires
	FSP* uniquement	Personne** uniquement	FSP et personne		
Ont.	----	----	✓	Appels téléphoniques aux patients qui n'ont pas de FSP si l'on n'a pas reçu de réponse après l'envoi du compte rendu des résultats	Le laboratoire envoie directement les résultats au FSP. En outre, ACO envoie des comptes rendus de résultats anormaux et des rappels aux patients, leur demandant de communiquer avec leur FSP. On envoie des lettres de rappel aux patients, 30 jours après l'envoi d'un compte rendu de résultats anormaux, si une coloscopie n'a toujours pas été effectuée.
Qc	✓ (Pour un dépistage opportuniste)	----	✓ (Pour les participants du programme)	Appel téléphonique aux patients participant au programme	Pour le dépistage opportuniste, c'est le FSP qui communique avec ses patients. Lorsque les patients participent au programme, ils reçoivent une lettre et l'appel d'une infirmière.
N.-B.	----	----	✓	Appel téléphonique au patient ou envoi d'une lettre en cas d'impossibilité de communiquer par téléphone	Le laboratoire envoie des lettres aux FSP. L'infirmière du programme appelle le patient à propos de ses résultats de tests anormaux.
N.-É.	----	----	✓	L'infirmière chargée du dépistage dans le cadre du programme appelle le patient par téléphone.	On envoie des comptes rendus des résultats au FSP et au patient indiquant qu'une infirmière chargée du dépistage communiquera avec le patient pour effectuer un suivi.
Î.-P.-É.	----	----	✓	----	Le programme de dépistage du cancer colorectal envoie des comptes rendus de résultats anormaux aux patients, leur demandant d'effectuer un suivi avec un FSP. Le FSP obtient le compte rendu des résultats anormaux par le biais du laboratoire. On surveille les activités et les orientations de suivi, par exemple les coloscopies.
T.-N.-L.	----	----	✓	Appel téléphonique au patient	L'infirmière coordonnatrice appelle les patients dont le TFi est positif pour leur communiquer les résultats. On envoie le compte rendu des résultats au FSP et au patient.

* FSP : on envoie le compte rendu des résultats anormaux de tests fécaux (TFg ou TFi) au FSP de la personne.

** Personne : on envoie le compte rendu des résultats anormaux de tests fécaux (TFg ou TFi) directement à la personne.

---- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.

Processus de suivi des résultats anormaux

Quel est le processus de suivi après un résultat de test fécal anormal?

Nt	<p>Pas de programme de dépistage organisé à ce jour, mais des plans sont en cours.</p> <p>En ce qui concerne les dépistages opportunistes, les résultats sont envoyés aux patients et aux FSP qui effectuent le suivi avec eux.</p>
T.N.-O.	<p>Pas de programme de dépistage organisé.</p>
Yn	<p>Il incombe au FSP ayant demandé les tests d'effectuer le suivi en cas de résultats anormaux d'un TFi. Il existe un formulaire standard d'orientation en coloscopie. On envoie aux FSP une lettre de rappel relativement au processus d'orientation en cas de TFi positif. Seul l'hôpital général de Whitehorse effectue des coloscopies.</p>
C.-B.	<p>On oriente les patients vers leurs autorités sanitaires locales qui effectuent le suivi en les évaluant et en fixant, s'il y a lieu, un rendez-vous pour une coloscopie.</p>
Alb.	<p>Il incombe au FSP ayant demandé les tests d'effectuer le suivi en cas de résultats anormaux d'un TFi. Selon le processus de dépistage de l'ACRCSP, les FSP doivent orienter rapidement les patients ayant obtenu des résultats positifs à un TFi, vers le programme local de dépistage du cancer colorectal ou vers un endoscopiste (selon les ressources disponibles) pour effectuer une coloscopie.</p>
Sask.	<p>On avise directement par lettre le FSP et le patient des résultats anormaux. Les FSP signent des directives médicales autorisant les intervenants-pivots à orienter les patients vers un coloscopiste. L'intervenant-pivot téléphone aux patients dont les résultats de TFi sont positifs pour en discuter avec eux, oriente les participants vers un coloscopiste et mène à bien une évaluation normalisée. Remarque importante : Le processus de navigation des patients est en cours d'extension dans 13 régions sanitaires.</p>
Man.	<p>L'intervenant-pivot de ColonCheck communique directement par courrier avec le FSP et avec le patient concernant les résultats anormaux et le processus d'orientation pour le suivi (on joint une brochure sur la coloscopie à la lettre adressée au patient). Le processus d'orientation pour la coloscopie de suivi dépend des ententes avec chacune des cinq régions régionales de la santé et des permissions octroyées par le FSP. (Remarque : ColonCheck a reçu des autorisations d'une majorité de FSP pour orienter directement les patients.)</p> <p>Avant la coloscopie, l'infirmière praticienne de ColonCheck procède à une évaluation de tous les patients recevant des services de santé à Winnipeg. Les examens sont organisés dans l'un des deux centres.</p>



Processus de suivi des résultats anormaux, suite

Quel est le processus de suivi après un résultat de test fécal anormal?

Ont.	Le FSP communique avec le patient pour organiser le suivi. ACO oriente les patients n'ayant pas de FSP vers l'un d'entre eux pour le suivi, en communiquant avec eux par téléphone et par lettre. Des rapports d'activité de dépistage sont fournis aux médecins participant à un modèle de prise en charge de patients permettant au FSP de visualiser l'état complet de dépistage de chaque patient, notamment ceux pour lesquels la date de dépistage ou de suivi est arrivée.
Qc	En ce qui concerne les dépistages opportunistes, les FSP communiquent directement avec les patients, le processus de suivi des résultats anormaux dépendant du FSP. Des plans qui comprendront des lignes directrices supplémentaires sur les modalités de dépistage pour les programmes de dépistage organisé sont en cours d'élaboration.
N.-B.	On communique par téléphone avec le patient pour discuter des résultats et des examens de suivi. Une infirmière du programme procède à une évaluation avant la coloscopie et oriente, s'il y a lieu, les patients pour cet examen dans un hôpital régional.
N.-É.	On transmet les résultats du dépistage par voie électronique au système d'information sur les soins primaires. De plus, on envoie également un compte rendu des résultats au FSP et au patient indiquant qu'une infirmière chargée du dépistage communiquera avec le patient pour discuter du suivi clinique et l'organiser. L'infirmière responsable du dépistage procède à une évaluation avant la coloscopie et fixe un rendez-vous pour cet examen avec l'un des coloscopistes agréés du programme.
Î.-P.-É.	Le programme de dépistage du cancer colorectal envoie des comptes rendus de résultats anormaux aux patients leur demandant d'effectuer un suivi avec un FSP. Le FSP détermine la nature du suivi. Il existe un formulaire standard d'orientation en coloscopie. On surveille les activités et les orientations de suivi, par exemple les coloscopies. Lorsque le dossier du patient ne contient aucune activité ni orientation, on communique avec le FSP.
T.-N.-L.	L'infirmière responsable de la coordination du suivi communique par téléphone avec les patients dont les résultats de TFi sont positifs pour les en informer et leur proposer une coloscopie de suivi. Elle les oriente vers un coloscopiste par l'entremise des préposés aux réservations des régies régionales de la santé.



Rappel après un résultat de test fécal anormal et un résultat de coloscopie négatif*

Quelle est la procédure de rappel des personnes après un résultat de test fécal anormal et un résultat de coloscopie négatif?

	Recommandations
Nt	Pas de programme de dépistage organisé à ce jour, mais des plans sont en cours
T.N.-O.	Pas de programme de dépistage organisé
Yn	Rappel pour un dépistage par TFi 10 ans après
C.-B.	Rappel pour un dépistage par TFi 10 ans après
Alb.	Rappel pour un dépistage par TFi 10 ans après
Sask.	Rappel pour un dépistage par TFi 2 ans après
Man.	Rappel pour un dépistage par RSOS 5 ans après
Ont.	Rappel pour un dépistage par RSOS 10 ans après
Qc	Rappel pour un dépistage par TFi 10 ans après
N.-B.	Rappel pour un dépistage par TFi 10 ans après
N.-É.	Rappel pour un dépistage par TFi 2 ans après
Î.-P.-É.	Rappel pour un dépistage par TFi 5 ans après
T.-N.-L.	Rappel pour un dépistage par TFi 5 ans après

* Pas de cancer ni d'adénome détecté



Dépistage du cancer colorectal au Canada pour les personnes présentant un risque accru

Les personnes à risque accru présentent des facteurs de risque qui leur font courir un risque plus important d'avoir un cancer colorectal durant leur vie ou d'avoir un cancer colorectal plus agressif à un plus jeune âge. La procédure de dépistage pour ces personnes peut être différente de celle appliquée aux personnes présentant un risque moyen.

Dépistage du cancer colorectal au Canada pour les personnes présentant un risque accru – Points saillants



Définition d'un risque accru (voir diapositives 35 et 36)

- De nombreuses provinces définissent des facteurs spécifiques dont elles considèrent qu'ils font courir à une personne un risque accru de cancer colorectal. Le fait d'avoir un membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal constitue le facteur de risque le plus fréquemment défini par les programmes de dépistage (dans dix provinces et deux territoires). Pour qu'une personne soit considérée comme présentant un risque accru, certaines provinces et certains territoires déterminent des critères d'âge relativement au membre de la famille au 1^{er} degré : moins de 60 ans, 60 ans ou moins ou plus de 60 ans.
- Les facteurs de risque suivants sont également fréquemment pris en compte : avoir plus de deux membres de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal, quel que soit leur âge (critère utilisé dans huit provinces et deux territoires); avoir des antécédents personnels de cancer colorectal (critère utilisé dans sept provinces et deux territoires); avoir des antécédents personnels de polypes adénomateux (critère utilisé dans sept provinces et un territoire).
- Quatre provinces incluent les facteurs de risque suivants dans leur définition du risque élevé : avoir plus de deux membres de la famille au 1^{er} degré présentant des polypes adénomateux; avoir deux membres de la famille au 2^e degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal et de polypes adénomateux.

Dépistage du cancer colorectal au Canada pour les personnes présentant un risque accru – Points saillants, suite



Recommandations de dépistage pour les personnes présentant un risque accru (voir diapositives 37 à 39)

- 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 spécifiques. L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) a publié des lignes directrices (en anglais) pour le dépistage des personnes présentant un risque accru. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez consulter les lignes directrices de l'ACG à l'adresse : https://www.cag-acg.org/images/publications/Colorectal_cancer_screening_2004.pdf
- La plupart des provinces et des territoires mettent en œuvre un dépistage par coloscopie tous les cinq ans chez les personnes dont au moins un membre de la famille au 1^{er} degré a eu un cancer colorectal à moins de 60 ans, et ce, à compter de l'âge de 40 ans ou dix ans avant l'âge auquel le membre de la famille le plus jeune a reçu son diagnostic. Certaines provinces utilisent des procédures de dépistage identiques pour les personnes présentant un risque moyen et celles présentant un risque accru, le dépistage ne débutant toutefois qu'à l'âge de 40 ans pour ces dernières. D'autres provinces suivent les recommandations énoncées dans les lignes directrices de l'ACG pour le dépistage des personnes présentant un risque accru.

Définition d'un risque accru*

Quels sont les critères définissant un risque accru dans votre programme de dépistage? (Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.)

	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...		Antécédents de...	
	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux
Nt	Pas de programme de dépistage organisé à ce jour, mais des plans sont en cours.							
T.N.-O.	✓ (Moins de 60 ans)	---	✓ (N'importe quel âge)	---	---	---	✓	---
Yn	✓ (60 ans ou moins)	✓ (60 ans ou moins)	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)	---	---	✓	✓
C.-B.	✓ (Moins de 60 ans)	---	✓ (N'importe quel âge)	---	---	---	---	✓
Alb.	✓ (60 ans ou moins)	✓ (60 ans ou moins)	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)	✓	✓
Sask.	✓ (60 ans ou moins)	Non	✓ (N'importe quel âge)	Non	Non	Non	✓	Non
Man.**	✓ (Moins de 60 ans)	✓ (Moins de 60 ans)	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)

* Risque accru : personnes présentant certains facteurs de risque de cancer du côlon; tous les programmes ne coordonnent pas l'orientation des personnes présentant un tel risque.

** Au Manitoba, on définit également un risque légèrement supérieur à un risque moyen; voir les lignes directrices du programme pour plus de détails.

--- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.

Définition d'un risque accru*, suite

Quels sont les critères définissant un risque accru dans votre programme de dépistage? (Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.)

	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...		Antécédents de...	
	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux	Cancer colorectal	Polypes adénomateux
Ont.	✓	Non	✓	Non	Non	Non	Non	Non
QC [‡]	✓ (N'importe quel âge)	✓ (N'importe quel âge)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
N.-B.	✓	✓	----	----	✓	✓	✓	✓
N.-É.	✓ (Moins de 60 ans et plus de 60 ans)	✓ (Moins de 60 ans et plus de 60 ans)	----	----	✓ (Moins de 60 ans et plus de 60 ans)	✓ (Moins de 60 ans et plus de 60 ans)	----	----
Î.-P.-É.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.-N.-L. [♠]	✓ (Moins de 60 ans)	----	✓	----	✓	----	✓	✓

* Risque accru : personnes présentant certains facteurs de risque de cancer du côlon; tous les programmes ne coordonnent pas l'orientation des personnes présentant un tel risque.

[‡] Au Québec, on prend en considération les notions de « risque légèrement accru » et de « risque modérément accru ».

[♠] À Terre-Neuve-et-Labrador, les antécédents de maladie de Crohn et de colite ulcéreuse sont également pris en considération.

---- Aucun renseignement fourni à ce sujet au moment de la collecte des données.



Recommandations de dépistage pour les personnes présentant un risque accru*

Quels sont les recommandations de dépistage et les protocoles de suivi de votre programme pour les personnes présentant un risque accru? (Veuillez préciser ci-dessous.)

	Recommandations de dépistage pour la population présentant un risque accru	Recommandations de suivi après une coloscopie normale
Nt	Pas de programme de dépistage organisé à ce jour, mais des plans sont en cours	
T.N.-O.	Coloscopie à 40 ans ou dix ans avant l'âge auquel le membre de la famille le plus jeune a reçu son diagnostic (la date la plus précoce l'emportant)	Répéter la coloscopie tous les 5 à 10 ans
Yn	Orientation vers un coloscopiste à 40 ans ou 10 ans avant l'âge du cas de référence (la date la plus précoce l'emportant) des personnes ayant un membre de la famille au 1 ^{er} degré ayant reçu un diagnostic de CCR ou de polypes adénomateux à 60 ans ou moins OU ayant au moins deux membres de la famille au 1 ^{er} degré ayant reçu un diagnostic de CCR ou de polypes adénomateux à n'importe quel âge; TFi non recommandé	Répéter la coloscopie tous les 5 ans ou selon les directives du spécialiste
C.-B.	Coloscopie pour les participants au programme appartenant au groupe d'âge cible de 50 à 74 ans (des directives pour ceux qui n'appartiennent pas à ce groupe d'âge sont présentées par le Guideline and Protocol Advisory Committee in BC [comité consultatif en matière de lignes directrices et de protocoles en Colombie-Britannique])	Répéter la coloscopie tous les 5 ans
Alb.	<ol style="list-style-type: none"> Dépistage par TFi à partir de 40 ans, puis tous les 1 à 2 ans, pour les personnes ayant un membre de la famille au 1^{er} degré, âgé de plus de 60 ans, ou au moins deux membres de la famille au 2^e degré, quel que soit l'âge, ayant reçu un diagnostic de CCR ou d'adénomes à risque élevé; orientation rapide vers un coloscopiste si le TFi est positif Orientation vers un coloscopiste à 40 ans ou 10 ans avant l'âge du cas de référence le plus jeune (la date la plus précoce l'emportant) des personnes ayant au moins un membre de la famille au 1^{er} degré, âgé de 60 ans ou moins, OU au moins deux membres de la famille au 1^{er} degré, quel que soit l'âge, ayant reçu un diagnostic de CCR ou d'adénomes à risque élevé 	<ol style="list-style-type: none"> Attendre 10 ans après une coloscopie normale (pas de polypes) pour un dépistage par TFi Aider les personnes à respecter le suivi recommandé par le programme local de dépistage du CCR ou par l'endoscopiste

* Risque accru : personnes présentant certains facteurs de risque de cancer du côlon; tous les programmes ne coordonnent pas l'orientation des personnes présentant un tel risque.

** Les lignes directrices de l'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) sont disponibles au https://www.cag-acg.org/uploads/guidelines/Colorectal_cancer_screening2004.pdf

CCR = cancer colorectal

Recommandations de dépistage pour les personnes présentant un risque accru*, suite



Quels sont les recommandations de dépistage et les protocoles de suivi de votre programme pour les personnes présentant un risque accru?

	Recommandations de dépistage pour la population présentant un risque accru	Recommandations de suivi après une coloscopie normale
Sask.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Coloscopie à 40 ans ou 10 ans avant l'âge du cas le plus précoce dans la famille pour les personnes ayant un membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de CCR avant 60 ans 2) Identiques à celles applicables aux personnes présentant un risque moyen, mais début du dépistage à 40 ans pour les personnes ayant un membre de la famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de CCR à 60 ans ou plus 	Recommandations à la discrétion de l'endoscopiste, les personnes étant suivies par le FSP Respect des directives de l'ACG**
Man.	ColonCheck recommande une coloscopie à partir de 50 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le plus jeune membre de la famille a reçu son diagnostic; ColonCheck ne coordonne pas les orientations qui incombent aux FSP.	Recommandations à la discrétion de l'endoscopiste
Ont.	<p>Coloscopie à 50 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le membre de la famille le plus jeune a reçu son diagnostic (la date la plus précoce l'emportant)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pour les personnes ayant un membre de leur famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic avant l'âge de 60 ans 2) Pour les personnes ayant un membre de leur famille au 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic à 60 ans ou plus 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Répéter la coloscopie tous les 5 ans 2) Répéter la coloscopie tous les 10 ans
Qc	<ol style="list-style-type: none"> 1) Coloscopie tous les 5 ans à partir de 40 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le membre de la famille le plus jeune a été touché (la date la plus précoce l'emportant) pour les personnes présentant un risque modérément accru, c'est-à-dire ayant un membre de leur famille au 1^{er} degré ayant eu un CCR ou des polypes avant 60 ans 2) Identiques à celles s'appliquant aux personnes présentant un risque moyen, mais début du dépistage à 40 ans pour les personnes présentant un risque légèrement accru, c'est-à-dire ayant un ou plusieurs membres de la famille au 1^{er} degré ayant eu un CCR ou des polypes à 60 ans ou plus 3) Suivi (TFi ou coloscopie) déterminé par des algorithmes pour les personnes ayant des antécédents personnels de polypes 4) Coloscopie, en fonction d'algorithmes, pour les personnes ayant des antécédents personnels de CCR 	Pour le Québec, selon les facteurs de risque et en fonction d'algorithmes

* Risque accru : personnes présentant certains facteurs de risque de cancer du côlon; tous les programmes ne coordonnent pas l'orientation des personnes présentant un tel risque.

** Les lignes directrices de l'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) sont disponibles au https://www.cag-acg.org/images/publications/Colorectal_cancer_screening_2004.pdf
CCR = cancer colorectal



Recommandations de dépistage pour les personnes présentant un risque accru*, suite

Quels sont les recommandations de dépistage et les protocoles de suivi de votre programme pour les personnes présentant un risque accru?

	Recommandations de dépistage pour la population présentant un risque accru	Recommandations de suivi après une coloscopie normale
N.-B.	Le programme recommande un suivi avec le FSP ou l'endoscopiste, s'il y en a un, pour déterminer et coordonner le suivi du dépistage. Algorithme détaillé disponible auprès du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick	Respect des directives de l'ACG** Algorithme détaillé disponible auprès du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick
N.-É.	1) Coloscopie à 40 ans ou 10 ans avant l'âge auquel le membre de la famille le plus jeune a été touché (la date la plus précoce l'emportant) pour les personnes ayant 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 CCR ou d'adénome avant l'âge de 60 ans 2) TFi (ou autre RSOS) ou coloscopie à compter de 40 ans Le programme offre des TFi tous les 2 ans à partir de 50 ans. RSOS disponible par l'intermédiaire d'un FSP pour les personnes ayant un membre de la famille au 1 ^{er} degré ayant eu un CCR ou des polypes adénomateux après 60 ans OU au moins deux membres de la famille au 2 ^e degré ayant reçu un diagnostic de CCR ou d'adénome entre 60 et 79 ans	1) Répéter la coloscopie tous les 5 ans 2) Répéter le TFi tous les 2 ans; répéter la coloscopie tous les 10 ans ou après un TFi anormal
Î.-P.-É.	Respect des directives de l'ACG** Recommandations à la discrétion du FSP; orientations non coordonnées par le programme	Recommandations à la discrétion de l'endoscopiste Respect des directives de l'ACG**
T.-N.-L.	Respect des directives de l'ACG**	Respect des directives de l'ACG**

* Risque accru : personnes présentant certains facteurs de risque de cancer du côlon; tous les programmes ne coordonnent pas l'orientation des personnes présentant un tel risque.

** Les lignes directrices de l'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) sont disponibles au https://www.cag-acg.org/images/publications/Colorectal_cancer_screening_2004.pdf

CCR = cancer colorectal



Référence

Veillez utiliser la mention suivante lorsque vous citez cette présentation :

Partenariat canadien contre le cancer (2017).
Dépistage du cancer colorectal au Canada : Analyse de l'environnement (Internet). Toronto, Ontario :
Partenariat canadien contre le cancer [consulté le :
<saisissez la date de consultation au format AAAA
MM>]. Disponible à l'adresse : <saisissez le lien>.



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](#).