

Interventions axées
sur l'équité visant à
accroître la participation
au dépistage du cancer
colorectal

**RESSOURCE POUR
LES PROGRAMMES**



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER
PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER

Remerciements



Le présent document décrit les taux de participation au dépistage du cancer colorectal parmi divers groupes de population. Il propose un certain nombre d'orientations pour des approches fondées sur des données probantes, susceptibles d'éliminer les obstacles à la participation et d'accroître l'équité en matière de dépistage du cancer colorectal.

L'élaboration de la Ressource pour les programmes n'aurait pas été possible sans la contribution et la participation des membres du Réseau national de dépistage du cancer colorectal (RNDCC) et de l'équipe consultative de la Ressource pour les programmes.

Le Partenariat canadien contre le cancer (« le Partenariat ») tient à remercier les groupes et les personnes ci-après, ayant contribué à la production du présent document :

- Toutes celles et tous ceux qui, dans toutes les provinces et dans tous les territoires, ont éclairé l'actualisation de la [Stratégie canadienne de lutte contre le cancer \(la Stratégie\)](#) et ont appelé le Partenariat, ainsi que le système de lutte contre le cancer, dans son ensemble, à éliminer les obstacles qui empêchent les gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin, et à diagnostiquer le cancer plus rapidement, avec exactitude et à un stade plus précoce;
- Le RNDCC pour avoir mis en évidence la nécessité de mieux comprendre les inégalités en matière de dépistage du cancer colorectal et d'améliorer la capacité du système de dépistage à éliminer les disparités;
- Les conseillers experts, les représentants des patients et des familles, l'équipe consultative de la Ressource pour les programmes (annexe A) et les équipes de projet du Partenariat (annexe B) pour leur dévouement et leurs contributions, ainsi que pour avoir éclairé ces travaux.

La production du présent rapport a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer. (2021). *Interventions axées sur l'équité visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal : ressource pour les programmes*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/equity-colorectal-cancer-screening/>.

Partenariat canadien contre le cancer

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

Téléphone : 416-915-9222

<https://www.partenariatcontrelecancer.ca>

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



À l'intérieur de la Ressource pour les programmes

La présente Ressource pour les programmes s'appuie sur les meilleures données probantes disponibles pour décrire la participation au dépistage du cancer colorectal parmi divers groupes de population, les obstacles l'entravant et les facteurs la facilitant, ainsi que les interventions, fondées sur des données probantes, visant à accroître l'équité en matière de participation.

Elle vise à éclairer la prise de décisions, aux échelons des gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que des programmes de lutte contre le cancer, afin de pouvoir offrir de meilleurs soins et de meilleurs services, plus adaptés aux besoins particuliers de populations diverses.

Ce document comprend différentes sections :

- Traitant des taux de dépistage chez les groupes à faible revenu, les immigrants, les résidents de zones urbaines, rurales et éloignées, ainsi que les personnes atteintes d'une incapacité et/ou d'une maladie chronique;
- Analysant les obstacles entravant la participation au dépistage et les facteurs la facilitant, ainsi que des stratégies, fondées sur des données probantes, visant à accroître l'adoption du dépistage parmi certains groupes particuliers.

La Ressource pour les programmes présente des citations tirées d'entretiens avec des patients, insérées tout au long du texte, pour illustrer les expériences individuelles d'un certain nombre de personnes; il faut toutefois noter que les points de vue et les opinions qui y sont exprimés pourraient ne pas représenter ceux de tous les groupes de population ou individus.

À l'intérieur de la Ressource pour les programmes

Éléments à prendre en considération en lien avec la pandémie de COVID-19

On s'attend à ce que les déterminants sociaux de la santé exacerbent, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les inégalités existantes. Dans ce cadre, les stratégies visant à maintenir et à promouvoir un accès équitable au dépistage, tout en respectant les mesures nécessaires de santé publique, s'avèrent d'autant plus importantes¹. Comme l'a indiqué l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) du Canada, les disparités risquent de s'aggraver du fait de la COVID-19. Pour éviter d'exacerber les inégalités en matière de santé, et, en fait, exploiter la perturbation des services de dépistage du cancer liée à la pandémie afin de combler les écarts, le présent document souligne l'importance d'intégrer l'équité dans le cadre des programmes de dépistage du cancer colorectal et offre différentes approches, s'appuyant sur des données probantes, pour les renforcer¹.

Dans un contexte où la pandémie de COVID-19 a amené certaines populations – notamment les femmes, ainsi que les personnes âgées, racisées et handicapées – à courir un risque accru de connaître des résultats médiocres en matière de santé, les initiatives visant à favoriser l'adoption du dépistage du cancer colorectal devraient être, plus que jamais, axées sur le combat contre les inégalités¹. Les restrictions sur les déplacements, mises en place en réponse à la pandémie de COVID-19, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la prestation de services de dépistage pour les personnes résidant dans des zones rurales et/ou éloignées. En outre, la réduction des interactions avec le système de santé, grâce à certaines des approches décrites dans la présente Ressource pour les programmes, devrait être mise à profit, et les possibilités d'explorer le recours aux soins virtuels devraient également être envisagées, à la lumière de la pandémie.

Le Partenariat a élaboré [un document d'orientation](#) pour aider les décideurs à gérer les services de dépistage du cancer pendant la pandémie et pour soutenir la création de services de dépistage résilients, plus sûrs et équitables.

Messages clés

La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (la Stratégie)^{2,3} appelle le système de santé à mieux adapter ses services aux besoins particuliers des personnes de tous les milieux socioéconomiques et culturels, de tous les groupes d'âge et de toutes les identités. De plus, le racisme et les préjugés institutionnels ont une incidence sur les soins. Il est donc impératif de remédier à ces effets par l'entremise de réponses à l'échelle du système (par exemple une formation en humilité culturelle, des politiques, etc.), mais également de changements découlant d'efforts sociétaux, mis en œuvre à l'échelon de l'ensemble de la société canadienne.

La présente Ressource pour les programmes s'appuie sur **les meilleures données probantes disponibles** pour décrire les disparités en matière de dépistage du cancer colorectal, les obstacles l'entravant et les facteurs le facilitant, ainsi que les interventions, fondées sur des données probantes, visant à accroître la participation au dépistage de divers groupes de population.

Les inégalités en matière de santé sont une création culturelle, sociale, économique et géographique, et peuvent être modifiées ou éliminées, grâce à des mesures cohérentes et ciblées, visant à surmonter les obstacles et à réduire les disparités. En changeant la façon dont les services de dépistage et les systèmes de santé sont créés, les programmes de dépistage organisés pourront communiquer et travailler de manière collaborative avec certains groupes de population afin de mieux comprendre leurs besoins divers et d'augmenter leur adoption du dépistage.

Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal restent inférieurs à la cible pancanadienne de 60 %, aucune province ni aucun territoire n'atteignant cet objectif. D'autres problèmes de santé concomitants, tels que ceux rencontrés pendant la pandémie de COVID-19, peuvent être à l'origine d'une baisse supplémentaire de la participation au dépistage et exacerber les inégalités.

Les déterminants sociaux de la santé ont une incidence sur les taux de dépistage, les taux de participation des ménages à faible revenu étant inférieurs à ceux des ménages à revenu plus élevé. D'autres déterminants tels que la géographie, le statut d'immigrant et le racisme peuvent également être à l'origine d'autres disparités en matière de dépistage, et, plus généralement, d'autres inégalités en santé.

La recommandation d'un fournisseur de soins de santé (FSS) et l'amélioration de l'autodidaxie en matière de santé, en particulier pour les populations à faible revenu, représentent **les facteurs les plus efficaces pour faciliter** l'adoption du dépistage.

Les interventions comprenant plusieurs volets, combinant diverses stratégies, se sont avérées plus efficaces, pour l'accroissement des taux de dépistage du cancer colorectal, que celles qui ne comprenaient qu'un seul volet.

La formation des participants et l'offre de services d'intervenants-pivots se sont avérées être des interventions très efficaces parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

Messages clés

En ce qui concerne les populations à faible revenu et celles vivant dans des zones rurales et éloignées, des rappels aux FSS, des communications adaptées sur le plan culturel et diffusées sur des petits médias, des formations individuelles et la distribution de trousse dans les cliniques se sont avérés constituer **des interventions extrêmement efficaces**.

L'envoi direct, par la poste, de trousse d'autoprélèvement pour le dépistage du cancer colorectal a permis une augmentation des taux de participation, parmi les personnes à faible revenu et au sein des minorités visibles, ainsi que chez les résidents des zones rurales, par rapport à ceux observés en l'absence d'intervention et d'envoi par la poste, le dépistage du cancer colorectal n'étant alors proposé que de manière opportuniste lors de rendez-vous médicaux.

La disponibilité de données à l'échelon local et la mobilisation communautaire représentent des facteurs importants pour déterminer les interventions qui s'avéreront les plus efficaces pour certains groupes en particulier. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les obstacles à l'adoption du dépistage du cancer colorectal et les facteurs la facilitant, parmi certaines populations, notamment les personnes présentant une incapacité ou une maladie chronique, les personnes appartenant à la communauté LGBTQ2S+, et les personnes en transition et en situation d'itinérance, ainsi que pour déterminer les stratégies optimales pour réussir à accroître leur participation.

À titre de priorité propre aux populations autochtones en matière de soins contre le cancer énoncée dans la Stratégie, les moyens de concevoir et de mettre en œuvre des approches adaptées **aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis**, fondées sur les besoins et les préférences déterminés par ces peuples, seront également traités par le Partenariat et par des programmes et services provinciaux ou territoriaux, en dehors de la présente Ressource pour les programmes.

Table des matières

Remerciements

i

À l'intérieur de la Ressource
pour les programmes

ii

Messages clés

iv

1. Introduction

1

1.1. Limites

2. Taux de dépistage du cancer
colorectal par groupe de
population

6

2.1. Dépistage dans les provinces et les
territoires canadiens

3. Dépistage du cancer
colorectal et équité

10

3.1. Faible revenu

3.2. Temps écoulé depuis l'immigration, pays
d'origine et langue parlée à domicile

3.3. Géographie

3.4. État de santé mentale et maladies mentales

3.5. Incapacités

3.6. Maladies chroniques

3.7. Résumé des principaux résultats concernant
les différents groupes de population

4. Obstacles et interventions efficaces

22

4.1. Motifs de non-participation au dépistage

4.2. Obstacles parmi certaines populations

4.3. Stratégies, fondées sur des données probantes, visant à
améliorer le dépistage du cancer colorectal

4.3.1. Stratégies à l'échelle de l'ensemble de la population

4.3.2. Stratégies propres à certaines populations

5. Mise en œuvre de stratégies fondées sur
des données probantes pour surmonter
certains obstacles particuliers

36

6. Recommandations

39

Références

42

Annexes

Annexe A. Membres de l'équipe consultative
de la Ressource pour les programmes

45

Annexe B. Équipe du Partenariat canadien contre le cancer

46

Annexe C. Définitions

47

Annexe D. Interventions ayant démontré qu'elles amélioreraient le
dépistage du cancer colorectal parmi différents groupes
de population

50

1

Introduction



Tous les aspects de la lutte contre le cancer présentent des disparités au sein des différents groupes de population et entre ceux-ci, de la prévalence des facteurs de risque à l'utilisation des services de dépistage, en passant par le diagnostic et par le traitement.



Les déterminants sociaux de la santé, comme le revenu, la géographie, le statut d'immigrant, la race et l'appartenance ethnique peuvent, individuellement ou en se recoupant, influencer l'adoption du dépistage, entraînant des disparités en la matière, entre autres inégalités en santé².

Les inégalités en santé sont une création sociale et peuvent être modifiées ou éliminées grâce à des actions cohérentes et ciblées, visant à surmonter les obstacles et à réduire les disparités.

En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, les programmes de dépistage organisé ont un rôle important à jouer, en communiquant avec certaines populations et en travaillant de manière collaborative avec les groupes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant, en vue d'augmenter leur adoption du dépistage.

Malgré la mise en place de programmes de dépistage organisé du cancer colorectal dans la majeure partie du Canada, certains programmes ne parviennent pas à communiquer efficacement avec toutes les populations et ne sont pas adaptés aux besoins de groupes divers, ce qui a pour conséquence des taux de dépistage différents entre les populations. Étant donné que l'incidence du cancer colorectal varie selon les groupes, les stratégies conçues pour accroître la participation au dépistage doivent prendre en compte les différences entre les populations et y être réceptives.

Cette Ressource pour les programmes s'appuie sur les meilleures données probantes disponibles pour décrire l'ampleur des inégalités, en matière de dépistage du cancer colorectal, entre la population canadienne dans son ensemble et différents groupes particuliers, comme les ménages à faible revenu, les personnes présentant une incapacité ou atteintes de maladies chroniques, les immigrants et les minorités visibles, ainsi que les personnes vivant dans des zones rurales et éloignées. La Ressource pour les programmes présente, en outre, des recherches, menées au Canada et à l'étranger, sur les obstacles connus pour entraver le dépistage du cancer colorectal et sur les facteurs le facilitant, parmi certaines populations. Elle met également en évidence des interventions, fondées sur des données probantes, permettant d'accroître la participation de ces groupes.

Mesures ciblant les Premières Nations, les Inuits et les Métis déterminées par ces groupes

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis constituent des groupes culturellement riches, forts et résilients. Pour autant, ils connaissent des inégalités en matière d'accès aux services de dépistage du cancer, ces écarts avec le reste de la population canadienne ayant tendance à se creuser dans les périodes comme celle de la pandémie de COVID-19 que nous vivons actuellement, où les systèmes de santé et les ressources sont soumis à de fortes pressions.

Des données plus nombreuses et de meilleure qualité seront nécessaires pour comprendre les inégalités en matière de dépistage du cancer colorectal que vivent les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et pour faciliter l'élaboration conjointe et la mise en œuvre d'interventions avec et pour ces divers groupes.

Des recherches et des systèmes de données régis directement par les Premières Nations, les Inuits et les Métis seront nécessaires à l'avancement de ces travaux, qui constituent une priorité de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (la Stratégie)³. Le Partenariat et des programmes et services provinciaux ou territoriaux appuient activement la gouvernance, par les Premières Nations, les Inuits et les Métis, de la collecte et de l'utilisation des données et de la recherche les concernant.

La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029 (la Stratégie)

Afin d'offrir des soins contre le cancer plus équitables, la Stratégie³ appelle le système de santé à mieux adapter ses services aux besoins particuliers des personnes de tous les milieux socioéconomiques, géographiques et culturels, de tous les groupes d'âge, et de toutes les identités. La Stratégie appelle également à des recherches plus concrètes, afin de cerner, plus en profondeur, les obstacles auxquels certains groupes particuliers doivent faire face. En outre, le racisme et les préjugés institutionnels ont une incidence sur les soins. Il est donc impératif d'éliminer ces effets, non seulement par l'entremise de l'éducation et de la formation des FSS, mais également par l'apport de vastes changements à l'échelle du système de santé. À cette fin, la Stratégie demande que tous les fournisseurs de soins contre le cancer reçoivent une éducation et une formation complètes leur permettant de comprendre ce que sont des soins qui respectent la culture et les valeurs de leurs patients, et de leur fournir de tels soins.

Le Partenariat recueille des renseignements sur les lignes directrices, les stratégies et les activités nationales, provinciales et territoriales en matière de dépistage du cancer colorectal. Pour en savoir plus sur les stratégies mises en œuvre à l'échelle du Canada pour améliorer l'accès et la participation au dépistage de ce cancer chez les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis, téléchargez [l'analyse de l'environnement](#) 2019-2020.

La Ressource pour les programmes, dans sa version actuelle, reconnaissant que les données probantes disponibles à ce jour, obtenues à partir des critères de recherche documentaire utilisés, sont incomplètes et nécessitent des orientations supplémentaires déterminées par les groupes concernés eux-mêmes, ne formule pas de recommandations spécifiquement liées à l'augmentation du dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Afin de défendre les droits uniques à l'autodétermination et à des soins de santé adaptés et respectueux sur le plan culturel, il faut se concentrer en priorité sur la mise au point, tout d'abord, de systèmes de santé, d'institutions et d'alliés qui tiennent compte des besoins des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis⁴.

1.1 | Limites

Les limites suivantes doivent être prises en compte lors de l'examen de ce rapport :

Les données sur les inégalités en matière de dépistage du cancer colorectal utilisées dans le présent rapport proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2017. L'ESCC de 2017 n'inclut pas de données relatives aux personnes vivant dans les territoires et dans les réserves des Premières Nations, aux personnes en transition et en situation d'itinérance, et à celles n'ayant pas accès au téléphone. Les estimations de l'ESCC, faisant référence à une moyenne nationale ou à un taux canadien, excluent les territoires. En effet, l'ESCC de 2017 ne couvrait pas l'intégralité de la population des territoires canadiens. Seule la moitié de ces collectivités a été visitée en 2017, l'autre moitié l'ayant été en 2018, de sorte que les analyses basées sur les territoires n'étaient pas disponibles dans le cadre des analyses de 2017 présentées dans la Ressource pour les programmes.

La variabilité importante des estimations de l'ESCC, due à la petite taille des échantillons, exige une grande prudence

dans l'interprétation des données sur les immigrants, sur les minorités visibles et sur les origines ethniques.

La plupart des études axées sur les immigrants, sur les minorités visibles et sur les groupes ethniques ont été menées aux États-Unis. Dans ce contexte, lorsque de tels groupes étaient décrits, il s'agissait, principalement, de personnes d'origine hispanique ou d'Afro-Américains. Dans un certain nombre de cas, les groupes minoritaires visés n'étaient pas mentionnés et l'on indiquait, parfois, simplement, que l'étude avait été menée dans des régions où les populations étaient d'origines ethniques diversifiées, ou parmi des participants non anglophones⁵.

De nombreuses études portaient uniquement sur des participants appartenant à un groupe minoritaire, sans, toutefois, comparer les résultats obtenus à ceux de leurs homologues du groupe majoritaire. Il convient de noter qu'une telle démarche

ne permet pas de déterminer clairement si l'intervention évaluée s'est montrée efficace ou non pour réduire une disparité particulière, en matière de dépistage du cancer colorectal, entre le groupe minoritaire et le groupe majoritaire⁵.

On a trouvé peu de recherche sur les interventions susceptibles d'améliorer l'adoption du dépistage par les personnes touchées par des problèmes de santé mentale, en transition et en situation d'itinérance, appartenant à la communauté LGBTQ2S+ ou souffrant de maladies chroniques. Compte tenu de ces connaissances lacunaires, une meilleure compréhension des obstacles entravant la participation de ces groupes et de leurs besoins particuliers s'avérerait précieuse pour les programmes de dépistage.

Rédigé au cours de l'été 2020, le présent rapport reflète le caractère évolutif de la science et notre compréhension de la pandémie de COVID-19.

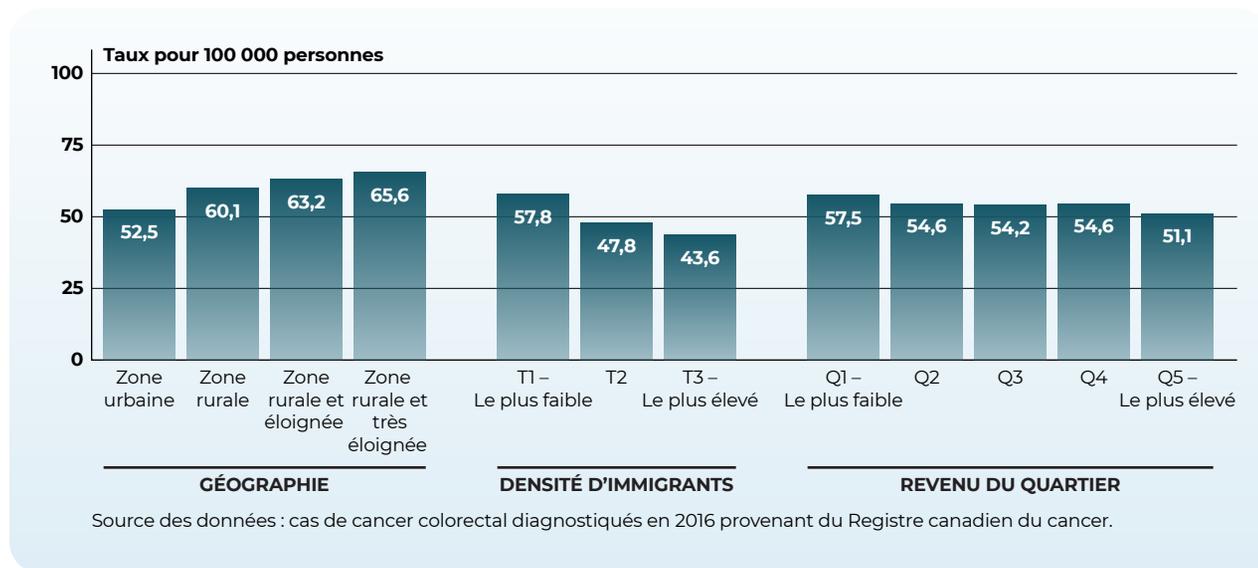
2

Taux de dépistage du cancer colorectal par groupe de population



Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué, et la deuxième cause principale de décès par cancer au Canada⁶. Les taux de cancer colorectal varient en fonction de facteurs tels que la géographie, le revenu du quartier et la densité d’immigrants (voir figure 1). Bien que l’incidence du cancer colorectal soit influencée par de multiples facteurs, le dépistage reste un aspect important de la lutte contre cette maladie.

Figure 1. Taux d’incidence, normalisé selon l’âge, du cancer colorectal, selon la géographie, le revenu et la densité d’immigrants – Canada, année de diagnostic 2016



Les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées ainsi que rurales et très éloignées ont un taux d’incidence plus élevé de cancer colorectal que celles vivant dans les régions urbaines. Les personnes vivant dans des quartiers à faible densité d’immigrants ont une incidence de cancer colorectal plus élevée que celles vivant dans des quartiers à plus forte densité d’immigrants. Les différences associées au quintile de revenu du quartier ne sont pas significatives (figure 1).

2.1 | Dépistage dans les provinces et les territoires canadiens

Des programmes de dépistage efficaces, mis en œuvre à l'échelle de l'ensemble de la population, présentant des taux d'adoption élevés, peuvent réduire efficacement la mortalité due au cancer.

Les programmes de dépistage organisé, ayant permis une détection de la maladie plus précoce et la prestation plus rapide de traitements efficaces, ont, par exemple, contribué à réduire la mortalité due au cancer du sein et au cancer du col de l'utérus^{7,8}. Bien que la mise en œuvre de programmes de dépistage organisé du cancer colorectal soit plus récente, on dispose, d'ores et déjà, de données probantes montrant que ces programmes contribuent également à réduire la mortalité due à cette maladie⁹. Dans le contexte canadien, il est patent que les programmes de dépistage ont permis d'effectuer des diagnostics plus précoces^{10,11}.

Les programmes de dépistage organisé :

- ont mis en place des processus permettant de minimiser le risque d'exams superflus;
- se sont dotés de parcours de diagnostic permettant de suivre les résultats anormaux de dépistage;
- surveillent leur rendement afin de veiller au maintien de leur efficacité et de leur sécurité.

L'adoption du dépistage ne se limite pas au taux de participation au dépistage, mais inclut également la proportion de personnes à jour en matière de dépistage. Du point de vue des ressources du système de santé, le taux de participation au dépistage est intéressant parce qu'il reflète plus particulièrement le recours aux tests fécaux, qui constituent la recommandation en matière de dépistage du cancer colorectal énoncée dans les lignes directrices pour l'ensemble de la population¹².

La proportion de personnes à jour en matière de dépistage présente également un intérêt, du point de vue général de la réduction du fardeau de la maladie, le fait d'être à jour incluant non seulement les tests fécaux recommandés par les lignes directrices, mais également les coloscopies et les sigmoïdoscopies qui peuvent être utilisées pour le dépistage, mais présentent des risques qui n'existent pas pour les tests fécaux.

Cette Ressource pour les programmes intègre les deux indicateurs, l'adoption des tests fécaux (indicateur de participation) constituant le meilleur indicateur de l'adoption des services offerts par les programmes de dépistage organisé.

Comme l'illustre la figure 2, l'adoption, aussi bien pour les taux de participation au dépistage par test fécal que pour les proportions de personnes à jour en matière de dépistage du cancer colorectal, varie considérablement, d'un océan à l'autre.

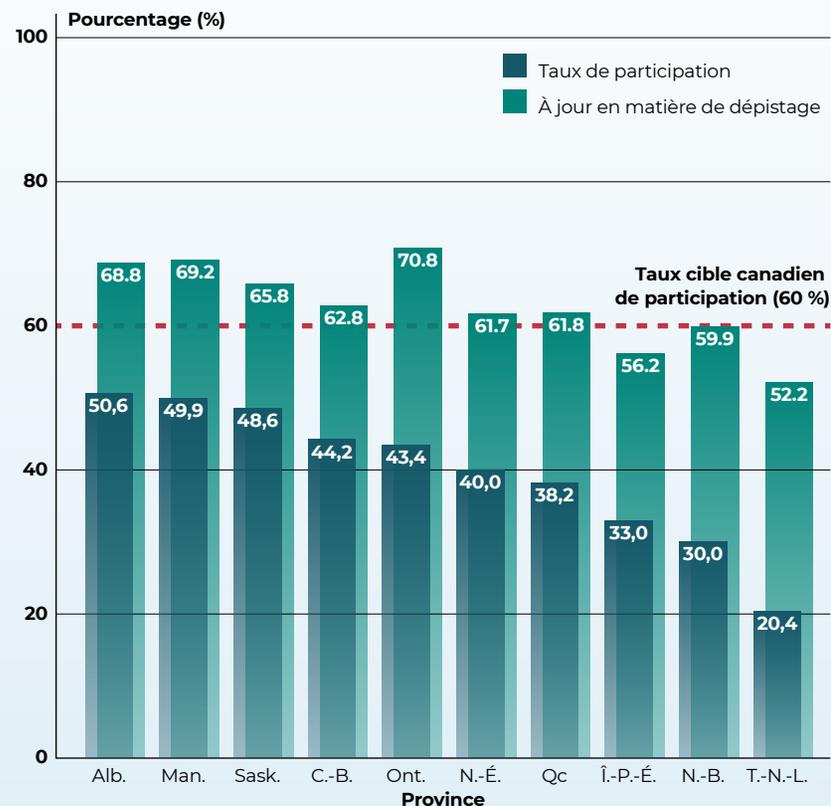
L'ensemble des provinces et des territoires du Canada sont actuellement dotés de programmes de dépistage organisé du cancer colorectal, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut et du Québec, où des programmes sont en cours de planification ou de lancement.

Cette province et ces territoires offrent toutefois des possibilités de dépistage opportuniste par l'entremise des FSS; il faut cependant noter que le dépistage opportuniste ne permet pas aussi facilement que les programmes de dépistage organisé de communiquer avec les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant et qu'il peut, de ce fait, contribuer aux disparités en matière de dépistage.

Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal restent, au Canada, inférieurs à la cible nationale de 60 %¹³, aucune province ni aucun territoire n'atteignant cet objectif.

L'Alberta, le Manitoba et la Saskatchewan sont les trois provinces qui se rapprochent le plus de la cible, à respectivement, 50,6 %, 49,9 % et 48,6 %, tandis que les provinces de l'Atlantique de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard, sont celles qui sont les plus éloignées de l'atteinte de cet objectif, à respectivement, 20,4 %, 30 % et 33 % (voir figure 2). En ce qui concerne les personnes à jour en matière de dépistage du cancer colorectal, les moins susceptibles d'être à jour dans ce domaine sont les résidents de l'est du Canada, et les plus susceptibles, les résidents de l'Ontario.

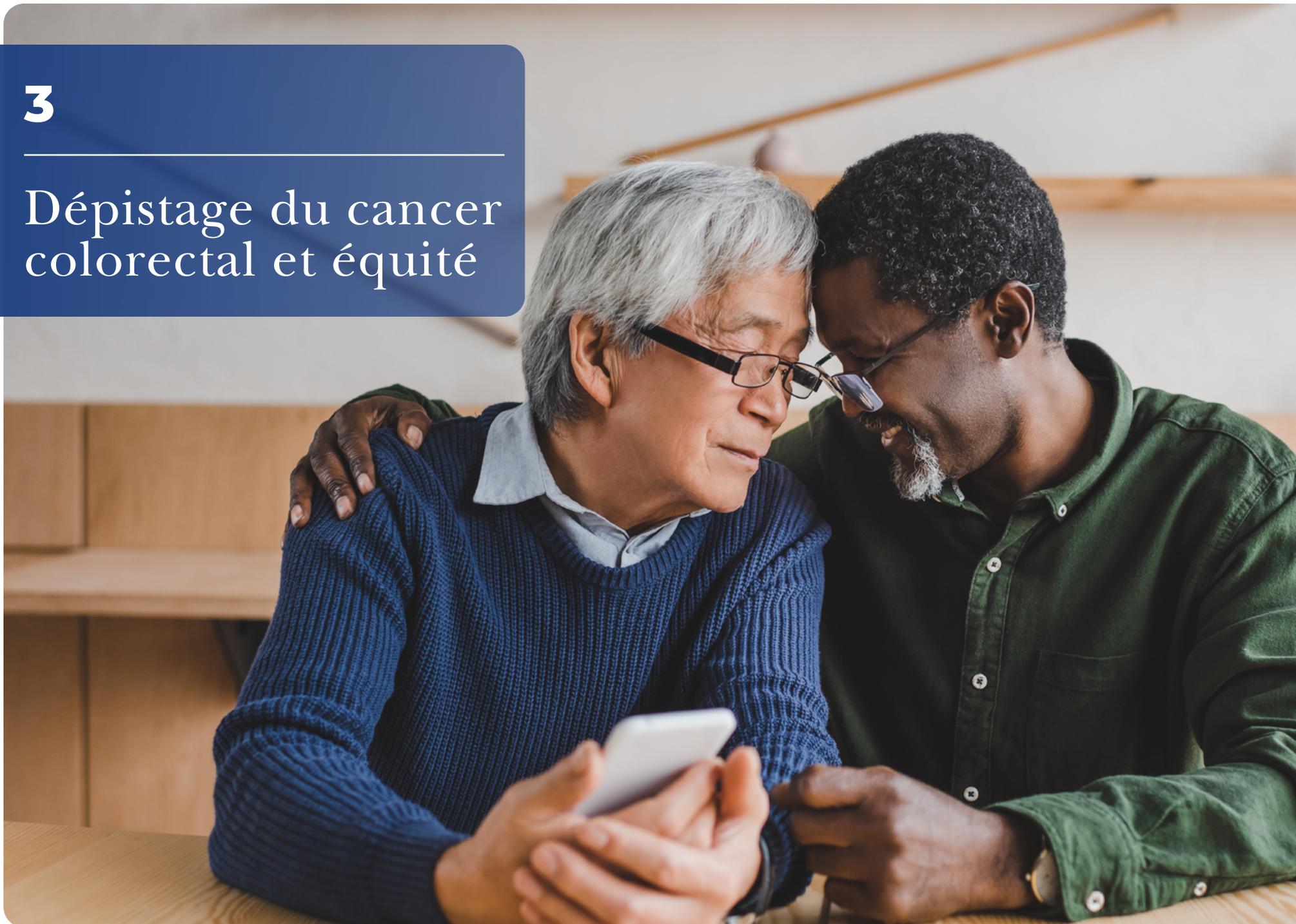
Figure 2. Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir subi un test fécal au cours des deux dernières années et étant à jour en matière de dépistage du cancer colorectal (test fécal au cours des deux dernières années, sigmoïdoscopie/coloscopie au cours des dix dernières années), par province



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017

3

Dépistage du cancer colorectal et équité



Les stratégies visant à éliminer les obstacles et à fournir des soins adaptés aux besoins particuliers des groupes mal desservis constituent des priorités pour le Partenariat et pour les partenaires de la lutte contre le cancer, notamment pour les programmes de dépistage organisé³.



Les taux de dépistage, chez les ménages à faible revenu, qu'il s'agisse du taux de participation au dépistage ou de la proportion de personnes à jour en matière de dépistage, sont inférieurs à ceux du reste de la population.

Bien que l'on ait établi, par le passé, que les immigrants récents et ceux qui vivaient dans des régions rurales ou éloignées affichaient des taux de dépistage inférieurs¹⁴, les données les plus récentes, présentées dans ce rapport, montrent que ces disparités pourraient avoir été réduites. (Il convient de noter que les limites des données de l'ESCC pourraient avoir conduit à la non-détection ou à la sous-estimation des disparités – voir la section Limites).

Bien que les données sur les taux de participation au dépistage chez les personnes atteintes d'une incapacité, d'une maladie chronique ou d'un trouble de santé mentale, ainsi que chez les personnes en transition, en situation d'itinérance ou appartenant à la communauté LGBTQ2S+, soient plus limitées, il est établi que ces groupes subissent des inégalités en santé et qu'ils pourraient donc faire partie des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

Afin d'améliorer l'équité, les interventions doivent cibler expressément les obstacles à l'accès au dépistage et les inégalités en la matière. Dans le cas contraire, ce sont ceux qui ont le plus de chance de tirer profit des possibilités de dépistage offertes qui le feront, tandis que la participation sera plus faible parmi les groupes devant faire face à des obstacles individuels et systémiques plus nombreux, avec, comme effet indésirable, un accroissement des disparités entre ces groupes¹⁵.

Afin de pouvoir au mieux choisir, adapter et mettre en œuvre les interventions susceptibles de fonctionner le plus avantageusement dans des contextes, pour des populations et pour des collectivités particulières, il est indispensable de produire des rapports fiables sur les méthodes d'intervention¹⁶. La collecte de données à l'échelon local et la mobilisation communautaire jouent également un rôle important pour déterminer les interventions les plus efficaces en vue d'augmenter les taux de participation.

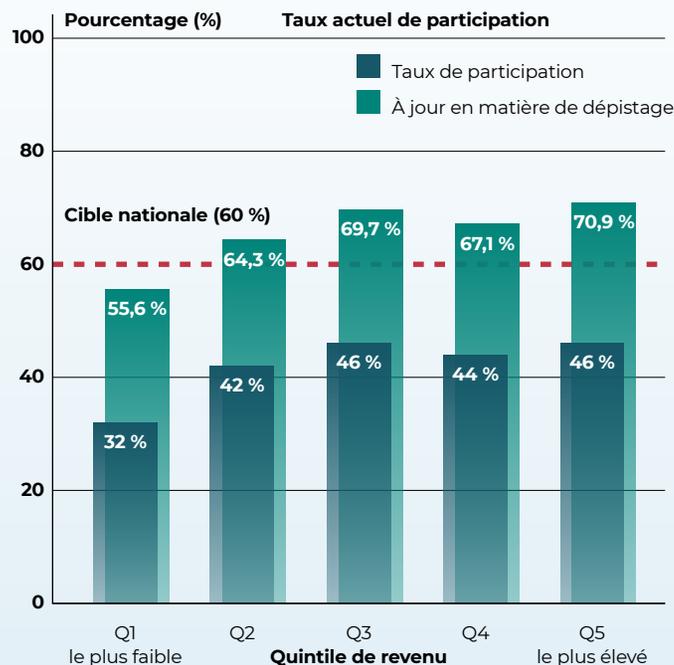
3.1 Faible revenu

En 2017, plus de 3,4 millions de personnes (9,5 % de la population) vivaient avec un faible revenu, en dépit d'une diminution de ce pourcentage au cours de la dernière décennie¹⁷. Le ralentissement important de l'économie canadienne survenu dans la foulée de la mise en place de mesures d'urgence en matière de santé publique visant à lutter contre la COVID-19, notamment la fermeture des services non essentiels, des écoles et des garderies, a eu, et continue d'avoir, des répercussions sur de nombreux Canadiens, du fait de pertes d'emploi et/ou de revenus, deux paramètres constituant des déterminants sociaux essentiels de la santé¹. Cela peut, à son tour, avoir des répercussions économiques à long terme, au-delà de la pandémie de COVID-19. L'association négative entre les désavantages socioéconomiques et les résultats en matière de santé, notamment l'espérance de vie, l'invalidité et l'hospitalisation, ainsi que la mortalité, a été largement démontrée¹⁸.

La participation au dépistage, au Canada, est inférieure à la cible de 60 % pour tous les quintiles de revenu, avec des disparités évidentes pour le quintile de revenu le plus faible par rapport aux autres (voir figure 3).

Des données probantes, canadiennes et étrangères, confirment que les taux de participation au dépistage sont plus faibles chez les personnes à faible revenu et moins scolarisées². Bien que les données sur la participation au dépistage chez les personnes vivant dans une situation de logement précaire soient plus limitées, une étude menée dans les refuges de la ville de New York a révélé que les personnes de cette catégorie présentaient un taux de dépistage du cancer colorectal de 20 %, soit la moitié de celui des personnes disposant d'un logement¹⁹.

Figure 3. Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir subi un test fécal au cours des deux dernières années et étant à jour en matière de dépistage du cancer colorectal (test fécal au cours des deux dernières années, sigmoïdoscopie/coloscopie au cours des dix dernières années), par quintile de revenu



Les données incluent les 10 provinces.
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [2017], Statistique Canada

Dans le quintile de revenu le plus faible, la proportion de personnes ayant déclaré avoir subi un test fécal au cours des deux années précédentes (32,2 %) était inférieure à celle des autres quintiles, l'écart le plus important se situant par rapport au quintile de revenu le plus élevé, pour lequel cette proportion était de 46,3 %, soit une différence de 14 points de pourcentage (voir figure 3).

Dans le quintile de revenu du ménage le plus faible, le pourcentage de personnes à jour en matière de dépistage du cancer colorectal était inférieur à celui de tous les autres quintiles.

Le dépistage permet de réduire le nombre de cas et le nombre de décès sur de nombreuses années à venir.

D'après des projections, le dépistage du cancer colorectal permettra de réduire le nombre de personnes qui recevront un diagnostic de cancer et qui en mourront, grâce à la détection et à l'ablation de polypes précancéreux, et ce, pendant de nombreuses années à venir.

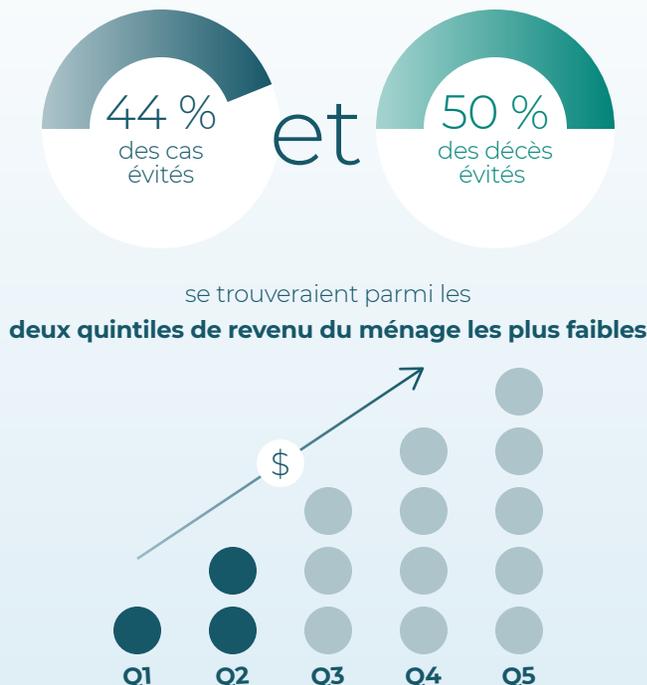
Une augmentation du taux de participation au dépistage du cancer colorectal jusqu'à la cible de **60 %, d'ici 2029**, dans tous les quintiles de revenus, permettrait d'éviter :



On estime, sur la base de projections à long terme effectuées à partir de données de modélisationⁱ⁾, qu'une augmentation du taux de participation au dépistage du cancer colorectal jusqu'à la cible de 60 %, d'ici 2029, dans tous les quintiles de revenus, permettrait d'éviter 250 cas par an (soit 8 000 cas de moins sur 30 ans). En ce qui concerne la mortalité par cancer colorectal, une augmentation du taux de participation au dépistage du cancer colorectal jusqu'à la cible de 60 %, dans tous les quintiles de revenus, permettrait d'éviter 130 décès par an (soit 4 500 décès de moins sur 30 ans).

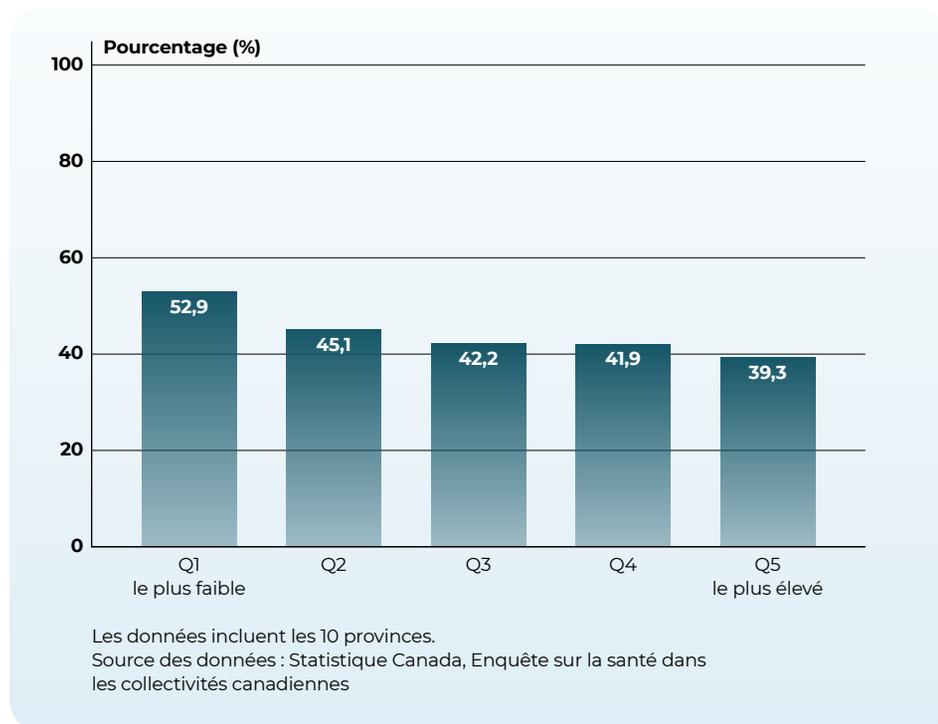
i) Les projections ont été estimées à l'aide d'OncoSim. OncoSim est piloté et géré par le Partenariat canadien contre le cancer, grâce à un financement de Santé Canada, Statistique Canada en ayant effectué la modélisation.

D'ici 2050



Du point de vue de l'équité en santé, les groupes de population dont les taux de participation sont actuellement plus faibles sont ceux qui ont le plus à gagner d'une augmentation de la participation au dépistage jusqu'aux pourcentages cibles. Environ 44 % des cas évités d'ici 2050 se trouveraient, en effet, parmi les deux quintiles de revenu du ménage les plus faibles. En ce qui concerne la mortalité par cancer colorectal, environ 50 % des décès évités d'ici 2050 se trouveraient parmi les deux quintiles de revenu du ménage les plus faibles.

Figure 4. Proportion de personnes âgées de 50 à 74 ans n'ayant jamais subi de test fécal, par quintile de revenu du ménage



Les disparités entre les quintiles de revenu, au chapitre de la proportion de personnes à jour en matière de dépistage, diminuent avec l'âge. Parmi les personnes de moins de 65 ans, celles qui appartiennent au quintile de revenu le plus élevé sont surreprésentées parmi les personnes à jour en matière de dépistage, tandis que celles appartenant au quintile inférieur sont sous-représentées. Les disparités diminuant avec l'âge, parmi les personnes de plus de 65 ans, la proportion de celles qui sont à jour en matière de dépistage varie peu en fonction des quintiles de revenu, des plus faibles aux plus élevés.

Dans le quintile de revenu le plus faible, la proportion de personnes ayant déclaré n'avoir jamais subi de test fécal (52,9 %) était supérieure à celle des autres quintiles, l'écart le plus important se situant par rapport au quintile de revenu le plus élevé, pour lequel cette proportion était de 39,3 %, soit une différence de 13 points de pourcentage (voir figure 4).

3.2 | Temps écoulé depuis l'immigration, pays d'origine et langue parlée à domicile

Le taux de dépistage par test fécal au sein des populations immigrées semble s'être considérablement élevé au cours de la dernière décennie.

Selon les données de 2008, seuls 19,2 % des immigrants récents avaient déclaré être à jour en matière de dépistage, comparativement à 35,0 % pour les immigrants qui étaient au Canada depuis plus de 10 ans et à 31,7 % pour la population née au Canada¹⁴.

En 2017, la participation au dépistage avait augmenté pour tous ces groupes. On continue toutefois d'observer la même tendance, à savoir un écart d'environ 10 % entre les nouveaux immigrants et les personnes nées au Canada, bien que cette différence ne soit pas significative selon les données de l'ESCC de 2017 qui fournit des estimations de 58,8 % de taux de dépistage pour les immigrants récents, de 64,5 % pour les immigrants présents au Canada depuis plus de 10 ans et de 67,4 % pour les personnes nées au Canada.

Des tendances similaires existent en matière de taux de participation au dépistage du cancer colorectal par test fécal chez les immigrants et les personnes nées au Canada²⁰.

Des programmes de dépistage organisé ont été mis en place dans la plupart des provinces et des territoires entre 2008 et 2017, ce qui peut expliquer en partie l'augmentation du taux de dépistage pour toutes les populations et pour les immigrants récents²¹.

Bien que les taux de participation au dépistage par test fécal et que les proportions de personnes à jour en matière de dépistage ne diffèrent pas significativement selon les groupes classés en fonction de leur statut d'immigrant, on observe tout de même des différences quant aux motifs fournis pour expliquer l'absence de dépistage. Les immigrants récents (depuis moins de 10 ans au Canada) ont justifié leur non-participation au dépistage par le fait qu'ils ne savaient pas qu'un examen de dépistage du cancer colorectal était nécessaire ou qu'ils ne savaient même pas qu'un tel examen existait (60,5 %), alors que les immigrants présents au Canada depuis plus longtemps et les personnes nées au Canada étaient moins susceptibles de fournir cette raison, à respectivement 38,2 % et 40,8 %²⁰.

Figure 5. Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans qui est à jour en matière de dépistage du cancer colorectal (test fécal, sigmoïdoscopie, coloscopie), par pays d'origine

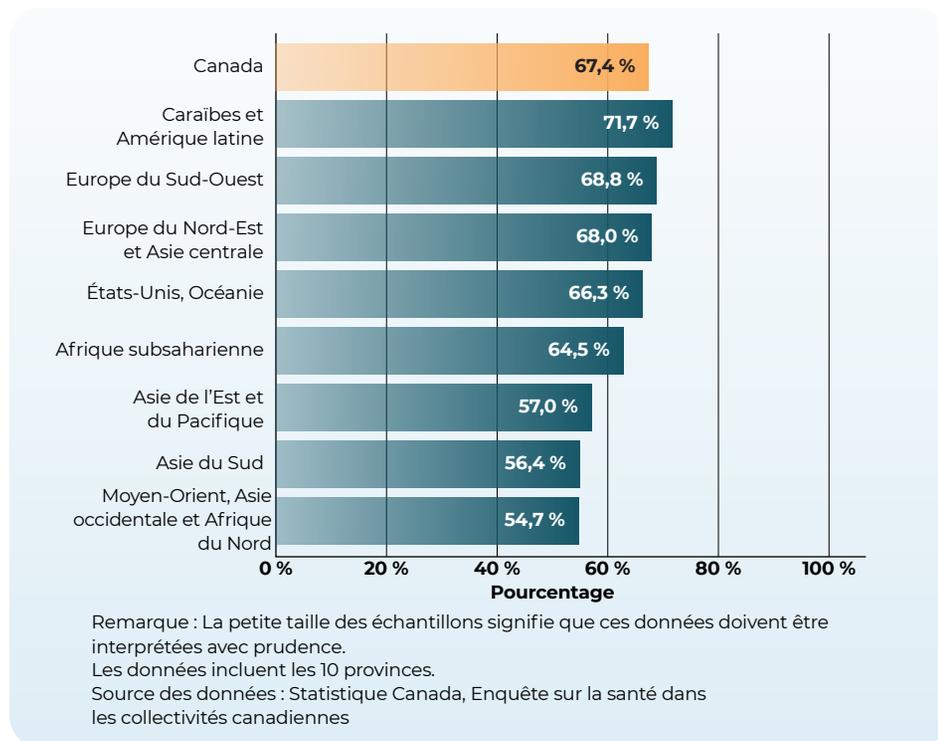
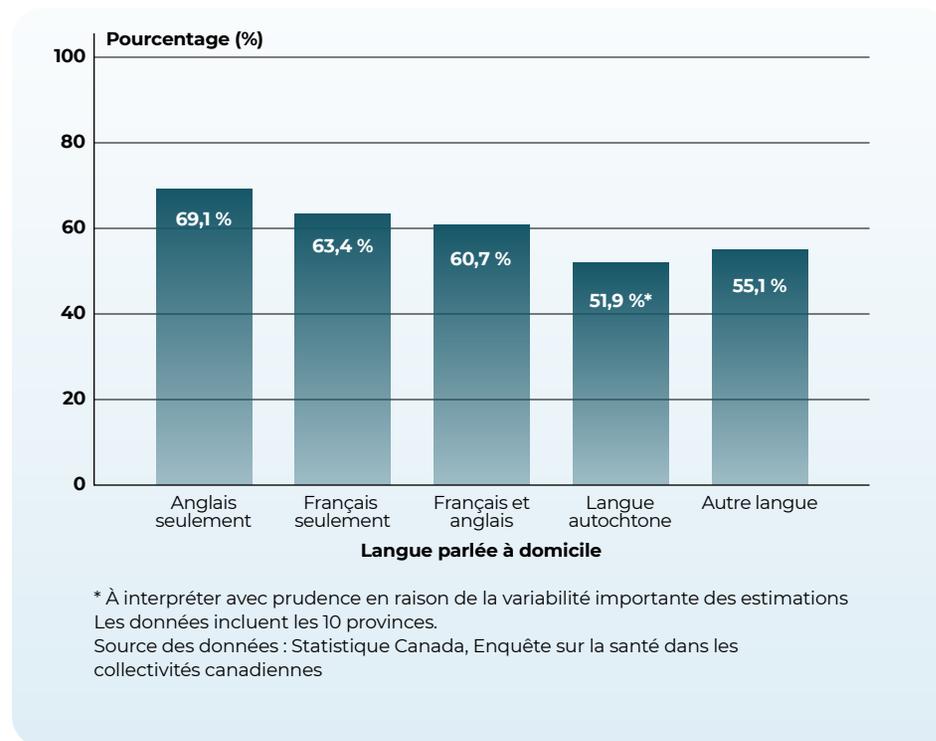


Figure 6. Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans qui est à jour en matière de dépistage du cancer colorectal (test fécal, sigmoïdoscopie, coloscopie), par langue parlée à domicile



Il est intéressant de noter que la proportion d'immigrants de l'Asie de l'Est et du Pacifique, du Moyen-Orient, de l'Asie occidentale et de l'Afrique du Nord qui sont à jour en matière de dépistage du cancer colorectal est significativement inférieure à celle des personnes nées au Canada (voir figure 5).

Les personnes qui ne parlent que l'anglais ou le français à domicile sont plus susceptibles d'être à jour en matière de dépistage du cancer colorectal que celles parlant, à domicile, une langue autochtone ou une autre langue (voir figure 6).

3.3 | Géographie

La Stratégie³ a pour priorité d'éliminer les obstacles qui empêchent les gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin. Cette priorité fait expressément mention de la nécessité de veiller à ce que les collectivités rurales et éloignées disposent des ressources nécessaires pour mieux servir leur population.

Les données de l'ESCC de 2017 ne montrent pas de différences significatives entre les zones géographiques (urbaines, rurales, éloignées) en matière de taux de participation au dépistage par test fécal ou de proportion de personnes à jour en matière de dépistage²⁰. Cependant, la source de données présente certaines limites. Les données relatives aux résidents des territoires canadiens et des réserves des Premières Nations ainsi que celles relatives aux personnes en transition et en situation d'itinérance sont lacunaires, ce qui limite les possibilités de mettre en évidence, grâce à ces statistiques, des disparités géographiques.

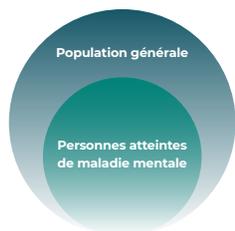


Malgré l'absence de différences apparentes dans les taux de dépistage, les taux d'incidence du cancer colorectal augmentent lorsque l'on passe des zones urbaines aux zones rurales et très éloignées, avec un écart de 13,1 % entre les premières et les dernières (figure 1). Cet écart conduit à penser qu'il ne faut, en aucune façon, relâcher l'attention particulière dont le dépistage doit faire l'objet dans ces régions.

Il existe une corrélation entre le revenu et la géographie, en ce sens que les populations rurales et éloignées ont, généralement, des revenus inférieurs à ceux des populations urbaines, de sorte qu'une intersection du revenu et d'autres facteurs peut s'avérer pertinente pour comprendre les taux de cancer colorectal parmi les populations rurales et éloignées¹⁴.

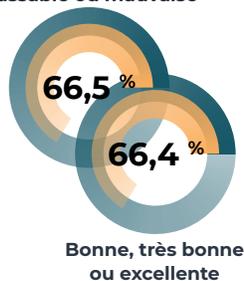


3.4 État de santé mentale et maladies mentales



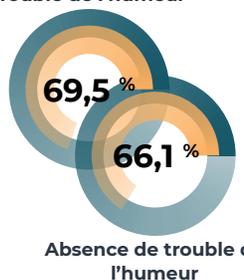
Les personnes atteintes de maladie mentale ont, généralement, des taux de dépistage de 20 % à 30 % inférieurs à ceux de la population générale, pour le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal²².

Passable ou mauvaise



Cependant, les résultats des différents groupes canadiens, classés par autoévaluation de la santé mentale, montrent que les personnes qui évaluent leur santé mentale comme passable ou mauvaise ont des taux de dépistage comparables à celles qui l'évaluent comme bonne, très bonne ou excellente (66,5 % contre 66,4 %)²⁰.

Présence d'un trouble de l'humeur



Le pourcentage des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur qui sont à jour en matière de dépistage est comparable à celui des personnes n'ayant pas ce type de troubles, à respectivement 69,5 % et 66,1 %²⁰.

Au Canada, les personnes souffrant d'un trouble anxieux étaient un peu plus susceptibles d'être à jour en matière de dépistage du cancer colorectal que celles qui ne présentaient pas un tel trouble, à respectivement 70,6 % et 66,1 %, soit un écart de 4,5 points de pourcentage²². En revanche, une étude britannique n'a rapporté aucune différence, en matière de taux de participation au dépistage par test fécal, chez les participants souffrant d'anxiété autodéclarée ou de dépression, par rapport à ceux ne souffrant pas de ces troubles²³.

La détresse associée à la pandémie peut augmenter le risque de survenue de différents problèmes médicaux, notamment en santé mentale¹. Les personnes qui vivent déjà avec une maladie mentale peuvent voir leur vulnérabilité s'accroître pendant la pandémie de COVID-19, l'isolement, ainsi que les perturbations des soins qu'elles reçoivent habituellement, pouvant être à l'origine d'une réapparition ou d'une aggravation de leurs symptômes¹. Dans ce cadre, les problèmes d'accès aux soins peuvent se multiplier, créant ainsi de nouveaux obstacles au dépistage¹.

3.5 | Incapacités

Les recherches sur l'influence d'une incapacité sur la participation au dépistage du cancer colorectal chez les personnes souffrant d'une incapacité ou d'une déficience physique, d'apprentissage, visuelle ou auditive sont peu nombreuses. Des recherches menées aux États-Unis et au Royaume-Uni ont montré que :

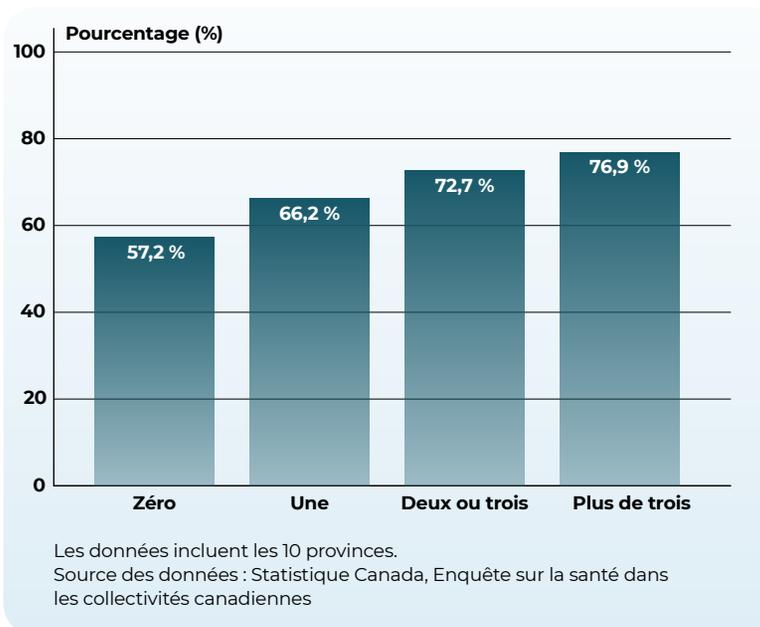
- Les personnes ayant les capacités physiques les plus importantes étaient plus susceptibles d'être à jour en matière de dépistage par rapport à celles ayant les capacités physiques les plus limitées, à respectivement 52 % et 42 % (États-Unis)²⁴.
- Les femmes présentant une incapacité étaient 25 % moins susceptibles d'avoir subi un test de dépistage du cancer colorectal que celles n'en présentant pas, et ce, même après ajustement en fonction des facteurs sociodémographiques et de mode de vie. Les femmes présentant un plus grand nombre d'incapacités étaient encore moins susceptibles d'avoir participé au dépistage (Royaume-Uni)^{25,26}.

Au Canada, les proportions de personnes à jour en matière de dépistage sont significativement différentes pour celles qui ont une audition limitée et pour celles qui n'ont pas de perte auditive, à respectivement 70,8 % et 65,6 %, ainsi que pour celles souffrant de perte de mémoire et pour celles qui n'ont pas ce problème, à respectivement 69,5 % et 65,8 %. Ces taux, légèrement plus élevés chez les personnes présentant ces difficultés, donnent à penser que des incapacités de ce type ne constituent pas un obstacle important au dépistage du cancer colorectal²⁰.

3.6 Maladies chroniques

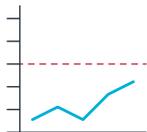
La participation au dépistage du cancer colorectal varie selon la présence d'une ou de plusieurs maladies chroniques et de leur type. Au Royaume-Uni, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux ont été associés à une moindre adoption du dépistage, tandis que l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde et d'autres problèmes médicaux étaient associés à un taux de participation plus élevé²³.

Figure 7. Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans qui est à jour en matière de dépistage du cancer colorectal (test fécal, sigmoïdoscopie, coloscopie), par nombre de maladies chroniques

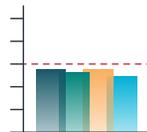


Au Canada, les personnes atteintes de trois affections chroniques ou plus étaient plus susceptibles d'être à jour en matière de dépistage que celles atteintes d'une seule maladie chronique ou que celles ne souffrant d'aucun problème de santé chronique, à respectivement 76,9 %, 66,2 % et 57,2 %, soit une différence de 19,7 points de pourcentage entre la première et la dernière de ces catégories (voir figure 7). Cette constatation peut être le résultat d'interactions plus nombreuses des personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques avec le système de santé²⁷.

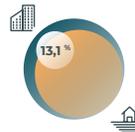
3.7 | Résumé des principaux résultats concernant les différents groupes de population



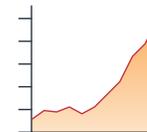
La participation au dépistage par test fécal est inférieure à la cible de 60 % pour tous les quintiles de revenu, avec une disparité évidente pour le quintile de revenu le plus faible par rapport aux autres. La proportion de personnes à jour en matière de dépistage du cancer colorectal était inférieure pour le quintile de revenu le plus faible, par rapport au quintile de revenu le plus élevé.



Les taux de participation au dépistage par test fécal et les proportions de personnes à jour en matière de dépistage ne différaient pas selon le statut d'immigrant. Bien que l'on ait établi, par le passé, que les immigrants récents affichaient des taux de dépistage inférieurs, les données les plus récentes, présentées dans ce rapport, montrent que ces disparités pourraient avoir été réduites. On manque de données détaillées, notamment en provenance des territoires canadiens, des réserves des Premières Nations, et des personnes en transition et en situation d'itinérance.



Il n'y a pas de différences significatives, dans la participation au dépistage par test fécal ou dans la proportion de personnes à jour en matière de dépistage, entre les zones géographiques (urbaines, rurales, éloignées). Malgré l'absence de différences apparentes dans les taux de dépistage, les taux d'incidence du cancer colorectal augmentent lorsque l'on passe des zones urbaines aux zones rurales et très éloignées, avec un écart de 13,1 % entre les premières et les secondes. Cet écart indique qu'il ne faut, en aucune façon, relâcher l'attention particulière dont le dépistage doit faire l'objet dans ces régions.



Des programmes de dépistage organisé ont été instaurés dans la plupart des provinces et des territoires entre 2008 et 2017, ce qui peut expliquer, en partie, l'augmentation de la participation au dépistage pour toutes les populations, notamment pour les immigrants récents et pour les résidents des régions rurales et éloignées.



Bien que l'on dispose de moins de données à propos des taux de participation au dépistage chez les personnes présentant une incapacité, atteintes d'une maladie chronique ou ayant un problème de santé mentale, ainsi que chez les personnes en transition, en situation d'itinérance et appartenant à la communauté LGBTQ2S+, il est possible que ces groupes doivent faire face à des obstacles au dépistage, susceptibles d'être surmontés grâce à des approches personnalisées.

4

Obstacles et interventions efficaces



La compréhension des stratégies visant à atténuer ou à éliminer les obstacles à la participation au dépistage et à mettre en œuvre des interventions d'accroissement de l'adoption du dépistage, parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant, joue un rôle important comme moteur de l'action.

Les recherches explorant les facteurs qui entravent ou facilitent la participation au dépistage du cancer colorectal, ainsi que les interventions efficaces susceptibles d'aider à l'adoption du dépistage par les personnes admissibles, ont été compilées par le Partenariat et présentées ci-après, avec leurs implications pour les programmes de dépistage.

4.1 | Motifs de non-participation au dépistage

COMMENTAIRE D'UN PATIENT :

Ça me semble dégoûtant ou inconfortable, voire embarrassant.

Au sein de la population canadienne dans l'ensemble des provinces et des territoires, les personnes n'ayant pas subi de test fécal au cours des deux années précédentes ont, le plus fréquemment, fourni les raisons suivantes : leur médecin a estimé que ce n'était pas nécessaire, elles ont estimé que ce n'était pas nécessaire, ou elles avaient déjà subi un examen de dépistage par coloscopie ou par sigmoïdoscopie.



D'autres raisons ont également été fournies, moins fréquemment, à savoir le manque de temps, l'absence de médecin attitré, l'ignorance de l'existence du test ou des sentiments de peur ou d'inconfort²⁷.



Les résidents de la Colombie-Britannique et du Québec étaient plus susceptibles que ceux des autres provinces de dire que leur médecin estimait que le test n'était pas nécessaire ou qu'il ne leur en avait pas parlé²⁰.



Les personnes vivant à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard étaient plus susceptibles que celles résidant dans les autres provinces ou territoires de penser que le test n'était pas nécessaire ou d'indiquer qu'elles ne savaient pas qu'il existait un test de dépistage du cancer colorectal²⁰.

4.2 | Obstacles parmi certaines populations

COMMENTAIRE D'UN PATIENT :

Je n'avais aucune motivation ni incitation à rentrer à la maison [pour utiliser la trousse de dépistage]. Je l'ai juste laissée sur la table et je m'apprêtais à en parler aux enfants, pratiquement sur le ton de la plaisanterie.

Une revue de la documentation, commandée par le Partenariat, sur les obstacles entravant la participation au dépistage du cancer colorectal et sur les facteurs susceptibles de la faciliter, ainsi que sur la proportion de personnes à jour en matière de dépistage parmi des populations particulières, a permis de mettre en évidence des données probantes sur l'existence d'un certain nombre d'obstacles fréquemment mentionnés par les répondants².

Le tableau 1 propose une synthèse des obstacles précis les plus fréquemment cités par les populations à faible revenu, par les minorités visibles ainsi que par les résidents des régions rurales et éloignées. S'il est vrai que les taux de participation et la proportion de personnes à jour en matière de dépistage ont augmenté au fil du temps, parmi les résidents de ces zones et parmi les immigrants, peut-être, en partie, en raison du succès des programmes de dépistage organisé, il n'en demeure pas moins qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts pour répondre aux besoins et au contexte particuliers des immigrants, des minorités visibles et des personnes vivant en dehors des zones urbaines.

On peut regrouper les obstacles rencontrés par les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant en différentes catégories :



Ceux qui sont liés aux FSS



Ceux qui sont liés au système de santé



Ceux qui sont liés au soutien et à la formation

Tableau 1. Obstacles au dépistage du cancer colorectal au sein de groupes de population particuliers²

 PERSONNES À FAIBLE REVENU	 PERSONNES APPARTENANT AUX MINORITÉS VISIBLES	 PERSONNES RÉSIDANT EN ZONE RURALE ET ÉLOIGNÉE
<p>Obstacles liés aux FSS</p> <ul style="list-style-type: none">- Absence de recommandation d'un FSS <p>Obstacles liés au soutien et à la formation</p> <ul style="list-style-type: none">- Peur du cancer ou idées fausses- Attitude négative envers les tests- Conflit d'horaire ou manque de temps- Faible autodidaxie en matière de santé	<p>Obstacles liés au système de santé</p> <ul style="list-style-type: none">- Difficulté à s'y retrouver dans le système de santé- Barrière de la langue <p>Obstacles liés au soutien et à la formation</p> <ul style="list-style-type: none">- Manque de contenus promotionnels de la santé adaptés sur le plan culturel- Faible autodidaxie en matière de santé- Peur du cancer ou idées fausses- Embarras ou inconfort lors de la manipulation d'échantillons fécaux- Responsabilités professionnelles ou familiales- Dépendance à l'égard des membres de la famille	<p>Obstacles liés aux FSS</p> <ul style="list-style-type: none">- Pas de FSS attiré <p>Obstacles liés au système de santé</p> <ul style="list-style-type: none">- Difficulté à accéder au système de santé- Non-réception de la trousse de test par courrier (zones très éloignées)

4.3 | Stratégies, fondées sur des données probantes, visant à améliorer le dépistage du cancer colorectal

4.3.1. Stratégies à l'échelle de l'ensemble de la population

Le Community Preventive Services Task Force (CPSTF), soutenu par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC), a, au cours de la dernière décennie, effectué un examen approfondi des facteurs permettant d'accroître la participation au dépistage du cancer colorectal pour l'ensemble de la population.

Le tableau 2 ci-après présente les stratégies ciblant l'ensemble de la population pour lesquelles des données probantes ont été examinées dans le cadre de l'examen du CPSTF²⁶. Les stratégies d'intervention sont regroupées en trois catégories : (a) celles qui permettent d'accroître la demande au sein de la population; (b) celles qui permettent d'améliorer l'accès de la population; et (c) celles qui permettent d'accroître la recommandation du dépistage par les FSS.

Tableau 2. Solidité des données probantes en faveur de différentes interventions relatives au dépistage du cancer, regroupées par stratégie

SOLIDITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ACCROISSEMENT DE LA DEMANDE AU SEIN DE LA POPULATION	ACCROISSEMENT DE L'ACCÈS AU SEIN DE LA POPULATION	ACCROISSEMENT DE LA RECOMMANDATION DU DÉPISTAGE PAR LES FSS
Solides ●●●	<ul style="list-style-type: none"> - Rappels aux participants - Petits médias 	<ul style="list-style-type: none"> - Atténuation des obstacles à l'accès au dépistage, notamment par l'accroissement de l'autoprélèvement - Atténuation des obstacles administratifs - Services de traduction 	<ul style="list-style-type: none"> - Systèmes de rappels et d'invitations à un nouveau rendez-vous pour les FSS
Suffisantes ●●	<ul style="list-style-type: none"> - Formation individuelle 		<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des FSS et rétroaction
Insuffisantes ●	<ul style="list-style-type: none"> - Formation collective - Médias de masse - Incitatifs aux participants 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des coûts directs pour les participants 	<ul style="list-style-type: none"> - Incitatifs aux FSS



Les stratégies de rappels aux participants, de recours aux petits médias (par exemple, des brochures et des vidéos), d'atténuation des obstacles structurels et d'utilisation de systèmes de rappels aux FSS sont toutes étayées par des données probantes solides permettant de justifier leur utilisation au sein de l'ensemble de la population.

COMMENTAIRE D'UN PATIENT :

La trousse elle-même ne nécessite pas beaucoup d'explications... Son utilisation, très simple, ne pose pas de problème. Elle est bien conçue et l'échantillon est facile à retourner par la poste.

À titre d'exemple, l'envoi, par la poste, de trousse de test fécal constitue une stratégie efficace pour accroître l'accès de la population au dépistage et pour atténuer les obstacles structurels :

Une étude ontarienne a montré que les personnes qui avaient reçu une trousse par la poste étaient deux fois plus susceptibles d'effectuer l'un des deux tests que celles qui avaient reçu uniquement une lettre²⁹. L'envoi par la poste, directement aux personnes, de trousse de test fécal peut améliorer l'accès au dépistage du cancer colorectal et réduire les interactions en personne avec les FSS, pendant les périodes comme la pandémie de COVID-19 que nous connaissons actuellement, où le système de santé est soumis à des pressions particulières.



Les plus fortes augmentations des taux de dépistage du cancer colorectal, parmi toutes les populations, ont été observées dans le sillage d'interventions qui comprenaient plusieurs volets, combinant au moins deux des trois stratégies mentionnées. Ces interventions à plusieurs composantes ont augmenté la participation au dépistage du cancer colorectal, indépendamment du type de test utilisé, d'une valeur médiane de 15,4 points de pourcentage, par rapport à l'absence d'intervention³⁰.



Les interventions faisant appel à la formation de groupe, aux médias de masse, aux incitatifs aux participants et aux FSS, ainsi qu'à la réduction des frais directement assumés par les participants, n'étaient pas étayées par des données probantes suffisamment solides pour que le CPSTF les recommande en tant qu'interventions isolées pour la population dans son ensemble²⁸. Cependant, ces approches ont également été étudiées dans le cadre d'interventions à plusieurs volets et ont fait la preuve d'une certaine efficacité auprès de populations particulières faisant l'objet d'un dépistage insuffisant. Elles restent, par conséquent, pertinentes en tant que stratégies pouvant se montrer efficaces³¹.

4.3.2. Stratégies propres à certaines populations

COMMENTAIRE D'UN PATIENT :

J'ai, en quelque sorte, tout fait pour retarder, voire éviter, le moment du prélèvement. Je suppose que j'avais peur. Je suis retourné chez le médecin et il m'a demandé si j'avais fait le test. J'ai dit non, pas encore. Il m'a dit que je ferais mieux de le faire le plus rapidement possible.

Le Partenariat a commandé un examen des données probantes relatives à des interventions particulières destinées à divers groupes de population³¹, s'appuyant sur les conclusions du CPSTF²⁸ et sur l'examen des obstacles². Il a mis en évidence un certain nombre de stratégies permettant d'accroître les taux de participation au dépistage du cancer colorectal (aussi bien la participation que la proportion de personnes à jour en matière de dépistage) au sein de différents groupes³¹. Même si certaines stratégies ne sont pas étayées par des données probantes pour l'ensemble de la population, conformément aux conclusions de l'examen du CPSTF, elles s'avèrent malgré tout efficaces, dans certains cas, lorsqu'elles s'adressent à des populations particulières ou faisant l'objet d'un dépistage insuffisant. Dans ce contexte, il convient donc de sélectionner soigneusement les interventions, en collaboration avec le groupe de population ciblé. Par exemple, bien que le CPSTF n'ait pas mis en évidence de données probantes suffisantes pour recommander la formation collective en vue d'augmenter le dépistage du cancer colorectal, on a pu déterminer qu'une formation de ce type, en amont du dépistage, constituait un moyen efficace d'accroître l'adoption du test fécal parmi les personnes à faible revenu et appartenant aux minorités visibles.

La recommandation d'un fournisseur de soins primaires (FSP), demandant à son patient d'effectuer un test de dépistage, semble être le facteur facilitant le plus important, en particulier pour les participants présentant un désavantage socioéconomique et ayant une faible autodidaxie en matière de santé, qui se reposent davantage sur leur FSP pour les orienter dans leurs décisions en matière de santé^{2,32}.

Parmi les autres facteurs facilitant une meilleure participation au dépistage du cancer colorectal, on trouve l'accroissement de l'autodidaxie en matière de santé, le fait d'avoir un FSS attitré, l'envoi de lettres d'invitation et de rappel, la formation sur le dépistage du cancer colorectal et sur les avantages et les risques des examens, l'accompagnement par des pairs, et la formation des FSS ainsi que des membres du personnel qui sont responsables de la sensibilisation au sein des collectivités².

Des recherches plus poussées sur les interventions visant à accroître l'adoption du dépistage parmi certaines populations et à réduire les disparités dont elles souffrent seraient indubitablement justifiées.

La collaboration avec certains groupes de population et certaines collectivités, alliée à un travail de création conjointe, permet d'obtenir des éclairages pertinents, afin de mettre en place des stratégies personnalisées plus efficaces.

On améliorera l'accès au dépistage et son adoption en veillant à ce que les stratégies mises en place pour accroître l'accès aux soins s'inscrivent en cohérence avec les besoins, les priorités et l'infrastructure des collectivités concernées, pendant les périodes comme la pandémie de COVID-19 que nous connaissons actuellement, au cours desquelles le système de santé est soumis à des pressions particulières. La disponibilité de rapports détaillés sur les méthodes permettant de choisir, d'adapter et de mettre en œuvre des interventions, afin de déterminer, plus facilement, celles qui fonctionnent le mieux dans le cadre de populations, de collectivités et de contextes particuliers, faciliterait une mise en œuvre à grande échelle¹⁶.

Personnes à faible revenu

Un examen systématique des populations à faible revenu³³ a permis de constater que les rappels préalables et l'approbation par les médecins n'avaient conduit qu'à de modestes augmentations des taux de participation au dépistage chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

Des rappels plus personnalisés à destination des personnes non participantes, que ce soit par le biais de documents écrits améliorés ou d'une communication téléphonique, plus particulièrement si elle émane d'un FSP, se sont avérés efficaces pour accroître la participation.

Minorités visibles

Un examen systématique, conduit en 2012, de 33 études qui portaient sur des interventions destinées aux minorités raciales et ethniques aux États-Unis, a montré que la formation des participants, par téléphone ou en personne, combinée à des services d'intervenants-pivots leur permettant de suivre, au minimum, les étapes de base du processus de dépistage du cancer colorectal, constituait l'intervention la plus efficace pour améliorer la participation au sein de ces groupes⁵.

Bien que toutes les modalités de test aient été incluses dans cet examen, notamment la RSOS, la sigmoïdoscopie et la coloscopie, il ne fournissait aucune analyse des résultats en fonction de chacun de ces types d'examen.

Résidents des zones rurales et éloignées

Les cliniques mobiles, l'envoi de trousse par la poste directement aux participants et la participation d'intervenants communautaires constituent des interventions dont on a montré qu'elles facilitaient l'adoption du dépistage dans les régions éloignées².

Bien que, contrairement au dépistage du cancer du sein, les tests fécaux ne nécessitent pas d'équipement spécialisé, l'Ontario utilise une fourgonnette mobile de dépistage du cancer du sein pour distribuer également des tests fécaux dans les régions rurales et éloignées, atténuant ainsi certains obstacles en matière d'accès et offrant la possibilité aux FSS de recommander à leurs patients de passer les tests²¹.

Les descriptions des interventions ci-dessous comprennent une évaluation de la solidité des données probantes susceptibles de les étayer, fournie par le CPSTF, et des détails sur la façon dont ces stratégies peuvent s'avérer efficaces dans le cadre d'interventions à plusieurs volets destinées à un ou à plusieurs groupes de population.

Données probantes solides ●●●

Données probantes suffisantes ●●

Données probantes insuffisantes ●



Interventions à plusieurs volets – Comme cela a été indiqué précédemment, les interventions à plusieurs volets sont à l'origine des hausses les plus importantes, d'une valeur médiane de 15,4 points de pourcentage par rapport à l'absence d'intervention, des taux de participation au dépistage du cancer colorectal, et ce, parmi toutes les populations³⁰. L'examen des interventions, commandé par le Partenariat, a révélé que 21 des 27 stratégies étudiées ayant abouti à une augmentation de la participation au dépistage du cancer colorectal par test fécal comprenaient plusieurs volets³¹. De même, un examen systématique d'études visant à améliorer le dépistage du cancer colorectal chez les populations à faible revenu et résidant dans des zones rurales et éloignées a mis en évidence de nombreuses interventions à plusieurs volets¹⁶. Les approches efficaces à plusieurs composantes comprenaient des stratégies d'accroissement de la demande au sein de la collectivité, comme l'envoi de rappels aux participants, ainsi que de l'accès, notamment l'envoi, directement par courrier, de trousse d'autoprélèvement et la distribution de trousse dans les cliniques. Les interventions s'étant avérées efficaces auprès des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant avaient, le plus souvent, recours à des stratégies d'intervention-pivot, incluant une formation individuelle, en vue d'accroître la demande, et à des stratégies pour surmonter les obstacles³¹. Dans certaines études, un certain nombre d'approches ont été « stratifiées », des volets supplémentaires ayant été successivement ajoutés pour tenter de communiquer avec les non-répondants.

Exemple d'approche : Une étude ayant comparé diverses formes d'intervention pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal a montré que le soutien par du personnel infirmier constituait la forme la plus efficace d'intervention. En effet, les personnes ayant reçu ce type de soutien étaient deux fois plus susceptibles de passer un examen de dépistage que celles qui n'avaient reçu qu'une formation adaptée sur le plan culturel, et pratiquement une fois et demie plus susceptibles que celles qui avaient reçu des soins améliorés (après ajustement pour l'âge, la race et l'autodidaxie en matière de santé)³⁴. Dans cette intervention, très gourmande en ressources, le personnel infirmier assistait les participants en les formant personnellement et en leur passant jusqu'à trois appels téléphoniques pour les encourager à effectuer les deux types de dépistage.

COMMENTAIRE D'UN PATIENT :

Avec la façon dont les choses sont organisées maintenant, j'ai effectivement reçu des communications à domicile parce que j'étais inscrit au programme. Du matériel pédagogique accompagnait ces lettres pour expliquer pourquoi le dépistage était une chose importante à faire.



Rappels aux participants – De solides données probantes étaient

l'efficacité, pour accroître la participation au dépistage par test fécal, des stratégies ayant recours à des lettres et à des cartes envoyées par la poste, ainsi qu'à des appels téléphoniques, ayant pour objectif de rappeler aux participants que la date de leur examen de dépistage était dépassée, de leur fournir un certain nombre de renseignements de suivi, par exemple sur les avantages du dépistage et sur les moyens de surmonter les obstacles, et de les aider à planifier leur rendez-vous²⁸. Cette constatation restait pertinente pour toutes les populations étudiées qui faisaient l'objet d'un dépistage insuffisant³¹.

Exemple d'approche : Santé Ontario (anciennement Action Cancer Ontario) envoie aux patients inscrits sur sa liste pour le dépistage du cancer colorectal des lettres de rappel mentionnant le nom de leur médecin et envoyées en son nom³⁵.



Petits médias – De solides données probantes étaient

l'efficacité, pour informer les gens et les motiver à subir un dépistage par test fécal, des stratégies à base de vidéos et de documents imprimés, par exemple des brochures³⁶.

Les renseignements véhiculés peuvent être adaptés à certaines personnes ou à certains groupes, par exemple en ayant recours à la traduction ou à l'utilisation d'un langage simple, ou viser l'ensemble de la population.

Les constatations de l'examen des interventions pour la population générale sont restées pertinentes pour les groupes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

De nombreuses études ont mis en évidence l'efficacité, pour accroître la participation au dépistage du cancer colorectal parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant, de stratégies comportant la remise de brochures et de documents, combinées à d'autres interventions, dans le cadre d'approches comprenant plusieurs volets³¹.

- — **Atténuation des obstacles**
- ✓ — **structurels – De solides données probantes**
- — **probantes** étayaient l'efficacité, pour accroître la participation

au dépistage par test fécal, des stratégies d'atténuation des obstacles structurels, comme la simplification des procédures administratives et la traduction²⁸.

Exemple d'approche : L'envoi, par la poste, de tests fécaux directement aux personnes a systématiquement abouti, dans les études examinées^{31,37}, à des taux de participation plus élevés pour toutes les populations, notamment les personnes à faible revenu, les personnes vivant en zone rurale, les minorités visibles et les personnes non assurées, par rapport à divers types d'interventions qui formaient les soins habituelsⁱⁱ.

Exemple d'approche : Intégration des services de dépistage; une intervention destinée aux femmes vivant dans des collectivités rurales et éloignées de l'Alberta (principalement des Premières Nations, des Métis et des huttérites) a intégré le dépistage du cancer colorectal dans le cadre des cliniques de mammographie mobiles existantes, en y distribuant des trousse de TF³⁸.

ii) Les « soins habituels » consistaient en l'offre de services de dépistage opportuniste du cancer colorectal à l'occasion des rendez-vous médicaux, ou en l'absence de toute intervention et d'envoi par la poste.



Systèmes de rappels et d'invitations à un nouveau rendez-vous adressés aux FSS – De solides données probantes

étayaient l'efficacité de systèmes de rappels ciblant l'ensemble de la population et signalant, notamment par l'intermédiaire du dossier médical électronique ou d'un courriel au FSS, qu'il était temps qu'un participant subisse un dépistage ou que la date d'un examen avait été dépassée. Des données probantes étayaient également cette constatation pour l'adoption des tests fécaux chez les patients à faible revenu, vivant dans des régions rurales et éloignées, et appartenant à des minorités visibles³¹.

Exemple d'approche : Les systèmes de rappel aux participants se sont avérés efficaces dans le cadre d'une étude des cliniques ayant recours à des intervenants-pivots en santé chargés de vérifier les dossiers pour recenser les patients pour lesquels la date du dépistage était dépassée et de gérer les systèmes de rappel destinés aux FSS les incitant à recommander à leurs patients de passer un examen de dépistage. Cette intervention intégrait un certain nombre d'autres volets, par exemple la coordination des services de dépistage et des services de suivi, des activités de formation individuelle des patients et des rappels de rendez-vous, ainsi que des aides pour surmonter les obstacles au dépistage (par exemple relativement aux coûts, au transport ou à l'autodidaxie en matière de santé)³⁹.

Exemple d'approche : Le rapport d'activité de dépistage (RAD) de l'Ontario est un rapport interactif en ligne destiné aux médecins de soins primaires exerçant dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients, ainsi que des médecins et du personnel infirmier pratiquant au sein de la municipalité de Sioux Lookout et de la zone de Sioux (27 collectivités des Premières Nations). Il fournit des données sur le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal, afin d'aider les médecins à améliorer leurs taux de dépistage du cancer et à effectuer le suivi requis. La plateforme de production de rapports est interactive, permettant aux médecins de trouver rapidement des renseignements précis en matière de dépistage du cancer, pour chacun de leurs patients⁴⁰.



Formation individuelle – Des données probantes suffisantes

étaient l'efficacité, en vue d'augmenter la participation au dépistage par test fécal effectué au sein des programmes, d'interventions dans le cadre desquelles des FSS ou des non-spécialistes expliquaient individuellement aux participants, au téléphone ou en personne, les avantages du dépistage et les moyens de surmonter les obstacles²⁸. Cette constatation restait pertinente pour toutes les populations étudiées qui faisaient l'objet d'un dépistage insuffisant³¹. L'offre de services d'intervenants-pivots s'avère constituer une approche particulièrement efficace en matière de formation individuelle lorsqu'elle est combinée avec des stratégies d'atténuation des obstacles à l'accès au dépistage et des obstacles structurels. La possibilité de recevoir des services d'intervenants-pivots de manière virtuelle, plutôt qu'en personne, constitue une approche qu'il convient d'explorer à la lumière de la pandémie actuelle.

Exemple d'approche : Un examen systématique, conduit en 2012, de 33 études qui portaient sur des interventions destinées aux minorités visibles aux États-Unis, a montré que les interventions les plus efficaces comprenaient plusieurs volets : la formation des participants par téléphone ou en personne, combinée à des services d'intervenants-pivots leur permettant de suivre, au minimum, les étapes de base du processus de dépistage du cancer colorectal⁵. Une intervention, ayant eu recours à des activités de sensibilisation et de formation par téléphone, a permis d'accroître, d'un facteur supérieur à quatre, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal⁵. Parmi les groupes appartenant aux minorités visibles, même le modèle le plus élémentaire d'intervention-pivot a débouché sur une augmentation des taux de participation d'environ 15 %⁵. Pour les participants résidant dans des zones rurales et éloignées, les services d'intervenants-pivots, chargés de les former et de les aider à surmonter les obstacles structurels, notamment en matière de coûts leur incombant directement, de prise de rendez-vous, de transport et de traduction, a permis une augmentation des taux de dépistage de 28 % et de 10 % lorsqu'il s'agissait, respectivement, de professionnels³⁹ et de non-spécialistes⁴¹.

L'offre aux participants de services d'intervenants-pivots et leur sensibilisation, bien qu'efficaces, demandent souvent beaucoup de temps. Dans une étude, entre trois et cinq appels téléphoniques de 15 minutes à 20 minutes chacun ont été nécessaires pour chaque participant, de sorte qu'environ une heure à une heure et demie de temps de travail du personnel a été consacrée à chacun d'entre eux⁵. Lorsque le contact direct avec le participant n'était pas possible, les documents sur papier adaptés à la culture ont donné de meilleurs résultats que les documents standards⁵. Les approches garantissant que les contacts sont adaptés sur le plan culturel, que ce soit par l'intermédiaire d'un FSS, d'un intervenant-pivot ou d'un travailleur de proximité, se sont révélées prometteuses⁴².

COMMENTAIRE D'UN PATIENT :

J'ai pris rendez-vous pour la coloscopie, ce que j'hésitais à faire, je pense par peur. Je crois que ce serait mieux s'ils prenaient rendez-vous pour vous, avant de vous transmettre une convocation et des instructions pour l'examen.



Évaluation des FSS et rétroaction – Des données probantes suffisantes

étaient l'efficacité, en vue d'accroître le dépistage par test fécal au sein de l'ensemble de la population, des interventions évaluant le rendement des FSS en matière d'offre de services de dépistage à leurs patients et les informant de leurs résultats dans ce domaine⁴³. Des séances de formation destinées aux FSS se sont avérées efficaces chez ceux d'entre eux dont les patients avaient de faibles revenus, vivaient dans des zones rurales et éloignées ou appartenaient à des minorités visibles³¹.

Exemple d'approche : Dans une étude américaine, la formation des médecins à une communication efficace avec ceux de leurs patients ayant une faible autodidaxie en matière de santé s'est avérée particulièrement efficace pour accroître les taux de dépistage⁴⁴.



Formation collective – Selon les constatations du CPSTF, les données probantes étaient insuffisantes

pour étayer l'efficacité, en vue d'augmenter l'adoption du dépistage par test fécal au sein de la population dans son ensemble, de la formation collective avant le dépistage²⁸. Certaines études ont toutefois montré l'efficacité de la formation collective en matière de dépistage, plus particulièrement lorsqu'elle était dispensée par des formateurs en santé qui n'étaient pas des professionnels de la santé, au sein des groupes à faible revenu, appartenant aux minorités visibles et d'immigrants³¹.

Exemple d'approche : Une étude a eu recours à des promoteurs de la santé non professionnels, appartenant à la communauté hispanique, pour dispenser des formations collectives au domicile des participants⁴¹. L'intervention de ces « promotoras » reconnus et respectés, ayant pour mission d'offrir aux participants du soutien, du réconfort et un environnement culturel adapté pour discuter des enjeux de santé liés au cancer colorectal au sein d'un groupe de personnes partageant une même langue et une même culture, a permis d'accroître la sensibilisation au dépistage et de dissiper les idées fausses en la matière, et a entraîné une augmentation de 10 % du nombre de personnes ayant déclaré qu'elles avaient subi un dépistage par test fécal, par sigmoïdoscopie ou par coloscopie.



Médias de masse – L’efficacité, pour l’amélioration des taux de dépistage, des médias sociaux, de la télévision, de la radio, des panneaux d’affichage, des journaux et des magazines, y compris lorsque ces médias étaient traduits ou véhiculaient des messages adaptés sur le plan culturel, n’était étayée que par **des données probantes insuffisantes**³⁶. Dans le cadre de stratégies à plusieurs volets, des interventions efficaces ont utilisé des médias de masse, par exemple des affiches, des panneaux d’affichage et des publicités sur les abribus, en combinaison avec des activités telles que la formation communautaire et la formation des participants, la formation et l’éducation des FSS, et l’offre de services d’intervenants-pivots⁴⁵.



Réduction des coûts directs pour les participants – Selon les constatations du CPSTF, **les données probantes étaient insuffisantes** pour étayer l’efficacité, à l’échelle de l’ensemble de la population, des stratégies de réduction des dépenses directes assumées par les participants⁴³. Certaines études ont toutefois permis d’établir leur efficacité auprès des groupes à faible revenu, appartenant aux minorités visibles, d’immigrants et de personnes vivant dans des zones rurales et éloignées³¹. Il convient de noter que la plupart de ces études ont été menées aux États-Unis, les interventions les plus efficaces ayant été effectuées dans le cadre d’un dépistage gratuit ou dont les coûts étaient pris en charge.



Incitatifs aux participants – Les données probantes se sont avérées insuffisantes pour étayer l’efficacité du recours à des incitatifs aux participants, par exemple la remise d’une petite somme ou d’un cadeau s’ils subissaient un examen de dépistage, en vue d’accroître la demande pour les examens de ce type²⁸. En examinant les données probantes portant sur les populations faisant l’objet d’un dépistage insuffisant, on n’a trouvé aucune étude ayant eu recours à des incitatifs aux participants dans le cadre du protocole de recherche³¹.



Incitatifs aux FSS – Les interventions à base d’incitatifs aux FSS – sous la forme de récompenses directes et indirectes, souvent monétaires, mais également non monétaires, par exemple des crédits de formation médicale continue destinés à les motiver à procéder à des examens de dépistage du cancer ou à orienter leurs patients vers des services de ce type, se sont avérées étayées par **des données probantes insuffisantes** pour établir leur efficacité dans le cadre du dépistage du cancer colorectal. Ces stratégies n’étaient pas étayées par des données probantes pour certains groupes précis faisant l’objet d’un dépistage insuffisant.

L’annexe Dⁱⁱⁱ propose un résumé combiné des stratégies dont on a pu déterminer qu’elles permettaient d’accroître la participation au dépistage du cancer colorectal, pour l’ensemble de la population et pour certains groupes particuliers³¹.

iii) Les interventions n’ayant fait l’objet que d’une seule étude en étayant l’efficacité n’ont pas été incluses dans le tableau.

5

Mise en œuvre de stratégies fondées sur des données probantes pour surmonter certains obstacles particuliers



COMMENTAIRE D'UN PATIENT :

Je pense que le TFi est un bon test, car vous pouvez au moins le faire dans l'intimité de votre domicile.

Comme indiqué au tableau 1, on peut regrouper les obstacles rencontrés par les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant en différentes catégories :



Ceux qui sont liés aux FSS : absence de recommandation d'un FSS ou absence de FSS attiré;



Ceux qui sont liés au système de santé : difficulté à accéder au système de santé et à s'y retrouver; faible autodidaxie en matière de santé; manque de contenus promotionnels de la santé adaptés sur le plan culturel; barrière de la langue; non-réception de la trousse de test par courrier (zones très éloignées);



Ceux qui sont liés au soutien et à la formation : peur du cancer, idées fausses ou attitude négative à l'égard des tests; embarras ou inconfort lors de la manipulation d'échantillons fécaux; dépendance à l'égard des membres de la famille.

Les groupes de population ne sont pas disjoints, de sorte que les personnes peuvent appartenir à plusieurs d'entre eux. C'est pourquoi il peut être utile d'envisager des approches, étayées par des données probantes, visant à surmonter certains obstacles communs aux populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

Le tableau 3 rassemble les connaissances actuelles relatives aux obstacles rencontrés par les groupes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant (voir le tableau 1) et les différentes stratégies d'intervention fondée sur des données probantes (voir le tableau 2) s'étant avérées efficaces pour ces groupes. Les interventions actuellement mises en œuvre dans les provinces et dans les territoires canadiens figurent dans la dernière colonne du tableau⁴⁴.

Tableau 3. Type d'obstacles rencontrés par les groupes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant et interventions potentielles associées

STRATÉGIE D'INTERVENTION FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES	TYPE D'OBSTACLES RENCONTRÉS PAR LES GROUPES FAISANT L'OBJET D'UN DÉPISTAGE INSUFFISANT			ACTUELLEMENT EN PLACE AU CANADA (rapporté dans l'analyse de l'environnement 2019-2020)
	LIÉS AUX FSS	LIÉS AU SYSTÈME DE SANTÉ	LIÉS AU SOUTIEN ET À LA FORMATION	
Rappels aux participants	Lettres des programmes ou des FSS	Lettres des programmes ou des FSS		Nt, Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É.
Petits médias		Contenus traduits et adaptés sur le plan culturel	Contenus traduits, adaptés sur le plan culturel et convenant à des personnes peu éduquées dans le domaine de la santé	Man., N.-B., Sask., Yn
Atténuation des obstacles à l'accès		Envoi direct de troussees ou de demandes, cliniques mobiles		Sask., Ont., C.-B., Man., N.-B.
Rappels et invitations à un nouveau rendez-vous adressés au FSS	Rappels par l'entremise du dossier médical électronique			Alb., C.-B., Ont., Man., Yn
Formation individuelle		Offre aux patients de services d'intervenants-pivots, participation d'intervenants communautaires	Éducateurs-pairs en santé, participation d'intervenants communautaires	Man., N.-B.
Évaluation des FSS et rétroaction	Éducation et formation des FSS			C.-B., Ont.
Formation collective		Formation en milieu communautaire avec traduction disponible	Formation en milieu communautaire avec traduction disponible	Alb., Man., N.-B., Ont., Sask.
Médias de masse				Man., Ont., Sask., Yn
Incitatifs aux participants				
Réduction des coûts directs pour les participants		Envoi de troussees directement par la poste		Yn, Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.
Incitatifs aux fournisseurs				Ont.

6

Recommandations



La prise en compte des enjeux en matière d'équité en santé dans les décisions concernant les approches visant à accroître le recours au dépistage du cancer colorectal, est essentielle. Aucune approche unique ne sera efficace pour tous les groupes de population. Les approches devraient plutôt être mises en place conjointement, personnalisées et adaptées pour et avec les différents groupes visés en vue de répondre aux besoins particuliers des gens dans chaque province et chaque territoire du Canada.

Les données locales et la mobilisation communautaire sont en mesure d'enrichir les caractéristiques démographiques et géographiques existantes, afin de créer un profil détaillé de certaines populations et de pouvoir déterminer les interventions qui s'avéreront les plus efficaces pour elles.

Idéalement, les interventions personnalisées devraient être pleinement intégrées dans les programmes de dépistage organisé du cancer mis en œuvre à l'échelle de l'ensemble de la population⁴².

Les programmes de dépistage et les organismes de lutte contre le cancer devraient tenir compte des constatations clés ci-après, issues d'interventions fondées sur des données probantes, ayant permis d'augmenter l'adoption du dépistage du cancer colorectal parmi des populations qui faisaient l'objet d'un dépistage insuffisant :



L'importance de la recommandation d'un FSS et de l'amélioration de l'autodidaxie en matière de santé² en tant que facteurs facilitant l'adoption du dépistage;



L'efficacité des interventions à plusieurs volets combinant différentes stratégies³⁰, l'offre de services d'intervenants-pivots, une stratégie bien documentée, efficace pour différents groupes de population, pouvant être mise en œuvre conjointement avec des activités de formation individuelle et des mesures d'atténuation des obstacles à l'accès³¹;



Les rappels aux participants, les petits médias, l'atténuation des obstacles structurels, par exemple les troussees envoyées directement par la poste, et la formation individuelle constituent les interventions uniques dont l'efficacité est étayée par les données probantes les plus nombreuses pour différents groupes de population³¹. Ces interventions ont également été utilisées avec succès dans le cadre de stratégies à volets multiples.

La Stratégie³ met en évidence des orientations précises, favorisant des avancées, respectueuses des personnes, pour l'atteinte de ses priorités axées sur l'équité.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les obstacles à l'adoption du dépistage et les facteurs la facilitant, ainsi que pour déterminer les stratégies optimales pour en accroître l'adoption parmi certains groupes de population en situation d'inégalité¹⁶, notamment **les personnes présentant une incapacité ou une maladie chronique, les personnes appartenant à la communauté LGBTQ2S+ et les personnes en transition et en situation d'itinérance.**

Les approches efficaces pour accroître l'adoption du dépistage du cancer colorectal chez **les Premières Nations, les Inuits et les Métis** doivent reposer sur la réconciliation et être à la fois propres aux peuples autochtones et fondées sur les particularités de chacune des collectivités ciblées. Dans ce cadre, on recommande d'approfondir l'exploration de cette démarche, en collaboration avec les groupes concernés.

Des orientations précises sur la mise en œuvre d'approches optimales s'avéreront certainement, dans une prochaine étape, particulièrement précieuses pour aider les provinces et les territoires à améliorer leurs interventions axées sur l'équité. Une mise en œuvre efficace devrait s'appuyer sur des collaborations communautaires et intégrer des solutions innovantes, telles que l'utilisation de la technologie pour envoyer des rappels électroniques relatifs au dépistage ou pour former les patients et les FSS, par l'entremise d'une plate-forme électronique interactive.

Références

1. Gouvernement du Canada. (2020). *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 – Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020*. Ottawa, Ontario, Montréal, Québec et Toronto, Ontario : Gouvernement du Canada. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>.
2. Risk Sciences International. (2019). *Evidence synthesis of disparities in colorectal cancer screening among underscreened populations*. Rapport non publié commandé par le Partenariat canadien contre le cancer.
3. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/cancer-strategy/>.
4. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2020). *Conseils sur la sécurité culturelle pour les cliniciens pendant la pandémie de COVID-19*. Disponible à l'adresse <https://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/initiatives/indigenous-health/cultural-care-covid-19-f>.
5. Naylor, K., Ward, J. et Polite, B. N. (2012). Interventions to improve care related to colorectal cancer among racial and ethnic minorities: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 1033-1046.
6. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. (2019). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2019*. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR>.
7. Klarenbach, S., Sims-Jones, N., Lewin, G., Singh, H., Thériault, G., Tonelli, M. et coll. (2018). Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 190, E1441-E1451.
8. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2013). Recommendations on screening for cervical cancer. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 185, 35-45.
9. Levin, T., Corley, D., Jensen, C., Schottinger, J., Quinn, V., Zauber, A. et coll. (2018). Effects of organized colorectal cancer screening on cancer incidence and mortality in a large community-based population. *Gastroenterology*, 155(5), 1383-1391.
10. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. (2018). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2018*. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR.pdf?la=fr-CA>.
11. Partenariat canadien contre le cancer. (2017). *Dépistage du cancer colorectal au Canada : surveillance et évaluation des indicateurs de la qualité – rapport des résultats de 2013 à 2014*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-cancer-screening-quality-indicators-2017/>.
12. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2016). Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 188, 340-348.
13. Partenariat canadien contre le cancer. (2013). *Dépistage du cancer colorectal au Canada : rendement des programmes – rapport des résultats de 2009 à 2011*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-cancer-screening-performance/>.
14. Partenariat canadien contre le cancer. (2014). *Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : rapport sur le rendement du système*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/disparities-in-cancer-control/>.
15. Decker, K. M., Demers, A. A., Nugent, Z., Biswanger, N. et Singh, H. (2016). Reducing income-related inequities in colorectal cancer screening: lessons learned from a retrospective analysis of organised programme and non-programme screening delivery in Winnipeg, Manitoba. *BMJ Open*, 6, 1-7.

Références

16. Davis, M. M., Freeman, M., Shannon, J., Coronado, G. D., Stange, K. C., Guise, J. M. et coll. (2018). A systematic review of clinic and community intervention to increase fecal testing for colorectal cancer in rural and low-income populations in the United States – How, what and when? *BMC Cancer*, 18, 1-16.
17. Emploi et Développement social Canada. (2019). *Le Canada atteint le plus faible taux de pauvreté de l'histoire*. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2019/03/le-canada-atteint-le-plus-faible-taux-de-pauvrete-de-lhistoire.html>.
18. Mikkonen, J. et Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto, Ontario : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. Disponible à l'adresse : https://thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf.
19. Asgary, R., Garland, V., Jakubowski, A. et Sckell, B. (2014). Colorectal cancer screening among the homeless population of New York City shelter-based clinics. *American Journal of Public Health*, 104, 1307-1313.
20. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017*.
21. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). *Dépistage du cancer colorectal au Canada : analyse de l'environnement*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-cancer-screening-environmental-scan-2018/>.
22. Weinstein, L. C., Stefancic, A., Cunningham, A. T., Hurley, K. E., Cabassa, L. J. et Wender, R. C. (2016). Cancer screening, prevention, and treatment in people with mental illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66, 133-151.
23. Kearns, B., Chilcott, J., Relton, C., Whyte, S., Woods, H. B., Nickerson, C. et coll. (2018). The association between long-term conditions and uptake of population-based screening for colorectal cancer: results from two English cohort studies. *Cancer Management and Research*, 10, 637-645.
24. Gofine, M., Mielenz, T. J., Vasan, S. et Lebwohl, B. (2018). Use of colorectal cancer screening among people with mobility disability. *J Clin Gastroenterol*, 52, 789-795.
25. Public Health England. (2019). *Supporting the health system to reduce inequalities in screening: PHE Screening inequalities strategy*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/816245/PHE_Screening_inequalities_strategy_2018_1_.pdf.
26. Floud, S., Barnes, I., Verfürden, M., Kuper, H., Gathani, T., Blanks, R. G. et coll. (2017). Disability and participation in breast and bowel cancer screening in England: A large prospective study. *British Journal of Cancer*, 117, 1711-1714.
27. Statistique Canada. (2018). *Dépistage du cancer, 2017*.
28. Sabatino, S. A., Lawrence, B., Elder, R., Mercer, S. L., Wilson, K. M., DeVinney, B. et coll. (2012). Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers. *American Journal of Preventive Medicine*, 43, 97-118.
29. Shuldiner, J., Liu, Y. et Lofters, A. (2018). Incidence of breast and colorectal cancer among immigrants in Ontario, Canada: a retrospective cohort study from 2004-2014. *BMC Cancer*, 18, 1-10.
30. Community Preventive Services Task Force. (2017). *Increasing cancer screening: multicomponent interventions - colorectal cancer*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-CancerScreening-Multicomponent-ColorectalCancer.pdf>.
31. Research Power Inc. (2019). *Review of interventions to increase participation in colorectal and cervical cancer screening*. Rapport non publié commandé par le Partenariat canadien contre le cancer.
32. Redwood, D., Provost, E., Perdue, D., Haverkamp, D. et Espey, D. (2012). The last frontier: innovative efforts to reduce colorectal cancer disparities among the remote Alaska Native population. *Gastrointestinal Endoscopy*, 75, 474-480.

Références

33. Duffy, S. W., Myles, J. P., Maroni, R. et Mohammad, A. (2017). Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services. *Journal of Medical Screening*, 24, 127-145.
34. Davis, T C., Arnold, C. L., Wolf, M. S., Bennett, C. L., Liu, D. et Rademaker, A. (2015). Joint breast and colorectal cancer screenings in medically underserved women. *J Community Support Oncol*, 13, 47-54.
35. Action Cancer Ontario. *Courriers envoyés au nom du médecin*. (Non daté.) Disponible à l'adresse : <https://www.cancercareontario.ca/fr/lignes-directrices-et-conseils/modalites-des-soins/soins-primaires/courriers-envoyes-au-nom-du-medecin>.
36. Community Preventive Services Task Force. (2013). *Increasing cancer screening: small media targeting clients*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Cancer-Screening-Small-Media.pdf>.
37. Gogia, S. et Sachdev, H. S. (2010). Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(9), 658-666B.
38. Mema, S. C., Yang, H., Elnitsky, S., Jiang, Z., Vaska, M. et Xu, L. (2017). Enhancing access to cervical and colorectal cancer screening for women in rural and remote northern Alberta: a pilot study. *CMAJ Open*, 5, E740-E745.
39. Honeycutt, S., Green, R., Ballard, D., Hermstad, A., Brueder, A., Haardörfer, R. et coll. (2013). Evaluation of a patient navigation program to promote colorectal cancer screening in rural Georgia, USA. *Cancer*, 119, 3059-3066.
40. Action Cancer Ontario. *Screening activity report (SAR)*. (Non daté.) Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/treatment-modality/primary-care/screening-activity-report>.
41. Moralez, E. A., Rao, S. P., Livaudais, J. C. et Thompson, B. (2012). Improving knowledge and screening for colorectal cancer among Hispanics: overcoming barriers through a PROMOTORA-led home-based educational intervention. *Journal of Cancer Education*, 27, 533-539.
42. Kerner, J., Liu, J., Wang, K., Fung, S., Landry, C., Lockwood, G. et coll. (2015). Canadian cancer screening disparities: a recent historical perspective. *Current Oncology*, 22, 156-163.
43. Baron, R. C., Melillo, S., Rimer, B. K., Coates, R. J., Kerner, J., Habarta, N. et coll. (2010). Intervention to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers. A systematic review of provider reminders. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 110-117.
44. Khankari, K., Eder, M., Osborn, C. Y., Makoul, G., Clayman, M., Skripkauskas, S. et coll. (2007). Improving colorectal cancer screening among the medically underserved: a pilot study within a federally qualified health center. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1410-1414.
45. Martin, R. L., Tully, M., Kos, A., Frazer, D., Williamson, A., Conlon, A. et coll. (2017). Increasing colorectal cancer screening at an urban FQHC using iFOBT and patient navigation. *Health Promotion Practice*, 18, 741-750.
46. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). *Dépistage du cancer colorectal au Canada : analyse de l'environnement 2019-2020*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-cancer-screening-scan-2019-2020/>.

Annexe A. Membres de l'équipe consultative de la Ressource pour les programmes

TERRITOIRE DE COMPÉTENCE	NOM	TITRE
Ontario	D ^{re} Aisha Lofters	Médecin de famille, Women's College Hospital Family Practice Health Centre
		Professeure agrégée et chercheuse clinicienne, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto
		Titulaire de la chaire en science de la mise en œuvre, Peter Gilgan Centre for Women's Cancers, Women's College Hospital
Manitoba	Laura Coulter	Responsable des programmes de dépistage, Programmes de dépistage d'Action cancer Manitoba
Alberta	Barbara Moysey	Gestionnaire de programme, Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP), Alberta Health Services
Ensemble du Canada	D ^{re} Beverley Essue	Gestionnaire, Économie de la santé et rendement organisationnel, Partenariat canadien contre le cancer

Annexe B. Équipe du Partenariat canadien contre le cancer

NOM	ÉQUIPE
D^r David Armstrong	Président, Réseau national de dépistage du cancer colorectal Professeur, Division de gastroentérologie, McMaster University Medical Centre
D^{re} Heather Bryant	Responsable scientifique principale, Santé de la population
Erika Nicholson	Directrice, Dépistage
Chris Politis	Gestionnaire, Dépistage
Nicolette Baines	Spécialiste, Dépistage
Zahra Sayyed	Analyste, Dépistage
Chandra Howlett	Responsable des Premières Nations, des Inuits et des Métis, Dépistage
Reitchell Mateo	Gestionnaire de projet, Dépistage
Susete Pacheco	Coordonnatrice, Dépistage
Sharon Fung	Gestionnaire, Analyse et intégration des données; biostatisticienne
Natalie Fitzgerald	Directrice, Rendement
Saima Memon	Analyste et responsable de la mobilisation des connaissances, Économie de la santé

Annexe C. Définitions

Les définitions présentées ci-dessous proviennent de la source de données applicable, qu'il s'agisse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada ou d'autres sources. Lorsque cela est possible, la Ressource pour les programmes a recours à une terminologie centrée sur la personne, tout en utilisant les termes originaux lors de la description des données provenant de ces sources.

ÉQUITÉ :

Équité – L'équité est la pratique consistant à garantir un traitement juste, inclusif et respectueux de toutes et de tous, en tenant compte de la diversité des personnes et des groupes. L'accès aux services, aux soutiens et aux possibilités, ainsi que la réalisation de l'équité économique, politique et sociale, ne peuvent être atteints en traitant de manière totalement identique toutes les personnes. L'équité implique de respecter les besoins particuliers des personnes et des groupes et d'y répondre^{iv}.

RÉGIONS GÉOGRAPHIQUES^v :

Régions urbaines – Régions métropolitaines de recensement (RMR) et agglomérations de recensement (AR)^{vi} comptant une population de 10 000 personnes ou plus dans leur noyau urbain.

- **Les régions métropolitaines de recensement (RMR)** ont une population totale d'au moins 100 000 personnes, dont 50 000 au moins vivent dans leur noyau urbain.
- **Les agglomérations de recensement (AR)** ont une population d'au moins 10 000 personnes vivant dans leur noyau urbain.

Régions rurales – Subdivisions de recensement, à l'extérieur des RMR et des AR, comptant une population de moins de 10 000 personnes et dont au moins 30 % de la population active occupée se déplace dans une région urbaine pour travailler.

Régions rurales et éloignées –

Subdivisions de recensement, à l'extérieur des RMR et des AR, comptant une population de moins de 10 000 personnes et dont au moins 5 % de la population active occupée se déplace dans une région urbaine pour travailler.

Régions rurales et très éloignées –

Subdivisions de recensement, à l'extérieur des RMR et des AR, comptant une population de moins de 10 000 personnes et dont au plus 5 % de la population active occupée se déplace dans une région urbaine pour travailler. Les parties non urbaines des territoires canadiens sont également incluses dans cette catégorie.

iv) <https://www.the519.org/education-training/glossary> (en anglais seulement)

v) <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/21-006-x/2008002/def-fra.htm>

vi) <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-195-x/2011001/geo/cma-rmr/def-fra.htm>

Annexe C. Définitions

GROUPES MINORITAIRES ET D'IMMIGRANTS :

Origine ethnique – Définie par Statistique Canada comme étant le groupe ethnique ou culturel auquel appartenait les ancêtres d'une personne^{vii}.

Minorités visibles – Définies par Statistique Canada comme étant les personnes, autres que les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche^{viii}.

Immigrant – Défini par l'ESCC comme une personne qui est, ou qui a déjà été, un immigrant admis ou un résident permanent. Les immigrants qui ont obtenu la citoyenneté canadienne par naturalisation font partie de ce groupe^{ix}.

Statut d'immigrant – Comme défini par l'ESCC, le statut d'immigrant est déclaré selon trois catégories : « Né au Canada », « Durée de séjour au Canada depuis l'immigration de moins de 10 ans », « Durée de séjour au Canada depuis l'immigration de 10 ans ou plus ».

Densité d'immigrants – Selon la définition de l'ESCC, en utilisant une approche au niveau du quartier, la densité d'immigrants est mesurée comme le pourcentage d'immigrants et de résidents non permanents vivant dans une aire de diffusion, divisé par la population totale de la région.

REVENU ET STATUT SOCIOÉCONOMIQUE :

Revenu – Le revenu est mesuré en fonction des gains, y compris ceux provenant de sources gouvernementales telles que l'aide sociale, les prestations pour enfants, l'assurance-emploi et les pensions^x.

Quintile de revenu – Les Canadiens sont regroupés dans cinq niveaux (ou quintiles) de revenu, soit du ménage soit du quartier. Le quintile de revenu le plus faible représente les 20 % des ménages ayant le revenu le plus faible, tandis que le quintile de revenu le plus élevé inclut les 20 % des ménages ayant le revenu le plus élevé^{xi}.

Seuil de faible revenu – Défini par l'ESCC comme le rapport corrigé entre le revenu total du ménage et le seuil de faible revenu correspondant au nombre de personnes dans le ménage et à la taille de la collectivité de résidence. Il fournit, pour chaque répondant, une mesure relative du revenu du ménage par rapport au revenu du ménage de tous les autres répondants^{xii}.

vii) https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=103475

viii) https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=45152

ix) https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=assembleDESURV&DECID=302556&RepClass=591&Id=329241&DFID=180541

x) https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=assembleDESURV&DECID=252475&RepClass=591&Id=329241&DFID=180541

xi) https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=433496

xii) https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110024101&request_locale=fr

Annexe C. Définitions

INCAPACITÉ :

Les incapacités peuvent être d'ordre physique, mental, intellectuel ou sensoriel. Conjuguées aux différents obstacles présents au sein du milieu dans lequel vit une personne, elles peuvent entraver sa participation pleine et entière à la société, sur un pied d'égalité avec ses autres membres. Une incapacité reflète l'interaction entre le corps et l'esprit d'une personne et la société au sein de laquelle elle vit. Une incapacité peut survenir à tout moment dans la vie d'une personne. Elle peut être permanente, temporaire ou épisodique et peut avoir une grande variété de causes et d'effets, et connaître différentes évolutions^{xiii}.

xiii) https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/migration/documents/fra/invalidite/cra/guide_reference.pdf

xiv) <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/fobt> (en anglais)

xv) <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-cancer-screening-quality-indicators-2017/>

DÉPISTAGE :

Programmes de dépistage organisé du cancer colorectal – Programmes offerts, au Canada, à l'échelon provincial ou territorial, aux personnes asymptomatiques, c'est-à-dire qui ne présentent ni signes ni symptômes d'un cancer colorectal, présentant un risque moyen de contracter la maladie. 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.

Test fécal – Test de recherche de sang occulte (caché) dans les selles. Un petit échantillon de selles est placé dans un tube de prélèvement spécial ou sur une carte spéciale, puis envoyé à un médecin ou à un laboratoire à

xvi) <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-cancer-screening-quality-indicators-2017/>

des fins d'analyse. Le sang dans les selles peut être un signe de la présence d'un cancer colorectal ou d'autres problèmes, tels que des polypes, des ulcères ou des hémorroïdes. Le TFi et le test de RSOS au gaïac (TFg) sont deux types de tests fécaux (voir les définitions ci-dessous)^{xiv}.

- **Test fécal immunochimique (TFi)** – Test fécal utilisant un anticorps pour vérifier la présence de sang dans les selles.
- **Test de recherche de sang occulte dans les selles au gaïac (RSOSg)** – Test fécal utilisant une substance chimique, le gaïac, pour vérifier la présence de sang dans les selles.

Taux de participation – Pourcentage de la population admissible ayant effectivement subi un test fécal dans le cadre d'un programme de dépistage

organisé du cancer, sur une période de deux ans^{xv}.

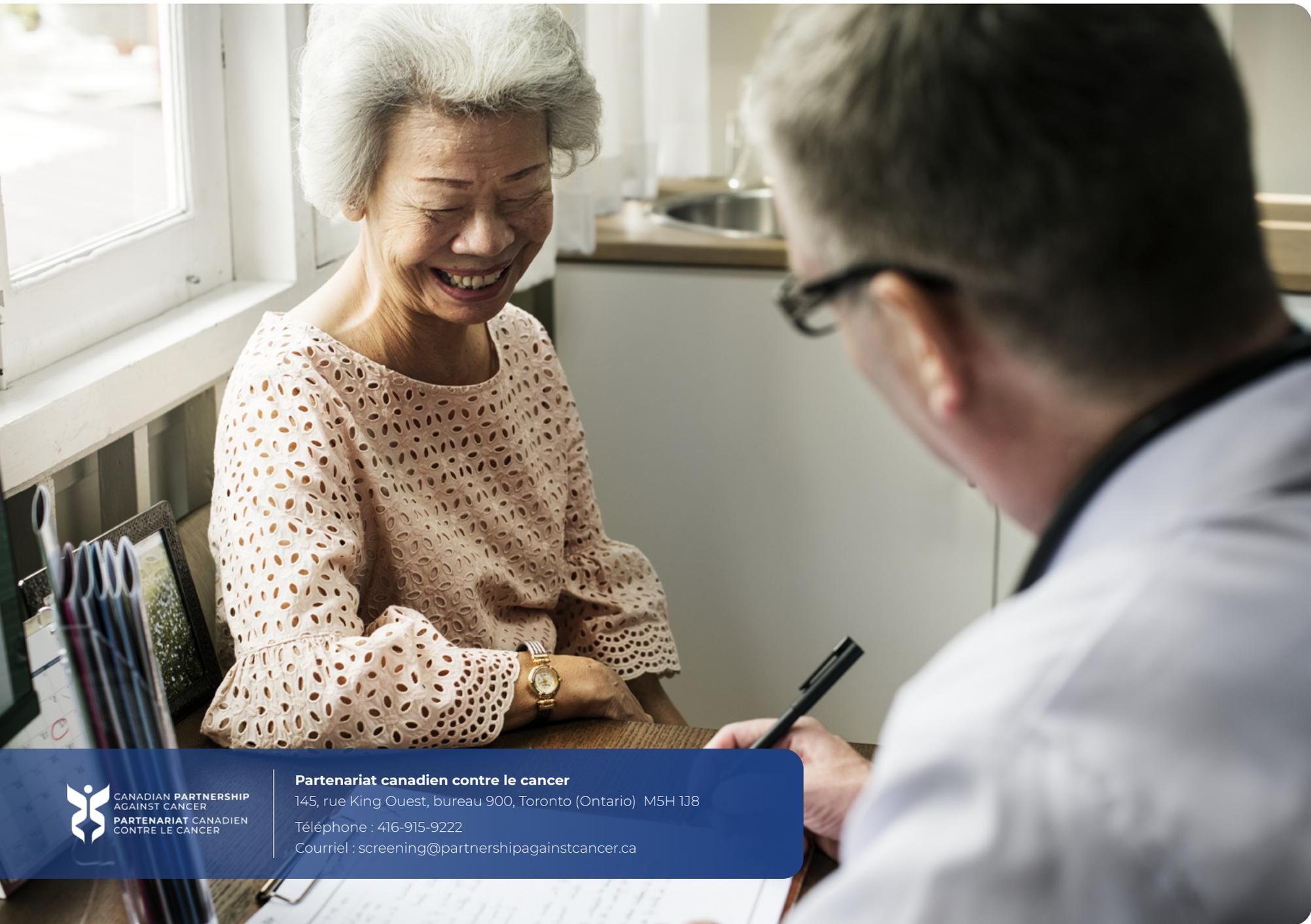
À jour – On considère qu'une personne est à jour en matière de dépistage du cancer colorectal si elle a subi un test fécal au cours des deux dernières années, une sigmoïdoscopie au cours des dix dernières années et/ou une coloscopie au cours des dix dernières années^{xvi}.

Soins habituels – Lors de la mesure de l'efficacité d'une intervention, les études comparent souvent les résultats pour les personnes n'ayant pas bénéficié de l'intervention à celles n'en ayant pas bénéficié mais ayant reçu des soins habituels. Voici quelques exemples de « soins habituels » utilisés dans les études citées (2) : « aucune intervention », « pas d'envoi par la poste » et « offre opportuniste de dépistage du cancer colorectal à l'occasion d'un rendez-vous médical ».

Annexe D. Interventions ayant démontré qu'elles amélioreraient le dépistage du cancer colorectal parmi différents groupes de population

Légende : Les cellules sur fond coloré indiquent les interventions pour lesquelles il existe des données probantes solides ou extrêmement solides ou pour lesquelles il existe des données probantes suffisantes ou certaines données probantes.

	Ensemble de la population (CPSTF) ²⁸	Populations à faible revenu ³¹	Populations minoritaires et minorités visibles ³¹	Populations vivant dans des zones rurales et éloignées ³¹	Actuellement en place au Canada ⁴⁶
Rappels aux participants	Solides	Par voie électronique, à destination des groupes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant Rappel adressé par lettre, en personne ou par téléphone Avec traduction disponible	Rappel adressé par lettre, en personne ou par téléphone Avec traduction disponible	Par voie électronique, à destination des groupes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant Par voie de rappel par lettre ou par téléphone	Nt, Man., Ont.
Petits médias	Solides	Brochures/ documents à distribuer, vidéos Messages adaptés à la culture Médias traduits	Brochures/ documents à distribuer, vidéos Messages adaptés à la culture Médias traduits	Brochures/ documents à distribuer, vidéos Messages adaptés à la culture Médias traduits	Man., N.-B., Sask., Yn
Atténuation des obstacles à l'accès	Solides	Atténuation des obstacles à l'accès grâce à l'autoprélèvement, à la réduction des contraintes administratives et à la traduction	Atténuation des obstacles à l'accès grâce à l'autoprélèvement, à la réduction des contraintes administratives et à la traduction	Atténuation des obstacles à l'accès grâce à l'autoprélèvement, à la réduction des contraintes administratives et à la traduction	Sask., Ont., C.-B., Man., N.-B.
Rappels et invitations à un nouveau rendez-vous adressés au FSS	Solides	Utilisation d'un système électronique	Utilisation d'un système électronique (données probantes pour les minorités visibles seulement)	Utilisation d'un système électronique	Alb., C.-B., Ont., Man., Yn
Formation individuelle	Suffisantes	Fournie par du personnel infirmier, un intervenant-pivot ou un éducateur en santé non professionnel En une ou plusieurs séances Avec traduction disponible Organisée dans des cliniques ou au domicile des participants	Fournie par du personnel infirmier, un intervenant-pivot ou un éducateur en santé non professionnel En une ou plusieurs séances Avec traduction disponible Organisée dans des cliniques ou au domicile des participants	Fournie par du personnel infirmier, un intervenant-pivot ou un éducateur en santé non professionnel En une seule séance Organisée dans des cliniques	Man., N.-B.
Évaluation des FSS et rétroaction	Suffisantes	Séances de formation ou d'enseignement		Séances de formation ou d'enseignement	C.-B., Ont.
Formation collective	Insuffisantes	Organisée en une ou plusieurs séances Dans une organisation communautaire ou au domicile des participants Avec traduction disponible	Organisée en une ou plusieurs séances Avec traduction disponible Plus susceptible de réussir si elle est organisée dans un milieu communautaire plutôt qu'au domicile des participants.	Séances de formation ou d'enseignement	Alb., Man., N.-B., Ont., Sask.
Médias de masse	Insuffisantes				Man., Ont., Sask., Yn
Incitatifs aux participants	Insuffisantes				
Réduction des coûts directs pour les participants	Insuffisantes	Envoi d'une trousse par la poste/auto-prélèvement		Envoi d'une trousse par la poste/auto-prélèvement	N.-B.
Incitatifs aux fournisseurs	Insuffisantes				Ont.



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER
PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER

Partenariat canadien contre le cancer

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

Téléphone : 416-915-9222

Courriel : screening@partnershipagainstcancer.ca