

# Âge de début du dépistage du cancer colorectal au Canada : Mémoire de surveillance

7 novembre 2024

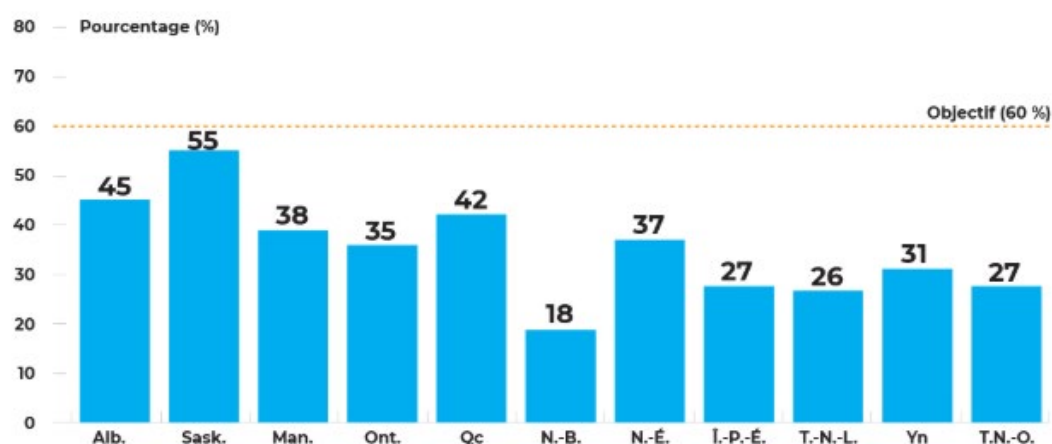
Rabeneck, L., Brenner, D. R., Coldman, A., Antle, S., Dixon, C., Du Plessis, H., Kilfoil, E., Kohle, M., McGrath, J., Stewart, M., Stein, B., Stogios, C., Telford, J., Tinmouth, J., Yang, H., Baines, N., Costa, S., Dworkin, S., Birago, A. pour le Réseau national de dépistage du cancer colorectal

La production de ce mémoire de surveillance a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada. Toutefois, les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

## Introduction

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la deuxième cause principale de décès par cancer au Canada<sup>1</sup>. Les données probantes montrent que le dépistage du cancer colorectal est associé à une réduction de son incidence et de sa mortalité<sup>2</sup>. En se fondant sur ces données, les provinces et territoires du Canada ont mis en œuvre, à partir de 2008, le dépistage du cancer colorectal des personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen (sans antécédents familiaux de premier degré de CCR ni antécédents personnels d'adénome). Le dépistage est effectué à l'aide du test fécal immunochimique (TFi) tous les deux ans<sup>3</sup>. La plupart des programmes de dépistage du CCR au Canada portent sur l'ensemble de la population et sont administrés par des organismes provinciaux et territoriaux<sup>4</sup>. Cependant, la participation au dépistage du cancer colorectal au Canada est inférieure à l'objectif de 60 %<sup>3</sup>. La figure 1 montre la participation globale au cours de la période prépandémique, qui varie de 18 % à 55 %<sup>3</sup>.

Figure 1. Pourcentage de participation au dépistage du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans au Canada, qui ont subi un test fécal, par province ou territoire (2017-2019)

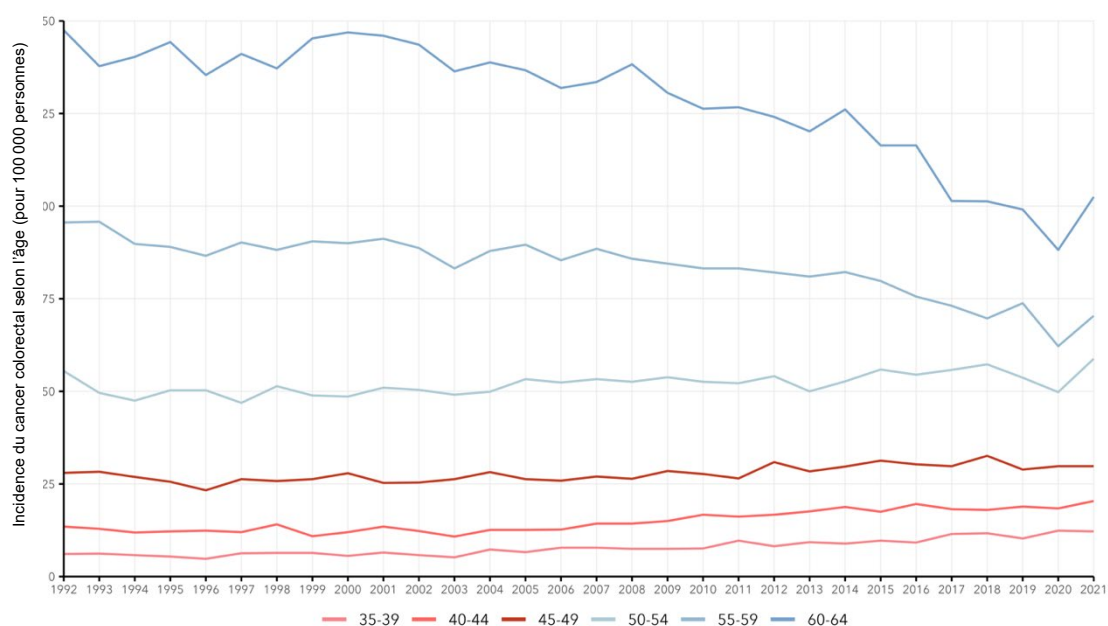


En 2017, un rapport a attiré l'attention sur un changement majeur dans l'épidémiologie du CCR aux États-Unis<sup>5</sup>. L'augmentation signalée de l'incidence du cancer colorectal chez les personnes plus jeunes a maintenant été observée dans de nombreux pays, dont le Canada<sup>6</sup>. La figure 2 montre les tendances temporelles de l'incidence du CCR selon l'âge au pays. On peut observer que les groupes plus âgés (en bleu) ont des taux d'incidence plus élevés que les groupes plus jeunes (en rouge). Si les taux d'incidence sont en baisse chez les personnes de plus de 55 ans à la suite de la mise en place du dépistage pour ces groupes d'âge, ils augmentent au sein des groupes plus jeunes qui ne sont pas actuellement admissibles au dépistage<sup>a</sup>. Des analyses plus détaillées (non présentées ici) comparant les taux entre les cohortes de naissance révèlent que les personnes au Canada nées après 1970 ont des taux d'incidence du CCR considérablement plus élevés que celle nées avant cette année-là, et que celles nées après 1980 ont un risque près de deux fois plus élevé de contracter un CCR que celles nées en 1950<sup>7</sup>. De plus, au Canada, l'incidence du CCR varie considérablement selon la région et augmente généralement d'ouest en est, l'incidence la plus élevée étant observée dans les provinces de l'Atlantique et la plus faible en Colombie-Britannique (figure 3).

<sup>a</sup> Le temps gagné pour le diagnostic du CCR dans le cadre du dépistage des personnes de 50 à 54 ans est insuffisant pour réduire le risque de la maladie.

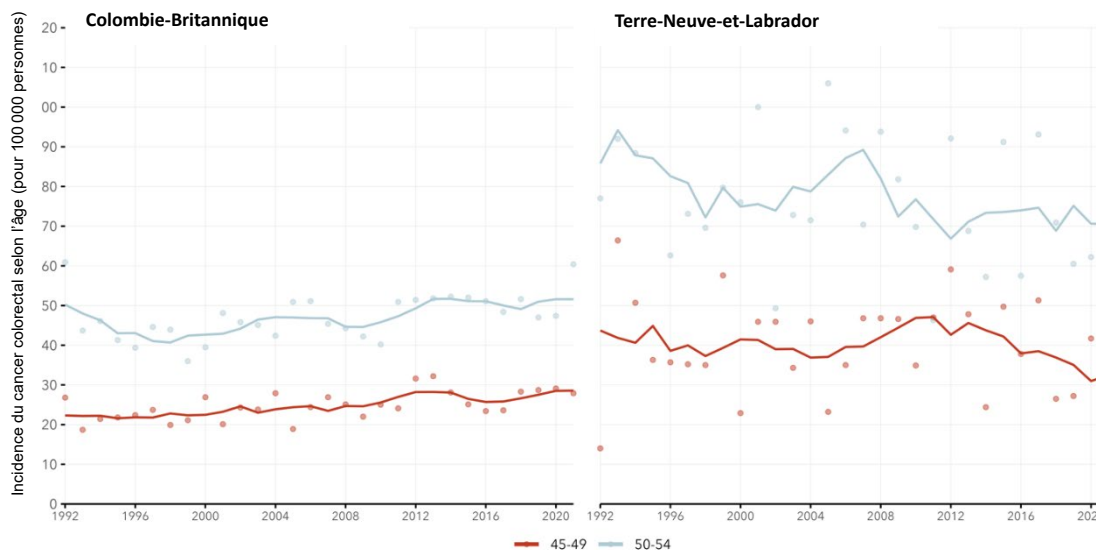
Bien que le nombre et la proportion de CCR diagnostiqués au Canada avant l'âge de 50 ans aient augmenté (figure 4), l'incidence de la maladie chez les personnes de moins de 50 ans est considérablement plus faible que chez les personnes de plus de 50 ans. Au cours des dix dernières années, l'incidence chez les personnes de 50 à 54 ans a été supérieure à 50 cas pour 100 000 personnes par an, tandis que dans les groupes d'âge de moins de 50 ans, elle varie d'environ 12 à 32 cas pour 100 000 personnes. Il convient de noter l'augmentation constante au sein de la population âgée de moins de 45 ans, qui a également été observée dans plusieurs pays. La cause de ces augmentations parmi les populations plus jeunes n'est pas encore claire, mais fait actuellement l'objet d'études poussées.

Figure 2. Tendances temporelles de l'incidence du cancer colorectal au Canada. Incidence du cancer colorectal, selon l'âge, par tranche d'âge de 5 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), de 1992 à 2021



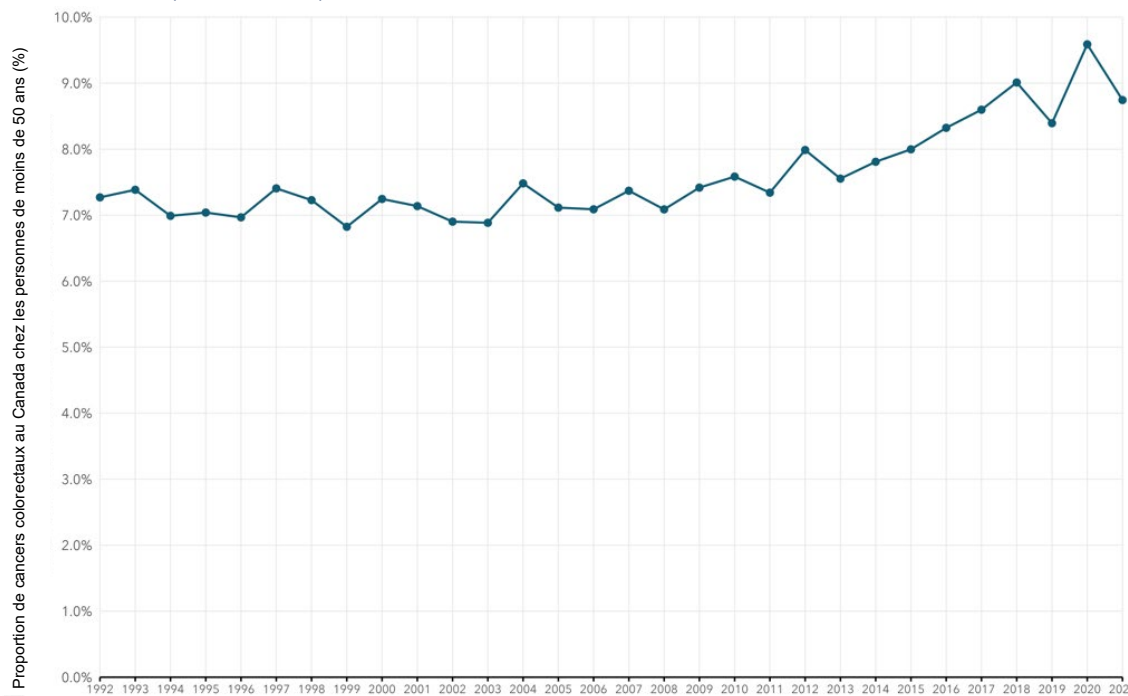
Source de données : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

Figure 3 : Tendances temporelles de l'incidence du cancer colorectal à Terre-Neuve-et-Labrador et en Colombie-Britannique, chez les personnes âgées de 5 ans et plus et de moins de 50 ans



Notes de bas de page – La ligne représente l'incidence du CCR à cinq ans d'intervalle, selon l'âge, par tranche d'âge de 5 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec) de 1992 à 2021. Source des données : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

Figure 4. Proportion de cancers colorectaux diagnostiqués chez les personnes de moins de 50 ans au Canada (1992-2021)



Source de données : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

En 2018, en réponse à l'évolution épidémiologique de la maladie, l'American Cancer Society a recommandé d'abaisser l'âge de début du dépistage du cancer colorectal de 50 à 45 ans<sup>8</sup>. Le US Preventive Services Task Force (USPSTF) (groupe de travail des services de prévention des États-Unis) et le US Multisociety Task Force (USMSTF) (groupe de travail multisociété des États-Unis) ont également abaissé l'âge recommandé le début du dépistage du CCR à 45 ans, respectivement en 2021 et en 2022<sup>9,10</sup>. En 2023, le National Health and Medical Research Council of Australia (conseil national de la santé et de la recherche médicale d'Australie) a également recommandé d'abaisser l'âge de début du dépistage à 45 ans<sup>11</sup>.

En 2016, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) a recommandé le dépistage du cancer colorectal chez les adultes de 50 à 74 ans<sup>12</sup>; cependant, ces recommandations n'ont pas été mises à jour depuis. Le Canada devrait-il abaisser l'âge recommandé du début du dépistage du cancer colorectal, à l'image des décisions prises aux États-Unis et en Australie? Lors de sa réunion de juin 2023, le Réseau national de dépistage du cancer colorectal (RNDCC) a identifié un besoin de recommandations sur cette question et en a fait une priorité majeure.

## Approche

En juillet 2023, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a réuni un groupe de travail sur l'âge de début du dépistage du CCR (le groupe de travail) pour orienter le projet de mémoire de surveillance. Ce projet vise à résumer et à contextualiser les données probantes sur l'âge de début du dépistage du CCR afin d'éclairer la prise de décision sur l'abaissement de cet âge aux échelles provinciale et territoriale.

## Pourquoi un mémoire de surveillance?

Reconnaissant l'évolution rapide de l'ensemble des données probantes sur le sujet – en partie en raison de l'expérience américaine en matière de dépistage de personnes plus jeunes, qui est bien avancée – le groupe de travail est conscient de la nécessité de mettre à jour ce document au fil des nouvelles avancées. Le terme « **mémoire de surveillance** » reflète l'engagement du groupe de travail à suivre les données à mesure qu'elles s'accumulent et à mettre à jour le contenu du présent document si nécessaire.

## Le projet

Le projet se compose de deux parties. Dans la première partie, le Partenariat a collaboré avec l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), devenue l'Agence des médicaments du Canada (ACM), pour mener un examen indépendant d'une technologie de la santé. Lorsque le groupe de travail s'est réuni pour discuter des résultats de cet examen, il a conclu que la modélisation serait utile pour fournir des éclairages supplémentaires et appuyer la prise de décision provinciale et territoriale. Dans la deuxième partie du projet, le Dr Darren Brenner de l'Université de Calgary a dirigé une analyse de modélisation, en collaboration avec l'équipe OncoSim du Partenariat.

## Examen d'une technologie de la santé de l'ACMTS

L'examen d'une technologie de la santé de l'ACMTS a été achevé en décembre 2023 et le [rapport complet](#) (en anglais seulement) est disponible<sup>13</sup>.

## Questions de recherche

Le groupe de travail a déterminé quatre questions auxquelles l'examen d'une technologie de la santé de l'ACMTS devait répondre :

1. Quelle est l'efficacité comparée, chez les personnes présentant un risque moyen, du dépistage du cancer colorectal sur l'incidence et la mortalité de la maladie, entre les personnes âgées de moins de 50 ans et celles âgées de 50 à 75 ans?
2. Quelle est l'efficacité, chez les personnes âgées de moins de 50 ans présentant un risque moyen, du dépistage du cancer colorectal sur l'incidence et la mortalité de la maladie par rapport à l'absence de dépistage?
3. Quel est le rapport coût-efficacité du dépistage du cancer colorectal chez les personnes âgées de moins de 50 ans présentant un risque moyen?
4. Quelles sont les lignes directrices fondées sur des données probantes portant le dépistage du cancer colorectal chez les personnes âgées de moins de 50 ans présentant un risque moyen?

### Résultats de l'examen d'une technologie de la santé de l'ACMTS

#### *Preuves empiriques*

Globalement, les données empiriques tenant compte des observations chez les personnes plus jeunes quant à l'efficacité du dépistage du cancer colorectal sur l'incidence et la mortalité et les torts associés au dépistage se sont avérées limitées. On a attribué cette situation aux recommandations de longue date largement répandues limitant le dépistage du CCR aux personnes âgées de 50 ans et plus. En fait, comme l'indique le rapport de l'ACMTS, le manque de données probantes disponibles peut avoir entraîné l'absence d'études pertinentes admissibles, répertoriées à l'aide de preuves empiriques observées, en réponse à la deuxième question de recherche du présent rapport concernant l'efficacité du dépistage du cancer colorectal par rapport à l'absence de dépistage chez les personnes âgées de moins de 50 ans présentant un risque moyen.

#### *Modèles*

En raison du manque de preuves empiriques, l'ACMTS a constaté que les lignes directrices publiées fondaient leurs recommandations sur le dépistage du CCR des personnes âgées de moins de 50 ans présentant un risque moyen sur la modélisation. Les modèles présupposent que le dépistage du cancer colorectal chez les personnes de moins de 50 ans pourrait apporter des avantages, notamment le nombre d'années de vie gagnées et une réduction de l'incidence et de la mortalité de la maladie. Cependant, ces avantages entraîneraient une augmentation du nombre de coloscopies au cours de la vie et, potentiellement, des événements indésirables et des torts liés au dépistage.

Les modèles sont sensibles aux données d'entrée et aux hypothèses, la majorité d'entre eux étant propres aux États-Unis. Dans plusieurs cas, une hypothèse de participation au dépistage de 100 % été formulée, un état idéal jamais atteint dans aucun territoire de compétence canadien. L'effet de taux de participation plus faibles peut être inféré par une mise à l'échelle appropriée des résultats.

#### *Lignes directrices*

L'ACMTS a constaté que sept des huit lignes directrices fondées sur des données probantes formulaient des recommandations en faveur du dépistage du CCR chez les personnes âgées de moins de 50 ans présentant un risque moyen, plus précisément à partir de 45 ans.

## Analyse de modélisation canadienne réalisée pour ce mémoire de surveillance

Compte tenu du peu de données empiriques et des limites des modèles publiés, une analyse de modélisation canadienne a été menée pour éclairer ce mémoire de surveillance en utilisant le modèle OncoSim-Colorectal du Partenariat. En raison de la variabilité des coûts des soins au Canada, les coûts devraient être mis à jour dans le modèle. Cette opération dépassant le cadre du présent mémoire de surveillance, les résultats de la modélisation n'incluent pas les années de vie ajustées en fonction de la qualité.

### Modèle OncoSim-Colorectal

OncoSim-Colorectal est un modèle de microsimulation du CCR qui modélise l'évolution naturelle et la progression des adénomes (c.-à.-d. les précurseurs de la maladie) et du cancer colorectal<sup>14</sup>. L'analyse a permis d'analyser les répercussions à vie et sur le programme de l'abaissement de l'âge de début du dépistage du CCR au Canada, de 50 à 45 ans, à l'aide d'un TFi effectué tous les deux ans. L'analyse s'appuyait sur quatre cohortes de naissance (personnes nées de 1975 à 1979; de 1980 à 1984; de 1985 à 1989 et de 1990 à 1994), chacune suivie jusqu'à l'âge de 74 ans. Les résultats cliniques portaient sur l'incidence et la mortalité du CCR.

Le modèle suppose que le changement apporté au programme (abaissement de l'âge de début de dépistage de 50 à 45 ans) se produise en 2024 et que le dépistage prend fin à 74 ans. On suppose également, d'après les données d'enquête canadiennes et les données d'essais cliniques récents, que la participation est de 43 % à la première invitation, avec participation de 80 % au dépistage subséquent. Pour le TFi, on a utilisé un seuil de positivité de 20 µg de sang par gramme de matières fécales, une valeur couramment utilisée.

### Principaux résultats du modèle canadien OncoSim-Colorectal

L'abaissement de l'âge du dépistage du cancer colorectal de 50 à 45 ans entraînerait une diminution du nombre de personnes recevant un diagnostic de CCR, ainsi que du nombre de décès dus à cette maladie. Des TFi et des coloscopies supplémentaires seraient toutefois nécessaires.

Quantitativement, le modèle prévoit que l'abaissement de l'âge de dépistage à 45 ans (par rapport à 50 ans) chez les personnes nées entre 1970 et 1994 au Canada (dépistage effectué entre 2024 et 2079) entraînerait, au cours de la vie de ces cohortes :

- 2,8 cas de CCR en moins pour 100 coloscopies supplémentaires;
- 1,8 cas de CCR en moins pour 1 000 TFi supplémentaires effectués;
- 1,2 décès dû à un CCR en moins pour 100 coloscopies supplémentaires;
- 0,7 décès dû à un CCR en moins pour 1 000 TFi supplémentaires effectués.

Ce qui représenterait un total, pour la période de 2024 à 2079, de :

- 12 370 personnes de moins recevant un diagnostic de CCR;
- 5 350 décès en moins dus au CCR;
- 78 676 années potentielles de vie gagnées.

Ce qui nécessiterait pour cette même période :

- 7 016 163 TFi supplémentaires effectués;

- 439 894 coloscopies supplémentaires.

### Le groupe de travail sur l'âge de début du dépistage du CCR propose une feuille de travail sur le dépistage du CCR

Compte tenu de la variation de l'incidence du CCR au Canada, des conclusions de l'examen de l'ACMTS confirmant des preuves empiriques limitées et des résultats de la modélisation canadienne utilisant OncoSim, le groupe de travail a déterminé qu'aucune recommandation générale sur l'abaissement de l'âge de début du dépistage du CCR ne serait appropriée à l'heure actuelle.

Dans cet esprit, le groupe de travail propose une feuille de travail (annexe A) pour soutenir les provinces et les territoires dans leur prise de décision structurée. Celle-ci leur permet d'évaluer les effets incrémentiels du dépistage chez un groupe d'âge plus jeune. Pour utiliser la feuille de travail, il suffit de remplir la section supérieure intitulée « Expérience du programme de dépistage existant ». Étant donné que les programmes actuels dépistent les personnes âgées de 50 à 74 ans à l'aide d'un TFi, tous les renseignements de la première ligne (50 à 74 ans) pour les colonnes « Groupe de population »; « Taille de la population (N) »; « Nombre de tests par an (T) »; « Taux annuels de tests (R) »; « Nombre annuel de TFi positifs (TFi+) »; « Taux de positivité des TFi (F+R) »; « Nombre de coloscopies effectuées après un TFi positif (NC) » et « Taux de conformité des coloscopies (CCR) » seront déjà connus. Le programme devrait disposer de tous ces renseignements concernant les personnes âgées de 50 à 74 ans.

L'étape suivante consiste à remplir la deuxième ligne de la section « Expérience du programme de dépistage existant » (50 à 54 ans), en fournissant les mêmes renseignements que ci-dessus, mais uniquement pour les personnes âgées de 50 à 54 ans faisant partie du groupe admissible au dépistage. Encore une fois, le programme devrait disposer de ces renseignements. L'hypothèse repose sur l'idée que les renseignements relatifs à ce groupe d'âge (le plus jeune) pourraient être utilisés pour effectuer une approximation de l'expérience qui serait observée si l'âge de début du dépistage était abaissé à 45 ans.

Enfin, la dernière section intitulée « Tests supplémentaires estimés », pour les personnes âgées de 45 à 49 ans qui seraient ajoutées aux programmes existants, est remplie pour deux scénarios. Dans le premier scénario, basé sur les renseignements fournis à la première ligne de cette section, le comportement et les résultats supposés chez les personnes de 45 à 49 ans sont les mêmes que ceux observés chez les personnes de 50 à 74 ans. En d'autres termes, le taux annuel de tests (R), le taux de positivité des TFi (F+R) et le taux de conformité des coloscopies (CCR) sont censés être les mêmes chez les personnes de 45 à 49 ans que ceux observés chez les personnes de 50 à 74 ans. Dans le deuxième scénario, qui se base sur la deuxième ligne de cette section, le comportement et les résultats supposés sont les mêmes que ceux observés chez les personnes de 50 à 54 ans.

Ainsi, chaque province et territoire peut s'appuyer sur son expérience actuelle dans son programme de dépistage du CCR pour le groupe d'âge cible actuel (50 à 74 ans) et son expérience avec les personnes plus jeunes (50 à 54 ans) au sein de ce même groupe d'âge cible pour obtenir deux estimations des tests supplémentaires (TFi, coloscopies) qui seraient nécessaires pour le dépistage des personnes de 45 à 49 ans.

En utilisant la feuille de travail, les provinces et les territoires peuvent évaluer les effets incrémentiels de l'abaissement de l'âge de début du dépistage et de l'augmentation de la participation au sein du groupe d'âge cible actuel et comparer les deux éléments.



## Messages à retenir

- 1) Bien que les données empiriques portant sur l'efficacité du dépistage du cancer colorectal chez les personnes plus jeunes soient assez limitées à l'heure actuelle, le domaine évolue rapidement et il est probable que des données probantes émergeront d'ici un an ou deux.
- 2) En ce qui concerne l'évolution épidémiologique du CCR au Canada, l'augmentation la plus notable des taux d'incidence du CCR chez les personnes plus jeunes se produit chez les personnes de 45 à 50 ans. Toutefois, l'incidence augmente également parmi les groupes d'âge encore plus jeunes et un abaissement de l'âge de début du dépistage du cancer colorectal à 45 ans ne répondrait pas à cette problématique.
- 3) Abaisser l'âge de début du dépistage du cancer colorectal à 45 ans aurait des répercussions cliniques, notamment une réduction de l'incidence et de la mortalité de la maladie. Cependant, cela entraînerait également une augmentation des besoins en trousse de TFI, en coloscopies et en personnel.
- 4) Si la décision est prise d'abaisser l'âge de début du dépistage du cancer colorectal, des ressources supplémentaires seront nécessaires pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de répercussions négatives sur l'accès aux coloscopies diagnostiques.
- 5) Si la décision est prise d'abaisser l'âge de début du dépistage du cancer colorectal, il faudra établir au préalable un plan clair pour surveiller et évaluer la mise en œuvre afin d'avoir une vue globale des répercussions sur les résultats cliniques et les ressources.
- 6) Indépendamment de la décision d'abaisser ou non l'âge de début du dépistage du cancer colorectal, il est important que les personnes plus jeunes présentant des symptômes liés au gros intestin, comme des saignements rectaux, fassent rapidement l'objet d'un examen.

## Références

1. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. (2023). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2023*. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer. [https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2023-statistics/2023\\_PDF\\_FR.pdf](https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2023-statistics/2023_PDF_FR.pdf).
2. Lauby-Secretan, B., Vilahur, N., Bianchini, F., Guha, N., Straif, K. International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group. (2018). The IARC perspective on colorectal cancer screening. *N Engl J Med*; mai 2018; 3;378(18) : 1734-1740.
3. Partenariat canadien contre le cancer. (2021). *Surveillance et évaluation des indicateurs de la qualité du dépistage du cancer colorectal* [Web]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-indicators-2017-2018/>.
4. Zhang, L., Carvalho, A. L., Mosquera, I., Wen, T., Lucas, E., Sauvaget, C. et coll. (2022). An international consensus on the essential and desirable criteria for an 'organized' cancer screening programme. *BMC Med*; mars 2022; 23;20(1):101.
5. Siegel, R. L., Fedewa, S. A., Anderson, W. F., Miller, K. D., Ma, J., Rosenberg, P. S. et coll. (2017). Colorectal cancer incidence patterns in the United States, 1974-2013. *J Natl Cancer Inst*; août 2017; 1;109(8).
6. Brenner, D. R., Heer, E., Sutherland, R. L., Ruan, Y., Tinmouth, J., Heitman, S. J. et coll. (2019). National trends in colorectal cancer incidence among older and younger adults in Canada. *JAMA Netw Open*; 2(7):e198090.
7. Heer, E., Ruan, Y., Warkentin, M. T., Hilsden, R. J., Rabeneck, L., O'Sullivan, D. E. et coll. (2024). Age-specific colorectal cancer incidence trends in Canada, 1971-2021. *Cancer Epidemiol*; 5 août 2024; 92:102640.
8. Wolf, A. M. D., Fonham, E. T. H., Church, T. R., Flowers, C. R., Guerra, C. E., LaMonte, S. J. et coll. (2018). Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*; juillet 2018; 68(4) : 250-281.
9. US Preventive Services Task Force. Davidson, K. W., Barry, M. J., Mangione, C. M., Cabana, M., Caughey, A. B., Davis, E. M. et coll. (2021). Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*; 325(19):1965–1977.
10. Patel, S. G., May, F. P., Anderson, J. C., Burke, C. A., Dominitz, J. A., Gross, S. A. et coll. (2022). Updates on age to start and stop colorectal cancer screening: recommendations from the U.S. Multi-Society Task Force on colorectal cancer. *Gastroenterology*; janvier 2022;162(1) : 285-299.
11. Cancer Council Australia Colorectal Cancer Screening Working Party. (2023). *Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer: population screening. Summary of recommendations*; septembre 2023. Sydney : Cancer Council Australia. <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/colorectal-cancer-population-screening-recommendations>.
12. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2015). Recommandations sur le dépistage du cancer colorectal en soins primaires. *CMAJ*; 15 mars 2015;188(5) : 340-348.
13. Khangura, S. D., Spry, C. (2023). Le dépistage du cancer colorectal chez les personnes de moins de 50 ans. Examen d'une technologie de la santé de l'ACMTS [Web]. Ottawa, Ontario : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; décembre 2023. <https://www.cadth.ca/screening-colorectal-cancer-individuals-younger-50-years>.

14. Fiches d'information sur OncoSim [Web]. (2019). Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/10/OncoSim-CRC-FR.pdf>.

## Annexe A. Feuille de travail sur l'âge de début du dépistage du cancer colorectal

### Expérience du programme de dépistage existant

Groupe de population	Taille de la population – <b>N</b>	Nombre de tests par an – <b>T</b>	Taux annuel de tests – <b>R</b> (= $N/T$ )	Nombre annuel de TFi positifs – <b>TFi+</b>	Taux de positivité des TFi – <b>F+R</b> (= $TFi+/T$ )	Nombre de coloscopies effectuées après un test TFi positif – <b>NC</b>	Taux de conformité des coloscopies – <b>CCR</b> (= $NC/TFi+$ )
Âge : 50 à 74 ans	$N_{50-74}$	$T_{50-74}$	$R_{50-74}$	$TFi+_{50-74}$	$F+R_{50-74}$	$NC_{50-74}$	$CCR_{50-74}$
Âge : 50 à 54 ans	$N_{50-54}$	$T_{50-54}$	$R_{50-54}$	$TFi+_{50-54}$	$F+R_{50-54}$	$NC_{50-54}$	$CCR_{50-54}$

### Tests supplémentaires estimés

Population supplémentaire	Comportement et résultats supposés	Taille de la population supplémentaire – <b>N</b>	Nombre estimé de tests supplémentaires par an – <b>T</b>	Nombre estimé de TFi+ supplémentaires par an – <b>TFi+</b>	Nombre estimé de coloscopies supplémentaires après un TFi positif – <b>NC</b>
45 à 49 ans	Identique à 50 à 74 ans	$N_{45-49}$	$T = N_{45-49} \times R_{50-74}$	$TFi+ = N_{45-49} \times R_{50-74} \times F+R_{50-74}$	$NC = N_{45-49} \times R_{50-74} \times F+R_{50-74} \times CCR_{50-74}$
45 à 49 ans	Identique à 50 à 54 ans	$N_{45-49}$	$T = N_{45-49} \times R_{50-54}$	$TFi+ = N_{45-49} \times R_{50-54} \times F+R_{50-54}$	$NC = N_{45-49} \times R_{50-54} \times F+R_{50-54} \times CCR_{50-54}$