

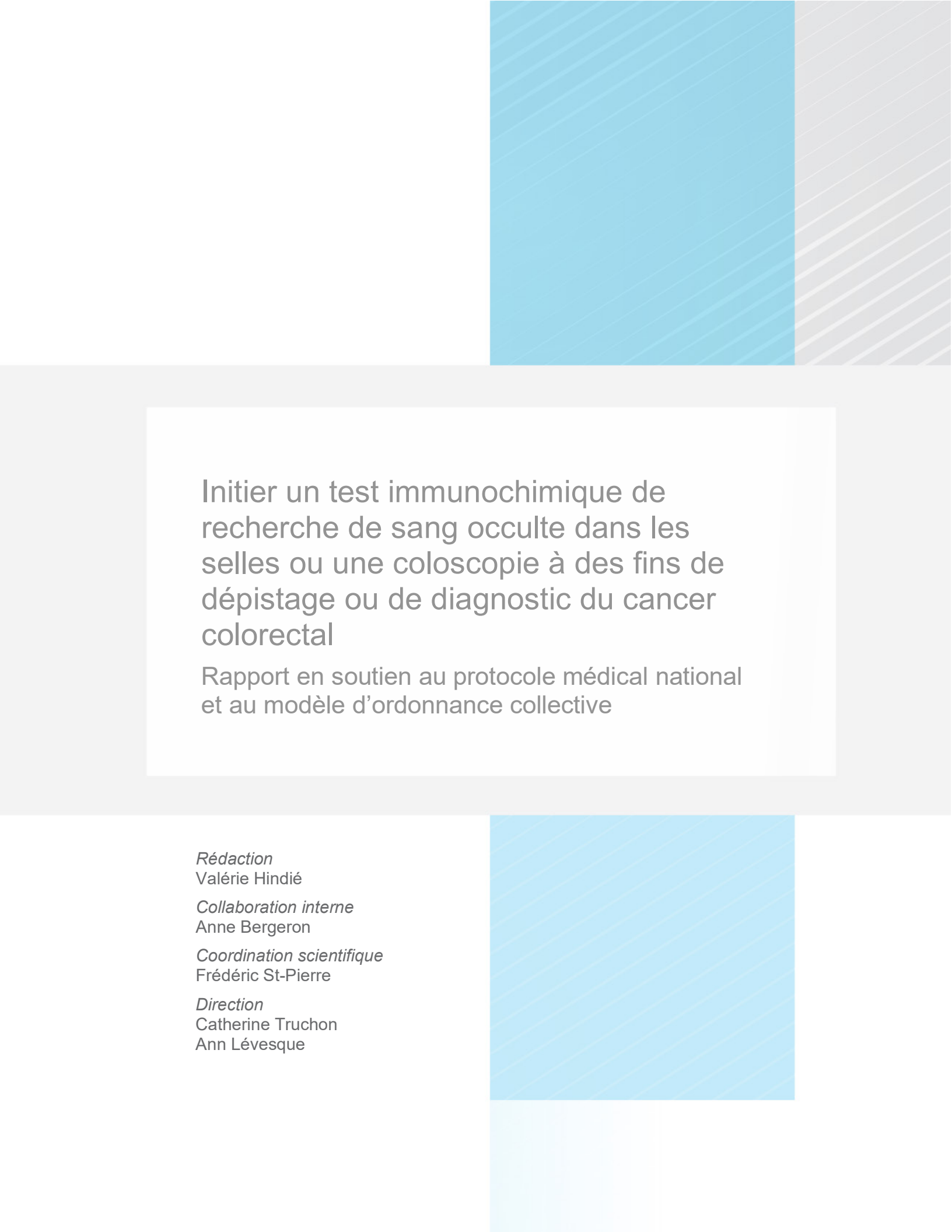
GUIDES ET NORMES

Initier un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles ou une coloscopie à des fins de dépistage ou de diagnostic du cancer colorectal

Rapport en soutien au protocole médical national et au modèle d'ordonnance collective

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé



Initier un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles ou une coloscopie à des fins de dépistage ou de diagnostic du cancer colorectal

Rapport en soutien au protocole médical national
et au modèle d'ordonnance collective

Rédaction

Valérie Hindié

Collaboration interne

Anne Bergeron

Coordination scientifique

Frédéric St-Pierre

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque

Le présent produit de connaissance n'a pas été présenté au Comité délibératif permanent - Modes d'intervention en santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Valérie Hindié, Ph. D.

Collaboratrice interne

Anne Bergeron, Ph. D.

Coordonnateur scientifique

Frédéric St-Pierre, Ph. D.

Directrice adjointe, volets scientifique et transversal

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Bin Chen, *tech. doc.*

Soutien administratif

Jean Talbot

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Littera Plus, révision linguistique

Traductions Alain Gélinas inc., traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN 978-2-550-93705-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2023

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Initier un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles ou une coloscopie à des fins de dépistage ou de diagnostic du cancer colorectal - Rapport en soutien au protocole médical national et au modèle d'ordonnance collective rédigé par Valérie Hindié. Québec, Qc : INESSS; 2023. 41 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité d'experts sont :

D^r Alan Barkun, gastro-entérologue, professeur, Université McGill et Centre de santé de l'Université McGill

D^{re} Mélanie Bélanger, gastro-entérologue, Clinique médicale Pierre-Boucher

D^r Patrick Charlebois, chirurgien général et colorectal, Centre de santé de l'Université McGill

D^{re} Nayima Clermont Dejean, gastro-entérologue, CISSS de l'Outaouais - Hôpital de Hull

D^{re} Nancy Nadeau, médecin de famille, CISSS de la Montérégie-Centre, GMF-U Saint-Hubert

M^{me} Julie Poirier, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, CISSS de Chaudière-Appalaches, GMF St-Étienne

M^{me} Sophie Prévost, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides, GMF des Sommets

Lecteur et lectrice externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

D^r Charles Ménard, gastroentérologue, CIUSSS de l'Estrie, CHUS Hôtel-Dieu

D^{re} Hélène Milot, chirurgienne générale, cheffe du service de chirurgie du CISSS de la Côte-Nord, Hôpital Le Royer

Autres contributions

L'institut tient à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

D^r Jean Dubé, spécialisé en biochimie médicale, professeur, CIUSSS de l'Estrie, CHU de Sherbrooke

M^{me} Run Kim, infirmière clinicienne, conseillère à la qualité de la pratique, OIIQ

L'INESSS tient également à remercier les dix personnes qui ont contribué à la validation externe du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective associé à titre de futures utilisatrices.

Déclaration d'intérêts

D^r Alan Barkun : président d'un comité ministériel examinant la qualité en coloscopie; consultant pour une compagnie qui vend des solutions de préparation intestinale; projets de recherche financés par le CPAC (Partenariat canadien contre le cancer) et les IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada).

D^{re} Mélanie Bélanger : présidente de l'Association des gastro-entérologues du Québec (AGEQ).

D^r Patrick Charlebois : président de l'Association québécoise de chirurgie (AQC).

D^r Charles Ménard : honoraires reçus à titre de conférencier de la part de la compagnie Pendopharm; présentations et de nombreux cours sur le dépistage et la qualité en endoscopie; projets de recherche financés par le CPAC et IRSC (CIHR en anglais) (aucune rémunération personnelle).

M^{me} Julie Poirier : honoraires reçus pour l'animation de table rondes et à titre de conférencière de la part des compagnies pharmaceutiques AstraZeneca, Bayer, GSK, Novo Nordisk et Organon; présidente de l'ORIIA (Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches); présidente du conseil des sections de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ); participation au conseil d'admission des infirmières praticiennes spécialisées (IPS).

Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document; les conclusions et les recommandations qu'il contient ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration. Les annexes n'ont pas fait l'objet d'une révision linguistique.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS	3
1.1 Méthodologie.....	3
1.2 Description des documents retenus	3
2 RÉSULTATS	6
2.1 Protocole médical national	6
2.1.1 Situation clinique	6
2.1.2 Contre-indications à l'application du protocole médical national	12
2.1.3 Appréciation de la condition de santé	15
2.1.4 Conduite du test ou de l'examen	20
2.1.5 Information à transmettre	25
2.1.6 Suivi.....	29
2.1.7 Situations qui exigent une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation.....	31
2.2 Ordonnance collective	32
2.2.1 Contre-indications à l'application de l'ordonnance collective	33
2.2.2 Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire	34
PRINCIPAUX CONSTATS	35
FORCES ET LIMITES	37
IMPACT CLINIQUE.....	38
MISE À JOUR	39
RÉFÉRENCES.....	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Antécédents familiaux qui constituent un risque légèrement ou modérément accru [MSSS, 2018].....	9
---	---

RÉSUMÉ

Introduction

Le programme de dépistage du cancer colorectal (CCR) offert au Québec est un programme dit opportuniste, ce qui signifie qu'il n'y a actuellement aucune stratégie de recrutement par le biais d'une invitation systématique transmise à une population ciblée. L'accès au dépistage repose plutôt sur la prescription d'un test ou d'une mesure diagnostique par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée. En raison du nombre important de personnes qui n'ont pas de médecin de famille ou qui n'ont pas accès à un suivi sur une base régulière, des mesures permettant aux infirmières ou autres professionnels habilités d'initier le dépistage pourraient favoriser une participation plus large de la population ciblée et la détection de lésions à un stade où le pronostic est plus favorable. Dans ce but, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) d'élaborer des outils qui permettront non seulement de faciliter l'accès au dépistage, mais aussi de soutenir les professionnels en première ligne des différents milieux tout en favorisant une pratique harmonisée à l'échelle provinciale.

Méthodologie

Une revue systématique de la littérature visant à recenser les meilleures pratiques dans le domaine du dépistage du cancer colorectal a été réalisée selon les normes usuelles de l'Institut. Pour bien saisir le cadre et la portée du champ d'exercice des différents professionnels de la santé qui partagent des activités réservées dans ce domaine, les sites Web des ordres professionnels ont été consultés. Pour recueillir la perspective des parties prenantes, un comité consultatif formé de cliniciens de différentes spécialités et expertises a été mis sur pied. L'analyse de l'information a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur la perspective des différentes parties prenantes consultées.

L'intégration de l'ensemble des données recueillies a permis de dégager les constats qui ont servi d'assise aux recommandations et aux outils cliniques. La qualité scientifique des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que des futurs utilisateurs qui n'ont pas participé aux travaux.

Résultats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les constats et messages clés suivants ont été reconnus comme porteurs pour soutenir l'harmonisation de la pratique clinique et l'amélioration de l'expérience de soins et services aux personnes.

Des critères d'admissibilité et modalités de dépistage relativement homogènes parmi les guides de pratique clinique (GPC) retenus

- L'admissibilité au dépistage repose essentiellement sur les critères suivants : l'absence de symptômes, l'âge de la personne et la présence ou l'absence de certains antécédents médicaux personnels ou familiaux. En effet, toute personne âgée de 50 ans ou plus ainsi que les personnes de 40 ans ou plus qui ont certains antécédents familiaux de CCR, devraient se voir offrir le dépistage de ce cancer. Toutefois, les antécédents familiaux de polypes au sens large ne font pas partie des éléments dont on doit tenir compte dans l'évaluation du niveau de risque de CCR et seuls les adénomes avancés documentés sont pris en considération.
- Le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) est proposé par la grande majorité des organisations parmi les modalités de première intention pour le dépistage chez des personnes à risque moyen de CCR. À un niveau de risque modérément accru, c'est la coloscopie qui s'impose comme méthode de dépistage en première intention.
- Cependant, dans certaines situations, le dépistage ne devrait pas être initié, notamment en présence de certains antécédents qui nécessitent une prise en charge personnalisée, ou de certaines comorbidités qui requièrent une évaluation plus approfondie, et en cas de refus du consentement à subir une coloscopie.

De l'information clinique importante difficilement accessible dans le Dossier Santé Québec

- Pour identifier les personnes admissibles à un dépistage du CCR et déterminer le niveau de risque permettant d'orienter le choix de la modalité de dépistage, certaines informations doivent être connues, dont les antécédents familiaux de CCR de la personne et, en présence d'un antécédent de coloscopie, les résultats, y compris les analyses pathologiques, et la qualité de cette coloscopie.
- Les détails d'une coloscopie antérieure ne sont pas accessibles actuellement dans le Dossier Santé Québec.
- En cas d'incertitude entourant une coloscopie antérieure, une évaluation plus complète est actuellement requise pour rechercher ces informations et statuer sur la pertinence, ou non, de procéder au dépistage.
- L'accès à des rapports de coloscopie et de pathologie standardisés par le biais du Dossier Santé Québec permettrait aux professionnels habilités d'initier un test de dépistage du CCR chez un plus grand nombre d'individus, permettant ainsi d'alléger le nombre d'évaluations médicales requises.

Des modalités de suivi et de collaboration interprofessionnelle en appui à l'application du protocole et de l'ordonnance collective

- Une trajectoire précise est essentielle afin d'assurer le suivi des demandes de coloscopie qui sont rédigées par une infirmière, car celle-ci n'est pas habilitée à effectuer le suivi à partir du rapport de coloscopie. Selon les parties prenantes consultées, il semble que le médecin qui réalise la coloscopie devrait être clairement identifié comme responsable de ce suivi auprès de la personne.
- L'identification d'un médecin répondant dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui n'ont pas de médecin sur place pourrait limiter l'implantation de l'ordonnance collective dans ces milieux. La définition d'un mécanisme clair à ce sujet semble donc nécessaire pour favoriser une implantation plus large de l'ordonnance collective.

Conclusion

L'élaboration de ce protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective sur l'initiation d'un test de dépistage ou d'une mesure diagnostique concernant le cancer colorectal est fondée sur des recommandations de pratique clinique, lesquelles ont été bonifiées par la perspective de différentes parties prenantes. L'implantation du protocole devrait favoriser une participation plus large de la population, y compris celle des personnes qui n'ont pas de médecin de famille, et uniformiser la pratique clinique relative au dépistage du cancer colorectal dans la province en attendant la mise en place d'un programme organisé.

Les changements de pratique qui pourraient découler de ces travaux dépendront cependant de l'adoption de ces outils par les équipes de soins en première ligne (p. ex. GMF, CLSC, GAP – guichet d'accès à la première ligne) et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés. Une stratégie de diffusion ainsi que la production d'un tutoriel d'information à l'intention des cliniciens de première ligne seront déployées afin de faciliter l'adoption et l'utilisation de ces outils.

SUMMARY

Initiating an immunochemical fecal occult blood test or a colonoscopy for colorectal cancer screening and diagnostic

Introduction

The colorectal cancer (CRC) screening program in Quebec is an opportunistic program, which means that there is currently no recruitment strategy through a systematic invitation to a targeted population. Instead, access to screening is based on the prescription for a test or diagnostic measure by a physician or specialized nurse practitioner. Given the large number of people who do not have a family physician or access to regular follow-up, measures that allow nurses or other authorized professionals to initiate screening could promote broader participation of the targeted population and the detection of lesions at a stage where the prognosis is more favourable. To this end, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to develop tools that would not only facilitate access to screening, but also support front-line professionals in different settings while promoting harmonized practice at the provincial level.

Methodology

A systematic review of the literature to identify best practices in colorectal cancer screening was conducted according to the Institute's usual standards. To understand the scope of practice of various health professionals who share dedicated activities in this area, the websites of professional associations were consulted. To obtain the perspective of stakeholders, an Advisory Committee of clinicians with various specialties and expertise was established. The information was analyzed from a practice background perspective, based in particular on the legislative, regulatory, and organizational framework that is specific to Quebec, and then on the perspective of the various stakeholders consulted.

The integration of all data collected made it possible to identify the findings that served as the basis for the recommendations and clinical tools. The scientific quality of the work, its acceptability, and applicability were assessed by external reviewers who are specialists in the field of interest, as well as future users who were not involved in the work.

Results

Based on the analysis of all the information collected and the iterative process with Advisory Committee members, the following major findings and messages were identified as essential to supporting the harmonization of clinical practice and the improvement of the experience of care and services to individuals.

Relatively consistent eligibility criteria and screening methods among selected clinical practice guidelines (CPGs)

- Eligibility for screening is based primarily on the following criteria: absence of symptoms, age of the individual, and presence or absence of a certain personal or family medical history. Anyone 50 years of age or older, as well as those 40 years of age or older who have a family history of CRC, should be offered screening for this cancer. However, a family history of polyps in the broadest sense is not included in the CRC risk assessment and only documented advanced adenomas are considered.
- The immunochemical fecal occult blood test (iFOBT) is recommended by the vast majority of organizations as a first-line screening method for individuals at average risk for CRC. At a moderately increased risk level, colonoscopy is the preferred first-line screening method.
- However, there are situations in which screening should not be undertaken, such as when there is a history of certain conditions that require individualized management, comorbidities that require further evaluation, or when consent to undergo colonoscopy is withheld.

Important clinical information not readily available in the Dossier Santé Québec

- To identify individuals eligible for CRC screening and to determine the level of risk to guide the choice of screening method, certain information must be known, including the individual's CRC family history and, if a colonoscopy was performed, the results, including pathological analyses, and the quality of that colonoscopy.
- Details of a previous colonoscopy are not currently available in the Dossier Santé Québec.
- If there is uncertainty about a previous colonoscopy, a more complete assessment is currently required to search for this information and decide whether or not to proceed with screening.
- Access to standardized colonoscopy and pathology reports through Dossier Santé Québec would allow authorized professionals to initiate CRC screening in a greater number of individuals, thereby reducing the number of medical assessments required.

Follow-up modalities and inter-professional collaboration to support protocol and collective prescription application

- A clear pathway is essential to follow up on colonoscopy referrals that are written by a nurse, as the nurse is not authorized to follow up on the colonoscopy report. According to the stakeholders consulted, it appears that the physician performing the colonoscopy should be clearly identified as the one who is in charge of this follow-up with the individual.

- The identification of a responding physician in local community service centers (CLSCs) that do not have a physician on site could limit the implementation of the collective prescription in these settings. The definition of a clear mechanism in this regard therefore seems necessary to promote broader implementation of collective prescriptions.

Conclusion

The development of this national medical protocol and the model for collective prescription for the initiation of colorectal cancer screening and diagnostic measures is based on clinical practice guidelines, which have been enhanced by the perspective of various stakeholders. The implementation of the protocol is expected to encourage broader population participation, including those without a family physician, and to standardize clinical practice in colorectal cancer screening in the province until an organized program is in place.

The changes in practice that could result from this work will depend, however, on the adoption of these tools by front-line care teams (e.g., FMGs, CLSCs, GPs) and on the appropriation of the recommendations by the health professionals concerned. A dissemination strategy and the production of an information tutorial for front-line clinicians will be implemented to facilitate the adoption and use of these tools.

SIGLES ET ACRONYMES

ACPGBI	Association of Coloproctology of Great Britain & Ireland
ACS	American Cancer Society
ACG	American College of Gastroenterology
AGEQ	Association des gastro-entérologues du Québec
AGREE-GRS	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation - Global Rating Scale</i>
AHS	Alberta Health Services
AQC	Association québécoise de chirurgie
CAG	Canadian Association of Gastroenterology
CCO	Cancer Care Ontario
CCR	Cancer colorectal
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSH	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CPAC	<i>Canadian partnership against cancer</i>
CSQ	Carnet santé Québec
DNSSI	Direction nationale des soins et services infirmiers
EBM reviews	<i>Evidence-based Medicine Reviews</i>
FIT	<i>Fecal immunochemical test</i>
FMG	<i>Family Medicine Group</i>
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GECSSP	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
GGPO	German Guideline Program in Oncology
GMF	Groupe de médecine de famille
GPC	Guide de pratique clinique
HAS	Haute Autorité de Santé
iFOBT	<i>Immunochemical fecal occult blood test</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère)
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
OC	Ordonnance collective
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

ORIICA	Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches
PAF	Polypose adénomateuse familiale
PMN	Protocole médical national
PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSOS	Recherche de sang occulte dans les selles
RSOSg	Test de recherche de sang occulte dans les selles au gaïac
RSOSi	Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles
USMSTF	U.S. Multi-Society Task Force
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force

INTRODUCTION

Problématique

Le cancer colorectal (CCR) est la deuxième cause de mortalité par cancer au Québec, après le cancer du poumon. La Société canadienne du cancer estime qu'en 2021, au Québec, 6 400 nouveaux cas de CCR auront été diagnostiqués et 2 600 décès associés au CCR auront été enregistrés [Société canadienne du cancer, 2021]. La plupart de ces cancers se développent à partir d'adénomes bénins et évoluent vers des adénocarcinomes malins durant une période qui varie entre 10 et 15 ans [Binefa *et al.*, 2014]. Le CCR est souvent asymptomatique aux stades précoces et reste non diagnostiqué jusqu'aux stades avancés, alors que le pronostic devient défavorable. Détecté à un stade précoce, ce cancer peut être traité et guéri, le taux de survie à 5 ans approchant 90 % [Simon, 2016].

En 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris l'initiative du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) dont l'objectif est d'accroître l'accès et la participation aux tests de dépistage afin de favoriser la détection de lésions à un stade précoce et ainsi réduire la mortalité associée à cette maladie dans les pays développés [Rosello *et al.*, 2019]. Des travaux sont en cours au Ministère afin de mettre en place un programme organisé, similaire au programme de dépistage du cancer du sein et qui reposerait sur un mécanisme d'invitation systématique à effectuer le test de dépistage. À l'heure actuelle toutefois, le programme de dépistage offert au Québec est dit opportuniste, ce qui signifie que l'accès au dépistage repose sur la prescription par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi, aussi appelé *FIT test*) [PCCC, 2018]. Cependant, 22 % de la clientèle n'a pas de médecin de famille [MSSS, 2022]. Ainsi, au cours des deux années qui ont suivi la mise en place du programme de dépistage, seulement 43 % de la clientèle admissible aurait passé un test RSOSi [Singh *et al.*, 2015]. Étant donné l'importance de la détection précoce de lésions colorectales, le fait de permettre aux infirmières et aux autres professionnels habilités d'initier le dépistage du CCR pourrait permettre une participation plus large de la population ciblée et ainsi favoriser la détection de lésions à un stade où le pronostic est plus favorable.

Contexte de l'amorce des travaux

Depuis 2014, le MSSS a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'héberger et de mettre à jour les protocoles médicaux nationaux (PMN) et les modèles d'ordonnance en vigueur, et la réalisation d'autres *de novo* découlant d'un exercice de priorisation supervisé par la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) du Ministère.

À la suite d'un exercice de priorisation, la Direction des dépistages en cancérologie du Programme québécois de cancérologie a demandé à l'INESSS d'amorcer des travaux visant l'élaboration d'outils cliniques permettant aux infirmières et aux autres professionnels habilités d'initier des mesures diagnostiques dans le cadre du dépistage du cancer colorectal.

Objectifs

Ces travaux ont comme objectif de recenser les meilleures pratiques cliniques sur le dépistage du cancer colorectal afin d'élaborer un protocole médical national et un modèle d'ordonnance collective (OC) associé qui permettront :

- de favoriser une participation élargie de la population au dépistage du CCR en permettant aux infirmières d'initier les activités de dépistage et de diagnostic du cancer colorectal;
- d'outiller et soutenir les infirmières des différents milieux (p. ex. GMF, CLSC, GAP) dans l'initiation de ces activités;
- de favoriser une pratique harmonisée à l'échelle provinciale.

Livrables

En plus du présent rapport, les autres livrables sont :

- un protocole médical national;
- un modèle d'ordonnance collective associé;
- un tutoriel.

Aspects exclus

- La recension de données scientifiques ou de normes portant sur des aspects liés à l'implantation et au déploiement du PMN et du modèle d'OC associé.
- La recension de données scientifiques, de normes ou de recommandations portant sur des aspects économiques et organisationnels.
- La conduite associée à un élément non documenté dans le cadre du protocole.

1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS

1.1 Méthodologie

Les méthodes appliquées pour traiter les questions d'évaluation ont respecté les normes de qualité de l'INESSS et elles ont inclus la triangulation de données scientifiques, les recommandations de bonnes pratiques cliniques publiées par d'autres organisations ainsi que les éléments contextuels et le savoir expérientiel de cliniciens québécois. Brièvement, une recherche systématique de la littérature scientifique a été effectuée, en collaboration avec une conseillère en information scientifique (bibliothécaire), dans les bases de données MEDLINE, Embase et EBM Reviews (*Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment et NHS Economic Evaluation Database*). Une recherche manuelle de la littérature grise a également été réalisée en consultant, entre autres, les sites Web de sociétés savantes spécialisées dans le domaine associé au thème des travaux, puis les bibliographies des publications retenues ont été examinées. La sélection des documents et l'évaluation de la qualité méthodologique ont été effectuées de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques, alors que l'extraction de l'information et l'analyse des éléments contextuels recueillis ont été réalisées par une professionnelle, puis validées par une seconde. Pour recueillir la perspective des parties prenantes, un comité consultatif formé de cliniciens de différentes spécialités et expertises a été mis sur pied. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées avec des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que des futurs utilisateurs qui n'avaient pas participé aux travaux.

La méthodologie complète pour mener à terme ces travaux est décrite à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*.

1.2 Description des documents retenus

La recherche de l'information a permis de répertorier 555 documents, desquels ont été retenus 15 guides de pratique clinique (GPC) et un document de normes de pratique clinique qui comportent des recommandations visant le dépistage du cancer colorectal (CCR). Parmi les documents retenus, six sont canadiens, cinq sont américains, trois sont européens, un est australien et un est international.

Documents retenus :

- Un GPC produit par la Haute Autorité de Santé (HAS) : *Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé* [HAS, 2017].
- Un GPC produit par le German Guideline Program in Oncology (GGPO) : *Evidenced-based Guideline for Colorectal Cancer* [GGPO, 2019].

- Un GPC produit par l'Association of Coloproctology of Great Britain & Ireland (ACPGBI) : *Guidelines for the Management of Cancer of the Colon, Rectum and Anus - Diagnosis, Investigations and Screening* [Cunningham et al., 2017].
- Un GPC produit par le Cancer Council Australia : *Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer* [CCA, 2018].
- Un GPC produit par le National Comprehensive Cancer Network : *Clinical Practice Guidelines in Oncology - Colorectal Cancer Screening* [NCCN, 2022].
- Un GPC produit par la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) : *Screening for Colorectal Cancer: Recommendation Statement* [USPSTF, 2021].
- Un GPC produit par la U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (USMSTF) : *Updates on Age to Start and Stop Colorectal Cancer Screening: Recommendations From the USMSTF* [Patel et al., 2022].
- Un GPC produit par l'American Cancer Society (ACS) : *Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the ACS* [Wolf et al., 2018].
- Un GPC produit par l'American College of Gastroenterology (ACG) : *ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening* [Shaukat et al., 2021].
- Un GPC produit par un panel international d'experts : *Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a clinical practice guideline* [Helsingen et al., 2019].
- Un document produit par la Direction générale de cancérologie du MSSS : *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie* [MSSS, 2018].
- Un GPC produit par l'Alberta Health Services : *Clinical Practice Guidelines - Colorectal Cancer Screening* [AHS, 2020].
- Un GPC produit par le British Columbia Ministry of Health : *Part 1- Screening for the Purposes of Colorectal Cancer Prevention and Detection in Asymptomatic Adults* [BC Guidelines, 2022].
- Un GPC produit par Cancer Care Ontario (CCO) : *Résumé des recommandations relatives au dépistage du cancer colorectal* [CCO, 2020].
- Un GPC produit par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) : *Recommandations sur le dépistage du cancer colorectal en soins primaires* [GECSSP, 2016].
- Un GPC produit par la Canadian Association of Gastroenterology (CAG) : *Clinical Practice Guideline on Screening for Colorectal Cancer in Individuals With a Family History of Nonhereditary Colorectal Cancer or Adenoma: The Banff Consensus* [Leddin et al., 2018].

Les 15 GPC retenus, ainsi que le document de normes de pratique clinique, ont été jugés de qualité méthodologique adéquate pour leur utilisation selon la grille AGREE-GRS. Le processus de sélection des documents sous forme de diagramme de flux est présenté dans la section C du document *Annexes complémentaires*. Les raisons de l'exclusion des documents à la suite de leur lecture complète ainsi que les caractéristiques des documents retenus sont présentées dans la section D du document *Annexes complémentaires*. Finalement, les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des différents documents retenus sont présentés dans la section E du document *Annexes complémentaires*.

2 RÉSULTATS

2.1 Protocole médical national

2.1.1 Situation clinique

Les éléments présentés dans cette section du protocole médical national (PMN) visent à permettre au professionnel habilité de déterminer si la situation clinique de la personne correspond à celle pour laquelle le protocole peut être appliqué.

Selon l'ensemble des documents retenus dans le cadre de la revue de littérature, l'admissibilité des personnes au dépistage est principalement basée sur deux critères, soit :

- 1) l'absence de signes et symptômes compatibles avec un cancer colorectal (CCR) (voir les [sections 2.1.2](#) et [2.1.3.2](#));
- 2) le niveau de risque de la personne de développer un CCR en fonction de différents facteurs, notamment l'âge et la présence d'antécédents personnels ou familiaux de CCR, de polypes ou de syndromes génétiques, ou la présence de certaines conditions (p. ex. maladies inflammatoires de l'intestin, fibrose kystique).

Selon le guide de la Colombie-Britannique, environ 75 % des cancers colorectaux sont détectés chez des personnes à risque moyen sans antécédents familiaux [BC Guidelines, 2022]. L'ensemble des documents retenus s'entendent pour dire que le dépistage devrait être effectué chez les personnes qui présentent un risque moyen de développer un CCR, ainsi que chez certaines personnes qui ont un risque accru du fait de leurs antécédents familiaux.

Cependant, les niveaux de risque sont définis de façon variable dans les différents documents retenus, notamment en ce qui concerne l'âge ainsi que les antécédents familiaux.

La grande majorité des documents canadiens retenus, dont les normes de pratique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et plusieurs autres guides de pratique clinique (GPC), définissent le risque moyen de CCR de la façon suivante : une personne qui a entre 50 et 74 ans, qui ne présente pas d'histoire personnelle significative de CCR, de polypes, de maladie inflammatoire de l'intestin, ni d'histoire familiale significative confirmée de CCR, de polypes ou de syndrome génétique [BC Guidelines, 2022; AHS, 2020; CCO, 2020; CCA, 2018; MSSS, 2018; HAS, 2017; GECSSP, 2016].

2.1.1.1 Risque moyen

Selon le guide de la Colombie-Britannique ainsi que l'U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), le facteur de risque de CCR le plus important pour les personnes qui n'ont pas d'antécédents de CCR est l'âge [BC Guidelines, 2022; USPSTF, 2021]. En effet, le guide de Colombie-Britannique souligne que le risque de CCR augmente à partir de 50 ans et que le niveau de risque devient alors moyen [BC Guidelines, 2022].

Ainsi, la majorité des GPC retenus recommandent de commencer le dépistage à partir de 50 ans, à l'exception des guides américains qui recommandent plutôt de commencer le dépistage dès l'âge de 45 ans, bien que la force de la recommandation soit plus faible pour les personnes qui ont entre 45 et 49 ans [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; Patel *et al.*, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021; AHS, 2020; CCO, 2020; GGPO, 2019; CCA, 2018; MSSS, 2018; Wolf *et al.*, 2018; HAS, 2017]. Alors que les GPC américains le recommandent de façon systématique, le programme australien propose d'offrir le dépistage aux personnes de 45 à 49 ans qui le demandent après avoir été informées des bénéfices et des risques [CCA, 2018]. La U.S. Multi-Society Task Force (USMSTF) reconnaît qu'il n'existe pas de preuve démontrant que le dépistage chez les personnes de moins de 50 ans diminue l'incidence du CCR ou la mortalité associée, mais les auteurs estiment que les données sont suffisantes pour le suggérer [Patel *et al.*, 2022]. Le guide de la Colombie-Britannique mentionne toutefois à cet égard que, malgré une augmentation relative de l'incidence des CCR précoces au Canada et dans d'autres pays, le nombre absolu de diagnostics dans le groupe des 45 à 49 ans reste faible [BC Guidelines, 2022]. Le programme de dépistage en vigueur au Royaume-Uni diffère des autres programmes dans la mesure où le dépistage n'est offert qu'à partir de 60 ans [Cunningham *et al.*, 2017]. À cet égard, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) précise que la recommandation faible en faveur du dépistage chez les personnes âgées de 50 à 59 ans est fondée sur un équilibre moins favorable entre les bénéfices et les préjudices [GECSSP, 2016]. En accord avec la majorité des documents retenus, les membres du comité consultatif proposent de fixer à 50 ans la limite d'âge inférieure pour définir le groupe de personnes à risque moyen de développer un CCR et pour qui un dépistage est recommandé.

Bien que la plupart des guides ne recommandent pas le dépistage systématique chez les personnes de plus de 74 ans, plusieurs organisations canadiennes et américaines estiment que la possibilité pourrait être offerte à certaines personnes de cette tranche d'âge qui le souhaitent [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; Patel *et al.*, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021; AHS, 2020; CCO, 2020; Wolf *et al.*, 2018]. Le German Guideline Program in Oncology (GGPO) considère que, compte-tenu de l'allongement de la durée de vie, une limite d'âge supérieure pour le dépistage ne peut être fixée [GGPO, 2019]. Les différents guides recommandent que la décision soit individualisée et repose sur une discussion qui porte sur les bénéfices et les risques relatifs à l'état de santé de la personne, la présence de comorbidités, son espérance de vie anticipée ainsi que sur son historique de dépistage, ses préférences et sa volonté ou sa capacité à subir une coloscopie de suivi. L'USPSTF mentionne que le bénéfice net du dépistage pour ce groupe d'âge est limité [USPSTF, 2021]. En effet, les risques de complications liés à la coloscopie augmentent avec l'âge [NCCN, 2022; USPSTF, 2021; CCO, 2020; Wolf *et al.*, 2018]. Cependant, le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et Cancer Care Ontario (CCO) précisent que le dépistage pourrait être bénéfique pour certaines personnes âgées de 75 à 85 ans, en particulier celles qui n'ont jamais été soumises à un dépistage pour le CCR et qui sont en très bonne santé [NCCN, 2022; CCO, 2020]. Le groupe d'experts international recommande le dépistage chez les personnes jusqu'à 79 ans si elles présentent un niveau de risque de CCR supérieur à 3 % sur 15 ans selon

un calculateur qui tient compte de différents facteurs de risque (voir la [section 2.1.1.3](#)) [Helsingen *et al.*, 2019]. À ce sujet, les membres du comité consultatif sont d'avis que, même si le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) peut être prescrit au cas par cas dans la pratique chez des personnes qui ont plus de 74 ans, le PMN ne devrait pas inclure ces personnes dans la situation clinique afin de rester conforme aux normes de pratique du MSSS. Il a par ailleurs été suggéré que le PMN devrait préciser plus clairement qu'il n'est pas recommandé d'effectuer des RSOSi au-delà de 74 ans. En effet, selon les membres du comité consultatif, certains patients qui effectuent ce test ne sont pas toujours informés de ses implications, et ces éléments devraient être abordés avant de le réaliser, parce que cela surcharge de façon non négligeable le système de santé (voir la [section 2.1.3.1](#)).

2.1.1.2 Risque accru

Selon la majorité des documents retenus, la présence de certains antécédents familiaux de CCR constitue un risque accru de développer un tel cancer [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; USPSTF, 2021; AHS, 2020; GGPO, 2019; Wolf *et al.*, 2018; HAS, 2017; GECSSP, 2016]. Les normes de pratique du MSSS définissent les personnes à *risque légèrement accru* et à *risque modérément accru* comme des personnes asymptomatiques, qui ont entre 40¹ et 74 ans et qui présentent l'un des antécédents familiaux décrits dans le tableau 1 [MSSS, 2018]. Ce document précise toutefois qu'environ 90 % des personnes à risque légèrement accru et entre 70 à 90 % des personnes à risque modérément accru ne développeront jamais un CCR [MSSS, 2018].

¹ Ou 10 ans avant le plus jeune âge de diagnostic de CCR dans la famille pour les personnes à risque modérément accru.

Tableau 1 Antécédents familiaux qui constituent un risque légèrement ou modérément accru de CCR [MSSS, 2018]

Niveau de risque	Antécédent familial ² de CCR	Risque de CCR par rapport aux personnes à risque moyen
Légèrement accru	▪ Un parent de 1^{er} degré auquel on a diagnostiqué un CCR ou des polypes à ou après 60 ans; ▪ Un parent de 2^e ou de 3^e degré auquel on a diagnostiqué un CCR ou des polypes; ▪ Deux parents de 2^e degré (côtés différents de la famille) auxquels on a diagnostiqué un CCR ou des polypes.	2 fois plus grand
Modérément accru	▪ Un parent de 1^{er} degré auquel on a diagnostiqué un CCR ou des polypes avant l'âge de 60 ans; ▪ Deux parents de 1^{er} degré auxquels on a diagnostiqué un CCR ou des polypes, quel que soit leur âge; ▪ Un parent de 1^{er} degré et un parent de 2^e degré du même côté de la famille auxquels on a diagnostiqué un CCR, quel que soit leur âge.	3 à 6 fois plus grand

Parmi les autres guides sélectionnés, les principales différences pour définir les niveaux de risque sont basées sur le type de lésion détectée, l'âge du ou des parents atteints, le nombre de parents atteints ou le degré de parenté. Par exemple, le guide de l'Alberta inclut les adénomes à haut risque parmi les antécédents de CCR [AHS, 2020]. Plusieurs des guides retenus s'entendent sur le fait qu'un antécédent de CCR chez un parent de 1^{er} degré, ou d'adénome, représente un risque accru, quel que soit l'âge au diagnostic [NCCN, 2022; CCO, 2020; GGPO, 2019; HAS, 2017]. Le NCCN estime également que le risque est augmenté pour toutes les personnes qui ont au moins un ou plusieurs antécédents de CCR chez un parent au 2^e ou au 3^e degré [NCCN, 2022]. Au contraire, selon plusieurs GPC, un antécédent de CCR chez un parent du 2^e degré n'augmente pas significativement le risque pour la personne [BC Guidelines, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; AHS, 2020; Leddin *et al.*, 2018]. Enfin, le guide australien précise que ses recommandations de dépistage ne spécifient plus que le dépistage devrait commencer dix ans avant l'âge du premier diagnostic de CCR dans la famille, car il n'existe aucune preuve pour justifier cette stratégie [CCA, 2018].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'information présentée ci-dessus et avec celle issue des normes de pratique du MSSS. Cependant, ils soulignent que certains de ces éléments pourraient poser un problème d'applicabilité du PMN. Ainsi, plusieurs membres du comité consultatif indiquent que les personnes ne savent pas nécessairement à quel âge leur parent a eu un CCR, ni si c'était un polype ou un cancer. Dans cette situation, beaucoup de personnes pourraient être catégorisées à tort comme étant à risque légèrement ou modérément accru, et être amenées à passer une

² Parent de 1^{er} degré : parent, enfant, frère/sœur;
Parent de 2^e degré : grand-parent, oncle/tante, neveu/niece, petit-enfant;
Parent de 3^e degré : cousin/cousine, arrière-grand-parent, arrière-petit-enfant.

coloscopie alors qu'elles devraient plutôt effectuer un RSOSi, ce qui mènerait à un usage non optimal de la coloscopie. Par ailleurs, il a été souligné que, malgré plusieurs années d'expérience, la plupart des infirmières de première ligne n'auront pas les connaissances qui permettent d'identifier le type de polype dont il est question dans l'histoire de santé de la personne (p. ex. adénomateux, sessile festonné). De plus, la nomenclature de l'histologie des polypes n'est pas standardisée dans le rapport de pathologie, ce qui augmente la confusion des intervenants. Enfin, une histoire familiale de polype (au sens large) n'est plus retenue parmi les antécédents dont il faut tenir compte selon les lignes directrices nord-américaines les plus récentes. En effet, d'après les lignes directrices de l'Association canadienne de gastroentérologie, étant donné que les personnes ne se souviennent pas de manière fiable de l'information histologique concernant leurs propres polypes, beaucoup ne pourront pas décrire les polypes d'un parent [Leddin *et al.*, 2018]. Les auteurs ajoutent que les données probantes sont limitées sur ce sujet. Seuls les antécédents d'adénomes avancés documentés au 1^{er} degré augmenteraient de façon significative le risque chez ces personnes. En accord avec ces lignes directrices, l'ensemble des membres du comité consultatif est donc d'avis de ne pas tenir compte d'une histoire familiale de polypes (au sens large) pour définir les personnes à risque légèrement et modérément accru dans le PMN. Cependant, ils sont d'avis qu'un antécédent au 1^{er} degré d'adénome avancé documenté devrait faire partie des éléments dont on devra tenir compte. Il a par ailleurs été souligné que certaines sociétés savantes révisent actuellement leurs lignes directrices pour ce groupe de personnes et que l'INESSS devrait donc rester vigilant au cours des deux prochaines années pour surveiller la publication de ces mises à jour et évaluer la pertinence de mettre à jour le PMN en conséquence.

2.1.1.3 Autres facteurs de risque et modèles de prédiction

Plusieurs guides mentionnent d'autres facteurs qui augmentent le risque de CCR, y compris des facteurs liés au mode de vie [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; USPSTF, 2021; AHS, 2020; Wolf *et al.*, 2018; HAS, 2017]. Par contre, selon le guide de la Colombie-Britannique, les preuves en lien avec ces facteurs de risque sont insuffisantes actuellement pour modifier les recommandations relatives au dépistage [BC Guidelines, 2022]. Selon l'USPSTF, une incidence plus élevée de CCR serait observée chez certains groupes de personnes, notamment les personnes noires, les *American Indian* et les *Alaskan Native adults* [USPSTF, 2021]. Le guide de la Colombie-Britannique précise que certaines populations participent moins au dépistage et seraient donc indirectement plus à risque de CCR (p. ex. les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les personnes qui ont de faibles revenus, les communautés rurales et éloignées et les nouveaux immigrants) [BC Guidelines, 2022]. Cependant, ces 2 guides ne proposent pas de mesure de dépistage particulière pour ces groupes de personnes, et aucun des autres documents retenus n'aborde cette question.

Certains calculateurs prennent néanmoins en considération ces facteurs de risque, en plus de l'âge, de l'histoire de santé et de plusieurs autres facteurs, afin d'estimer le niveau de risque. La Haute Autorité de Santé (HAS) mentionne que l'utilisation de modèles qui estiment un score de risque pourrait permettre de mieux définir la population

à risque moyen et élevé, et d'identifier les sujets qui présentent un risque plus élevé en raison de facteurs personnels [HAS, 2017]. Cependant, l'HAS et l'American College of Gastroenterology (ACG) soulignent à cet égard que, même si plusieurs de ces modèles ont été développés et publiés, ceux-ci ne font pas l'objet d'un consensus scientifique et des essais à grande échelle permettant de les valider dans différentes populations sont nécessaires [Shaukat *et al.*, 2021; HAS, 2017]. Seul le groupe d'experts international propose une approche de sélection des personnes admissibles au dépistage, basée sur l'utilisation d'un outil qui calcule un score de risque individuel de développer un cancer colorectal au cours des quinze prochaines années [Helsingen *et al.*, 2019]. Les auteurs suggèrent l'utilisation d'un calculateur tel que QCancer, l'un de ceux qui donnent les meilleurs résultats selon les auteurs [Helsingen *et al.*, 2019].

Bien qu'ils soulignent également que les personnes de couleur pourraient être à risque plus élevé de CCR et pourraient bénéficier d'un dépistage dès l'âge de 40 ans, les membres du comité consultatif sont unanimement d'avis qu'il serait préférable, dans le PMN de s'en tenir aux normes de pratique actuelles du MSSS.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – SITUATION CLINIQUE

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

Personne asymptomatique à risque de cancer colorectal (CCR), selon l'un des trois niveaux de risque suivants.

Niveau de risque	Critères	
	Âge	Antécédent familial ¹ de CCR
Moyen	50 à 74 ans	Aucun
Légèrement accru	40 à 74 ans	- Un parent de 1^{er} degré auquel on a diagnostiqué un CCR² à ou après 60 ans; - Un parent de 2^e ou de 3^e degré auquel on a diagnostiqué un CCR, quel que soit son âge; - Deux parents de 2^e degré auxquels on a diagnostiqué un CCR, quel que soit leur âge.
Modérément accru	40* à 74 ans *ou 10 ans avant le plus jeune âge de diagnostic de CCR dans la famille	- Un parent de 1^{er} degré auquel on a diagnostiqué un CCR² avant l'âge de 60 ans; - Deux parents de 1^{er} degré auxquels on a diagnostiqué un CCR², quel que soit leur âge; - Un parent de 1^{er} degré et un parent de 2^e degré du même côté de la famille auxquels on a diagnostiqué un CCR, quel que soit leur âge.

¹ Parent de 1^{er} degré : parent, enfant, frère/sœur.

Parent de 2^e degré : grand-parent, oncle/tante, neveu/niece, petit-enfant;

Parent de 3^e degré : cousin/cousine, arrière-grand-parent, arrière-petit-enfant;

² Y compris les antécédents familiaux au 1^{er} degré d'adénome avancé documenté (p. ex. de taille supérieure à 1 cm, dysplasie de haut grade).

2.1.2 Contre-indications à l'application du protocole médical national

Essentiellement, cette section du PMN vise à établir les conditions qui excluront son application dans certaines circonstances, ou pour un sous-groupe de la population qui pourrait avoir besoin d'une prise en charge différente. Il s'agit donc des conditions où le PMN ne doit pas être appliqué.

Comme mentionné à la section précédente, l'ensemble des documents retenus s'entendent sur le fait que la présence d'au moins un signe ou symptôme compatible avec un CCR constitue une contre-indication au dépistage. En effet, plusieurs guides précisent que, quel que soit leur âge, les personnes qui présentent des symptômes compatibles avec un cancer colorectal ont besoin d'une évaluation médicale plus complète avant de réaliser ce type de test [NCCN, 2022; CCO, 2020]. Les signes et symptômes à retenir sont détaillés à la [section 2.1.3.2](#). Les guides de l'Ontario et de l'Alberta ajoutent qu'il n'est pas recommandé d'utiliser le RSOSi pour des motifs autres que le dépistage du CCR, notamment pour les personnes qui présentent des symptômes compatibles avec un tel cancer, car cette utilisation peut entraîner un retard dans l'établissement d'un diagnostic [AHS, 2020; CCO, 2020]. Par ailleurs, ils ajoutent que les personnes qui présentent des saignements d'origine non confirmée, ou qui ont déjà fait l'objet d'examens mais dont les symptômes ont changé, ne doivent pas réaliser ce test, mais avoir une évaluation approfondie [CCO, 2020].

Par ailleurs, l'ensemble des documents retenus sont également d'accord pour dire que la présence d'antécédents personnels ou familiaux qui augmentent le risque de cancer colorectal ou de polypes constitue une contre-indication au dépistage :

- antécédent personnel de maladie inflammatoire de l'intestin;
- antécédent personnel ou familial significatif (chez un ou plusieurs parents au premier degré) de CCR, de polype ou d'adénomes avancés (de taille ≥ 1 cm ou à contingent villositaire supérieur à 25 % ou en dysplasie de haut grade) ou de polype sessile festonné (de taille ≥ 1 cm, tout type de dysplasie);
- antécédent personnel ou familial d'un syndrome génétique qui prédispose au CCR (p. ex. syndrome de Lynch, polyposé adénomateux familial (PAF), polyposé adénomateux familial atténué).

En effet, le document des normes du MSSS précise que, si les antécédents sont plus importants que ceux mentionnés pour les niveaux de risque moyen, modérément et légèrement accru (voir [section 2.1.1](#)), une orientation de la personne vers une consultation en génétique devrait être envisagée. Selon l'HAS, les personnes qui ont des antécédents personnels de maladie intestinale inflammatoire chronique (p. ex. maladie de Crohn et colite ulcéreuse) présentent un risque élevé de CCR, et les personnes qui ont une prédisposition héréditaire dans les cas de PAF ou de syndrome de Lynch présentent un risque très élevé [HAS, 2017]. Cependant, l'HAS ne parle pas de contre-indications au dépistage pour ces personnes, mais plutôt d'une stratégie de dépistage individualisée qui implique une prise en charge par un spécialiste et qui relève d'emblée de la coloscopie [HAS, 2017].

Par ailleurs, compte-tenu de la fréquence de dépistage recommandée dans les GPC retenus, un dépistage ne devrait pas être réalisé chez une personne qui a déjà subi ce dépistage selon un intervalle propre à chaque modalité, et cela afin d'éviter de multiplier inutilement les examens (voir [section 2.1.4.2](#)) [BC Guidelines, 2022; AHS, 2020]. Selon la majorité des documents retenus, y compris les normes de pratique clinique du MSSS, pour les personnes à risque moyen, l'intervalle de dépistage qui est acceptable est de 2 ans suivant un RSOSi négatif et de 10 ans suivant une coloscopie négative [BC Guidelines, 2022; AHS, 2020; MSSS, 2018]. Plusieurs guides précisent à cet égard que la coloscopie doit être de haute qualité pour que son résultat soit adéquat dans un contexte de dépistage du CCR [Patel *et al.*, 2022; AHS, 2020; GGPO, 2019]. Les normes de pratique clinique du MSSS mentionnent d'ailleurs que les critères de qualité suivants doivent être remplis pour que l'examen soit acceptable à des fins de dépistage : la coloscopie doit être complète (atteinte du cæcum) et la préparation intestinale adéquate [MSSS, 2018].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec les différentes contre-indications relevées dans les GPC retenus. Des nuances concernant certains des signes et symptômes à considérer sont expliquées dans la [section 2.1.3.2](#). Concernant les personnes qui présentent des antécédents susceptibles de constituer un risque plus élevé de CCR, les membres du comité consultatif estiment que ces personnes doivent avoir une prise en charge différente des personnes à risque moyen, légèrement accru ou modérément accru, qui implique une surveillance par un spécialiste. Concernant la fréquence du dépistage, les membres du comité consultatif mentionnent que le fait d'avoir subi une coloscopie au cours des 10 dernières années (ou des 5 dernières années selon le niveau de risque) ne devrait pas exclure une personne du dépistage, car une coloscopie n'est pas toujours de qualité suffisante pour la détection de polypes ou d'un cancer. Cependant, cette information semble difficilement accessible aux cliniciens québécois, car les rapports de coloscopie ne sont pas archivés dans le Dossier Santé Québec. De plus, les rapports ne sont pas encore standardisés à l'échelle de la province, et l'information qu'ils contiennent n'est donc pas homogène, notamment pour ce qui est du motif, de la date, des critères de qualité et des résultats de la coloscopie. L'ajout des critères de qualité de la coloscopie comme condition semble donc difficilement applicable dans la pratique. Plusieurs membres du comité consultatif estiment que la personne pourrait connaître le motif pour lequel la coloscopie a été faite, mais d'autres doutent de la fiabilité de cette information. De plus, les personnes peuvent ne pas se rappeler précisément la date de leur coloscopie. Par conséquent, plusieurs membres du comité consultatif sont d'avis qu'en cas d'incertitude une évaluation plus approfondie devrait être effectuée au cas par cas. Ainsi, un médecin pourrait demander le rapport de coloscopie antérieur du patient, de même que le rapport de pathologie, le cas échéant, et décider ensuite de la marche à suivre. Cette approche est plus sécuritaire, de l'avis des membres du comité consultatif, car elle permettrait d'éviter, par exemple, qu'une personne qui devrait recevoir un suivi pour une lésion réséquée ne soit soumise à un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles.

Bien que les GPC retenus ne mentionnent pas le refus de la coloscopie comme une contre-indication au dépistage, les membres du comité consultatif considèrent que le refus de consentir à une coloscopie devrait également être une contre-indication à l'application du protocole (voir [section 2.1.3.1](#)). Enfin, ils sont d'avis que la présence d'une comorbidité qui a un impact fonctionnel sévère devrait également constituer une contre-indication à l'application du protocole si le dépistage est jugé non pertinent après évaluation par l'équipe interprofessionnelle (voir [section 2.1.3.1](#)).

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CE PROTOCOLE

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

- ▶ Refus de consentir à subir une coloscopie après discussion sur les implications du dépistage ainsi que les bénéfices et les risques associés (voir sections 2.1 et 3);
- ▶ Présence d'au moins un des signes et symptômes décrits à la section 1.1;
- ▶ Présence d'un résultat pour l'un des examens suivants :
 - un RSOSi au cours des 2 dernières années;
 - une coloscopie virtuelle au cours des 5 dernières années.
- ▶ Personne qui confirme avoir subi une coloscopie à des fins de dépistage ou pour qui cette information est documentée :
 - au cours des 10 dernières années pour les personnes à risque moyen ou légèrement accru,
 - au cours des 5 dernières années pour les personnes à risque modérément accru.
- ▶ Présence d'au moins un des antécédents personnels ou familiaux suivants, qui nécessite une prise en charge personnalisée :
 - antécédent personnel de CCR ou de polypes ou de maladie inflammatoire de l'intestin;
 - antécédent personnel ou familial d'un syndrome génétique qui prédispose au CCR (p. ex. syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale (PAF)).
- ▶ Présence d'une comorbidité avec un impact fonctionnel sévère qui compromet les bénéfices du dépistage du CCR ou en augmente les risques, après discussion avec l'équipe interprofessionnelle.

2.1.3 Appréciation de la condition de santé

2.1.3.1 Préalables

La section « Directives » du PMN commence avec une démarche d'évaluation des éléments dont on doit tenir compte avant l'initiation du test, d'une part la compréhension par la personne des bénéfices et risques en lien avec le dépistage et ce qu'il implique, et d'autre part la présence de conditions médicales particulières qui pourraient remettre en question la pertinence du dépistage.

Bien que certains des documents retenus proposent des alternatives à la coloscopie dans la situation où une personne la refuserait [Cunningham *et al.*, 2017; HAS, 2017], les membres du comité consultatif estiment que la coloscopie est la méthode diagnostique de choix (voir [section 2.1.4.1](#)). Le fait d'effectuer un RSOSi devrait donc impliquer que la personne accepte de subir une coloscopie si le résultat du test devait être positif. Par conséquent, les membres du comité consultatif pensent que la première contre-indication à l'initiation du test devrait être le refus de la coloscopie. Ils ajoutent que la réflexion devrait avoir lieu en amont de l'application du protocole par le biais d'un *counseling* prédépistage qui doit expliquer les risques et les bénéfices du RSOSi et de la coloscopie, y compris la préparation que celle-ci implique (voir [section 2.1.5.2](#)). Les guides du NCCN et du MSSS mentionnent que les examens endoscopiques requièrent un consentement informé qui porte à la fois sur la sédation et sur l'examen qui peut être diagnostique et thérapeutique [NCCN, 2022; MSSS, 2018]. Aucun des GPC retenus ne mentionne le consentement dans le contexte du RSOSi.

Plusieurs GPC retenus recommandent par ailleurs de tenir compte de l'espérance de vie de la personne pour déterminer son admissibilité au dépistage, notion qui est aussi abordée à la [section 2.1.1](#) concernant l'âge maximal pour faire un dépistage du CCR : le groupe d'experts international suggère une espérance de vie estimée de 15 ans ou plus, et le NCCN, l'ACS ainsi que l'Alberta mentionnent une espérance de vie d'au moins 10 ans [NCCN, 2022; AHS, 2020; Helsingen *et al.*, 2019; Wolf *et al.*, 2018]. CCO indique que les personnes dont l'espérance de vie est estimée à moins de cinq ans ne devraient pas être soumises au dépistage [CCO, 2020]. Les auteurs mentionnent également que le dépistage peut présenter plus de risques que de bénéfices pour les personnes atteintes de problèmes médicaux graves [CCO, 2020]. Selon les membres du comité consultatif, l'espérance de vie n'est pas un bon critère, car elle est difficile à évaluer précisément, y compris pour un médecin expérimenté en soins palliatifs. Ils mentionnent qu'il existe des modèles de risque qui prédisent la durée de vie, mais ils ne sont pas utilisés en clinique et ils ne sont pas recommandés au Québec. Les membres du comité consultatif suggèrent plutôt que la pertinence de réaliser un test de dépistage du CCR devrait être évaluée par l'équipe interprofessionnelle dans certaines situations particulières – notamment en présence de comorbidités qui ont un impact fonctionnel sévère – en tenant compte du rapport bénéfices-risques pour chaque personne. Ils soulignent par ailleurs que, dans certains cas, il pourrait être utile qu'un membre de la famille participe à cette discussion.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CHOIX DE L'INTERVENTION

! Ne se substituent pas au jugement du clinicien.

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

Avant d'initier le dépistage :

- ▶ S'assurer que la personne comprend les bénéfices, les risques et les implications du dépistage, notamment qu'un résultat de RSOSi positif implique de subir une coloscopie de confirmation diagnostique (voir sections 2.1 et 3).
- ▶ En présence de certaines comorbidités qui ont un impact fonctionnel sévère, la pertinence de procéder au dépistage devrait être évaluée par l'équipe interprofessionnelle en fonction du rapport risques-bénéfices du dépistage. Le cas échéant, la participation de la famille à la discussion devrait être envisagée.

2.1.3.2 Signes et symptômes

Comme précisé à la [section 2.1.2](#), la présence de signes ou de symptômes de CCR constitue une contre-indication au dépistage, puisqu'elle nécessite une évaluation médicale plus approfondie.

Les principaux signes et symptômes, compatibles avec un CCR, qui sont documentés dans les guides retenus sont les suivants [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; AHS, 2020; CCO, 2020; CCA, 2018; MSSS, 2018; Cunningham *et al.*, 2017; HAS, 2017] :

- présence de sang dans les selles (selles noires ou rouge vif);
- saignement après l'évacuation des selles;
- anémie ferriprive documentée et inexpliquée;
- perte de poids inexpliquée;
- changement du transit intestinal : diarrhée, constipation, sensation d'évacuation incomplète nouvelle et persistante ou douleur inhabituelle lors de l'évacuation des selles;
- gêne abdominale nouvelle et persistante;
- présence d'une masse.

Au sujet des changements dans les habitudes intestinales, les membres du comité consultatif mentionnent que ce sont plutôt les changements récents et persistants, et non les problèmes chroniques, qui doivent être repérés et qui nécessitent une évaluation médicale plus complète. Ils soulignent également que les professionnels habilités devraient savoir que l'anémie ferriprive est documentée sur la base des résultats de la ferritine et de l'hémoglobine d'un bilan martial récent qui est accessible dans le Dossier Santé Québec. Ils sont donc d'avis qu'aucune précision n'est requise dans le protocole à cet égard.

Parmi les signes et symptômes indiqués dans les GPC, plusieurs sont mentionnés dans le formulaire québécois AH-702 utilisé pour les demandes de coloscopie. Par contre, les membres du comité consultatif indiquent que trois d'entre eux ne sont pas des signes spécifiques du CCR, mais plutôt des signes généraux qui peuvent suggérer la présence de plusieurs autres conditions, dont une maladie cœliaque ou même une condition non gastrointestinale (p. ex. hyperthyroïdie ou troubles psychologiques tels que dépression, stress), soit :

- douleurs ou malaises abdominaux, comme des maux de ventre, des gaz ou des ballonnements;
- perte de poids inexplicée;
- sensation de très grande fatigue.

Selon les membres du comité consultatif, la présence de l'un de ces trois signes ne devrait pas empêcher de réaliser un test de dépistage, et leur inclusion dans le PMN pourrait suggérer aux personnes qui connaissent moins bien le sujet que ce sont des signes inquiétants. Dans cette situation, un test RSOSi pourrait, au contraire, être tout indiqué pour un médecin de famille qui voudrait compléter son évaluation afin d'éliminer la possibilité d'un CCR. Comme ces situations ne sont pas en lien direct avec le dépistage du CCR, les membres du comité consultatif sont d'avis que ces trois signes et symptômes ne devraient pas figurer dans le protocole.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – SIGNES ET SYMPTÔMES

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

Rechercher la présence d'au moins un des signes et symptômes suivants, qui constituent des contre-indications à l'application de ce protocole :

- ▶ Changement récent et persistant dans les habitudes intestinales¹;
- ▶ Présence de sang dans les selles (selles noires ou rouge vif);
- ▶ Saignement après l'évacuation des selles;
- ▶ Anémie ferriprive inexplicée et documentée.

¹ Par exemple, diarrhée, constipation, sensation d'évacuation incomplète des selles ou douleur inhabituelle lors de l'évacuation des selles.

2.1.3.3 Histoire de santé

Parmi les éléments à rechercher dans l'histoire de santé de la personne, les guides de la Colombie-Britannique et de l'Alberta précisent qu'une personne à risque moyen de CCR, qui a effectué un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles au cours des 2 dernières années, ou qui a subi une coloscopie au cours des 10 dernières années, qui n'a détecté aucune lésion précancéreuse, n'a pas besoin de dépistage (voir [section 2.1.2](#)) [BC Guidelines, 2022; AHS, 2020]. Les organisations qui proposent la sigmoïdoscopie flexible ou la coloscopie virtuelle comme modalités de dépistage

recommandent un intervalle entre deux dépistages de 5 ou 10 ans et de 5 ans, respectivement [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; Patel *et al.*, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021; AHS, 2020; CCO, 2020; CCA, 2018; GECSSP, 2016].

La présence d'antécédents qui augmentent le risque de CCR doit également être prise en considération afin de déterminer le niveau de risque de la personne et son admissibilité au dépistage (voir la section [2.1.1](#)). Les membres du comité consultatif mentionnent toutefois que certains patients ne savent pas que leur niveau de risque est augmenté à cause de leurs antécédents familiaux, notamment en ce qui concerne les syndromes génétiques. Les membres du comité consultatif sont donc d'avis qu'il est pertinent de rechercher ces antécédents dans l'histoire de santé. Une dizaine de syndromes sont documentés dans les guides retenus; cependant, les membres du comité consultatif indiquent qu'il serait pertinent de donner en exemple seulement les deux plus fréquents, soit le syndrome de Lynch et la polypose adénomateuse familiale.

Alors que le dépistage par RSOSi ne nécessite aucune précaution particulière, les documents retenus mentionnent que certaines précautions sont nécessaires en prévision d'une coloscopie (voir [section 2.1.5](#)). En effet, les normes de pratique clinique du MSSS indiquent qu'une préparation intestinale est nécessaire pour assurer un nettoyage efficace de l'intestin afin que la coloscopie effectuée soit complète et de bonne qualité [MSSS, 2018]. Une sédation/analgésie va également être proposée à la personne, et le médecin qui va pratiquer la coloscopie va devoir choisir la préparation intestinale et la sédation/analgésie en fonction de l'état de santé, des comorbidités et de la médication régulière de cette personne. Étant donné que les patients n'ont pas forcément de dossier dans les établissements où la coloscopie sera réalisée, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est important que le professionnel de la santé qui applique le protocole médical national s'informe de la présence de certaines conditions et les documente dans la demande de coloscopie, présentée à l'aide du formulaire AH-702, afin d'orienter ce choix. Parmi les éléments à documenter les plus importants, les normes de pratique du MSSS soulignent les désordres de la coagulation ou la présence d'une condition cardiovasculaire qui nécessite la prise de médicaments anticoagulants (p. ex. arythmie), le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, l'apnée du sommeil ou une maladie pulmonaire obstructive chronique oxygénodépendante [MSSS, 2018]. La présence d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque devrait aussi être documentée, car le courant électrique généré par l'électrocautère, qui pourrait être utilisé durant la coloscopie, peut interférer avec le fonctionnement de ces appareils [MSSS, 2018]. Les membres du comité consultatif sont d'avis que les problèmes de mobilité et de compréhension font également partie des éléments à renseigner.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – HISTOIRE DE SANTÉ

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

Rechercher les résultats des test et examens suivants, et, le cas échéant, vérifier la date :

- ▶ RSOSi;
- ▶ Coloscopie; le cas échéant, se renseigner sur le motif de la coloscopie (p. ex. dépistage du CCR);
- ▶ Coloscopie virtuelle.

Se renseigner sur la présence des éléments suivants, qui augmentent le risque de CCR :

- ▶ Antécédent personnel ou familial de CCR¹;
- ▶ Antécédent personnel de polypes ou de maladie inflammatoire de l'intestin;
- ▶ Antécédent personnel ou familial d'un syndrome génétique qui prédispose au CCR (p. ex. syndrome de Lynch, PAF).

Si une coloscopie est indiquée selon la section 2.2, se renseigner sur la présence des conditions ou dispositifs suivants afin d'informer l'équipe d'endoscopie :

- ▶ Désordres de la coagulation;
- ▶ Condition cardiovasculaire qui nécessite la prise de médicaments anticoagulants (p. ex. arythmie, présence d'une valve cardiaque mécanique, métallique ou d'une bioprothèse);
- ▶ Diabète;
- ▶ Insuffisance cardiaque sévère (classe 4);
- ▶ Présence d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque;
- ▶ Maladie pulmonaire obstructive chronique oxygénodépendante;
- ▶ Apnée du sommeil avec appareil;
- ▶ Insuffisance rénale;
- ▶ Problèmes de mobilité;
- ▶ Problèmes de compréhension.

¹ Y compris les antécédents familiaux au 1^{er} degré d'adénome avancé documenté (p. ex. de taille supérieure à 1 cm, dysplasie de haut grade).

2.1.3.4 Histoire thérapeutique

Plusieurs des guides retenus mentionnent que le RSOSi ne nécessite aucun régime particulier, y compris pour les personnes qui prennent du fer, et ne requiert pas non plus de suspendre la prise régulière de médicaments ou de suppléments (p. ex. anticoagulants, anti-inflammatoires non stéroïdiens, vitamine C) [USPSTF, 2021; AHS, 2020; CCO, 2020; Helsingen *et al.*, 2019; Wolf *et al.*, 2018]. Au contraire, les normes de pratique du MSSS recommandent de suspendre ou de modifier la prise régulière de certains médicaments préalablement à une coloscopie, tels que les antithrombotiques (anticoagulants et antiplaquettaires), afin de limiter les risques de complications pour les personnes atteintes de désordres de la coagulation, et les hypoglycémifiants afin de planifier l'intervention au moment le plus opportun pour les personnes diabétiques [MSSS, 2018].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec la pertinence de rechercher ces éléments qui sont indiqués au formulaire AH-702, car ils vont influencer sur la planification et la préparation de l'intervention.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – HISTOIRE THÉRAPEUTIQUE

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

Si une coloscopie est indiquée selon la section 2.2, afin d'informer l'équipe d'endoscopie :

- ▶ Si désordre de la coagulation ou condition cardiovasculaire identifié à la section précédente, se renseigner sur la prise :
 - d'anticoagulants;
 - d'antiplaquettaires;
 - d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- ▶ Si diabète identifié à la section précédente, se renseigner sur la prise :
 - d'insuline;
 - d'hypoglycémifiants oraux.

2.1.4 Conduite du test ou de l'examen

2.1.4.1 Objectifs des interventions

Selon plusieurs guides retenus, l'objectif du dépistage est de diminuer l'incidence et la mortalité associée au CCR grâce à la détection des lésions à un stade précoce auquel il existe des options curatives [NCCN, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; Helsingen *et al.*, 2019; Wolf *et al.*, 2018; Cunningham *et al.*, 2017; HAS, 2017]. L'HAS indique qu'il est bien établi dans la littérature récente que le recours à la coloscopie et, si nécessaire, à la polypectomie diminue l'incidence du CCR et de la mortalité associée [HAS, 2017].

Le RSOSi, qui est un test non-invasif et rapide, permet de détecter la présence de petites quantités de sang dans les selles, qui pourraient être causées par un cancer du côlon ou par des polypes précancéreux ou provenir d'une source bénigne (voir [section 2.1.5](#)) [NCCN, 2022; CCO, 2020].

Au contraire, plusieurs guides mentionnent que la coloscopie est un examen invasif qui nécessite une préparation intestinale, mais qui est la méthode de choix pour diagnostiquer les polypes, les réséquer le cas échéant, ou effectuer une biopsie [BC Guidelines, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; Wolf *et al.*, 2018].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'information des GPC et soulignent qu'il est important de préciser ces informations essentielles au consentement dans le protocole afin de s'assurer que les personnes sont bien informées de toutes les implications avant de faire le test. Les principaux avantages et inconvénients des deux interventions sont détaillés dans les sections [2.1.4.1](#) et [2.1.5.2](#).

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – OBJECTIFS DES INTERVENTIONS

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

L'objectif du dépistage est de réduire la mortalité associée au CCR grâce à la détection 1) de polypes précancéreux qui pourront être réséqués avant la survenue d'un cancer, ou 2) d'un cancer à un stade précoce, avant l'apparition de symptômes, ce qui augmentera les possibilités de guérison.

► **RSOSi** :

- Est un test non invasif et indolore qui permet de détecter rapidement, avec un seul prélèvement, la présence de petites quantités de sang dans les selles, ce qui pourrait être causé par une lésion qui saigne, des polypes précancéreux ou un CCR.
- Ne permet pas de poser un diagnostic, donc un résultat de RSOSi positif nécessitera de réaliser une coloscopie.

► **Coloscopie** :

- Est un examen invasif qui nécessite une préparation intestinale.
- Est l'examen de choix pour diagnostiquer la présence de polypes ou d'un cancer colorectal.
- Permet également, pendant la même procédure, de réséquer les polypes détectés afin de prévenir le CCR, ou d'effectuer une biopsie pour compléter l'évaluation, le cas échéant.

2.1.4.2 Choix de l'intervention

2.1.4.2.1 Dépistage chez les personnes à risque moyen

Plusieurs documents retenus, y compris celui du MSSS, recommandent seulement le RSOSi en première intention pour le dépistage chez les personnes à risque moyen de CCR, à l'exception du GGPO qui recommande uniquement la coloscopie [BC Guidelines, 2022; AHS, 2020; CCO, 2020; GGPO, 2019; CCA, 2018; MSSS, 2018; Cunningham *et al.*, 2017; HAS, 2017]. Certains de ces guides proposent toutefois plus d'une option en première intention, notamment le GECSSP qui recommande également la sigmoïdoscopie flexible, ainsi que l'ACG et l'USMSTF qui recommandent la coloscopie [Patel *et al.*, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; GECSSP, 2016]. Le NCCN propose, en plus des modalités précédentes, le test multicible d'ADN dans les selles et la coloscopie virtuelle comme options en première intention, mais les auteurs précisent que la coloscopie est l'approche de dépistage la plus complète [NCCN, 2022]. L'USPSTF propose également une combinaison de RSOSi et de sigmoïdoscopie flexible comme modalité de première intention [USPSTF, 2021].

Bien que plusieurs guides ne recommandent pas la coloscopie, la coloscopie virtuelle ou la sigmoïdoscopie flexible comme approches de première intention, certains précisent que ces options peuvent être envisagées pour les personnes qui refusent ou ne peuvent avoir l'une des modalités de première intention [BC Guidelines, 2022; Patel *et al.*, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021; AHS, 2020; CCO, 2020; CCA, 2018; GECSSP, 2016]. Plusieurs guides américains proposent par ailleurs le dépistage par vidéocapsule ou avec le test multicible d'ADN dans les selles comme des options alternatives au RSOSi, mais l'USPSTF et le GGPO estiment toutefois que le dépistage par vidéocapsule ne devrait pas faire partie des modalités à envisager faute de preuves disponibles [NCCN, 2022; Patel *et al.*, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021; GGPO, 2019; Wolf *et al.*, 2018]. Le GECSSP et le guide australien précisent que, lorsqu'un patient exprime sa préférence pour la coloscopie comme test de dépistage, le clinicien doit lui présenter les données probantes des autres modalités et l'informer des bénéfices et des risques relatifs à la coloscopie afin d'en décourager toute utilisation inappropriée [CCA, 2018; GECSSP, 2016].

Les documents qui recommandent le RSOSi en première intention indiquent de répéter le test tous les deux ans, à l'exception du guide de l'Alberta qui propose un intervalle entre 1 et 2 ans entre deux tests, et des guides américains qui recommandent d'effectuer le RSOSi tous les ans [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; Patel *et al.*, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021; AHS, 2020; CCO, 2020; CCA, 2018; MSSS, 2018; Wolf *et al.*, 2018; Cunningham *et al.*, 2017; HAS, 2017]. Un intervalle de dépistage plus long est toutefois recommandé pour les autres approches par l'ensemble des guides retenus, soit tous les 10 ans pour la coloscopie, tous les 5 ans ou 10 ans pour la sigmoïdoscopie flexible, tous les 5 ans pour la coloscopie virtuelle ou la vidéocapsule et tous les 3 ans pour le test multicible d'ADN dans les selles.

En conformité avec les normes de pratique du MSSS, les membres du comité consultatif sont d'avis que le RSOSi est l'option de première intention à privilégier pour le dépistage chez les personnes à risque moyen de CCR. Ils soulignent toutefois qu'il serait pertinent de proposer d'autres options que le test immunochimique, au cas où une personne n'accepterait pas ce test. Parmi les options mentionnées, ils sont d'avis que la sigmoïdoscopie flexible ne devrait pas être proposée, car elle semble peu utilisée dans un contexte de dépistage au Québec, mais aussi parce que cette approche ne permet pas d'examiner entièrement le colon. Les membres du comité consultatif estiment que la coloscopie virtuelle est au contraire une option acceptable, mais ils précisent que celle-ci n'est offerte que dans certains établissements. Bien qu'elle soit généralement remboursée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), elle ne l'est pas en clinique privée, ce qui en restreint également l'accès. Les membres du comité consultatif sont toutefois d'avis de ne pas proposer la vidéocapsule endoscopique dans un contexte de dépistage du CCR, en accord avec les GPC canadiens retenus et ceux de l'USPSTF et du GGPO.

2.1.4.2.2 Dépistage chez les personnes à risque accru

Plusieurs des GPC retenus, y compris les normes de pratique du MSSS, recommandent que les personnes à risque légèrement accru soient soumises au dépistage comme les personnes à risque moyen [BC Guidelines, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; AHS, 2020; CCA, 2018; MSSS, 2018]. Au contraire, le NCCN recommande l'accès à la coloscopie pour plusieurs personnes dans cette catégorie (voir [section 2.1.1.2](#)) [NCCN, 2022].

Par ailleurs, l'ensemble des documents retenus, excepté le guide australien, s'entendent sur le fait que la coloscopie est la modalité de choix pour les personnes à risque modérément accru [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; AHS, 2020; CCO, 2020; GGPO, 2019; Leddin *et al.*, 2018; MSSS, 2018; HAS, 2017]. L'approche australienne diffère subtilement en proposant le RSOSi dès 40 ans, puis une coloscopie tous les 5 ans dès 50 ans [CCA, 2018].

Plusieurs guides proposent des alternatives à la coloscopie. Les normes de pratique du MSSS mentionnent que, si la coloscopie est impossible, le lavement baryté en double contraste ou la coloscopie virtuelle pourraient être envisagés [MSSS, 2018]. Pour les personnes qui ont un antécédent familial au 1^{er} degré de CCR ou d'adénome avancé (> 1 cm), les guides de l'HAS et de l'Association canadienne de gastroentérologie précisent que la coloscopie virtuelle est une option qui peut être proposée dans certaines situations particulières (p. ex. refus du patient, présence de comorbidités compromettant la sécurité de cette coloscopie ou si les délais d'attente sont importants) [Leddin *et al.*, 2018; HAS, 2017].

Les membres du comité consultatif sont d'avis que le lavement baryté n'est plus une option qui devrait être envisagée pour le dépistage du CCR en accord avec la majorité des GPC retenus. De plus, comme détaillé à la [section 2.1.3.1](#), les membres du comité consultatif estiment qu'il n'existe pas d'option de remplacement de la coloscopie. Ainsi, bien que la coloscopie virtuelle soit une option possible dans la pratique, elle nécessite également une préparation intestinale et son résultat devra de toute façon être confirmé

par une coloscopie. Par conséquent, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'aucune option ne devrait être proposée dans le PMN comme option de remplacement de la coloscopie en cas de refus de celle-ci. Par contre, ils soulignent que, malgré la rareté de ces situations, en présence de contre-indications à la coloscopie, d'autres options pourraient être envisagées selon la situation, après discussion avec la personne. Bien que la coloscopie virtuelle soit proposée comme option possible en cas de refus du RSOSi (voir [section 2.1.4.2.1](#)), les membres du comité consultatif sont d'avis que cette situation devrait impliquer l'intervention d'un prescripteur autorisé.

Les membres du comité consultatif soulignent que les demandes de coloscopie et de RSOSi sont faites par le biais de formulaires standardisés utilisés par l'ensemble des professionnels concernés.

Enfin, les parties prenantes ont proposé de présenter, en annexe, un algorithme qui résume la situation clinique, les contre-indications et le choix de la modalité de dépistage afin de soutenir la décision des professionnels qui seront amenés à appliquer le protocole.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CHOIX DE L'INTERVENTION

! Ne se substituent pas au jugement du clinicien.

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

Rédiger la requête appropriée selon la situation correspondante dans le tableau ci-dessous :

- ▶ [Demande de RSOSi](#);
- ▶ Demande de coloscopie ([AH-702](#)), en indiquant lorsque requis la présence d'éléments identifiés aux sections 1.2 et 1.3, y compris, la prise de médicaments et le motif de la coloscopie (présence d'un antécédent familial qui constitue un risque modérément accru ou résultat de RSOSi positif).

Situation clinique	Stratégie de dépistage	
	1 ^{re} intention	En cas de refus de la modalité de 1 ^{re} intention
Risque moyen	RSOSi tous les 2 ans	Autre option (<i>réservée à l'usage d'un prescripteur autorisé</i>) : coloscopie virtuelle ¹
Risque légèrement accru		
Risque modérément accru	Coloscopie ² tous les 5 ans	—

¹ Aussi appelée colonographie par *scanner*. Cette option pourrait ne pas être remboursée dans certaines situations.

² La coloscopie est la modalité diagnostique et thérapeutique de choix. En présence de contre-indications à la coloscopie, d'autres options pourraient être envisagées par un prescripteur autorisé après discussion avec la personne.

2.1.5 Information à transmettre

Cette section présente l'information qu'il est important de transmettre à la personne ou, si approprié, à son proche aidant ou soignant concernant les deux interventions considérées.

2.1.5.1 Précautions

CCO mentionne certaines précautions pour la réalisation du RSOSi, notamment pour les personnes qui présentent des saignements occasionnels à cause d'une source bénigne déjà explorée (p. ex. hémorroïdes), du cycle menstruel ou de soins dentaires qui pourraient occasionner un résultat faussement positif à ce test et ainsi le rendre inutile [CCO, 2020]. Dans ces situations, les personnes peuvent effectuer le test trois jours après l'arrêt des saignements. Dans un même ordre d'idées, le guide de l'Alberta Health Services mentionne également la présence d'une condition gastro-intestinale aiguë susceptible d'occasionner des saignements ou de diluer l'échantillon, et donc de fausser le résultat du test (p. ex. gastroentérite aiguë ou infection par *C. difficile*) comme une contre-indication au RSOSi [AHS, 2020].

Les membres du comité consultatif sont d'accord avec la mention de ces précautions dans le protocole et soulignent que ces situations ne sont aucunement des contre-indications à l'application du protocole étant donné leur caractère aigu et donc limité dans le temps.

2.1.5.2 Avantages et inconvénients

Plusieurs des guides retenus mentionnent des avantages et des inconvénients associés au RSOSi et à la coloscopie, des éléments qui peuvent être importants pour éclairer le consentement des personnes.

Les avantages du test immunochimique sont d'être non-invasif, indolore, facile et rapide à effectuer car un seul prélèvement est nécessaire, ce qui permet à la personne de faire le test à son domicile au moment qui lui convient [BC Guidelines, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021; CCO, 2020; Wolf *et al.*, 2018]. Il ne nécessite aucune préparation intestinale, ni de régime particulier (p. ex. fer) ou de suspendre la prise de médicaments ou de suppléments (p. ex. anticoagulants, vitamine C) [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; USPSTF, 2021; AHS, 2020; CCO, 2020; Wolf *et al.*, 2018]. Plusieurs guides mentionnent que les seuls inconvénients du RSOSi sont indirects, car ils sont en lien avec la coloscopie de suivi en cas de résultat positif [Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021]. Cependant, le GECSSP mentionne que les résultats faux positifs et faux négatifs sont les seuls inconvénients directs de ce test [GECSSP, 2016]. À cet égard, deux guides mentionnent la plus faible sensibilité du RSOSi pour la détection des lésions précancéreuses par rapport à la coloscopie [BC Guidelines, 2022; Shaukat *et al.*, 2021]. Le guide de l'ACG mentionne par ailleurs l'anxiété qui peut être associée à un résultat faux positif du RSOSi [Shaukat *et al.*, 2021]. Enfin, deux guides soulignent l'inconfort possible lié au prélèvement pour certaines personnes [USPSTF, 2021; Helsingen *et al.*, 2019].

Selon les membres du comité consultatif, même si les taux de faux positifs et de faux négatifs peuvent être plus élevés avec le RSOSi qu'avec la coloscopie, le protocole devrait surtout mettre l'accent sur le fait que toute personne qui développe des signes ou symptômes (voir [section 2.1.3.1](#)) devrait consulter même si elle a obtenu un résultat négatif à un RSOSi. À ce sujet, les membres du comité consultatif indiquent que le seul suivi nécessaire après un résultat de test négatif est de communiquer le résultat à la personne et de lui rappeler de refaire un RSOSi dans 2 ans. Cependant, la modalité de communication est variable d'une clinique à une autre, puisque certaines vont aviser personnellement la personne alors que d'autres vont plutôt inviter les patients à consulter le résultat dans leur Carnet santé Québec (CSQ) dans un délai de quatre semaines environ. Ainsi, ils soulignent que la personne doit être informée de la modalité qui sera privilégiée pour la communication du résultat. En cas de résultat positif, les membres du comité consultatif ajoutent que le professionnel qui a prescrit le test ou un membre de l'équipe devrait informer la personne de son résultat par téléphone.

Plusieurs des guides retenus mentionnent comme avantages de la coloscopie, notamment, la possibilité qu'une polypectomie et une biopsie puissent être réalisées en même temps que l'examen diagnostique, si nécessaire [BC Guidelines, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; MSSS, 2018; Wolf *et al.*, 2018]. Il est par ailleurs souligné que, même si la coloscopie est un examen sans danger en règle générale, il s'agit d'une procédure invasive qui comporte certains risques, notamment lorsqu'une polypectomie est effectuée [NCCN, 2022; MSSS, 2018; Wolf *et al.*, 2018] : des complications peuvent survenir soit en lien avec la préparation intestinale ou avec la sédation (p. ex. chutes et blessures comme fracture de la hanche, déséquilibre électrolytique, sédation excessive), soit en lien avec l'intervention [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; CCO, 2020; Helsingen *et al.*, 2019; MSSS, 2018; Wolf *et al.*, 2018]. Les complications possibles liées à la coloscopie sont, notamment : une perforation colique (de 0,01 à 0,06 %) nécessitant parfois une hospitalisation pour observation et un traitement antibiotique, ou une chirurgie, des saignements postpolypectomie (mineurs : de 0,05 à 0,27 %, majeurs : de 0,01 à 0,18 %), des incidents cardiaques, la syncope, l'hypotension et le décès (de 0,02 à 0,035 %) [BC Guidelines, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021; CCO, 2020; Wolf *et al.*, 2018; GECSSP, 2016]. Plusieurs guides mentionnent que les risques de complications augmentent avec l'âge, alors que l'ACS ajoute que le taux de complications associées aux coloscopies de suivi d'un test positif est plus élevé que pour les coloscopies primaires [NCCN, 2022; USPSTF, 2021; Wolf *et al.*, 2018].

Parmi les autres inconvénients de la coloscopie, plusieurs guides mentionnent les éléments suivants [BC Guidelines, 2022; NCCN, 2022; Shaukat *et al.*, 2021; USPSTF, 2021; Helsingen *et al.*, 2019; MSSS, 2018; Wolf *et al.*, 2018] :

- nécessite une préparation intestinale avant l'examen, c'est à dire la prise d'un grand volume d'une solution qui peut contenir des laxatifs, et une diète liquide;
- en cas de sédation-analgésie, nécessite d'être accompagné à l'examen et que la personne se rende disponible toute une journée;
- nécessite de suspendre la prise de certains médicaments (voir la [section 2.1.3.4](#)).

Le groupe international d'experts mentionne que, sans sédation, la majorité des personnes ne ressentiront aucune douleur, ou une douleur légère, pendant et juste après l'intervention [Helsingen *et al.*, 2019]. Cependant, certaines personnes ressentiront une douleur modérée voire sévère. À ce sujet, les membres du comité consultatif précisent que des personnes peuvent ressentir de l'inconfort même avec une sédation/analgésie. Enfin, plusieurs guides mentionnent que le délai d'attente avant l'examen peut être long [BC Guidelines, 2022; Leddin *et al.*, 2018; GECSSP, 2016].

Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est utile d'énumérer les principaux avantages et inconvénients ainsi que les risques associés aux deux modalités, car cela peut aider à informer la personne avant qu'elle donne son consentement. À ce sujet, ils mentionnent qu'avant la pandémie les établissements prenaient en charge la personne après réception de la demande de coloscopie, afin de lui expliquer comment allait se dérouler la procédure et les complications possibles, ainsi que pour vérifier son état de santé et voir s'il n'y avait pas de contre-indication à la procédure, et se renseigner sur la prise régulière de certains médicaments (voir sections 2.1.3.3 et 2.1.3.4). Actuellement, selon les membres du comité consultatif, il semble que plusieurs établissements ne font plus ces vérifications de façon systématique. Les membres du comité consultatif sont donc d'avis que l'ajout de ce type d'information au protocole médical national permettrait à la fois à l'infirmière de consigner ces éléments dans la demande de coloscopie et de transmettre aux personnes certains renseignements essentiels préalablement à l'examen. En effet, les membres du comité consultatif estiment qu'il est important de mentionner, notamment, qu'une préparation intestinale est requise pour que la personne sache à quoi s'attendre, mais sans entrer dans les détails car la diète et la solution de préparation varient d'un service d'endoscopie à l'autre. L'information concernant la communication du résultat du RSOSi devrait également, selon eux, apparaître parmi les renseignements à transmettre.

2.1.5.3 Autre information

Un feuillet d'information qui contient les directives pour réaliser le prélèvement accompagne la trousse de RSOSi. Or, il a été mentionné qu'un processus d'appel d'offres était en cours, et qu'une nouvelle trousse pourrait donc remplacer celle qui est utilisée actuellement. Pour s'assurer que toutes les personnes auront les directives qui correspondent à la trousse du test immunochimique qu'elles reçoivent, il a été proposé d'ajouter au PMN un lien vers le site du [CIUSSS de l'Estrie](#), où toutes les analyses des tests RSOSi sont effectuées et qui est la ressource la plus à jour à ce sujet.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – INFORMATION À TRANSMETTRE

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus délibératif avec les membres du comité consultatif, l'information à transmettre à la personne ou, si approprié, son proche aidant ou soignant, est la suivante.

Discuter des éléments suivants avec la personne ou, si approprié, son proche aidant ou soignant :

Intervention	Information
RSOSi	• L'information sur les bénéfices (voir section 2.1) et les risques associés au test : – peut générer des résultats faux positifs ou faux négatifs. • Les directives pour réaliser le test comprises avec la trousse ou, à défaut, selon le feuillet d'information disponible sur le site Ressources pour les professionnels, dans la rubrique « Services – Dépistage du cancer colorectal » • Les précautions à prendre avant de réaliser le test : – attendre 3 jours après la fin d'un épisode de saignements occasionnels dus à une cause bénigne (p. ex. hémorroïdes), au cycle menstruel ou à des soins dentaires, avant de réaliser le RSOSi; – en présence d'une condition gastro-intestinale aiguë temporaire susceptible d'occasionner des saignements ou de diluer l'échantillon, et donc de fausser le résultat du test (p. ex. gastroentérite aiguë ou <i>C. difficile</i>), attendre la fin de l'infection avant de réaliser le test. • Si le résultat du test est positif, il sera communiqué par téléphone par un membre de l'équipe interprofessionnelle. • Si le résultat du test est négatif, le test devrait être répété dans deux ans. Par ailleurs, il est important d'aviser la personne des modalités de transmission d'un résultat négatif (p. ex. la personne pourrait être avisée directement de son résultat, ou pourrait être invitée à consulter le résultat dans son Carnet Santé Québec environ 4 semaines après l'envoi de son prélèvement).
Coloscopie si indiquée <i>(suivant un RSOSi positif ou pour le dépistage des personnes à risque)</i>	• L'information sur les bénéfices (voir section 2.1) et les risques, rares mais possibles, associés à l'intervention : – effets indésirables liés à la préparation intestinale (p. ex. déséquilibre électrolytique, chutes) ou à la sédation/analgésie; – examen invasif qui peut occasionner des complications dans de rares cas (p. ex. saignements pouvant aller jusqu'à l'hémorragie, incidents cardiovasculaires principalement

modérément accru)	dans les cas de suspension de médicaments antithrombotiques ou anticoagulants, perforations coliques nécessitant parfois une chirurgie. • Des inconvénients sont possibles : – nécessite une préparation intestinale (diète liquide et solution à boire) et préféablement une sédation/analgésie; – le délai d'attente avant la coloscopie peut être important; – nécessite d'être accompagné en cas de sédation/analgésie; – nécessite d'être disponible durant une journée; – peut occasionner de l'inconfort durant la procédure ou au cours des heures qui suivent. Une sédation légère peut être donnée afin de faciliter l'examen. • Des recommandations seront communiquées ultérieurement concernant : – la diète particulière à observer et la solution à prendre, en préparation de la coloscopie – pour plus d'information, consulter l'Annexe IV des normes relatives à la coloscopie; – les modifications nécessaires à la prise régulière des médicaments identifiés à la section 1.3, le cas échéant.
• Quelle que soit l'intervention réalisée, contacter l'équipe interprofessionnelle en cas d'apparition d'au moins un des signes ou symptômes décrits à la section 1.1.	

2.1.6 Suivi

Le suivi d'un résultat négatif nécessite essentiellement de définir préalablement la modalité qui sera employée pour communiquer le résultat à la personne (voir [section 2.1.5.2](#)).

Comme mentionné dans les normes de pratique du MSSS, un résultat de RSOSi positif équivaut à un test où la concentration en hémoglobine humaine dépasse le seuil préalablement fixé [MSSS, 2018]. Suivant un résultat positif à ce test (ou une sigmoïdoscopie flexible pour ceux qui proposent cette option en 1^{re} intention), l'ensemble des guides retenus recommandent d'effectuer une coloscopie à visée diagnostique afin de vérifier si le sang détecté dans les selles est causé par un cancer ou des polypes précancéreux, ou plutôt par une cause bénigne. En effet, seulement 1 cancer est détecté en moyenne parmi 20 résultats positifs de RSOSi [AHS, 2020].

Plusieurs guides précisent qu'il n'est pas approprié de réaliser un nouveau RSOSi après avoir obtenu un résultat de test positif, car cela peut entraîner des retards dans le diagnostic et l'administration du traitement [BC Guidelines, 2022; AHS, 2020; CCO, 2020; Wolf *et al.*, 2018]. Le guide australien mentionne par ailleurs que répéter le RSOSi après un test positif, à moins d'un problème avec le prélèvement (p. ex. saignement

menstruel), présente un risque de résultat faux négatif à cause des faibles quantités de sang qui peuvent provenir d'un cancer ou d'un adénome, de saignements intermittents ou d'une distribution hétérogène du sang dans les selles [CCA, 2018].

Selon les membres du comité consultatif, si le RSOSi est positif, le professionnel qui l'a initié devrait informer la personne de son résultat et demander une coloscopie en remplissant le formulaire requis. Ils suggèrent de rassurer la personne en expliquant que le test n'est pas diagnostique d'un CCR et que la coloscopie permettra de confirmer ou d'infirmer le résultat.

Outre un résultat positif ou négatif, la seule autre possibilité est un test RSOSi « impossible à analyser » s'il y a une suspicion de problème technique lors du prélèvement, du transport ou de l'entreposage des échantillons. Si l'analyse a été faite malgré ces problèmes, la possibilité d'un résultat faux positif ou faux négatif est indiquée sur le rapport. Les membres du comité consultatif précisent que ces situations sont rares, mais si le test est positif malgré une possibilité de problème technique, une coloscopie devra être réalisée pour vérifier la cause de la présence de sang dans l'échantillon; et si le rapport porte la mention de faux négatif possible, le test devrait être répété. Dans la situation où le deuxième test donne un résultat avec la mention d'un problème technique, les membres du comité consultatif estiment qu'une évaluation médicale devrait être faite afin d'envisager une autre modalité de dépistage.

Au sujet du résultat de la coloscopie, selon les membres du comité consultatif, un résultat préliminaire est communiqué à la personne au terme de l'examen. Cependant le résultat final va dépendre des résultats de l'analyse du prélèvement par un pathologiste. Les membres du comité consultatif estiment que ce n'est pas le rôle de l'infirmière ou du médecin de famille de faire le suivi de la coloscopie, mais celui du médecin qui a réalisé l'examen. De plus, il peut être difficile de trouver le résultat ou de l'interpréter (voir [section 2.1.2](#)). Les membres du comité consultatif sont donc d'avis que le suivi de la coloscopie ne devrait pas être encadré par le protocole et qu'il fait plutôt partie des situations qui nécessitent une investigation supplémentaire.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SUIVI D'UN RÉSULTAT DE DÉPISTAGE DU CCR

! Ne se substituent pas au jugement du clinicien.

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie en ce qui concerne le suivi du résultat d'un test ou d'un examen de dépistage du CCR, et à la suite du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

► RSOSi

- Résultat négatif :
 - aviser la personne du résultat, selon la modalité qui a été convenue :
 - si le rapport indique la présence d'un problème technique (p. ex. transport ou entreposage de l'échantillon), répéter le test RSOSi (voir section 2.2).
- Résultat positif :
 - aviser la personne de son résultat et la rassurer en l'informant que le test n'est pas diagnostique d'un CCR et qu'une coloscopie est nécessaire pour poser un diagnostic;
 - rédiger la requête de coloscopie comme indiqué à la section 2.2, en indiquant les éléments identifiés aux sections 1.2 et 1.3.
- Test impossible à analyser :
 - répéter le test RSOSi (voir section 2.2).

► Coloscopie

- Cesser le protocole après l'envoi du formulaire AH-702.

2.1.7 Situations qui exigent une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation

Selon les GPC retenus, plusieurs situations nécessitent une évaluation médicale plus complète, en particulier la présence de certains signes et symptômes qui constituent des contre-indications au dépistage (voir la [section 2.1.2](#)). Sur ce sujet, les membres du comité consultatif insistent sur le fait que, dans cette situation, le protocole ne doit pas être appliqué et les personnes doivent être orientées vers une évaluation médicale plus complète. Toutefois, puisque ces signes et symptômes ne suggèrent pas obligatoirement une condition gastro-intestinale, ils précisent que l'évaluation par un spécialiste n'est pas toujours requise.

Les membres du comité consultatif soulignent également qu'une incertitude entourant les antécédents de coloscopie (voir [section 2.1.2](#)) ainsi que l'obtention d'un deuxième rapport de RSOSi avec la mention d'un problème technique (voir [section 2.1.6](#)) devraient faire partie des situations qui requièrent une évaluation médicale plus complète afin de décider de la prise en charge de la personne. Selon les membres du comité consultatif,

et en accord avec les GPC retenus, la présence de certains antécédents personnels ou familiaux de CCR, de maladie inflammatoire de l'intestin ou de syndrome génétique justifie une prise en charge personnalisée (voir [section 2.1.2](#)). Enfin, comme détaillé à la [section 2.1.6](#), le suivi du résultat de la coloscopie revient au médecin qui a réalisé l'examen.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SITUATIONS QUI EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE, UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE OU UNE RÉÉVALUATION

! Ne se substituent pas au jugement du clinicien.

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

Les situations suivantes **devraient requérir** une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation :

- ▶ Présence d'au moins un des signes et symptômes décrits à la section 1.1;
- ▶ Présence d'au moins un des antécédents personnels ou familiaux mentionnés dans la section sur les contre-indications qui nécessitent une prise en charge personnalisée;
- ▶ Obtention d'un second résultat de RSOSi avec la mention d'un problème technique;
- ▶ Suivi d'une demande de coloscopie;
- ▶ Incertitude entourant un antécédent de coloscopie (notamment à propos du motif, du résultat ou de l'année de la procédure).

2.2 Ordonnance collective

L'information incluse dans l'ordonnance collective s'appuie sur les GPC retenus ainsi que sur les données contextuelles et expérientielles fournies par les membres du comité consultatif. Il est important de noter que, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, une OC n'est pas requise pour une infirmière qui initie un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi), ou une coloscopie de dépistage (personnes à risque modérément accru), puisque cela s'inscrit dans le cadre de l'activité réservée "Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la loi sur la santé publique". Donc une OC est seulement nécessaire pour l'initiation par une infirmière d'une coloscopie à des fins de diagnostic (suivant un résultat de RSOSi positif).

2.2.1 Contre-indications à l'application de l'ordonnance collective

Les contre-indications à l'application de l'ordonnance collective sont les mêmes que celles pour l'application du PMN à l'exception de la présence d'un résultat de test RSOSi au cours des 2 dernières années puisque c'est dans cette situation précise que l'OC sera appliquée. Les membres du comité consultatif ont toutefois proposé deux contre-indications supplémentaires, spécifiques à l'ordonnance collective. Ainsi, selon eux, l'ordonnance collective ne devrait pas être appliquée par un professionnel habilité lorsque la personne refuse le dépistage par la modalité de première intention. Dans ce cas, d'autres options de dépistage existent, mais elles devraient être réservées à l'usage d'un prescripteur autorisé (voir [section 2.1.4.2](#)). Ils soulignent par ailleurs que l'ordonnance collective ne devrait également pas être appliquée en présence d'une incertitude entourant un antécédent de coloscopie, notamment si le motif, le résultat ou la date de la coloscopie ne sont pas précisément connus de la personne et si aucune information à cet égard n'est disponible dans son dossier (voir [section 2.1.2](#)).

Les membres du comité consultatif sont en accord avec ces contre-indications.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CETTE ORDONNANCE

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

- Mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l'application du protocole médical national N°830054, soit :¹
 - ▶ Refus de consentir à subir une coloscopie après discussion sur les implications du dépistage ainsi que les bénéfices et les risques associés (voir sections 2.1 et 3);
 - ▶ Présence d'au moins un des signes et symptômes décrits à la section 1.1;
 - ▶ Présence d'un résultat pour une coloscopie virtuelle au cours des 5 dernières années;
 - ▶ Personne qui confirme avoir subi une coloscopie à des fins de dépistage ou pour qui cette information est documentée :
 - au cours des 10 dernières années pour les personnes à risque moyen ou légèrement accru,
 - au cours des 5 dernières années pour les personnes à risque modérément accru;
 - ▶ Présence d'au moins un des antécédents personnels ou familiaux suivants qui nécessite une prise en charge personnalisée :
 - antécédent personnel de CCR ou de polypes ou de maladie inflammatoire de l'intestin;

- antécédent personnel ou familial d'un syndrome génétique qui prédispose au CCR (p. ex. syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale);
- ▶ Présence d'une comorbidité avec un impact fonctionnel sévère qui compromet les bénéfices du dépistage du cancer colorectal ou en augmente les risques, après discussion avec l'équipe interprofessionnelle.
- Refus par la personne de se soumettre à la modalité de dépistage recommandée en 1^{re} intention;
- Incertitude entourant un antécédent de coloscopie (notamment à propos du motif, du résultat ou de l'année de la procédure).

¹ À l'exception de la présence d'un résultat pour un test RSOSi dans les 2 dernières années.

2.2.2 Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire

Dans le cadre de l'application de l'ordonnance collective, les situations qui devront mener à une consultation avec un prescripteur autorisé, à une investigation supplémentaire ou à une réévaluation sont les mêmes que celles pour l'application du PMN. Les membres du comité sont en accord avec ces situations.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – LIMITES OU SITUATIONS POUR LESQUELLES UNE CONSULTATION AVEC UN PRESCRIPTEUR AUTORISÉ EST OBLIGATOIRE

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus délibératif avec les membres du comité consultatif :

Les situations suivantes **doivent requérir** une consultation avec un prescripteur :

- ▶ Présence d'au moins un des signes et symptômes décrits à la section 1.1 du PMN;
- ▶ Présence d'au moins un des antécédents personnels ou familiaux mentionnés dans la section sur les contre-indications qui nécessitent une prise en charge personnalisée;
- ▶ Suivi d'une demande de coloscopie;
- ▶ Incertitude entourant un antécédent de coloscopie (notamment à propos du motif, du résultat ou de l'année de la procédure).

PRINCIPAUX CONSTATS

Le mandat de l'INESSS était d'élaborer un protocole médical national avec un modèle d'ordonnance collective associée pour permettre aux professionnels habilités, y compris les infirmières, d'initier un test de dépistage ou une mesure diagnostique pour le cancer colorectal (CCR). Pour ce faire, une recherche systématique des données scientifiques et des recommandations de bonnes pratiques cliniques, combinée aux données contextuelles et aux perspectives obtenues lors de consultations avec les membres du comité consultatif, a permis de répondre aux différentes questions de recherche portant sur l'initiation des interventions concernées.

Des critères d'admissibilité et modalités de dépistage relativement homogènes parmi les guides de pratique clinique retenus

L'admissibilité au dépistage du cancer colorectal repose dans un premier temps essentiellement sur l'absence de signes ou symptômes de CCR et sur l'âge de la personne, qui va moduler son niveau de risque de développer ce type de cancer. Ainsi, toute personne asymptomatique, âgée de 50 à 74 ans et sans antécédent de CCR, présente un niveau de risque moyen et devrait se voir offrir un dépistage du cancer colorectal. La présence de certains antécédents familiaux de CCR augmente toutefois le risque de développer ce type de cancer. Un dépistage plus précoce devrait donc être effectué chez ces personnes à risque accru, soit dès l'âge de 40 ans, voire plus tôt dans certains cas. Bien que la coloscopie soit la méthode de choix pour diagnostiquer le cancer colorectal, le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) est proposé par la grande majorité des organisations parmi les modalités de première intention pour le dépistage chez les personnes qui présentent un risque moyen ou légèrement accru de CCR. La coloscopie s'impose toutefois comme modalité de première intention chez les personnes qui ont un risque modérément accru de CCR.

Bien que les antécédents familiaux de polypes fassent partie des éléments à considérer pour le dépistage du CCR selon les normes de pratique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), certains guides de pratique nord-américains les ont retirés de leurs recommandations, puisqu'ils ne les considèrent plus comme un critère qui augmente le niveau de risque chez ces personnes, leur permettant ainsi d'avoir accès au dépistage par le biais du RSOSi. Il faut enfin noter que l'absence de consentement à subir une coloscopie a été ajoutée parmi les situations où le dépistage ne devrait pas être effectué, puisque le fait de passer un RSOSi implique qu'une coloscopie à visée diagnostique sera nécessaire en cas de résultat positif, le résultat du test RSOSi étant inutile sans cet examen.

De l'information clinique importante difficilement accessible dans le Dossier Santé Québec

Pour identifier les personnes admissibles à un dépistage du CCR et leur niveau de risque, qui permet d'orienter le choix de la modalité de dépistage, il est important de connaître avec une certaine précision les antécédents familiaux de CCR de la personne, et, en présence d'un antécédent personnel de coloscopie, les résultats et la qualité de cette coloscopie. Or, cette information n'est pas accessible actuellement dans le Dossier Santé Québec et le professionnel doit donc se fier, dans plusieurs situations, à la mémoire de la personne. Afin de favoriser l'accès au dépistage au plus grand nombre de personnes, tout en limitant le nombre des demandes d'examen qui pourraient être évitées, une évaluation plus complète est actuellement requise en cas d'incertitude entourant une précédente coloscopie, pour rechercher cette information et ainsi statuer sur la pertinence de procéder, ou non, au dépistage. Un professionnel habilité ne pourra donc pas procéder au dépistage du CCR dans cette situation. Toutefois, l'implantation d'un rapport de coloscopie et d'un rapport de pathologie standardisés à l'échelle provinciale, qui seraient archivés dans le Dossier Santé Québec, faciliterait considérablement l'accès à une information fiable par les professionnels de première ligne, et pourrait leur permettre d'initier un test de dépistage du cancer colorectal chez un plus grand nombre de personnes.

Des modalités de suivi et de collaboration interprofessionnelle en appui à l'application du protocole et de l'ordonnance collective

Des formulaires standardisés sont disponibles pour faire la demande d'un RSOSi ou d'une coloscopie. Des travaux sont en cours au sein du Ministère afin de modifier le formulaire AH-702 et ainsi permettre à une infirmière de remplir un formulaire de demande de coloscopie. Cependant, une trajectoire précise de suivi semble essentielle pour les demandes de coloscopie qui sont initiées par une infirmière, car celle-ci n'est pas habilitée à assurer le suivi à partir du rapport de coloscopie. Selon les parties prenantes consultées, il semble que le médecin qui réalise la coloscopie devrait être clairement identifié comme responsable de ce suivi auprès de la personne. Par ailleurs, l'implantation du protocole dans plusieurs CLSC qui n'ont pas de médecin sur place pourrait présenter un enjeu additionnel et limiter l'accès au dépistage du CCR, l'identification d'un médecin répondant étant nécessaire actuellement pour l'implantation d'une ordonnance collective. Dans cette situation, la définition d'une trajectoire permettant d'identifier un médecin répondant pour l'application de l'ordonnance collective dans les CLSC concernés semble nécessaire. Enfin, dans le cas où le dépistage est effectué chez une personne qui n'a pas de médecin de famille, une trajectoire devrait également être précisée pour faciliter l'accès à un médecin de famille afin qu'il puisse prendre en charge une condition de santé qui serait découverte lors de la coloscopie, mais sans lien avec le dépistage du CCR.

FORCES ET LIMITES

Ces travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de la littérature, une évaluation critique des publications pertinentes par deux professionnelles scientifiques ainsi qu'une consultation des parties prenantes impliquées dans le dépistage du cancer colorectal et l'initiation de mesures diagnostiques — soins infirmiers de première ligne, médecine familiale, gastro-entérologie et chirurgie générale.

Certaines limites doivent néanmoins être signalées. Tout d'abord, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques, d'implantation et de déploiement n'ont pas été consultées dans le cadre de ces travaux, ni les études primaires sur le sujet. Ensuite, bien que l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension importante à la démarche d'évaluation, elle comprend toujours sa part de biais et de risque associés, et demeure incomplète à plusieurs égards. Enfin, en raison de la nature des travaux (absence de controverse scientifique, condition de santé non complexe et généralement sans gravité), la perspective des patients n'a pas été colligée, ni celle de citoyens. Leur perspective au regard de l'initiation d'un test de dépistage du cancer colorectal ou d'une mesure diagnostique aurait pu compléter certains éléments concernant l'information à transmettre et aurait permis de tenir compte de leur préférence quant à la communication des résultats du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles.

IMPACT CLINIQUE

L'ordonnance collective est un outil qui favorise l'accès au dépistage afin d'en accroître la participation, y compris pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille. De plus, l'élaboration d'un protocole médical national pour l'initiation d'un dépistage du cancer colorectal va permettre d'harmoniser les pratiques dans la province en attendant la mise en place d'un programme national organisé.

Évidemment, de telles retombées sont conditionnelles à l'adoption de ces outils par les équipes de soins en première ligne (p. ex. GMF, CLSC, GAP). Le suivi de certains indicateurs permettrait de mesurer l'impact de ces outils. Ainsi, dénombrer dans les prochaines années le nombre de tests immunochimiques de recherche de sang occulte dans les selles et de coloscopies de dépistage demandés ou réalisés pourrait permettre de mesurer l'impact des outils produits dans le cadre des présents travaux.

Soutien à l'implantation

Afin de faciliter l'adoption et l'utilisation des outils découlant des présents travaux, ceux-ci feront l'objet d'un processus de diffusion établi par l'INESSS pour joindre l'ensemble des cliniciens de première ligne qui pourraient être appelés à initier le dépistage du cancer colorectal. L'Institut sera également engagé dans certaines activités de transfert des connaissances, y compris, notamment, la production d'un tutoriel qui permettra de faire un survol de l'utilisation du protocole médical national ainsi que du modèle d'ordonnance collective associé au moyen de quelques cas cliniques ainsi que la présentation de ces outils lors de congrès pertinents, le cas échéant. Il sera toutefois important que les outils développés soient repris par les différentes organisations qui participent à la prise en charge des personnes visées ainsi que par les principaux programmes de formation sur le sujet afin d'en assurer la diffusion optimale.

MISE À JOUR

Étant donné que certaines sociétés savantes révisent actuellement leurs lignes directrices sur le dépistage du cancer colorectal, notamment pour les personnes à risque accru, la pertinence de mettre à jour le protocole médical national sera évaluée deux ans après sa publication, soit en 2025, selon l'avancement des données scientifiques, l'introduction de nouvelles modalités de dépistage et les besoins du réseau de la santé et des services sociaux au regard de travaux futurs. Pour ce faire, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Une revue exploratoire de la littérature scientifique pourrait également être réalisée. Au besoin, les experts qui ont accompagné nos travaux pourraient être consultés pour vérifier s'ils jugent nécessaire d'effectuer une mise à jour des documents et outils.

RÉFÉRENCES

- AHS Clinical Practice Guidelines - Colorectal Cancer Screening. 2020. Disponible à : <https://actt.albertadoctors.org/CPGs/Lists/CPGDocumentList/colorectal-cancer-screening-guideline.pdf>.
- BC Guidelines Part 1: Screening for the Purposes of Colorectal Cancer Prevention and Detection in Asymptomatic Adults. 2022. Disponible à : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/colorectal_cancer_guideline_part1.pdf.
- Binefa G, Rodriguez-Moranta F, Teule A, Medina-Hayas M. Colorectal cancer: from prevention to personalized medicine. World J Gastroenterol 2014;20(22):6786-808.
- CCA Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer. 2018. Disponible à : https://wiki.cancer.org.au/australiawiki/images/e/ed/Colorectal_cancer_guidelines_short_form.pdf.
- Cunningham C, Leong K, Clark S, Plumb A, Taylor S, Geh I, et al. Association of Coloproctology of Great Britain & Ireland (ACPGBI): Guidelines for the Management of Cancer of the Colon, Rectum and Anus (2017) - Diagnosis, Investigations and Screening. Colorectal Dis 2017;19 Suppl 1:9-17.
- GECSSP. Recommandations sur le dépistage du cancer colorectal en soins primaires. CMAJ 2016;188:340-8.
- GGPO Evidenced-based Guideline for Colorectal Cancer 2019. Disponible à : https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Kolorektales_Karzinom/Version_2/GGPO_Guideline_Colorectal_Cancer_2.1.pdf.
- HAS Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé; Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 20 juin 2017. 2017. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve/https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir71/fiche_memo_ccr.pdf.
- Helsingen LM, Vandvik PO, Jodal HC, Agoritsas T, Lytvyn L, Anderson JC, et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a clinical practice guideline. BMJ 2019;367:l5515.
- Leddin D, Lieberman DA, Tse F, Barkun AN, Abou-Setta AM, Marshall JK, et al. Clinical Practice Guideline on Screening for Colorectal Cancer in Individuals With a Family History of Nonhereditary Colorectal Cancer or Adenoma: The Canadian Association of Gastroenterology Banff Consensus. Gastroenterology 2018;155(5):1325-47.e3.

- MSSS. Direction générale de cancérologie. Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie. 2018.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Colorectal Cancer Screening - version 1.2022 - March 4, 2022. 2022.
- Patel SG, May FP, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Gross SA, et al. Updates on Age to Start and Stop Colorectal Cancer Screening: Recommendations From the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2022;162(1):285-99.
- PCCC. Dépistage du cancer colorectal au Canada : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT. 2018;
- Résumé des recommandations relatives au dépistage du cancer colorectal [site Web]. 2020. Disponible à : <https://www.cancercareontario.ca/fr/lignes-directrices-et-conseils/continuum-des-soins-de-cancerologie/depistage/ressources-a-lintention-des-fournisseurs-de-soins-de-sante-sur-le-depistage/resume-des-recommandations-relatives-au-depistage-du%20cancer-colorectal>.
- Rosello S, Simon S, Cervantes A. Programmed colorectal cancer screening decreases incidence and mortality. *Transl Gastroenterol Hepatol* 2019;4:84.
- Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA, Rabeneck L, Sauer BG, Rex DK. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. *American Journal of Gastroenterology* 2021;116(3):458-79.
- Simon K. Colorectal cancer development and advances in screening. *Clin Interv Aging* 2016;11:967-76.
- Singh H, Bernstein CN, Samadder JN, Ahmed R. Screening rates for colorectal cancer in Canada: a cross-sectional study. *CMAJ Open* 2015;3(2):E149-57.
- Société canadienne du cancer Statistiques canadiennes sur le cancer. 2021. Disponible à : https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2021-statistics/2021-pdf-fr-final.pdf?rev=d571102f382a487785d7bbd4f54ff92f&hash=B38D74D77C429E359D4627A7F3B1E589&_gl=1*1mjfdhr*_ga*MTY5MTEyNDg2OS4xNjQ2MjM0MzU2*_ga_23YMKBE2C3*MTY1MjcyNTU5Ni45LjEuMTY1MjcyNTg2NC41NA..
- Tableau de bord - Performance du réseau de la santé et des services sociaux [site Web]. 2022. Disponible à : <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZjY3MmMyMWEtZjBiNC00Y2YzLWEzODctYjUyNmE1ZThhYmJkIiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZlWFIMjRiZTFhNzk5MiJ9>.
- USPSTF. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2021;325(19):1965-77.
- Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA: a Cancer Journal for Clinicians* 2018;68(4):250-81.



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec

