

AMÉLIORER LES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE CANCER COLORECTAL AU QUÉBEC:

Trois mesures pour le prochain gouvernement

Août 2026

RÉSUMÉ

Le cancer colorectal est la quatrième forme de cancer la plus fréquemment diagnostiquée au Québec et la deuxième cause de décès par cancer. On estime qu'en 2026, 7 300 Québécois et Québécoises recevront un diagnostic, une augmentation importante de l'année précédente, et la plus haute estimation annuelle des cinq dernières années, et qu'environ 2 350 personnes en mourront. Le ministère de la Santé a annoncé, pour la première fois, le déploiement d'un programme organisé de dépistage du cancer colorectal en 2010. 16 ans plus tard, ce programme n'est toujours pas complètement implanté, puisque les Québécois et les Québécoises doivent entreprendre eux et elles-mêmes les démarches pour un dépistage.

Le dépistage organisé prévient le cancer en permettant de détecter et de retirer les polypes précancéreux, tout en favorisant la détection des cancers à un stade plus précoce, soit lorsque les traitements sont les plus efficaces. Il réduit également la dépendance à l'accès individuel aux soins primaires en invitant proactivement les personnes admissibles, en assurant des rappels et des relances, en coordonnant le suivi et en surveillant la performance du programme.

La nécessité d'agir devient de plus en plus urgente. Le cancer colorectal touche de plus en plus d'adultes âgés de moins de 50 ans. Selon une modélisation réalisée pour le Québec, commencer le dépistage RSOSi à 45 ans plutôt qu'à 50 ans permettrait de prévenir environ 2 870 cas de cancer colorectal et 1 200 décès, tout en générant environ 60 millions de dollars d'économies en coûts de soins de santé entre 2025 et 2071.

Par ailleurs, le parcours de dépistage au Québec repose encore largement sur une approche opportuniste faisant appel aux soins de première ligne. Le Québec figure parmi les derniers au Canada en matière d'accès à un médecin de famille, alors que près du quart des citoyens et des citoyennes n'y ont pas accès. En 2024, seulement 35,83 % des Québécois et Québécoises admissibles ont participé au dépistage du CCR, comparativement à une cible canadienne de 60 %.

À l'approche des élections québécoises de 2026, Cancer Colorectal Canada demande à tous les partis politiques de s'engager à prendre trois mesures :

1. Déployer le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) à l'échelle provinciale.
2. Abaisser l'âge d'admissibilité au dépistage RSOSi de 50 à 45 ans.
3. Assurer une reddition de comptes transparente, des délais de suivi mesurables, un dépistage de haute qualité et un accès équitable tout au long du parcours.

Ensemble, ces mesures permettraient de prévenir les cancers, d'en détecter davantage à un stade où ils sont traitables, d'améliorer l'équité en matière de santé et de réduire la pression sur le système de santé québécois.

POURQUOI IL EST URGENT D'AGIR

Le cancer colorectal (CCR) est le quatrième cancer le plus diagnostiqué au Québec et le deuxième cancer quand on évalue le nombre de décès¹. En 2026, on estime que 7 300 Québécois et Québécoises recevront un diagnostic, la plus haute estimation annuelle des cinq dernières années, et qu'environ 2 350 personnes en mourront².

Le dépistage précoce change considérablement les résultats cliniques. Lorsqu'il est détecté tôt, le CCR est l'un des cancers les plus faciles à traiter : le taux de survie à cinq ans dépasse 90 % au stade I, mais chute à 11-13 % au stade IV (tableau 1).

TABLEAU 1 : TAUX DE SURVIE NET À CINQ ANS POUR LE CANCER DU CÔLON ET DU RECTUM³

STADE	TAUX DE SURVIE NET À 5 ANS POUR LE CANCER DU CÔLON	TAUX DE SURVIE NET À 5 ANS POUR LE CANCER DU RECTUM
I	92 %	91 %
II	88 %	79 %
III	68 %	74 %
IV	11 %	13 %
Stade inconnu	32 %	53 %

Données de la Société canadienne du cancer, 2023

Bien que les taux de survie se soient améliorés au fil du temps, en grande partie grâce aux programmes de dépistage organisés et aux avancées dans les traitements⁴, une évolution épidémiologique préoccupante est observée : une augmentation de l'incidence à des âges plus précoces⁵. Les Canadiens nés après 1980 présentent un risque de 2 à 2,5 fois plus élevé de recevoir un diagnostic de cancer colorectal avant l'âge de 50 ans que les générations précédentes⁶. L'incidence augmente chaque année chez les adultes à la fin de la trentaine / début de la quarantaine et chez les personnes âgées de 45 à 49 ans. Le CCR représente désormais 9 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués chez les Canadiens âgés de 30 à 49 ans⁴.

L'impact économique du cancer colorectal au Canada est considérable : les coûts directs des soins de santé associés à cette maladie sont estimés à 3,5 milliards de dollars en 2024 et devraient avoisiner les 6 milliards de dollars, par année, d'ici 2034⁷. Les coûts de traitement augmentent considérablement en fonction du stade de la maladie; une étude a révélé que les dépenses en soins de santé au cours des quatre premières années suivant le diagnostic étaient 8,7 fois plus élevées pour les patients atteints d'un cancer de stade IV qu'en stade I⁸.

L'IMPACT CROISSANT DU CANCER COLORECTAL CHEZ LES JEUNES CANADIENS

- Plus d'un jeune Québécois diagnostiqué chaque jour : 477 Québécois de moins de 50 ans ont reçu un diagnostic de CCR en 2024⁹
- Le CCR n'est pas une « maladie des personnes âgées » : parmi les 477 personnes diagnostiquées, 156 étaient âgées de 15 à 39 ans, 103 de 40 à 44 ans et 218 de 45 à 49 ans⁹
- Le coût humain : en 2024, 52 Québécois de moins de 50 ans sont décédés d'un CCR⁹

Le projet REFRAME (Rapid Evaluation FRAmework for the Modification of Cancer ScrEening Guidelines) de l'Université de Calgary a développé des outils permettant aux provinces de disposer des données nécessaires pour prendre des décisions éclairées sur l'évolution de leurs programmes de dépistage. Ces outils comprennent notamment des processus automatisés visant à synthétiser rapidement les connaissances disponibles sur les nouvelles questions liées au dépistage du cancer, d'estimer les coûts associés aux changements proposés et déterminer les mesures et ressources nécessaires dans les provinces pour en assurer la mise en œuvre¹⁰.

L'étude de modélisation REFRAME effectuée pour le Québec a intégré les données historiques sur l'incidence du CCR de Statistique Canada et a ajusté les projections à l'aide d'analyses âge-période-cohorte des tendances observées au Québec. Les résultats démontrent une augmentation chez les cohortes de naissance plus jeunes (figure 1). Ces tendances épidémiologiques soulignent la nécessité pour le Québec de mettre en œuvre un programme organisé de dépistage du CCR qui reflète l'évolution de la maladie.

Par ailleurs, selon l'étude REFRAME, abaisser l'âge d'admissibilité au dépistage RSOSi (risque moyen) de 50 à 45 ans, permettrait de prévenir environ 2 870 cas de cancer colorectal et 1 200 décès entre 2025 et 2071, tout en générant des économies estimées à 60 millions de dollars en coûts de soins de santé au Québec⁵.

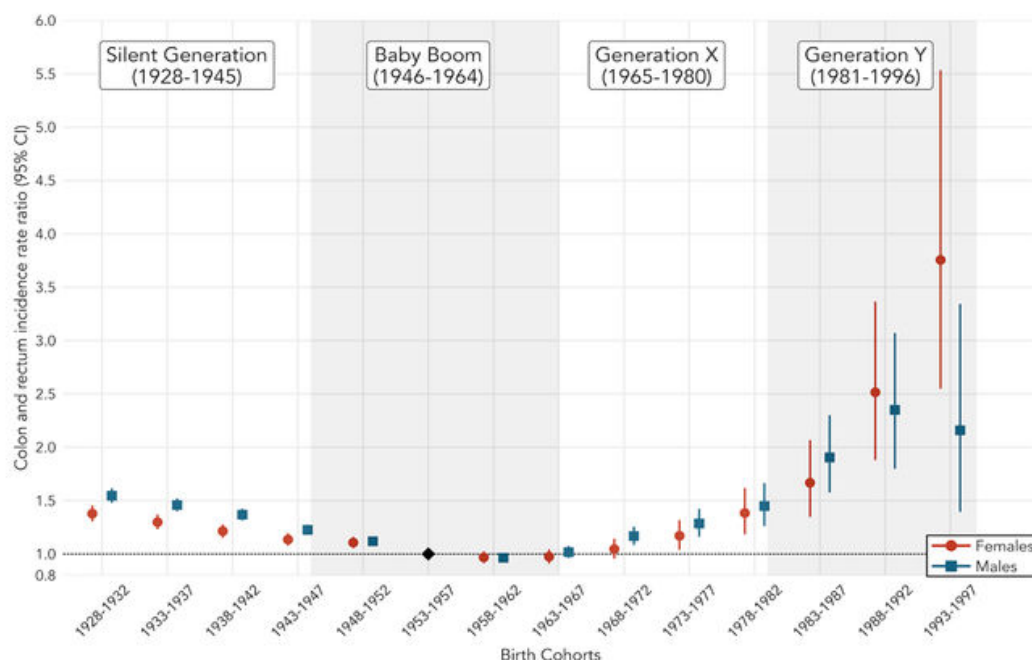


Figure 1. Rapport des taux d'incidence du cancer colorectal selon la cohorte de naissance et le sexe, au Québec¹¹

Données de Statistique Canada. Tableau 13-10-0111-01 Nombre et taux de nouveaux cas de cancer primitif, selon le type de cancer, le groupe d'âge et le sexe

MESURES RECOMMANDÉES

1. DÉPLOIEMENT DU PQDCCR

Le Québec demeure la seule juridiction au Canada à ne pas avoir pleinement déployé un programme organisé de dépistage du cancer colorectal (CCR) à l'échelle de la population. Le ministère de la Santé a annoncé, pour la première fois, le déploiement d'un programme organisé de dépistage du cancer colorectal en 2010¹². 16 ans plus tard, ce programme n'est toujours pas complètement implanté, puisque les Québécois et les Québécoises doivent entreprendre eux et elles-mêmes les démarches pour un dépistage. Toutes les autres provinces et territoires ont mis en place un dépistage à l'échelle de la population, dotés de systèmes centralisés d'invitations, de rappels, de relances, de suivi et de surveillance du rendement¹³. Le Québec continue de s'appuyer principalement sur une approche de dépistage opportuniste largement intégrée aux soins de première ligne. Le Québec figure parmi les derniers au Canada en matière d'accès à un médecin de famille, alors que près du quart des citoyens et des citoyennes n'y ont pas accès^{14,15}. Pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille ou qui ont un accès limité aux soins de première ligne, notamment dans les communautés rurales et mal desservies, l'accès au dépistage demeure plus difficile et donc moins susceptible d'être effectué.

Cette distinction est importante. Dans un système opportuniste, le dépistage repose sur l'initiative des professionnels de la santé et de patients et est généralement réalisé lorsqu'un professionnel identifie une personne comme admissible et lui propose le test.

Dans un programme organisé, le système de santé identifie et invite proactivement les personnes admissibles, assure les rappels, coordonne le suivi des résultats anormaux et surveille la qualité et les résultats à chaque étape du parcours¹³.

Le Québec a déjà mis en place plusieurs des éléments nécessaires à un programme organisé de dépistage, ce qui constitue une base solide pour poursuivre son déploiement à l'échelle provinciale. Les adultes à risque moyen âgés de 50 à 74 ans sont admissibles à un test immunochimique fécal (RSOSi) tous les deux ans. Parallèlement, des efforts sont en cours pour standardiser les rapports de coloscopie, élargir l'accès au dépistage à l'initiative des infirmières et par l'entremise de Clic Santé, et développer un système informatique interopérable pour soutenir la gestion et la coordination du programme afin de garantir que toutes les personnes admissibles reçoivent une invitation à participer au dépistage¹³.

Cependant, plusieurs éléments essentiels à la mise en œuvre d'un programme de dépistage organisé demeurent à compléter, notamment :

- L'envoi systématique d'invitations à toutes les personnes admissibles;
- Des systèmes centralisés de rappels, de relances et de suivi;
- un registre provincial de dépistage;
- un suivi exhaustif de la participation, de la qualité, des résultats et des disparités régionales.

Les conséquences se reflètent dans les taux de participation. En 2024, seulement 35,83 % des Québécois et Québécoises admissibles ont participé au dépistage du CCR, comparativement à une cible canadienne de 60 %⁹.

Bien que Clic Santé ait élargi l'accès au dépistage du CCR pour les personnes ne disposant pas d'un médecin traitant attitré, les personnes doivent toujours prendre rendez-vous avec un professionnel de santé afin d'être évaluées avant de pouvoir bénéficier du test de dépistage. Cette étape implique que les personnes se manifestent d'elles-mêmes pour bénéficier du dépistage. Dans la pratique, cela signifie que le processus repose sur la capacité de la personne à a) reconnaître son propre risque, b) décider d'agir en conséquence, et c) s'y retrouver dans le système de santé pour obtenir une évaluation. Ces trois étapes distinctes pourraient amener une personne à ne pas mener à bien le processus.

Sans le soutien structurel d'un programme de dépistage organisé, l'approche actuelle continue de se heurter à des obstacles à la participation, en particulier pour les personnes qui rencontrent déjà des difficultés à s'orienter ou à accéder aux services de santé et qui sont les moins susceptibles de disposer du temps, des connaissances en matière de santé ou de l'accès au système nécessaires pour se présenter spontanément au dépistage et le mener à bien.

Le déploiement du PQDCCR n'est plus une question de conception. Le Québec dispose déjà de plusieurs éléments essentiels. Le défi consiste maintenant à les intégrer et à assurer le déploiement d'un système complet et cohérent à l'échelle de la province, tel qu'il a été promis il y a plus de 15 ans déjà.

Afin de mettre en œuvre le PQDCCR, Cancer colorectal Canada demande à tous les partis politiques à :

- Assurer le déploiement du PQDCCR à l'échelle provinciale selon un échéancier clair, financé et rendu public, avec des invitations, des rappels, des relances et un suivi centralisé, ainsi qu'un registre provincial de dépistage.
- Publier les étapes clés annuelles à franchir et les résultats de rendement du programme, notamment en matière de participation, de suivi, de délais d'attente, de qualité, de résultats et de disparités régionales.

2. ABAISSER L'ÂGE DE DÉPISTAGE DE 50 ANS À 45 ANS

La plupart des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal au Canada recommandent de commencer le dépistage systématique par test immunochimique fécal à l'âge de 50 ans chez les personnes asymptomatiques présentant un risque moyen. Cependant, l'incidence croissante du cancer colorectal chez les adultes de moins de 50 ans a incité les autorités canadiennes et internationales à réévaluer l'âge auquel le dépistage devrait commencer.

Par conséquent, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Ontario ont abaissé l'âge du dépistage à 45 ans, en 2026, pour les personnes à risque moyen, tandis que d'autres provinces et territoires examinent actuellement les données probantes. Au niveau international, le Groupe de travail américain sur les services préventifs (U.S. Preventive Services Task Force) recommande depuis 2021 le dépistage des adultes à risque moyen à partir de 45 ans¹⁶.

L'Australie a abaissé en juillet 2024 l'âge d'admissibilité à son programme national de dépistage du cancer colorectal de 50 à 45 ans¹⁷. Puis, les recommandations actualisées de la Corée du Sud en matière de dépistage du cancer colorectal préconisent désormais, sous certaines conditions, le test RSOSi ou la coloscopie pour les adultes à risque moyen à partir de 45 ans¹⁸.

Les données du Québec appuient également une telle mesure. L'incidence du CCR à début précoce au Québec est comparable à celle observée aux États-Unis lorsque l'âge recommandé pour commencer le dépistage a été abaissé à 45 ans (figure 2).

Bien que l'abaissement de l'âge de dépistage à 45 ans puisse également être considéré comme une mesure distincte liée aux lignes directrices, la mise en œuvre du PQDCCR devrait refléter dès le départ, tenir compte des données probantes actuelles et prévoir le dépistage à partir de 45 ans.

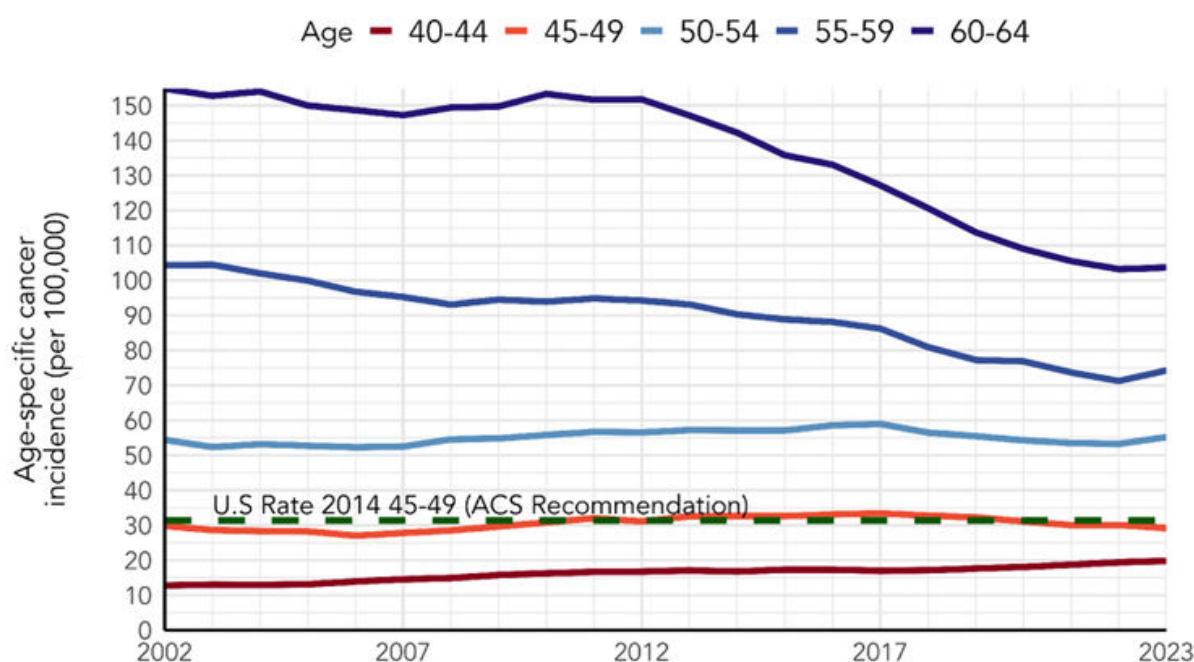


Figure 2. Incidence du cancer colorectal par tranche d'âge, Québec, 2002–2023, avec, à titre de comparaison, le taux américain chez les 45–49 ans (2014) qui a servi de base à la recommandation de l'American Cancer Society d'abaisser l'âge de dépistage¹¹

Données de :

Statistique Canada. Tableau 13-10-0111-01 Nombre et taux de nouveaux cas de cancer primitif, selon le type de cancer, le groupe d'âge et le sexe

Wolf, A.M.D., Fontham, E.T.H., Church, T.R., Flowers, C.R., Guerra, C.E., LaMonte, S.J., Etzioni, R., McKenna, M.T., Oeffinger, K.C., Shih, Y.-C.T., Walter, L.C., Andrews, K.S., Brawley, O.W., Brooks, D., Fedewa, S.A., Manassaram-Baptiste, D., Siegel, R.L., Wender, R.C. et Smith, R.A. (2018). Dépistage du cancer colorectal chez les adultes à risque moyen : mise à jour 2018 des lignes directrices de l'American Cancer Society. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68 : 250-281. <https://doi.org/10.3322/caac.21457>

Cancer colorectal Canada demande à tous les partis politiques de s'engager à :

- Abaisser l'âge d'admissibilité au dépistage RSOSi de 50 à 45 ans dans le cadre du déploiement du PQDCCR.
- Augmenter la capacité de coloscopie et de diagnostic afin de répondre à l'augmentation de la demande qui en découlera.

3. METTRE EN ŒUVRE UN PROGRAMME HAUTEMENT PERFORMANT ET ÉQUITABLE

Un programme de dépistage efficace ne se limite pas à la réalisation d'un test RSOSi. Son succès repose sur l'ensemble du parcours de soins : communication des résultats, accès rapide à une coloscopie diagnostique après un test positif, suivi approprié, interventions de qualité et surveillance des résultats.

Les délais suivant un résultat positif peuvent entraîner des conséquences importantes, notamment le risque que le cancer soit diagnostiqué à un stade plus avancé. De plus, sans mesure uniforme du rendement, il est difficile de cerner les disparités régionales, les enjeux de qualité, ou les populations qui ne bénéficient pas équitablement du dépistage.

Un programme organisé à l'échelle de la province offre une occasion de réduire les inégalités persistantes en matière de dépistage. Des communications adaptées sur les plans culturel et linguistique, l'accompagnement des patients et des initiatives de sensibilisation ciblées peuvent également favoriser la participation au sein des communautés rurales et éloignées, auprès des nouveaux arrivants, des peuples autochtones, des personnes à faible revenu et d'autres populations historiquement moins bien desservies.

La publication de rapports est essentielle à la reddition de comptes. À tout le moins, le Québec devrait rendre public les indicateurs suivants :

- les taux de participation au dépistage à jour;
- les taux de résultats positifs (RSOSi);
- les délais d'attente entre un résultat positif et la réalisation d'une coloscopie diagnostique;
- le taux de réalisation du suivi recommandé;
- les indicateurs de qualité des coloscopies;
- le stade de la maladie au moment du diagnostic;
- les complications et les résultats cliniques;
- les variations régionales et les disparités entre les différentes populations.

Ces indicateurs devraient être clairement définis afin que les taux de participation et la mise à jour du dépistage ne soient pas présentés comme des mesures interchangeables.

Cancer colorectal Canada demande à tous les partis politiques de s'engager à :

- Publier annuellement les principaux indicateurs du programme, notamment la participation, les délais d'attente pour le diagnostic, la réalisation du suivi recommandé, le stade au moment du diagnostic, les indicateurs de qualité et les variations régionales;
- Mettre en œuvre des initiatives de sensibilisation ciblées, des stratégies d'engagement adaptées aux réalités culturelles et linguistiques ainsi que des services d'accompagnement des patients pour les populations rurales, mal desservies et historiquement sous-dépistées.
- Veiller à ce que l'absence d'un prestataire de soins primaires régulier ne constitue pas un obstacle au dépistage pour les Québécois et Québécoises admissibles.

CONCLUSION

Le cancer colorectal est l'un des rares cancers pouvant être prévenu grâce à un dépistage organisé. Le Québec demeure la seule province à ne pas avoir pleinement déployé un programme organisé de dépistage du cancer colorectal à l'échelle de la population.

Les mesures proposées dans le présent mémoire sont concrètes, fondées sur des données probantes et réalisables. Acheter le déploiement du PQDCCR, abaisser l'âge du dépistage à 45 ans et assurer un programme transparent, de grande qualité et équitable permettraient de prévenir des cancers, d'améliorer la survie, de réduire les coûts de santé évitables et de faire en sorte qu'un plus grand nombre de Québécois bénéficient d'un dépistage précoce.

À l'approche des élections de 2026, Cancer colorectal Canada demande à tous les partis de s'engager à achever le déploiement du PQDCCR, à commencer le dépistage à 45 ans et à rendre publiquement compte de ses résultats.

REFERENCES

1. Gouvernement du Québec. Statistiques du Registre québécois du cancer. November 15, 2023. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/donnees-cancer>. Consulté en août 2026.
2. Brenner, D. R., Gillis, J., Demers, A. A., Ellison, L. F., Ng, C., Zhang, S. X., Finley, C., Fitzgerald, N., Saint-Jacques, N., Shack, L., Turner, D., Urquhart, R., & Woods, R. R. Projected estimates of cancer in Canada in 2026. CMAJ. 2026;198(14), E526–E534. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.252152>
3. Société canadienne du cancer. Statistiques de survie pour le cancer colorectal. Août 2023. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/colorectal/prognosis-and-survival/survival-statistics>. Consulté en juillet 2026.
4. Comité consultatif sur les statistiques canadiennes du cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2025. Toronto, ON : Société canadienne du cancer; 2025. cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2025-EN Consulté en juillet 2026.
5. Rabeneck L, Tinmouth J, Hutchinson JM, Ruan Y, Hilsden RJ, Warkentin MT, et al. Should we screen for colorectal cancer with biennial FIT beginning at age 45 in Canada? J Can Assoc Gastroenterol. 2026;9(2):61-71. doi:10.1093/jcag/gwag008.
6. Brenner, D. R., Heer, E., Sutherland, R. L., Ruan, Y., Tinmouth, J., Heitman, S. J., & Hilsden, R. J. National trends in colorectal cancer incidence among older and younger adults in Canada. JAMA Network Open. 2019 ;2, e198090. doi :<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8089>
7. Comité consultatif sur les statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial 2024 sur l'impact économique du cancer au Canada. Toronto, ON : Société canadienne du cancer; 2024. cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2024-EN. Consulté en août 2026.
8. McGarvey, N., Gitlin, M., Fadli, E. et Chung, K. C. Augmentation des coûts des soins de santé liée au diagnostic d'un cancer à un stade avancé. BMC Health Services Research. 2022 ;22(1), 1155.doi : <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08457-6>
9. Gouvernement du Québec. Statistiques du Registre québécois du cancer. November 15, 2023. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/donnees-cancer>. Consulté en août 2026.
10. Canadian Institutes of Health Research. The REFRAME Project: Rapid evaluation framework for the modification of cancer screening guidelines. 2024. https://webapps.cihr-irsc.gc.ca/decisions/p/project_details.html?appId=503756&lang=en. Consulté en août 2026.

11. Brenner DR, et al. Evaluating lower age of screening eligibility in Quebec: modelling plan and results [PowerPoint slides]. Calgary (AB): Cancer Screening, Detection and Risk Reduction Program, Arnie Charbonneau Cancer Institute, University of Calgary; 2026
12. Radio-Canada. Québec annonce un programme de dépistage du cancer colorectal. November 24, 2010. . <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/494648/cancer-colorectal-depistage>. Consulté en août 2026.
13. Partenariat canadien contre le cancer. Le dépistage du cancer colorectal au Canada 2023–2024 : résumé. 2024. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/colorectal-screening-canada-2023-2024/summary/>. Consulté en août 2026.
14. Zhang, T. The Quebec primary care conundrum: Good intentions, persistent problems. C.D. Howe Institute. 2025. <https://cdhowe.org/publication/the-quebec-primary-care-conundrum-good-intentions-persistent-problems/>. Consulté en août 2026.
15. McGill University. More than 2M Quebecers don't have access to primary care: OurCare report. McGill Newsroom. March 25, 2024. <https://www.mcgill.ca/newsroom/channels/news/more-2m-quebecers-dont-have-access-primary-care-ourcare-report-356254>. Consulté en août 2026.
16. Chen KL, Mangione CM, Shih YT. Unmet social needs and colorectal cancer testing at 45-49 since the 2021 USPSTF recommendation. J Natl Cancer Inst. 2026 Mar 1;118(3):459-465. doi: [10.1093/jnci/djaf318](https://doi.org/10.1093/jnci/djaf318)
17. Cancer Council Australia. Bowel cancer: Screening. <https://www.cancer.org.au/about-us/policy-and-advocacy/early-detection/bowel-cancer/screening>
18. Kang E, Cha JM, Kang SY, Lee K, Kim SY, Kim Y, Seo AN, Kang HJ, Jang JK, Ko KP, Shin A, Sohn DK, Hong Y, Cho EJ, Han M, Kim SY, Lee HJ, Choi CK, Suh M. Korean Colorectal Cancer Screening Guidelines for Asymptomatic, Average-Risk Adults: The 2025 Revision. Cancer Res Treat. 2026 Jul;58(3):872-883. doi: [10.4143/crt.2026.014](https://doi.org/10.4143/crt.2026.014)