



Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française

Groupe de travail de la
Communauté française

Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française

- Nous quittons la relation thérapeutique individuelle
- Pour aller vers un projet de santé communautaire



Les 8 priorités en prévention

1. Le dépistage du cancer du sein par mammotest
2. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis
3. Le dépistage du cancer colorectal
4. Le tabagisme
5. La consommation inappropriée d'alcool (et autres assuétudes)
6. L'évaluation du risque cardio-vasculaire global
7. Les vaccinations
8. Contraception, MST, vie affective et sexuelle

http--www.ssmg.be-new-files-IMP_BilanSante_F.pdf WONCA, Paris, octobre 2007

Le Médecin généraliste, pierre angulaire du Programme...

- Identification du niveau de risque des patients
- Présentation du test Hemoccult[®] aux patients
- Explications sur les résultats +

- Consultation honorée au même titre qu'une consultation habituelle avec l'accord de l' INAMI (surcoût consultations – coloscopies)

Mais les MG ne sont pas seuls

- Les Gastro-entérologues adhèrent :
 - Société Royale Belge de gastro-entérologie
 - Groupe belge d'oncologie digestive
 - Société belge d'endoscopie gastro-intestinale
- Ainsi que :
 - Les mutualités
 - Le Centre communautaire de Référence pour le dépistage
 - SCPS - Question Santé asbl
 - La Fondation Registre du Cancer

Le Médecin généraliste, pierre angulaire du Programme

- **Information** d'un maximum de médecins généralistes avant le début du Programme
- Par tous les **canaux de la communication** : articles dans différentes revues, par exemple : RMG, JDM, J « le Généraliste », formations continuées, ...

Le Médecin généraliste, pierre angulaire du Programme

- Et par les exposés dans les GLEMs
 - Coordination : **D(C)UMG**, **SSMG**, **CRAQ** (Cellule de réflexion pour l'amélioration de la qualité)
 - Au cours du 2^e semestre 2008 et début 2009
 - Recherche de MG volontaires pour former un binôme avec un gastro-entérologue (mission rétribuée)

Agenda....

- Information et formation des médecins : 2008-2009
- Mise en place de la structure : mi-2008
- Information du public : début 2009
- Début du Programme : mars 2009

Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française

- Nous quittons donc la relation thérapeutique individuelle
- Donc 2 remarques :
 - Test au gaïac = seul test validé en **DEPISTAGE**
 - **Patients asymptomatiques uniquement** (sinon prise en charge MG/Gastro)





**Programme de dépistage
du cancer colorectal
en Communauté française**

Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française

ACTION CONCERTÉE POUR DIMINUER LA MORTALITÉ PAR CANCER COLORECTAL EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Groupe de travail de la Communauté française



Recommandations 2007 formulées par le centre fédéral d'expertise (KCE) et par la Communauté Européenne

- Offrir le dépistage du cancer colorectal chez les patients à risque moyen, c'est-à-dire asymptomatiques et sans antécédents familiaux, à partir de 50 ans.

Pour un tel dépistage de masse, le test de recherche de sang occulte dans les selles (test FOBT) est retenu.

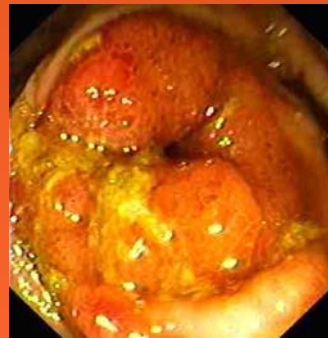
- Les personnes présentant des symptômes ou ayant des antécédents personnels ou familiaux doivent quant à elles, faire l'objet d'un suivi spécifique



Programme de dépistage
du cancer colorectal
en Communauté française



Epidémiologie, Prévention et Dépistage



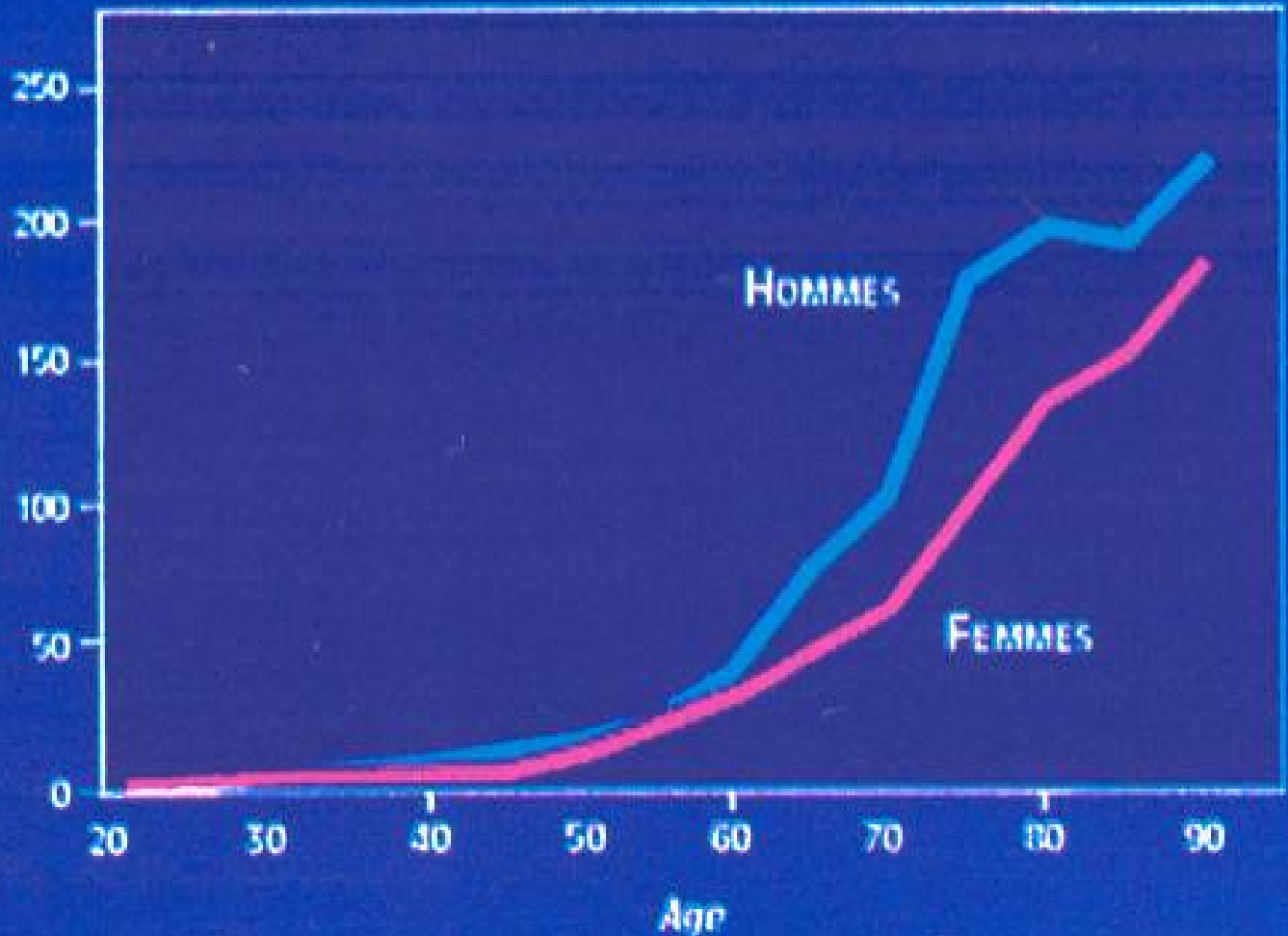
EPIDEMIOLOGIE

Le cancer colorectal est fréquent:

- 2^e cancer chez la femme
- 3^e cancer chez l'homme
- \approx 7644 nouveaux cas/an en Belgique en 2005

INCIDENCE SELON L'ÂGE AU DIAGNOSTIC

Taux
spécifique
pour 100 000

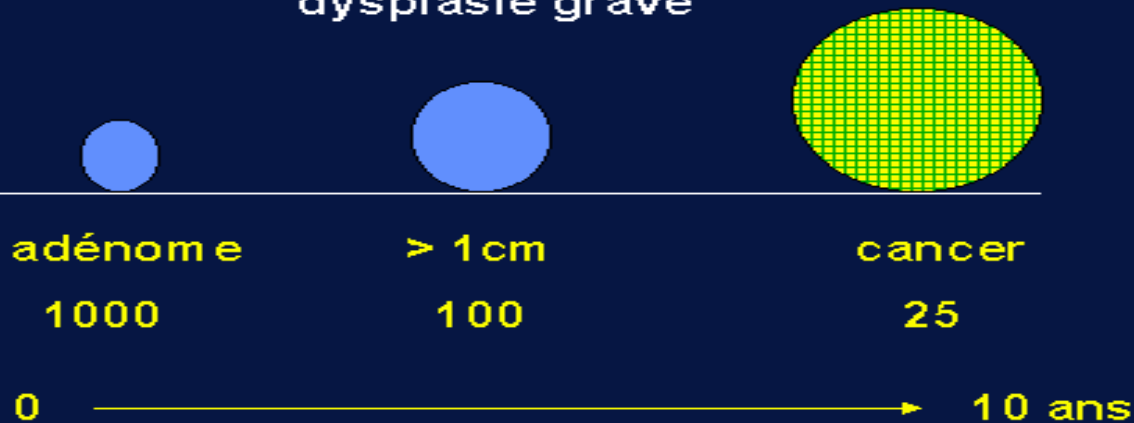


Le cancer colorectal est dangereux

- 3^e cause de décès par cancer
- tue 50% des patients atteints

Séquence adénome-cancer

contingents vilieux
dysplasie grave



Le cancer colorectal est curable si détecté à temps

- pour des lésions non invasives (ne dépassant pas la sous-muqueuse) la survie à 5 ans approche les 90% pour les cancers du colon et 80% pour les cancers du rectum



DEPISTAGE : IMPACT

■ PREVENTION

Résection endoscopique des adénomes



évite la survenue du cancer, ↘ incidence CCR

■ DETECTION PRECOCE

Diagnostic à un stade curable



diminution mortalité

DEPISTAGE DU CCR: stratégie en fonction de la stratification des risques



Groupe à risque moyen de CCR

- Toute personne de 50 ans et plus
 - asymptomatique
 - sans ATCD familiaux
 - sans ATCD personnels

présente un risque cumulatif de cancer
colorectal (CCR) de 3,5% avant l'âge de 75 ans

Groupe à risque élevé de CCR : apparentés au 1er degré de patients atteints d'un CCR

Risque cumulatif 0 – 74 ans

Population générale	3.5 %
1 parent CCR > 60 ans	5 %
1 parent CCR 45 – 60 ans	8 %
1 parent CCR < 45 ans	13 %
2 parents CCR	21 %

Boutron. Gut , 1995 ; 37: 830-834.

Benhamiche. J Med Screen , 2000 ; 7: 136-140.

Groupes à risque élevé de CCR

	Risque relatif	Risque cumulatif
■ Histoire personnelle d'adénome ou CCR	2 - 3.6	18 %
■ RCUH ou Crohn Pancolite après 30 ans d'évolution	15	18 %
Colite G	3	< 10 % ?

Ekbom A. , N Engl J Med, 1990; 18: 1228-1233.

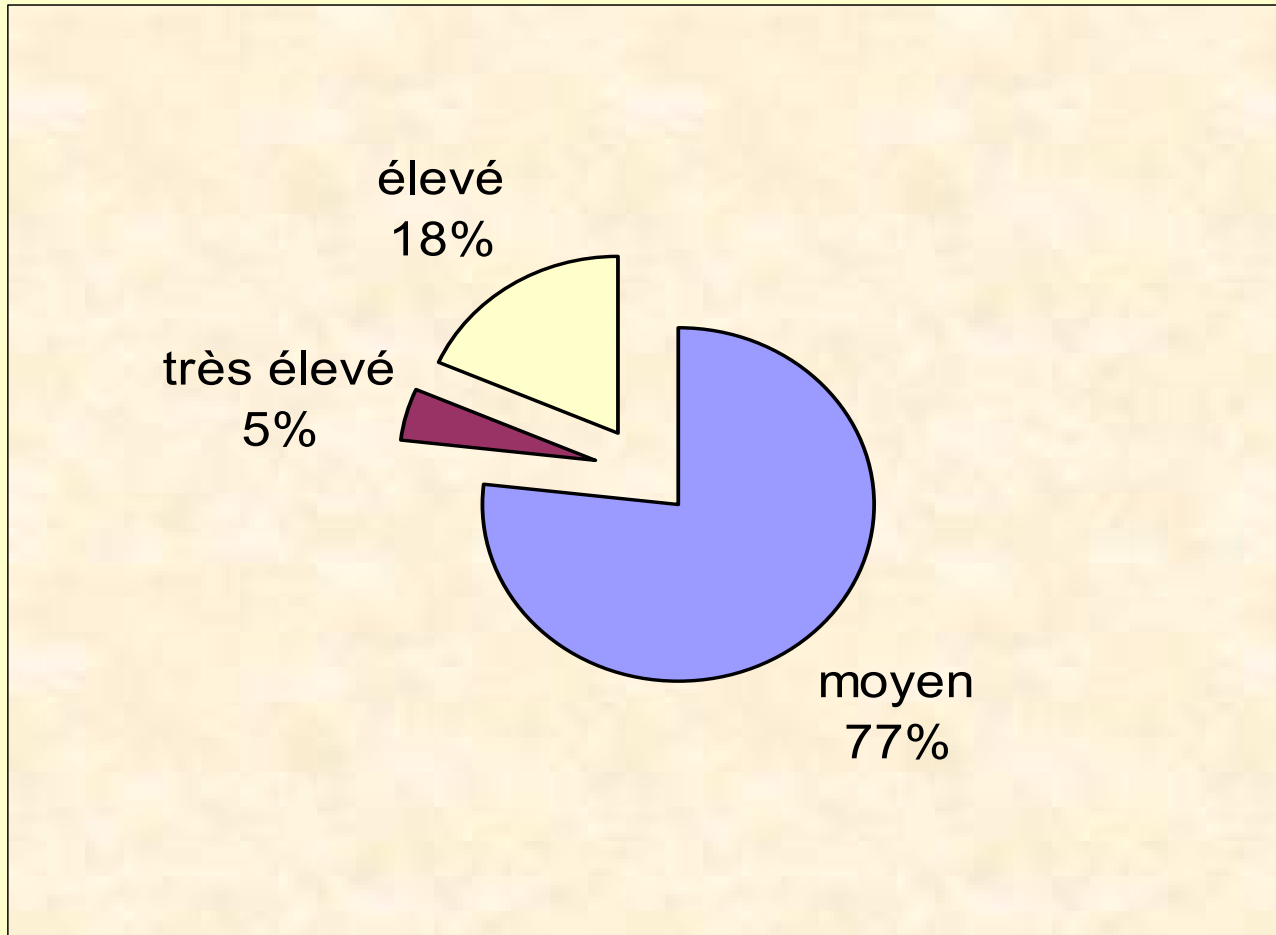
Groupe à risque très élevé de CCR

■ Transmission génétique

- Syndrome de LYNCH ou HNPCC ~ 5% des CCR
Mutation des gènes impliqués dans la réparation des erreurs de réplication de l'ADN
- Polypose Adénomateuse Familiale < 1% des CCR
Mutation dans le gène APC



Répartition des cancers colorectaux en fonction du niveau de risque



Dépistage du cancer colorectal: les conditions sont-elles réunies ?

- Fréquent : 7644 nouveaux cas en 2005 en Belgique
- Grave
- Lésion pré-clinique identifiable (polype)
- Curable à un stade précoce
- Méthode(s) de dépistage disponible(s) et acceptable(s)

Dépistage de masse du cancer colorectal dans la population générale

- Il s'agit d'identifier dans une population apparemment indemne, les sujets atteints d'un cancer curable ou de lésions précancéreuses (polypes).
- Objectif: diminuer la mortalité dans la population
- Démarche de santé publique et non pas une action individuelle

STRATEGIE ?

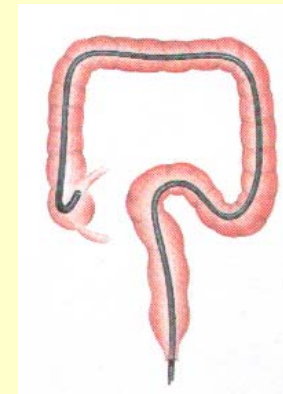
STRATEGIE de dépistage du CCR

- **GROUPE A RISQUE MOYEN** : stratégie en deux temps
 - Recherche de sang occulte dans les selles
 - Si positive, coloscopie totale
- **GROUPE A RISQUE ELEVE ET TRES ELEVE**
 - Suivi spécifique systématique de ces patients

DÉJÀ NOTRE RESPONSABILITE !



**COLOSCOPIE
TOTALE**



STRATEGIE DU DEPISTAGE DE MASSE

■ GROUPE A RISQUE MOYEN = POPULATION GENERALE

- Sujets de 50 à 74 ans
- Sans symptômes ni ATCD personnels ou familiaux de CCR

DEPISTAGE DE MASSE = DECISION DE SANTE PUBLIQUE

METHODE ?

- Recherche de sang occulte dans les selles
- Lavement baryté
- Coloscopie
- Coloscopie virtuelle (CT- colographie)
- Autres....

• Recherche de sang occulte dans les selles

- s'adresse aux sujets à risque moyen de la population générale, entre 50 et 74 ans
- 1x / 2 ans , 3 selles consécutives
- acceptable
- simple et peu coûteux
- sans danger



• Recherche de sang occulte dans les selles

- Jamais indiqué en cas de symptômes digestifs (rectorragies, modification du transit, diarrhées, douleurs abdominales, anémie, perte pondérale...)
- Pas indiqué pour les groupes à risque élevé et très élevé



Dépistage du cancer colorectal par recherche de saignement occulte dans les selles : Test Hemoccult®

- Positivité de 1 à 2%
- Sensibilité : 50% pour la détection de cancer, et 30% pour les adénomes
 - Acceptable vu l'histoire naturelle des polypes si le test est répété à intervalles réguliers (tous les 2 ans)
- Risque de lésion si le test est positif (VPP) : 10% pour un cancer et 30% pour un adénome
- Cancer d'intervalle : souvent diagnostiqué à un stade plus précoce

LES CLES DU SUCCES

Population testée	Test au gaïac positif	Colonoscopie si test +	Si test -
+ de 50%	1 à 2%	≥ 80 % (100%)	Répéter tous les 2 ans



MG



Lecture centralisée



Gastro-entérologue

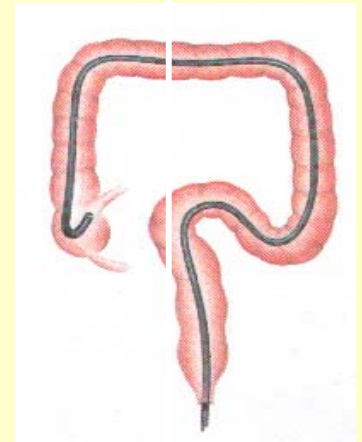
Efficacité du dépistage du cancer colorectal par recherche de saignement occulte dans les selles

Etudes prospectives	Pays	Période	n	Réduction de risque de mortalité
Hemoccult®	France	1988-1998	45.642	16%
Hemoccult®	Etats-Unis	1976-1992	46.551	33%
Hemoccult®	Royaume-Uni	1982-1990	75.253	15%
Hemoccult®	Danemark	1985-2002	30.967	18%

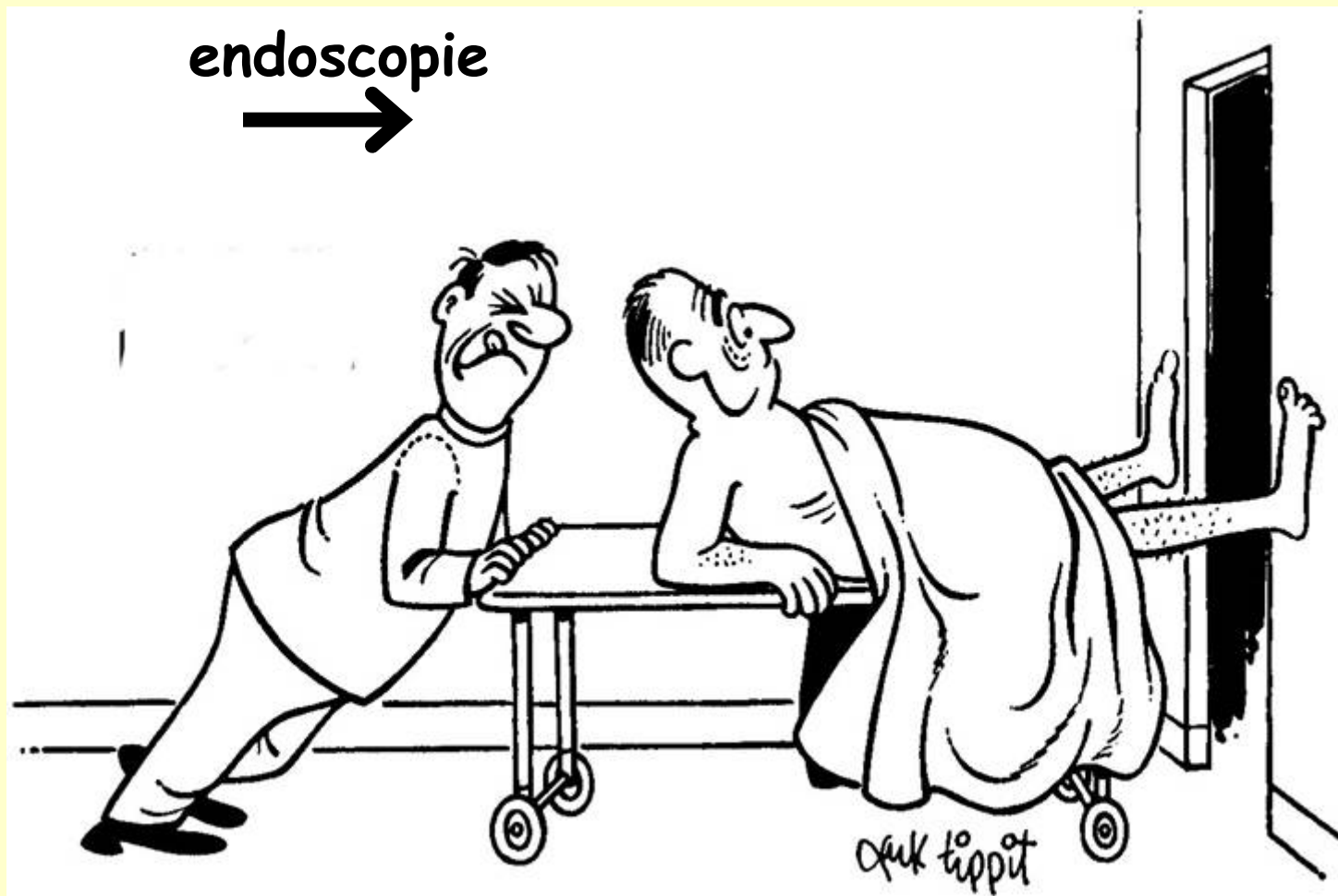
Diminution de la mortalité par CCR de 15 à 33 %

• Coloscopie totale

- Permet l'inspection de la totalité du colon après préparation colique
- Sensibilité > 90% (cancers et polypes avancés)
- Permet des biopsies et la résection des polypes
- Réduit l'incidence du CCR à > 90%
- Risque faible de complications :
 - coloscopie : 1 ‰
 - polypectomie : hémorragie 1-3%, perforation < 1%
 - mortalité : 1 cas/100.000



Dépistage par coloscopie d'emblée des sujets à risque moyen... Compliance... ?



• Coloscopie virtuelle

- Nécessite une préparation
- Tolérance idem coloscopie
- Pas d'anesthésie
- Radiations
- Coûteux
- Pas de standardisation
- Expertise technique
- Faux positifs



**Actuellement non validée dans
le dépistage de masse du CCR**



Programme de dépistage
du cancer colorectal
en Communauté française



**LE PROGRAMME DE DEPISTAGE
DU CANCER COLO-RECTAL
EN COMMUNAUTE FRANCAISE :
CONCRETEMENT...**

OBJECTIF du Programme en Communauté Française

Réduire la mortalité liée au cancer colorectal par un diagnostic et un traitement précoce

METHODES CHOISIES

- Dépistage de masse par un test au gaiac pour les personnes de 50 à 74 ans à risque moyen
- Coloscopie d'emblée pour les personnes à risque élevé et très élevé

ADHESION des partenaires

- SSMG et les D(C)UMG
- Société Royale Belge de Gastro-Entérologie
- Groupe Belge d'oncologie digestive
- Société Belge d'endoscopie gastro-intestinale
- Les mutualités
- La Direction générale de la Santé en Communauté française
- SCPS - Question Santé asbl
- Le Centre de Référence de la Communauté française
- La Fondation Registre du Cancer
- La Fondation contre le Cancer

QUI ET QUAND ?

Toute personne de 50 à 74 ans

- Sur invitation à se rendre chez son médecin généraliste
(invitation envoyée par le Centre de Référence durant le mois de l'anniversaire, année impaire si jour de naissance pair)
- A l'initiative de son médecin
- A sa demande



Médecin généraliste = pierre angulaire

ACTIONS DU MEDECIN ET DU PATIENT

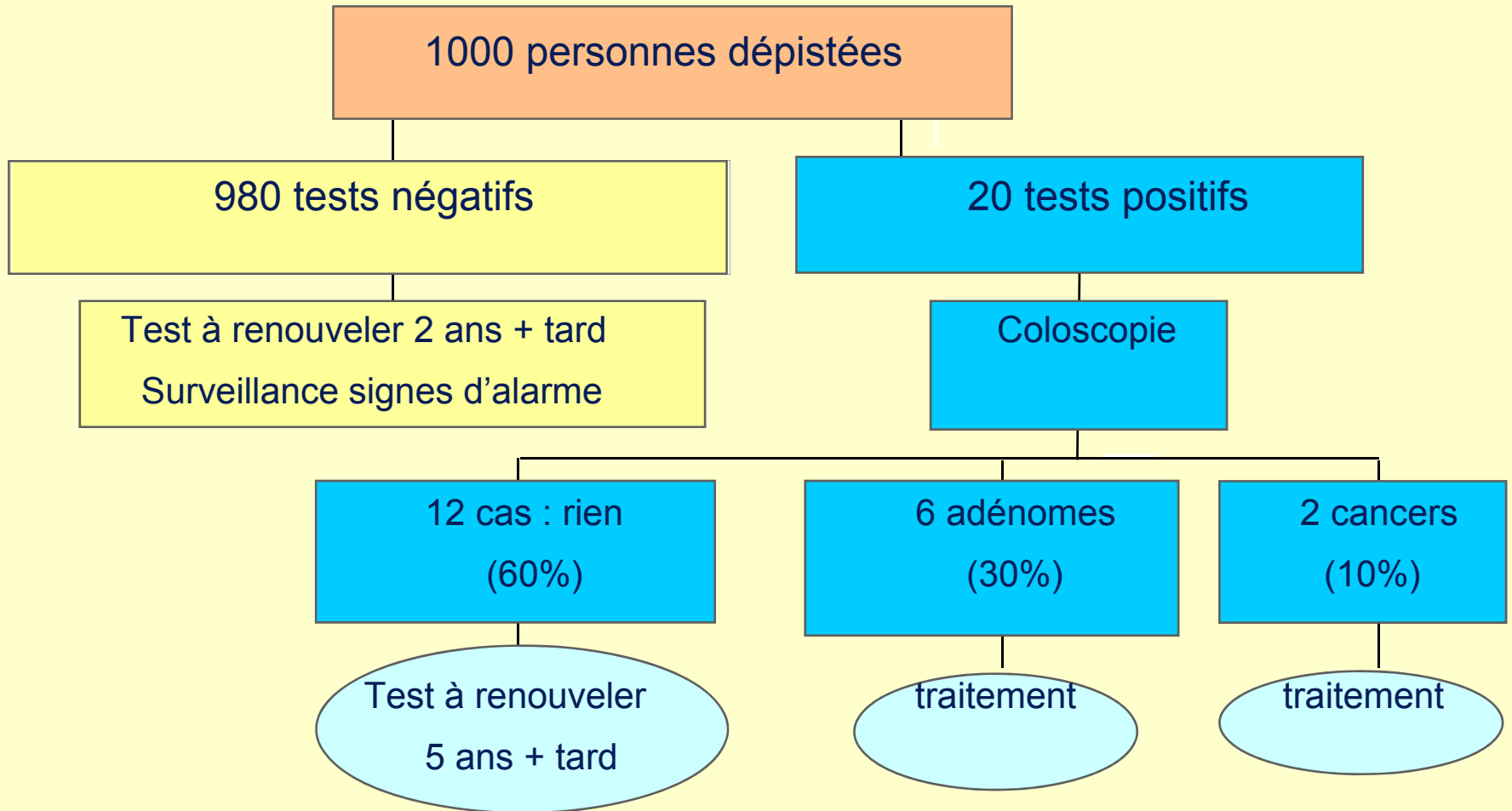
- ❑ Le médecin généraliste :
 - évalue le risque du patient
 - informe le patient
 - si risque moyen : présente le test Hemoccult[®]
(test Hemoccult[®] et matériel d'information mis à disposition du médecin généraliste)

- ❑ Le patient :
 - prélève 2 échantillons par selles sur 3 selles consécutives et envoie le test au Centre de Référence *(enveloppe pré-adressée et port payé par destinataire)*

ACTIONS DU CENTRE DE REFERENCE

- Envoi des invitations
- Lecture des tests Hemoccult®
- Tous les résultats (+ et -) sont communiqués dans les cinq jours ouvrables au médecin généraliste
- En cas de test positif, une demande de coloscopie est annexée à la lettre de résultat adressée au MG
- Si le test est positif, le patient reçoit un courrier lui demandant de prendre contact avec son médecin généraliste
- Assure le suivi des résultats
- Evalue le programme et rétro-informe les médecins

EN BREF





LE PROGRAMME DE DEPISTAGE DU CCR EN COMMUNAUTE FRANCAISE

Agenda....

- Information et formation des médecins : 2008-2009
- Mise en place de la structure : mi-2008
- Information du public: février 2009
- Début du programme : mars 2009

Engagement des gastro-entérologues

- L'ensemble de la profession, via ses organes de représentation, est officiellement en faveur du dépistage organisé du cancer colorectal par un test au gaïac, pour les sujets à risque moyen, et par coloscopie pour les sujets à risque élevé et très élevé.
- Engagement officialisé envers les représentants des médecins généralistes.

Rôle des GE :

Critères de qualité de la coloscopie

- Préparation optimale
- Confort pour le patient assuré par une sédation appropriée
- Coloscopie complète
- Réaliser la coloscopie dans une structure adaptée permettant une polypectomie d'emblée en cas de présence d'un adénome
- Standardisation des procédures endoscopiques
- Cahier des charges de l'endoscopie

CONCLUSION

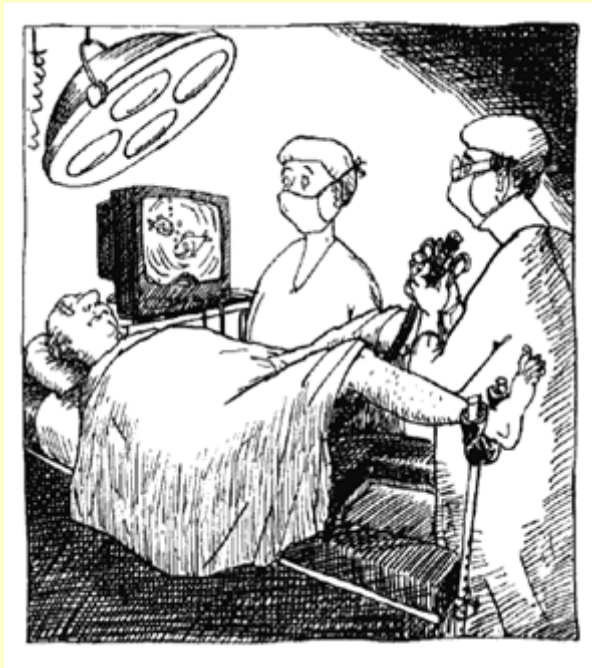
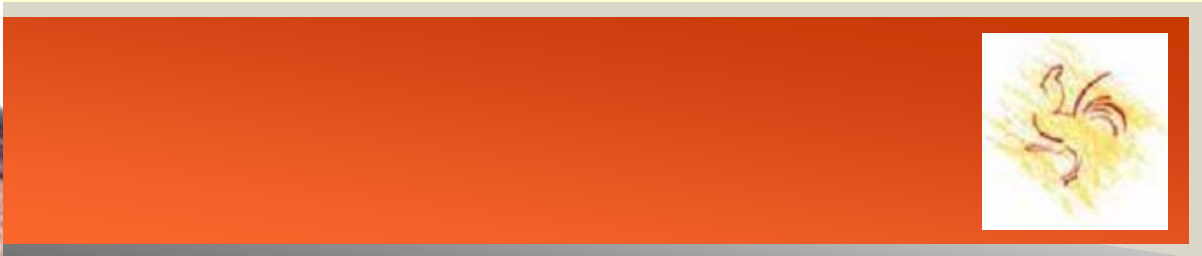
- ❑ Le dépistage permet de diminuer la mortalité du cancer colorectal
- ❑ L'anamnèse familiale et personnelle est essentielle pour l'évaluation du risque des patients
- ❑ Le dépistage doit commencer à l'âge de 50 ans, pour la population générale à risque moyen, asymptomatique et en l'absence de facteurs de risques personnels ou familiaux

Le test au gäiac est le seul validé dans une stratégie de dépistage de masse



Le dépistage du cancer
colorectal sauve des vies

Ça je peux comprendre !



Programme de dépistage
du cancer colorectal
en Communauté française



**Programme de dépistage
du cancer colorectal
en Communauté française**



Dépistage du cancer colorectal
en Communauté Française

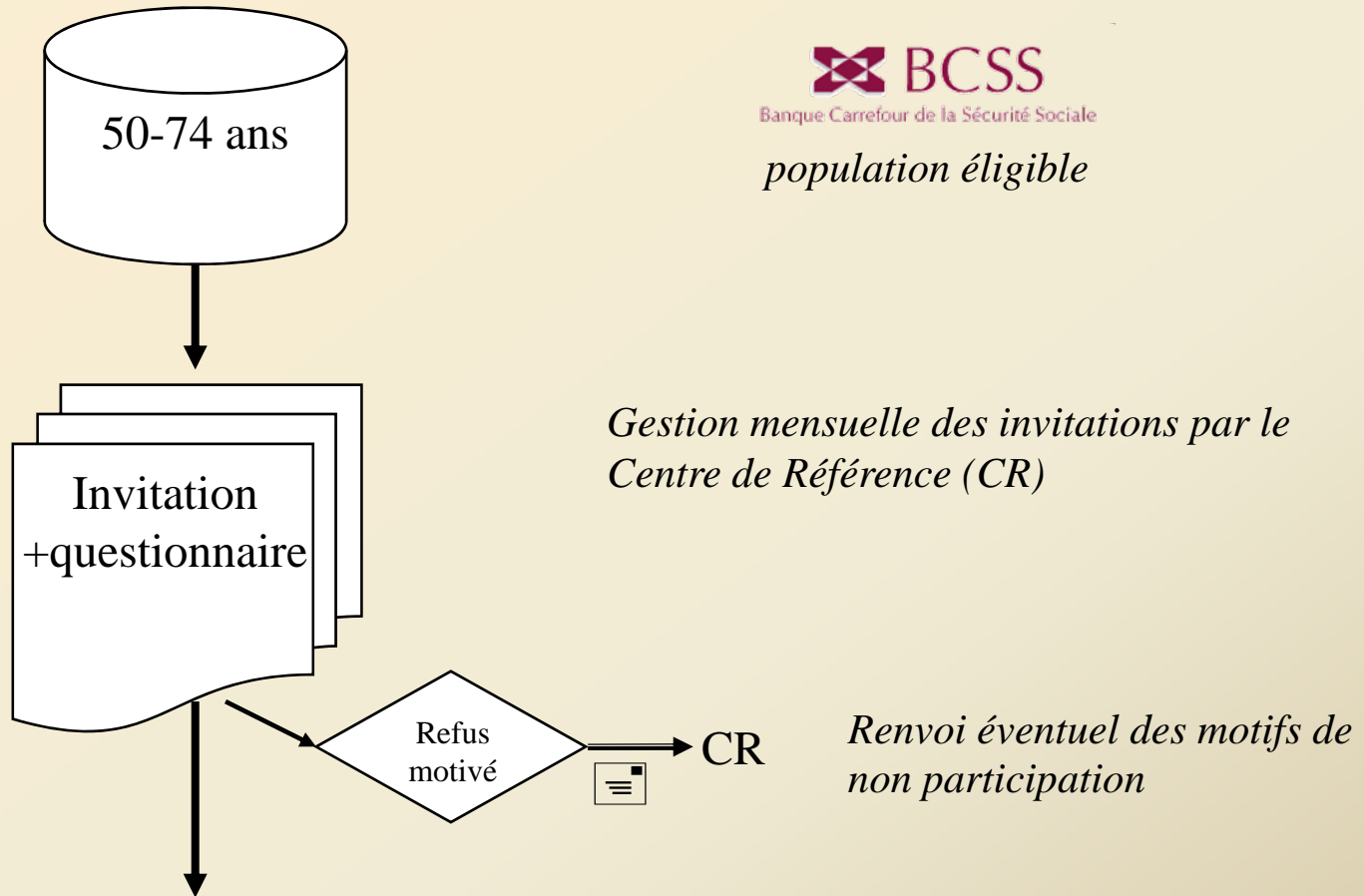


Organisation du dépistage

Schéma fonctionnel

décembre 2008

Invitations

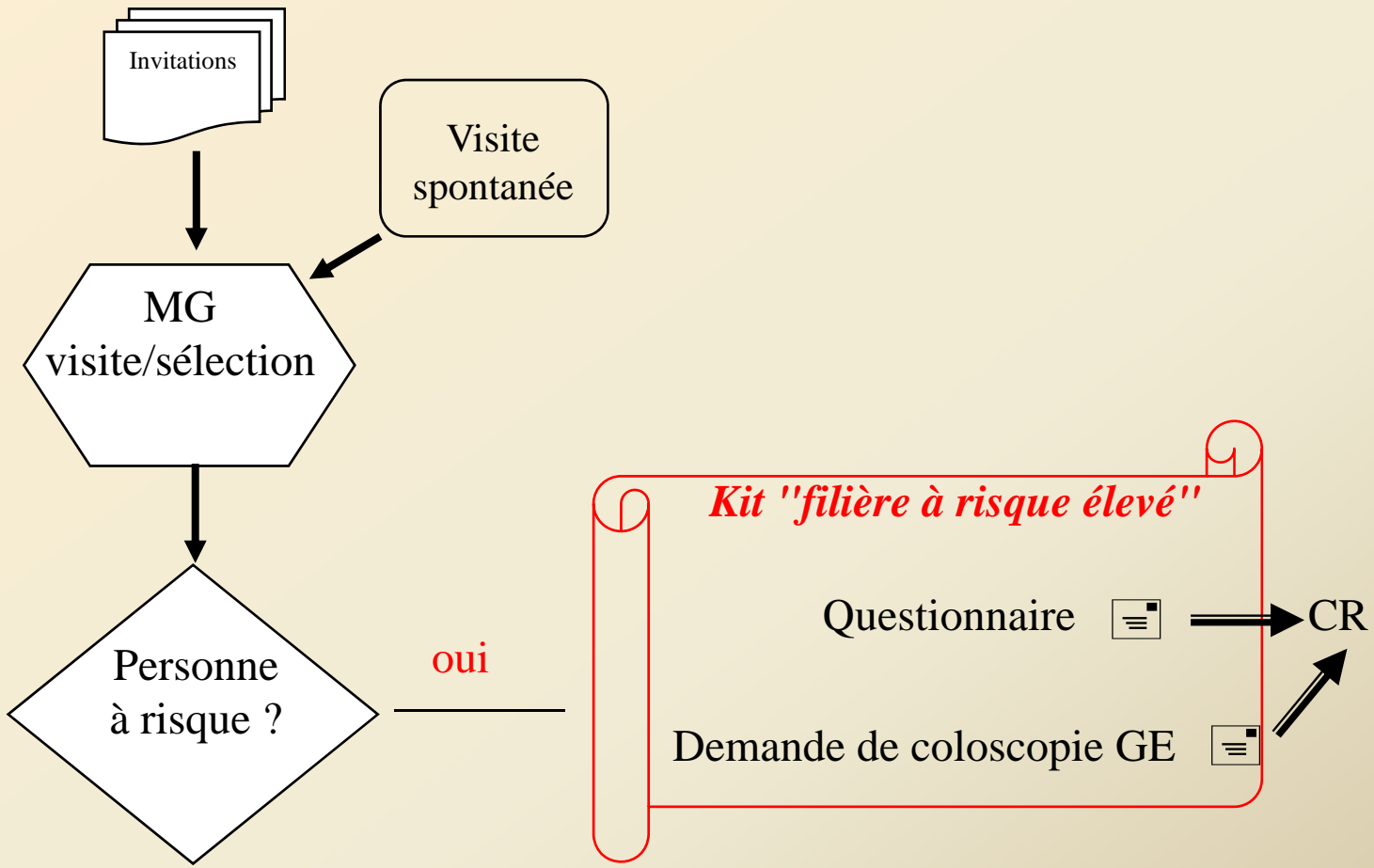


 **BCSS**
Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
population éligible

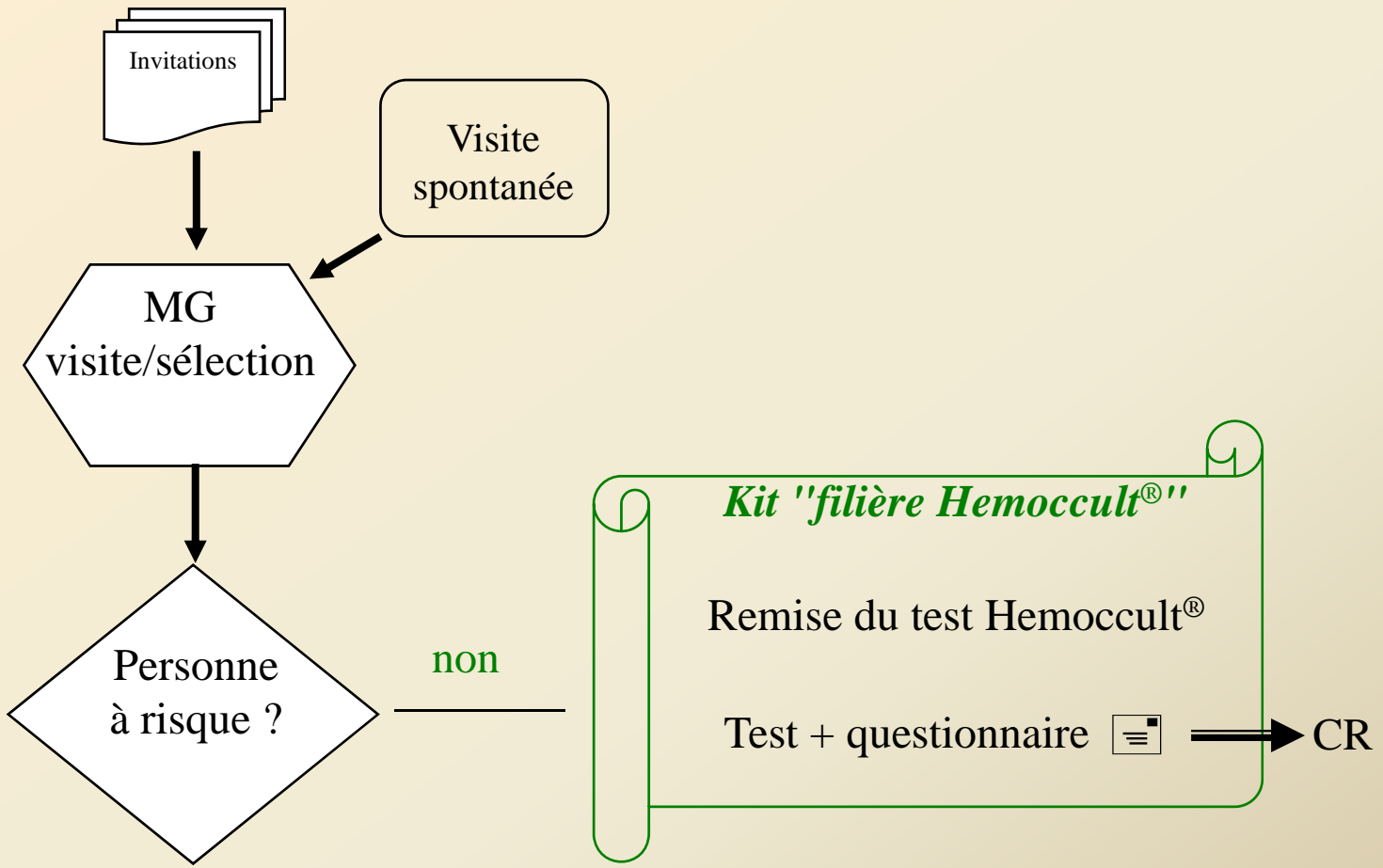
*Gestion mensuelle des invitations par le
Centre de Référence (CR)*

*Renvoi éventuel des motifs de
non participation*

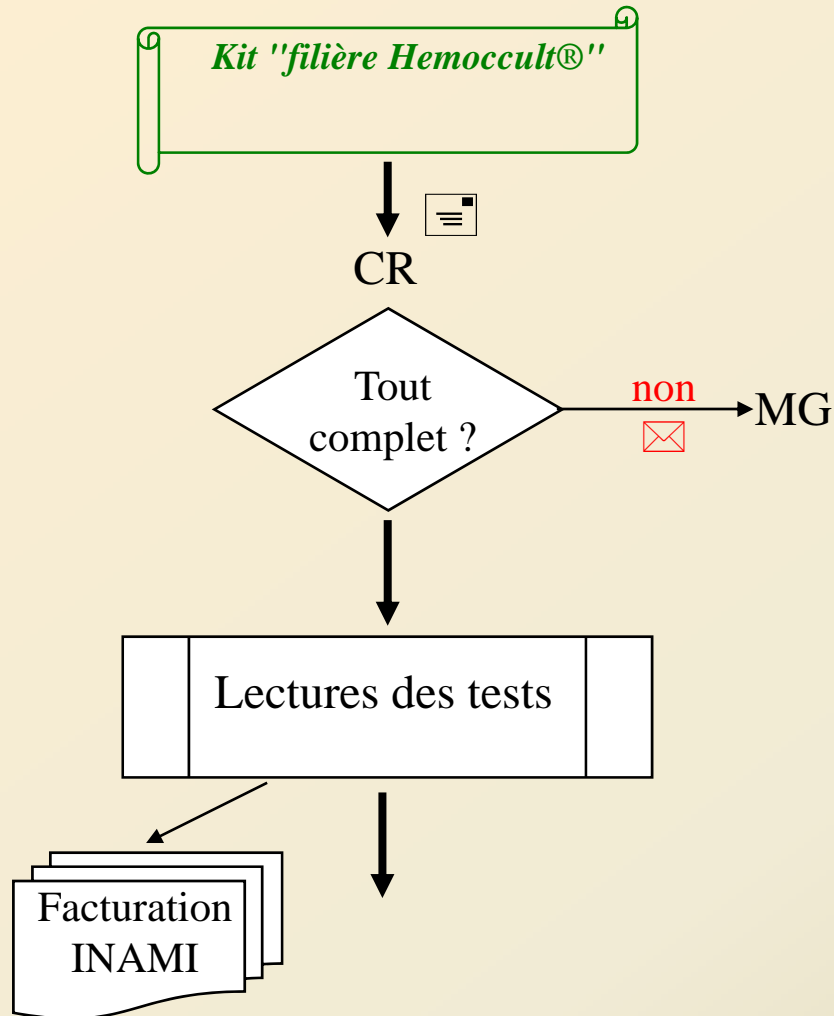
Médecin généraliste



Médecin généraliste

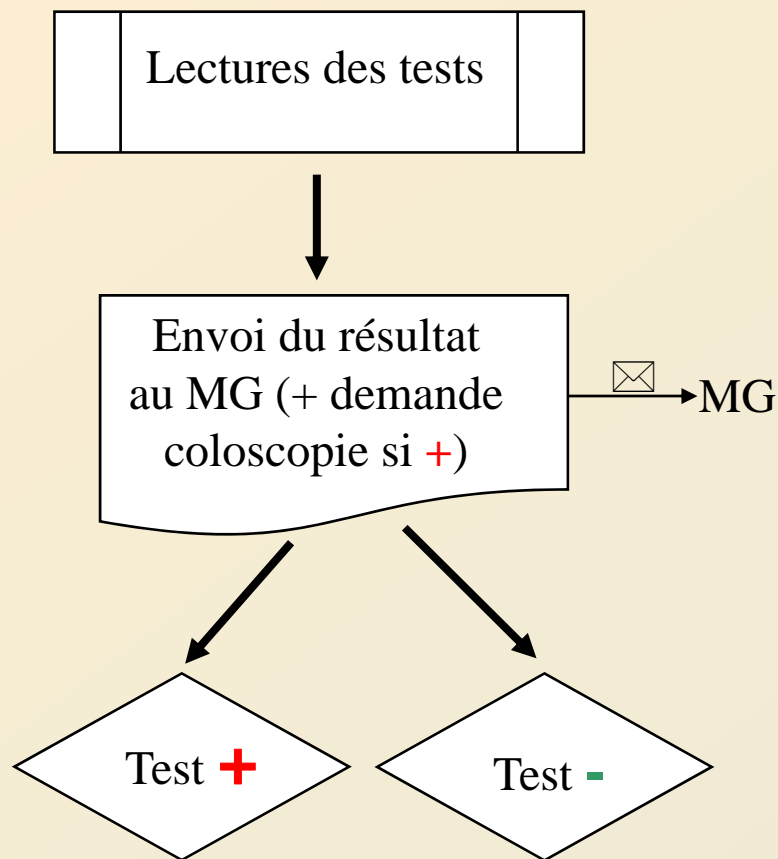


Centre de référence



*Test incomplet ou illisible,
questionnaire incomplet ou manquant :
retour pour suivi chez le MG*

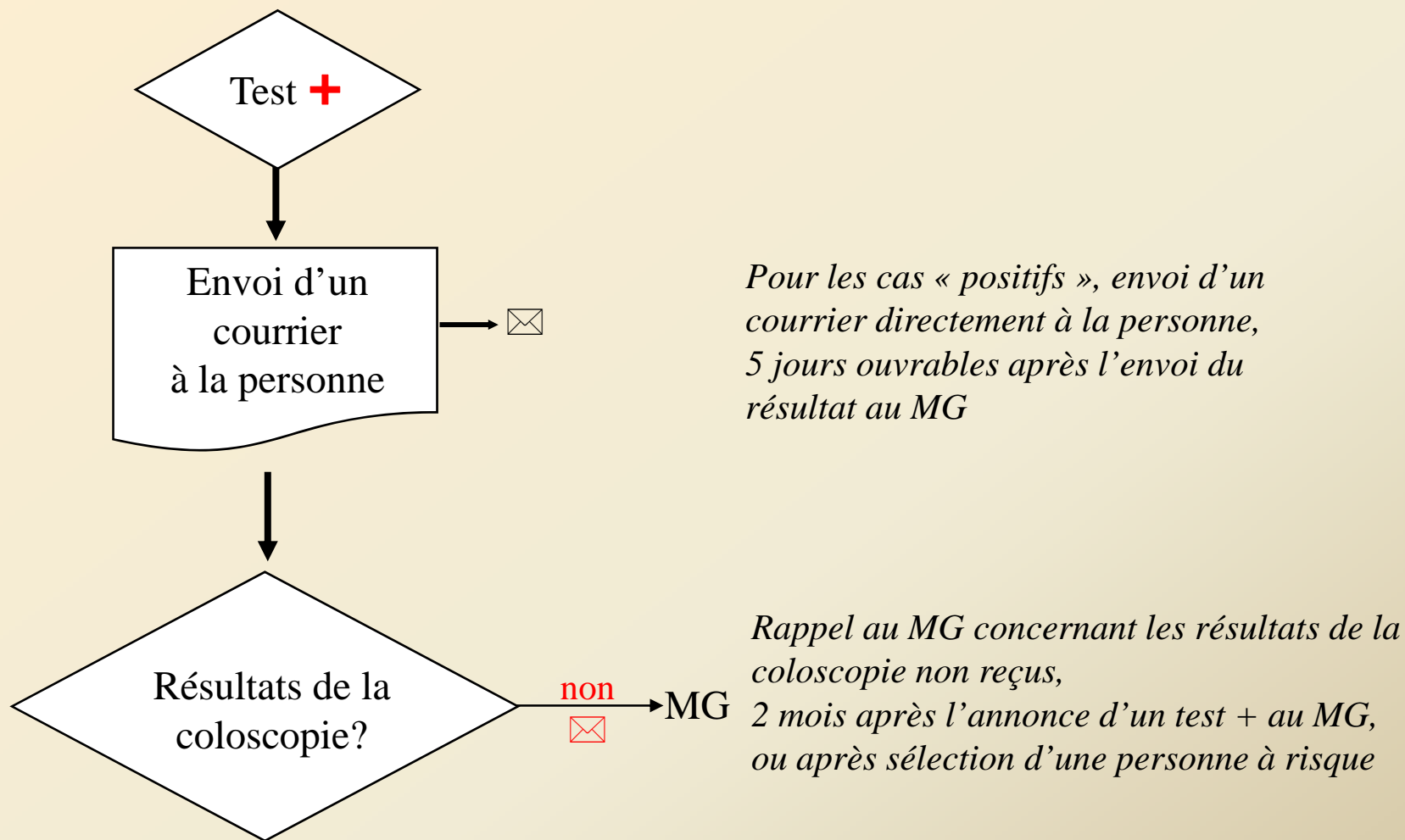
Centre de référence



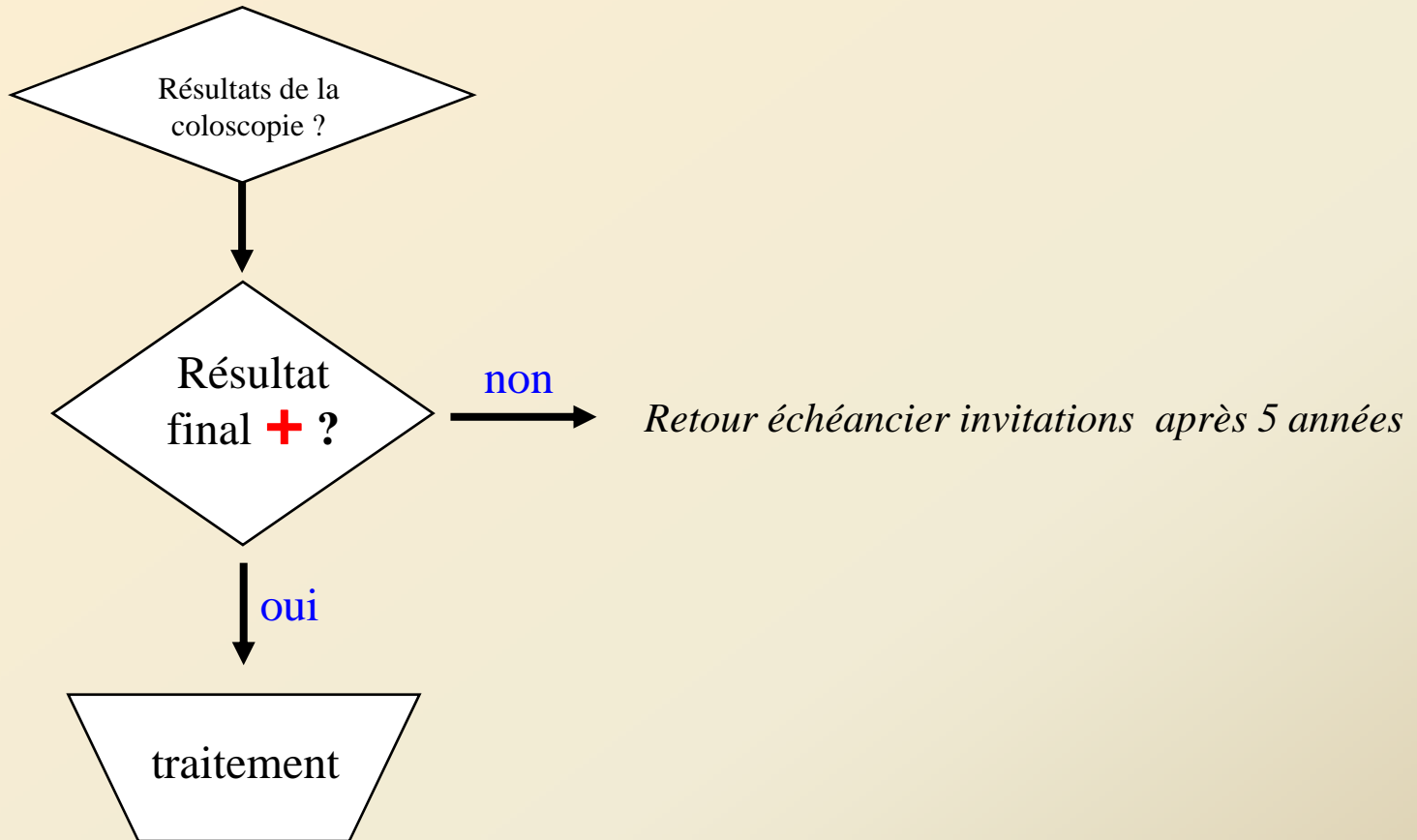
Envoi du résultat au MG, maximum 5 jours ouvrables après réception du test au CR, accompagné d'une demande de coloscopie pour le GE et 1 enveloppe 'PP'(CR) si test +

Test négatif : ré-invitation après 2 ans

Centre de référence



Centre de référence



Kit médecin

Un 'kit médecin' de « départ » contient :

- 1 brochure spécifique pour le médecin
- 5 'kits patients', filière 'Hemoccult®'
- 2 'kits patients', filière 'à risque élevé'

Un 'kit médecin' de « réapprovisionnement » contient :

- 1 brochure spécifique pour le médecin
- 10 'kits patients', filière 'Hemoccult®'
- 3 'kits patients', filière 'à risque élevé'

Kit patient, filière 'Hemoccult[®]'

Chaque 'kit patient', filière 'Hemoccult[®]', contient :

- 1 questionnaire
- 1 brochure explicative
- 1 pochette de tests Hemoccult[®],
y compris la pochette pour la réexpédition
- des étiquettes code barre pour identifier les tests
- 1 enveloppe pré-adressée au Centre de référence (CR)
et 'port-payé par le destinataire' (PP) pour le renvoi des
tests et du questionnaire

Kit patient, filière 'à risque élevé'

Chaque 'kit patient', filière 'à risque élevé', contient :

- 1 questionnaire
- 1 brochure explicative spécifique coloscopie
- 1 document autocopiant de demande et résultat de coloscopie pour le GE
- 2 enveloppes pré-adressées au Centre de référence (CR) et 'port-payé par le destinataire' (PP), l'une pour le renvoi immédiat du questionnaire, et l'autre pour le renvoi du résultat de la coloscopie rempli par le GE

Questionnaire

Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française

Collez ici votre autocollant d'identification

Nom et numéro de votre mutuelle :
ou
Collez ici une vignette mutuelle

J'ai pris connaissance de la brochure qui m'explique le programme de dépistage du cancer colorectal et je marque mon accord pour l'enregistrement, le suivi et le traitement de mes données dans ce cadre.

Signature précédée de la mention « pour accord » : Date :

Veuillez remplir cette partie du questionnaire avec votre médecin :

Avez-vous des problèmes intestinaux ? non oui depuis (année)

Avez-vous eu :

- un cancer du colon ou du rectum non oui en (année)
- un (des) polype(s) du colon ou du rectum non oui en (année)
- une maladie inflammatoire de l'intestin non oui en (année)
- une coloscopie non oui en (année)

Y a-t-il un ou plusieurs cancers du colon ou du rectum dans votre famille ?
Père Mère Frère Sœur Fils Fille

Recommandation du médecin

J'ai remis le Test Hemocul[®] à mon patient

J'ai recommandé une coloscopie, motivé par : antécédents personnels
 antécédents familiaux
 symptômes
 demande expresse du patient
 autre :

chez le Gastro-entérologue :

Date de la consultation : Coordonnées complètes du médecin - signature

CCR - Centre Communautaire de Référence adG
Centre de gestion pour le dépistage du cancer colorectal
Avenue Parc - Rue André Dumont 1 - 1420 Molenbeek
Tél 010 22 82 72 - Fax 010 65 87 95 - cdcancer@ccsf.org - www.cancercenter.be

Coordonnées de la personne

Informations mutuelle

Accord traitement des données

Antécédents

Recommandation et
coordonnées du médecin

Demande de coloscopie

Programme de dépistage du cancer colorectal - Demande et résultat de la coloscopie

Identification : *Coller ici un vignette de mutuelle ou une vignette hospitalière ou griseur :*

Numéro NISS : _____ Date de naissance : _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Nom et numéro de la mutuelle : _____ Assurabilité (CIR/CTI) : _____

Motif :

- Test Hemocult[®]+
- Demande expresse du patient
- Facteur(s) de haut risque :
 - Antécédents personnels :
 - cancer du colon ou du rectum non oui si oui, en quelle année ?
 - polype du colon ou du rectum non oui si oui, en quelle année ?
 - maladie inflammatoire intestinale non oui si oui, en quelle année ?
 - Antécédents familiaux de cancer colorectal chez :
 - Père Mère Frère Sœur Fils Fille
 - Age d'apparition de ce cancer : connu (préciser :) inconnu
- Signes d'alarme (troubles du transit, rectorragies, faux besoins, douleurs, anémie) : non oui

Coloscopie : Date :

- Anesthésie :** générale sédation aucune
- Propriété du colon :** bonne moyenne insuffisante
- Type d'indicateur :** optique vidéo
- Coloscopie :** complète incomplète polypotomie coloration[§]
- Temps d'examen :** retrait : min. (soustraire la durée de la polypotomie)
- Complications :** aucune hémorragie perforation autre
- Résultat :**
 - polype(s) non adénomateux normale ou lésions non spécifiques
 - pathologie bénigne (diverticule-hémorroïde)
- Adénome(s)[§] :
 - colon G colon D colon transverse sigmoïde rectum
 - proximal (en avant du rectosigmoïde = 20 cm) distal (rectosigmoïde ou 20 derniers cm)
 - Aspect muqueux : plan déprimé/creux polypoïde (sessile ou pédiculé)
- Adénome avancé[§] :
 - colon G colon D colon transverse sigmoïde rectum
 - proximal (en avant du rectosigmoïde = 20 cm) distal (rectosigmoïde ou 20 derniers cm)
 - Aspect muqueux : plan déprimé/creux polypoïde (sessile ou pédiculé)
- Cancer invasif[§] :
 - colon G colon D colon transverse sigmoïde rectum
 - proximal (en avant du rectosigmoïde = 20 cm) distal (rectosigmoïde ou 20 derniers cm)
- Recommandation finale :** chirurgie contrôle coloscopique àan(s) Hemocult[®]
- Si coloscopie incomplète : colo-CT LB

Coordonnées du médecin généraliste = signature _____
 Coordonnées du médecin gastro-entérologue = signature _____

§ vidéo ou fluoroscopie
 § R : veuillez annexer le protocole histologique
 § adénome = 1 cm ou contingent villosus ou déprimé de haut grade ou cancer intramucosux - veuillez annexer le protocole histologique

Coordonnées de la personne

Motif de la demande

Résultats de la coloscopie

Coordonnées du MG et du GE



**Programme de dépistage
du cancer colorectal
en Communauté française**

Centre Communautaire de Référence asbl
rue André Dumont, 5 (Axis Parc) à 1435 Mont-Saint-Guibert
Tél : 010/ 23.82.72 - Fax 010/ 45.67.95
colorectal@ccref.org

DECLARATION DE CREANCE

CADRE A REMPLIR PAR LE CREANCIER (1 déclaration par séance de formation)

Je soussigné (nom et prénom)

Domicilié à

Agissant en qualité de médecin généraliste

Ai donné une formation au sein d'un

GLEM

DODECAGROUPE

AUTRE (précisez)

Situé à

Avec le Dr (nom et prénom du binôme gastro-entérologue)

.....

En date du

A laquelle assistaient (chiffres)médecins.

Déclare que le Ministère de la Communauté française – Direction générale de la Santé –
Direction de la Promotion de la Santé

M'est redevable de la somme de 100 euros. À titre d'exécution de programme de formation
de la Communauté française dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal.

Certifié sincère et conforme à la somme de cent euros.

Cette somme est à verser au compte n^{o1}

de (dénomination exacte du compte)

Date

Nom et signature

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Vu pour réception le

Vu et approuvé le

Nom et signature

Nom, grade et signature de l'ordonnateur

Visa n°

Remarque éventuelle :

¹ Avis important : en cas de première transaction avec les services de l'Exécutif de la Communauté française, **prière de joindre un bulletin de virement au nom du bénéficiaire**, préimprimé par la banque (côté gauche) et annulé, qui devra servir à l'inscription au fichier informatique du département en vue du bon déroulement des opérations.

LISTE DES GASTROENTEROLOGUES FORMATEURS

Région de BRUXELLES Capitale

	NOM	PRENOM	HOPITAL	ADRESSE	Email	Téléphone	Mobile			
GLEM 1692	RAMOISIAUX	Laurent	Clinique Europe Saint-Michel Saint Luc	Avenue des Ajoncs 38 1150 Bruxelles	laurent.ramoisiaux@skynet.be	02/737 84 43	0475/42 66 47			
	STARKEL	Peter			peter.starkel@uclouvain.be					
	AZZOUZI	Kassem			Cliniques Saint Luc			kassem.azzouzi@uclouvain.be	02/764 28 22	
	DEWIT	Olivier			Cliniques Saint Luc			olivier.dewil@uclouvain.be	02/764 11 11	
	PIESSEVAUX	Hubert			Cliniques Saint Luc			hubert.piessevaux@uclouvain.be	02/764 11 11	
	DENIS	Marie			Cliniques Saint Luc			marie.denis@uclouvain.be	02/764 28 22	0486/45 15 72
	DEPREZ	Pierre			Cliniques Saint Luc			pierrehenri.deprez@uclouvain.be	02/764 11 11	
GLEM 0482	JAMSIN	S								
	ASSENE	C								
	DES MAREZ	Bruno						bruno.desmarez@belgacom.net		
	CLOSSET	D						philippeclosset@belgacom.net		
GLEM 1104	KAYHGESHE		Hopital d'Ixelles							
	MULLIER	JP						jean-paul.mullier@scarlet.be		
	DAUMERIE	C						caroline.daumerie@skynet.be		
	DE BRUYNE	L								
GLEM 1104	VAN GOSSUM	André	Erasme	Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles	andre.vangossum@erasme.ulb.ac.be	02/555 37 12				
	ADLER	Michael	Erasme	Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles	michael.adler@erasme.ulb.ac.be	02/555 37 12				
	DEMOLS	Anne	Erasme	Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles	anne.demols@erasme.ulb.ac.be	02/555 37 12				
	FRANCHIMONT	Denis	Erasme	Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles	denis.franchimont@ulb.ac.be	02/555 37 12				
	SCHOofs	Nathalie	Erasme	Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles	nschoofs@ulb.ac.be	02/555 37 12				
	VAN LAETHEM	Jean-Luc	Erasme	Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles	jvlaethe@ulb.ac.be	02/555 37 12				
	EISENDRATH	Pierre	Erasme	Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles	pierre.eisendrath@erasme.ulb.ac.be	02/555 37 12				
GLEM 1181	COLIN	Jean-François	Saint Luc St-Jean 1000 Bxl	Avenue des Ajoncs 38 1150 Bruxelles	jf.colin@skynet.be	02/771 92 51	0475/90 33 19			
	LIENARD	Jean-Claude			doclienard@hotmail.com					
	MAIROLT	Christine								
GLEM 0472	BUSET	Michel	Clinique Saint Pierre		michel_buset@stpierre-bru.be	02/535 42 05				
	WTTFRWULGHE	Marc		Route de Rixensart 73 1300 LIMAL	dr.witter@gmail.com		0475/ 48 46 61			
	CAUCHETEUR	Bernard	CHU St Pierre et Brugmann		bcaucheteur@hotmail.com	02/ 652 38 80				
	MARLIERE	Philippe			ph.marliere@skynet.be					
	BURETTE	Alain	Privé	Avenue de l'Echevinage 19 1180 Bxl	alain.burette@brutele.be	02/ 374 76 24				
	DE REUCK	Marc	Privé	avenue du Bois de la Cambre 90 1050 Bxl	marcdereuck@hotmail.com					
	Van GOSSUM	Marc	CHU St Pierre Site César de Paepe	Rue des Alexiens 11 1000 Bruxelles	marc_vangossum@stpierre-bru.be	02/ 506 77 37	0475/42 16 81			
	BREUSKIN	Florence	CHU Brugmann		florence.breuskin@gmail.com	0473/68.66.17				
	MAISIN	Jean-Marc	Deux Alices - Uccle		jeanmarc.maisin@skynet.be					

Province de LIEGE

	NOM	PRENOM	HOPITAL	ADRESSE	Email	Téléphone	Mobile
GLEM 386 Waremme Liège	SENTE	Jean-Marie	CHC St Joseph- Site ND Waremme	Rue de Selys 47 4300 Waremme	jean-marie.sente@chc.be	019/33 94 11	
	DE GOEIJ		CHC St Joseph- Site ND Waremme	Rue de Selys 47 4300 Waremme		019/33 94 11	
	DEMOULIN	Jean-Claude	CHC St Joseph	Rue de Hesbaye 75 4000 Liège		04/ 224 81 11	
	COLARD	Arnaud	CHC St Joseph	Rue de Hesbaye 75 4000 Liège	arnaud.colard@chc.be	04/ 224 81 11	
	PLOMTEUX	Olivier	CHC St Joseph	Rue de Hesbaye 75 4000 Liège	olivier.plomteux@chc.be		
	DEMOLIN	Gauthier	CHC St Joseph	Rue de Hesbaye 75 4000 Liège	gauthier.demolin@chc.be	04/ 224 81 11	
GLEM 534 Liège	CLOSON	Thierry	CHBA	Rue Laplace 40 4100 Seraing		04/338 70 00	
	THYS	Christian	CHBA	Rue Laplace 40 4100 Seraing	docthys@hotmail.com	04/338 70 00	0479/55 03 24
	HOUBIERS	Ghislain	CHBA	Rue Laplace 40 4100 Seraing	gastrologie@chbah.be	04/338 70 00	
	SERVAIS	Benoît	CHBA	Rue Laplace 40 4100 Seraing		04/338 70 00	
	RINKEN	Catherine	CHBA	Rue Laplace 40 4100 Seraing	catherine.rinken@skynet.be	04/338 70 00	
	DEFLANDRE	Jacques	CHR Citadelle	Avenue du XII de ligne 1 4000 Liège	jacques.deflandre@chrcitadelle.be	04/225 61 11	
	DELHOUGNE	Bernard	CHR Citadelle	Avenue du XII de ligne 1 4000 Liège	bernard.delhougne@chrcitadelle.be	04/225 61 11	
	FRERE	André	CHR Citadelle	Avenue du XII de ligne 1 4000 Liège	andre.marie.frere@chrcitadelle.be	04/225 61 11	
GLEM 445 Liège	POLUS	Marc	CHU Sart Tilman	Domaine du Sart tilman B-35 4000 Liège	marc.polus@skynet.be	04/366 72 56	0496/ 90 11 02
	LOUIS	Edouard	CHU Sart Tilman	Domaine du Sart tilman B-35 4000 Liège	edouard.louis@ulg.ac.be	04/366 72 56	
	BELAICHE	Jacques	CHU Sart Tilman	Domaine du Sart tilman B-35 4000 Liège	jacques.belaiche@chu.ulg.ac.be	04/366 72 56	
	VAN KEMSEKE	Catherine	CHU Sart Tilman	Domaine du Sart tilman B-35 4000 Liège	cvankemseke@chu.ulg.ac.be	04/366 72 56	
	PIRONT	Patricia	CHU Sart Tilman	Domaine du Sart tilman B-35 4000 Liège	ppiront@chu.ulg.ac.be	04/366 72 56	
	DELWAIDE	Jean	CHU Sart Tilman	Domaine du Sart tilman B-35 4000 Liège	jean.delwaide@chu.ulg.ac.be	04/366 72 56	
	GAST	Pierrette	CHU Sart Tilman	Domaine du Sart tilman B-35 4000 Liège	p.gast@chu.ulg.ac.be	04/366 72 56	
	LATOURE	Pascal	CHU Site NDB	Rue de Gaillarmont 600 4032 Chênée	pascale.latour@chu.ulg.ac.be	04/367 92 11	
	MESUREUR	Thierry	CHU Site NDB	Rue de Gaillarmont 600 4032 Chênée	t.mesureur@skynet.be	04/367 92 11	
	MARTIN	Pierre	Clinique André Renard	Rue André Renard 1 4040 Herstal	pmartin@chu.ulg.ac.be	04/248 72 11	
	VAN DAELE	Daniel	CHU Sart Tilman	Domaine du Sart tilman B-35 4000 Liège	fa031545@skynet.be	04/366 72 56	
	LAMBINET	Nadine	CHU Site Ourthe-Ambièvre	Rue Grandfosse 31-33 4130 Esneux		04/380 91 11	
GLEM 1035 Verviers	VAN SEVENEN	Marc	CHPT Verviers	Rue du parc 29 4800 Verviers	marc.vanseveren@chplt.be	087/21 21 11	
	Wain	Etienne	CHPT Verviers	Rue du parc 29 4800 Verviers	wainet@hotmail.com	087/21 21 11	
	DENIS	Astrid	Clinique Ste Elisabeth	Rue du Naimeux 17 4802 Heusy	astrid.denis@netcourrier.com	087/21 31 11	0494/67 20 03
	TOME	Gassan	Clinique St Joseph	Rue du Couvent 9 4780 Saint-Vith	gassantome@hotmail.com	080/85 43 81	0497/ 75 69 73
	CAJOT	Olivier	Clinique Ste Elisabeth	Rue du Naimeux 17 4802 Heusy	oliviercit@msn.com	087/ 21 31 11	0477/ 31 71 76
	WEERTS	Donatienne	Clinique Ste Elisabeth	Rue du Naimeux 17 4802 Heusy	donatienne.weerts@skynet.be	087/21 31 11	0475/74 29 31
	PONCELET	Evelyne	Clinique Ste Elisabeth	Rue du Naimeux 17 4802 Heusy	evelyne.maton@belqacom.net	087/21 31 11	0475/75 36 83
	HASSAINI	Hocine	Clinique Ste Elisabeth	Rue du Naimeux 17 4802 Heusy	hocine.hassaini@chc.be	087/21 31 11	0475/94 66 95
	DIETZE	Mathias	Clinique Ste Elisabeth	Rue du Naimeux 17 4802 Heusy	dietze.matthias@skynet.be	087/21 31 11	0494/26 13 71
Comm germa	WAGNER	Christophe	Hopital Saint Nicolas	Eupen	wagner@skynet.be		
GLEM Huy	FLORIANI	Albino	CHR Huy	Rue des trois ponts 2 4500 Huy	albino.floriani@chh.be	085/27 21 11	
	BATAILLE	Christian	CHR Huy	Rue des trois ponts 2 4500 Huy	christian.bataille@chh.be	085/27 21 11	
AUTRE	ETIENNE	Marc	Clinique Hermalle	Quai du Condroz 1 4020 Liège	info@docteurtienne.net	04/342 85 50	

Province du HAINAUT

	NOM	PRENOM	HOPITAL	ADRESSE	Email	Téléphone	Mobile
GLEM 1016 Charleroi	COPPENS SIBILLE DRUEZ	Jean-Pierre Alain Patrick	Notre Dame de Grâce Hopital Reine Fabiola Hopital Saint Joseph	Caussée de Nivelles 212 6041 Gosselies Av du Centenaire 73 6061 Montignies/s/Sambre Rue de la Duchère 6 6060 Gilly	jp_coppens@yahoo.fr alain.sibille@skynet.be p.druez@hopitiaux-gilly.be		
GLEM 410 Charleroi	LAMY RAMDANI CODDEN HAYARD	Vincent Brahim Thierry Pierre	CHU Charleroi CHU Vesale CHU Vesale CHU Charleroi		vincent.lamy@chu-charleroi.be brahim.ramdani@chu-charleroi.be thierry.codden@chu-charleroi.be pierre.hayard@chu-charleroi.be	071/92 28 20	0475/85 08 74 0475/23 68 28 0478/21 61 42 0475/36 39 18
GLEM 441 Mons	HITTELET FANCELLO FLAMME OLESNICKI BENABDELOUAHEI ABBAS BOUDHID PREUX JAGODZINSKI SALAME LAKISS PERLOT ROBERT PLACE GALLEZ	Axel Agnes Frederic Marc Omar Mroue Hassan Cecile Robert Mikael Ali Ingrid Fabienne Brigitte Julien	Hopital Ambroise Paré Clinique Louis Caty CHR Haute Senne	Bd Kennedy 2 7000 Mons 7331 Baudour Chaussee de Braine 49 7060 SOIGNIES 7000 Mons 7800 Ath Rue Maria Thomée 1 7800 ATH Chaussee de Braine 49 7060 SOIGNIES	ahittele@ulb.ac.be omarben@skynet.be ingrid.perlot@swing.be fabrobert@yahoo.com brigitte.place@skynet.be gallezjulien@hotmail.com	065/39 37 48	0479/97 69 93 065/76 88 80 068/ 26 28 36 068/26 25 73 067/34 89 14
GLEM 442 Tournai	GALLEZ YENGUE SAIKALI MAES NAKAD	Jean-François Patrick Souhail Bernard Antoine	Clinique Notre Dame IMC CHR Tournai CHR Tournai	Rue Barthélémy Frison 30 7500 Tournai Bd Lalaing 39 7500 Tournai Bd Lalaing 39 7500 Tournai	jf.gallez@skynet.be patrick.yengue@rhms.be souhail.saikali@chrtournai.be bernard.maes@chrtournai.be	069/25 81 80	 069/33 17 17 069/33 17 17
AUTRE Thuin Ath	Noubibou Adam	Myrène Ariane	Centre de santé des Fagnes RHMS La Madeleine	Chimay Rue Maria Thomée 1 7800 Ath	myrenen@yahoo.fr ariane.adam@skynet.be		
GLEM 109 Ath	DRAMAIX SCHELLEKENS BATAILLE	Jean-Pierre Maryse Laurent	CH Hornu - Mons CH Hornu - Mons		jpdramaix@skynet.be m.schellekens@caramail.com l.bat.gastroent@belgacom.net		
La Louvière/ Nivelles/ Tubize	GHILAIN DELAUNOIT SCHAPIRA	Jean Michel Thierry Michael	CH Jolimont La Louvière CH Jolimont La Louvière CH Jolimont La Louvière		jean.michel.ghilain@skynet.be thide18@hotmail.com michael.schapira@skynet.be		

Province du BRABANT WALLON


	NOM	PRENOM	HOPITAL	ADRESSE	Email	Téléphone	Mobile
AUTRE	COCHE	Jean-Charles	Clinique Saint Pierre	Avenue Reine Fabiola 9 1340 Ottignies	jc.cocher@clinique-saint-pierre.be	010/33 76 79	
GLEM 1181	De CONINCK	Xavier	Clinique Saint Pierre	Avenue Reine Fabiola 9 1340 Ottignies	xa.dekoninck@skynet.be	010/43 72 72	
	AOUATTAH	Tarik	Clinique Saint Pierre	Avenue Reine Fabiola 9 1340 Ottignies	ariknad@yahoo.fr	010/43 71 10	
	DEBONGNIE	Jean-Claude	Clinique Saint Pierre	Avenue Reine Fabiola 9 1340 Ottignies	jc.debongnie@clinique-saint-pierre.be		

Province de NAMUR

	NOM	PRENOM	HOPITAL	ADRESSE	Email	Téléphone	Mobile
GLEM 0592							
Namur							
	BOURGEOIS	Albert	St Luc	Ch de Waterloo, 98 5002 Saint-Servais	bourgeois@cabinetmedicalpegase.be	081/20.91.11	
	BORGNIE	Olivier	CH Dinantais		olivier.borgnie@skynet.be	082/21.24.32	
	BUERES					081/20.91.11	
	DOMINGUEZ	Isabelle	St Luc		isabellebueres@yahoo.fr		
	DE GREZ	Thierry	CHR Namur		t.d.g@usa.net	081/72.69.69	
	DE RONDE	Thierry	Mt-Godinne		deronde@gaen.ucl.ac.be	081/42.32.51	
	GEHENOT	Myriam	Ste Elisabeth		myriam.gehenot@cmsenamur.be	081/72.05.50	
	LEFEBVRE	Véronique	CHR Namur		v.lefebvre@skynet.be	081/72.69.07	
	MALDAGUE	Philippe	St Luc		philippe.maldague@gmail.com	081/20.91.11	
	MARTINET	Jean-Paul	Mt-Godinne		martinet@gaen.ucl.ac.be	081/42.32.51	
	MEESSEN	Jean-Pierre	St Luc		jmeessen@hotmail.com	081/20.91.11	
	MELANGE	Michel	Mt-Godinne		michel.melange@gaen.ucl.ac.be	081/42.32.51	
	NGUYEN-UNH	Phung	CH Dinantais		phung911@hotmail.com	082/21.24.32	
	SCHOOFS	Nathalie	CHR Val de Sambre			071/26.52.11	
	VAN HOOFF	Marc	St Luc		mvanhooff@clearwire.be	081/20.91.11	
	VAN HOUTE	Bernard	CHR Val de Sambre		bernard.vanhoute@skynet.be	071/26.52.11	
	DENIS	Brigitte		Avenue Reine Elisabeth 103 - 5300 Andenne		085/84.51.28	


Province du Luxembourg


	NOM	PRENOM	HOPITAL	ADRESSE	Email	Téléphone	Mobile
GLEM 0510							
	DE LEEUW	Pascal	Hopital Princesse Paola	Rue du Vivier 21 - 6900 Aye	deleeuw.pascal@ifac.be	084/219.211	
	WILPUTTE	Jean-Yves	Clinique Saint Joseph	Rue des Déportés 137 - 6700 Arlon	jywilputte@hotmail.com	063/231.111	
	CARTENIAN	Robert	Hopital Sainte Thérèse	Rue d'Houffalize 1A - 6600 Bastogne	robert.cartenian@belqacom.net	061/240.111	
	MOKKADDEM	Fady	CHA - Clinique Notre Dame de la miséricorde	Avenue d'Houffalize 35 - 6800 Libramont	fady.mokkadem@skynet.be	061/238.111	


The background of the slide features a dense pattern of vibrant green leaves, likely from a tree, with visible veins. At the bottom of the image, there are soft, circular ripples in a light blue-green water, creating a natural and fresh aesthetic. The text is centered within a semi-transparent white rounded rectangle.

Pré-test du programme Résultats

SCPS-Question Santé

- 
- ✿ **La procédure du programme de dépistage a été expérimentée grâce à la collaboration de médecins généralistes volontaires.**
 - ✿ Neuf médecins généralistes se sont portés volontaires pour tester les prototypes de l'ensemble des éléments.

- 
- ✿ Chacun d'entre eux devait utiliser le matériel auprès de 6 personnes âgées de 50 à 74 ans choisies de façon aléatoire dans la patientèle.
 - ✿ L'objectif : tester les outils ainsi que la procédure du dépistage

- 
- ✿ **5 médecins sur 9 ont réalisé le test**
 - ✿ **4 médecins parmi les 9 médecins volontaires n'ont donc pas participé au test.**

Tests reçus


	N test reçus	Hommes	Femmes
Médecin 1	6	3	3
Médecin 2	3	2	1
Médecin 3	5	1	4
Médecin 4	5	3	2
Médecin 5	3	0	3
	22/30	9/14	13/16





✿ 22 patients sur 30 ont réalisé le test soit 73% de taux de participation de la part de la population.

✿ **1 test positif (homme)/ 22**

→ **Coloscopie** : 1 adénome vilieux en dysplasie légère

- 
- ✿ *Près d'un patient sur deux n'a pas posé de question (13/30).*
 - ✿ *Première préoccupation : si le test est positif, qu'est-ce que cela entraîne (que va-t-il falloir faire, est-ce un cancer) ?*
 - ✿ *Un patient sur trois n'évoque pas d'obstacle.*
 - ✿ *La méconnaissance de l'utilité du dépistage pour le cancer colorectal se confirme.*

- 
- ✿ *La description concrète du test de dépistage est fondamentale.*
 - ✿ *En réponse à la méconnaissance de l'utilité du dépistage, le médecin consacre souvent du temps à expliquer l'intérêt du dépistage ainsi que son rôle de prévention en tant que médecin généraliste.*

- 
- ✿ *La relation de confiance du patient avec son médecin généraliste est souvent déterminante dans l'acceptation du test de dépistage par le patient.*
 - ✿ *Une attitude préventive ainsi qu'une perception des bénéfices du dépistage sont également primordiales.*

Conclusions – côté patient

Ce qui apparaît fondamental, c'est :

- ✿ une explication claire et précise du déroulement du test de dépistage ainsi que du suivi qui sera donné : résultats, éventuels examens complémentaires,
- ✿ une explication claire et concrète du but poursuivi et des bénéfices du dépistage,
- ✿ l'importance du lien entre patient et médecin généraliste: cette relation de confiance est fondamentale.

Conclusions – côté médecin

- ✿ Les médecins sont unanimes : ils manquent de temps. Certains argumentent : il ne faut pas brusquer le patient, en parler une première fois pour en reparler lors d'un deuxième entretien.
- ✿ L'ensemble du programme et du matériel semble très largement apprécié malgré une présentation encore sommaire.
- ✿ Quelques remarques ont été émises et seront retenues pour améliorer les outils proposés.



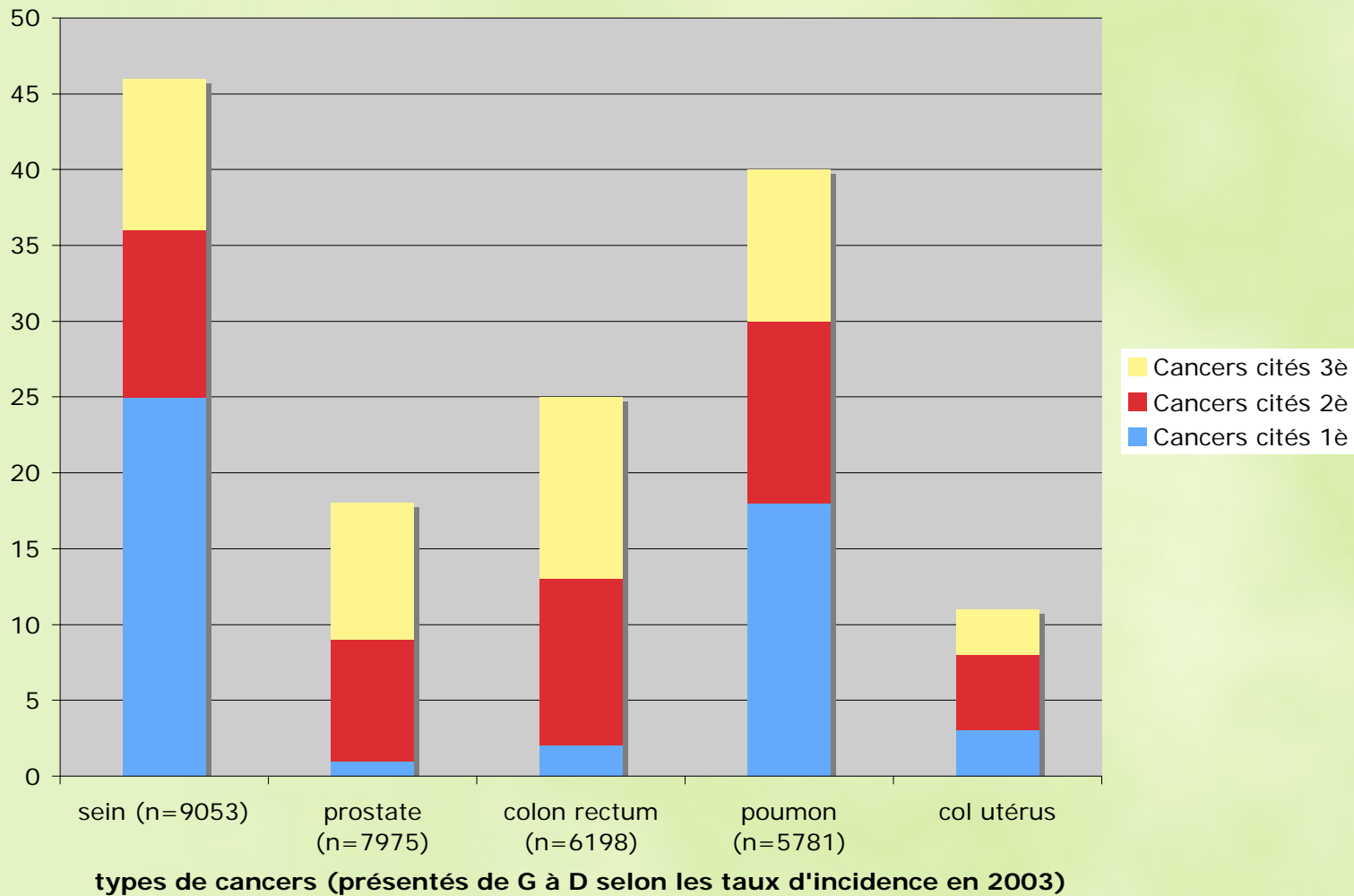
Focus groupes
Dépistage du cancer colorectal

Mai 2008
SCPS Question Santé asbl

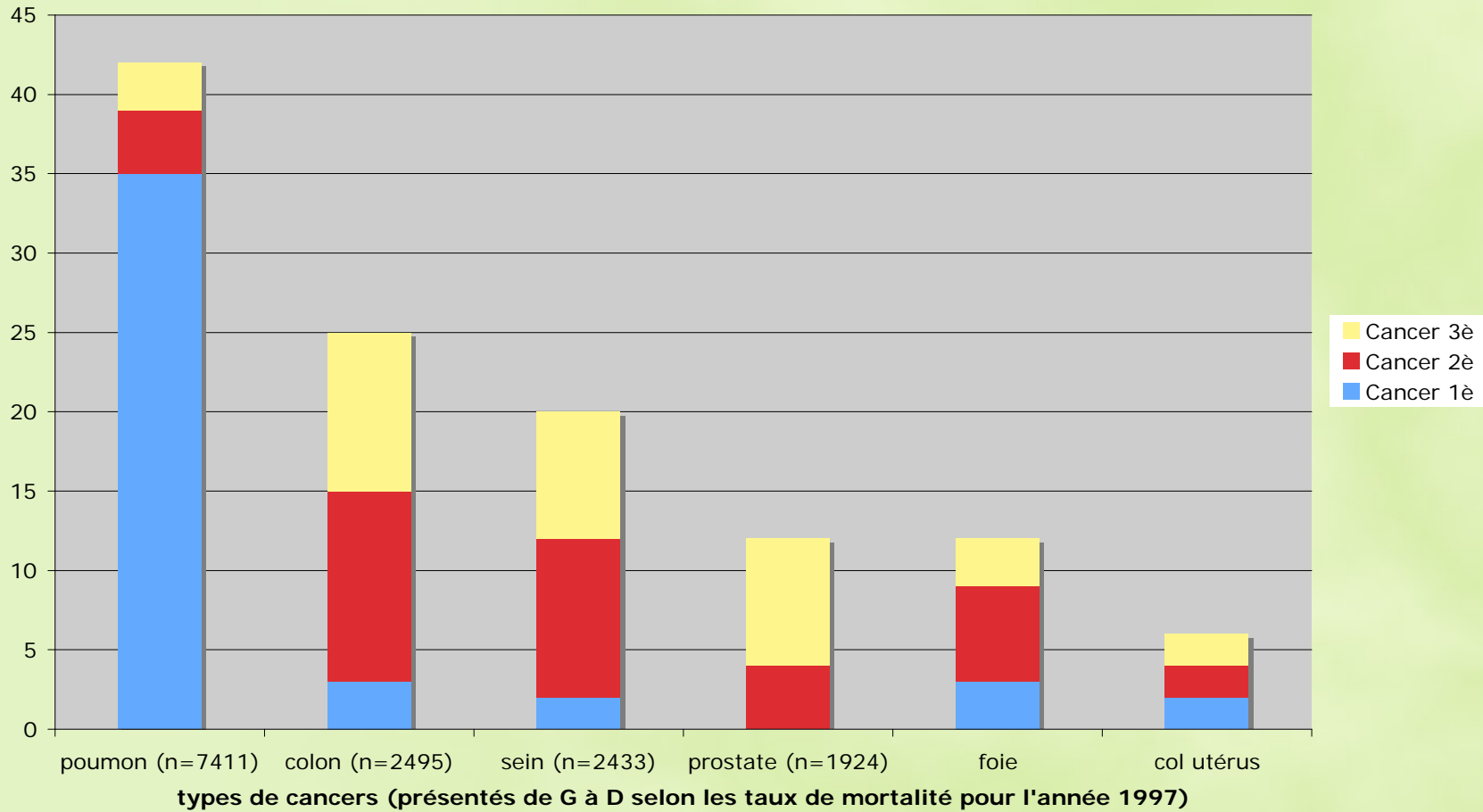
Objectifs

- ✿ Connaissances / Méconnaissances
- ✿ Évaluation des intentions de comportements
- ✿ Peurs, réticences, obstacles...
- ✿ Attentes

cancers les plus fréquents



Cancers les plus mortels



Si un dépistage était proposé gratuitement, le feriez-vous ?

Les personnes réagissent très différemment les unes des autres :

- * Certaines sont d'accord, sans réticence: autre expérience positive...
- * Certaines hésitent : cela dépend de l'examen proposé, s'il est fiable,...
- * D'autres refusent : on nous fait paniquer, je ne veux pas savoir

Il est très difficile de prévoir toutes les réactions et de rencontrer d'emblée les réticences de chacun.

La répétition de l'information sous différentes formes et le colloque singulier avec le médecin traitant joueront un rôle fondamental.

On va éventuellement dépister quelque chose dont vous ne souffrez pas. Selon vous, qu'est-ce qui va vous convaincre ?

- ✱ La peur d'avoir quelque chose
 - ✿ Des symptômes
 - ✿ Des alertes personnelles : sentiment de risque d'être atteint par la maladie, signaux d'alarme
- ✱ Des antécédents familiaux
- ✱ La fréquence de la maladie
- ✱ Le fait que je ne peux pas le détecter personnellement ou trop tard
- ✱ Si c'est gratuit, ça aide
- ✱ L'efficacité du traitement
- ✱ Guérissable ou non, sinon je ne le ferais pas
- ✱ Les chances de réussite
- ✱ Connaître le stade d'évolution

Quelles sont vos sources d'information ?

- * *l'information dans presse,*
- * *un écrit, une affiche*
- * *des outils d'infos dans la salle d'attente du médecin*
- * *Ma femme, mon conjoint*
- * *La TV oui, mais certains ne la regardent pas*
- * *la radio oui*
- * *le journal, la presse*
- * *mon médecin traitant*

Il faut plusieurs canaux, sources d'informations

Il faut à la fois **des informations objectives et un côté plus relationnel, affectif, rassurant** : on peut poser des questions, on a un contact, on discute. Les réponses techniques ne sont pas suffisantes.

Mais **certains réagissent négativement à l'information** : non, j'ai trop peur, j'aime autant pas savoir.

Si vous receviez une invitation personnelle pour bénéficier du dépistage ?

- ✿ Certaines personnes mettent ce type d'infos à la poubelle : parce que je ne veux pas me poser de questions, parce que je ne me sens pas concernée.
- ✿ D'autres - une majorité - approuvent le procédé sans réserve.
- ✿ Quelques personnes évoquent le fait qu'elles n'ont pas de médecin traitant.
- ✿ **Aspect discrétion – anonymat est important**

Il s'agira de prélever des selles, comment réagissez-vous ?

- ✿ **A propos du test sur les selles**, de façon quasi unanime, les patients apprécient cet examen : c'est facile, simple et peu invasif, sans risque.
- ✿ Cet avis général et ces arguments seront à mettre en évidence dans la communication vers le grand public... aussi bien que vers les médecins.
- ✿ **L'information sur les résultats est importante** : est-ce que le système est sûr ? Si rien n'est dit à ce propos, cela donne l'impression que ça cafouille, que ce n'est pas sérieux.

Si l'examen est positif, il faut faire une coloscopie.

Comment réagiriez-vous ?

- * *Moi je prends deux trois Amaretto ou Limoncello avant d'y aller...*
- * *Heureusement, maintenant cela se fait sous sédation...*
- * *Il y la position, ça met mal à l'aise, je le fais parce que je vais pas rester comme ça.*
- * *L'idée reste que ça fait mal, cet examen est considéré comme une horreur.*
- * *Il faut dire que cela se fait sous anesthésie.*
- * *Une pointe d'humour...*
- * *En parler, ne pas en parler, il y a une question de pudeur. Il y a comme une sorte de honte de faire une coloscopie, c'est un sujet encore tabou, c'est délicat.*
- * *Je le fais mais je négocie avec le gastro pour que cela soit indolore (valium, anesthésie etc.)*
- * *Je le fais si cela m'empêche d'avoir le cancer ou me donne de bonnes chances de guérir.*

A travers les différentes questions, quel rôle le public attribue-t-il au médecin traitant ?

- ✿ Le médecin traitant est une personne de référence pour ses patients, concernant leurs questions de santé.**
- ✿ Son influence est importante dans les choix et décisions que le patient va prendre : c'est un conseiller, une personne de confiance qui informe, prescrit, rassure.**
- ✿ Son avis compte et le public attend qu'il joue ce rôle dans une campagne de dépistage telle que celle proposée.**

Test de la procédure de dépistage du cancer colorectal par les médecins généralistes

RAPPORT D'ÉVALUATION DU TEST

Des **prototypes** de l'ensemble des éléments qui seront utilisés lors du programme de dépistage ont été conçus et réalisés :

- la brochure explicative du programme pour le médecin généraliste,
- le questionnaire médical,
- une enveloppe pré-adressée avec « Port payé par le destinataire » à remettre au patient pour renvoyer le test Hemocult et le questionnaire,
- le dépliant informatif pour le patient devant réaliser le test Hemocult II,
- le dépliant spécifique pour le patient devant avoir un suivi spécifique (visite gastro-entérologue avec coloscopie)
- le formulaire standardisé de prescription de la coloscopie : 3 feuilles autocopiantes à remettre au patient (un exemplaire destiné au gastro-entérologue, un au Centre de référence et un au médecin généraliste)

La procédure du programme de dépistage a été expérimentée grâce à la collaboration de médecins généralistes volontaires.

Neuf médecins généralistes volontaires ont été sollicités pour tester les prototypes de l'ensemble des éléments qui seront utilisés lors du programme de dépistage.

Ces médecins se sont portés volontaires lors des séances de formation réalisées en mai 2008.

Le matériel leur a été envoyé le 20 juin 2008.

Chacun d'entre eux devait utiliser ce matériel auprès de 6 personnes âgées de 50 à 74 ans choisies de façon aléatoire dans leur patientèle.

L'objectif était de tester les outils ainsi que la procédure du dépistage pour mettre en évidence d'éventuels problèmes non attendus et pour ajuster les outils qui seront utilisés dans le programme.

5 médecins sur 9 ont effectivement réalisé le test.

4 médecins parmi les 9 médecins volontaires n'ont donc pas participé au test.

Un des médecins généralistes a signalé son impossibilité à participer au test à cause de réalités familiales difficiles pendant la période de test.

Ce premier résultat est interpellant quant à la participation des médecins généralistes au programme de dépistage du cancer colorectal si, parmi des médecins volontaires, seulement un peu plus de 50% d'entre eux sont effectivement actifs.

Localisation des médecins faisant partie du test

	Participant	Non participant	Total
Région bruxelloise	1		1
Province Namur	1		1
Province Hainaut	2	2	4
Province Liège	1	1	2
Province Luxembourg		1	1
Province Brabant wallon			0

Tests reçus à l'Unité de dépistage au 10 septembre 2008

Quelques informations sur les patients ayant réalisé le test :

14 hommes et 16 femmes ont été sollicités.

La moyenne d'âge est de 61,8 ans.

Groupes d'âge	Nombre
De 50 à 54 ans	5
De 55 à 59 ans	6
De 60 à 64 ans	7
De 65 à 69 ans	9
De 70 à 74 ans	3
	N = 30

Médecins	Localité	N test reçus	Hommes	Femmes
Médecin 1	Mortier	5	3	2
Médecin 2	Mettet	5	1	4
Médecin 3	Charleroi	6	3	3
Médecin 4	Bruxelles	3	0	3
Médecin 5	Ronquières	3	2	1
	TOTAL	22/30	9/14	13/16

1 test positif (homme)/ 22

→Coloscopie : 1 adénome villositaire en dysplasie légère

22 patients sur 30 ont réalisé le test soit 73% de taux de participation de la part de la population.

Réponses aux questionnaires 'patient'

Quelles sont les questions posées par le patient ?

(n=13) Le patient n'a pas posé de question

(n=11) Et si c'est positif, qu'est-ce qui se passera ?

(n=9) A quoi ça sert ?

(n=9) Quels sont les risques que j'ai un cancer ?

(n=9) Vous pensez réellement que je dois le faire ?

(n=5) Si le test est positif, est-ce que c'est forcément un cancer ?

(n=3) Est-ce que vous pensez que j'ai un cancer ?

(n=2) A quel rythme faut-il faire ce test ?

Commentaires :

Près d'un patient sur deux n'a pas posé de question (13/30).

Première préoccupation : si le test est positif, qu'est-ce que cela entraîne (que va-t-il falloir faire, est-ce un cancer) ?

Quels sont les obstacles évoqués par le patient, ses réactions ?

(n=10) *Aucun*

(n=7) Méconnaissance de l'utilité du dépistage

(n=5) Peur de la maladie, des résultats, des conséquences si coloscopie

(n=4) Dégoût, gêne par rapport au sujet, au test à réaliser

(n=4) Difficulté de compréhension

(n=2) Manque de temps

(n=2) Pas concerné

(n=2) Banalisation : par ex. du sang dans les selles, ce sont mes hémorroïdes

(n=2) Histoire négative du cancer pour lui-même ou liée à celle d'un proche

(n=1) Sentiment d'appréhension du test

(n=1) Fatalisme : de toute façon, il faudra bien mourir de quelque chose

Commentaires :

Un patient sur trois n'évoque pas d'obstacle.

La méconnaissance de l'utilité du dépistage pour le cancer colorectal se confirme.

Quels sont les arguments que vous avez utilisés ?

(n=18) Précisions pratiques quant au test de dépistage

(n=12) Explication de l'intérêt du dépistage

(n=6) Explication de votre rôle de prévention

(n=5) Ecoute et reconnaissance de son point de vue

(n=4) Dédramatisation, reformulation de différents éléments

Commentaires :

La description pratique du test de dépistage est fondamentale.

En réponse à la méconnaissance de l'utilité du dépistage, le médecin consacre souvent du temps à expliquer l'intérêt du dépistage ainsi que son rôle de prévention en tant que médecin généraliste.

Quels sont les facteurs favorables évoqués par le patient ?

(n=18) Confiance dans ce que vous lui proposez

(n=16) Attention habituelle à sa santé et à la prévention

(n=15) Perception des bénéfices du dépistage

(n=8) Sensibilisation par des cas familiaux ou de proches

Commentaires :

La relation de confiance du patient avec son médecin généraliste est souvent déterminante dans l'acceptation du test de dépistage par le patient.

Une attitude préventive ainsi qu'une perception des bénéfices du dépistage sont également primordiales.

Acceptation du dépistage par le patient lors de la consultation

	OUI	NON
Médecin 1	5	1
Médecin 2	6	

Médecin 3	6	
Médecin 4	6	
Médecin 5	6	
	29	1

Conclusions – côté patient

Ce qui apparaît fondamental, c'est :

- une explication claire et précise du déroulement du test de dépistage ainsi que du suivi qui sera donné : résultats, éventuels examens complémentaires.
- une explication claire et concrète du but poursuivi et des bénéfices du dépistage.
- l'importance du lien entre patient et médecin généraliste : cette relation de confiance est fondamentale.

Réponses aux questionnaires 'médecin'

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?

- (n=5) Manque de temps
- (n=1) Besoin d'une rémunération spécifique
- (n=1) Sentiment de manquer d'outils relationnels pour négocier avec le patient
- (n=1) Peur de 'déranger' le patient
- (n=1) Peur de générer de l'angoisse chez certains

Remarque émise par un répondant :

Il est indispensable d'introduire la notion de dépistage lors d'une consultation du patient et de réserver une deuxième consultation pour l'échange motivationnel et la procédure. Dans une consultation avec d'autres patients qui attendent, on manque de temps avec le risque de brusquer le patient.

Quels sont les facteurs favorables ?

- (n=4) Formation scientifique suffisante
- (n=4) Support écrit utile et suffisant
- (n=4) Matériel adéquat pour le patient
- (n=4) Expérience de plusieurs cas de cancers colorectaux dans la patientèle (volonté renforcée de lutter contre cette maladie)
- (n=4) Vision du métier de médecin généraliste incluant une dimension de santé publique
- (n=4) Confiance dans la capacité de gérer un entretien préventif
- (n=3) Actions de prévention valorisant la fonction de médecin généraliste
- (n=3) Motivation à participer à un programme de dépistage

Avez-vous lu la brochure médecin

- (n=3) Totalement
- (n=2) En partie
- (n=0) Non

Son contenu est-il suffisant ? 4/5

Son contenu est-il compréhensible ? 4,6/5

L'avez-vous réutilisée dans le courant du pré-test ?

(n=3) Oui

(n=2) Non

Pour chercher des données statistiques

Pour chercher la fréquence du cancer colorectal, le pourcentage de mortalité

Le questionnaire médical

Facile d'utilisation 4,75/5

Compréhensible 4,75/5

Complet 4,33/5

Le dépliant pour le patient « Hemocult »

Est-il une aide ? 4,4/5

Est-il compréhensible ? 4,4/5

Est-il complet ? 4/5

Remarque émise par un répondant :

Il faut plus insister sur la possibilité de découvrir des lésions bénignes potentiellement dangereuses si absence d'intervention.

La demande adressée au gastro-entérologue pour la coloscopie

Facile d'utilisation 4,25/5

Compréhensible 4/5

Complète 4/5

Le dépliant pour le patient « risque élevé – coloscopie »

Aide pour intervention 4,2/5

Compréhensible 4,4/5

Complet 4,2/5

Remarques émises par les répondants :

- *contradiction entre la brochure « médecin » où le cancer du colon est présenté comme le 3^{ème} cancer chez l'homme et la brochure « patient coloscopie » où il est présenté comme le 2^{ème} cancer chez l'homme.*
- *Slogan de la première page « ne me fait pas peur » ????*

La présentation de l'ensemble du matériel

4,2/5

Remarques émises par les répondants :

Texte clair et compréhensible, bonne compréhension du lecteur

Pas de zone d'ombre

Non alarmiste sans être édulcoré

Il faudrait peut-être insister sur le fait qu'en cas de test négatif, il faut consulter s'il y a des symptômes dans l'intervalle entre deux tests.

Je pense que l'on devrait disposer d'un Hemocult de démonstration pour les formations.

Les modalités de l'ensemble du programme de dépistage

4,6/5

Remarques émises par les répondants :

Très utile sur le plan sociétal

Grandit le rôle et la confiance au généraliste

Nécessité d'un gros support médiatique 'imagé' pour motiver les patients

Suggérer que ce dépistage se réalisera en deux temps ou sur rendez-vous (le temps d'expliquer et de motiver le patient)

Difficultés de compréhension de plusieurs patients : de quoi s'agit-il ? dû à quoi ? faut-il du matériel d'information complémentaire pour pallier à cela ?

Conclusions – côté médecin

Les médecins sont unanimes : ils manquent de temps. Certains argumentent : il ne faut pas brusquer le patient, en parler une première fois pour en reparler lors d'un deuxième entretien. L'ensemble du programme et du matériel semble très largement apprécié malgré une présentation encore sommaire.

Quelques remarques ont été émises et seront retenues pour améliorer le contenu des outils proposés.

Un profil de médecin particulier ou un profil de patients particuliers ? Aucun des patients d'un médecin ne lui a posé de question. Tous ont déclaré accepter de faire le test de dépistage. Qu'en est-il de la compliance ?

Focus groups

Programme de dépistage du cancer colorectal

Synthèse et perspectives

Réalisation de 4 focus groups en mars 2008 dans 2 régions différentes : Bruxelles et Namur.
Recrutement de personnes de 50 à 74 ans – parité hommes/femmes
Au total, 4 focus groups ont eu lieu dont deux groupes mixtes, un groupe ‘hommes’ et un groupe ‘femmes’

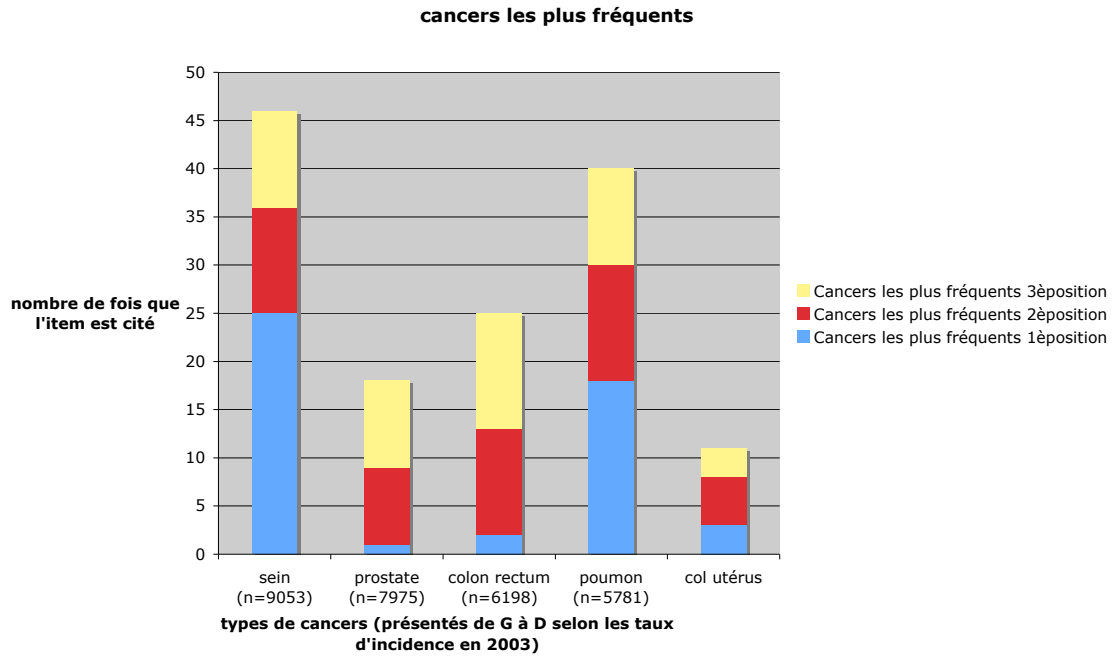
Objectifs de ces focus groups

- évaluer la connaissance/méconnaissance concernant le cancer de l'intestin (par rapport aux autres cancers, quels sont les cancers les plus fréquents ? quels sont les cancers les plus mortels ? pourquoi pensez-vous cela ?
- évaluer les comportements si un dépistage était proposé : qui est le mieux placé pour vous le proposer ? et si un dépistage était proposé, le feriez-vous ? si c'était un Hémocult® ? si c'était une coloscopie ?
- explorer les hésitations et obstacles perçus concrets mais aussi subjectifs (peur, pudeur, intimité...)
- préciser les attentes, les besoins du public visé, évaluer les attentes vis-à-vis du personnel soignant, de l'entourage de la famille

Les questions posées étaient les suivantes

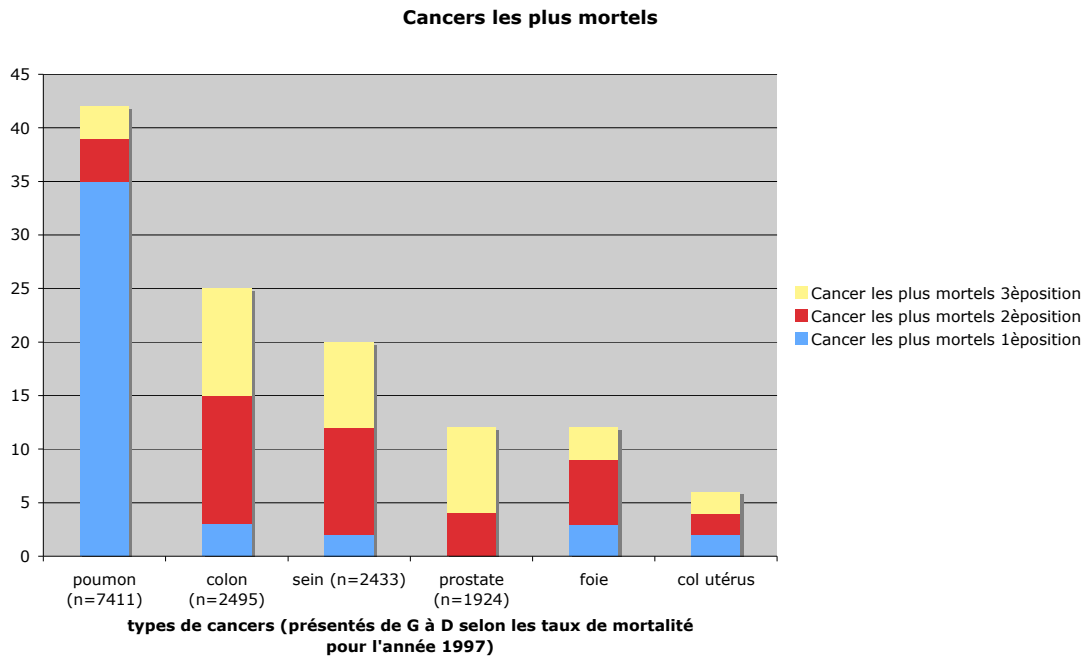
- quels sont les cancers les plus fréquents ?
- quels sont les cancers les plus dangereux, les plus mortels ?
- Si un dépistage gratuit était proposé pour le cancer de l'intestin, le feriez-vous ?
- Qui est le mieux placé pour vous le proposer ?
- Si votre médecin traitant vous le proposait ?
- Si une campagne vous proposait de vous rendre chez votre médecin traitant pour en bénéficier ?
- Si vous receviez une lettre personnelle pour vous rendre chez votre médecin traitant pour en bénéficier ?
- S'il s'agissait de faire soi-même un prélèvement sur ses selles et puis d'envoyer le prélèvement au labo ?
- Qu'est-ce qui vous aiderait à le faire ?
- Qu'est-ce qui vous gênerait ?
- Qu'est-ce qui vous ferait peur ?
- Auriez-vous besoin d'aide ? de qui ? pour quoi ?
- Si le test se révèle positif ? si vous devez faire une coloscopie comme examen complémentaire ?

1. Selon vous, quels sont les cancers les plus fréquents ?



On peut constater que les cancers de la prostate et du colon rectum sont sous-estimés en termes d'incidence. Ce qui nous intéresse principalement pour le cancer du colon et du rectum... Il est connu mais son importance est peu reconnue. Cette sous-estimation sera à travailler dans la communication grand public.

2. Selon vous, quels sont les cancers les plus mortels ?



En termes de mortalité, la perception du public est plus proche de la réalité. Il ne faudra donc pas dramatiser dans les messages en appuyant sur la mortalité mais plutôt insister sur la fréquence et donc le risque pour un nombre important de personnes d'en être atteint. Et sur l'importance du dépistage pour favoriser la guérison.

3. Si un dépistage était proposé gratuitement, le feriez-vous ?

J'irais +++ – quelques « j'irais pas ».

J'irais mais j'ai besoin d'informations claires et puis, si c'est un examen qui ne pose pas trop de problème (ne plus savoir conduire...)

Cela dépend de l'examen proposé... Les personnes parlent de toucher rectal, frottis, centre de dépistage, radio, coloscopie...

Mais il faut que l'examen soit fiable : si le dépistage propose quelque chose dont les résultats ne sont pas sûrs, BOF.

Je fais le dépistage parce que je suis une personne à risque.

Je ne veux pas céder à la panique, on pourrait faire des dépistages sur tout, alors si j'ai pas de risque, non.

Cela n'arrive qu'aux autres... Vu mon entourage (décès), ben, ça pourrait être moi.

Si je trouve que je suis à risque, dans la famille, j'y vais.

J'attends des renseignements qui me disent que vous avez des risques. Je veux savoir quoi.

Y a parfois qu'on passe à côté.

Si l'examen de dépistage est invasif, ce n'est pas sans risque, si c'est pas d'emblée rentrer un truc là-bas...

Je n'ai pas de problème de santé, j'essaie de prendre du recul, je ne fais pas le dépistage tout de suite. Sinon je vais m'affoler, je ne me précipite pas.

Pas de dépistage, si pas d'information ou si pas quelque chose de tangent.

Si j'ai des symptômes au niveau digestif, si quelque chose ne me convient pas, je suis mon propre médecin.

Au départ, non pas de dépistage, c'est désagréable.

J'en parlerais à mon médecin traitant.

Je suis partante pour le dépistage quand je vois la façon dont le cancer tue et fait souffrir, je veux avoir le cœur net.

Quand il y aura une gélule à avaler pour la scopie, j'irai, ce sera ok mais pas la coloscopie.

Les personnes réagissent très différemment les unes des autres :

- Certaines sont d'accord, sans réticence : parce qu'elles ont l'expérience positive d'autres examens de dépistage, parce qu'elles se sentent à risque, parce que c'est une bonne proposition...

- Certaines hésitent : cela dépend de l'examen proposé, s'il est fiable,...

- D'autres refusent : on nous fait paniquer, je ne ferai pas les examens, je ne veux pas savoir

Il est très difficile de prévoir toutes les réactions et de rencontrer d'emblée les réticences de chacun. La répétition de l'information sous différentes formes et le colloque singulier avec le médecin traitant joueront un rôle fondamental.

4. On va éventuellement dépister quelque chose dont vous ne souffrez pas. Selon vous, qu'est-ce qui va vous convaincre ?

- La peur d'avoir quelque chose
- des symptômes
- des alertes personnelles : sentiment de risque d'être atteint par la maladie, signaux d'alarme
- des antécédents familiaux
- la fréquence de la maladie
- le fait que je ne peux pas le détecter personnellement ou trop tard
- si c'est gratuit, ça aide

- L'efficacité du traitement
- Guérissable ou non, sinon je ne le ferais pas
- Les chances de réussite
- Connaître le stade d'évolution
- Statistiques sur le dépliant

5. Quelles sont les sources d'information auxquelles vous vous référez ? Qui est le mieux placé pour vous le proposer ?

- l'information dans presse,
- un écrit, une affiche
- des outils d'infos dans la salle d'attente du médecin
- Ma femme, mon conjoint
- La TV oui, mais certains ne la regardent pas
- la radio oui
- le journal, la presse
- mon médecin traitant

J'ai des amis, mon entourage, le dictionnaire médical, le médecin traitant.

Une émission TV, des témoignages, on est concerné. S'il y a un reportage sur un sujet, je regarde, je veux avoir plus d'infos.

Nous sommes noyés d'informations et elles sont souvent alarmantes, je chercherais une source fiable, recouper les infos. Je suis vite prise par la panique sinon. Des témoignages, non. J'ai confiance en mon médecin traitant. D'abord par la presse.

On voit beaucoup d'informations mais est-ce que ça touche les gens ? Peut-être ceux qui ont des problèmes. Ok par le médecin traitant.

Plusieurs sources d'infos, des personnes compétentes, des amis, l'entourage

Il faut une info de base : la radio, des journaux toutes-boîtes, dans les lieux publics, la salle d'attente du médecin, les documents de la mutualité, les pharmaciens, les médecins (?) cela dépend de la relation.

J'attends que le médecin me dise, selon ses dires, je fais ou je fais pas.

Pour moi, les médias sont les meilleurs. Le cancer nous concerne tous, on se dit tous, il va peut-être m'arriver des bricoles. Par rapport à ça, certains se disent j'y vais et d'autres j'y vais pas.

Il faut des infos très claires, des symptômes concrets et clairs. Il ne faut pas alarmer.

(Il y a débat autour de : faut-il des infos qui choquent ou pas ?)

On est envahi d'images-chocs, moi, je zappe.

Je fais le tri, je zappe tout et je ressens quelque chose dans mon corps.

Je vais réagir en fonction d'un suivi tous les ans, j'en parle à mon médecin.

Le médecin traitant

Une brochure avec une auto-évaluation, qui me permet de voir si je suis concerné ou pas

Des statistiques : pour évaluer le risque

Il faut que les gens sachent, il faut de l'info pour tous et que chacun choisisse. On est des adultes, on sait décider. Il y a quelque chose de dérangentant dans les messages prescriptifs.

Quand vous dites, on pourrait arrêter et foutre la paix, avec le tabac on a fait du rabâchage

Dans une campagne quand c'est gratuit, c'est bien.

La prévention vaut son pesant d'or, cela dépend de l'histoire personnelle.

Le pourcentage, l'évaluation du risque, c'est important (comparaison avec le Lotto, il y a 1/1.000.000 qui gagne et on joue ; quand c'est une personne sur 5, on ne fait rien...)

Avec la prévention, on fait une économie pour tout le monde si on se fait dépister tous.

Il faut insister sur le côté régulier, récurrent, tous les deux ans, et le suivi, c'est contraignant. Il faut mettre en avant le bénéfice d'années de vie gagnées en bonne santé.

Je suis prête à faire tous les examens de prévention sauf ceux où je crois que ça peut être positif. Je fume donc pas les poumons. Par contre, je n'ai pas peur du cancer de l'intestin. Dans les files qu'une personne prenne la peine de me tendre la brochure comme ils l'on fait chez Partena.

Il existe une filière logique (salle d'attente médecin, pharmacie, mutuelle) en-dehors de ça pas de salut.

Pour les personnes étrangères : plannings familiaux, centres culturels, maison communale, traduite dans certaines langues selon les communes.

Peut-être faire deux types de brochures avec 2 niveaux de langage pour ceux qui maîtrisent bien la langue et plus accessible pour les autres.

Vous évoquez à plusieurs reprises le cancer du sein en disant que vous avez été très informés. Par quel biais avez-vous reçu cette information ? Réponse/ Par tous les médias, on a été bombardés (radio, TV, affiche, journaux etc.). Donc c'est efficace ? Réponse/ Oui...

Il faut plusieurs canaux, sources d'informations, c'est le côté redondant et récurrent des informations qui fait réfléchir et aide à la décision.

Mais il faut à la fois **des informations objectives et un côté plus relationnel, affectif, rassurant** : on peut poser des questions, on a un contact, on discute. Besoin de renforcement, les réponses techniques ne sont pas suffisantes.

Mais certains réagissent négativement à l'information : non, j'ai trop peur, j'aime autant pas savoir.

6. Si vous receviez une invitation personnelle pour vous rendre chez votre médecin pour en bénéficier ?

Certaines personnes mettent ce type d'infos à la poubelle : parce que je ne veux pas me poser de questions, parce que j'ai une bonne hygiène alimentaire et que je ne me sens pas concernée.

D'autres – une majorité - approuvent le procédé sans réserve.

Quelques personnes évoquent le fait qu'elles n'ont pas de médecin traitant.

Tout ça coûte cher (les soins de santé), c'est difficile, je me méfie, on n'est jamais sûr, avant de m'engager à payer cher.

Si le médecin l'a en stock chez lui, on en parle à l'occasion d'une consultation, je ne fais pas une consultation de plus.

Je la mets de côté, je réfléchis, après peut-être... Il me faut plus de renseignements : par ex, 65% des personnes... Il faut un seuil....

Si on est invité à aller chez le médecin, ah non ! c'est encore un truc pour faire payer une consultation. Si je reçois le matériel chez moi, c'est ok, si je dois me déplacer chez le médecin, c'est non.

L'invitation personnelle est reçue positivement par beaucoup de participants : « J'y vais parce que c'est tombé dans ma boîte aux lettres et que j'en ai entendu parler et que c'est tout près de chez moi, c'est une opportunité ! »

Aspect discrétion – anonymat est important. Certains évoquent le bus de prévention au milieu du village... Sexuation des examens, c'est peut-être plus facile pour une femme...

7. Il s'agira de prélever des selles, comment réagissez-vous ?

Il faut tout bien expliquer, une brochure. Il faut expliquer comment faire

Quelques rares personnes n'apprécient pas du tout : cela me donne la nausée rien qu'à l'idée (elle quitte la réunion !)

D'autres évoquent le côté facile : c'est tellement naturel, tu le fais toi-même chez toi, c'est très simple, c'est pas cher, c'est un examen anodin, plus tôt la maladie est soignée, plus on a de chances

Cela va, c'est pratique, on fait ça chez soi, à l'aise, c'est moins agressif, ce n'est pas invasif, on fait ça soi-même, on se sent plus impliqué, c'est une bonne formule.

Une personne (du métier de la santé) est plus mitigée, y a des polypes qui ne saignent pas, je préfère directement la coloscopie.

A propos de l'Hémocult®, de façon quasi unanime, les patients apprécient cet examen : c'est facile, simple et peu invasif, sans risque.

Cet avis général et ces arguments seront à mettre en évidence dans la communication vers les médecins... aussi bien que vers les patients.

L'information sur les résultats est importante : est-ce que le système est sûr ? Le silence donne l'impression que ça cafouille, c'est flou, c'est pas sérieux. Les personnes attendent des nouvelles et doivent savoir comment elles auront les résultats.

8. Si l'examen est positif, il faut faire une coloscopie, comment réagissez-vous ?

Moi je prends deux trois Amaretto ou Limoncello avant d'y aller...

Heureusement, maintenant cela se fait sous sédation...

Il y la position, ça met mal à l'aise, je le fais parce que je vais pas rester comme ça.

Une dame préfère faire la coloscopie d'emblée.

L'idée reste que ça fait mal, cet examen est considéré comme une horreur.

Il faut dire que cela se fait sous anesthésie.

Une pointe d'humour...

En parler, ne pas en parler, il y a une question de pudeur. Il y a comme une sorte de honte de faire une coloscopie, c'est un sujet encore tabou, c'est délicat.

Je le fais mais je négocie avec le gastro pour que cela soit indolore (valium, anesthésie etc.)

Je le fais si cela m'empêche d'avoir le cancer ou me donne de bonnes chances de guérir.

Doit-on parler de la coloscopie en cas de résultat positif lors de l'information générale de départ (invitation et éventuellement brochure) ?

- *Oui on doit tout dire*
- *Non, mon médecin m'en parlera le cas échéant (si je le sais d'avance je n'irais pas).*
- *Oui*
- *Non j'ai confiance en mon médecin*
- *Non*

Les avis sont partagés, il faut donner une information de base sans faire paniquer.

9. A travers les différentes questions, quel rôle le public attribue-t-il au médecin traitant ?

J'en parlerais à mon médecin traitant.

Si le médecin l'a en stock chez lui, on en parle à l'occasion d'une consultation, je ne fais pas une consultation de plus.

J'attends que le médecin me dise, selon ses dires, je fais ou je ne fais pas.

J'en parlerais à mon médecin traitant.

Le médecin, mon médecin : j'ai confiance, il me rassure.

Je vais réagir en fonction d'un suivi tous les ans, j'en parle à mon médecin.

Le médecin traitant est ma source d'information de référence

Nous sommes noyés d'informations et elles sont souvent alarmantes, je chercherais une source fiable, recouper les infos. Je suis vite prise par la panique sinon. Des témoignages, non. J'ai confiance en mon médecin traitant.

Il faut une info de base : la radio, des journaux toutes-boîtes, dans les lieux publics, la salle d'attente du médecin, les documents de la mutualité, les pharmaciens, les médecins (?) cela dépend de la relation.

On voit beaucoup d'informations mais est-ce que ça touche les gens ? Peut-être ceux qui ont des problèmes. Ok par le médecin traitant.

J'ai des amis, mon entourage, le dictionnaire médical, le médecin traitant.

Si on est invité à aller chez le médecin, ah non ! c'est encore un truc pour faire payer une consultation. Si je reçois le matériel chez moi, c'est ok, si je dois me déplacer chez le médecin, c'est non.

Je n'ai pas de médecin traitant.

Le médecin traitant est une personne de référence pour le public, concernant les questions de santé. Son influence est importante dans les choix et décisions que le patient va prendre : c'est un conseiller, une personne de confiance qui informe, prescrit, rassure. Son avis compte et le public attend qu'il joue ce rôle dans une campagne de dépistage telle que celle proposée.

Dans l'expérience menée en France, on a pu mesurer que le taux de participation était multiplié par 3 quand le médecin remettait le test à son patient.