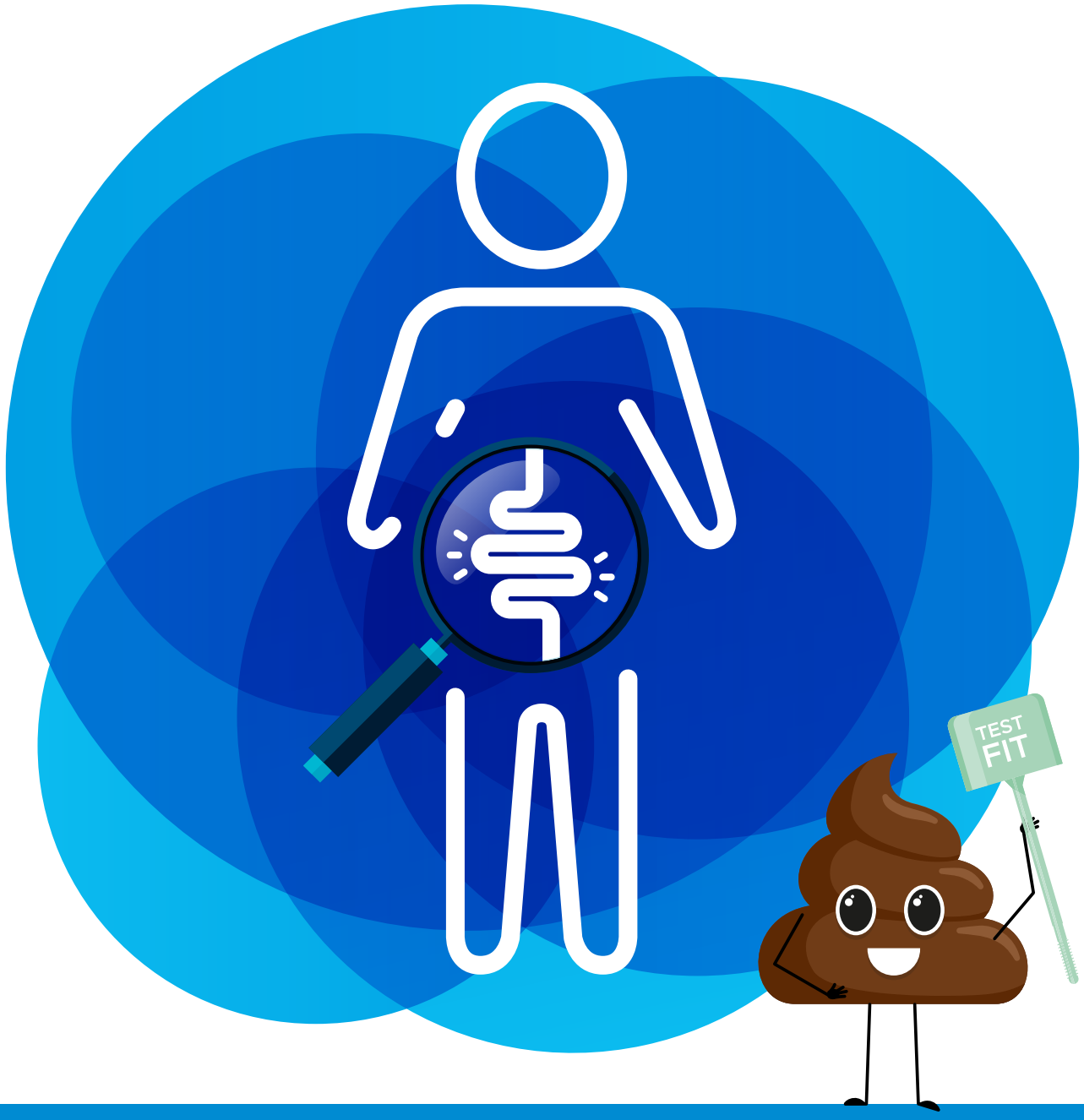
Programme de dépistage organisé du cancer colorectal

INFORMATIONS GÉNÉRALES



GUIDE PRATIQUE À L'ATTENTION DES MÉDECINS ET SECRÉTARIATS

Programme
Dépistage
Cancer colorectal

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

Sommaire

Acronymes

CCR	Cancer ColoRectal
CC	Centre de Coordination
CNPD	Commission Nationale de Protection des Données
CNS	Caisse Nationale de Santé
CS	Comité Scientifique
EG	European Guidelines
FIT	Fecal Immunochemical Test
IFOBT	Immunologic Fecal Occult Blood Test
LNS	Laboratoire National de Santé
RCP	Réunion de Concertation multidisciplinaire
RMT	Registre Morphologique des Tumeurs
RNC	Registre National du Cancer

01. Motivation et objectifs. Page 4.

02. La population ciblée et les invitations. Page 5.

03. La méthode retenue. Page 6.

04. La collecte et la gestion des données. Page 8.

05. La gouvernance et l'assurance qualité du PDOCCR. Page 9.

Fiche 01. Rôle du médecin dans le programme du PDOCCR. Page 10.

Fiche 02. Processus global PDOCCR. Page 12.

Fiche 03. Processus du TEST FIT. Page 13.

Fiche 04. Situation : le test est réalisé mais n'est pas contributif. Page 14.

Fiche 05. Coloscopie. Page 15.

Fiche 06. Facturation des actes. Page 16.

Fiche 07. Surveillance post-polypectomie. Page 17.

Fiche 08. Le rôle du secrétariat des centres d'endoscopie agréés ou des médecins agréés. Page 18.

Références. Page 20.

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

Direction de la santé
Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers
20, Rue de Bitbourg
L-1273 Luxembourg
colorectal@ms.etat.lu
Tel : +352 247 75550

www.sante.lu

Préface

La lutte contre le cancer colorectal constitue une préoccupation majeure en matière de santé publique.

En 2014, la mise en œuvre du Plan National Cancer 2014-2018 a soutenu le dépistage précoce des cancers par le biais de programmes organisés, ce qui a permis le développement de la phase pilote du programme de dépistage du cancer colorectal.

Il importe de développer et de maintenir pour chaque citoyen un dépistage de haute qualité, dont les indicateurs sont régulièrement enregistrés, évalués et publiés, ainsi qu'une prise en charge cohérente et multidisciplinaire des personnes touchées.

Élaboré par de multiples intervenants qui se sont largement investis dans le projet, et après une phase pilote entre 2016 et 2019, le dépistage organisé du cancer colorectal est un programme permanent pour la population cible depuis le 01 janvier 2021.

Ce dépistage ne peut se développer auprès des personnes invitées à participer - à savoir les hommes et femmes âgés de 45 à 74 ans - sans le soutien des médecins quotidiennement en contact avec eux.

Le médecin généraliste ou spécialiste est un acteur majeur du dépistage du cancer colorectal et la qualité de la relation médecin-patient (confiance, légitimité) en constitue l'un des éléments-clés. Il oriente les patients vers les modalités de dépistage adaptées à leur niveau de risque et, s'ils sont éligibles au programme de dépistage organisé, leur conseille le test immunochimique de recherche de sang dans les selles.

Ce Guide, rédigé par le centre de coordination du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR), résume pour les médecins et les secrétariats médicaux, les procédés mis en place par la Direction de la santé. Il comprend en outre des fiches pratiques qui devront permettre aux médecins d'informer leurs patients sur le fonctionnement du programme, ainsi que les formulaires à utiliser dans le cadre du programme.

Les données scientifiques sur lesquelles est basé ce programme sont disponibles sur le site du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (www.sante.lu).

Juillet 2024.

Éditeur : Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale / Direction de la santé.
Centre de coordination des programmes de dépistage organisés des cancers.

ISBN 978-99959-41-17-8

01
Motivation et objectifs

Réduire la mortalité liée à ce cancer et/ou réduire son incidence par dépistage et traitement des lésions précancéreuses.

- Le cancer colorectal (CCR) se développant, dans une large majorité de cas, à partir d'un polype adénomateux au niveau du côlon ou du rectum, la résection de l'adénome peut prévenir la survenue d'un CCR.
- La détection à un stade précoce du CCR permet de maintenir avec un excellent pronostic une bonne qualité de vie du patient.
- La fréquence du CCR évolue avec l'âge. Il survient majoritairement après 45 ans.
- La mortalité est fortement influencée par le stade tumoral : les analyses de survie montrent que la survie relative à 5 ans est actuellement de : 90 % pour les cas de CCR à un stade localisé, mais 11-13 % dans les CCR avec métastases.

Permettre à la population cible d'accéder à une détection du CCR ou des adénomes avancés grâce à un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles.

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Une détection précoce permettant des traitements plus efficaces,
- Des traitements moins lourds réduisant les séquelles et maintenant la qualité de vie,
- Une contribution à la lutte contre les inégalités en augmentant le nombre de personnes accédant au dépistage du CCR,
- Une contribution à la maîtrise des dépenses de santé.

02
La population ciblée et les invitations

Groupe cible :
hommes et femmes de 45 à 74 ans.

Les personnes entre 45 et 74 ans, assurées à la CNS et résidant au Luxembourg, sont invitées à participer.

Les personnes entre 45 et 74 ans, assurées à la CNS et résidant en dehors du Luxembourg, peuvent participer sur demande auprès du Centre de Coordination.

- colorectal@ms.etat.lu
- Tel : +352 247 75550
- Direction de la santé
  Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers
  20, Rue de Bitbourg
  L-1273 Luxembourg

Les personnes reçoivent une invitation à commander et effectuer un test FIT (ou iFOBT) à domicile.

Si le test FIT est négatif, la prochaine invitation aura lieu 2 ans après la réalisation du FIT.

Les personnes ayant participé avec leur invitation précédente se verront envoyer le kit de dépistage automatiquement à domicile sans devoir le commander.

La première invitation se fait dans le mois de la date d'anniversaire. Puis 23 mois après l'invitation ou la participation suivant le cas.

4 mois après l'envoi de l'invitation et sans participation effective, une relance sera envoyée afin de souligner l'importance du dépistage.

Note : la participation au PDOCCR est volontaire et n'est soumise à aucune obligation.

03
La méthode retenue

LE TEST FIT (OU IFOBT)

Le test OC Sensor®, choisi dans le cadre d'un marché public européen, est le seul utilisé pour la recherche de sang occulte dans les selles dans le cadre du PDOCCR.

La personne commande le test grâce à un «numéro d'invitation (Voucher ID)» personnel inscrit sur son invitation.
Commande possible :
- par téléphone +352 27 321 888
- en se rendant en pharmacie
- dans un des centres de prise de sang Bionext
- via MyGuichet.lu
  guichet.lu/depistage-colorectal-fr

Un tutoriel (mode d'emploi) est disponible en 4 langues : **montest.lu**, **meintest.lu**, **meuteste.lu**, **mytest.lu**

LE LABORATOIRE

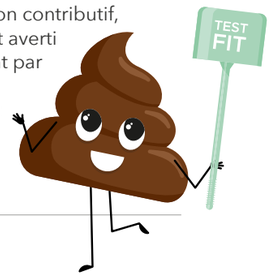
Un seul laboratoire d'analyses a été désigné par le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, sur base d'un marché public européen : Bionext.

LES RÉSULTATS

Le laboratoire transmet le résultat :

- Au participant,
- Au médecin désigné par le participant,
- Au médecin du Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers de la Direction de la santé.

POSITIF	Un test de dépistage est considéré comme POSITIF **à partir de 100 ng Hb/ml**.	En cas de résultat positif, il est proposé à la personne de **consulter son médecin** afin d'envisager un **suivi** et souvent, de faire une **coloscopie totale** si possible **dans les 30 jours**.
NÉGATIF ou NORMAL	Un test de dépistage est considéré comme NÉGATIF ou NORMAL si la concentration en Hb est **inférieure à 100 ng Hb/ml**.	En cas de résultat négatif, le renouvellement du **test est programmé deux ans plus tard**.
NON CONTRIBUTIF	Un test de dépistage est considéré comme NON CONTRIBUTIF dans différentes circonstances (ex : imprécision des données administratives, erreurs de manipulation, problème technique au laboratoire).	En cas de test non contributif, le participant est averti personnellement par le laboratoire et un **nouveau test** lui est envoyé.



LA COLOSCOPIE

Elle est prescrite par le médecin en cas de résultat positif au test de recherche de sang dans les selles.

Le médecin remet en outre des documents propres au PDOCCR : information sur la coloscopie, consentement éclairé, liste des centres et médecins agréés.

La coloscopie peut se faire auprès de n'importe quel gastro-entérologue, cependant pour être remboursée à la tarification PDOCCR, elle doit être réalisée dans des centres agréés et par des médecins agréés, respectant les critères d'agrément.

L'ordonnance de préparation intestinale est envoyée par le centre agréé.

La coloscopie peut être réalisée avec ou sans sédation.

Si une sédation est prévue, une consultation préalable auprès du médecin anesthésiste est nécessaire.

La coloscopie après test positif doit être faite si possible dans les 30 jours après le résultat.

Lors de la coloscopie, en cas de détection de polype, une polypectomie est généralement effectuée, sauf situation complexe.

Lorsque des biopsies sont réalisées, notamment en cas de suspicion de lésion cancéreuse, le Laboratoire National de Santé effectue l'analyse anatomopathologique.

Le suivi post-coloscopie dépend du résultat de la coloscopie et de la biopsie éventuelle. Il est conseillé par le médecin ayant réalisé la coloscopie.

L'adaptation des médicaments pris par le patient (insuline, anticoagulants,) avant la coloscopie est prise en charge par le médecin, plusieurs jours avant le rendez-vous de coloscopie, en concertation, si nécessaire, avec le médecin.

Endoscopistes et d'autres médecins spécialistes traitant le patient (cardiologue, endocrinologue, interniste, néphrologue…)

Les résultats de la coloscopie sont envoyés :

- Au médecin ayant prescrit la coloscopie,
- Au patient,
- Au médecin du Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers.

Les résultats anatomopathologiques sont envoyés par le LNS :

- Au médecin ayant réalisé la coloscopie,
- Au médecin,
- Au médecin du Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers.

Le médecin ayant réalisé la coloscopie, en cas de CCR détecté, effectue une consultation d'annonce avec le patient après concertation avec le médecin.

Le patient conserve son droit de choisir librement les médecins et l'hôpital qui le prendront en charge pour son CCR.

04

La collecte et la gestion des données

Trois types d'indicateurs serviront à l'évaluation :

- Indicateurs liés à l'organisation du PDOCCR : taux de couverture, taux de participation…
- Indicateurs liés au test FIT et aux coloscopies : taux de tests positifs, négatifs, taux de tests non contributifs, taux de compliance aux coloscopies, taux de détection des lésions, complications des coloscopies…
- Indicateurs d'efficacité à long terme : taux d'incidence des cancers débutants et des cancers avancés, taux de mortalité par cancer colorectal…

Tout programme de dépistage organisé doit être évalué sur base d'indicateurs connus et de références internationales.

Le Centre de coordination de la Direction de la santé est responsable du traitement des données.

05

La gouvernance et l'assurance qualité du PDOCCR

LE COMITÉ SCIENTIFIQUE (CS)

Le PDOCCR est accompagné par un comité scientifique qui a pour mission de faire des propositions pour :

- Garantir la qualité scientifique du PDOCCR en réalisant une veille scientifique sur les méthodes de dépistage et de prévention du CCR les plus efficaces et efficientes,
- Actualiser dès que nécessaire les différents critères d'agrément lié au programme,
- Garantir une évaluation globale du PDOCCR,
- Émettre si besoin des recommandations d'amélioration.

ASSURANCE QUALITÉ ET AGRÉMENTS

Pour chaque établissement hospitalier souhaitant participer au dépistage organisé du cancer colorectal, la direction adresse une demande d'agrément au ministre ayant la santé dans ses attributions.

L'agrément est délivré par le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Les procédures d'agrément sont validées par le Comité Scientifique.

Les critères d'agrément des centres concernent les locaux, l'équipement, la prévention des maladies nosocomiales, les ressources humaines, la documentation, l'évaluation.

Une liste des centres agréés et des médecins agréés sera mise à la disposition des médecins et régulièrement mise à jour par le centre de coordination. Cette liste sera disponible sur le site du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (www.sante.lu).

Les agréments sont délivrés par le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Le PDOCCR est géré par un Centre de coordination dépendant de la Direction de la santé, au sein d'un pôle de médecine préventive et santé des populations.

Ce centre est accompagné par un Comité Scientifique chargé de garantir la qualité du programme par des évaluations régulières.

FICHE 01

Rôle du médecin dans le programme du PDOCCR

SE TENIR INFORMÉ

De quoi ?

- Les processus du PDOCCR tels que définis par le CS : Méthodes, utilisation du test, groupe cible, évaluation,
- Les facteurs de risque du cancer colorectal,
- Les avantages et les inconvénients du dépistage du cancer colorectal par FIT,
- Les indications et contre-indications de la coloscopie, la préparation intestinale,
- Les recommandations d'adaptation des thérapeutiques (insuline, anti-thrombotiques,…) avant coloscopie,
- Les types de sédation possibles lors d'une coloscopie.

Comment ?

- À la disposition du médecin : farde d'informations destinée aux médecins
- Le Centre de coordination des programmes de dépistage : colorectal@ms.etat.lu ; 247 75550
- Un site internet dédié, au Luxembourg : sante.lu/colorectal
- Quelques sites étrangers :

  Allemagne :
  www.darmkrebs.de

  France :
  www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal

  Belgique :
  www.cancer.be/les-cancers/types-de-cancers/cancer-du-gros-intestin-colorectal/examens

  Canada :
  cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/colorectal

  Les guidelines européens :
  European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, First Edition, 2010.

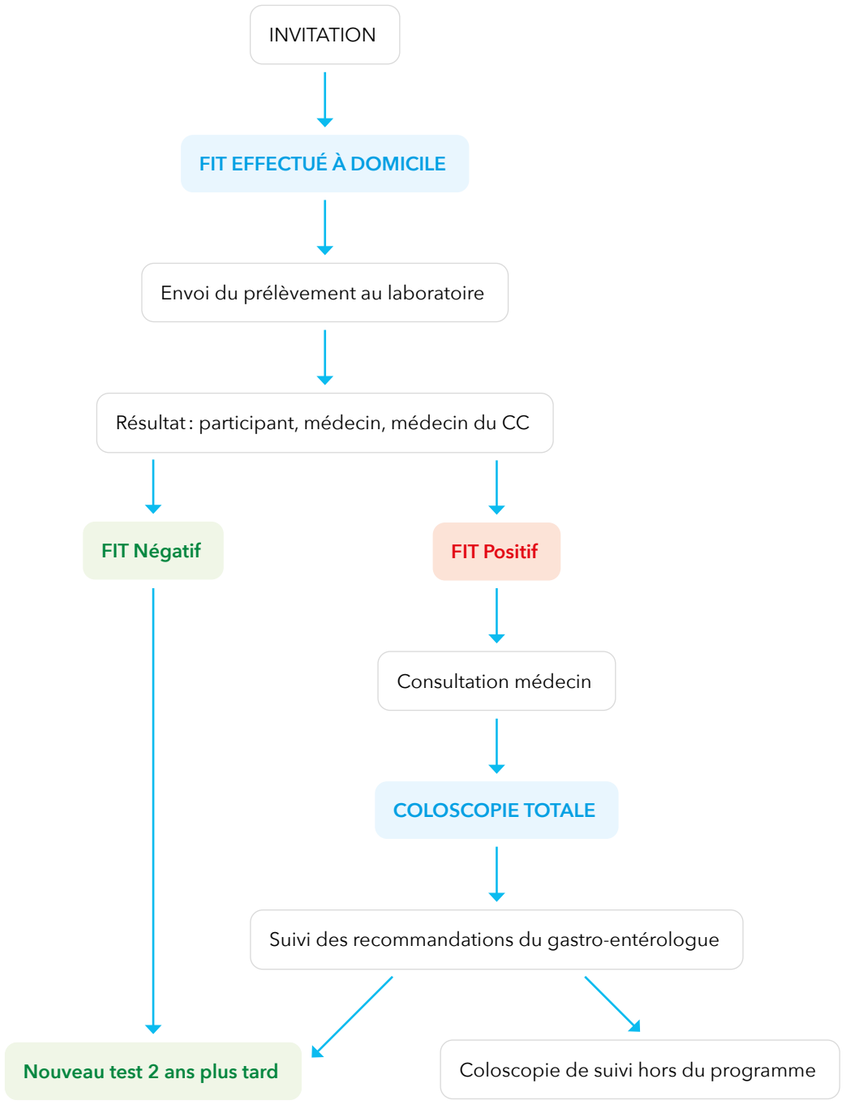
RÔLE D'INCITATION ET D'INFORMATION

- Saisir la rencontre avec les personnes venues consulter pour d'autres motifs, pour les inciter au dépistage du CCR,
- Mettre à disposition des patients les dépliants PDOCCR disponibles dans différentes langues, et apposer les affiches dans la salle d'attente,
- Évaluer le degré de risque présenté par la personne et orienter vers la méthode de dépistage appropriée en fonction des situations individuelles,
- Expliquer le processus global du PDOCCR,
- Expliquer de manière générale le déroulement d'une coloscopie et sa préparation, repérer les contre-indications éventuelles, remettre au patient les documents adéquats : prescription de coloscopie, liste des centres et des médecins agréés, formulaire de consentement éclairé,
- Expliquer les types de sédation dans le cadre de la coloscopie et les démarches nécessaires en cas de sédation profonde (consultation du médecin anesthésiste).

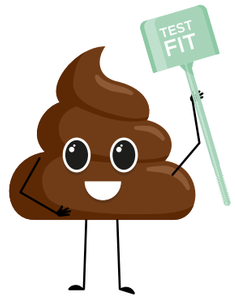
SUIVI DU DOSSIER MÉDICAL «MÉDECINE PRÉVENTIVE»

- Se renseigner sur les résultats d'une ancienne coloscopie éventuelle,
- Se renseigner sur les antécédents personnels et familiaux de son patient,
- Vérifier que son patient a bien été informé du résultat de son test ou de la coloscopie, et en cas de CCR que le processus de prise en charge thérapeutique est enclenché,
- Rappeler à son patient les dates de renouvellement du test ou de la coloscopie.

FICHE 02
Processus global PDOCCR



FICHE 03
Processus du TEST FIT



- Commande du test FIT grâce au numéro d'invitation auprès de Bionext : via téléphone, Myguichet, retrait direct en pharmacie ou au laboratoire.
- Réalisation du FIT à la maison, suivant les instructions jointes et consultables en vidéo*.
- La personne renvoie le prélèvement au laboratoire dans l'enveloppe jointe préaffranchie, ou le dépose dans un centre de prise de sang Bionext.
- Le laboratoire analyse le prélèvement.
- Le laboratoire envoie le résultat du FIT au médecin désigné par la personne, à la personne et au médecin du Centre de coordination de la Direction de la santé.

FIT non contributif

> Voir fiche 4, page 14.

En cas de résultat négatif au FIT : le Centre de coordination envoie un nouveau test deux ans plus tard.

En cas de résultat positif au FIT : le **Centre de coordination** invite le participant à se rendre en **consultation chez son médecin pour discuter des résultats** et proposer la coloscopie **sous 30 jours dans un centre agréé** avec un médecin agréé.

> Voir fiche Coloscopie, page 15.

* montest.lu, meintest.lu, meuteste.lu, mytest.lu

FICHE 04

Situation : le test est réalisé mais n'est pas contributif

PRINCIPALES RAISONS POSSIBLES

- Test détérioré à la réception,
- Tube arrivé au laboratoire plus de 7 jours après le prélèvement,
- Mauvaise manipulation lors de la collecte : trop de selles ou manque de selles, perte du réactif, etc.
- La fiche d'identification manque, est mal remplie ou est détériorée. (Exemples : manque le matricule ou le nom du médecin),
- Les coordonnées ne sont pas les mêmes sur le tube et la fiche d'identification,
- L'envoi ne contient pas le prélèvement,
- L'étiquette d'identification n'est pas collée sur la fiche,
- Problème technique au laboratoire.

Un courrier est envoyé au participant avec un nouveau kit de dépistage.

Les raisons sont enregistrées par le Centre de coordination pour le contrôle de la qualité des processus.

FICHE 05

Coloscopie

AVANT

- Le médecin prescrit la coloscopie.
- Le médecin remet au participant des documents d'information sur la coloscopie et sur la préparation à l'examen, le formulaire de consentement, la liste des centres agréés et des médecins agréés. Il explique les détails de l'examen et répond aux questions posées par son patient.
- Le participant choisit le médecin qui réalisera sa coloscopie, celui-ci pouvant ou non être agréé PDOCCR et prend RDV pour la coloscopie. Le médecin du centre d'endoscopie prescrit le liquide de préparation adéquate visant à la propreté du côlon.
- Attention si le médecin n'est pas agréé PDOCCR alors la facturation diffère (voir fiche 6) et le remboursement n'est plus à 100% pris en charge mais considéré comme un remboursement classique hors programme.
- Si nécessaire une consultation pré-anesthésie est programmée.
- Si nécessaire, le médecin adapte les thérapies plusieurs jours avant la coloscopie.

LE JOUR DU RENDEZ-VOUS

- Le médecin vérifie que la personne a procédé aux préparatifs recommandés de la coloscopie, n'a pas de contre-indications à une coloscopie, a compris les risques de l'examen, a signé son consentement éclairé, a obtenu une réponse à toutes ses questions.
- Il réalise la coloscopie et fournit un rapport au médecin prescripteur et au médecin du Centre de coordination.

APRÈS

Le médecin endoscopiste donne des consignes de suivi selon les résultats de la coloscopie (contrôle dans un délai à déterminer) et des consignes en cas de polypectomie.

En cas de résultat positif à la coloscopie avec confirmation d'un CCR à l'examen anatomopathologique des biopsies réalisées :

- Le médecin ayant réalisé la coloscopie contacte le médecin prescripteur.
- En accord avec le médecin prescripteur, il oriente le patient pour la prise en charge thérapeutique selon le libre choix du patient.
- Le patient choisit le médecin spécialiste qui le traitera.
- Le dossier du participant est présenté dans une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).
- Une proposition de la meilleure stratégie thérapeutique est faite à la personne.

Le Centre de coordination enregistre les résultats pour l'évaluation du programme de dépistage.

FICHE 06
Facturation des actes

Le dépistage est **sans frais pour le bénéficiaire**, de la commande du kit de dépistage, en passant par son envoi et son analyse.

En cas de FIT positif, la coloscopie de contrôle est prise en charge à 100% par la CNS. Il est toutefois à noter que le patient devra d'abord régler l'acte médical avant de demander son remboursement à la CNS. Seuls les frais liés à l'anesthésie et aux produits de préparations ne sont pas remboursés en totalité.

La facturation des actes par les gastro-entérologues ou les médecins traitants liés au PDOCCR sont soumis à une nomenclature spécifique auprès de la CNS : cns.public.lu/fr/legislations/ammd_dent/cns-ammd-med-tableau.html

Acte de nomenclature E30 :
Consultation initiale effectuée par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gériatrie, les médecins spécialistes en gastroentérologie et les médecins spécialistes en médecine interne et comprenant obligatoirement anamnèse, examen clinique, évaluation du risque de cancer colorectal, conseils spécifiques, adaptation des prescriptions, communication des résultats du test de recherche de sang dans les selles. Cette consultation est réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).

Acte de Nomenclature E31 :
Consultation effectuée par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gériatrie, les médecins spécialistes en gastroentérologie et les médecins spécialistes en médecine interne pour communication du résultat d'une coloscopie qui vient d'être réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR). Cette consultation est réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).

Acte de Nomenclature E32 :
Examen pré-anesthésique effectué avant la coloscopie qui sera réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR). Cet examen est réalisé dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).

Acte de nomenclature 1G91 :
Colofibroscopie du côlon gauche (rectosigmoïdoscopie comprise), réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).

Acte de nomenclature 1G92 :
Colofibroscopie du côlon gauche avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).

Acte de Nomenclature 1G93 :
Colofibroscopie du côlon gauche avec une des interventions suivantes : polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).

Acte de Nomenclature 1G94 :
Colofibroscopie totale, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).

Acte de Nomenclature 1G95 :
Colofibroscopie totale avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).

Acte de Nomenclature 1G96 :
Colofibroscopie totale avec une des interventions suivantes : polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).

FICHE 07
Surveillance post-polypectomie

Ces données sont fournies à titre indicatif et sont validées pour chaque patient par le médecin spécialiste.

Catégorie de risque	Caractéristiques des polypes lors de la 1ère coloscopie	Intervalle pour la coloscopie de contrôle après résection d'un polype de ce type lors de la 1ère coloscopie	Intervalle pour la coloscopie suivante après examen sans polype lors de la coloscopie de contrôle
Très faible	Pas de polype détecté.	Retour test FIT / 2 ans	10 ans
Faible	1-2 polypes et adénome tubuleux et < 10 mm et dysplasie de bas grade.	5 ans	10 ans
	Polype serraté sessile < 10 mm et sans dysplasie.	5 ans	10 ans
Élevé	≥ 3 polypes ou adénome villeux/ tubulo-villeux ou ≥ 10 mm ou dysplasie de haut grade.	3 ans	5 ans
	Polype serraté sessile ≥ 10 mm ou dysplasie.	3 ans	5 ans
Très élevé	> 10 polypes.	Conseil génétique **+ suivi tous les ans**	
	Résection en « piece meal » ou doute quant à résection complète.	3-6 mois	
	Carcinome pT1.	Présentation à la RCP **Protocole de suivi individualisé**	

FICHE 08

Le rôle du secrétariat des centres d'endoscopie agréés ou des médecins agréés

- *Connaître le processus global du PDOCCR et en appliquer les modalités.*
- *Enregistrer l'examen dans la catégorie adéquate.*

Un patient vous contacte pour obtenir un rendez-vous de coloscopie, il a entre 45 et 74 ans.

LORS DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

Informations à demander :

PDOCCR OU NON ? MOTIF EXAMEN ?	☐ **S'agit-il d'une coloscopie dans le cadre du Programme de Dépistage du Cancer Colorectal du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale ?**
	☐ A-t-il effectué un FIT positif dans la cadre du PDOCCR ?
QUEL MÉDECIN ?	☐ **Quel est le nom du médecin agréé que vous avez choisi ?** S'il a choisi un médecin non agréé, la tarification PDOCCR ne pourra pas s'appliquer.
DOCUMENTS ?	☐ **Quel est le médecin qui a prescrit la coloscopie ?**
	☐ **Avez-vous également reçu et lu un document de consentement éclairé et le document expliquant la préparation à l'examen ?**
	☐ **Avez-vous déjà eu des coloscopies auparavant ? Si oui, dans quel hôpital ? Avec quel médecin ? Possédez-vous les résultats de coloscopies antérieures réalisées dans un autre centre ? Si oui, merci de les apporter lors de l'examen.**
SÉDATION ?	☐ **Quel type de sédation le médecin a-t-il coché sur l'ordonnance ?** Si la personne demande l'anesthésie générale, programmer alors une consultation avec le médecin anesthésiste avant la coloscopie.

Informations à donner :

- ☐ Le lieu, la date et l'heure où la personne doit se présenter. Si possible dans les 30 jours si elle demande un rendez-vous après un résultat positif au test de recherche de sang dans les selles.
- ☐ Les documents à apporter.
- ☐ La durée prévisible de la coloscopie.
- ☐ La personne doit être accompagnée pour le retour à la maison en cas de sédation.
- ☐ Un courrier sera envoyé avec l'ordonnance pour aller chercher le produit de préparation intestinale en pharmacie.
- ☐ Venir à jeun le jour de l'examen.

APRÈS AVOIR DONNÉ LE RENDEZ-VOUS

- ☐ Envoyer la date de rendez-vous et si besoin les documents pour la consultation avec le médecin anesthésiste.
- ☐ Envoyer l'ordonnance de liquide de préparation intestinale en veillant à ce que le médecin ait bien coché un des produits.

APRÈS LA COLOSCOPIE

- ☐ Vérifier que le consentement éclairé PDOCCR est bien mis dans le dossier hospitalier du patient.
- ☐ Vérifier que les résultats anatomopathologiques sont bien classés dans le dossier hospitalier du patient après que le médecin les ait vus.
- ☐ Vérifier que le rapport de la coloscopie fait par le médecin est intégré dans le dossier hospitalier de la personne.
- ☐ S'assurer que le rapport de coloscopie a été communiqué au médecin prescripteur et au médecin du centre de coordination du PDOCCR.

Références

1 J. Winawer, Ann G. Zauber, May Nah Ho, Michael J. O'Brien, Leonard S. Gottlieb, Stephen S. Sternberg, Jerome D. Waye, Melvin Schapiro, John H. Bond, Joel F. Panish, Frederick Ackroyd, Moshe Shike, Robert C. Kurtz, Lynn Hornsby-Lewis, Hans Gerdes, Edward T. Stewart, and the National Polyp Study Workgroup ; Prevention of Colorectal Cancer by Colonoscopic Polypectomy N Engl J Med 1993; 329:1977-1981 December 30,1993 ; DOI: 10.1056/NEJM199312303292701.

2 Protection from colorectal cancer after colonoscopy: a population-based, case-control study. Brenner H1, Chang-Claude J, Seiler CM, Rickert A, Hoffmeister M. Ann Intern Med. 2011 Jan 4; 154(1):22-30. DOI: 10.7326/0003-4819-154-1-201101040-00004.

3 Feasibility and First Results: National Programme of Screening Colonoscopies in Germany 2003-2005 Lutz Altenhofen, Gerhard Brenner, Christian Pox, Meinhard Classen; Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC).

4 The cost-effectiveness of immunochemical tests for colorectal cancer Screening Catherine Lejeune et al. Digestive and Liver Disease 46 (2014) 76–81.

5 Publication of the Superior Health Council No. 8901 Immunochemical Faecal Occult Blood Tests for Colorectal Cancer Screening In this scientific policy advisory report, the Superior Health Council provides recommendations for the use of immunochemical faecal occult blood tests in colorectal cancer screening programs.

6 Modelling the effects and costs of Colorectal cancer screening, S, Goede, 2015, Thesis Department of Public Health Erasmus University Rotterdam.

7 The impact of stratifying by family history in colorectal cancer screening programs Simon Lucas Goede, Linda Rabeneck, Iris Lansdorp- Vogelaar, Ann G. Zauber, Lawrence F.Paszat, Jeffrey S. Hoch, Jean H.E. Yong, Frank van Hees, Jill Tinmouth and Marjolein, van Ballegooijen Int J Cancer, 2015 Feb 6 DOI: 10.1002/ijc.29473.

8 HAS-Dépistage et prévention du cancer colorectal Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) Juin 2013.

9 Obstacles à la prise en charge du dépistage par les MT in : thèse de doctorat en médecine, Gaye Nancy, 2011, faculté de médecine, Paris Diderot.

10 Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Endoscopy 2013; 45: 842-864.

11 Guidelines for Colonoscopy Surveillance after Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer Gastroenterology 2012; 143: 844-857.

12 Recommandations pour la surveillance après polypectomie lors d'une coloscopie Société Suisse de Gastroentérologie version 02.10.2014. www.sggssg.ch/guidelines

13 N.Segnan, J.Patnick, L.von Karsa European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, First edition, 2010, European Commission, DOI: 0.2772/15379 (electronic version).

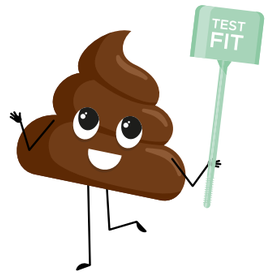
14 De Laet C, Neyt M, Vinck I, Van de Sande S, Health Technology Assessment /dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2006. KCE reports vol. 45 B (D/2006/10.273/58).

15 Manuel Zorzi, Ugo Fedeli, Elena Schievano, Emanuela Bovo, Stefano Guzzinati, Susanna Baracco, Chiara Fedato, Mario Saugo, Angelo Paolo Dei Tos. Impact on colorectal cancer mortality of screening programmes based on the faecal immunochemical test. Gut 2015;64:784-790, DOI:10.1136/gutjnl-2014-307508.

16 Colorectal Cancer Screening Working Group A Project of CANCON Work Package on Screening (WP9), 25-26 May 2015, University of Latvia, Raina bulvaris 19, Riga, Latvia.

17 Nishihara et al. European countries and their screening programs for colorectal cancer. New England journal of Medecine, Sept. 19, 2013, 369;12.

18 G Hammer, B.Golinska, F.Schmitt, Registre Morphologique des Tumeurs. www.cancer-registry.lu



Notes

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

Direction de la santé
Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers
20, Rue de Bitbourg
L-1273 Luxembourg
colorectal@ms.etat.lu
Tel : +352 247 75550

www.sante.lu