

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de Médecine

Travail de fin d'étude en médecine générale

Est-ce qu'une approche personnalisée pour les patients belges d'origine marocaine de la 1^{ère} et 2^{ème} génération de la maison médicale pourrait aider à augmenter le taux de réalisation du dépistage du cancer colorectal pour cette population ?

Assurance qualité

TFE réalisé par
Abdelkarim Daoudi

Promoteur
Dr. Abdelmoumen Tadlaoui

Année académique 2021-2022
Master de spécialisation en Médecine générale

Remerciements

Un merci tout particulier à mes parents qui ont été un soutien inconditionnel tout au long de mon parcours.

Je remercie chaleureusement mon promoteur, le docteur Abdelmoumen Tadlaoui pour le temps qu'il m'a accordé et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

Je tiens à remercier les participants de cette étude sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Enfin, j'adresse mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de mon travail de fin d'étude.

Table des matières

1. ABRÉVIATIONS	4
2. RÉSUMÉ	5
2.1. CONTEXTE	5
2.2. OBJECTIF.....	5
2.3. MÉTHODOLOGIE.....	5
2.4. RÉSULTATS	6
2.5. CONCLUSION.....	6
3. PRÉAMBULE	6
4. INTRODUCTION.....	7
4.1. DIVERSITÉ DE LA POPULATION EN BELGIQUE.....	7
4.2. LE CANCER COLORECTAL ET SON DÉPISTAGE.....	8
5. MÉTHODOLOGIE.....	11
5.1. PRÉCAUTIONS ÉTHIQUES	11
5.2. QUESTION DE RECHERCHE.....	11
5.3. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	11
5.4. MISE EN PLACE DE L'EXPÉRIMENTATION	12
5.4.1. <i>Méthode d'investigation</i>	12
5.4.2. <i>Évaluation de la situation de départ</i>	12
5.4.3. <i>Population cible</i>	14
5.5. PROCÉDURE DE L'EXPÉRIMENTATION ET OBJECTIFS.....	16
5.5.1. <i>Méthode de recrutement</i>	16
5.5.2. <i>Expérimentation</i>	16
5.5.3. <i>Objectifs</i>	17
6. RÉSULTATS.....	18
6.1. ÉVALUATION DE LA SITUATION DE DÉPART	18
6.1.1. <i>Lieu de pratique</i>	18
6.1.2. <i>Taux de couverture initial du dépistage du CCR à la maison médicale</i>	21
6.1.3. <i>Pratique actuelle au sein de la maison médicale</i>	22
6.2. SÉLECTION DES PATIENTS.....	23
6.3. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS SÉLECTIONNÉS	24
6.4. RÉSULTATS DE L'EXPÉRIMENTATION.....	25
6.4.1. <i>Taux de couverture du dépistage CCR post-expérimentation</i>	25
6.4.2. <i>Facteurs influençant la réalisation du test</i>	27
6.4.3. <i>Résultats des colotests</i>	30
6.4.4. <i>Temps du test</i>	31
6.4.5. <i>Encodage</i>	31
7. DISCUSSION	32
7.1. RECRUTEMENT.....	32
7.2. TAUX DE COUVERTURE	32
7.2.1. <i>Confrontation avec littérature</i>	33
7.3. FACTEURS INFLUENÇANT LA RÉALISATION DU TEST	35
7.3.1. <i>Confrontation à la littérature</i>	36
7.4. LIMITATIONS ET BIAIS	36
8. CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	38
9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	39

1. Abréviations

CCR: Cancer colorectal

iFOBT: Immunologic Feacal Occult blood test

CCref: Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers

BIM: Bénéficiaire d'intervention majorée

BRUPREV: Centre bruxellois de Coordination pour le Dépistage et la Prévention des Cancers

NISS : numéro d'identification de la sécurité sociale (ou numéro de registre national)

2. Résumé

2.1. Contexte

La Belgique est un pays avec une grande diversité ethnique qui ne cesse de s'accroître. En janvier 2020, près de 20% de la population belge était d'origine étrangère. Le cancer colorectal est le quatrième cancer le plus fréquent en Belgique et le deuxième cancer le plus meurtrier. Une campagne de dépistage est mise en place à Bruxelles chaque année par iFOBT pour les personnes âgées de 50 à 74 ans. Le taux de participation reste relativement faible. Il existe de gros écarts de participation entre la Flandre et la région de Bruxelles-Capitale et la Wallonie. Cela pourrait s'expliquer certainement par les différentes procédures de dépistage mises en place entre les régions mais également en partie par le type de population dépistée.

2.2. Objectif

Après avoir été confronté à plusieurs reprises à des patients belges issus des minorités ethniques refusant le dépistage du cancer colorectal, nous sommes amenés à nous demander si une approche personnalisée pour les patients belges issus de minorités ethniques permettrait d'augmenter le taux de réalisation de dépistage pour cette population ?

2.3. Méthodologie

La méthodologie utilisée s'est appuyée selon la démarche de l'assurance qualité. Les patients belgo-marocains de la maison médicale répondant aux conditions d'éligibilité, âgés de 50 à 74 ans, ont été invités par téléphone à se rendre chez leur médecin traitant ainsi que chez l'infirmière, spécialisée en santé communautaire, pour une consultation de prévention. L'intervention consistait en la remise d'un kit de dépistage du CCR « iFOBT » avec une explication du fonctionnement et de la procédure d'envoi du kit en langue française et en langue arabe. Des brochures d'information et de mode d'emploi du kit de dépistage bilingues ont également été distribuées aux participants.

2.4. Résultats

Le taux de couverture du dépistage du CCR est passé de 20,2 à 47,9% après notre expérimentation. Aucune relation significative n'a été déterminée entre la réalisation du colotest et les différents facteurs pouvant l'influencer (âge, sexe, statut d'assurabilité, degré générationnel, antécédent de test dans le passé).

2.5. Conclusion

Cette étude nous a permis d'observer l'impact significatif qu'a eu notre intervention pour les patients belgo-marocains de la maison médicale. La remise du kit de dépistage en main propre, l'accompagnement par notre infirmière bilingue spécialisée en santé communautaire ainsi que l'éducation du patient ont largement contribué à majorer le taux de couverture du dépistage du CCR dans notre maison médicale. Il en ressort que la campagne faite actuellement à Bruxelles n'est probablement pas adaptée pour tout type de population. Une piste est que BRUPREV mette à disposition son matériel d'information en plusieurs langues étrangères. Il reste cependant une grande partie de notre population qui n'a pas encore été dépistée dans notre étude. D'autres études doivent être réalisées afin d'approfondir cette thématique.

Mots clés : *dépistage du cancer, minorité ethnique, médecine générale, cancer colorectal, intervenant bilingue*

3. Préambule

Ce travail de fin d'étude a débuté à partir d'une situation clinique. Un patient belge d'origine marocaine de 55 ans en bonne santé qui avait toujours refusé le dépistage du CCR. Nous avons discuté à plusieurs reprises du dépistage mais ce dernier m'expliquait que cela n'était pas dans ses croyances et que, culturellement, cela était tabou. Un an après, le patient a souffert d'importantes douleurs abdominales. Un diagnostic d'adénocarcinome colique a été posé et une lourde prise en charge a été effectuée. Un diagnostic précoce aurait sans doute permis une approche thérapeutique moins invasive.

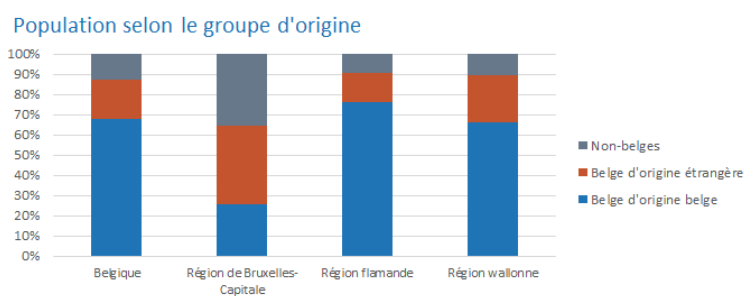
Durant mon assistantat, j'ai été confronté à plusieurs reprises à des belges, issus des minorités ethniques, refusant le dépistage pour plusieurs raisons : peur du diagnostic, croyances religieuses et culturelles, absence de symptômes et autres. Après discussions avec plusieurs médecins généralistes à Bruxelles, beaucoup m'ont confirmé être confrontés à la même problématique dans leur pratique. La prévention étant une pierre angulaire de la médecine générale, j'ai décidé de centrer mon travail de fin d'étude sur cette thématique.

4. Introduction

4.1. Diversité de la population en Belgique

La Belgique est un pays avec une grande diversité ethnique qui ne cesse de s'accroître. L'office belge des statistiques, Statbel(1), a étudié l'évolution de l'origine de la population belge de 2010 à 2020. En date d'une 01 janvier 2020, près de 20% de la population belge était d'origine étrangère (contre 15% en 2011). Cette proportion de belges d'origine étrangère est encore plus importante à Bruxelles où près de 4 belges sur 10 sont d'origine étrangère.

Parmi ces nationalités étrangères, plus de la moitié sont issues de nationalités hors de l'union européenne. Actuellement en Belgique et en particulier à Bruxelles, la nationalité d'origine étrangère la plus représentée est la nationalité marocaine.



Statbel (1)

4.2. Le cancer colorectal et son dépistage

Le CCR est le quatrième cancer le plus fréquent en Belgique, le deuxième le plus fréquent chez la femme et le troisième le plus fréquent chez les hommes. Près de 8000 nouveaux cas de CCR sont recensés en Belgique chaque année (7990 cas en 2019). Ce qui correspond à environ 11% du nombre total de cancer en Belgique. Le CCR est exceptionnel avant 40 ans et son incidence augmente considérablement à partir de 50 ans avec un taux de survie moyen à 5 ans aux alentours de 70%. Le CCR reste le deuxième cancer le plus meurtrier en Belgique. (2,3,5)

Il a été démontré qu'on pouvait atteindre jusqu'à 90% de guérison en cas de diagnostic précoce(4). Il faut avoir également en tête que le CCR ne provoque aucun symptôme au début de la maladie.

La fréquence, le caractère asymptomatique initial de cette pathologie et le taux de guérison important en cas de diagnostic précoce constituent de ce fait un enjeu de santé publique. C'est la raison pour laquelle une campagne de dépistage du CCR est mise en place en Belgique depuis 2009.

Le programme de dépistage du CCR est mis en place par les Régions et les Communautés. En 2018, un projet pilote(6) d'une durée trois ans, le « Colotest », a été mis en place à Bruxelles. Les Bruxellois qui répondent aux conditions d'éligibilité (âgés de 50 à 74 ans, pas d'antécédent personnel du cancer du côlon, pas de colostomie, pas de colonoscopie < 5ans) reçoivent par la poste, tous les deux ans, une lettre d'invitation personnalisée. Ces derniers peuvent récupérer gratuitement le kit de dépistage dans toutes les pharmacies à Bruxelles en échange de leur lettre d'invitation. Le test consiste à rechercher du sang occulte dans les selles via un test immunologique « iFOBT ». Le médecin généraliste peut également leur fournir une prescription médicale du kit de dépistage iFOBT pour pouvoir le récupérer en pharmacie. Une fois le test effectué, les colotests sont envoyés gratuitement par les patients au laboratoire du CCRef par enveloppe postale préalablement affranchie et adressée. Les résultats sont ensuite envoyés par voie électronique via Health Connect aux médecins et par la poste aux patients. En cas de test positif, il leur est demandé de prendre contact avec leur médecin traitant afin d'effectuer une colonoscopie. La coordination du programme est assurée par le Centre bruxellois de Coordination pour le Dépistage et la Prévention des Cancers « BRUPREV ». Depuis avril 2019, les patients n'ayant pas encore effectué leur test reçoivent une lettre d'invitation annuellement.

Étant régi par les communautés et les régions, il existe néanmoins des différences de procédure avec la Flandre et la Wallonie. Par exemple en Flandre(7), le patient reçoit, à partir de 50 ans, un courrier postal tous les deux ans avec la lettre d'invitation accompagnée du kit de dépistage ainsi qu'une enveloppe préaffranchie et préadressée pour renvoyer le test. Si aucun échantillon n'est renvoyé ou si aucune notification de refus de dépistage n'est notifié au centre de dépistage, le patient recevra une invitation de rappel dix semaines après l'invitation initiale. Il est important de noter que le site internet de dépistage du CCR en Flandre est disponible en plusieurs langues: le néerlandais, le français, l'anglais mais également l'arabe et le turc. Les lettres d'invitation au dépistage, le mode d'emploi du kit du dépistage ainsi que le dépliant au sujet du CCR sont également disponibles dans toutes ces langues. C'est une spécificité qui ne se trouve ni à Bruxelles ni en Wallonie. En Wallonie(5), le patient reçoit un courrier l'invitant à se rendre chez son médecin généraliste afin de récupérer le kit de dépistage. Le patient peut également commander en ligne son kit de dépistage avec son numéro de registre national. Une fois le test effectué, il est à renvoyer exclusivement au moyen de l'enveloppe préadressée et préaffranchie fournie dans le kit de dépistage.

Le rapport d'activité de BRUPREV (6) pour Bruxelles en 2020 nous montre que :

- La **population invitée** correspond à **44% de la population éligible** (population cible – les critères d'exclusion : antécédent de CCR < 10ans, colonoscopie < 5ans, test iFOBT < 2 ans, décédés, déménagement hors Bruxelles). Il est à noter que la campagne de dépistage en 2020 a été fortement perturbée par l'épidémie COVID19 avec une suspension des envois des invitations de mars à mai inclus. En 2019, 75% de la population éligible avait été invitée.
- Le taux de la **population dépistée** par iFOBT correspond à la population éligible testée moins d'un an après avoir reçu l'invitation par la poste : **5,8%** (7,2% en 2019)
- Au sujet des tests effectués : **87,7%** négatif ; **7,2%** positif ; **4,9%** non interprétable
- Sur un cycle complet de **deux ans** (2019-2020) la population dépistée est de **11,5%** (11% pour le cycle 2018-2019)
- L'**uptake** correspond à la partie de la population invitée dans l'année index qui a effectué le test dépistage : **13,1%**.

En Flandre (7,8), la **population invitée** correspond à **63,5% de la population éligible** en 2020. C'est un taux assez stable au cours des dernières années. La **population dépistée** pour la seule année 2020 correspond à **31%** de la population éligible (vs 5,8% à Bruxelles). Le taux est à plus de 50% sur un cycle complet de deux ans. **L'uptake** est de **56%** (48,5% après l'invitation initiale + 7,5% après invitation de rappel). En Wallonie(8), la population dépistée correspond à 18% de la population éligible sur un cycle complet de deux ans.

Tableau-1

Taux de population dépistée sur un cycle complet de deux ans		
Bruxelles 11%	Flandre > 50%	Wallonie 18%

La différence du taux de participation entre les trois régions (surtout la Flandre avec les deux autres régions) pourrait s'expliquer certainement par les différentes procédures de dépistage mises en place mais également en partie par le type de population dépistée. J'ai pu m'entretenir par téléphone avec le médecin Coordinateur du dépistage du CCR à Bruxelles, Dr. Jean-Benoît Burrion. Il m'explique qu'actuellement en Belgique il n'existe aucune statistique ethnique médicale. Au vu du contexte actuel à Bruxelles, une question me vient à l'esprit: est-ce qu' une approche personnalisée pour les patients belges issus de minorités ethniques permettrait d'augmenter le taux de réalisation de dépistage pour cette population ?

5. Méthodologie

5.1. Précautions éthiques

Pour cette étude, l'approbation a été obtenue auprès du comité d'éthique Hospitalo-Facultaire de l'université catholique de Louvain (2021/15NOV/473). Tous les patients ont reçu un protocole d'information et ont été invités à donner leur consentement éclairé écrit.

5.2. Question de recherche

L'expérimentation vise à savoir : « *est-ce qu'une approche personnalisée pour les patients belges d'origine marocaine de première et deuxième génération de la maison médicale pourrait aider à augmenter le taux de réalisation de dépistage pour cette population ?* »

La question de recherche a été formulée selon l'approche "PICO" afin d'utiliser au mieux les moteurs de recherche des différentes sources de revue de littérature:

- P(patient): homme et femme de 50 à 74 ans, belges d'origine marocaine de la première et deuxième génération
- I(intervention): accompagnement "personnalisé" (éducation du patient et remise du kit en main propre, explication de la procédure d'envoi et d'utilisation du kit en langue maternelle et aide au remplissage du volet administratif)
- C(comparaison): programme de dépistage standard effectué à Bruxelles
- O(outcome): taux de réalisation du dépistage de la population cible

5.3. Recherche bibliographique

Tout d'abord une recherche de la littérature a été réalisée en vue de déterminer le type d'intervention à mettre en place.

Une recherche bibliographique a été faite du 23 février 2021 au 10 août 2021. Seuls les articles en langue française et anglaise ont été retenus. Aucune restriction temporelle ni aucune restriction géographique n'ont été effectuées. Ont été exclus également les articles non pertinents après la lecture seule de l'abstract, les articles où la population étudiée avait moins de 50 ans et les études ne parlant pas du tout du dépistage par FOBT.

Tout d'abord nous avons effectué une recherche de littérature scientifique internationale sur différentes bases de données : Pubmed, Cochcrane, Embase. Ensuite nous avons consulté les sources francophones telles que le CisMef, le HAS et le KCE. La littérature grise a également été consultée.

Vous trouverez en annexe 1 les différents mots clés (Mesh Terms) utilisés.

5.4. Mise en place de l'expérimentation

5.4.1. Méthode d'investigation

La méthodologie utilisée pour cette expérimentation s'appuie selon la démarche de l'assurance qualité(9). Cette approche a pour but d'étudier un aspect de notre pratique de médecin généraliste dans le lieu dans lequel nous exerçons et d'y assurer une qualité. Elle permet d'identifier des insuffisances dans notre pratique, d'ensuite mettre en place un processus afin d'améliorer cette pratique et finalement évaluer ce nouveau processus.

Dans le cadre de notre travail, cette démarche permet dans un premier temps d'analyser la pratique actuelle du dépistage du CCR dans notre maison médicale et d'identifier les différents défauts de la procédure actuelle. Elle permet dans un second temps de mettre en place une nouvelle prise en charge du dépistage du CCR et d'évaluer si cette nouvelle procédure permet d'augmenter le taux de réalisation du dépistage du CCR.

5.4.2. Évaluation de la situation de départ

5.4.2.1. *Description du lieu de pratique*

Il me semble opportun de décrire le lieu dans lequel nous exerçons à Schaerbeek afin de pouvoir apprécier les caractéristiques générales de la population à Schaerbeek et dans la maison médicale.

5.4.2.2. Taux de couverture du dépistage du CCR

Le taux de couverture du dépistage est déterminé à partir de la base de données du logiciel médical utilisé, « Health one ». L'extraction des données est faite à partir de la fonctionnalité du logiciel « exécute une analyse de la population sur la base de donnée » afin d'y déterminer la population cible.

Ce taux correspond :	$\frac{\text{Nombre de personnes en ordre de dépistage}}{\text{Population cible – le nombre de personnes de cette population présentant une contre-indication au dépistage}}$
----------------------	---

- Nombres de personne en ordre de dépistage : chaque dossier patient sera analysé un à un afin de déterminer le statut de dépistage du patient. Nous regarderons si le patient a effectué un iFOBT test < 2 ans ou si une colonoscopie a été réalisée < 5 ans.
- Population cible : vu au point D.3

Il convient néanmoins de souligner que le taux réel est vraisemblablement sous-évalué. En effet, le taux réel des personnes dépistées est fonction de la qualité de l'encodage des résultats (des tests de dépistage) réalisé par les médecins dans le logiciel médical. Dès lors, un défaut d'encodage impactera notre de taux de dépistage.

5.4.2.3. Pratique actuelle au sein de la maison médicale

La maison médicale est composée de six médecins généralistes dont deux médecins assistants et d'une infirmière. Quatre médecins ainsi que l'infirmière sont arabophones.

Une discussion avec l'équipe médicale a lieu afin d'identifier nos pratiques actuelles.

5.4.3. Population cible

Dans un premier temps, nous devons identifier la population cible qui est étudiée dans cette expérimentation.

Population cible : hommes et femmes de 50 à 74 ans belge d'origine marocaine, éligible au dépistage du cancer colorectal

5.4.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Tableau-2

<u>Critères d'inclusion</u>	<u>Critères d'exclusion</u>
<ul style="list-style-type: none">• Hommes et femmes d'origine marocaine de la première et de la deuxième génération• Uniquement de la maison médicale santé et bien-être à Schaerbeek	<ul style="list-style-type: none">• Déjà bénéficié du dépistage par iFOBT dans les deux dernières années/ colonoscopie < 5 ans• En institution• Maladie en phase terminale• Contre-indication au dépistage par iFOBT (antécédent CCR personnel ou parent du premier degré, maladie chronique digestive, rectorragie ou méléna, douleurs abdominales inexplicables d'apparition récente, troubles du transit d'apparition récente)• Adresse postale en Flandre ou en Wallonie• Pas de numéro de téléphone inscrit dans le dossier

Après l'application de ces critères d'exclusion, la population cible restante constituera la population éligible.

5.4.3.2. Extraction des données du logiciel

Une liste de patients est extraite à partir de la base de données du logiciel en la filtrant par le critère de l'âge. N'existant pas de statistique ethnique au sein de notre logiciel, la liste est passée en revue lors de la réunion médicale avec tous les médecins et les patients belges d'origine marocaine y sont déterminés.

5.4.3.3. *Caractéristique de la population*

Une fois cette population cible déterminée, chaque dossier patient sera analysé manuellement et une série de caractéristiques y sont extraites:

- L'âge
- Le sexe
- Le statut d'assurabilité BIM/non-BIM : cette répartition permet d'observer si un faible revenu financier peut venir influencer la réalisation du colotest. Il convient néanmoins de souligner que l'analyse seule du statut d'assurabilité du patient ne permet pas d'identifier le statut socio-économique de la personne. Pour ce faire, il faudrait prendre en compte deux autres facteurs qui sont le niveau d'éducation ainsi que la profession
- Lieu de naissance : afin d'y déterminer le degré générationnel d'immigration (vu au point suivant)
- Le statut du dépistage : permet d'évaluer le taux de couverture initial en recherchant dans le dossier les patients ayant déjà effectué un test ou une colonoscopie

5.4.3.4. *Définition des termes : immigration de première et deuxième génération*

Un consensus européen (10) définit l'immigration de première génération comme étant les personnes nées à l'étranger et qui ont immigré vers le pays « hôte » .

L'immigration de deuxième génération correspond aux personnes nées dans le pays « hôte », dont un des parents est né à l'étranger et est arrivé dans ce pays « hôte » en tant que migrant. Il faut garder en tête que ces définitions présentent certaines limites. Par un exemple, si une famille de deux parents et de leurs deux enfants immigreront en Belgique, les quatre personnes seront considérées comme étant de la « première génération » alors qu'il existe au sein même de ce foyer deux générations «généalogiques ».

Dès lors, pour notre expérimentation, les patients belges d'origine marocaine nés au Maroc sont considérés comme étant l'immigration de la première génération et ceux nés en Belgique celle de la deuxième génération.

5.5. Procédure de l'expérimentation et objectifs

Une fois la population cible sélectionnée, nous nous intéressons désormais à la mise en place de l'intervention qui a lieu du 15 août 2021 au 15 avril 2022.

5.5.1. Méthode de recrutement

Les patients sélectionnés sont tous contactés par téléphone pour être invités à une consultation physique de prévention auprès de leurs médecins traitants. Les médecins non arabophones sont accompagnés par notre infirmière arabophone tout au long de la consultation. Un recrutement non spécifique est réalisé via une affiche exposée dans la salle d'attente ainsi qu'une petite vidéo de campagne de dépistage du CCR mise sur la télévision de la salle d'attente. Les patients sont également invités de façon opportuniste lors de leur venue en consultation « ordinaire » à la maison médicale.

5.5.2. Expérimentation

Lors de cette consultation, d'une durée de 20 minutes +/-, plusieurs points y sont discutés :

- Discussion sur le dépistage du cancer colorectal : connaissances du CCR, objectifs et bénéfice du dépistage
- Remise d'un kit de dépistage au patient : accord au préalable avec un pharmacien du quartier qui a accepté de nous transmettre les kits de dépistage sous réserve de lui envoyer les numéros de registres nationaux (NISS) des patients ayant reçu les kits. Ces NISS lui sont envoyés via un fichier Excel protégé par un mot de passe sur la plateforme sécurisée E-healthbox

L'infirmière, spécialisée en santé communautaire, se charge ensuite:

- Explication du fonctionnement et de la procédure d'envoi du test avec un kit de démonstration
- Aide au remplissage du volet administratif du kit de dépistage
- Remise d'une brochure d'information du CCR et de son dépistage ainsi que d'une brochure de mode d'emploi du kit de dépistage en langue française et en langue arabe. Ces fiches explicatives, disponibles sur BRUPREV, sont traduites en langue arabe. Vous pouvez les trouver en annexe 2

Toute la procédure se déroule en langue arabe pour les personnes ne s'exprimant pas ou très peu en langue française.

5.5.3. Objectifs

L'indicateur principal évalué est le taux de couverture du dépistage du CCR au sein de la maison médicale des patients belges d'origine marocaine. Il est obtenu par un rapport entre le nombre de patients dépistés sur la population cible. Nous nous intéressons également à l'« uptake » de cette expérimentation, c'est-à-dire au nombre de patients dépistés par rapport au nombre de patients invités.

Nous avons étudié différents aspects pouvant influencer la réalisation du test de dépistage : le sexe, l'âge, le statut BIM/non-BIM du patient, l'immigration marocaine de première ou deuxième génération et la date de réalisation du test après notre consultation de prévention. Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode statistique du chi carré avec un risque d'erreur de 5% ($\alpha = 0,05$).

Un autre objectif s'intéresse à l'encodage du dépistage du cancer CCR dans le logiciel médical. En effet, il est demandé à tous les médecins d'indiquer dans les antécédents médicaux avec un item bien spécifique, « hemocult », la date de la remise du kit ainsi que le résultat du test le cas échéant. Il convient de garder à l'esprit qu'au plus la qualité de l'encodage est meilleure, au mieux nous pouvons apprécier le taux de couverture réel.

6. Résultats

6.1. Évaluation de la situation de départ

6.1.1. Lieu de pratique

La maison médicale a été créée en 2008 dans le quartier Helmet à Schaerbeek. La commune de Schaerbeek compte en moyenne autant d'hommes que de femmes (49,7% vs 50,3%) y compris pour la population de 50-74 ans (11). La commune de Schaerbeek est l'une des communes où le taux de personnes BIM est le plus élevé. En 2021, 32% de la population est bénéficiaire d'intervention majorée pour l'assurance de soins de santé contre 26,5% en moyenne à Bruxelles(12). Nous exerçons dès lors dans un endroit où le degré de précarité est plus important que la moyenne bruxelloise.

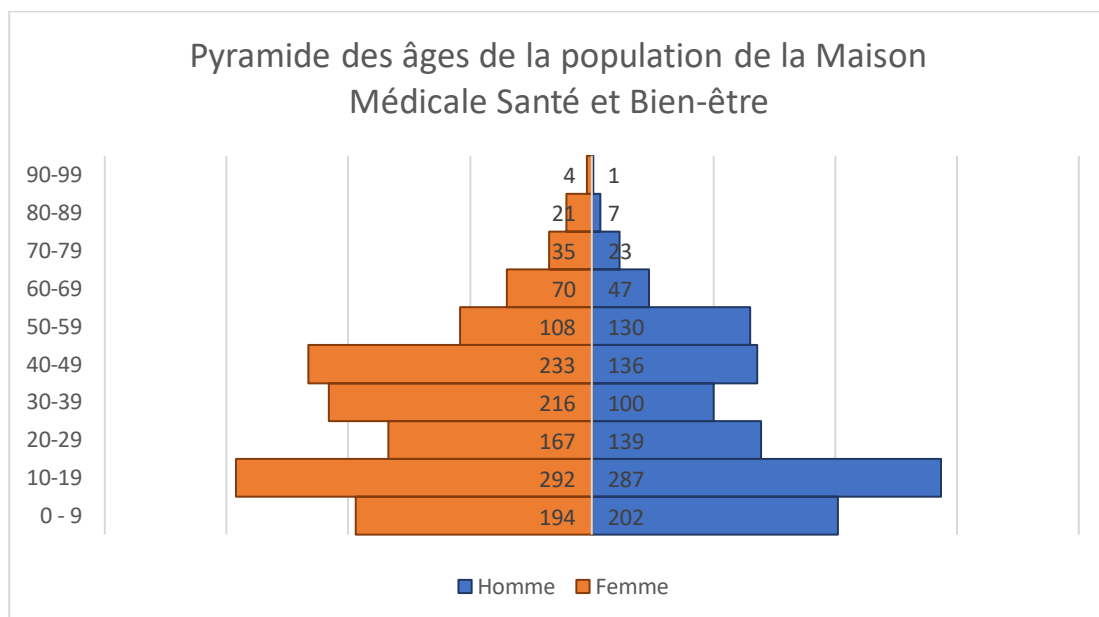


Figure-1

En septembre 2021, la maison médicale est composée de 2412 patients. Nous pouvons apprécier ci-dessus la pyramide des âges de notre maison médicale. Il est à noter que la répartition des âges suit la tendance de celle de la commune de Schaerbeek. Néanmoins notre population a une légère tendance féminine avec 55,5 % de la population qui sont des femmes.

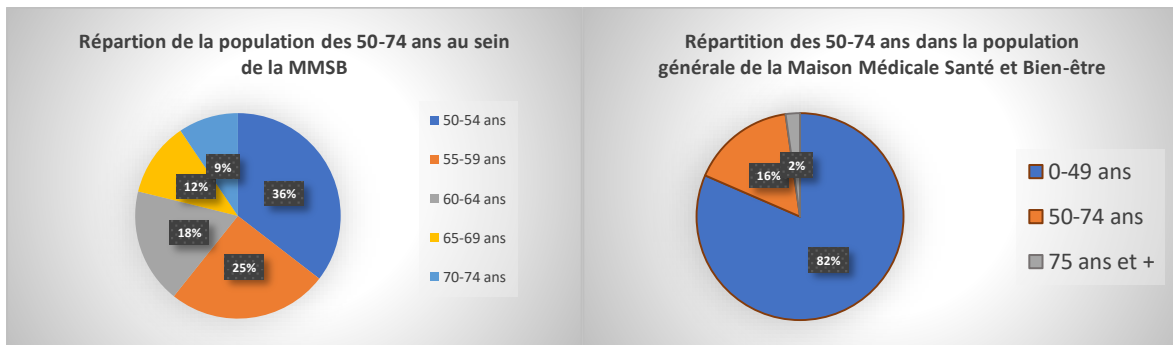


Figure-2

Figure-3

Le pourcentage de patients de plus de 50 ans correspond à 18% de la population de la maison médicale. Parmi la tranche d'âge de 50-74 ans, plus de 60% de la population a un âge compris entre 50 et 59 ans.

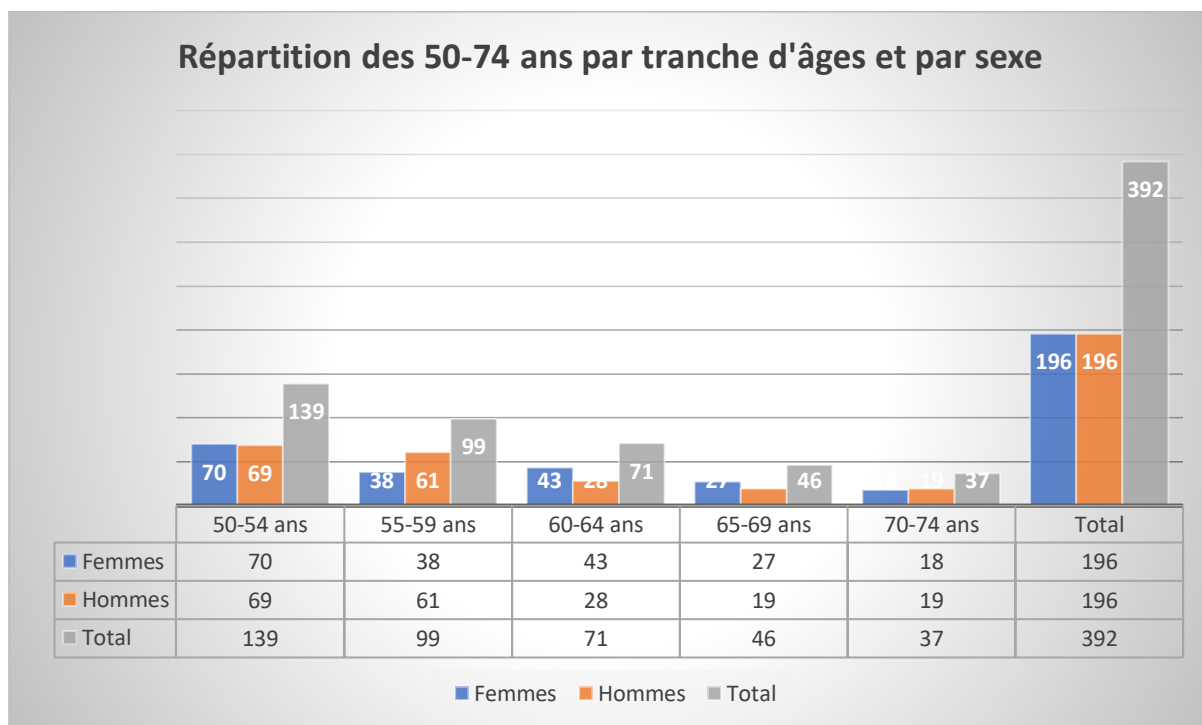


Figure-4

Ce graphique nous montre que la population de la maison médicale, âgée de 50 à 74 ans est composée de 392 personnes. Comme pour la population de Schaerbeek, il y'a autant de femmes que d'hommes pour cette tranche d'âge.

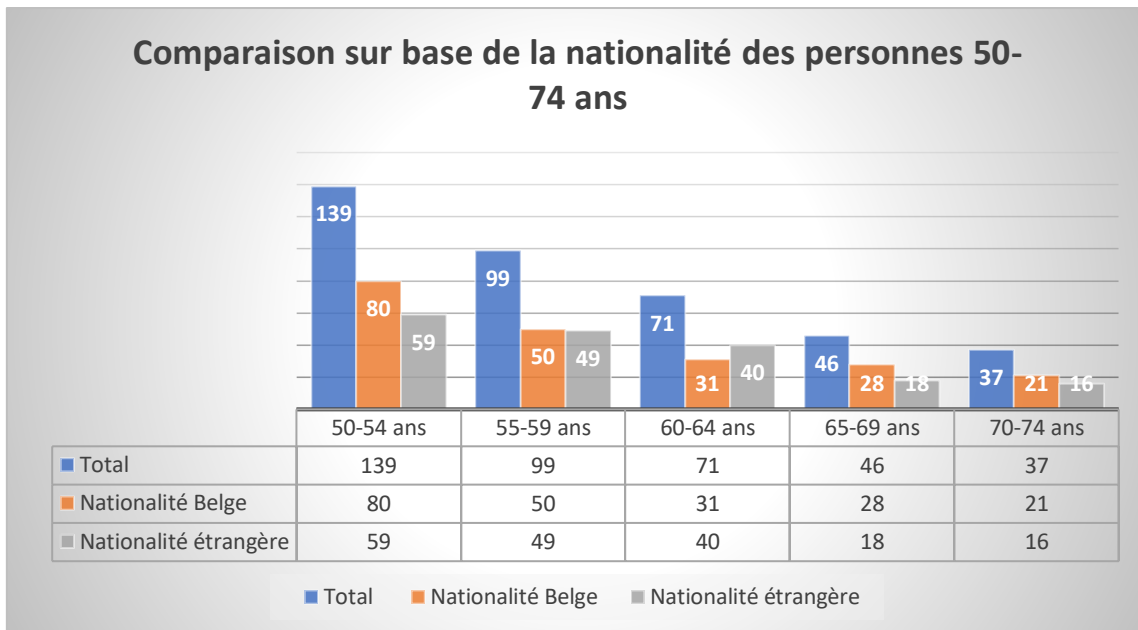


Figure-5

Sur ces 392 personnes, 210 sont de nationalité belge et donc 182 de nationalité étrangère. Cela correspond à un taux de 53,5 % de nationalité belge.

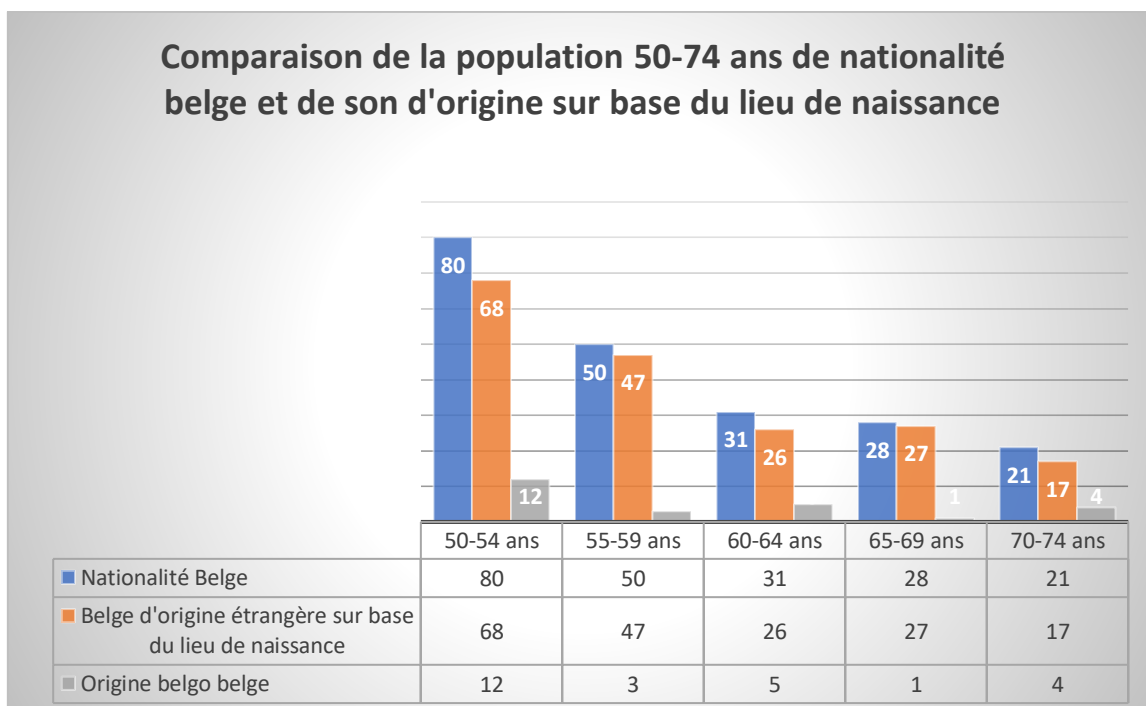


Figure-6

Parmi les 210 patients de nationalité belge, une très large majorité sont des belges d'origine étrangère avec un taux avoisinant les 90% .

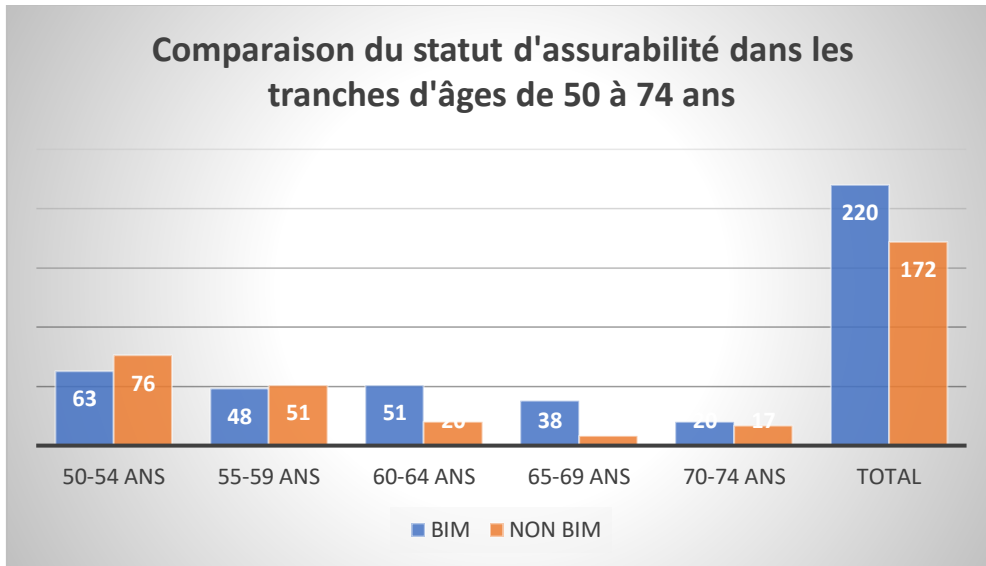


Figure-7

Enfin on observe que parmi nos 392 personnes, âgées de 50 à 74 ans, 220 sont bénéficiaires d'intervention majorée pour les remboursements de soins de santé. Cela correspond à un taux de personnes BIM de 56%. Le pourcentage de BIM dans la population 50-74 ans de la maison médicale est beaucoup plus important que celui retrouvé à Schaerbeek (32%). Cela nous montre que cette population souffre davantage de précarité.

6.1.2. Taux de couverture initial du dépistage du CCR à la maison médicale

Dans un premier temps, il nous faut déterminer les patients en ordre de dépistage dans notre population cible. Pour ce faire, une analyse minutieuse manuelle du dossier de chaque patient de cette population cible a été effectuée. Nous nous sommes rendus dans la partie des antécédents médicaux de chaque dossier-patient afin de savoir si un iFOBT datant de moins de deux ans ou une colonoscopie datant de moins de 5 ans ont été effectués. La date de commencement de notre expérimentation a été établie comme étant le 15 août 2021. Après analyse des dossiers, 35 personnes sont en ordre de dépistage : 26 iFOBT < 2 ans et 9 colonoscopie < 5 ans.

La population cible – le nombre de personnes de cette population présentant une contre-indication au dépistage : $181 - 8 = 176$ (vu au point B)

Le taux de couverture initial du dépistage du CCR est :

$$\frac{35}{181 - 8} = 20,2\%$$

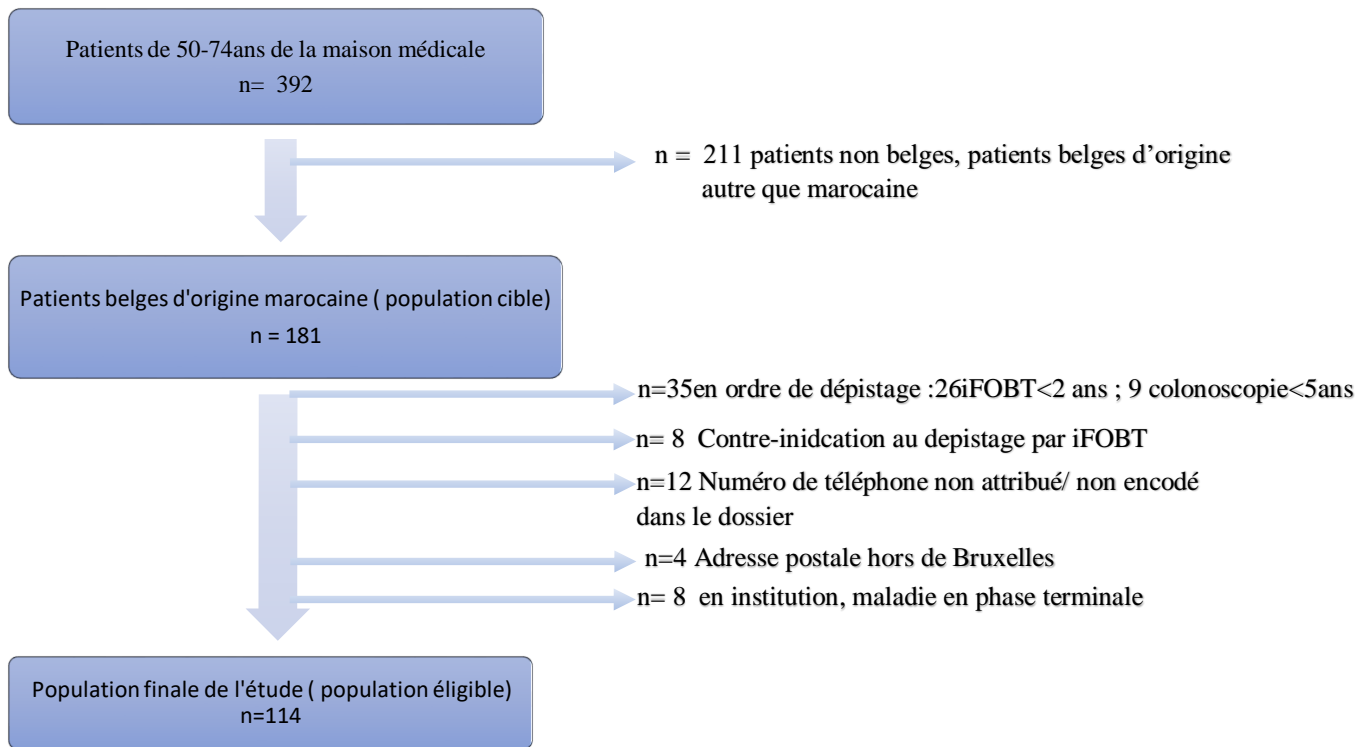
6.1.3. Pratique actuelle au sein de la maison médicale

Il en ressort qu'actuellement aucune procédure n'est mise en place. Le dépistage du CCR se fait surtout de façon opportuniste. Trois médecins sur six (50%) prescrivent un kit de dépistage aux patients en les invitant à se rendre en pharmacie. Deux d'entre eux (33%) discutent du dépistage du CCR avec leurs patients en s'appuyant sur la lettre d'invitation reçue à la maison. Le dernier médecin (17%) ne parle que très peu du dépistage aux patients. Les médecins non arabophones expliquent que la barrière linguistique limite la possibilité d'effectuer le dépistage pour les patients belges d'origine marocaine ne s'exprimant pas en français.

Aucune brochure ni aucun kit de dépistage de démonstration ne sont présentés aux patients. Concernant l'encodage des résultats du test de dépistage, trois médecins sur six (50%) les encodent dans les antécédents médicaux avec un item bien spécifique : « hémocult » ; deux médecins (33%) les encodent dans les antécédents médicaux généraux et un médecin (17%) dit ne pas les encoder.

L'infirmière n'est que très peu sollicitée.

6.2. Sélection des patients



Une liste de patients est extraite à partir du logiciel Health one en utilisant le filtre de l'âge: avoir entre 50 et 74 ans.

Cette liste, composée de 392 patients, est ensuite passée en revue lors de notre réunion médicale. 211 patients sont exclus de l'expérimentation car ces derniers ne sont soit pas de nationalité belge ou soit sont des patients belges avec une origine étrangère autre que marocaine.

Les 181 patients restants constituent notre population cible. Une fois ce premier tri effectué, nous appliquons les différents critères d'exclusions préétablis afin d'y déterminer la population cible restante qui constitue notre population éligible : 114 personnes.

6.3. Caractéristiques des patients sélectionnés

Tableau-3 caractéristiques des patients : sexe en fonction de l'âge, du statut d'assurabilité et du degré générationnel

	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
Nombres de participants	49(43%)	65(57%)	114	100%
Age moyen	58,8	58,6	58,7	
Age médian	57	57	57	
Tranche 50-54 ans	13	22	35	31%
Tranche 55-59 ans	21	15	36	32%
Tranche 60-64 ans	6	12	18	16%
Tranche 65-69 ans	8	10	18	16%
Tranche 70-74 ans	1	6	7	6%
Statut BIM	27	43	70	61%
Statut non BIM	22	22	44	39%
1ère génération	43	57	100	88%
2ème génération	6	8	14	12%

Après les différents filtres effectués, 114 personnes sont retenues pour notre expérimentation. Contrairement à la population de la maison médicale où il y'a autant d'hommes que de femmes chez les 50-74 ans, le sex-ratio dans notre expérimentation est en faveur des femmes avec un pourcentage de participation de 57%. 63% de la population de cette expérimentation a un âge compris entre 50-59 ans avec un âge médian de 57 ans. Plus de 60% des personnes sont bénéficiaires d'intervention majorée. Cela nous montre, comme pour la population générale de la maison médicale, que la population étudiée souffre d'une grande précarité. Enfin une large majorité des personnes sélectionnées sont des belges d'origine marocaine de première génération.

6.4. Résultats de l'expérimentation

6.4.1. Taux de couverture du dépistage CCR post-expérimentation

6.4.1.1. Uptake de l'expérimentation

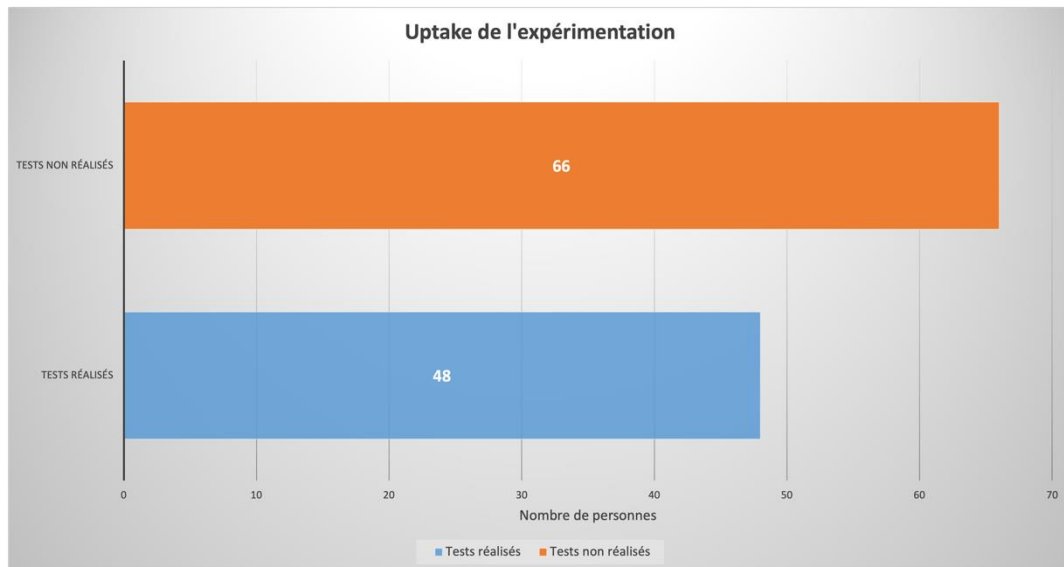


Figure-8

La figure-8 nous permet d'apprécier l'uptake de l'expérimentation.

Pour rappel l'uptake correspond au nombre de personnes ayant effectué le test de dépistage par rapport aux nombres de personnes invitées à cette expérimentation. Cela correspond à 48 personnes sur 114 : 42,1%.

6.4.1.2. Population répondante à l'invitation de consultation

73 personnes ont accepté de se rendre en consultation sur les 114 personnes initialement invitées. Le taux de réponse à l'invitation est donc de 64%. Sur ces 73 personnes, 48 finiront par réaliser le colotest de dépistage, ce qui correspond à un taux de 65,7%.

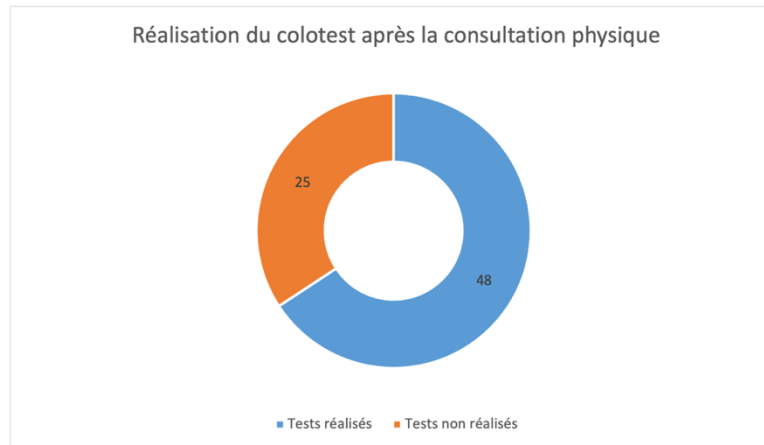


Figure-9

6.4.1.3. Taux de couverture

Le taux de couverture s'obtient par un rapport entre le nombre de personnes initialement en ordre de dépistage additionné au nombre de personnes ayant effectué le colotest lors de notre expérimentation par rapport à notre population cible – les contre-indications au dépistage

- 35 personnes : en ordre de dépistage (26 iFOBT < 2 ans ; 9 colonoscopie < 5 ans)
- 48 personnes: personnes ayant effectué le colotest lors de notre expérimentation
- 181 personnes : population cible
- 8 personnes : contre-indication au dépistage

Le taux de couverture au sein de la maison médicale après notre expérimentation :

$$\frac{35 + 48}{181 - 8} = 47,9 \%$$

6.4.2. Facteurs influençant la réalisation du test

6.4.2.1. Age

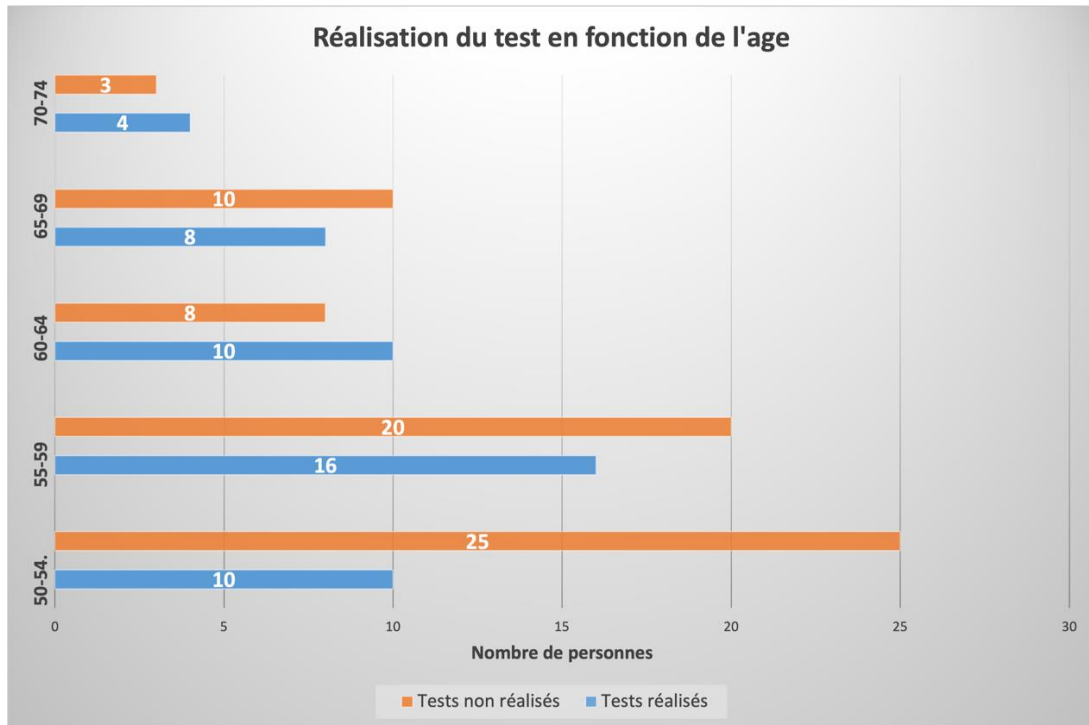


Figure-10

Nous observons, à travers la figure-10, que les personnes de la tranches d'âge de 50-54 ans ont moins tendance à effectuer le test de dépistage : 28% ($10 / (10+25)$) des patients ont effectué leur test. La réalisation du test dans les autres tranches d'âge oscille entre 44 % et 57% :

- 44% pour la tranche d'âge 55-59 ans
- 55% pour la tranche d'âge 60-64 ans
- 44% pour la tranche d'âge 65-69 ans
- 57% pour la tranche d'âge 70-74 ans

6.4.2.2. Sexe

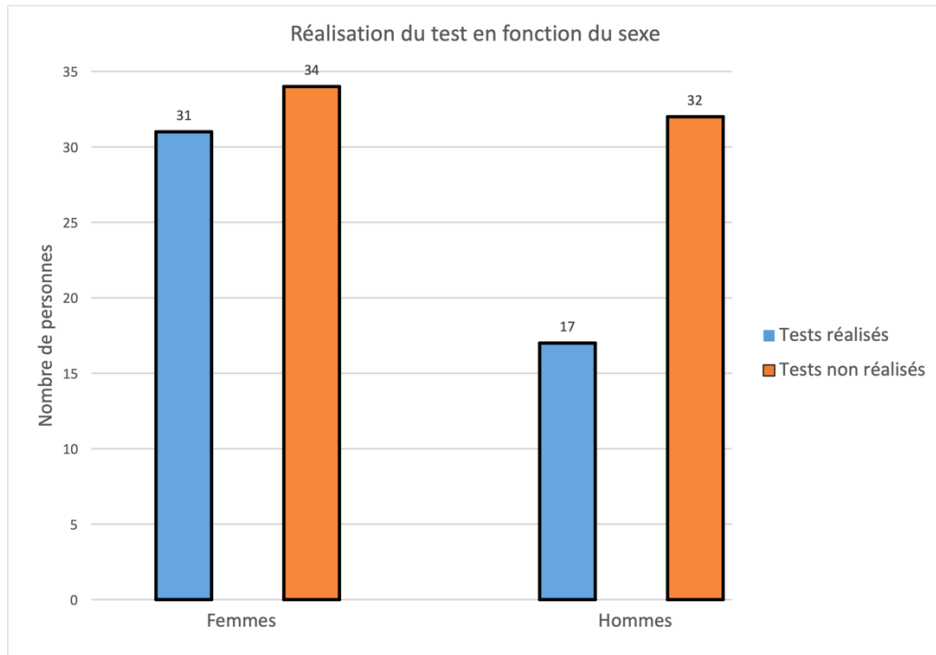


Figure-11

La figure-11 permet de nous montrer que les femmes effectuent davantage le test de dépistage que les hommes. En effet, seul 34,6% des hommes ont effectué leur test alors que près d'une femme sur 2 (47,6%) a réalisé le colotest.

6.4.2.3. Statut Bim

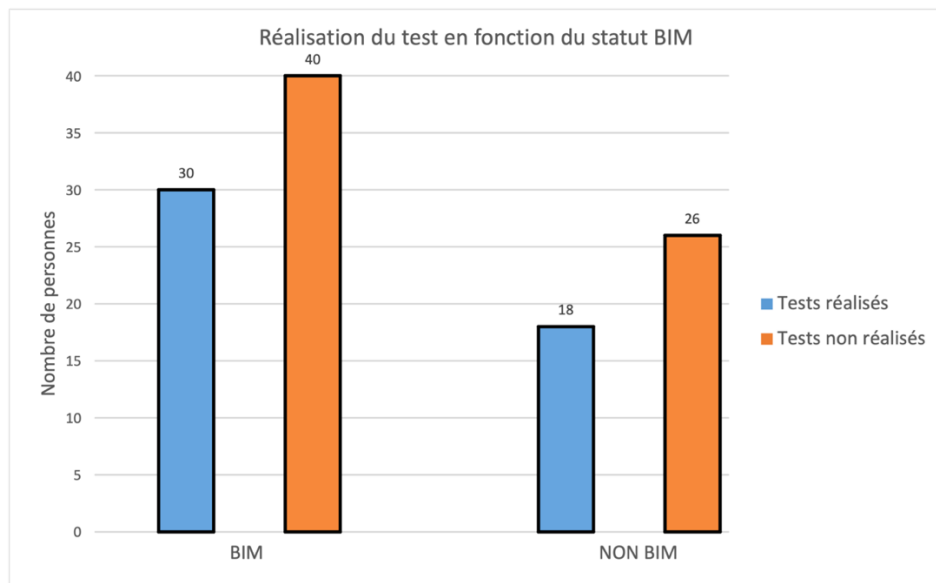


Figure-12

Le Statut BIM/non-BIM du patient ne montre pas une grande différence dans la réalisation du dépistage du CCR dans notre étude. En effet 40,9% des patients NON-BIM de l'étude ont effectué le colotest contre 42,8% des patients BIM.

6.4.2.4. Génération d'immigration

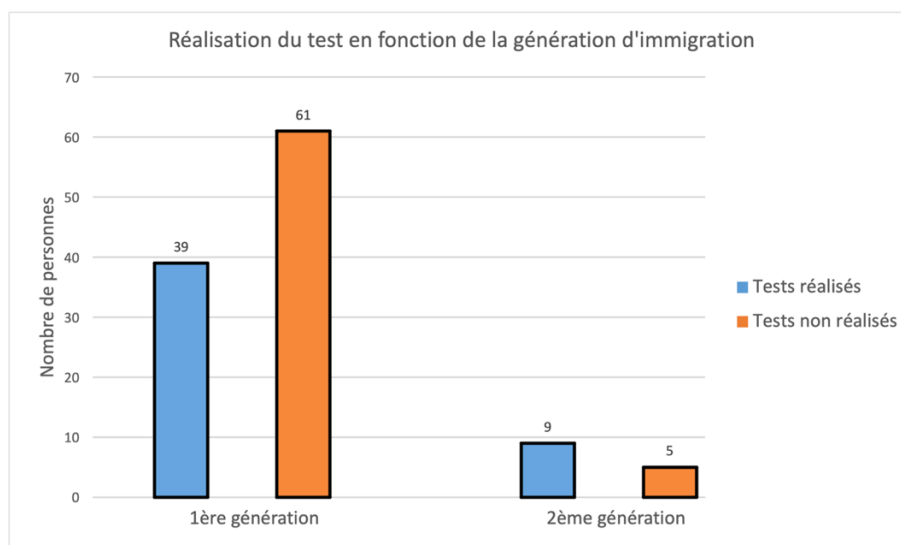


Figure-13

La figure-13 nous montre que 39% des patients belges d'origine marocaine de 1^{ère} génération ont réalisé le colotest alors que 64% de ceux de 2^{ème} génération l'ont effectué.

6.4.2.5. Antécédent de test dans le passé

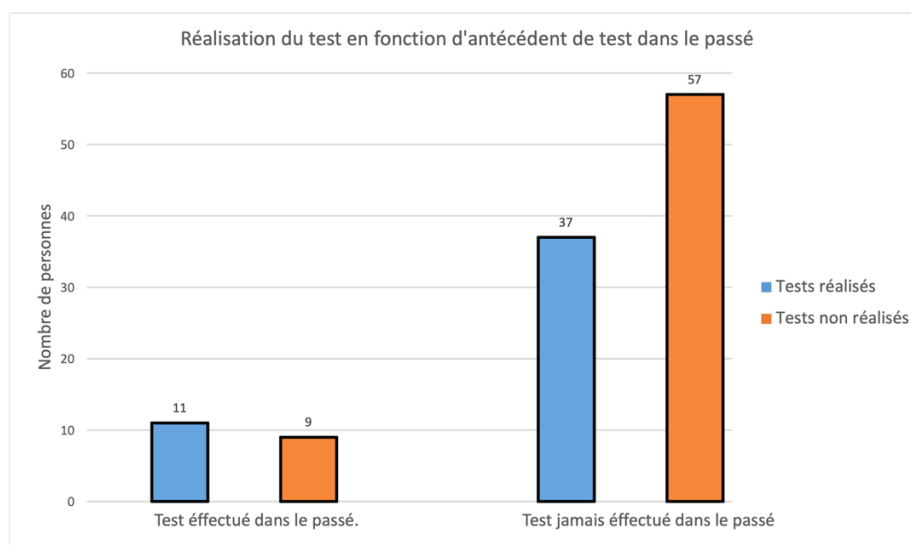


Figure-14

La figure-14 permet de nous rendre compte que plus d'un participant sur deux (55%) ayant déjà effectué le dépistage dans le passé a effectué le colotest alors que seulement 39% des participants n'ayant jamais effectué le dépistage du CCR ont réalisé le colotest.

6.4.2.6. Statistiques

Aucune relation significative n'a été déterminée entre la réalisation du colotest et les différents facteurs étudiés pouvant l'influencer (âge, sexe, statut bim, degré générationnel et antécédent de test dans le passé) par la méthode du khi carré avec un risque d'erreur évalué à 5% ($\alpha=0,05$). Vous trouverez en annexe 3 le détail des calculs statistiques fait sur Excel.

6.4.3. Résultats des colotests

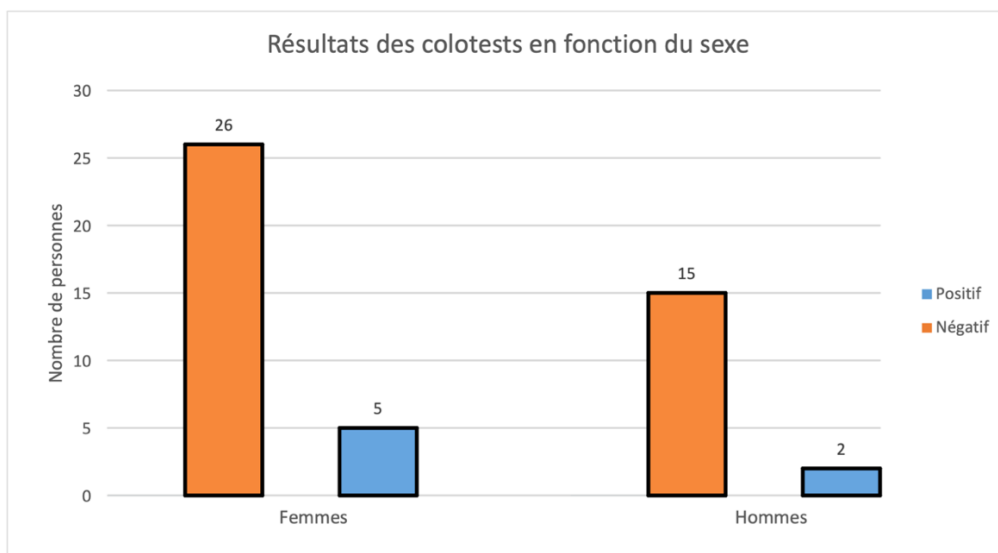


Figure-15

Sur 48 colotests réalisés, 7 tests sont revenus positifs, ce qui correspond à un taux de 14,5%. Chez les femmes, 5 tests sur 31 sont positifs (16%). Chez les hommes, 2 sur 15 (13%) le sont.

6.4.4. Temps du test

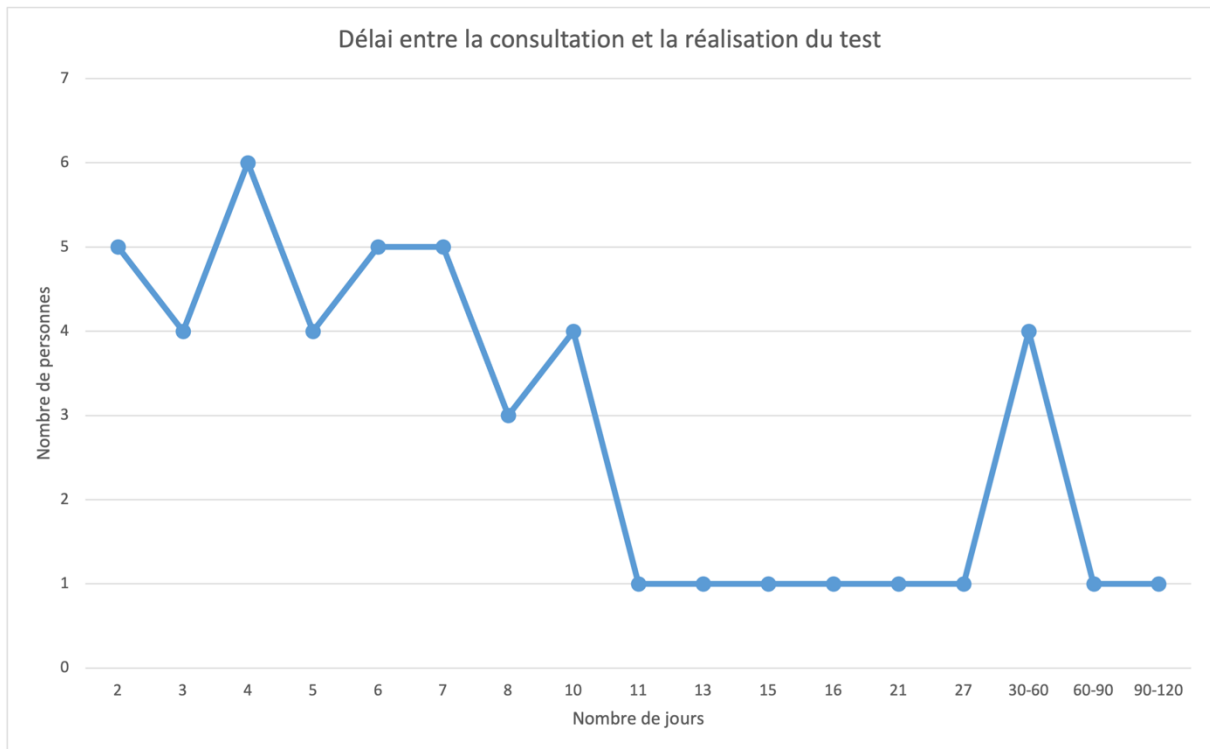


Figure-16

La figure-16 nous montre que plus de 60 % (29 sur 48 personnes) des patients ayant effectué le colotest l'ont fait dans les 7 jours après leur consultation physique. Ce pourcentage s'élève jusqu'à 75% (36 sur 48 personnes) pour les patients ayant effectué leur colotest dans les 10 jours après leur consultation physique. Seuls 4 patients ont effectué leur test plus de 30 jours après leur consultation physique.

6.4.5. Encodage

Sur 73 kits de dépistage remis, seuls 3 encodages n'ont pas été effectués dans le dossier des patients. Tous les encodages respectaient l'item « hemocult » avec la date de la remise du kit. En ce qui concerne les résultats, 12 n'ont pas été indiqués dans le dossier du patient.

7. Discussion

7.1. Recrutement

Notre méthode de recrutement principalement par voie téléphonique nous a permis d'inviter en consultation 73 personnes sur les 114 initialement invitées. Ce qui correspond à un taux de 64%. Le taux de réponse à l'invitation est donc relativement important. Afin de majorer le taux de réponse, nous avons également opté pour un recrutement non spécifique par affiche et vidéo projetée dans la salle d'attente et un recrutement opportuniste. En effet, une approche uniquement téléphonique n'aurait sans doute pas permis d'atteindre un pourcentage de participation aussi important. Avec du recul, il aurait peut-être fallu combiner l'approche téléphonique à une lettre d'invitation faite par la maison médicale envoyée par la poste aux patients. Cela aurait sans doute permis de toucher une plus large partie de notre population.

7.2. Taux de couverture

L'indicateur principal évalué a été de savoir si notre intervention pouvait venir impacter le taux de réalisation du dépistage du CCR au sein de la maison médicale. Le taux de couverture du dépistage du CCR dans notre maison médicale est passé de 20,2% à 47,9% après notre expérimentation. Ce qui montre une nette augmentation de 137,13%.

Comme expliqué précédemment, notre étude s'est appuyée sur une approche individualisée du patient :

- Éducation du patient avec son médecin traitant : connaissances au sujet du CCR, objectifs et bénéfices du dépistage
- Remise d'un kit de dépistage en main propre
- Explication d'utilisation et de la procédure d'envoi du kit par notre infirmière, bilingue et biculturelle, spécialisée en santé communautaire
- Remise des différentes brochures concernant le CCR et le mode d'emploi d'utilisation du kit de dépistage en langue française et langue arabe

La consultation physique a largement contribué à la participation des personnes au dépistage du CCR. En effet, près de deux patients sur trois qui se sont rendus à notre consultation ont fini par effectuer le colotest. Il faut également souligner que la plupart des personnes qui ont réalisé le colotest l'effectuent dans les jours qui suivent la consultation physique. En effet, 3 personnes sur 4 l'ont effectué dans les 10 jours après la consultation. Cela nous montre encore l'impact qu'a eu la consultation physique de prévention sur la réalisation du test de dépistage.

7.2.1. Confrontation avec littérature

7.2.1.1. Agent de santé communautaire

L'utilisation d'une infirmière spécialisée en santé communautaire a sans doute permis d'obtenir une adhérence plus importante à la campagne dépistage du CCR. Ces résultats concordent avec l'étude de Bellhouse et al (13) qui a pu montrer, à travers une revue systématique et méta-analyse, que la mise en place d'agents de santé communautaire permettait d'augmenter le taux de réalisation de dépistage d'un cancer au sein des minorités ethniques. Cette approche serait davantage bénéfique pour les personnes qui n'avaient jamais effectué le dépistage dans le passé.

Plusieurs autres études viennent corroborer ces résultats. L'étude de Mojica et al. (14) montre que l'intervention d'agents de santé communautaire, chez les femmes latino-américaines de San Antonio, a permis d'éduquer ses femmes au dépistage du CCR, du sein et du col de l'utérus en travaillant sur les connaissances et croyances du CCR ainsi que sur les attitudes/croyances face aux différents dépistages. Ce qui a permis une augmentation de la compliance des patientes dans le dépistage des différents cancers (sein, colon et col de l'utérus).

7.2.1.2. Éducation du patient

Dans la revue systématique de Naylor et al. (15), évaluant les différentes interventions permettant d'augmenter le taux de réalisation du dépistage du CCR des minorités ethniques aux États-Unis, les cinq articles évaluant les interventions éducatives administrées par contact direct par des professionnels formés ont montré une amélioration significative de la réalisation du dépistage du CCR, avec une amélioration absolue allant de 11 % à 41,9 %.

L'étude Hu et al. (16) s'est également appuyé sur l'éducation du patient afin de majorer le taux de dépistage du cancer CCR dans cette population.

Plusieurs études ont montré que la méconnaissance concernant le CCR , son programme dépistage ainsi que l'utilisation du kit de dépistage pouvait venir impacter négativement la réalisation du dépistage. (17,18)

7.2.1.3. Prestataire et matériel bilingues

La revue systématique de Naylor et al. (15) nous a montré que deux des trois études mesurant l'impact des interventions multilingues rapportent une majoration du taux de dépistage du CCR. La première étude a montré que les américains d'origine chinoise ont 5,9 fois plus de chance d'effectuer le dépistage (IC 95% 3,25 ;10,75) lorsque l'intervention éducationnelle est effectuée par un dispensateur de soins trilingue. L'autre étude montrait que l'ajout d'une brochure d'information bilingue augmente de 3,02 (IC 95% 1,77 ;5,14) fois la probabilité d'effectuer le test de dépistage par rapport aux soins habituels dans une population à forte prédominance hispanique et asiatique.

Ces résultats sont également corroborés avec l'étude de Hu et al. (16). Un essai clinique randomisé a été effectué chez des chinois vivant aux États-Unis. L'intervention a consisté en une éducation du patient par un « éducateur de santé » trilingue (anglais, cantonais et mandarin) et biculturel associé à du matériel pédagogique bilingue (vidéo, brochure d'information et brochure d'instruction du test de dépistage). 69,5% des personnes faisant partie du groupe interventionnel ont effectué le dépistage du CCR dans les 6 mois alors que seulement 27,6% des personnes du groupe témoin (FOBT test commandé par le médecin) l'ont effectué. L'odds ratio pour le groupe interventionnel par rapport au groupe témoin pour le dépistage du CCR dans les 6 mois est de 5,98 (IC 95% 3,29 ;10,85).

7.2.1.4. Remise du kit de dépistage en consultation et explication d'utilisation

Cette même revue systématique de Naylor et al. (15) a observé qu'une étude a constaté que, dans un échantillon de patients principalement asiatiques et hispaniques aux États-Unis, la remise d'un kit de dépistage du CCR ainsi que l'éducation des patients lors des rendez-vous annuels de vaccination contre la grippe permettait une augmentation de 29,8% ($p < 0,001$) du taux de réalisation du dépistage du CCR par rapport à une augmentation de 4,4% ($p = 0,07$) dans le groupe de soins habituels. L'étude de Phillipson et al. (19) a quant à elle montré différents facteurs pouvant limiter l'utilisation du kit de dépistage national australien pour les participants de cultures diverses. En effet, la promotion limitée en langue communautaire ainsi que des instructions d'utilisation de kit trop compliquées et mal séquencées contribuaient à un manque d'adhérence au campagne de dépistage du CCR.

7.3. Facteurs influençant la réalisation du test

Bien que nos résultats ne soient pas statistiquement significatifs, nous avons pu observer des différences dans certaines catégories. Le travail de fin d'étude de Joris Jecker (20) est arrivé à la même conclusion.

Les personnes plus jeunes sont moins sujettes à effectuer le test de dépistage. En effet seulement 28% des personnes de la tranche d'âge de 50-54 ans ont effectué le test contre 44 à 57 % pour les autres tranches d'âge. Les plus jeunes sont souvent en meilleure santé et n'ont pour la plupart jamais entendu parler du test de dépistage. Les femmes ont également plus tendance à effectuer ce test de dépistage par rapport aux hommes (47,6% vs 34,6%).

Néanmoins, le pourcentage de femmes est plus important dans notre population par rapport à la population de notre maison médicale et de Schaerbeek.

Pour ce qui est du degré générationnel, nous observons que les belgo-marocains de 2^{ème} génération vont effectuer le test de dépistage davantage que ceux de la 1^{ère} génération. Un des éléments de réponse pouvant expliquer cette différence serait dans le fait que ceux de la 2^{ème} génération sont nés en Belgique et s'expriment mieux en français avec une bi-culturalité belgo-marocaine. Ces derniers seront dès lors plus sensibles aux différentes campagnes de prévention mise en place dans notre pays. Néanmoins il faut garder en tête que la population des patients belges d'origine marocaine de deuxième génération dans notre étude n'est

constituée que de 14 personnes. Ce qui rend l'analyse des résultats limités comparativement à ceux de la première génération, composée de 100 personnes.

Il n'y a pas de différence entre les groupes BIM et non-BIM pour la réalisation du dépistage du CCR. Le statut BIM ne permet à lui seul d'évaluer le statut socio-économique de la personne. Enfin, plus d'une personne sur deux (55%) ayant déjà effectué le test par le passé va effectuer le colotest alors que seulement 39% des personnes n'ayant jamais fait le test de dépistage effectueront le colotest. Un patient ayant déjà effectué le test est plus enclin à le refaire de nouveau. En effet, celui-ci s'est rendu compte en le faisant de la facilité d'utilisation et du caractère non invasif du test de dépistage.

7.3.1. Confrontation à la littérature

Dans la littérature, il ressort que le fait d'être une femme ainsi que les personnes plus jeunes constituent un frein à la réalisation du dépistage. (21,22).

Bien que nous n'ayons pas observé de différences pour le dépistage du CCR concernant le statut d'assurabilité, les personnes avec un revenu financier faible constitue également un frein à la réalisation du test de dépistage. (22)

Nous n'avons trouvé aucune donnée dans la littérature concernant le degré générationnel. Enfin, l'étude de Bellhouse et al.(13) , qui pour rappel s'est intéressé à l'intervention par des agents de santé communautaire , nous montre que, contrairement à notre étude, ce sont ceux qui n'adhéraient pas auparavant aux campagnes de dépistage qui ont le plus bénéficié de l'approche par agent de santé communautaire.

7.4. Limitations et biais

Le recrutement principalement par voie téléphonique a constitué un biais de sélection dans notre étude. Certaines personnes avaient changé leur numéro de téléphone ou n'était pas joignable lors de nos différents appels. Il aurait fallu combiner cette approche avec une lettre d'invitation par voie postale afin d'étendre au maximum les personnes touchées par notre étude.

Pour ce qui est des résultats de réalisation du colotest, nous sommes basés uniquement sur leur réception dans le logiciel médical health one. Il y'a donc une possibilité que certains patients aient réalisé leurs colotests mais que les résultats ne nous soient pas parvenus. Il aurait fallu, comme dans l'étude de Joris Justin (20), contacter le centre de référence, BRUPREV, afin d'identifier avec précision toutes les personnes dépistées dans notre population à l'aide de leur numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS).

Comme expliqué ci-dessus, le statut d'assurabilité ne permet pas à lui seul d'établir le statut socio-économique de la personne. Il aurait fallu prendre en compte différents facteurs tels que le niveau d'étude, le métier ainsi que la maîtrise de la langue en plus des revenus de la personne. Malheureusement, par manque de temps et au vu de la difficulté de recensement et d'analyse de ces données, notre choix s'est donc uniquement porté sur le statut d'assurabilité des patients.

Notre étude n'est pas représentative des différentes minorités ethniques résidant dans notre pays. En effet, la plupart des intervenants de notre étude étaient arabophones facilitant fortement notre expérimentation. Dans l'élaboration du sujet de notre étude, notre choix s'était porté dans un premier temps sur les patients belges d'origine marocaine et turque de la maison médicale. Nous nous sommes rendus compte dans un second temps que l'inclusion de patients turcophones sans aucun intervenant turcophone pouvait venir fausser nos résultats et nous avons donc décidé de nous intéresser uniquement aux belgo-marocains.

8. Conclusion et perspectives

Cette étude nous a permis d'observer l'impact significatif qu'a eu notre intervention pour les patients belgo-marocains de la maison médicale. La remise du kit de dépistage en main propre, l'accompagnement par notre infirmière bilingue spécialisée en santé communautaire ainsi que l'éducation du patient ont largement contribué à majorer le taux de couverture du dépistage du CCR dans notre maison médicale.

La campagne faite actuellement à Bruxelles n'est probablement pas adaptée pour la population bruxelloise issue des minorités ethniques. Dans un premier temps, il serait judicieux que BRUPREV puisse mettre à disposition les différentes documentations du CCR et de son kit de dépistage en langues étrangères les plus retrouvées à Bruxelles comme cela est déjà fait en Flandre. Notre intervention a demandé beaucoup de temps aux médecins. Avec l'agenda chargé des médecins généralistes, il serait difficile de leur demander d'en fournir autant bien que l'enjeu soit très important. Il faudrait dès lors mettre en place dans les structures pluridisciplinaires des agents de santé communautaire qui se chargeraient de promouvoir cette campagne avec un médecin généraliste coordinateur. Cela viendrait renforcer la campagne de dépistage faite actuellement à Bruxelles.

Bien que cette expérimentation ait montré un impact positif sur le taux de dépistage du CCR, il reste cependant une grande partie de notre population qui n'a pas encore été dépistée (>50%). Dès lors, il faudrait que d'autres études soient réalisées afin d'approfondir cette thématique. Je pense, par exemple, à une étude qualitative en entretien semi-dirigé chez cette patientèle afin d'identifier les freins à la réalisation du dépistage du CCR. Une meilleure compréhension de leurs barrières nous permettra de mettre en place différentes approches permettant une meilleure adhérence à la campagne de dépistage.

9. Références bibliographies

- 1 : Statbel. Nouvelle statistique sur la diversité selon l'origine en Belgique [Internet]. 2021 [cité 05 novembre 2021]. Disponible sur : <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/nouvelle-statistique-sur-la-diversite-selon-lorigine-en-belgique>
- 2 : Fondation contre le Cancer. Le cancer en chiffres [Internet]. 2021 [cité 12 novembre 2021] Disponible sur : <https://www.cancer.be/le-cancer/le-cancer-en-chiffres>
- 3 : Fondation contre le Cancer. Cancer Colorectal (Du Gros Intestin) – Généralités [Internet]. [cité 12 novembre 2021] Disponible sur : <https://www.cancer.be/les-cancers/types-de-cancers/cancer-colorectal-du-gros-intestin>
- 4 : Fondation contre le Cancer. 90% de guérison en cas de dépistage précoce ! [Internet]. 2020. [cité 12 novembre 2021]. Disponible sur : <https://www.cancer.be/nouvelles/cancer-du-colon-90-de-guerison-en-cas-de-depistage-precoce>
- 5 : CCR. Dépistage du cancer colorectal – 50 à 74ans. [Internet]. 2019 [cité 1 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ccref.org/>
- 6 : Bruprev. Dépistage du Cancer Colorectal : rapport d'activité 2020 [Internet]. 2021. [cité 06 décembre 2021]. Disponible sur : <https://www.bruprev.be/Uploads/home/activiteitenverslagen-colon/2020-BRUPREV-Colotest-2021-06-16-Rapport-d-activite-2020-FR.pdf>
- 7 : Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker. De stoelgangtest [Internet]. [cité 04 janvier 2022] Disponible sur : <https://dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be/fr/bienvenue>
- 8 : Fondation contre le Cancer. Cancer colorectal : en mars, faites le test ! Un dépistage précoce peut vous sauver la vie. [Internet]. 2021. [cité 04 janvier 2022] Disponible sur : <https://www.cancer.be/nouvelles/cancer-colorectal-en-mars-faites-le-test-un-depistage-precoce-peut-vous-sauver-la-vie>
- 9 : Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones asbl. Carnet de bord : « assurance de qualité ». [Internet]. 1999. [cité 11 décembre 2021]. Disponible sur : <https://www.maisonmedicale.org/Carnet-de-bord-assurance-de-qualite.html>

10 : European Commission. Second-generation migrant. [Internet]. [cité 02 février 2022]. Disponible sur : https://ec.europa.eu/home-affairs/pages/glossary/second-generation-migrant_en

11 : Statbel. Schaerbeek. [Internet]. 2021 [cité 19 février 2022]. Disponible sur : <https://statbel.fgov.be/fr/commune/schaerbeek#dashboard2>

12 : Institut bruxellois de statistique et d'analyse. Schaerbeek. [Internet]. 2021 [cité 19 février 2022]. Disponible sur : <https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/schaerbeek>

13 : Bellhouse S, McWilliams L, Firth J, Yorke J, French DP. Are community-based health worker interventions an effective approach for early diagnosis of cancer? A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2018;27(4):1089-1099. doi:10.1002/pon.4575

14: Mojica CM, Morales-Campos DY, Carmona CM, Ouyang Y, Liang Y. Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Education and Navigation: Results of a Community Health Worker Intervention. *Health Promot Pract*. 2016 May;17(3):353-63. doi: 10.1177/1524839915603362.

15: Naylor K, Ward J, Polite BN. Interventions to improve care related to colorectal cancer among racial and ethnic minorities: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2012;27(8):1033-1046. doi:10.1007/s11606-012-2044-2

16 : Tu SP, Taylor V, Yasui Y, et al. Promoting culturally appropriate colorectal cancer screening through a health educator: a randomized controlled trial. *Cancer*. 2006;107(5):959-966. doi:10.1002/cncr.22091

17: Cai SR, Zhang SZ, Zhu HH, Zheng S. Barriers to colorectal cancer screening: a case-control study. *World J Gastroenterol*. 2009;15(20):2531-2536. doi:10.3748/wjg.15.2531

18 : Kimura A, Sin MK, Spigner C, Tran A, Tu SP. Barriers and facilitators to colorectal cancer screening in Vietnamese Americans: a qualitative analysis. *J Cancer Educ*. 2014;29(4):728-734. doi:10.1007/s13187-014-0646-6

19: Phillipson L, Pitts L, Hall J, Tubaro T. Factors contributing to low readiness and capacity of culturally diverse participants to use the Australian national bowel screening kit. *Public Health Res Pract.* 2019;29(1):28231810. Published 2019 Mar 6. doi:10.17061/phrp28231810

20: Joris J. Mise en place et évaluation d'une campagne de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal en médecine générale : l'expérience d'une pratique de groupe pluridisciplinaire au forfait et en milieu urbain. *Université de Liège.* 2020. Disponible sur : mgtfe.be

21: Guessous I, Dash C, Lapin P, et al. Colorectal cancer screening barriers and facilitators in older persons. *Prev Med.* 2010;50(1-2):3-10. doi:10.1016/j.ypmed.2009.12.005

22 : Wools A, Dapper EA, de Leeuw JR. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2016;26(1):158-168. doi:10.1

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de Médecine

Travail de fin d'étude en médecine générale

Est-ce qu'une approche personnalisée pour les patients belges d'origine marocaine de la 1^{ère} et 2^{ème} génération de la maison médicale pourrait aider à augmenter le taux de réalisation du dépistage du cancer colorectal pour cette population ?

Assurance qualité

TFE réalisé par
Abdelkarim Daoudi

Promoteur
Dr. Abdelmoumen Tadlaoui

Année académique 2021-2022
Master de spécialisation en Médecine générale

Table des annexes

1. ANNEXES.....	3
1.1. ANNEXE 1 : MESH TERMS.....	3
1.2. ANNEXE 2: BROCHURES BILINGUES.....	4
1.2.1. <i>Mode d'emploi</i>	4
1.2.2. <i>Brochure d'information</i>	6
1.3. ANNEXE 3: STATISTIQUE CHI-CARRÉ.....	8
1.3.1. <i>SEXE et réalisation du test</i>	8
1.3.2. <i>STATUT BIM et réalisation du test</i>	9
1.3.3. <i>DEGRE GENERATIONNEL et réalisation du test</i>	9
1.3.4. <i>ANTECEDENT DE TEST et réalisation du test</i>	10
1.3.5. <i>AGE et réalisation du test</i>	11
1.4. ANNEXE 4 : CODES D'INDEXATION.....	12

1. Annexes

1.1. Annexe 1 : MeSh Terms

les différents mots clés utilisés(Mesh Terms) utilisés dans les moteurs de recherche de la littérature scientifique :

- **Dépistage précoce du cancer (MeSh Terms):** cancer screening; Cancer Early Detection; Cancer Screening Test; Early Diagnosis of cancer.
- **Cancer colo-rectal (MeSh Terms):** Colorectal Neoplasm; Colorectal Tumors; Colorectal Carcinoma; Cancer Colorectal.
- **Diversité culturelle (MeSh Terms):** Cultural pluralism; Multiculturalism; Cultural Diversities; Pluralism.
- **Médecin généraliste (MeSh Terms):** Family Doctor; General Practitioner; General Physician; Family physician
- **Groupe minoritaire (MeSh Terms):** Minority Group, Minority

1.2. Annexe 2: brochures bilingues

1.2.1. Mode d'emploi

Mode d'emploi دليل تنفيذ

Programme de dépistage du cancer colorectal
برنامج اختبار الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم

UN GESTE SIMPLE ET RAPIDE QUI PEUT VOUS SAUVER LA VIE

En Belgique, 8.700 cas de cancer colorectal (cancer de l'intestin) sont diagnostiqués chaque année.

Détecté à un stade précoce, le cancer colorectal se guérit dans 90% des cas. Pour cette raison, il est recommandé d'effectuer un test de recherche de sang dans les selles tous les deux ans, à partir de 50 ans et jusqu'à 74 ans.

مهم / IMPORTANT

- Vous ne pouvez utiliser ce test qu'une seule fois ;
- Après utilisation, conservez le test au réfrigérateur jusqu'au moment de l'envoi ;
- Le test doit être utilisé **AVANT** le mois d'expiration qui figure sur l'étiquette ;
- Tenir hors de portée des enfants et des animaux, le liquide contenu dans le test étant toxique.

مجرد إجراء بسيط وسريع قدر الإمكان عسى أن ينقذ حياتك

في بلجيكا، يجري تشخيص 8700 حالة مصابة بـ سرطان القولون والمستقيم (سرطان الأمعاء) سنويًا.

تُشفى 90% من الحالات المصابة بـ سرطان القولون والمستقيم بفضل اكتشاف إصابتهم في مرحلة مبكرة. لذلك، يُوصى علمن تتراوح أعمارهم بين 50 و74 عامًا أن يتخضعوا لاختبار، مرة كل عامين، لتحصن ظهور دم في البراز.

Le résultat du test vous parviendra par courrier environ 2 semaines après votre envoi.
ستُرسل نتيجة الاختبار إليك عبر البريد بعد انقضاء حوالي 2 أسبوعين من تاريخ الشحن.

Si le test est NEGATIF, une nouvelle invitation vous sera envoyée dans 2 ans.

Si le test est POSITIF, contactez votre médecin traitant.
Il vous prescrira une coloscopie pour vérifier d'où vient le saignement.

CE CONTRÔLE EST NÉCESSAIRE, mais rassurez-vous, 9 fois sur 10, il ne s'agit pas d'un cancer

لا تنتفع لاجراء هذا الاختبار:

- إذا كنت تعاني من مرض التهاب الأمعاء المزمن؛
- إذا كنت أو حتى أحد أفرادك من الدرجة الأولى وهم (الأب، والأم، والأخ، والأخت) مصابًا بسرطان القولون؛
- إذا كانت مصابًا بترفيف البروستات.

إذا كنت تعاني من إحدى هذه الحالات، فوجب عليك استشارة طبيبك أولاً.

Co test n'est pas pour vous si

- vous avez une maladie digestive inflammatoire chronique
- vous-même ou au moins un parent au premier degré (père, mère, frère, sœur) a déjà eu un cancer du colon
- vous avez des saignements hémorroïdaux

Si vous êtes dans une de ces situations, parlez-en d'abord à votre médecin.

لا تنتفع لاجراء هذا الاختبار:

- إذا كنت تعاني من مرض التهاب الأمعاء المزمن؛
- إذا كنت أو حتى أحد أفرادك من الدرجة الأولى وهم (الأب، والأم، والأخ، والأخت) مصابًا بسرطان القولون؛
- إذا كانت مصابًا بترفيف البروستات.

إذا كنت تعاني من إحدى هذه الحالات، فوجب عليك استشارة طبيبك أولاً.

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELJKE OORDELSORGANISATIE

Vianderen
Francophonie
unifrance
Bruxelles

www.brumammo.be/cololest

02 763 19 84

cololest@brumammo.be

Éditeur responsable / Editor responsible: abbi Brumammo vzw | Allée de la Recherche 12 Researchweg - Bruxelles 1070 Brussels

4

MODE D'EMPLOI DU TEST دليل إجراء الاختبار

1 Avant réalisation du test / إجراء الاختبار / قبل إجراء الاختبار

COMPLÉTEZ LE DOCUMENT D'IDENTIFICATION AVEC : (EN LETTRES MAJUSCULES)

- votre vignette de mutuelle;
- votre n° du Registre national (n° repris au verso de votre carte d'identité);
- la date de réalisation de votre test;
- vos informations personnelles complètes;
- les coordonnées complètes et lisibles de votre médecin traitant.



استكمل بيانات وثيقة تحديد الهوية:

(أبجدي الكتابة بالأحرف الكبيرة)

- بطاقتك التأمين الصحي؛
- رقم بطاقة هويتك الوطنية (الرقم الممنون على ظهر بطاقة هويتك)؛
- تاريخ خضوعك لإجراء الاختبار؛
- كتابة بياناتك الشخصية كاملة؛
- كتابة بيانات الاتصال بطبيبك المُعالج، والمعلومات اللازمة كاملة وبوضوح.

Sans document d'identification correctement complété, nous ne pouvons pas analyser votre test! لا يمكننا تحليل اختبارك بدون الحصول على وثيقة تحديد هويتك ممتلئة، ومعدة رسميًا.

Vérifiez la date d'expiration précisée sur votre test. Au-delà de cette date, le test.

Inscrivez votre nom (N), votre âge (A) et la date de réalisation (D) sur le test à l'endroit prévu à cet effet. Merci de ne rien coller sur le test et de ne pas retirer le code-barres.



تحقق من تاريخ انتهاء الصلاحية للتأكد على اختبارك. وثأ مضي هذا التاريخ، سوف يصبح أنبوب الاختبار غير صالح للاستعمال.

اكتب اسمك (أ)، وصورك (ع)، وتاريخ إجراء الاختبار (ت) في المكان المخصصة على الاختبار. ولتأكد أنك لا تلتصق بغير اسمك أي شيء على أنبوب الاختبار، وعدم إزالة الباركود.

2 Réalisation du test / إجراء الاختبار

Dépliez le dispositif de collecte des selles et retirez les 3 petits papiers de protection des autocollants.

Collez-le sur 3 points de la lunette de vos toilettes avec les petits trous devant, selon l'image ou optez pour un sac plastique.

Important : pour que le test soit réussi, il ne faut pas que les selles soient en contact avec un liquide (urine, eau de javel, ...)

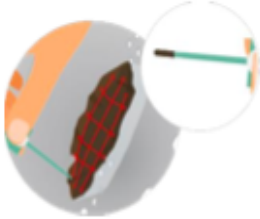
Une fois le dispositif de collecte installé, allez à selles.



Prenez le test et ouvrez-le en tournant la partie verte.

اسمك أنبوب الاختبار، ولفه بشده العشاء الأخضر.

Passer la lige de prélèvement sur la surface de vos selles comme sur le schéma. Couvrez complètement les rainures de la lige, sans excès.



Remarque : le papier de collecte des selles est biodégradable et compatible avec les fosses septiques.



Remplacez la lige dans le tube et pressez fermement le bouchon vert jusqu'à entendre un "clic". Secouez le tube pour permettre au liquide qu'il contient de se mélanger avec les selles.

Après fermeture, n'ouvrez plus le test.



Mettez votre test dans le sachet de protection. Fermez-le après avoir retiré la languette blanche de la partie adhesive.

Jusqu'au moment de l'envoi, gardez le sachet de protection contenant le test dans le réfrigérateur.

3 Envoi du test / شحن الاختبار / إجراءات شحن الاختبار

Vérifiez toutes les informations sur le document d'identification.

Glissez le document d'identification et le sachet de protection contenant le test dans l'enveloppe retour préadressée avec le logo UN 3373 (enveloppe grise). Fermez l'enveloppe et postez-la sans mettre de timbre.

No pas utiliser l'enveloppe bleue !



Poster l'enveloppe un jour ouvrable au plus tard 5 jours après le prélèvement (pas la veille d'un WE ou d'un jour férié).

No pas affranchir l'enveloppe.

مرر ملقعة أخذ العينة على سطح البراز كما أوضح الصورة. قم بملء خنجر الملقعة بالكامل دون مللحة.

ملاحظة: كيس تجميع عينة البراز قابل للتدوير البيولوجي، ويتلصق بغيره بالتكليس منه كي صناديق الصرف الصحي.

ضع الملقعة في الأنبوب، واضغط بقوة على العشاء الأخضر حتى تسمع صوت "التكيس". راج الأنبوب حتى يلتصق العشاء الموجود داخله مع البراز.

بعد إغلاق أنبوب الاختبار، لا تفتحه مطلقاً.

ضع أنبوب الاختبار في المغلطة. اظن المغلطة بعد إزالة الرباط الأبيض من موضع التصق.

لتقليل خطورة أنبوب الاختبار داخل التلاجة حتى موعد الشحن.

تحقق من صحة البيانات الختيرة على وثيقة تحديد الهوية.

ضع وثيقة تحديد الهوية وحاملية أنبوب الاختبار في المغلطة للتماء إرساله مسبقاً، وهو (مظروف رمادي) يحمل شعار UN 3373. اظن المظروف، وضعه في صندوق البريد دون طابع.

لا تستخدم المظروف الأزرق.

أرسل المظروف عبر البريد في يوم عمل، وفي غضون مدة قصصاها 5 أيام بعد أخذ عينة البراز (لا ترسله ليلة عطلة نهاية الأسبوع، أو خلال عطلة رسمية).

لا تفرغ المظروف.

1.2.2. Brochure d'information

Puis-je avoir confiance dans le Colotest ?

Lorsqu'il y a du sang dans les selles, le Colotest le détecte 4 fois sur 5. C'est pourquoi il faut faire le test tous les deux ans : le saignement non détecté le sera par le Colotest suivant.

Aucun test n'est sûr à 100 %. Certains cancers ne saignent pas.

Contactez votre médecin

- si vous avez des maux de ventre qui persistent
- si vous maigrissez sans explication

+ Et si le test est positif ?

Si vous êtes averti que votre test est positif – du sang dans les selles détectées par le laboratoire – contactez votre médecin.

Celui-ci vous prescrira une coloscopie. Cet examen du côlon DOIT être réalisé : il faut trouver la cause du saignement. Dans 9 cas sur 10, ce n'est pas un cancer. Si le saignement provient d'un polype, celui-ci sera enlevé durant la coloscopie, simplement et sans douleur.

La coloscopie n'est pas un examen douloureux. Les complications sont très rares (1 cas sur 1.000 examens).

Attention ! Le Colotest n'est pas pour vous si :

- vous avez des hémorroïdes qui saignent
- un membre de votre famille proche (mère, père, frère, sœur, enfant) a ou a eu un cancer colorectal
- vous souffrez d'une maladie inflammatoire du côlon (maladie de Crohn, colite ulcéro-hémorragique)
- vous avez déjà eu un cancer colorectal ou des polypes adénomateux
- vous avez un risque connu de cancer héréditaire.

Dans ce cas parlez-en à votre médecin traitant pour faire un dépistage spécifique.

Votre meilleur conseiller? Votre médecin traitant!

Pour plus d'information,

www.brumammo.be/colotest



Le Colotest, c'est quoi ?

Le Colotest détecte le sang dans les selles. Il signale donc un possible cancer colorectal à son début.

Le Colotest est un test facile, rapide et discret. Votre pharmacien vous le donnera GRATUITEMENT en échange de votre lettre personnelle d'invitation.

Dans le kit Colotest, vous trouverez

- le tube de test,
- la tigette pour prendre proprement un peu de selles,
- un mode d'emploi,
- un formulaire où indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant.

Comment faire le Colotest ?

1. prélevez un peu de selles avec la tigette,
2. placez la tigette dans le petit tube de test,
3. complétez le formulaire,
4. rangez le tube et le formulaire dans l'enveloppe fournie avec le kit et mettez-la dans une boîte aux lettres.

L'enveloppe avec adresse du laboratoire est déjà timbrée.

Comment et quand aurai-je les résultats ?

Vous et votre médecin recevrez par la poste les résultats du Colotest. Ce sera deux semaines après avoir posé votre enveloppe pour le laboratoire.

Quand dois-je faire le Colotest ?

Il est conseillé de faire le test à partir de 50 ans, tous les deux ans. Après votre premier Colotest, tous les deux ans, vous recevrez une invitation à refaire le Colotest.



LE CANCER COLORECTAL TUE

Le Colotest peut vous sauver la vie. Il est gratuit, rapide, simple et discret.

Le cancer colorectal, c'est quoi ?

Le cancer colorectal est un cancer du gros intestin. Il se développe dans le côlon ou le rectum. Voyez le dessin.



Le cancer colorectal est fréquent. 8.700 personnes sont atteintes par ce cancer, chaque année en Belgique. Environ une personne sur 23 en sera atteinte durant sa vie. Le risque augmente avec l'âge. Il est faible avant 50 ans.

Le cancer colorectal tue

Environ 3.000 personnes par an meurent de ce cancer en Belgique, souvent parce que le cancer a été découvert trop tard.

Le cancer colorectal se développe souvent à partir d'un polype intestinal (sorte de bourgeon sur la paroi de l'intestin). Les polypes sont fréquents et souvent sans danger.

Mais un polype devient parfois cancéreux. Il saigne. Le sang, en petites quantités, se mélange aux selles (les excréments). Ce sang n'est pas visible. Le cancer continue de se développer sans autre signe durant plusieurs années.

Découvert trop tard, le cancer colorectal tue.

colotest@brumammo.be

02 736 19 84

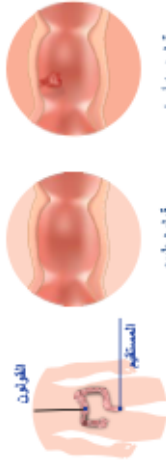


سرطان القولون والمستقيم

الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم يُقوّي حياتك اختبار مجاني، بسيط وسريع، وسري

سرطان القولون والمستقيم، ماذا يعني؟

سرطان القولون والمستقيم هو سرطان الأمعاء الغليظة. يتكون هذا السرطان ويظهر في القولون أو في المستقيم. انظر الرسم التوضيحي.



قولون به أورام قولون طبيعي

في بلجيكا، ينتشر سرطان القولون والمستقيم بدرجة عالية. يتشخص 8700 مصاباً بهذا المرض سنوياً. يمثل إصابة 1 من بين كل 23 شخص خلال حياته. وكما نرى، السن كلما زاد الخطر. وتكثر الإصابة بهذا المرض قبل بلوغ سن الخمسين 50.

سرطان القولون مُبَيّن

في بلجيكا، يموت حوالي 3000 شخص سنوياً لأنه غالباً ما اكتشف الإصابة بسرطان بعد فوات الأوان.

تسبب أورام الأمعاء المتكبرة على جدار الأمعاء عائقاً في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، وتنتشر هذه الأورام الصلبة، ولا تشبه حبوباً في كثير من الأحيان.

لكن أحياناً يتحول الورم سرطاني خبيث ببطء برف. وتختلط بعض قطرات من الدم مع البراز (الفضلات)، ولا تفرى هذا الدم بلغم المحمّدة، فيستمر سرطان في الانتشار دون ظهور علامات أخرى لعدة سنوات.

سرطان القولون مُبَيّن، ولا سيما إذا اكتشف بعد فوات الأوان.

اختبار الكشف عن سرطان القولون والمستقيم، ماذا يعني؟

يكشف هذا الاختبار عن ظهور دم في البراز. وبذلك، يكشف عن احتمالية الإصابة بسرطان القولون مبكراً. يمتاز اختبار الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم بالبساطة، والسرية، والسرعة، ويحيطيك الصيادي هذا الاختبار مجاناً بمجرد الاطلاع على خطاب دعوتك شخصياً.

- **متجدد في عبوة اختبار الكشف عن سرطان القولون والمستقيم:**
- أنبوب الاختبار،
- ملقعة لأخذ عينة من البراز على النحو الصحيح،
- دليل إجراء الاختبار،
- استمارة توضح اسم وعنوان طبيبك المعالج.

كيف يتم إجراء اختبار الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم؟

- خذ عينة من البراز باستعمال ملقعة أخذ العينات،
 - ضع الملقعة في الأنبوب الصغير للاختبار،
 - استكمل بيانات الاستمارة،
 - ضع الأنبوب والاستمارة في المظروف المعاد إرساله مع الحافظة، وضعه في صندوق البريد.
- تأكد أولاً من كتابة عنوان المختبر على المظروف.

كيف أحصل على نتائج الاختبار، ومتى أحصل عليها؟

سوف ترسل، إليك وإلى طبيبك المعالج، نتيجة اختبارك للكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم عبر البريد. يجب مراعاة أن هذا الإرسال سوف يستغرق أسبوعين من موعد إرسالك للمظروف إلى المختبر.

متى يجب على إجراء اختبار الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم؟

يُوصى بإجراء الاختبار كل عامين بدءاً من بلوغ سن الخمسين 50. وبعد إجراء الاختبار الأول، سوف تُرسل إليك دعوة لإعادة إجراء الاختبار كل عامين.

هل يمكنك أن أرى نتائج اختبار الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم؟

إذا كان برازك يحتوي على دم، فسيظهر اختبار الكشف المبكر هذا الدم في كل 4 من أصل 5 حالات، ولكنه يجب تكرار هذا الاختبار كل عامين. لتفحص أن الاختبار الحالي لم يظهر أي أثر للدم، سوف يظهر الاختبار التالي.

لا يوجد اختبار يقدم نتيجة دقيقة بنسبة 100٪ لأن بعض الأورام سرطانية لا تفرز.

- فقط عليك أن تتصل بطبيبك المعالج إذا شعرت بدم مستمر في البراز،
- كنت تتقق من وزنك دون أي سبب معقول.

وإذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية، ماذا تفعل؟

إذا أرسلت إليك رسالة مقدماً إيجابية عن الاختبار - أي أن المختبر قد أظهر وجود دم في البراز - فعليك أن تتصل بطبيبك.

سيطلب منك الطبيب الخضوع لعملية فحص القولون بالمنظار. ويجب إجراء هذا الفحص: لأجوب تحديد سبب النزيف. وتُظهر النتائج أن 9 من بين كل 10 مرضى ليسوا مصابين بالسرطان. وإذا كان سبب النزيف ورملاً، فيمكن إستئصاله بسهولة ودون ألم أثناء عملية تنظير القولون.

ليست عملية فحص القولون بالمنظار مؤلمة. وضاعتك هذه العملية ناعمة للغاية (بمعدل حالة واحدة 1 من بين كل 1000 تخضع لعملية تنظير).

تحذيراً! يجب ألا تخضع لإجراء اختبار الكشف المبكر عن سرطان القولون المستقيم أبداً!

- كنت تعاني من نزيف البرواسير،
- كان أحد أقاربك (الأب، والأخ، والأخت، والابن) مصاباً أو أصيب من قبل بسرطان القولون والمستقيم،
- كنت تعاني من التهابات القولون مثل (داء كرون، التهاب القولون القرحي، ... الخ).
- أصبت من قبل بسرطان القولون والمستقيم، أو ببرنامج غيبية،
- كنت عرضاً لخطر الإصابة بسرطان وراثي.

في هذه الحالات، يجب أن تستشير طبيبك المعالج لإجراء فحص يناسب حالتك.

من الأجر بتشخيص حالتك طبيياً
طبيبك المعالج

المحصل على مزيد من المعلومات،
www.brummamo.be/colotest



02 736 19 84 coldes@brummamo.be

1.3. Annexe 3: statistique chi-carré

1.3.1. SEXE et réalisation du test

Fréquences observées	Non	Oui	Total général
Femme	34	31	65
Homme	32	17	49
Total général	66	48	114
	57,89%	42,11%	

Fréquences théoriques	Non	Oui	Total général
Femme	37,6315789	27,3684211	65
Homme	28,3684211	20,6315789	49
Total général	66	48	114

Tableau du KHI CARRE	Non	Oui	Total général
Femme	0,35046007	0,48188259	0,832342657
Homme	0,46489601	0,63923201	1,104128015
Total général	0,81535607	1,1211146	1,936470672

Score	
KHI Carre	1,93647067
KHI Carre critique 5%	3,84145882
KHI Carre critique 1%	6,6348966

H0 Il n'y a pas de lien entre le sexe et la réalisation du test

H1 Il y a un lien entre le sexe et la réalisation du test

SI khi carré est supérieur à 3,84 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 5% que il y a pas de lien entre le sexe et le fait de faire le test.

Si Khi carré est supérieur à 6,63 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 1% que il y a pas de lien entre le sexe et le fait de faire le test

1.3.2. STATUT BIM et réalisation du test

Fréquences observées	test non fait	test fait	Total général
non-BIM	26	18	44
BIM	40	30	70
Total général	66	48	114
	57,89%	42,11%	

Résultats théoriques	test non fait	test fait	Total général
Non BIM	25,47368421	18,52631579	65
BIM	40,52631579	29,47368421	49
Total général	66	48	114

Tableau du KHI CARRE	test non fait	test fait	Total général
NON BIM	0,010874293	0,014952153	0,025826446
BIM	0,00683527	0,009398496	0,016233766
Total général	0,017709563	0,024350649	0,042060213

Score	
KHI Carre	0,042060213
KHI Carre critique 5%	3,841458821
KHI Carre critique 1%	6,634896601

H0 Il n'y a pas de lien entre le STATUT BIM et la réalisation du test

H1 Il y a un lien entre le statut BIM et la réalisation du test

SI khi carré est supérieur à 3,84 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 5% que il y a pas de lien entre le STATUT BIM et la réalisation du test

Si Khi carré est supérieur à 6,63 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 1% que il y a pas de lien entre le STATUT BIM et la réalisation du test

1.3.3. DEGRE GENERATIONNEL et réalisation du test

Fréquences observées	Non	Oui	Total général
1ere génération	61	39	100
2e génération	5	9	14
Total général	66	48	114
	57,89%	42,11%	

Fréquences théoriques	Non	Oui	Total général
1ere génération	57,89473684	42,10526316	65
2e génération	8,105263158	5,894736842	49
Total général	66	48	114

Tableau du KHI CARRE	Non	Oui	Total général
1ere génération	0,166555024	0,229013158	0,395568182
2e génération	1,189678742	1,635808271	2,825487013
Total général	1,356233766	1,864821429	3,221055195

Score	
KHI Carre	3,221055195
KHI CARRE 5%	3,841458821
KHI CARRE 1%	6,634896601

H0 Il n'y a pas de lien entre le DEGRE GENERATIONNEL et la réalisation du test

H1 Il y a un lien entre le DEGRE GENERATIONNEL et la réalisation du test

SI khi carré est supérieur à 3,84 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 5% que il y a pas de lien entre le DEGRE GENERATIONNEL et la réalisation du test

Si Khi carré est supérieur à 6,63 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 1% que il y a pas de lien entre le DEGRE GENERATIONNEL et la réalisation du test

1.3.4. ANTECEDENT DE TEST et réalisation du test

Fréquences observées	Non	Oui	Total général
jamais fait	57	37	94
déjà fait	9	11	20
Total général	66	48	114
	57,89%	42,11%	
Fréquences théoriques	Non	Oui	Total général
jamais fait	54,4210526	39,5789474	65
déjà fait	11,5789474	8,42105263	49
Total général	66	48	114
Tableau du KHI CARRE	Non	Oui	Total général
jamais fait	0,12221317	0,16804311	0,290256286
déjà fait	0,57440191	0,78980263	1,364204545
Total général	0,69661509	0,95784574	1,654460832
Score			
KHI Carre	1,65446083		
KHI Carré critique 5%	3,84145882		
KHI Carré critique 1%	6,6348966		

H0 Il n'y a pas de lien entre l'ANTECEDENT DE TEST et la réalisation du test

H1 Il y a un lien entre l'ANTECEDENT DE TEST et la réalisation du test

SI khi carré est supérieur à 3,84 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 5% que il y a pas de lien entre l'antécédent de test et la réalisation du test

Si Khi carré est supérieur à 6,63 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 1% que il y a pas de lien entre l'ANTECEDENT DE TEST et la réalisation du test

1.3.5. AGE et réalisation du test

Fréquences observées	test non fait	test fait	total général
50-54	25	10	35
55-59	20	16	36
60-64	8	10	18
65-74	13	12	25
			0
total général	66	48	114

fréquences théoriques	test non fait	test fait	total général
50-54	20,26	14,74	35,00
55-59	20,84	15,16	36,00
60-64	10,42	7,58	18,00
65-74	14,47	10,53	25,00
total général	0,58	0,42	114,00

tableau chi carré	test non fait	test fait	total général
50-54	1,11	1,52	2,63
55-59	0,03	0,05	0,08
60-64	0,56	0,77	1,34
65-74	0,15	0,21	0,36
			-
total général	0,01	0,00	4,40

Score	
Khi carré	4,4
Khi carré 5%	7,814727903
khi carré 10%	11,34486673

H0 Il n'y a pas de lien entre l'AGE et la réalisation du test

H1 Il y a un lien entre l'AGE et la réalisation du test

SI khi carré est supérieur à 7,81 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 5% que il y a pas de lien entre l'AGE et la réalisation du test

Si Khi carré est supérieur à 11,34 alors on rejette H0. On peut conclure avec un risque d'erreur de 1% que il y a pas de lien entre l'AGE et la réalisation du test

1.4. Annexe 4 : Codes d'indexation

QC31- Sous-groupe ethnique

31.003- Dépistage d'un problème de santé

QT3- Assurance de qualité

DT75- Cancer du côlon ou du rectum

QD23- Éducation à la santé

QD42- Prévention secondaire

A98- Gestion de la santé/ maladie préventive

36.004- Recherche de sang occulte dans les selles