

GUIDE des modalités d'échanges

dans le cadre du Dépistage Organisé du Cancer Colorectal (DOCCR)

entre Dépistage des Cancers en AuRA (CRCDC AuRA) et les professionnels de santé



avec le site d'éligibilité AuRAcle accessible via MonSisRA



MonSisra

07/2026

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
MODALITES D'ECHANGES ENTRE LES PHARMACIENS ET LES SITES DU CRCDC AURA	4
PRESENTATION AUTO-QUESTIONNAIRE.....	5
SITE D'ELIGIBILITE AURACLE	6
PAGE D'ACCUEIL.....	8
PERSONNE NON ELIGIBLE.....	9
PERSONNE ELIGIBLE.....	10
QUESTIONNAIRE SYMPTOMES.....	11
QUESTIONNAIRE ANTECEDENT.....	12
QUESTIONNAIRE EXAMENS MEDICAUX.....	13
REMISE KIT, PERSONNE ELIGIBLE	14
PERSONNE NON ELIGIBLE.....	15
ECHANGES AVEC LES AUTRES SITES DEPARTEMENTAUX (PAR MONSISRA)	16
CONTACTS DES SITES CRCDC AURA	18



Liste des abréviations

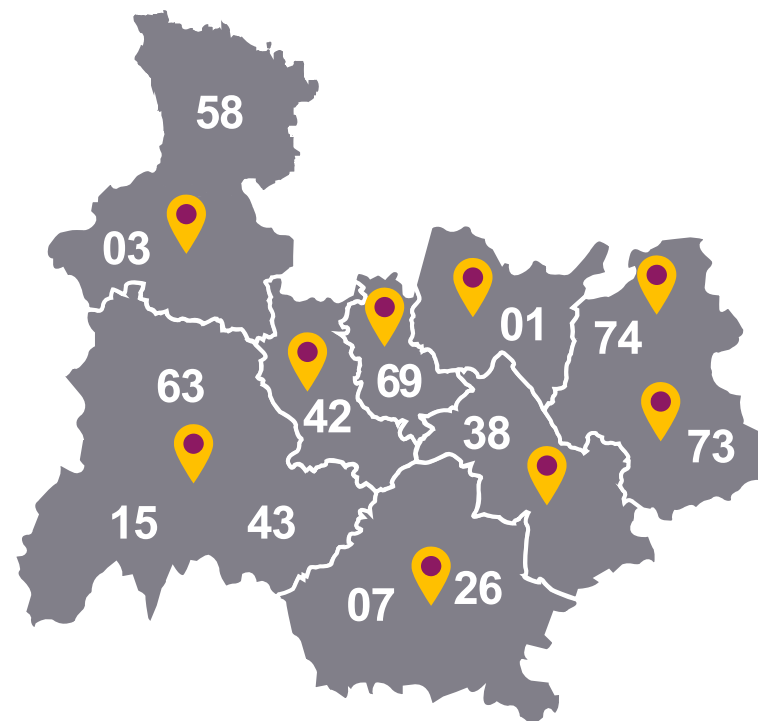
CRCDC	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers, dit Dépistage des Cancers en AuRA
GCS SARA	Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS) d'Auvergne-Rhône-Alpes
HNPCC	Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer (Cancer Colorectal Héréditaire sans Polypose)
MICI	Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin (Rectocolite Hémorragique ou maladie de Crohn)
PAF	Polypose Adénomateuse Familiale
RCH	Rectocolite Hémorragique

Modalités d'échanges entre les professionnels de santé et les sites du CRCDC AuRA



*Pour les bénéficiaires **résidant** dans les départements de la région AuRA*

=> Site éligibilité AuRAcle accessible via [MonSisRA](#)



Présentation de l'auto-questionnaire

A télécharger [ICI](#)

Avant de remettre un kit de dépistage du cancer colorectal

→ **vérifier systématiquement l'éligibilité** de la personne et ce même si elle a reçu une invitation de son organisme d'assurance maladie

les antécédents personnels récents, les antécédents familiaux, la date de réalisation du dernier test peuvent ne pas avoir été pris en compte

L'auto-questionnaire (permettant de vérifier l'éligibilité) est à remplir

- soit en ligne via GCS SARA (explications ci-après),
- soit à télécharger [ICI](#) et à remplir manuellement.

Il permet, de plus, à l'IDE de garder une trace de l'échange.



AUTO-QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE DE DEVELOPPER UN CANCER COLORECTAL

Le test de dépistage du cancer colorectal est recommandé aux personnes âgées de 50 à 74 ans sans symptôme, ni antécédent, ni facteur de risque particulier.

Ce questionnaire fait le point sur vos symptômes, vos antécédents personnels et/ou familiaux ainsi que sur la réalisation d'exams médicaux. L'objectif est que l'infirmière IDE puisse déterminer si vous êtes concerné par le test de dépistage du cancer colorectal ou non.

Vos réponses seront transmises au Centre Dépistage des Cancers Auvergne Rhône-Alpes, votre médecin sera informé, et ce questionnaire sera conservé par votre infirmière IDE.

En cas de difficulté, elle est là pour vous aider. Ce questionnaire ne remplace pas l'avis d'un médecin.

Votre identification

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
 Numéro de Sécurité sociale : _____
 Avez-vous reçu une invitation au dépistage du cancer colorectal ? ☐ Oui ☐ Non
 Code postal de domicile : _____
 Nom, prénom et ville d'exercice de votre médecin : _____

Vos symptômes ou résultats biologiques

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

Avez-vous eu récemment :

- ☐ Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir ?
- ☐ De fortes douleurs abdominales inexplicables (gaz, ballonnement, crampes, etc...) ?
- ☐ Des troubles du transit inexplicables (diarrhée, constipation inhabituelle, besoin pressant et continu d'aller à la selle, fausse envie d'aller à la selle, tension au niveau du rectum, expulsion des selles douloureuse et inefficace) ?
- ☐ Une perte de poids inexplicable ?
- ☐ Une anémie due à une carence en fer ?
- ☐ J'atteste n'avoir aucun des symptômes cités

Antécédents personnels et/ou familiaux

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

- ☐ J'ai ou j'ai eu un cancer colorectal
- ☐ J'ai ou j'ai eu un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
- ☐ J'ai une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique (Maladie Inflammatoire et Chronique de l'intestin - MICI)
- ☐ J'ai une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- ☐ L'un de mes parents au premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) a eu un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype adénomateux)
- ☐ Dans ma famille il y a des cas de maladies prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc...)
- ☐ J'atteste n'avoir aucun des antécédents personnels et/ou familiaux cités

Examens médicaux

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

- ☐ J'ai eu une coloscopie il y a moins de 5 ans
- ☐ J'ai eu une coloscopie prévue prochainement
- ☐ J'ai eu un « colo scanner » il y a moins de 2 ans
- ☐ J'ai fait un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans
- ☐ J'atteste n'avoir réalisé aucun des examens cités

Merci de remettre ce questionnaire à votre infirmier/infirmière

Cadre réservé à l'infirmier/infirmière

Nom : _____	Prénom : _____
Test remis : ☐ Oui	Date : _____
☐ Non	

Document à transmettre au site territorial du CRCDC dont dépend le bénéficiaire (coordonnées figurant sur le « guide »)

En l'absence de symptômes, d'antécédents personnels ou familiaux et d'exams médicaux, l'IDE pourra remettre un kit



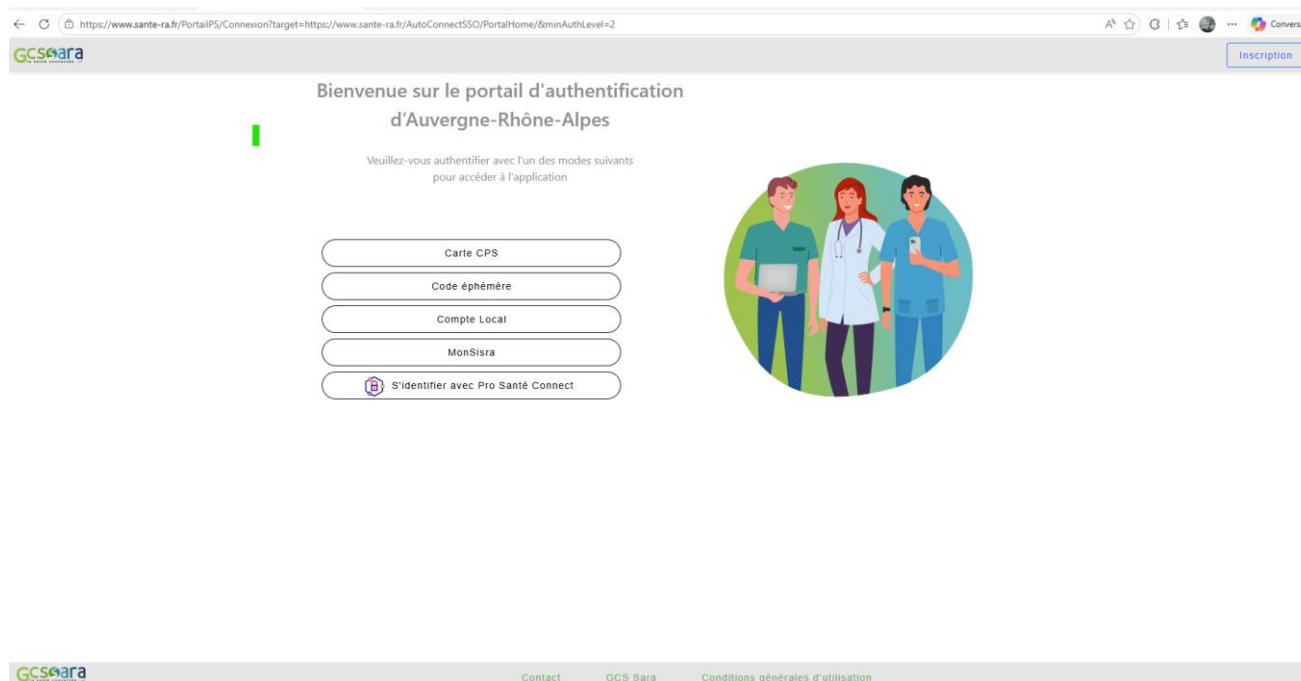
Site d'éligibilité AuRAcle *(départements de la région AuRA)*

Connectez-vous sur le portail des professionnels de santé GCS SARA

Utilisez votre connexion habituelle par votre carte CPS

OU

suivez la procédure via l'accueil du GCSSARA

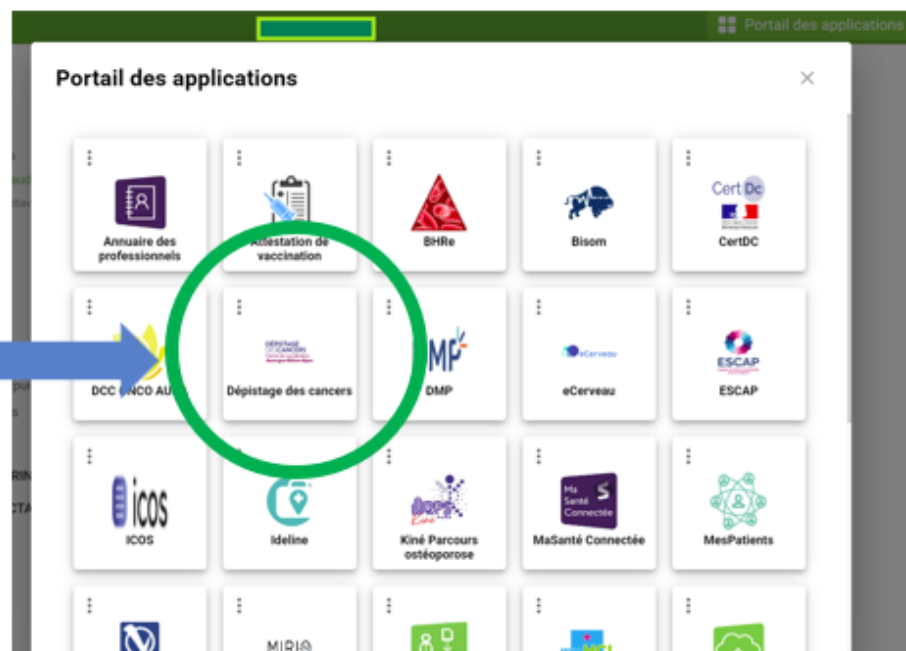




- **Questionnaire d'éligibilité**
→ données transmises au CRCDC
- **Remise du kit**
→ donnée transmise au CRCDC

=

- Implémentation de la base de données concernant les exclusions => informations utiles au suivi
- Suivi possible de vos délivrances et du taux de transformation tous régimes d'assurance maladie confondus



Site d'éligibilité AuRAcle *(départements de la région AuRA)*

Page d'accueil

https://portail.depistagecanceraura.fr:17446

DÉPISTAGE DESCANCERS
Centre de coordination
Auvergne-Rhône-Alpes

Je recherche une personne

Veuillez saisir vos critères de recherche selon l'une des combinaisons suivantes :

- => Numéro d'invitation → *Seulement si l'invitation date d'avant janvier 2024*
- => Numéro de sécurité sociale
- => Prénom + Date de naissance
- => Nom + Date de naissance
- => Nom + Prénom + Date de naissance

3

4

Numéro d'invitation

Numéro de sécurité sociale

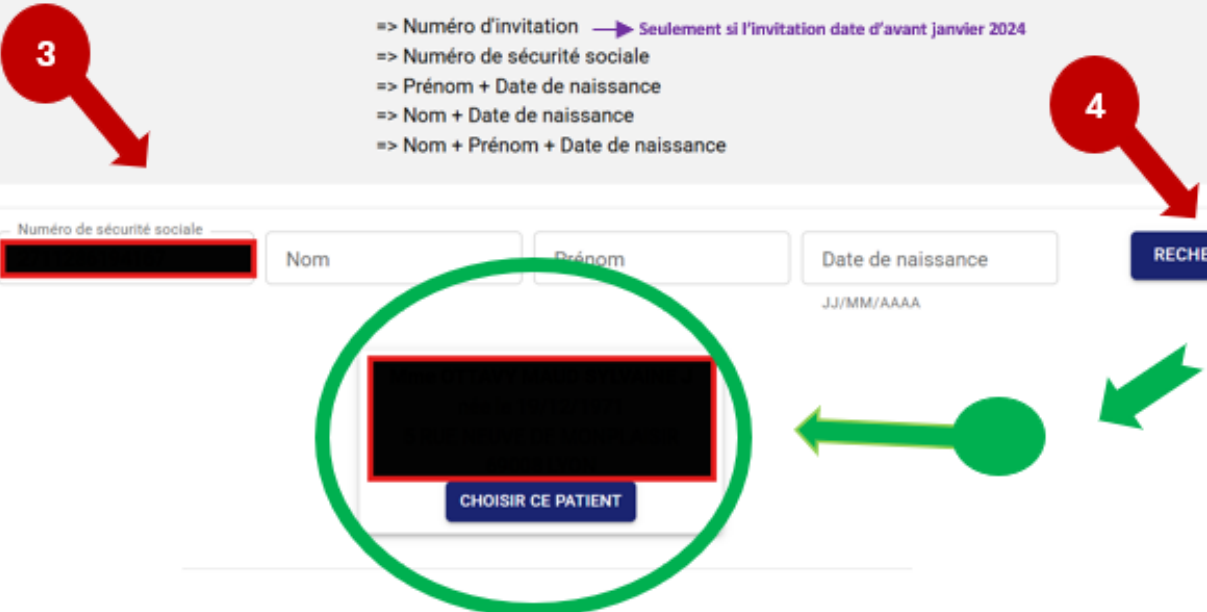
Nom

Prénom

Date de naissance
JJ/MM/AAAA

RECHERCHER

CHOISIR CE PATIENT





Site d'éligibilité AuRAcle *(départements de la région AuRA)*

Personne **non éligible** : le message suivant apparaît

Eligibilité

NOM	PRENOM	né le (date)	—	adresse postale
-----	--------	--------------	---	-----------------

Votre patient n'est pas éligible
Motif : INV-00007 : examen récent réalisé

Saisir un message à transmettre au CRCDC

REVENIR À MES RÉSULTATS DE RECHERCHE

VALIDER

Votre patient n'est **pas éligible**, et le motif de l'exclusion au dépistage vous est indiqué. Vous ne pouvez pas remettre de test.

Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers Auvergne Rhône-Alpes (CRCDC AuRA)

Plus d'infos sur www.depistagecanceraura.fr

Suivez nous sur



Site d'éligibilité AuRAcle *(départements de la région AuRA)*

Personne **éligible** : vous êtes dirigé vers le questionnaire d'éligibilité (intitulé « **Commande kit de dépistage** »)



DÉPISTAGE
DES CANCERS
Centre de coordination
Auvergne-Rhône-Alpes

Commande du kit de dépistage

NOM PRENOM né le (date) – adresse postale

Questionnaire à remplir pour savoir si le patient est concerné par le dépistage du cancer colorectal par test immunologique de recherche de sang dans les selles

Le test de dépistage du cancer colorectal est recommandé aux personnes âgées de 50 à 74 ans sans symptôme, ni antécédent, ni facteur de risque particulier.

Ce questionnaire fait le point sur les symptômes, les antécédents personnels et/ou familiaux ainsi que sur la réalisation d'examens médicaux. L'objectif est que vous puissiez déterminer si le patient est concerné par le test de dépistage du cancer colorectal ou non.

Les réponses seront transmises au Dépistage des Cancers en Auvergne Rhône-Alpes.

ANNULER

CONTINUER

Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers Auvergne Rhône-Alpes (CRCDC AuRA)

Plus d'infos sur www.depistagecanceraura.fr

Suivez nous sur





Site d'éligibilité AuRAcle (départements de la région AuRA)

Questionnaire symptômes



DÉPISTAGE
DESCANCERS
Centre de coordination
Auvergne-Rhône-Alpes

Commande du kit de dépistage

NOM PRENOM né le (date) – adresse postale

Les éventuels symptômes ou résultats biologiques

Durant les 3 derniers mois, la patient a constaté:

Veillez sélectionner au moins une affirmation

- ☐ Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir
- ☐ De fortes douleurs abdominales persistantes et/ou inexpliquées (gaz, ballonnement, crampes, etc.)
- ☐ Des troubles du transit persistants (diarrhée, constipation inhabituelle, besoin pressant et continu d'aller à la selle, fausse envie d'aller à la selle, tension au niveau du rectum, expulsion des selles douloureuse et inefficace)
- ☐ Une perte de poids inexpliquée
- ☐ Une anémie due à une carence en fer
- ☐ Le patient atteste n'avoir aucun des symptômes cités ci-dessus

Attention : avant validation définitive, assurez-vous de l'exactitude des réponses

ANNULER

CONTINUER

Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers Auvergne Rhône-Alpes (CRCDC AuRA)

Plus d'infos sur www.depistagecanceraura.fr

Suivez nous sur





Site d'éligibilité AuRAcle *(départements de la région AuRA)*

Questionnaire des antécédents



DÉPISTAGE
DESCANCERS
Centre de coordination
Auvergne-Rhône-Alpes

Commande du kit de dépistage

NOM PRENOM né le (date) – adresse postale

Les éventuels symptômes ou résultats biologiques

[MODIFIER](#)

Durant les 3 derniers mois, la patient a constaté:

☒ Le patient atteste n'avoir aucun des symptômes cités ci-dessus

Les antécédents médicaux personnels et/ou familiaux

Veillez sélectionner au moins une affirmation

- ☐ Le patient a ou a eu un cancer colorectal
- ☐ Le patient a ou a eu un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
- ☐ le patient a une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique (Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin - MICI)
- ☐ Le patient a une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiales, syndrome de Lynch)
- ☐ L'un des parents au premier degré (père, mère, frère, soeur, enfant) a un cancer colorectal
- ☐ L'un des parents au premier degré (père, mère, frère, soeur, enfant) a eu un adénome avancé (polype adénomateux)
- ☐ Dans la famille il y a des cas de maladies prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- ☒ Le patient atteste n'avoir aucun antécédent médical personnel et/ou familial

Attention : avant validation définitive, assurez-vous de l'exactitude des réponses

[ANNULER](#)[CONTINUER](#)



Site d'éligibilité AuRAcle *(départements de la région AuRA)*

Questionnaire examens médicaux



Commande du kit de dépistage

NOM PRENOM né le (date) – adresse postale

Les éventuels symptômes ou résultats biologiques

[MODIFIER](#)

Durant les 3 derniers mois, la patient a constaté:

☒ Le patient atteste n'avoir aucun des symptômes cités ci-dessus

Les antécédents médicaux personnels et/ou familiaux

[MODIFIER](#)

☒ Le patient atteste n'avoir aucun antécédent médical personnel et/ou familial

Les examens médicaux

Concernant la réalisation d'examens:

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

- ☐ Il eu une coloscopie il y a moins de 5 ans
- ☐ Il a une coloscopie prévue prochainement
- ☐ Il a eu un coloscanner il y a moins de 2 ans
- ☐ Il a fait un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans

☒ Le patient n'a réalisé aucun des examens cités ci-dessus

Attention : avant validation définitive, assurez-vous de l'exactitude des réponses

[ANNULER](#)[CONTINUER](#)



Site d'éligibilité AuRAcle *(départements de la région AuRA)*

Remise kit, personne **éligible**

NOM PRENOM né le (date) – adresse postale

Les éventuels symptômes ou résultats biologiques

MODIFIER

Durant les 3 derniers mois, la patient a constaté:

☒ Le patient atteste n'avoir aucun des symptômes cités ci-dessus

Les antécédents médicaux personnels et/ou familiaux

MODIFIER

☒ Le patient atteste n'avoir aucun antécédent médical personnel et/ou familial

Les examens médicaux

MODIFIER

Concernant la réalisation d'examens:

☒ Le patient n'a réalisé aucun des examens cités ci-dessus

Informations complémentaires

Le patient demande au CRCDC de lui envoyer un dossier d'invitation : *

☒ Oui

☐ Non

**Merci de cocher NON
=> le CRCDC ne peut plus envoyer
d'invitations**

Le kit a été remis au patient : *

☐ Oui ☐ Non

Saisir un message à transmettre au CRCDC

Attention : avant validation définitive, assurez-vous de l'exactitude des réponses
Une fois validées, vous ne pourrez plus les modifier

ANNULER

VALIDER MES RÉPONSES



Site d'éligibilité AuRAcle *(départements de la région AuRA)*

Personne **non éligible**



SOLER MICHEL PATRICIA

[Préférences](#)

[Mon Portail](#)

[ASSISTANCE](#)

**DÉPISTAGE
DES CANCERS**
Centre de coordination
Auvergne-Rhône-Alpes

Commande du kit de dépistage

NOM PRENOM né le (date) – adresse postale

Les éventuels symptômes ou résultats biologiques

[MODIFIER](#)

Durant les 3 derniers mois, la patient a constaté:

☒ Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir

Les antécédents médicaux personnels et/ou familiaux

[MODIFIER](#)

☒ Le patient a ou a eu un cancer colorectal

Les examens médicaux

[MODIFIER](#)

Concernant la réalisation d'examens:

☒ Le patient n'a réalisé aucun des examens cités ci-dessus

Suite aux réponses, le patient est inéligible à recevoir le kit de dépistage du cancer colorectal dans le cadre du programme national de dépistage organisé.

Pour toute question, merci de s'adresser à son médecin ou pharmacien.

Informations complémentaires

Saisir un message à transmettre au CRCDC

Attention : avant validation définitive, assurez-vous de l'exactitude des réponses
Une fois validées, vous ne pourrez plus les modifier

[ANNULER](#)

[VALIDER MES RÉPONSES](#)

Echanges avec les sites départementaux (par MonSisra)

Si vous avez utilisé le site d'éligibilité vous n'avez pas d'autre action à effectuer.

Par contre, *si vous avez utilisé l'auto-questionnaire papier :*

- Il doit être transmis au CRCRC AuRA pour tous les bénéficiaires de la région :
- Pour ce faire : vous pouvez, scanner le document et l'adresser au site départemental du CRCDC AuRA où réside votre bénéficiaire via MonSisra ou une messagerie sécurisée, et le conserver.

Comment communiquer via MonSisra :

➡ Soit à partir de l'application MonSisra en cherchant la boîte du CRCDC du site départemental Dépistage colorectal : cf adresses en page suivante

➡ Soit à partir d'une messagerie sécurisée ou du logiciel métier en écrivant à l'adresse MSSanté correspondante :
cf liste des adresses page d'après)

MonSisra est une messagerie sécurisée, développée par le GCS SARA, qui permet d'échanger des données de santé et partager des informations entre professionnels de santé. Si vous souhaitez plus d'informations sur ce service numérique sécurisé et gratuit ➡ <https://www.sante-ra.fr/>



AUTO-QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE DE DEVELOPPER UN CANCER COLORECTAL

Le test de dépistage du cancer colorectal est recommandé aux personnes âgées de 50 à 74 ans sans symptôme, ni antécédent, ni facteur de risque particulier.

Ce questionnaire fait le point sur vos symptômes, vos antécédents personnels et/ou familiaux ainsi que sur la réalisation d'exams médicaux. L'objectif est que l'infirmière IDE puisse déterminer si vous êtes concerné par le test de dépistage du cancer colorectal ou non.

Vos réponses seront transmises au Centre Dépistage des Cancers Auvergne Rhône-Alpes, votre médecin sera informé, et ce questionnaire sera conservé par votre infirmière IDE.

En cas de difficulté, elle est là pour vous aider. Ce questionnaire ne remplace pas l'avis d'un médecin.

Votre identification

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
Numéro de Sécurité sociale : _____
Avez-vous reçu une invitation au dépistage du cancer colorectal ? ☐ Oui ☐ Non
Code postal de domicile :
Nom, prénom et ville d'exercice de votre médecin : _____

Vos symptômes ou résultats biologiques

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

Avez-vous eu récemment :

- ☐ Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir ?
- ☐ De fortes douleurs abdominales inexpliquées (gaz, ballonnement, crampes, etc...) ?
- ☐ Des troubles du transit inexpliqués (diarrhée, constipation inhabituelle, besoin pressant et continu d'aller à la selle, fausse envie d'aller à la selle, tension au niveau du rectum, expulsion des selles douloureuse et inefficace) ?
- ☐ Une perte de poids inexpliquée ?
- ☐ Une anémie due à une carence en fer ?
- ☐ J'atteste n'avoir aucun des symptômes cités

Site de l'Ain

MonSisra :

CRCDC 01 Dépistage colorectal

Messagerie sécurisée :

depistage.colorectal.crcdc01@crcdc.aura.mssante.fr

Site de l'Allier et de la Nièvre

MonSisra :

CRCDC 0358 Dépistage colorectal

Messagerie sécurisée :

depistage.colorectal.crcdc0358@crcdc.aura.mssante.fr

Site du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme

MonSisra :

CRCDC 154363 Dépistage colorectal

Messagerie sécurisée :

depistage.colorectal.crcdc154363@crcdc.aura.mssante.fr

Site de la Drôme et de l'Ardèche

MonSisra :

CRCDC 2607 Dépistage colorectal

Messagerie sécurisée :

depistage.colorectal.crcdc2607@crcdc.aura.mssante.fr

Site de l'Isère

MonSisra :

CRCDC 38 Dépistage colorectal

Messagerie sécurisée :

depistage.colorectal.crcdc38@crcdc.aura.mssante.fr

Site de la Loire

MonSisra :

CRCDC 42 Dépistage colorectal

Messagerie sécurisée :

depistage.colorectal.crcdc42@crcdc.aura.mssante.fr

Site du Rhône et Métropole de Lyon

MonSisra :

CRCDC 69 Dépistage colorectal

Messagerie sécurisée :

depistage.colorectal.crcdc69@crcdc.aura.mssante.fr

Site de la Savoie

MonSisra :

CRCDC 73 Dépistage colorectal

Messagerie sécurisée :

depistage.colorectal.crcdc73@crcdc.aura.mssante.fr

Site de la Haute-Savoie

MonSisra :

CRCDC 74 Dépistage colorectal

Messagerie sécurisée :

depistage.colorectal.crcdc74@crcdc.aura.mssante.fr



Contacts des sites CRCDC AuRA

Site de l'Ain (01) - 04 74 45 30 30
contact.ain@depistagecanceraura.fr

Site de l'Allier et de la Nièvre (03-58) - 04 70 20 09 03
contact.allier@depistagecanceraura.fr

Site du Cantal, de la Haute-Loire, et du Puy-de-Dôme (15-43-63) - 04 73 43 06 60
contact.puydedome@depistagecanceraura.fr

Site de la Drôme et de l'Ardèche (26-07) - 04 75 43 04 61
contact.drome@depistagecanceraura.fr
contact.ardecche@depistagecanceraura.fr

Site de l'Isère (38) - 04 76 41 25 25
contact.isere@depistagecanceraura.fr

Site de la Loire (42) - 04 77 01 09 93
contact.loire@depistagecanceraura.fr

Site du Rhône et de la Métropole de Lyon (69) - 04 72 84 65 30
contact.rhone@depistagecanceraura.fr
contact.metropolede lyon@depistagecanceraura.fr

Site de la Savoie (73) - 04 79 68 30 40
contact.savoie@depistagecanceraura.fr

Site de la Haute-Savoie (74) - 04 79 68 30 40
contact.hautesavoie@depistagecanceraura.fr