



Université catholique de Louvain
Année académique 2019-2020

Travail de fin d'études réalisé dans le cadre du master de
spécialisation en médecine générale

**Amélioration du taux de dépistage du
cancer du col de l'utérus chez les femmes
de 25 à 64 ans en médecine générale**

Étude d'assurance de qualité au sein d'une
patientèle d'un médecin généraliste à Wavre

Thomas GOUBERT
Promoteur : Dr Sophie NOËL
Tuteur : Dr Danièle ABRASSART

Table des matières

Résumé.....	4
Liste des abréviations.....	5
Introduction.....	6
1. Description du contexte.....	7
1.1. Présentation de l'équipe réalisant l'étude	7
1.2. Caractéristiques sociodémographiques de notre patientèle	7
1.3. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	8
2. Ébauche de la problématique	9
3. Améliorations significatives – définition des critères de qualité	12
3.1. Recommandations de la littérature.....	12
3.2. Définition des critères de qualité choisis.....	13
3.2.1. <i>L'efficacité</i>	13
3.2.2. <i>L'information</i>	13
3.2.3. <i>L'acceptabilité</i>	14
3.2.4. <i>La continuité des soins</i>	14
3.2.5. <i>L'intégration</i>	14
3.2.6. <i>La systématisation</i>	14
4. Récolte des informations, analyse et définition des objectifs	15
4.1. L'efficacité et la systématisation	15
4.1.1. <i>Récolte des informations</i>	15
4.1.2. <i>Analyse</i>	16
4.1.3. <i>Objectifs qui en découlent</i>	17
4.2. L'information et l'acceptabilité	17
4.2.1. <i>Récolte des informations</i>	17
4.2.2. <i>Analyse</i>	18
4.2.3. <i>Objectifs qui en découlent</i>	19
4.3. La continuité des soins.....	19
4.3.1. <i>Récolte des informations</i>	19
4.3.2. <i>Analyse</i>	19
4.3.3. <i>Objectifs qui en découlent</i>	20

4.4.	L'intégration de la prévention dans l'activité curative quotidienne	20
4.4.1.	<i>Récolte des informations</i>	20
4.4.2.	<i>Analyse</i>	20
4.4.3.	<i>Objectifs qui en découlent</i>	21
4.5.	Récapitulatif des objectifs	21
5.	Stratégies du changement	22
5.1.	Planifier le changement	22
5.1.1.	<i>Création d'un document explicatif pour une bonne tenue du dossier et formation pour un encodage systématique</i>	24
5.1.2.	<i>Envoi postal d'un document d'information et d'une enquête aux patientes</i>	24
5.1.3.	<i>S'aider du logiciel pour vérifier le statut du dépistage en consultation</i>	27
5.1.4.	<i>Contactar les laboratoires pour réception informatique des résultats</i>	28
5.1.5.	<i>Contactar les gynécologues</i>	28
5.1.6.	<i>Avis du comité d'éthique</i>	28
5.2.	Indicateurs de qualité	29
6.	Résultats du changement à 3 mois	31
6.1.	Couverture et pourcentage de dossiers en ordre (objectifs 1, 2 et 3)	32
6.1.1.	<i>Résultats pour l'ensemble des femmes</i>	32
6.1.2.	<i>Résultats pour les sous-groupes BIM et non-BIM</i>	33
6.1.3.	<i>Résultats pour les femmes ayant consulté depuis le 17 février 2020</i>	33
6.2.	Encodage des dossiers conformément à la procédure mise en place (objectif 4)	34
6.3.	Document d'information et enquête (objectifs 5 et 6)	34
6.4.	Information des gynécologues (objectif 7)	35
6.5.	Réception des résultats par voie informatique (objectif 8)	36
6.6.	Identifications des difficultés rencontrées (objectif 9)	36
7.	Évaluation	37
7.1.	Comparaison des résultats obtenus et escomptés : points positifs et à améliorer	37
7.1.1.	<i>Couverture du dépistage et encodage des dossiers (objectifs 1, 2 et 4)</i>	37
7.1.2.	<i>Vérification du dépistage en consultation (objectifs 3 et 9)</i>	38
7.1.3.	<i>Information des patientes et enquête (objectifs 5 et 6)</i>	39
7.1.4.	<i>Contact avec les laboratoires et les gynécologues (objectifs 7 et 8)</i>	40
7.2.	Réorientation	41
7.2.1.	<i>Évolution des objectifs</i>	41
7.2.2.	<i>Évolution des changements et définition de nouveaux indicateurs de qualité</i>	41
8.	Conclusion	45

Références bibliographiques	47
Annexes.....	50
Annexe 1 : Figures	51
Annexe 2 : Tableaux complémentaires	53
Annexe 3 : Document explicatif pour une bonne tenue du dossier	58
Annexe 4 : Courrier envoyé aux patientes	60
Annexe 5 : Avis du CEHF	66
Annexe 6 : Assurance même sans faute.....	67
Annexe 7 : Courrier envoyé aux gynécologues	69
Annexe 8 : Grille d'évaluation de l'objectif 4	70
Annexe 9 : Liste des autres problématiques identifiées au sein de notre cabinet	71

Résumé

Introduction : Ces dernières années, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus a chuté considérablement en Wallonie et est passé sous la barre des 50%. Nous avons mis en place un cycle d'assurance de qualité au sein de notre cabinet afin d'augmenter le taux de ce dépistage.

Critères de qualité : Nous visons une amélioration en termes d'efficacité, d'information, d'acceptabilité, de continuité des soins, d'intégration de la prévention dans l'activité curative et de systématisation dans le remplissage des dossiers.

Objectif : L'objectif principal de l'étude est d'atteindre une couverture du dépistage effective et mesurable de 70% un an après la mise en place des premiers changements, avec deux bilans intermédiaires à 3 et 6 mois lors desquels les taux de dépistage espérés sont respectivement de 30% et 50%. Dans ce travail, sont publiés les résultats du bilan intermédiaire à 3 mois.

Changements : Pour atteindre cet objectif, divers changements ont été mis en place : création d'une procédure pour un encodage systématique et identique par tous les médecins du cabinet ; envoi postal d'un document d'information et d'une enquête aux patientes ; vérification systématique du dépistage en consultation ; prise de contact avec les laboratoires et les gynécologues avec lesquels nous collaborons.

Résultats et évaluation : Après 3 mois, la couverture mesurable du dépistage au sein de notre patientèle est de 31,9% et 49,3% des dossiers sont adéquatement remplis. Nous avons demandé à la majorité des gynécologues consultés par nos patientes s'il était possible de nous inscrire en copie des résultats lors de la réalisation d'un frottis de dépistage. L'envoi du document d'information et de l'enquête aux patientes a été un succès. Par contre, la vérification du dépistage en consultation n'a pas été faite assez systématiquement. Nous prévoyons de proposer aux patientes des consultations dédiées uniquement à la prévention ou d'augmenter la durée de certaines consultations pour y inclure la prévention. Nous souhaitons également disposer de brochures explicatives à destination des patientes.

Conclusion : Les premiers résultats sont satisfaisants et nous espérons que ce travail donnera des pistes d'actions à d'autres généralistes souhaitant améliorer le processus de dépistage du cancer du col au sein de leur patientèle.

Descripteurs : QP3 (qualité des soins), QD42 (prévention secondaire), X75 (cancer du col de l'utérus), QC22 (santé de la femme), QS41 (médecin de famille), QT3 (assurance de qualité).

Liste des abréviations

AIM : Agence InterMutualiste

BIM : Bénéficiaire de l'intervention majorée

CCR : Centre Communautaire de Référence pour le dépistage du cancer

CEHF : Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

DMG : Dossier médical global

DMI : Dossier médical informatisé

GEIMG : Groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale

HPV : Human Papillomavirus

KCE : Centre fédéral d'expertise en soins de santé (Kenniscentrum – Centre d'Expertise)

TFE : Travail de fin d'études

UCL : Université catholique de Louvain

% : Pourcentage

Introduction

Le cancer du col de l'utérus appartient à la famille des cancers pour lesquels un dépistage est recommandé, tout comme le cancer du côlon et du sein. En Belgique, il est actuellement préconisé de dépister tous les trois ans toutes les femmes âgées entre 25 et 64 ans à l'aide d'un frottis du col de l'utérus [1,2]. Depuis 10 ans, le taux de participation à ce dépistage est en nette diminution, il est en effet passé de 64% en région Wallonne en 2008, à 48,2% en 2017 [2].

Le but de ce travail de fin d'études (TFE) est d'augmenter la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de notre patientèle via un processus d'assurance de qualité. Aussi, la structure de ce TFE ne répond pas à la structure classique IMRaD, mais est basée sur le modèle de Richard Smith, plus adapté à la présentation d'études d'assurance de qualité [3].

Je vais commencer par décrire le contexte de cette étude en présentant les informations importantes à savoir sur l'équipe la réalisant et sur les bénéficiaires.

Je détaillerai ensuite ce qui m'a amené à choisir la problématique du dépistage du cancer du col et l'importance de sa prise en charge dans notre patientèle.

Après, je déterminerai des critères de qualité, c'est-à-dire l'idéal à atteindre en vue d'une amélioration significative pour les bénéficiaires.

Je continuerai en précisant de manière plus approfondie et plus concrète la situation au sein de notre pratique, au regard des critères de qualité choisis, afin de déterminer des objectifs à atteindre.

Puis, je présenterai les changements mis en place pour répondre à ces objectifs. A cette étape, seront également définis les indicateurs de qualité permettant de mesurer l'effet des différents changements.

Je présenterai alors les résultats des changements mis en place.

Pour terminer, j'évaluerai ces résultats afin de déterminer si les objectifs ont été atteints et déterminerai quelle stratégie à adopter ensuite.

1. Description du contexte

1.1. Présentation de l'équipe réalisant l'étude

Cette étude a été réalisée dans le cadre de mon travail de fin d'études de master de spécialisation en médecine générale. L'étude a été menée au sein de la patientèle de ma maître de stage, le docteur Danièle Abrassart, médecin généraliste à Wavre.

Nous exerçons à deux endroits distincts de la ville de Wavre : un cabinet se trouve dans le centre-ville et l'autre dans un quartier résidentiel. Ils sont séparés l'un de l'autre par trois kilomètres. Le docteur Abrassart y exerce depuis 28 ans et travaille avec un assistant depuis trois ans.

Par ailleurs, je travaille également une demi-journée par semaine au planning familial AIMER de Louvain-la-Neuve, où je me suis formé à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse.

1.2. Caractéristiques sociodémographiques de notre patientèle

Notre patientèle, c'est-à-dire les patients pour lesquels nous sommes détenteurs du DMG, se compose de 1205 patients.

Parmi nos patients, 26% sont bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) (Figure 1). L'intervention majorée permet un meilleur remboursement des frais médicaux. Elle est octroyée à des personnes précarisées au niveau social ou économique. Le droit à l'intervention majorée est utilisé par les organismes assureurs comme indicateur socio-économique [2]. La proportion de BIM au sein de notre patientèle est 2,3 fois plus élevée par rapport à l'ensemble du Brabant-Wallon et 1,2 fois plus élevée par rapport à l'ensemble de la région Wallonne (cf Annexe 2 : Tableau 5), ce qui indique donc une patientèle avec un niveau socio-économique relativement faible.

Notre patientèle est composée majoritairement de femmes, à 57% (Figure 2). Cette différence homme-femme est plus marquée qu'au niveau national (50,7% de femmes) [4]. Ce déséquilibre au sein de notre patientèle est bien visible au niveau de la pyramide des âges en annexe (Figure 3). La base de la pyramide s'élargit vers la tranche adulte avec un sommet effilé, ce qui correspond visuellement à la structure de la pyramide de la population belge (Figure 4). La proportion de filles en dessous de 15 ans est cependant assez faible dans notre patientèle.

Au niveau géographique, 72% de nos patients sont domiciliés dans la commune de Wavre, 20% dans les communes avoisinantes et 6% dans des communes plus éloignées. La commune de domiciliation n'est pas connue pour 2% des patients (Figure 5).

Bien que nous ne puissions pas mesurer les différences entre la patientèle du centre-ville et celle du quartier résidentiel, nous avons le sentiment que nous rencontrons dans le cabinet du centre une population plus défavorisée, et culturellement plus variée. De nombreux patients sont d'origine étrangère, et un petit nombre, surtout parmi les plus âgés, ne parle pas français.

1.3. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Cette étude concerne les femmes âgées de 25 à 64 ans pour lesquelles nous sommes détenteurs du DMG. Cette population est constituée de 408 personnes, soit 34% de notre patientèle (Figure 2).

Le statut socio-économique de ces patientes est comparable à l'ensemble de notre patientèle. 26% d'entre elles sont en effet bénéficiaires de l'intervention majorée (Figure 1).

Au niveau géographique, 72% de ces patientes sont domiciliées dans la commune de Wavre, 17% dans les communes avoisinantes et 11% habitent dans des communes plus éloignées (Figure 5).

En ce qui concerne l'âge de ces patientes, si l'on subdivise la population en tranches d'âge de 5 années, nous voyons que toutes les tranches d'âge sont représentées de manière globalement équivalente, avec 40 à 60 patientes dans chaque classe d'âge (Figure 6). A noter que dans ce TFE, l'âge des patientes se rapportent toujours à l'âge en date du 01 janvier 2020.

2. Ébauche de la problématique

Au niveau mondial, le cancer du col de l'utérus est chez la femme le 4^e cancer le plus fréquent et le plus mortel avec près de 570.000 nouveaux cas et plus de 310.000 morts en 2018 [5]. Les nouveaux cas apparaissent majoritairement entre 35 et 50 ans [6]. Ce cancer passe d'ailleurs à la deuxième place en termes d'incidence et de mortalité pour les femmes de moins de 65 ans. En ce qui concerne la Belgique, 640 nouveaux cas et 235 décès de cancers du col de l'utérus ont été recensés en 2018. Pour la tranche d'âge de 25 à 64 ans, il occupe la 7^e place en termes d'incidence et la 10^e place en termes de mortalité par cancer. [5]

Depuis 2009, les guidelines européennes recommandent que chaque pays membre mette en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25-30 ans à 60-65 ans, avec un intervalle de 3 à 5 ans entre deux frottis. Le dépistage organisé pourrait réduire jusque 80% l'incidence du cancer du col. [6]

En 2015, les guidelines européennes ont proposé de remplacer le test cytologique (Pap-test) par le test HPV* comme premier test de dépistage [7]. Le centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE) a mené une étude la même année montrant que cela apporterait une meilleure protection des femmes, tout en permettant un coût global moins élevé [1].

Malgré les recommandations européennes et du KCE, l'algorithme utilisé en Belgique est toujours basé sur la réalisation en premier lieu d'un examen cytologique [1,2]. Nous avançons cependant en ce qui concerne la mise en place d'un dépistage organisé par région. En Flandre, cela a été instauré en 2013. En Wallonie, un dépistage organisé est en train d'être mis sur pied, suite à un appel à projet lancé en juin 2019, et devrait commencer fin 2020 [8].

La création de ce dépistage organisé semble arriver au bon moment. En analysant le dernier rapport de l'agence inter-mutualiste (AIM), nous observons, en région Wallonne, que le taux de dépistage opportuniste a diminué considérablement et est passé de 64% en 2008 à 48,2% en 2017 [2]. A Wavre, le taux est passé de 70% à 50,7% (cf Annexe 2 : Tableau 6).

L'actualité récente a aussi été marquée fin 2019 par l'élargissement du programme de vaccination contre l'HPV aux garçons de 13-14ans. En outre, le vaccin administré protège désormais contre 9 souches d'HPV responsables de 90% des cancers du col. [9]

* Ce test permet de détecter la présence d'ADN du Human Papillomavirus (HPV) dans l'échantillon prélevé. Le cancer du col de l'utérus résulte toujours d'une infection préalable par l'HPV. Une infection à HPV n'aboutit que rarement à la survenue du cancer du col. C'est la persistance de l'HPV qui représente un risque. [1,2]

Durant mes deux années d'assistantat, plusieurs éléments m'ont interpellé dans le cadre de ma pratique en médecine générale et en planning et suite à des discussions avec mes collègues.

Tout d'abord, les médecins généralistes ne proposent que très rarement le dépistage par frottis aux patientes, laissant les gynécologues s'en charger. Les chiffres de l'AIM montrent d'ailleurs qu'en 2012, en Wallonie, seuls 2,6% des frottis avaient été prélevés par des médecins généralistes [10].

Ensuite, les généralistes ne reçoivent que rarement les résultats des frottis de dépistage effectués par les gynécologues. Moi-même, au planning, j'oublie régulièrement de demander à la patiente si elle souhaite que je mette son médecin traitant en copie.

Enfin, les patientes semblent globalement peu informées sur le cancer du col et son dépistage. Elles semblent connaître un peu mieux la vaccination HPV grâce aux diverses campagnes d'information. Les médecins généralistes avec lesquels j'ai discuté disent qu'eux-mêmes sont plus conscientisés à vérifier et proposer la vaccination chez les jeunes filles et maintenant les jeunes garçons, qu'à proposer le dépistage.

Lors du choix de mon sujet, j'ai eu l'occasion de rencontrer le Docteur Valérie Fabri, de l'Agence Intermutualiste. Lors de cette rencontre, nous avons discuté entre-autres de différentes études déjà existantes sur les facteurs influençant le dépistage et sur la place de l'auto-frottis, ainsi que de la difficulté à réaliser une étude significative évaluant les connaissances des femmes sur le dépistage du cancer du col. Elle m'a indiqué que le médecin généraliste pourrait avoir un rôle essentiel pour augmenter la couverture du dépistage étant donné que la grande majorité des patientes vont voir au moins une fois par an un médecin généraliste. Cela est d'autant plus vrai pour les patientes BIM qui se font globalement moins bien dépister [2], mais qui possèdent un DMG plus souvent que les patientes non-BIM[†].

Dès lors, il serait intéressant de déterminer comment, en tant que généraliste, nous pouvons jouer un rôle dans l'augmentation de la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ce TFE a pour objectif d'améliorer le taux de dépistage dans ma pratique actuelle via un processus d'assurance de qualité.

[†] En Belgique, plus de 85% des femmes de 25 à 64 ans vont au moins 1x/an chez un généraliste et 75% possèdent un DMG. Ces chiffres sont plus élevés d'environ 5% pour les patientes BIM. [11]

La prise en charge de cette problématique au sein de notre cabinet médical est importante pour diverses raisons :

- Il s'agit d'un acte préventif de base, pour lequel il existe un module dans notre logiciel médical permettant un encodage aisé.
- Ma maitre de stage et moi-même avons l'impression que nous ne demandons pas suffisamment aux patientes si elles se font dépister par un gynécologue. C'est donc un problème insuffisamment pris en charge.
- Le problème touche une grande partie de la population, à savoir toutes les femmes de 25 à 64 ans, soit plus d'un tiers de notre patientèle.
- La conséquence d'une prévention inefficace peut être grave.
- Les personnes plus défavorisées sont plus sujettes à ne pas se faire dépister.
- J'ai l'impression que de nombreuses patientes ne sont pas toujours au courant de l'importance de ce dépistage, contrairement au cancer du sein. Il semble donc y avoir un problème de connaissances.
- Il y a un problème de collaboration avec les gynécologues de la région.
- Je suis déjà sensibilisé à la bonne réalisation du dépistage du cancer du col de par mon activité en planning, et je ressens donc une grande motivation à travailler sur ce sujet.
- Le projet n'a pas l'air de nécessiter trop de moyens et est peu sujet à débat. Les recommandations actuelles sont claires. Le logiciel médical utilisé permet d'extraire facilement les données concernant le dépistage. Il semble donc faisable de mettre en place un programme basé sur un cycle d'assurance de qualité visant à augmenter le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de notre patientèle.

3. Améliorations significatives – définition des critères de qualité

Les critères de qualité représentent la situation optimale, l'idéal à atteindre en vue d'une amélioration significative pour les bénéficiaires.

3.1. Recommandations de la littérature

Pour définir ces critères, j'ai tout d'abord recherché les recommandations existantes sur la prévention du cancer du col à appliquer dans notre pratique. Pour ce faire, j'ai collecté les rapports du KCE et de l'Agence Intermutualiste, les recommandations européennes, les données du Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers (CCR) et les articles d'EBPracticeNet concernant le cancer du col et son dépistage.

La recommandation actuelle en Belgique est de dépister tous les trois ans toutes les femmes âgées de 25 à 64 ans [1,12,13]. Arrêter le dépistage chez les femmes de 65 ans et plus est approprié si les 3 derniers résultats sont négatifs [6,12].

L'Europe recommande l'absence de frais pour les femmes afin d'éviter les obstacles financiers [7] et rendre le frottis accessible à toutes. En Belgique, actuellement, la réalisation du frottis est entièrement remboursée pour toutes les femmes, peu importe leur âge, et seul le ticket modérateur de la consultation médicale est à charge de la patiente. Le remboursement est limité à un frottis tous les 3 ans ou tous les 6 mois en cas d'anomalie [2].

Sur la demande à envoyer au laboratoire, il est important de mentionner certains détails cliniques comme la date des dernières règles, la durée du cycle, les antécédents de frottis anormaux et de leur prise en charge éventuelle [12]. Il est également intéressant de mentionner la présence de saignements irréguliers, la présence d'une infection ou d'une inflammation vaginale et si la patiente est actuellement enceinte, en période post-natale ou en période de ménopause car tous ces facteurs affectent la qualité du frottis [14].

Le dépistage n'est pas indiqué en cas de lésion macroscopique visible au niveau du col. Il convient alors de référer la patiente pour colposcopie et biopsie plutôt que d'effectuer le frottis. En cas d'antécédent d'hystérectomie totale, la réalisation d'un frottis est inutile sauf si la chirurgie a été réalisée dans le cadre d'une lésion cervicale HPV-induite. Dans ce cas, un frottis de fond vaginal doit continuer à être effectué à la fréquence recommandée. [14]

En ce qui concerne les patientes qui sont vaccinées contre l'HPV, les données actuelles ne permettent pas de déterminer si le dépistage dans ce sous-groupe peut être allégé [1]. Négliger le dépistage chez ces patientes pourrait paradoxalement augmenter le nombre de cas de cancers du col [6].

Un dépistage organisé devrait avoir pour but d'atteindre une haute acceptabilité de la population et une haute couverture. Il est nécessaire que la communication soit adéquate entre les femmes, les professionnels de la santé et les personnes responsables du système de santé. L'information délivrée aux femmes devrait être basée sur les preuves (evidence-based) et délivrée de manière efficace, prenant en compte les besoins des groupes désavantagés. [6]

3.2. Définition des critères de qualité choisis

Sur base de ces recommandations, nous avons retenu quatre critères de qualité : l'efficacité, l'information, l'acceptabilité et la continuité.

Deux autres critères ont aussi été retenus car ils nous semblaient important dans le cadre de notre pratique quotidienne : l'intégration et la systématisation.

Le critère d'accessibilité financière n'a pas été choisi dans le cadre de ce travail, bien que décrit dans la littérature, étant donné que le prélèvement du frottis et son analyse en laboratoire sont déjà entièrement remboursés en Belgique.

3.2.1. L'efficacité

En termes de résultats, la littérature recommande que toutes les patientes de 25 à 64 ans effectuent le dépistage, y compris les patientes vaccinées contre l'HPV et excepté les patientes ayant subi une hystérectomie non liée à une lésion induite par l'HPV.

→ **Ce qui devrait être** : 100% des patientes n'ayant pas de contre-indications au dépistage effectuent un frottis de col une fois tous les trois ans.

3.2.2. L'information

Selon les recommandations européennes, l'ensemble des femmes éligibles au dépistage doivent recevoir une information adéquate. Cela leur permettrait de comprendre l'intérêt du dépistage et les aiderait à l'accepter.

→ **Ce qui devrait être** : Toutes les patientes éligibles sont correctement informées du dépistage via une information "evidence-based".

3.2.3. L'acceptabilité

L'acceptabilité peut être définie comme « l'harmonie de la pratique par rapport aux normes sociales, éthiques et culturelles des utilisateurs et de leurs familles » [15].

Ce critère nous a semblé important vu la forte prévalence de patientes BIM au sein de notre patientèle et l'importante variété culturelle. De plus, c'est un critère recommandé par les guidelines européennes pour l'instauration d'un dépistage organisé.

→ **Ce qui devrait être** : L'ensemble des femmes éligibles acceptent d'effectuer un frottis, que ce soit chez un gynécologue ou dans notre cabinet de médecine générale, ou au moins peuvent expliquer leur refus.

3.2.4. La continuité des soins

« La continuité implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles pour être prises en considération au moment adéquat par les dispensateurs appelés à soigner l'individu, tant au niveau des soins de base qu'au niveau spécialisé. » [15]

Cela nécessite une bonne communication entre le médecin traitant, le gynécologue et le laboratoire où est effectuée l'analyse.

→ **Ce qui devrait être** : Lors de la réalisation d'un frottis, 100% des gynécologues proposent de mettre le médecin traitant en copie des résultats, et inversement.

3.2.5. L'intégration

Pour améliorer la couverture du dépistage, il nous a semblé indispensable de profiter des consultations à visée curative pour y intégrer un versant préventif. Cela permettrait également de convaincre plus facilement la patiente de l'importance du dépistage.

→ **Ce qui devrait être** : Vérifier le statut du dépistage lors de toute consultation.

3.2.6. La systématisation

Il est important que nous soyons systématiques dans le remplissage des dossiers :

- Mettre à jour l'onglet « planification » lors de la réception des résultats de frottis ou lorsque la patiente nous dit avoir fait le frottis chez son gynécologue,
- Inscrire à un seul endroit du dossier le prestataire de soins effectuant le dépistage (médecin traitant ou gynécologue),
- Si refus du dépistage, inscrire à un seul endroit les raisons du refus,
- Vérifier que les contre-indications éventuelles au dépistage soient bien inscrites dans les antécédents.

Être systématique dans l'encodage permettra également de mesurer facilement le taux de patientes en ordre pour le dépistage grâce au module statistique du logiciel.

→ **Ce qui devrait être** : Tous les dossiers des femmes de 25 à 64 ans sont correctement remplis en ce qui concerne le dépistage du cancer du col.

4. Récolte des informations, analyse et définition des objectifs

Après avoir défini les critères de qualité, la situation actuelle a été analysée pour déterminer précisément les problèmes qui se posent.

4.1. L'efficacité et la systématisation

4.1.1. Récolte des informations

Pour évaluer ces critères, les données chiffrées ont été extraites de notre logiciel médical (CareConnect®) à l'aide du module statistique.

Plusieurs étapes préparatoires ont été nécessaires pour pouvoir utiliser correctement ce module. En effet, suite à un changement récent de logiciel en juillet 2019, les données concernant le sexe du patient (masculin ou féminin) n'ont pas correctement migré et beaucoup de femmes avaient la mention « inconnu » indiquée dans l'item « sexe » de leur fiche administrative. Aussi, il n'y avait pas de correspondance parfaite entre le listing des DMG obtenu en interrogeant les mutuelles via MyCareNet et le listing obtenu via notre logiciel.

Pour parer à ces problèmes, j'ai tout d'abord trié le listing des DMG obtenu via MyCareNet en date du 27 novembre 2019, pour ne garder que les femmes nées entre le 01 janvier 1955 et le 31 décembre 1995, c'est-à-dire les femmes de 24 à 64 ans en date du 01 janvier 2020[‡]. Le listing brut des mutuelles ne mentionnant pas le sexe ni les dates de naissance, il a fallu extraire ces données à partir du numéro national[§] à l'aide d'un tableur Excel®. Au final, le listing comprenait 408 femmes de 25 à 64 ans et 11 femmes de 24 ans.

Pour chacune de ces patientes, le dossier médical a été ouvert pour vérifier que l'item sexe indiquait bien « Féminin » dans la fiche administrative et aussi vérifier que le détenteur du DMG inscrit dans le logiciel était bien ma maitre de stage. Pour un certain nombre de

[‡] Nous avons inclus les femmes de 24 ans par anticipation, d'autant plus que certaines auront 25 ans au moment de la mise en place des changements ;

[§] Les 6 premiers chiffres du numéro national correspondent à la date de naissance de la personne (aammjj). Les trois chiffres suivants correspondent au numéro d'ordre permettant d'identifier les personnes nées le même jour. Ce numéro est pair pour une personne de sexe féminin et impair pour une personne de sexe masculin. [16]

patientes, l'information concernant le DMG se mettait en ordre automatiquement dès l'ouverture du dossier en interrogeant la mutuelle de la patiente. Pour d'autres, il a fallu renouveler la « relation thérapeutique eHealth » pour pouvoir interroger les mutuelles.

Le listing des DMG obtenu en interrogeant les mutuelles via MyCareNet et le listing obtenu via notre logiciel ont alors à nouveau été comparés pour les femmes nées entre 1955 et 1995 inclus. Cinq patientes supplémentaires étaient inscrites dans le listing de notre logiciel. En ouvrant le dossier de ces 5 patientes, le détenteur du DMG a été mis à jour. Il s'est avéré que ces patientes avaient récemment changé de médecin traitant.

Après ces différents ajustements, les listings étaient comparables et le module statistique du logiciel a pu être utilisé de manière fiable.

Les chiffres suivants ont été extraits en date du 30 décembre 2019 :

- 408 femmes nées entre le 01/01/1955 et le 31/12/1994 ont leur DMG chez le Dr Danièle Abrassart pour l'année 2019.
 - o 6 ont un antécédent d'hystérectomie totale ;
 - o 15 ont réalisé un frottis de dépistage en 2017, 2018 ou 2019 ;
 - o 2 ont réalisé un frottis de dépistage en 2016 ou antérieurement ;
 - o 0 ont refusé le dépistage.
 - o Absence d'information pour 385 femmes

4.1.2. Analyse

Évaluation de l'efficacité selon les données de notre logiciel médical :

$$\frac{\text{nombre de femmes en ordre de dépistage}}{\text{nombre de femmes âgées entre 25 et 64 ans} - \text{nombre de femmes ayant une contre-indication au dépistage}} = \frac{15}{408-6} = \frac{15}{402} = 3,7\%$$

Évaluation de la systématisation

$$1 - \frac{\text{nombre de femmes pour qui nous n'avons pas d'information concernant le dépistage}}{\text{nombre de femmes âgées entre 25 et 64 ans}} = 1 - \frac{385}{408} = 5,6\%$$

La couverture mesurable au sein de notre pratique (3,7%) est nettement inférieure à la couverture de l'ensemble de la population de Wavre (50,7%). Cela est évidemment dû à un problème d'encodage des dossiers informatiques : seulement 23 dossiers (5,6%) mentionnent une information concernant le dépistage du cancer du col, ce qui implique que 385 dossiers doivent être mis à jour.

En discutant avec ma maitre de stage, nous nous sommes ainsi rendus compte que les onglets « prévention » et « planification » des dossiers médicaux informatisés (DMI) étaient sous-employés. Une petite mise au point serait donc nécessaire pour encoder de manière correcte et identique la date du dernier frottis, la personne effectuant le frottis (gynécologue ou médecin traitant), les refus du dépistage et les contre-indications.

4.1.3. Objectifs qui en découlent

Nous nous sommes fixés pour objectif final d'avoir une couverture effective et mesurable du dépistage du cancer du col au sein de notre patientèle :

- De 30% à 3 mois ;
- De 50% à 6 mois, ce qui correspond à la couverture sur Wavre en 2017 ;
- De 70% à 1 an, ce qui correspond à la couverture sur Wavre en 2008 et à la couverture minimale recommandée dans les guidelines européennes [7].

Objectifs intermédiaires :

- Faire en sorte que tous les soignants remplissent correctement et de la même manière les dossiers et utilisent l'onglet « planification » du DMI ;
- Avoir un pourcentage de dossiers correctement remplis de 50% à 3 mois, 70% à 6 mois et 85% à 1 an.

4.2. L'information et l'acceptabilité

4.2.1. Récolte des informations

Pour l'analyse de ces critères, la littérature a été consultée. En plus des documents déjà recueillis (cf point 3.1), les moteurs de recherche suivants ont été utilisés : Minerva, Cochrane, Pubmed et UCL Discovery. Les mots-clés suivants y ont été introduits : cervical cancer, early detection of cancer, screening, preventive health services, papillomavirus infection, papanicolaou test, pap test, invitation, patient participation, barriers.

Cette recherche a eu lieu entre octobre 2019 et février 2020. Les articles ont été sélectionnés sur base de leurs titres et de leurs résumés, en privilégiant les systematics reviews. Ces articles ont également servi comme base pour la planification du changement.

4.2.2. Analyse

Plusieurs études belges et européennes mentionnent une faible connaissance des femmes sur le cancer du col et son dépistage [17–21]. Le statut socio-économique des patientes ne semble pas influencer leurs connaissances [18]. Très peu de patientes savaient que le médecin généraliste a la possibilité et la compétence d'effectuer un frottis gynécologique, cependant la plupart semblent favorables à une augmentation du nombre de frottis réalisés par le généraliste [19,20]. Les connaissances sur le vaccin anti-HPV semblent quant à elles bien meilleures que les connaissances concernant le frottis de dépistage [18].

Le dépistage semble moins fréquent chez les femmes qui :

- Ont plus de 50 ans, sans doute en lien avec une consultation moins fréquente chez le gynécologue [2,19] ;
- Ont un statut socio-économique plus faible [2,22] ;
- Présentent des comorbidités : la priorité en termes de santé est alors souvent au curatif et la patiente a moins d'énergie pour le versant préventif [23] ;
- Sont de confession islamique. Ce phénomène est sans doute dû à des obstacles culturels et à de moins bonnes connaissances sur le dépistage. Ces femmes semblent cependant très réceptives aux recommandations émises par leur médecin traitant [21].

Plusieurs facteurs diminuent l'acceptabilité du dépistage [21,24–26]:

- La peur de la douleur ;
- L'embarras et la gêne psychologique que représente un examen gynécologique ;
- Un antécédent d'expérience de dépistage vécue comme traumatisante ;
- La peur de ce que le test pourrait dévoiler ;
- Le doute sur la pertinence du dépistage ;
- Le manque de temps et autres contraintes externes (travail, enfants...) ;
- La difficulté pour prendre un rendez-vous.

Plusieurs facteurs améliorent l'acceptabilité du dépistage [18–20,22,27–29] :

- Une bonne connaissance sur le cancer du col et son dépistage ;
- Un suivi régulier chez un gynécologue ;
- Le faible coût ;

- Un médecin traitant qui motive au dépistage ;
- Des rappels du médecin traitant, bien que cela puisse être vu comme du harcèlement chez les patientes ne voulant absolument pas se faire dépister ;
- Le médecin qui effectue le prélèvement est de sexe féminin et a une attitude chaleureuse, amicale et respectueuse ;
- Le libre choix du médecin préleveur. Notons que selon une étude réalisée en Flandre, les femmes en ordre de dépistage préfèrent généralement être examinées par leur gynécologue, mais celles qui ne sont pas en ordre accepteraient plus volontiers que leur généraliste effectue le frottis [30].

4.2.3. Objectifs qui en découlent

Cette analyse a permis de définir deux nouveaux objectifs :

- Délivrer une information fiable à toutes nos patientes de 25 à 64 ans sur le cancer du col et son dépistage afin d'augmenter leurs connaissances et les convaincre de l'utilité du dépistage. Les informer également de la possibilité de réaliser le frottis dans notre cabinet de médecine générale, sans les y contraindre et leur laisser la possibilité de le faire chez le gynécologue de leur choix.
- En abordant le dépistage du cancer du col en consultation :
 - avoir une attitude chaleureuse et bienveillante,
 - être à l'écoute des craintes et des expériences négatives antérieures,
 - les rassurer par rapport à notre habilité à réaliser l'examen,
 - être à l'écoute des refus et les notifier,
 - être particulièrement attentif aux femmes de plus de 50 ans, ayant de multiples comorbidités ou socio-économiquement défavorisées.

4.3. La continuité des soins

4.3.1. Récolte des informations

Discussion avec ma maitre de stage de notre ressenti actuel sur la situation.

4.3.2. Analyse

Nous avons l'impression que nous ne recevons quasi aucun résultat de frottis de dépistage et les quelques résultats que nous recevons sont souvent au format papier et ne sont donc pas intégrés automatiquement dans le DMI.

4.3.3. Objectifs qui en découlent

Nous en retirons deux objectifs :

- Prévenir les gynécologues consultés par nos patientes de l'importance pour les médecins traitants d'avoir une copie des résultats pour le bon suivi de la patiente et pour une centralisation des données de santé.
- Trouver un moyen pour que l'ensemble des résultats de frottis soient reçus par voie électronique afin qu'ils s'intègrent automatiquement dans le dossier des patientes.

4.4. L'intégration de la prévention dans l'activité curative quotidienne

4.4.1. Récolte des informations

Discussion avec ma maitre de stage des difficultés que nous présentons pour intégrer la prévention lors des consultations et des possibilités de vérifier le statut du dépistage du cancer du col à chaque consultation.

4.4.2. Analyse

Au début de la discussion, nous avons émis la crainte de ne pas arriver à prendre le temps de discuter du dépistage du cancer du col lors des grosses journées de travail où les consultations s'enchaînent ou lorsque la gestion du motif de la consultation prend déjà plus de 20 minutes et que nous sommes en retard.

Nous avons alors parlé de la possibilité de discuter du dépistage lors des consultations de suivi ou de prévention, comme les consultations pour prise de sang de check-up, renouvellement d'ordonnances, vaccination... Nous nous sommes cependant rendu compte que la majorité des patientes de 25 à 64 ans ne viennent en consultation que pour des problématiques aiguës. Aussi, si nous voulons toucher toute notre patientèle, il est préférable de vérifier le statut du dépistage à chaque consultation.

Nous avons aussi pris conscience que vérifier le statut du dépistage ne devrait pas prendre énormément de temps. En effet, à l'ouverture du dossier des patientes, s'affiche le « Tableau de bord » qui donne en un coup d'œil une idée du statut du dépistage via le volet « Alertes » si aucune information n'est encore mentionnée dans le dossier de la patiente, ou via le volet « Planning » si le dernier frottis de dépistage encodé date d'il y a plus de 30 mois.

En employant le tableau de bord, il nous semble plus réaliste d'arriver à intégrer la prévention du cancer du col au sein d'une consultation curative, surtout pour ma maitre de

stage qui a récemment (en novembre 2019) augmenté de 5 minutes la durée de ses consultations (plage de 20 minutes actuellement, 15 minutes auparavant).

Cela risque cependant de nous prendre du temps au début au vu du très faible taux de remplissage de nos dossiers. Il nous semble que si les patientes sont informées préalablement sur le cancer du col et son dépistage, il nous sera plus facile de l'aborder en consultation.

4.4.3. Objectifs qui en découlent

Nous avons défini deux nouveaux objectifs :

- Vérifier à chaque consultation le statut du dépistage et mettre à jour le dossier le cas échéant.
- Trouver un moyen d'informer nos patientes sur le cancer du col et son dépistage avant les consultations et si possible mettre une grande partie des dossiers à jour en dehors des consultations.

4.5. Récapitulatif des objectifs

Objectif 1 (Final) : Avoir une couverture effective et mesurable du dépistage du cancer du col au sein de notre patientèle :

- De 30% à 3 mois ;
- De 50% à 6 mois, ce qui correspond à la couverture actuelle sur Wavre ;
- De 70% à 1 an, ce qui correspond à la couverture sur Wavre en 2008 et à la couverture minimale recommandée dans les guidelines européennes [7].

Objectif 2 : Avoir un pourcentage de dossiers correctement remplis de 50% à 3 mois, 70% à 6 mois et 85% à 1 an.

Objectif 3 : Vérifier à chaque consultation le statut du dépistage et mettre à jour le dossier le cas échéant.

Objectif 4 : Faire en sorte que tous les soignants remplissent correctement et de la même manière les dossiers et utilisent l'onglet « planification » du DMI

Objectif 5 : Délivrer une information fiable à toutes nos patientes de 25 à 64 ans sur le cancer du col et son dépistage afin d'augmenter leurs connaissances et les convaincre de l'utilité du dépistage. Les informer également de la possibilité de réaliser le frottis dans notre cabinet de médecine générale, sans les y contraindre et leur laisser la possibilité de le faire chez le gynécologue de leur choix.

Objectif 6 : Trouver un moyen d'informer nos patientes sur le cancer du col et son dépistage avant les consultations et si possible mettre une grande partie des dossiers à jour en dehors des consultations.

Objectif 7 : Prévenir les gynécologues consultés par nos patientes de l'importance pour les médecins traitants d'avoir une copie des résultats pour le bon suivi de la patiente et pour une centralisation des données de santé.

Objectif 8 : Trouver un moyen pour que l'ensemble des résultats de frottis soient reçus par voie électronique afin qu'ils s'intègrent automatiquement dans le dossier des patientes.

Objectif 9 : En abordant le dépistage du cancer du col en consultation : avoir une attitude chaleureuse et bienveillante, être à l'écoute des craintes des patientes et de leurs expériences négatives antérieures, les rassurer par rapport à notre habilité à réaliser l'examen, être à l'écoute des refus et les notifier, être particulièrement attentif aux femmes de plus de 50 ans, ayant de multiples comorbidités ou socio-économiquement défavorisées.

5. Stratégies du changement

5.1. Planifier le changement

Pour répondre aux objectifs fixés, cinq changements ont été mis en place :

- Création d'un document explicatif pour une bonne tenue du dossier et formation pour un encodage systématique ;
- Envoi postal d'un document d'information et d'une enquête aux patientes ;
- S'aider du logiciel médical pour vérifier à chaque consultation le statut de dépistage de la patiente ;
- Contacter les laboratoires lors de la réception d'un résultat papier pour l'obtenir par voie électronique ;
- Envoyer un courrier via la eHealthBox aux gynécologues mentionnés dans les enquêtes remplies par les patientes.

Voici un tableau récapitulatif des différents changements à mettre en place :

Objectifs	Activité	Qui	Quand	Ressources
1, 2 et 4	Création d'un document explicatif	Assistant	Début février	2 heures
	Formation de ma maitre de stage	2 médecins	Mi-février	30 minutes
1, 2, 5, 6 et 7	Lettre à envoyer :			
	- Recherche de la littérature	Assistant	Fin décembre	2 jours
	- Création de la lettre		Début janvier	2 jours
	- Intégration de la lettre dans le logiciel médical		Mi-janvier	½ jour
	- Création de lettres nominatives à l'aide du logiciel		Mi-janvier	½ jour
	- Impression des lettres		Fin janvier	½ jour
	- Inscription d'un code aléatoire et unique de 0 à 500 sur l'enquête		Assistant + famille	Début février
	- Mise sous enveloppe	Début février		1 jour
	- Envoi des lettres	Dès accord du comité d'éthique		5x 2heures en semaine. ± 40 lettres envoyées via BPost
	- Rappel aux patientes via SMS	Assistant	3 semaines après l'envoi des lettres	1 jour
	- Encodage des résultats des enquêtes dans le DMI et Excel		Dès la réception des courriers	90 secondes par enquête (maximum 10 heures au total)
1, 3 et 9	Vérifier le statut du dépistage en consultation	2 médecins	Dès mi-février	5 secondes à 3 minutes par patiente
1, 8	Contacteur les laboratoires pour avoir les résultats informatisés	2 médecins	Tout au long du projet	5 minutes par laboratoire
1, 7	Envoi d'un courrier via la eHealthBox aux gynécologues	Assistant	Après l'encodage des enquêtes	30 minutes
	Préparation du dossier pour soumission du projet au comité d'éthique	Assistant + promoteur	Début janvier	1 semaine

5.1.1. Création d'un document explicatif pour une bonne tenue du dossier et formation pour un encodage systématique

Pour rappel, il est important que ma maitre de stage et moi encodions de manière correcte et identique la date du dernier frottis, la personne effectuant le frottis (gynécologue ou médecin traitant), les refus du dépistage et les contre-indications.

Pour cela, j'ai fait quelques tests dans le logiciel début février 2020 afin de déterminer la meilleure manière de mettre à jour le dossier. Les points importants étaient de pouvoir, par la suite, voir en un coup d'œil si la patiente est ou n'est pas à jour et de pouvoir établir des statistiques sur base des données encodées.

Grâce à ces recherches, j'ai créé un document illustrant comment encoder le dépistage (cf Annexe 3). Ce document reprend :

- Comment inscrire pour la première fois le dépistage du cancer du col ;
- Comment mettre à jour le dossier lors de la réception d'un frottis de col normal ;
- Comment mettre à jour le dossier lorsque la patiente nous dit avoir fait le frottis chez son gynécologue telle date ;
- Comment inscrire le refus de dépistage et la raison du refus.

Ce document ne reprend pas comment inscrire un antécédent d'hystérectomie car nous savons déjà correctement entrer un antécédent dans le DMI.

Nous avons prévu mi-février 30 minutes avec ma maitre de stage pour que je lui présente le document réalisé et pour faire quelques exercices de mise en situation. Je lui ai laissé le document afin qu'elle puisse le consulter au besoin.

5.1.2. Envoi postal d'un document d'information et d'une enquête aux patientes

a) Analyse de la littérature

Plusieurs études ont montré l'intérêt d'envoyer une invitation personnelle aux patientes [7,27,31] dans le cadre d'un dépistage organisé. Au niveau européen, les recommandations sont d'envoyer une invitation à plus de 95% de la population cible.

Le problème des invitations est qu'elles sont souvent oubliées et mises de côté car les personnes ont d'autres choses en tête au moment où elles les reçoivent et ne trouvent jamais le bon moment pour venir se faire dépister [26].

Les rappels sont très bénéfiques pour améliorer le taux de réponse aux invitations, surtout si ceux-ci viennent du médecin traitant [22,29].

D'autres études ont montré que la communication verbale en face-à-face lors d'une consultation médicale était le meilleur moyen pour convaincre les femmes de se faire dépister [19,29]. « L'information est mieux acceptée et comprise lorsqu'elle est délivrée par un professionnel de santé et lorsque l'on s'adresse directement aux patientes. » [19]

b) Lettre envoyée à la patiente

Au vu de ces différents constats et des objectifs visés, nous avons décidé d'informer les patientes sur le cancer du col et son dépistage via un courrier postal et de mettre dans ce courrier une enquête permettant aux patientes de nous informer sur leur statut de dépistage afin de mettre leur dossier à jour. Nous avons aussi prévu d'envoyer un rappel aux patientes n'ayant pas répondu. L'envoi du courrier a également pour objectif de pouvoir facilement amorcer la discussion du dépistage du cancer du col en consultation.

Le courrier envoyé comprend 6 pages (cf Annexe 4) :

- La première page est une lettre d'introduction expliquant notre démarche. Cette lettre est nominative et signée par ma maitre de stage ;
- La deuxième page reprend une explication sur le cancer du col et son dépistage. Les informations sont issues du CCR car leur document informatif est accessible aux femmes tout en étant complet et fiable ;
- La troisième page reprend les informations personnelles de la patiente : nom, prénom, sexe, date de naissance, numéro national, adresse postale, numéro de téléphone, adresse email ;
- La quatrième page reprend l'enquête (cf ci-dessous) ;
- La cinquième page reprend le document d' « information au patient » expliquant notamment les objectifs de l'étude, les bénéfices et les risques liés à la participation à cette étude ainsi que la manière dont les informations seront anonymisées ;
- La sixième page reprend un formulaire de consentement éclairé.

La présence de ces deux derniers documents est nécessaire dans le cadre de cette étude pour des raisons éthiques (cf point 5.1.6 Avis du comité d'éthique).

L'enquête est composée de 7 questions de type « questions à choix multiples » ou « questions ouvertes à réponses courtes ». Elle a été conçue pour être remplie rapidement, facilement et tenir sur une page A4.

La question 1 a pour but de déterminer le statut du dépistage. Si la patiente pense qu'elle n'est pas éligible, il lui est demandé d'en expliquer la raison.

La question 2 permet de connaître le résultat du dernier frottis et ainsi de savoir si nous devons être attentifs au suivi.

La question 3 a pour but de réinsister sur le fait qu'en tant que médecin traitant nous pouvons réaliser le frottis.

La question 4 est destinée uniquement aux patientes dont le dernier frottis date d'il y a plus de 3 ans ou n'a jamais été réalisé. Elle permet de savoir si la patiente souhaite se faire dépister. Dans la négative, il lui est demandé d'en expliquer la raison.

La question 5 permet de connaître le nom du gynécologue traitant.

Les questions 6 et 7 nous permettent de savoir si nos patientes se sentent suffisamment informées sur le dépistage du cancer du col, si elles souhaitent plus d'informations et par quels biais. Le but est de savoir quels changements nous devons entreprendre à l'avenir (brochure, affiche, courrier, information fournie en consultation, etc).

Une note a été ajoutée pour les patientes ne souhaitant pas effectuer leur prochain frottis dans notre cabinet. Il leur est demandé de vérifier avec leur gynécologue lors d'un prochain frottis de dépistage si leur médecin traitant est bien inscrit en copie des résultats.

c) Planification de l'envoi des lettres aux patientes

Le courrier a été introduit comme « Document » dans notre logiciel médical afin de pouvoir générer facilement et automatiquement des lettres nominatives avec mention du nom de la patiente, de son adresse et de ses informations personnelles.

Nous avons convenu d'envoyer le courrier à toutes les femmes de 25 à 64 ans pour qui nous n'avons pas d'information sur le dépistage dans le logiciel médical et également aux femmes de 24 ans qui vont fêter leur 25^e anniversaire en 2020 pour les prévenir de ce dépistage. Cela fait un total de 396 (385 + 11) personnes. Dès l'accord du comité d'éthique, nous avons distribué les lettres aux patientes habitant à Wavre et dans les communes avoisinantes. Pour les patientes habitant dans des communes plus éloignées, l'envoi a été réalisé par BPost.

Les patientes avaient 4 semaines pour répondre. Après 3 semaines, un rappel a été envoyé par SMS aux patientes n'ayant pas répondu. La base de données du télésecrétariat a été utilisée pour trouver les numéros de téléphone des patientes.

5.1.3. S'aider du logiciel pour vérifier le statut du dépistage en consultation

Pour avoir le temps lors de chaque consultation de vérifier le statut du dépistage, nous nous sommes aidés du « tableau de bord » du DMI. Celui-ci s'ouvre à l'ouverture du dossier.

- 1) Si la patiente a réalisé son dernier frottis il y a moins de 30 mois, qu'elle a refusé le dépistage ou qu'elle a subi une hystérectomie, rien ne s'affiche sur le tableau de bord.
→ Ainsi nous voyons immédiatement qu'il n'est pas nécessaire de discuter du dépistage lors de cette consultation.
- 2) Si l'échéance pour le prochain frottis est dépassée ou est dans moins de 6 mois, la présence de l'indication « pap smear » s'affiche dans le volet « Planning » du tableau de bord.
→ C'est alors l'occasion de prendre 1 minute avec la patiente pour vérifier si elle a fait le frottis récemment chez son gynécologue. Si ce n'est pas le cas, il faut lui proposer un rendez-vous pour faire le frottis au cabinet ou lui rappeler de prendre rendez-vous avec son gynécologue.
- 3) Si la patiente a entre 25 et 64 ans et qu'aucune information concernant le dépistage n'est inscrite dans le dossier, l'indication « Prévention : Dépistage du cancer du col de l'utérus » s'affiche dans le volet « Alertes » du tableau de bord.
→ C'est alors l'occasion de prendre 3 minutes avec la patiente pour discuter du cancer du col et du dépistage, voir si elle le réalise déjà chez son gynécologue, mettre à jour son dossier et éventuellement fixer un rendez-vous pour la réalisation du frottis.
→ Dans cette situation, il convient d'avoir une attitude chaleureuse et bienveillante, être à l'écoute des craintes et des expériences négatives antérieures, rassurer les patientes par rapport à notre habilité à réaliser l'examen, être à l'écoute des refus et les notifier (cf objectif 9).

Nous avons commencé à vérifier systématiquement le dépistage en consultation dès que le document explicatif pour une bonne tenue du dossier a été expliqué à ma maitre de stage (cf changement 1 ci-dessus), c'est-à-dire mi-février.

5.1.4. Contacter les laboratoires pour réception informatique des résultats

Lors de la réception d'un résultat papier, nous avons dû appeler le laboratoire qui a effectué l'analyse pour leur demander de nous envoyer le résultat par la eHealthBox et que cela se fasse automatiquement pour les résultats futurs.

5.1.5. Contacter les gynécologues

Après avoir récupéré, via l'enquête, la liste des gynécologues consultés par nos patientes, nous avons prévu de leur envoyer un courrier via la eHealthBox. Ce dernier a pour but de leur communiquer l'importance d'avoir, en tant que médecin traitant, une copie des résultats pour le bon suivi de la patiente et une centralisation des données de santé. Il leur a été proposé d'indiquer systématiquement le médecin traitant en copie d'un frottis de col, avec accord de la patiente.

5.1.6. Avis du comité d'éthique

Avant de réaliser les différents changements susmentionnés, j'ai jugé utile de demander au groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale (GEIMG), via l'application MGTFE/Éthique, s'il était nécessaire de soumettre un dossier au comité d'éthique universitaire.

Vu la décision du GEIMG, le dossier a été soumis au Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire (CEHF) de l'Université catholique de Louvain (UCL) en date du 08 janvier 2020. Le comité a approuvé le projet en date du 24 février 2020. (cf Annexe 5)

Une partie du projet consistant en une étude considérée comme « interventionnelle » (envoi d'une enquête « hors-routine » aux patientes), une assurance sans faute a été contractée auprès du service des assurances de l'UCL en date du 17/01/2020 (cf Annexe 6).

La confidentialité des données des participantes a été garantie. Sur la troisième page du questionnaire se trouvent les informations personnelles (nom, prénom, date de naissance, adresse) ainsi qu'un numéro de code entre 000 et 999, déterminé aléatoirement et manuellement. Sur la page suivante (l'enquête), seul le numéro de code apparaît. Après avoir mis à jour le dossier médical, les différentes pages ont été séparées les unes des autres. La page 3 (informations personnelles du participant) et la page 6 (formulaire de consentement éclairé) ont été conservées dans une armoire accessible uniquement par les responsables de l'étude. (Cf document d'information au patient - Annexe 4)

5.2. Indicateurs de qualité

Objectif	Ce que l'on mesure	Moyens utilisés	Résultats escomptés
1	Couverture du dépistage	Données extraites du DMI	≥ 30% à 3 mois ≥ 50% à 6 mois ≥ 70% à 12 mois
2	% de dossiers remplis par rapport à l'ensemble des patientes	Données extraites du DMI	≥ 50% à 3 mois ≥ 70% à 6 mois ≥ 85% à 12 mois
3	% de dossiers remplis par rapport au nombre de patientes ayant consulté	Données extraites du DMI	≥ 90% à 3, 6 et 12 mois
4	% de médecins encodant le dépistage selon la procédure établie	Exercice de mise en situation	100% des médecins à 3, 6 et 12 mois
5	% de lettres envoyées et % de rappels envoyés	Liste des patientes à qui nous avons envoyé une lettre et/ou un rappel	>95% de lettres et de rappels envoyés à 3 mois
6	% de réponses à l'enquête	Tableau d'encodage des résultats de l'enquête	>50% de réponses à 3 mois
7	% de gynécologues informés	Liste des gynécologues obtenue via l'enquête aux patientes	100% à 3 mois
8	% de courriers papiers finalement reçus via la eHealthBox	Liste des laboratoires appelés	100% à 3 mois, 6 mois et 12 mois
9	Identification des difficultés rencontrées	Réunion pour évaluation orale.	Évaluation à 3 mois, 6 mois et 12 mois

Calcul des indicateurs :

Dans les définitions ci-dessous, le nombre de femmes correspond, sauf mention contraire, au nombre de femmes de 25 à 64 ans pour qui nous sommes détenteurs du DMG.

$$\text{Couverture} = \frac{\text{nombre de femmes en ordre de dépistage}}{\text{nombre total de femmes} - \text{nombre de femmes présentant une contre-indication}} \cdot 100$$

% de dossiers correctement remplis pour l'ensemble des patientes

$$= \left(1 - \frac{\text{nombre de femmes pour qui nous n'avons pas d'information concernant le dépistage}}{\text{nombre total de femmes}} \right) \cdot 100$$

% de dossiers correctement remplis pour les patientes ayant consulté = $\left(1 - \frac{B}{A} \right) \cdot 100$

où A = nombre de femmes ayant consulté depuis le 17 février 2020.

et B = nombre de femmes ayant consulté depuis le 17 février 2020 pour qui nous n'avons pas d'information concernant le dépistage.

% de lettres envoyées = $\frac{\text{nombre de lettres envoyées}}{C + D} \cdot 100$

où C = nombre de femmes pour qui nous n'avons pas d'information concernant le dépistage au 30 décembre 2019.

et D = nombre de femmes de 24 ans pour qui nous sommes détenteurs du DMG.

% de rappels envoyés

$$= \frac{\text{nombre de rappels envoyés}}{\text{nombre de lettres envoyées} - \text{nombre de patientes ayant répondu à l'enquête avant l'envoi du rappel}} \cdot 100$$

% de réponses à l'enquête = $\frac{\text{nombre de réponses reçues}}{C + D} \cdot 100$

% de gynécologues informés

$$= \frac{\text{nombre de gynécologues à qui un courrier a été envoyé}}{\text{nombre de gynécologues différents mentionnés par les patientes dans l'enquête}} \cdot 100$$

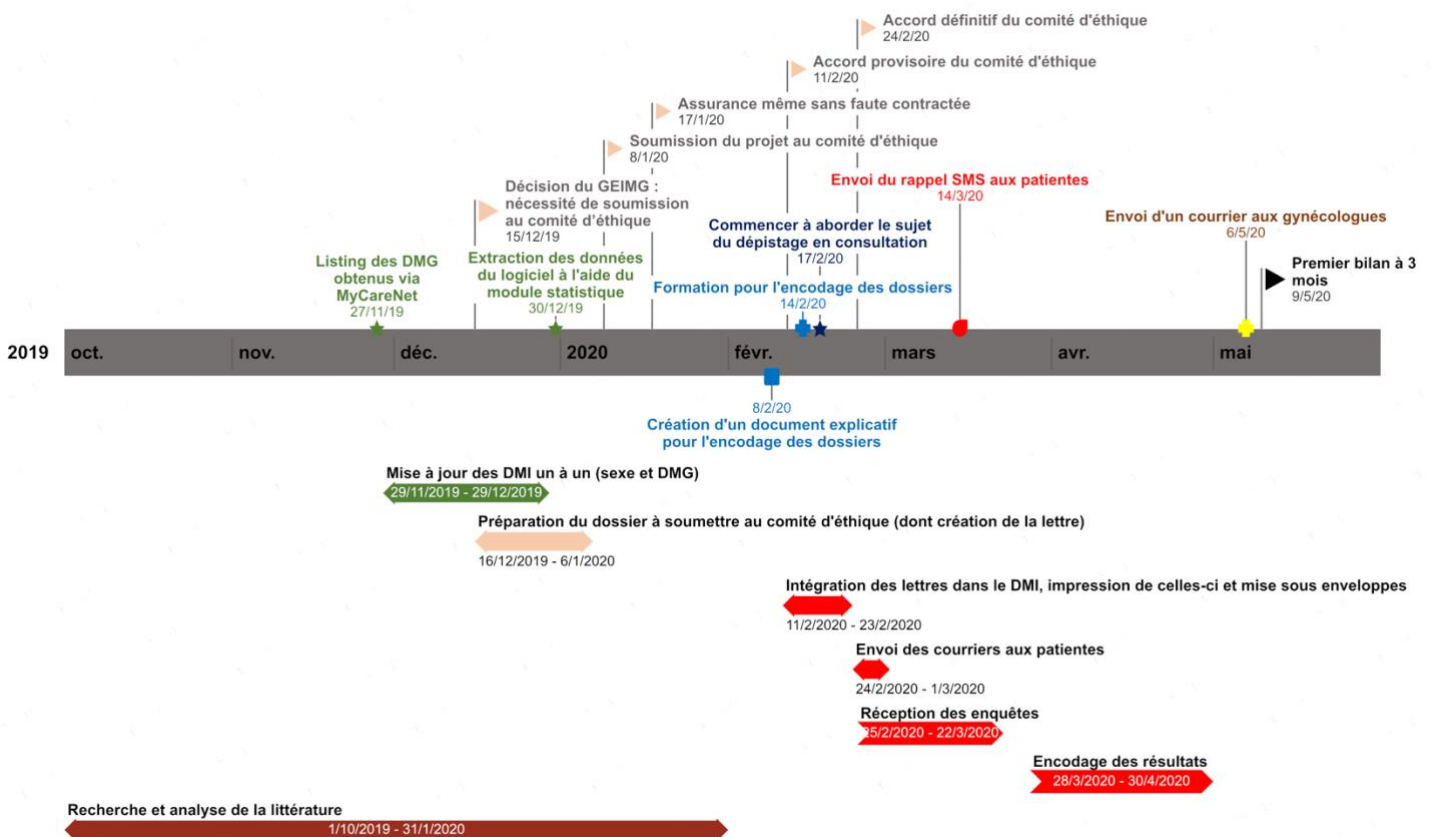
% de courriers papiers reçus via la eHealthBox

$$= \frac{\text{nombre de résultats reçus par eHealthBox après appel du labo}}{\text{nombre de résultats initialement non reçus par eHealthBox}} \cdot 100$$

6. Résultats du changement à 3 mois

Les indicateurs prédéfinis ont été calculés sur base des données récoltées en date du 09 mai 2020, soit environ 3 mois après le début de la mise en place des changements. Les données n'ont pas été soumises à des tests statistiques, le but de l'étude n'étant pas de vérifier l'existence d'une différence significative entre plusieurs sous-groupes ou facteurs d'études.

Voici une représentation temporelle des différentes étapes du projet comme il a finalement été réalisé :



6.1. Couverture et pourcentage de dossiers en ordre (objectifs 1, 2 et 3)

6.1.1. Résultats pour l'ensemble des femmes

En date du 09 mai 2020, il y a 406 femmes de 25 à 64 ans pour qui nous sommes détenteurs du DMG, soit 2 de moins par rapport au 30 décembre 2019. Parmi ces femmes, 125 ont effectué un frottis de dépistage depuis le 09 mai 2017, 14 ne sont pas éligibles au dépistage et nous n'avons toujours pas d'information sur le dépistage pour 206 femmes (cf Tableau 1). Ces différents chiffres ont permis de calculer le taux de couverture et le pourcentage de dossiers remplis.

Tableau 1 : Nombre de femmes en fonction du statut du dépistage et du moment d'encodage du dépistage dans le DMI

Nombre de femmes de 25 à 64 ans	Statut du dépistage					Tous
	En ordre	Pas en ordre	Contre-indication	Refus	Inconnu	
Statut du dépistage connu	125	56	14	5		200
Déjà encodé avant 30/12/2019	15	2	6			23
Via enquête avant rappel	53	32	3	2		90
Via enquête après rappel	48	20	1	1		70
En consultation	9	2	4	2		17
Statut du dépistage inconnu					206	206
Total général	125	56	14	5	206	406

Les patientes considérées comme « pas en ordre » sont celles qui n'ont pas de contre-indication et qui ne refusent pas le dépistage mais dont le dernier frottis date d'il y a plus de trois ans, n'a jamais été réalisé ou n'est pas connu.

Les patientes considérées comme ayant une contre-indication au dépistage sont celles qui ont subi une hystérectomie ou qui n'ont jamais eu de relations sexuelles.

$$\text{Couverture (\%)} = \frac{125}{406 - 14} \cdot 100\% = 31,9\%$$

% de dossiers correctement remplis pour l'ensemble des patientes

$$= \left(1 - \frac{206}{406}\right) \cdot 100\% = 49,3\%$$

6.1.2. Résultats pour les sous-groupes BIM et non-BIM

Le tableau ci-dessous indique la différence de couverture et du pourcentage de dossiers remplis pour les sous-groupes de femmes BIM et non-BIM. Ces indicateurs ont été calculés sur base du Tableau 7 et du Tableau 8 repris en Annexe 2.

Tableau 2 : Couverture et pourcentage de dossiers remplis pour les sous-groupes BIM et non-BIM

	<u>Couverture</u>	<u>% de dossiers correctement remplis</u>
Non-Bim	36,7%	50,3%
BIM	17,3%	46,2%
Toutes les patientes	31,9%	49,3%

6.1.3. Résultats pour les femmes ayant consulté depuis le 17 février 2020

Le tableau ci-dessous reprend le statut du dépistage des patientes ayant consulté depuis le 17 février 2020 qui correspond au jour où nous avons commencé à vérifier systématiquement le dépistage en consultation.

Tableau 3 : Nombre de femmes vues en consultation entre le 17 février 2020 et le 8 mai 2020 inclus en fonction de leur statut de dépistage

Nombre de femmes de 25 à 64 ans	Statut du dépistage					
	En ordre	Pas en ordre	Contre-indication	Refus	Inconnu	Tous
Nombre de patientes ayant consulté depuis le 17/2/20	66	15	5	3	35	124

Sur base de ce tableau découle l'indicateur suivant :

% de dossiers correctement remplis pour les patientes ayant consulté depuis le 17/02/20

$$= \left(1 - \frac{35}{124} \right) \cdot 100\% = 71,8\%$$

6.2. Encodage des dossiers conformément à la procédure mise en place (objectif 4)

Le 14 février 2020, le document illustrant comment encoder le dépistage a été présenté à ma maitre de stage durant 20 minutes. Ensuite, nous avons fait quelques exercices de mise en situation (encodage d'un premier frottis, mise à jour du statut du dépistage, inscrire un refus) pour s'assurer de la bonne compréhension de la procédure établie.

Ces exercices de mise en situation ont été effectués à nouveau le vendredi 08 mai 2020. Ces exercices ont été réussis avec cependant quelques difficultés mineures :

- Délai pour trouver l'onglet planification pour indiquer la date de réalisation du frottis ;
- Zone où inscrire la raison du refus du dépistage non trouvée dans le DMI.

% de médecins encodant le dépistage selon la procédure établie = $\frac{2}{2} = 100\%$

6.3. Document d'information et enquête (objectifs 5 et 6)

Tableau 4 : Nombre de lettres, de rappels et de réponses

	Femmes de 24 ans	Femmes de 25-64 ans avec statut de dépistage inconnu au 30/12/2019	Total
Nombre de lettres à envoyer	11	385	396
Nombre de lettres envoyées	10	370	380
Nombre de rappels envoyés	10	266	276
Nombre de réponses	2	160	162
Réponses avant rappel	0	90	90
Réponses après rappel	2	70	72

Sur base de ce tableau découlent les indicateurs suivants :

% de lettres envoyées = $\frac{380}{396} \cdot 100\% = 96,0\%$

Pour 14 lettres, la maison, l'appartement ou la boîte aux lettres de la patiente n'ont pas été retrouvés lors de la distribution du courrier. Parmi les lettres envoyées via BPost, 2 lettres nous ont été renvoyées pour adresse incorrecte.

% de rappels envoyés = $\frac{276}{380-90} \cdot 100\% = 95,2\%$

14 rappels n'ont pu être effectués car aucun numéro de GSM n'a été trouvé pour l'envoi du SMS ou car le message est resté « non distribué ».

% de réponses à l'enquête = $\frac{162}{396} \cdot 100\% = 40,9\%$

En Annexe 2 se retrouvent des tableaux reprenant les réponses aux questions 3 à 7 de l'enquête. Voici les informations qui me semblent les plus pertinentes :

- 67% des patientes ne savaient pas que le frottis pouvait être réalisé en médecine générale (Tableau 9).
- 45% des patientes qui ne sont pas en ordre de dépistage seraient d'accord que le frottis soit réalisé par leur médecin traitant. Ce taux est de 9% pour les patientes ayant déjà effectué un frottis il y a moins de trois ans chez le gynécologue (Tableau 11).
- Parmi les patientes qui ne sont pas en ordre pour le dépistage, 82% souhaitent le réaliser cette année et 5% refusent le dépistage (Tableau 10).
- 55% des patientes qui ne sont pas en ordre pour le dépistage ne se sentent pas suffisamment informées sur le cancer du col et son dépistage (Tableau 12).
- Environ 45% des patientes ne souhaitent pas d'information supplémentaire, quel que soit leur statut actuel de dépistage (Tableau 13). Parmi les patientes ne se sentant pas suffisamment informées, 75% souhaitent davantage d'informations (Tableau 14).
- 82% des patientes souhaitant être mieux informées souhaitent recevoir une information de la part de leur médecin (généraliste ou gynécologue) en consultation et 38% souhaitent recevoir une brochure explicative (Tableau 15). 3 personnes ont émis le souhait de recevoir de l'information par mail.

A noter qu'avant la période de confinement dû au Covid-19 et suite à l'enquête, 4 femmes ont pris rendez-vous en consultation pour la réalisation du frottis de col.

6.4. Information des gynécologues (objectif 7)

Dans les enquêtes complétées par les patientes, 47 gynécologues différents ont été mentionnés. Leur numéro INAMI a été retrouvé via l'application « Rechercher un dispensateur de soins » de l'INAMI. Notons que 4 gynécologues n'ont pas été retrouvés (le nom a dû être mal orthographié par les patientes ou n'est pas lisible).

Un message a été envoyé aux gynécologues via la eHealthBox le 6 mai 2020 (cf Annexe 7). Pour 18 d'entre eux, l'envoi n'a pu être effectué à cause d'un « certificat eHealth non trouvé ». Leur adresse mail a alors été recherchée sur internet et un mail a été envoyé à 16 de ces gynécologues. Au total, le message a été envoyé à 41 gynécologues.

$$\text{\% de gynécologues informés} = \frac{41}{47} \cdot 100\% = 87,2\%$$

6.5. Réception des résultats par voie informatique (objectif 8)

Nous n'avons pas reçu de résultats de frottis de dépistage réalisés par d'autres médecins pendant la période concernée. Les résultats des frottis que nous avons réalisés nous sont parvenus par voie informatique. Nous n'avons donc pas dû contacter de laboratoire pour la réception informatique des résultats.

6.6. Identifications des difficultés rencontrées (objectif 9)

Le 08 mai 2020, j'ai pris 20 minutes avec ma maitre de stage pour discuter des difficultés rencontrées lors de la vérification systématique du dépistage en consultation. Les difficultés sont les suivantes :

- Cela prend du temps et cela nous a mis plusieurs fois en retard. L'envoi préalable de l'enquête a bien aidé car beaucoup de patientes sont venues en consultation avec le questionnaire déjà complété. Cependant, il y a eu quelques situations qui ont pris plus de 5 minutes, par exemple quand la patiente nous parle de ses expériences négatives antérieures ou de ses craintes. Globalement ces situations n'ont pas été très fréquentes et prendre le temps a été bénéfique car, après la discussion, la plupart des patientes ont souhaité se faire dépister. Ainsi, deux patientes, initialement réticentes au dépistage, ont pris rendez-vous avec nous pour réaliser le frottis.
- Il est difficile de faire comprendre l'importance du dépistage à des personnes ayant de multiples comorbidités, et nous n'avons pas toujours réussi. Parmi les patientes qui ont refusé, le motif de refus était généralement l'aspect non prioritaire du frottis parmi leurs autres problèmes de santé. Une personne a refusé sans mentionner de raison, et il ne nous a pas été possible d'ouvrir la discussion.
- Après réflexion, nous avons l'impression d'avoir accordé moins d'attention aux femmes plus âgées ou BIM car ce sont souvent des patientes pour qui les consultations sont déjà bien remplies avec plusieurs motifs de consultation à gérer.

Nous avons tout de même noté que ce sujet semblait globalement bien accueilli par les patientes lorsque nous l'abordions en consultation. L'envoi préalable de l'enquête a permis d'engager facilement la discussion. Les patientes comprenaient et appréciaient que nous ne voulions pas nous substituer à leur gynécologue, que nous informions et propositions mais sans forcer.

7. Évaluation

7.1. Comparaison des résultats obtenus et escomptés : points positifs et à améliorer

Ce que l'on mesure	Résultats escomptés	Résultats obtenus	Objectifs
Couverture du dépistage	≥ 30%	31,9%	1
% de dossiers remplis par rapport à l'ensemble des patientes	≥ 50%	49,3%	2
% de dossiers remplis par rapport au nombre de patientes ayant consulté	≥ 90%	71,8%	3
% de médecins encodant le dépistage selon la procédure établie	100% des médecins	100%	4
% de lettres et de rappels envoyés	>95% de lettres et de rappels envoyés	96,0% de lettres et 95,2% de rappels	5
% de réponses à l'enquête	>50% de réponses	40,9%	6
% de gynécologues informés	100%	87,2%	7
% de courriers papiers finalement reçus via la eHealthBox	100%	Sans mesure	8

7.1.1. Couverture du dépistage et encodage des dossiers (objectifs 1, 2 et 4)

Le premier bilan à 3 mois est globalement positif : les différents changements mis en place ont permis d'atteindre notre objectif principal qui était d'avoir une couverture effective et mesurable de 30%. De plus, comme souhaité, pratiquement la moitié de nos dossiers sont à jour suite à l'enquête envoyée aux patientes et à la vérification du statut du dépistage en consultation.

Grâce au document créé sur la procédure d'encodage dans le DMI et à la petite « formation » organisée, les dossiers sont désormais encodés selon une procédure identique établie pour les deux médecins du cabinet médical. Cela permet de voir rapidement le statut du dépistage de la patiente lors de l'ouverture de son dossier. Notons cependant que l'indicateur de qualité employé pour évaluer si les médecins encodent selon la procédure préétablie manque de nuances : soit le médecin encode correctement, soit il n'encode pas correctement. Cela ne permet pas de mettre en évidence les difficultés, même mineures, rencontrées lors de l'encodage et ce qui doit être amélioré. Il serait donc judicieux d'avoir une évaluation plus nuancée (cf 7.2.2) .

Il est également important de noter qu'il existe une forte différence dans la couverture du dépistage selon le statut socio-économique de la patiente : celle des patientes BIM est deux fois inférieure à celle des patientes non-BIM (cf Tableau 2), alors que le pourcentage de dossiers correctement remplis est globalement similaire (46,2% pour les BIM et 50,3% pour les non-BIM). Cela confirme donc l'hypothèse que nos patientes BIM ont moins tendance à se faire dépister et qu'il faut être davantage vigilant à les informer et à leur proposer le dépistage.

7.1.2. Vérification du dépistage en consultation (objectifs 3 et 9)

Concernant la vérification systématique du dépistage en consultation, le résultat obtenu est nettement inférieur au résultat escompté. Nous devons donc clairement nous améliorer sur ce point. Sur les 124 patientes nous ayant consultés depuis le 17 février, seuls 89 dossiers sont complétés dont 72 via l'enquête. La cause semble double :

- D'une part, le temps nous manque souvent pour discuter du dépistage en consultation, surtout chez les patientes défavorisées sur le plan social ou économique ou ayant de multiples comorbidités, car la consultation aborde souvent déjà de nombreux sujets ;
- D'autre part, aborder le dépistage ne se met parfois simplement pas dans la discussion, surtout lorsqu'une patiente vient pour une pathologie aigue sur laquelle notre attention est focalisée.

Nous sommes cependant assez étonnés de ce résultat car nous avons l'impression de vérifier quasi systématiquement le statut du dépistage. Il est important que nous trouvions une solution étant donné que la mise à jour des dossiers se fera désormais essentiellement en consultation, même si nous recevons encore de manière sporadique des enquêtes complétées.

En ce qui concerne les patientes ayant des comorbidités, étant donné qu'elles ont déjà d'autres préoccupations de santé, il n'est pas toujours facile de leur faire comprendre l'importance du dépistage. Notre rôle reste avant tout d'informer et de proposer. Nous ne voulons pas forcer les patientes mais ouvrir un dialogue sur le sujet. Nous acceptons donc les refus, même si ce n'est pas la « situation idéale ». L'essentiel est d'ouvrir la discussion avec ces patientes et peut-être reviendront-elles vers nous quand certains de leurs soucis seront réglés.

Le fait d'aborder le sujet du dépistage du cancer du col en consultation a été bien accueilli par les patientes, cela nous semble très positif. Nous avons l'impression d'avoir su être à l'écoute de leurs craintes et de leurs expériences négatives antérieures en ayant une attitude chaleureuse et bienveillante. Nous avons ainsi pu ouvrir le dialogue avec les patientes refusant initialement le dépistage. Cela nous encourage à prendre le temps d'en discuter en consultation.

7.1.3. Information des patientes et enquête (objectifs 5 et 6).

Un courrier a été envoyé à 96% de nos patientes pour les informer sur le cancer du col et son dépistage, ce qui est satisfaisant.

Nous avons obtenu 40,9% de réponses à l'enquête, ce qui a permis de mettre une grande partie de nos dossiers à jour en dehors des consultations. Nous espérons une participation un peu plus importante, mais nous en sommes néanmoins très satisfaits étant donné le contexte actuel de pandémie de COVID-19 qui a joué en notre défaveur de par le confinement de la population mis en place à partir du 18 mars 2020. De plus, certaines patientes n'habitent peut-être plus à l'adresse reprise dans nos dossiers. Nous pensons également que la nécessité pour les patientes de devoir signer le formulaire de consentement éclairé pour des raisons éthiques a été un frein au remplissage de l'enquête.

L'envoi du courrier est donc un changement qui a été bénéfique, permettant de toucher la majorité de la population cible en un temps restreint. L'envoi du rappel a aussi été très utile étant donné que 45% des enquêtes complétées par les patientes nous sont parvenues après rappel. De plus, l'envoi du courrier et du rappel semblent avoir été bien acceptés par les patientes et nous n'avons eu aucun retour négatif par rapport à cette manière de communiquer. Certaines patientes m'ont néanmoins contacté par téléphone pour bien comprendre la démarche.

En ce qui concerne les résultats de l'enquête, il est intéressant de constater les faits suivants :

- La majorité de nos patientes ne savaient pas que nous pouvions réaliser le frottis, ce qui concorde avec les résultats obtenus lors de l'analyse de la littérature (cf 4.2.2). Néanmoins, près de la moitié des patientes devant se mettre en ordre pour le dépistage seraient d'accord de le réaliser dans notre cabinet de médecine générale.

Cela confirme donc bien le rôle primordial que nous avons en tant que généraliste dans l'amélioration du taux de ce dépistage.

- La grande majorité des patientes qui ne sont pas à jour pour le dépistage souhaitent l'effectuer dans l'année. Des hypothèses expliquant qu'elles ne sont pas en ordre seraient qu'elles remettent le rendez-vous à plus tard, oublient ou n'ont pas conscience de l'existence de ce dépistage et de ses modalités. Le médecin généraliste a donc ici également un rôle important de rappel et d'information.
- Un quart des patientes qui ne se sentent pas suffisamment informées sur le sujet ne souhaite pas recevoir d'informations complémentaires. Ces patientes désirent malgré tout, pour la plupart, se faire dépister.

7.1.4. Contact avec les laboratoires et les gynécologues (objectifs 7 et 8)

Dans le cadre du critère de continuité des soins, il était prévu de prendre contact avec les gynécologues. Nous avons été étonnés du nombre de médecins spécialistes, principalement ceux travaillant en milieu hospitalier, ne possédant pas encore de eHealthBox. Nous retenons de cela que prendre contact avec les spécialistes par cette voie n'est peut-être pas encore actuellement le meilleur moyen.

Au final, la totalité des gynécologues de la région avec lesquels nous collaborons habituellement et 87% des gynécologues mentionnés par les patientes dans l'enquête ont été contactés, ce qui est satisfaisant.

Il semble cependant judicieux d'adapter l'objectif pour mieux répondre au critère de qualité. En effet, ce n'est pas parce que les gynécologues sont informés qu'ils vont penser à nous mettre en copie systématiquement. Cela sera abordé dans le point suivant.

Pour rappel, n'ayant pas reçu de résultats de frottis réalisés par d'autres médecins, nous n'avons pas dû contacter les laboratoires. Cela sera à réévaluer lors des prochains bilans.

7.2. Réorientation

7.2.1. Évolution des objectifs

Au vu de cette évaluation, les objectifs 1, 2, 3, 4, 5 et 9 (cf page 21) restent pertinents et sont donc maintenus. L'objectif 6 qui était d'informer nos patientes et mettre à jour leur dossier en dehors des consultations est considéré comme terminé grâce aux courriers envoyés.

Les objectifs 7 et 8, qui consistaient à prévenir les gynécologues de l'importance pour le généraliste d'avoir une copie des résultats et à trouver un moyen de recevoir les résultats uniquement par voie électronique, sont remplacés par l'objectif suivant :

Objectif 10 : Recevoir les résultats des frottis réalisés par d'autres médecins pour les patientes dont nous sommes détenteurs du DMG et veillez à ce que ceux-ci arrivent par la eHealthBox.

Maintenant que nos dossiers commencent à être mieux remplis, nous avons défini deux nouveaux objectifs :

Objectif 11 : Effectuer le suivi lors de la réception des résultats, surtout en cas d'anomalie. Cet objectif rentre dans le cadre du critère de qualité « continuité des soins ».

Objectif 12 : Réaliser les frottis de col chez les patientes qui ne sont pas en ordre pour le dépistage et qui souhaitent le réaliser dans notre cabinet de médecine générale. Cet objectif rentre dans le cadre du critère de qualité « efficacité ».

7.2.2. Évolution des changements et définition de nouveaux indicateurs de qualité

Parmi les cinq changements précédents (cf page 22), deux restent d'actualité :

- S'aider du logiciel médical pour vérifier à chaque consultation le statut de dépistage de la patiente (objectifs 2 et 3).
- Contacter les laboratoires à la réception d'un résultat papier pour l'obtenir par voie électronique (objectif 10)

De nouveaux changements sont nécessaires pour répondre aux objectifs précités. Ils sont détaillés ci-après.

a) Procédure d'encodage dans le DMI (objectif 4)

Une des difficultés rencontrées lors de l'évaluation de la procédure d'encodage a été de ne pas trouver la zone où inscrire la raison du refus du dépistage. De plus, il n'est pas facile de visualiser rapidement si la patiente a refusé le dépistage ou l'a effectué il y a moins de 30 mois. Il convient donc de modifier la procédure concernant l'encodage de la raison du refus. Une idée serait de ne plus inscrire la raison du refus depuis l'onglet « Info patient > Volonté » mais de l'inscrire dans le volet « Notes » du tableau de bord**. Cela est plus simple à trouver et permet de voir directement à l'ouverture du dossier si la patiente a refusé le dépistage.

Pour évaluer si les médecins encodent le dépistage selon la procédure établie, une grille d'évaluation a été créée reprenant 6 critères à savoir réaliser (cf Annexe 8). L'indicateur de qualité correspondra au nombre de critères réussis. Il est attendu que chaque médecin puisse effectuer sans difficulté les 6 critères définis. Ainsi, nous pourrions plus facilement voir ce qui est acquis, ce qui doit être amélioré et suivre l'évolution lors de chaque « évaluation ».

b) Information des patientes (objectif 5)

A long terme, étant donné l'investissement et le temps nécessaires à la préparation et la distribution du courrier, il semble peu réalisable d'envoyer une lettre chaque année aux patientes qui vont avoir 25 ans, aux nouvelles patientes et aux patientes qui ne sont toujours pas à jour pour le dépistage mais qui souhaitent le réaliser. Il serait intéressant de suivre la mise en place du dépistage organisé en Wallonie. En Flandre, une lettre d'information et d'invitation au dépistage est envoyée dès le 25^e anniversaire de la patiente, ainsi qu'aux patientes qui n'ont pas réalisé de frottis les trois dernières années. Si cela se met en place également en Wallonie, on pourrait profiter de cette lettre pour aborder le sujet en consultation, la majorité des patientes préférant être informées en consultation par le médecin généraliste ou le gynécologue, plutôt que de recevoir une brochure explicative.

Nous pensons cependant que les 2 canaux d'information (en consultation + brochure) sont complémentaires. Après avoir délivré l'information en consultation, recevoir un fascicule sur le cancer du col et son dépistage permettrait à la patiente de consulter tranquillement, chez elle, un document où se trouve une information fiable. Si elle le conserve, cela lui permettrait également de se rappeler de prendre rendez-vous pour réaliser le frottis.

** Le refus du patient reste indiqué dans l'onglet « Info patient > volonté ».

La brochure actuellement proposée par la Fondation contre le Cancer sur le cancer du col de l'utérus [32] n'est plus à jour car elle a été réalisée avant les changements effectués dans le programme de vaccination. Une brochure très bien réalisée est celle distribuée dans le cadre du dépistage organisé en Flandre [33]. Une version existe en français et est applicable au contexte wallon. Il pourrait être utile de demander s'il est possible d'en recevoir, mais cela risque d'être difficile étant donné que ces brochures sont initialement destinées à la région Flamande. Nous pourrions également attendre que des brochures identiques soient créées en Wallonie dans le cadre du futur dépistage organisé.

L'indicateur de qualité pourrait être le nombre de brochures distribuées. C'est un indicateur facilement mesurable mais qui a ses limites. Si une patiente reçoit une brochure, ce n'est pas pour autant que l'information a été lue et comprise. Aussi, certaines personnes auront peut-être déjà reçu la brochure par voie postale, dans le cadre du dépistage organisé.

c) Aborder le sujet en consultation (objectifs 2, 3 et 9)

Aborder le sujet du cancer du col en consultation a été jusqu'ici bien accueilli par les patientes, mais nous ne l'avons pas suffisamment fait. Or, c'est dorénavant essentiellement par cette voie-là que seront mis à jour les dossiers.

Si nous disposons de brochures (cf point précédent), il pourrait être utile de les disposer sur le bureau de manière visible par nous et par les patientes. Cela permettrait d'attirer leur attention sur le sujet et d'engager facilement la conversation.

Si nous voyons que nous sommes en manque de temps, notamment avec les patientes BIM, plus âgées ou possédant de multiples comorbidités, il pourrait aussi être utile de fixer avec la patiente un rendez-vous dédié uniquement à la prévention. Ce rendez-vous aurait lieu idéalement lors d'une période où le rythme des consultations est habituellement plus calme. Pour les patientes qui consultent régulièrement, nous pourrions également leur proposer d'augmenter la durée de la consultation à 40 minutes lors du prochain rendez-vous. Lors de cet entretien, serait abordé non seulement le dépistage du cancer du col, mais aussi, si applicable, le dépistage des autres cancers, la vaccination, le suivi tabac/alcool/drogues et l'hygiène de vie (activité physique, alimentation).

Pour évaluer la mise en place de ce type de consultation, nous pourrions utiliser comme indicateur de qualité le nombre de consultations préventives que nous aurons effectuées. Pour pouvoir appliquer cette mesure, il sera important d'indiquer « Conseil préventif général

(45.07) » dans le motif de consultation pour pouvoir trouver facilement ces consultations. Les indicateurs suivants seront également utilisés : le nombre de dossiers mis à jour et le nombre de frottis réalisés suite à ces consultations.

d) Fixer des rendez-vous pour la réalisation du frottis (objectif 12)

Suite à l'enquête, 24 femmes ont émis le souhait d'effectuer le dépistage dans notre cabinet de médecine générale courant de l'année. Il convient donc de les contacter pro-activement par téléphone afin de leur proposer un rendez-vous pour effectuer le dépistage.

L'indicateur de qualité sera le nombre de femmes ayant effectué le dépistage dans notre cabinet parmi les femmes acceptant d'effectuer le dépistage dans notre cabinet.

En ce qui concerne les femmes qui souhaitent réaliser le dépistage chez leur gynécologue, il conviendra de leur rappeler en consultation de prendre rendez-vous avec celui-ci et de s'enquérir de la réalisation du dépistage (cf 5.1.3) .

e) Suivi des résultats reçus (objectif 11)

En cas de résultat normal, nous devons mettre à jour le dossier de la patiente (prochain frottis à effectuer dans 3 ans).

En cas de résultat anormal, un suivi rapproché ou un avis gynécologique sera nécessaire. Il est donc important que nous ayons une procédure claire et établie suivant les recommandations en vigueur. Une recherche dans la littérature s'avère utile. Une prise de contact proactive avec les patientes dont le frottis est anormal s'impose, ainsi que la création d'une nouvelle tâche dans le volet planification du DMI.

L'indicateur de qualité sera le nombre de patientes qui ont effectué le suivi nécessaire parmi celles ayant un résultat anormal.

f) Réception des frottis réalisés par les gynécologues (objectif 10)

Nous nous attendons à recevoir davantage de résultats de frottis de col dans les prochains mois étant donné que nous avons demandé aux patientes et aux gynécologues de veiller à ce que nous soyons en copie des résultats lors de la réalisation d'un frottis. Pour évaluer si les gynécologues pensent à nous mettre en copie, l'indicateur suivant sera utilisé : nombre de patientes pour qui nous avons reçu un résultat de frottis (sans en être le prescripteur) les 3 dernières années par rapport au nombre de patientes qui nous disent avoir effectué le frottis chez leur gynécologue il y a moins de 3 ans.

8. Conclusion

Partant du constat que le médecin généraliste a un rôle essentiel dans l'amélioration du taux de dépistage du cancer du col, nous avons mis en place un cycle d'assurance de qualité qui vise une amélioration en termes d'efficacité, d'information, d'acceptabilité, de continuité des soins, d'intégration de la prévention dans l'activité curative et de systématisation dans le remplissage des dossiers.

Grâce à l'envoi d'un courrier d'information à la quasi-totalité de nos patientes de 24 à 64 ans, nous avons pu les informer sur le cancer du col et son dépistage en un temps restreint. L'enquête jointe à ce courrier nous a permis de mettre rapidement à jour une bonne partie de nos dossiers. Cela demande cependant un investissement important.

Aborder le sujet du dépistage en consultation a été bien accueilli par les patientes. Notons qu'il est important d'être à l'écoute de leurs craintes et de leurs expériences négatives antérieures. Cette attitude empathique et bienveillante a permis à certaines femmes initialement réticentes au dépistage d'accepter d'effectuer le frottis. Nous nous sommes cependant rendu compte qu'il n'était pas toujours facile d'intégrer le dépistage au sein d'une consultation curative. Aussi, nous pensons prévoir des consultations dédiées uniquement à la prévention ou augmenter la durée d'une consultation pour les patientes qui consultent fréquemment. Nous prévoyons également de disposer de brochures explicatives.

La création d'une procédure d'encodage identique pour tous les médecins du cabinet nous permet de nous retrouver facilement dans les dossiers et de mesurer aisément la couverture du dépistage au sein de notre patientèle.

Nous avons informé les gynécologues de l'importance de nous inscrire en copie des résultats des frottis qu'ils effectuent et nous avons proposé à nos patientes de le leur demander. Nous devons encore déterminer si ces changements auront un impact sur le nombre de résultats reçus. Il serait intéressant et plus simple que les laboratoires aient l'obligation d'envoyer une copie au médecin détenteur du DMG. Cela pourrait être une idée à soumettre aux organismes en charge de la mise en place du dépistage organisé.

Après 3 mois, les résultats sont encourageants avec toutefois un taux de réalisation du dépistage nettement inférieur pour les patientes BIM. Afin d'atteindre les objectifs fixés, nous avons prévu de nouveaux changements à mettre en place. Il convient de réévaluer dans les mois à venir si ces changements auront un impact réel sur l'amélioration de la couverture du dépistage.

La réalisation de cette étude nous a initié à la démarche de l'assurance de qualité. Nous nous sommes ainsi rendu compte que, pour une médecine optimale, il est important de pouvoir mesurer l'impact de notre pratique sur la santé des bénéficiaires et de réévaluer continuellement les processus en place. Cela nous incite à instaurer à l'avenir de nouveaux cycles d'assurance de qualité pour les autres problématiques rencontrées au cabinet (cf Annexe 9).

Par ce travail, nous espérons également donner des pistes d'actions à d'autres généralistes souhaitant améliorer le processus de dépistage du cancer du col au sein de leur patientèle. Il pourrait être intéressant de comparer ce qui se fait dans d'autres pratiques et dans d'autres pays afin de déterminer les actions ayant le plus d'impact sur l'amélioration de ce dépistage.

Références bibliographiques

- [1] Arbyn M, Haelens A, Desomer A, Verdoodt F, Francart J, Thiry N, et al. Quel dépistage pour le cancer du col ? Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé; 2015.
- [2] Fabri V, Allaoui EM, Arbyn M, Simoens C, Haelens A, De Brabander I. Dépistage du cancer du col de l'utérus 2008-2017. Quatrième rapport de l'Agence Intermutualiste. Bruxelles: Agence Intermutualiste; 2019.
- [3] Vanmeerbeek M, Felgueroso-Bueno F, Lafontaine J-B. Guide de rédaction du TFE en Médecine Générale. 2018.
- [4] Population par lieu de résidence, nationalité, état civil, âge et sexe. Belgique: Statbel, Office belge de statistique; 2019.
- [5] International Agency for Research on Cancer (IARC). CANCER TODAY : Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2018. <http://gco.iarc.fr/today/home> (accessed December 25, 2019).
- [6] Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition-summary document. *Ann Oncol* 2010;21:448–58. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp471>.
- [7] von Karsa L, Arbyn M, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. *Papillomavirus Res* 2015;1:22–31. <https://doi.org/10.1016/j.pvr.2015.06.006>.
- [8] Une campagne de prévention du cancer du col de l'utérus pour fin 2020. <https://www.wallonie.be/fr/actualites/une-campagne-de-prevention-du-cancer-du-col-de-luterus-pour-fin-2020> (accessed January 25, 2020).
- [9] Le programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les SPSE et les CPMS-WBE en 2019-2020. Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Fédération Wallonie-Bruxelles; 2019.
- [10] Van den Heede A, Valérie Fabri, Haelens A, Francart J, Arbyn M. Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012. Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste. Bruxelles: Agence Intermutualiste; 2015.
- [11] Agence Intermutualiste (AIM). Atlas AIM n.d. <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr> (accessed February 25, 2020).
- [12] Leyns C, Woensel G. Frottis de dépistage (col de l'utérus) et biopsie de l'endomètre ebpnet. EBPracticeNet 2017. <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00533> (accessed April 13, 2020).
- [13] Dépistage du cancer du col de l'utérus. Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers (CCR) . <https://www.ccref.org/particulier/col.php> (accessed December 21, 2019).

- [14] Arbyn M, Herbert A, Schenck U, Nieminen P, Jordan J, Mcgoogan E, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for collecting samples for conventional and liquid-based cytology. *Cytopathology* 2007;18:133–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2303.2007.00464.x>.
- [15] Prévost M, Gosselain Y, Laperche J, Roland M. Carnet de bord « Assurance de Qualité ». Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones; 1999.
- [16] T.I. 000 - Le numéro d'identification. INAMI 2016. https://www.ibz.rn.fgov.be/fileadmin/user_upload/fr/rn/instructions/liste-TI/TI000_Numero-identification.pdf (accessed April 23, 2020).
- [17] Laranjeira CA. Portuguese women's knowledge and health beliefs about cervical cancer and its screening. *Soc Work Public Health* 2013;28:150–7. <https://doi.org/10.1080/19371918.2011.592042>.
- [18] Perrin A. Connaissance des femmes sur les modalités de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Université de Clermont-Auvergne, 2017.
- [19] Ricoup A. Comment le médecin traitant peut-il améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin ? Université de Bretagne Occidentale, 2015.
- [20] Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. *Santé Publique* 2013;25:255–62. <https://doi.org/10.3917/spub.253.0255>.
- [21] Sorée N. Dépistage du cancer du col utérin en région bruxelloise. Université Catholique de Louvain, 2019.
- [22] Munro A, Pavicic H, Leung Y, Westoby V, Steel N, Semmens J, et al. The role of general practitioners in the continued success of the National Cervical Screening Program. *Australian Family Physician* 2014;43:293–6.
- [23] Diaz A, Kang J, Moore SP, Baade P, Langbecker D, Condon JR, et al. Association between comorbidity and participation in breast and cervical cancer screening: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiology* 2017;47:7–19. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.12.010>.
- [24] Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. *J Med Screen* 2009;16:199–204. <https://doi.org/10.1258/jms.2009.009073>.
- [25] Brown RF, Muller TR, Olsen A. Australian women's cervical cancer screening attendance as a function of screening barriers and facilitators. *Social Science & Medicine* 2019;220:396–402. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.11.038>.
- [26] Marlow LAV, Chorley AJ, Rockliffe L, Waller J. Decision-making about cervical screening in a heterogeneous sample of nonparticipants: A qualitative interview study. *Psychooncology* 2018;27:2488–93. <https://doi.org/10.1002/pon.4857>.

- [27] Musa J, Achenbach CJ, O'Dwyer LC, Evans CT, McHugh M, Hou L, et al. Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0183924–e0183924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183924>.
- [28] Östensson E, Alder S, Elfström KM, Sundström K, Zethraeus N, Arbyn M, et al. Barriers to and facilitators of compliance with clinic-based cervical cancer screening: population-based cohort study of women aged 23–60 years. *PLoS One* 2015;10:e0128270–e0128270. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128270>.
- [29] O'Connor M, Murphy J, Martin C, O'Leary J, Sharp L, the Irish Cervical Screening Consortium (CERVIVA). Motivators for women to attend cervical screening: the influential role of GPs. *Family Practice* 2014;31:475–82. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu029>.
- [30] Arbyn M, Fabri V, Temmerman M, Simoens C. Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002–2006). *PLoS One* 2014;9:e92615–e92615. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092615>.
- [31] Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch PP, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002834.pub2>.
- [32] Brochure : Cancers du col de l'utérus et vaccination. Fondation Contre Le Cancer 2018.
- [33] Brochure : Informations au sujet du dépistage de masse du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 25 à 64 ans. Centrum voor kankeropsporing VZW 2019.

Annexes

Annexe 1 : Figures.....	51
Annexe 2 : Tableaux complémentaires.....	53
Annexe 3 : Document explicatif pour une bonne tenue du dossier.....	58
Annexe 4 : Courrier envoyé aux patientes.....	60
Annexe 5 : Avis du CEHF	66
Annexe 6 : Assurance même sans faute	67
Annexe 7 : Courrier envoyé aux gynécologues.....	69
Annexe 8 : Grille d'évaluation de l'objectif 4.....	70
Annexe 9 : Liste des autres problématiques identifiées au sein de notre cabinet	71

Annexe 1 : Figures

Figure 1 : Proportion de BIM et non-BIM au sein de notre patientèle

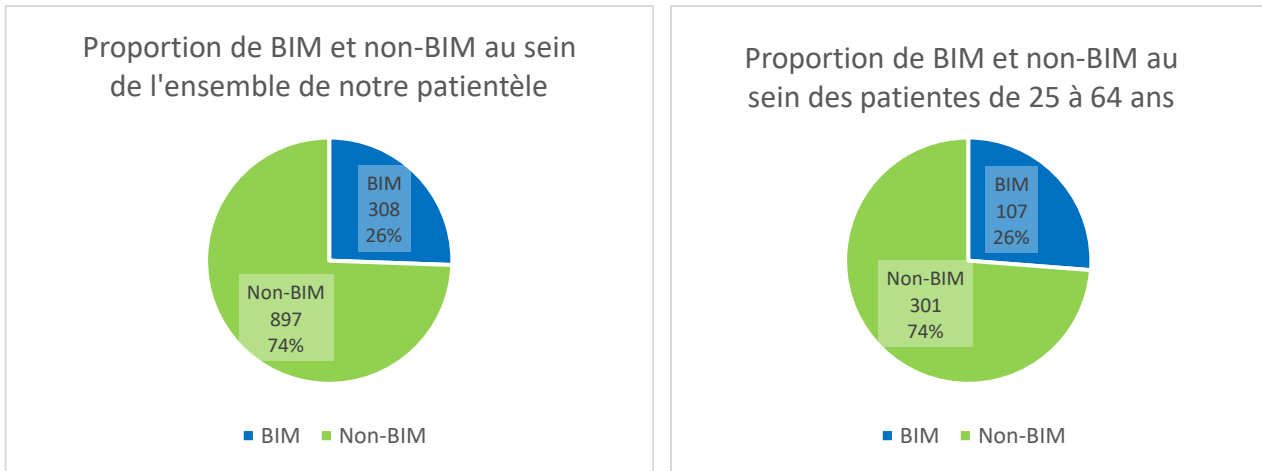


Figure 2 : Répartition homme-femme au sein de notre patientèle

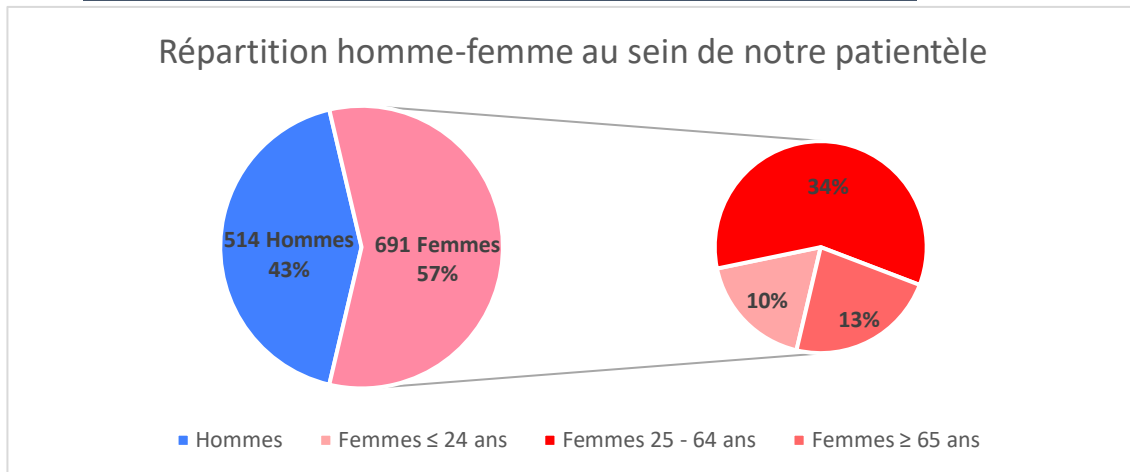


Figure 3 : Pyramide des âges de notre patientèle

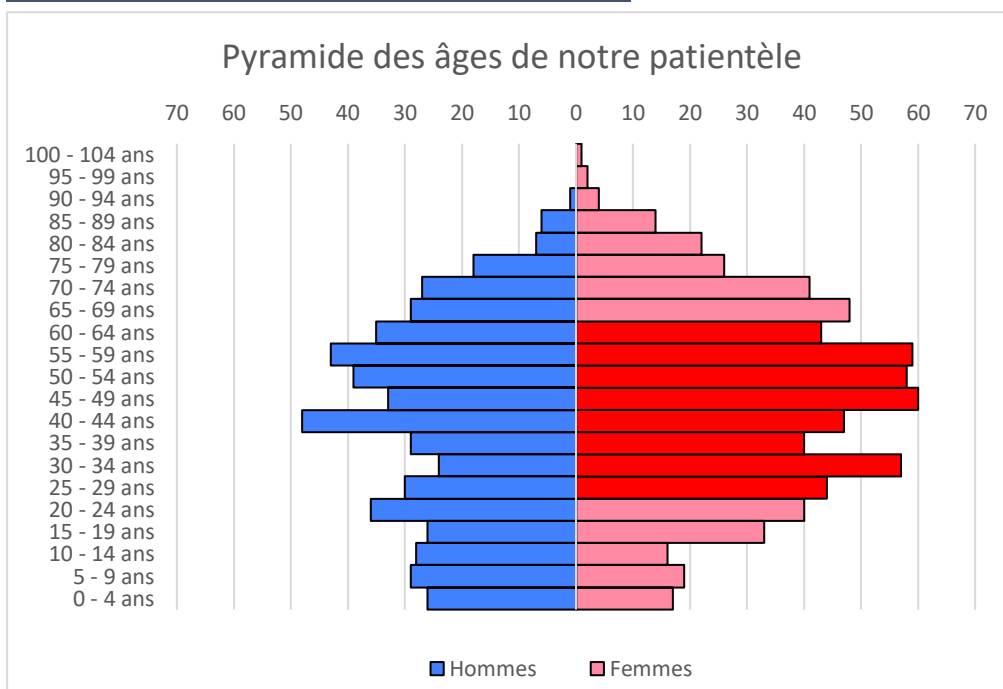


Figure 4 : Pyramide des âges de Belgique

Graphe téléchargé depuis le site <https://statbel.fgov.be/> , données au 01 janvier 2019

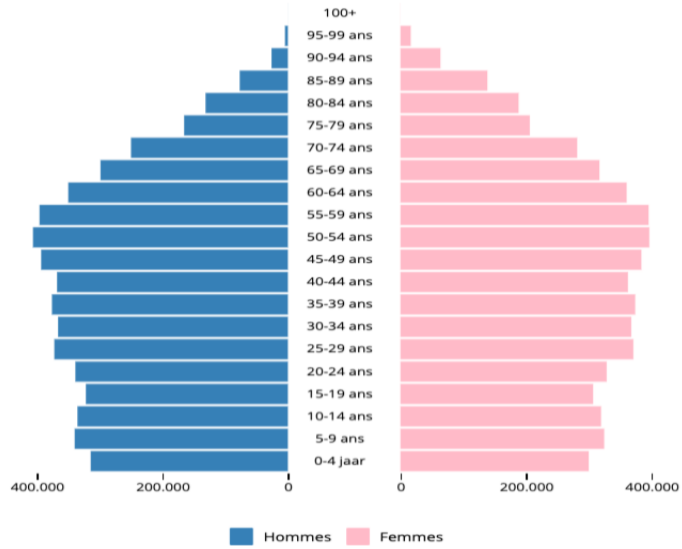


Figure 5 : Commune de résidence de notre patientèle

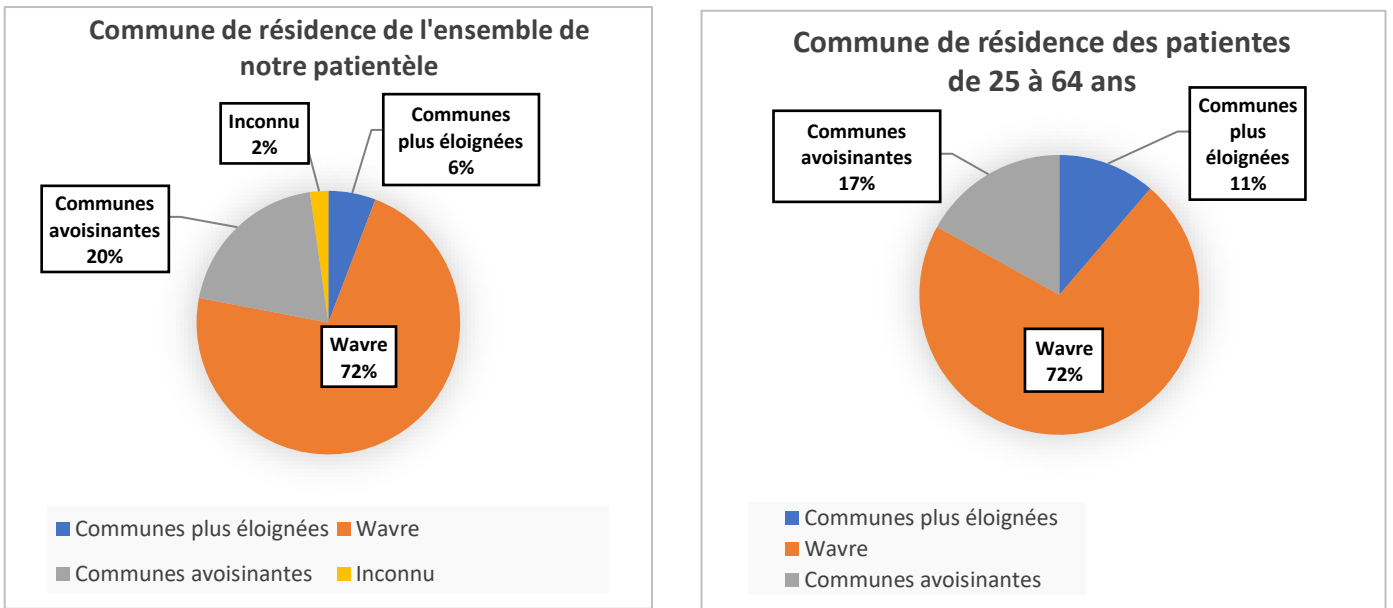
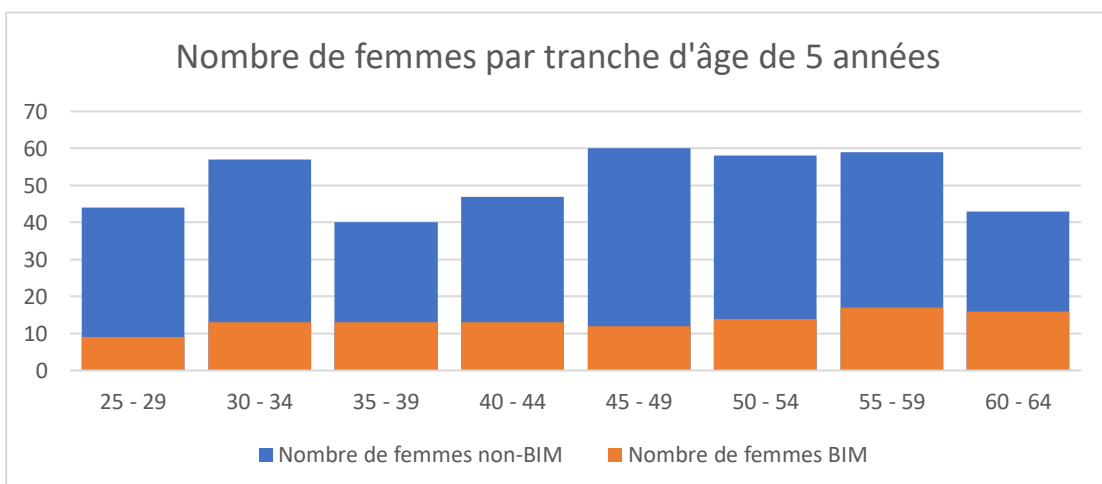


Figure 6 : Nombre de femmes de 25 à 64 ans par tranche d'âge de 5 années



Annexe 2 : Tableaux complémentaires

Tableau 5 : Proportion de BIM en 2017

	Belgique*	Région Wallonne*	Brabant Wallon*	Wavre*	Notre patientèle
Population générale	19,1%	21,4%	11,3%	11,8%	26%
Hommes et femmes de 20 à 64 ans	15,2%	18,4%	9,4%	10,0%	26%

* données issues de l'Atlas de l'Agence Intermutualiste [11]

Tableau 6 : Évolution de la couverture de dépistage du cancer du col de 2008 à 2017

Wavre	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cytologie	70,0%	69,6%	68,8%	65,6%	63,5%	62,7%	51,4%	47,8%	52,8%	50,7%
Cytologie - BIM	50,0%	51,8%	53,8%	49,0%	49,9%	50,8%	42,8%	40,2%	43,5%	41,9%
Cytologie - non BIM	71,8%	71,5%	70,4%	67,5%	65,2%	64,4%	52,6%	48,9%	54,1%	52,0%
Cytologie - 25-29 ans	82,6%	80,8%	75,0%	70,5%	65,6%	64,9%	56,5%	53,8%	58,8%	54,5%
Cytologie - 30-34 ans	80,1%	79,4%	79,7%	74,8%	74,1%	73,2%	59,2%	52,7%	55,7%	52,6%
Cytologie - 35-39 ans	78,0%	78,7%	78,1%	76,1%	71,8%	72,9%	58,9%	54,4%	58,0%	55,2%
Cytologie - 40-44 ans	74,6%	75,6%	76,4%	71,7%	70,8%	67,7%	55,1%	52,0%	60,1%	57,7%
Cytologie - 45-49 ans	72,3%	73,2%	72,9%	68,4%	66,8%	65,0%	55,4%	48,8%	56,0%	55,2%
Cytologie - 50-54 ans	65,2%	64,8%	64,7%	63,3%	60,8%	62,0%	50,4%	47,0%	52,1%	51,1%
Cytologie - 55-59 ans	62,0%	59,4%	57,4%	55,7%	53,0%	52,2%	40,6%	39,9%	44,2%	44,3%
Cytologie - 60-64 ans	49,2%	50,4%	51,6%	49,4%	49,8%	48,9%	39,4%	37,7%	40,1%	37,0%

Brabant Wallon	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cytologie	70,0%	69,6%	68,3%	64,6%	63,1%	62,5%	52,3%	48,6%	53,5%	52,2%
Cytologie - BIM	48,2%	49,5%	49,2%	47,2%	46,7%	46,4%	40,2%	38,0%	41,6%	40,1%
Cytologie - non BIM	71,8%	71,4%	70,1%	66,4%	65,0%	64,4%	53,8%	50,0%	55,0%	53,7%
Cytologie - 25-29 ans	79,8%	79,6%	77,1%	70,5%	67,1%	66,5%	56,9%	51,8%	56,0%	54,0%
Cytologie - 30-34 ans	80,5%	79,7%	78,8%	74,4%	71,7%	71,0%	58,9%	54,7%	59,0%	58,2%
Cytologie - 35-39 ans	78,4%	78,5%	77,1%	73,0%	70,5%	69,6%	58,0%	54,2%	58,6%	57,9%
Cytologie - 40-44 ans	74,8%	75,2%	74,3%	70,6%	69,3%	68,9%	58,0%	54,2%	59,6%	57,7%
Cytologie - 45-49 ans	72,0%	72,3%	71,4%	67,0%	65,8%	64,3%	54,0%	49,7%	55,6%	55,1%
Cytologie - 50-54 ans	66,1%	65,3%	64,0%	61,8%	61,3%	61,5%	51,1%	47,7%	53,3%	51,3%
Cytologie - 55-59 ans	58,3%	57,4%	56,0%	53,6%	52,6%	52,7%	43,4%	41,0%	45,5%	44,8%
Cytologie - 60-64 ans	50,6%	50,3%	49,8%	47,6%	48,1%	46,9%	39,0%	37,0%	41,6%	39,8%

Région Wallone	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cytologie	64,0%	63,6%	62,4%	59,1%	57,5%	56,9%	48,5%	45,5%	48,9%	48,2%
Cytologie - BIM	46,4%	47,9%	47,6%	45,8%	44,6%	44,4%	39,2%	36,9%	39,0%	38,7%
Cytologie - non BIM	66,7%	66,4%	65,3%	62,0%	60,5%	59,9%	50,9%	47,7%	51,5%	50,7%
Cytologie - 25-29 ans	76,9%	76,4%	74,4%	69,0%	65,9%	65,0%	55,9%	51,2%	54,2%	53,2%
Cytologie - 30-34 ans	75,7%	75,6%	74,1%	70,0%	67,6%	66,9%	56,8%	52,8%	56,4%	55,8%
Cytologie - 35-39 ans	71,9%	71,9%	70,9%	67,0%	65,3%	65,0%	55,7%	52,1%	55,8%	55,4%
Cytologie - 40-44 ans	67,9%	68,0%	67,2%	64,2%	62,4%	62,1%	53,1%	50,0%	53,6%	53,0%
Cytologie - 45-49 ans	65,1%	65,1%	64,2%	61,1%	59,5%	58,6%	50,2%	47,3%	51,0%	50,3%
Cytologie - 50-54 ans	59,0%	58,8%	58,1%	55,6%	54,5%	54,1%	45,8%	43,3%	47,0%	45,9%
Cytologie - 55-59 ans	50,7%	50,2%	49,2%	47,0%	46,1%	45,3%	38,4%	36,9%	40,1%	39,3%
Cytologie - 60-64 ans	43,7%	43,6%	43,0%	41,3%	40,8%	40,2%	34,0%	32,3%	35,1%	34,3%

Données issues de l'Atlas de l'Agence intermutualiste [11]

Tableau 7 : Nombre de femmes non-BIM en fonction du statut du dépistage et du moment d'encodage du dépistage dans le DMI

Nombre de femmes non-BIM de 25 à 64 ans	Statut du dépistage					Tous
	En ordre	Pas en ordre	Contre-indication	Refus	Inconnu	
Statut du dépistage connu	108	35	6	2		151
Déjà encodé avant 30/12/2019	14	1	2			17
Via enquête avant rappel	43	16	2	1		62
Via enquête après rappel	44	17	1	1		63
En consultation	7	1	1			9
Statut du dépistage inconnu					149	149
Total général	108	35	6	2	149	300

Tableau 8 : Nombre de femmes BIM en fonction du statut du dépistage et du moment d'encodage du dépistage dans le DMI

Nombre de femmes BIM de 25 à 64 ans	Statut du dépistage					Tous
	En ordre	Pas en ordre	Contre-indication	Refus	Inconnu	
Statut du dépistage connu	17	21	8	3		49
Déjà encodé avant 30/12/2019	1	1	4			6
Via enquête avant rappel	10	16	1	1		28
Via enquête après rappel	4	3				7
En consultation	2	1	3	2		8
Statut du dépistage inconnu					57	57
Total général	17	21	8	3	57	106

Tableau 9 : Réponse à la question « Saviez-vous que votre médecin traitant peut également réaliser ce frottis ? » en fonction du statut du dépistage

<u>Statut du dépistage</u>	Oui	Non	Absence de réponse	Total
En ordre	19	76	7	102
Pas en ordre	17	30	6	53
Contre-indication ou refus	2	2	3	7
Toutes les patientes	38	108	16	162

<u>Statut du dépistage</u>	Oui	Non	Absence de réponse	Total
En ordre	19%	75%	7%	100%
Pas en ordre	32%	57%	11%	100%
Contre-indication ou refus	29%	29%	43%	100%
Toutes les patientes	23%	67%	10%	100%

Tableau 10 : Réponse à la question « Souhaiteriez-vous effectuer ce dépistage cette année ? »

	Souhaite le réaliser cette année	Refus du dépistage	Absence de réponse	Total
En valeur absolue	46	3	7	56
En pourcentage	82%	5%	13%	100%

Ne sont pas reprises dans ce tableau les patientes dont le dernier frottis date d'il y a moins de trois ans ou les patientes qui présentent une contre-indication au dépistage.

Tableau 11 : Réponse à la question « Chez quel médecin prendriez-vous rendez-vous pour réaliser votre prochain frottis de dépistage » en fonction du statut du dépistage

Statut du dépistage	Gynécologue	Médecin traitant	Médecin traitant ou gynécologue	Absence de réponse	Total
En ordre	89	3	6	4	102
Pas en ordre	27	15	9	2	53
Contre-indication ou refus				7	7
Toutes les patientes	116	18	15	13	162

Statut du dépistage	Gynécologue	Médecin traitant	Médecin traitant ou gynécologue	Absence de réponse	Total
En ordre	87%	3%	6%	4%	100%
Pas en ordre	51%	28%	17%	4%	100%
Contre-indication ou refus	0%	0%	0%	100%	100%
Toutes les patientes	72%	11%	9%	8%	100%

Tableau 12 : Réponse à la question « Avez-vous l'impression d'être suffisamment informée sur le cancer du col et son dépistage ? » en fonction du statut du dépistage

Statut du dépistage	Se sent assez informée	Ne se sent pas assez informée	Absence de réponse	Total
En ordre	70	29	3	102
Pas en ordre	20	29	4	53
Contre-indication ou refus		3	4	7
Toutes les patientes	90	61	11	162

Statut du dépistage	Se sent assez informée	Ne se sent pas assez informée	Absence de réponse	Total
En ordre	69%	28%	3%	100%
Pas en ordre	38%	55%	8%	100%
Contre-indication ou refus	0%	43%	57%	100%
Toutes les patientes	56%	38%	7%	100%

Tableau 13 : Réponse à la question « Souhaitez-vous recevoir plus d'informations ? » en fonction du statut du dépistage

Statut du dépistage	Souhaite de l'information	Ne souhaite pas d'information	Absence de réponse	Total
En ordre	52	46	4	102
Pas en ordre	25	23	5	53
Contre-indication ou refus	1	2	4	7
Toutes les patientes	78	71	13	162

Statut du dépistage	Souhaite de l'information	Ne souhaite pas d'information	Absence de réponse	Total
En ordre	51%	45%	4%	100%
Pas en ordre	47%	43%	9%	100%
Contre-indication ou refus	14%	29%	57%	100%
Toutes les patientes	48%	44%	8%	100%

Tableau 14 : Réponse à la question « Souhaitez-vous recevoir plus d'informations ? » en fonction de la réponse à la question « Êtes-vous suffisamment informée ? »

	Souhaite de l'information	Ne souhaite pas d'information	Absence de réponse	Total
Se sent informée	32	56	2	90
Ne se sent pas informée	46	15		61
Absence de réponse			11	11
Toutes les patientes	78	71	13	162

	Souhaite de l'information	Ne souhaite pas d'information	Absence de réponse	Total
Se sent informée	36%	62%	2%	100%
Ne se sent pas informée	75%	25%	0%	100%
Absence de réponse	0%	0%	100%	100%
Toutes les patientes	48%	44%	8%	100%

Tableau 15 : Réponse à la question « Par quel moyen souhaitez-vous recevoir l'information ? »

	Brochure uniquement	Information en consultation (gynécologue ou médecin traitant)	Brochure et information en consultation	Absence de réponse	Total
En valeur absolue	11	45	19	3	78
En pourcentage	14%	58%	24%	4%	100%

Annexe 3 : Document explicatif pour une bonne tenue du dossier

Première inscription dépistage du cancer du col dans Careconnect®

Si la patiente est âgée entre 25 et 64 ans, le dépistage du cancer du col de l'utérus est repris dans les alertes du tableau de bord.

- 1) Il faut cliquer sur la petite flèche à droite de « Prévention Dépistage du cancer du col de l'utérus »
- 2) Puis cliquer sur « Démarrage Dépistage du cancer du col de l'utérus »

La démarche de soins du dépistage du cancer du col de l'utérus s'ouvre alors.

- 3) Inscrire dans description qui effectue le suivi (ex : médecin traitant, nom du gynécologue...)
- 4) Cliquer sur sauvegarder

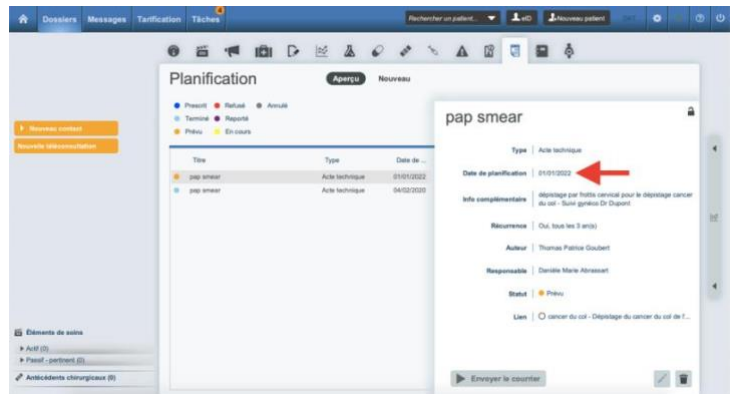
Careconnect a alors créé une planification à la date du jour pour la réalisation du « pap smear » (= frottis du col de l'utérus). Si la patiente n'est pas en ordre pour le dépistage, nous pouvons laisser comme ça et la planification apparaîtra sur la tableau de bord à chaque ouverture du dossier. Si la patiente a réalisé son frottis il y a moins de 3 ans, il faut alors indiquer la date de réalisation du frottis. Pour cela :

- 5) Ouvrir l'onglet planification
- 6) Sélectionner la tâche « pap smear » et cliquer sur le petit crayon en bas à droite pour modifier la planification.
- 7) Mettre le statut de la tâche comme « Terminé »
- 8) Inscrire la date d'exécution du dernier frottis réalisé (format année ou mois/année ou jour/mois/année)
- 9) Eventuellement inscrire des infos complémentaires (ex : qui réalise le frottis, résultat du dernier frottis si anormal...), et modifier la récurrence si un suivi rapproché est nécessaire (3 ans par défaut)
- 10) Sauvegarder

The screenshots illustrate the following steps:

- Alertes:** A red arrow points to a small arrow icon next to the alert 'Prévention Dépistage du cancer du col de l'utérus'. A second red arrow points to the 'Démarrage Dépistage du cancer du col de l'utérus' link.
- Démarches de soins:** The 'Description' field contains 'Suivi gynécologue Dr Dupont'. A red arrow points to the 'Sauvegarder' button.
- Planification:** A task 'pap smear' is selected. A red arrow points to the pencil icon in the bottom right corner.
- Planification (Edit):** The 'Date d'exécution' is set to '2019'. The 'Statut' is set to 'Terminé'. The 'Info complémentaire' field contains 'dépistage cancer du col - Suivi gynéco Dr Dupont'. A red arrow points to the 'Sauvegarder' button.

Careconnect crée alors automatiquement une nouvelle planification « pap smear », par défaut trois ans après la date d'exécution indiquée précédemment (ex : nouvelle date prévue le 01/01/2022 pour un frottis réalisé en 2019).

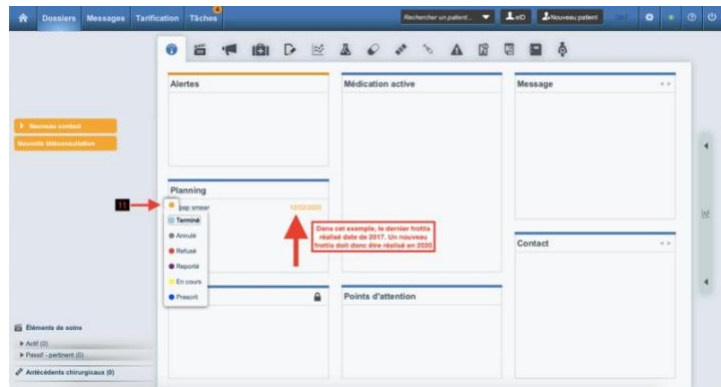


Cette planification sera visible sur le tableau de bord à l'ouverture du dossier médical si cette tâche arrive bientôt à échéance (moins de 6 mois) ou si la date de planification est déjà dépassée.

Mettre à jour la planification du frottis de dépistage

Si l'on réalise nous même le frottis ou que l'on vient de recevoir le rapport du laboratoire d'anatomo-pathologie :

- 11) Il suffira depuis le tableau de bord d'indiquer la planification comme terminée en cliquant sur la petite boule en regard de « pap smear », le jour de la réalisation du frottis. Une planification sera alors automatiquement créée pour dans trois ans.



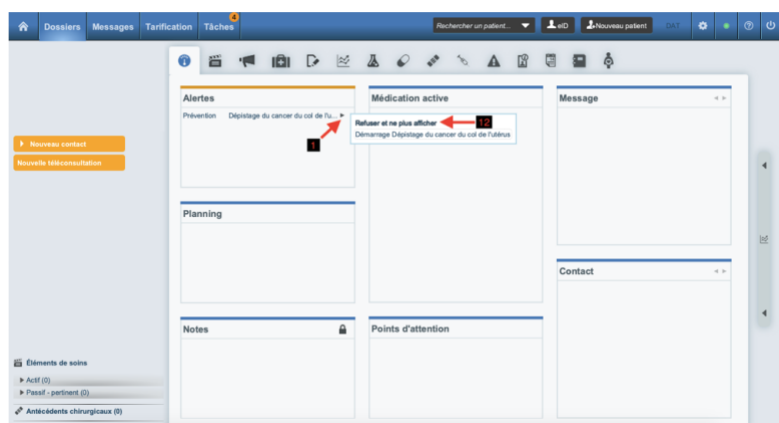
Si le frottis est réalisé ailleurs et que la patiente nous informe à quelle date il a été réalisé, ou que nous récupérons le résultat depuis les réseaux de santé :

- 5 à 10) il faut repasser par l'onglet planification → édition → statut « terminer » → inscrire la date d'exécution → sauvegarder (cf points 5 à 10).

Inscrire un refus de dépistage

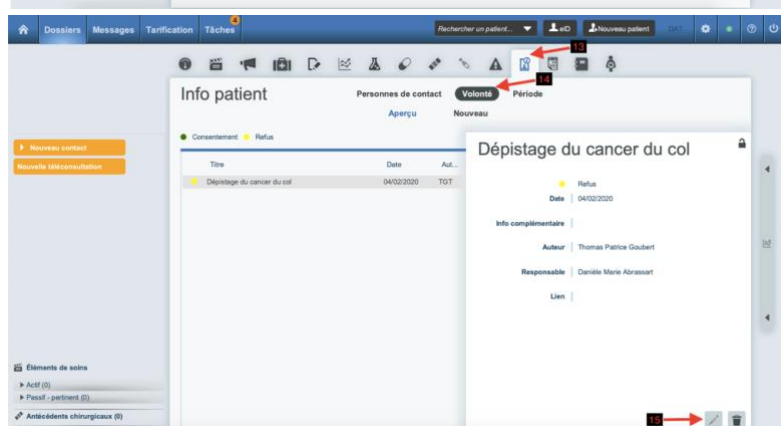
- 1) Il faut cliquer sur la petite flèche à droite de « Prévention Dépistage du cancer du col de l'utérus »
- 12) Puis cliquer sur « Refuser et ne plus afficher »

Le dépistage ne s'affiche alors plus.



Pour inscrire la raison du refus :

- 13) Cliquer sur l'icône « Info patient »
- 14) Cliquer sur « Volonté »
- 15) Sélectionner « Dépistage du cancer du col » et cliquer sur le petit crayon en bas à droite pour modifier le refus.
- 16) Inscrire dans « Info complémentaire » la raison du refus
- 17) Sauvegarder



Wavre, février 2020

Docteur Danièle Abrassart
Avenue Daudet 2
1300 – Wavre

Nom Prénom
Rue et numéro
Code Postale - Ville

Bonjour Madame (nom),

Je me permets de vous contacter car avec mon assistant, le Dr Thomas Goubert, nous souhaitons améliorer le taux de dépistage de cancer du col de l'utérus au sein de notre patientèle. Ce dépistage est recommandé tous les 3 ans chez les femmes âgées entre 25 et 64 ans.

D'après les informations recueillies dans votre dossier médical, **nous ne savons pas si vous êtes en ordre pour ce dépistage**. Auriez-vous l'amabilité de **répondre à l'enquête ci-jointe** avant le 20 mars 2020, **afin que nous complétions votre dossier médical** ? Il est intéressant que vous complétiez cette enquête même si vous n'êtes pas intéressée par ce dépistage ou si vous effectuez déjà ce dépistage via votre gynécologue.

Ce courrier se compose de 6 pages :

- Page 1 (cette page) = courrier d'introduction ;
- Page 2 (au verso) = informations sur le cancer du col et son dépistage ;
- Page 3 = vos informations personnelles ;
- Page 4 = Le questionnaire ;
- Page 5 = Feuillet d'information au patient
- Page 6 = Formulaire de consentement éclairé.

Comme cette enquête rentre dans le cadre d'une étude d'assurance de qualité au sein de notre patientèle, réalisée par mon assistant le Docteur Goubert Thomas pour son travail de fin d'étude, il est important que vous preniez connaissance du document d'« information au patient » et que vous signiez le « formulaire de consentement éclairé au patient » si vous êtes d'accord.

Merci de déposer dans la boîte au lettre du cabinet (Rue Sainte-Anne ou Avenue Daudet) les pages 3 à 6 (**= le dossier agrafé**), **avant le 20 mars 2020**. En cas de question, vous pouvez contacter mon assistant, le Dr Thomas Goubert, au 0470/550.342

Merci pour votre collaboration,

Docteur Danièle Abrassart
1-85449-15-004
0475 70 31 51

Informations sur le cancer du col et son dépistage

Voici quelques informations issues du Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers concernant le cancer du col et son dépistage. Vous pouvez retrouver ces informations sur le site : <https://www.ccref.org/particulier/col.php>

« En Belgique, 653 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été enregistrés en 2014. Près d'un tiers des femmes atteintes de ce cancer en sont décédées. Dans plus de 95% des cas, il est lié à une infection persistante due à certains virus appelés **papillomavirus ou HPV**. Les papillomavirus appartiennent à une grande famille de virus, mais seuls quelques-uns peuvent provoquer un cancer.

Ces virus se transmettent très facilement par contact sexuel (organes génitaux, bouche,...). La contagion est possible dès les premiers rapports.

La plupart de ces infections passent inaperçues et guérissent spontanément en quelques mois. Mais dans une minorité des cas, le virus s'installe pour une longue période dans les cellules du col de l'utérus et y entraîne des lésions précancéreuses qui se développent lentement. Un cancer n'apparaît en moyenne qu'après 10 à 15 ans.

Le **dépistage par frottis** est recommandé à toutes les femmes **entre 25 et 64 ans**. La ménopause n'est pas une raison pour ne plus le pratiquer.

Le dépistage permet d'identifier des lésions précancéreuses avant qu'elles n'évoluent en cancer ou un cancer au tout début de son évolution.

Pour être efficace, le dépistage doit être réalisé **tous les 3 ans** car les lésions précancéreuses se développent lentement et ne donnent aucun symptôme pendant des années.

Le dépistage se fait lors d'un **examen gynécologique**. Le médecin (généraliste ou gynécologue) introduit dans le vagin un spéculum (un petit écarteur) qui lui permet de voir le col de l'utérus. Il frotte la surface du col avec une minuscule brosse pour récolter quelques cellules. Ce n'est pas douloureux.

Le prélèvement est ensuite envoyé dans un laboratoire qui l'examine au microscope. Les résultats sont transmis au médecin qui a fait le prélèvement. »

Merci de déposer ce dossier (pages 3 à 6) dans la boîte aux lettres du cabinet (Rue Sainte-Anne 6 ou Avenue Daudet 2) **avant le 20 mars 2020.**

Vos informations personnelles :

Merci de remplir ou corriger vos informations personnelles.

Nom* : (nom)

Prénom* : (prénom)

Sexe : féminin

Date de naissance* : (date de naissance)

Numéro national : (numéro national)

Adresse : (rue) (numéro) (boîte) – (code postale) (ville)

Téléphone : (numéro de téléphone)

E-mail : (adresse email)

Enquête sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en vue de remplir votre dossier médical et améliorer le taux de dépistage au sein de notre patientèle

Partie 1

- 1) De quand date votre dernier frottis de col pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et par qui a-t-il été réalisé ?
- Il y a moins de trois ans. Date : __/__/____ Réalisé par le Dr _____
- Il y a plus de trois ans. Date : __/__/____ Réalisé par le Dr _____
- Je ne sais pas.
- Je ne pense pas avoir déjà réalisé ce type de frottis.
- Je pense que je ne suis pas éligible au dépistage du cancer du col (ex : absence d'utérus suite à une chirurgie) Raison ? _____
- 2) Quel est le résultat de votre dernier frottis?
- Normal Anormal Je ne sais pas
- 3) Saviez-vous que votre médecin traitant peut également réaliser ce frottis ?
- Oui Non
- Si vous ne souhaitez pas que le frottis soit réalisé par votre médecin traitant, merci d'en expliquer la raison : _____
- 4) Si vous n'êtes pas en ordre de dépistage (frottis datant d'il y a plus de 3 ans ou jamais réalisé), souhaiteriez-vous effectuer ce dépistage dans l'année à venir ?
- Oui Non. Pourquoi ? _____
- 5) Chez quel médecin prendriez-vous rendez-vous pour réaliser votre prochain frottis de dépistage? Plusieurs réponses possibles.
- Mon gynécologue*. Quel est son nom ? _____
- Mon médecin traitant (le Dr Abrassart ou son assistant(e)).
- Autre* (ex : centre de planning familial) : _____

Partie 2

- 6) Avant de recevoir ce courrier, aviez-vous l'impression d'être suffisamment informée sur le cancer du col et son dépistage ?
- Oui Non
- 7) Souhaiteriez-vous plus d'informations concernant le cancer du col et son dépistage ? Si oui, par quel(s) moyen(s) ? Plusieurs réponses possibles
- Oui
- Via des brochures et posters en salle d'attente
- Via des informations fournies par mon médecin généraliste en consultation
- Via des informations fournies par mon gynécologue en consultation
- Autre : _____
- Non

* si vous n'effectuez habituellement pas votre frottis de dépistage dans notre cabinet, pourriez-vous lors d'une prochaine consultation demander au médecin effectuant le frottis (gynécologue ou autre médecin) de mettre le docteur Abrassart en copie des résultats, avec votre accord, pour une centralisation de vos données de santé. Merci.

INFORMATION AU PATIENT

Étude d'assurance-qualité visant à améliorer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de la population de femmes de 25 ans à 64 ans ayant leur DMG chez le docteur Danièle Abrassart (Wavre)

Vous êtes invitée à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête qui devrait inclure un maximum de 400 patientes.

L'objectif de cette enquête consiste à augmenter le taux de dépistage du cancer du col au sein de la patientèle du Dr Danièle Abrassart, médecin généraliste à Wavre. Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de répondre au questionnaire ci-joint. Il vous sera demandé de participer à l'enquête une seule fois.

Promoteur de l'expérimentation/enquête : Le promoteur de l'enquête est l'Université Catholique de Louvain.

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques : Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation. Cependant, vu l'objectif du projet de recherche, il est espéré que votre suivi médical quant à ce dépistage soit amélioré suite à la participation à cette enquête. Votre réponse à l'enquête permettra notamment de mettre à jour votre dossier médical.

Assurance : Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur : Ethias SA – rue des croisiers 24 – 4000 Liège – mail : info@ethias.be

Numéro de police : 45.399.955

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Sur la troisième page du questionnaire se trouvent vos informations personnelles (nom, prénom, date de naissance, adresse) ainsi qu'un numéro de code entre 000 et 999, déterminé aléatoirement et manuellement. Sur la page suivante (l'enquête), seul le numéro de code apparaît. Après avoir mis à jour votre dossier médical, les différentes pages seront séparées les unes des autres, et les pages trois et six seront conservées dans une farde accessible uniquement par les responsables de l'étude jusqu'à la fin de l'étude, à savoir au plus tard le 30 septembre 2020. Les informations transcrites dans le dossier médical informatisé seront conservées de manière permanente. Vous ne serez pas identifiée par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be. En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique : Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain, qui a émis un avis favorable le 24/02/2020.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

○ Étudiant menant l'étude : Dr Thomas Goubert
Téléphone : 0470/550.342

○ Responsable de l'étude : Dr Sophie Noël
Mail : [REDACTED]

Pour toute crainte, information ou problème, vous pouvez également prendre contact avec le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc UCLouvain, qui fait office de médiateur indépendant de l'équipe de recherche :

Mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be ; tél : 02/764.55.14

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

1. Je soussignée (NOM, Prénom),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude d'assurance-qualité visant à améliorer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de la population de femmes de 25 ans à 64 ans ayant leur DMG chez le docteur Danièle Abrassart (Wavre)
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informée de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informée de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - o la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - o la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - o la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - o les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.
7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

Signature de la patiente

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, M. Goubert Thomas confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête à la patiente mentionnée ci-dessus.

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

Annexe 5 : Avis du CEHF

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF
Cocher la ou les case(s) correspondante(s).

- étude rétrospective
- étude sur matériel corporel humain résiduel
- mémoire prospectif non interventionnel (observationnel)
- mémoire prospectif interventionnel consistant uniquement en un questionnaire ou une enquête hors routine

Titre de l'expérimentation : « Comment améliorer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 64 ans au sein d'une patientèle d'un médecin généraliste à Wavre – étude d'assurance-qualité. »

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné :

- Formulaire de soumission simplifiée reçu le 24/02/2020
- Document d'information et de consentement (DIC) participant version 4 dd. 21/02/2020
- Résumé de l'expérimentation, version 2 dd. 17/01/2020
- Protocole, version 2 dd. 17/01/2020
- Questionnaire – enquête reçu le 20/01/2020
- CV de l'étudiant Thomas Goubert
- CV de l'investigateur principal Sophie Noël
- Certificat d'assurance Ethias dd. 17/01/2020
- Questionnaire 1 RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) signé dd. 17/01/2020
- Autre(s): Document de réponse aux remarques du CEHF dd. 11/02/2020.....

L'avis du CEHF est :

- favorable: le projet peut être initié**

En aucun cas, un contact avec les patients n'est autorisé une fois l'accord du comité d'éthique obtenu

Référence du CEHF:2020/09JAN/008..... (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)

N° d'enregistrement belge: B 403202043090

Date et signature :
Professeur J.M. MALOTEAUX
Président CEHF
Professeur J.M. MALOTEAUX
Président,
21/02/2020



ATTESTATION D'ASSURANCE

Ethias SA, rue des Croisiers n° 24 à Liège, certifie que par la police n° 45.399.955 souscrite par l'Université Catholique de Louvain, Place de l'Université, 1 à 1348 Louvain-la-Neuve, elle garantit, dans les limites des conditions générales et spéciales du contrat, conformément aux dispositions de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine telle que modifiée par la loi du 27 décembre 2005 et tous arrêtés royaux d'exécution qui seraient adoptés en application des dispositions précitées, la responsabilité civile qui pourrait incomber au promoteur de l'étude repris ci-dessous, du chef de dommages causés aux participants et/ou à leurs ayants droit dans le cadre de l'étude clinique suivante :

Titre de l'expérimentation : Comment améliorer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 64 ans au sein d'une patientèle d'un médecin généraliste de Wavre

Promoteur : Thomas Goubert

Etude :

monocentrique

multicentrique

En cas d'étude multicentrique, indiquer les différents sites : _____

Nombre de participants : 400

Durée de l'expérimentation : 17/01/2020 au 30/09/2020

CLASSE IA

Etudes de cohortes (type prospectif ou rétrospectif): simples observations cliniques (volontaires sains). Observations cliniques de patients capables de donner leur consentement. Questionnaires à compléter par des patients. Etudes sur échantillon : urine, salive, sécrétions diverses sauf lorsque l'obtention de l'échantillon fait partie de l'expérimentation et nécessite des actes autres que le simple prélèvement externe. Expérimentations avec prise de sang par veine périphérique lorsque cette prise de sang aurait de toute façon dû être effectuée.

ETHIAS SA rue des Croisiers 24 4000 LIÈGE www.ethias.be info@ethias.be

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).

RPM Liège TVA BE 0404.484.654 Compte Belplus Banque : BE72 0910 0078 4416 BIC : GKCCBE33

○ **CLASSE IB**

Observations cliniques de personnes incapables de donner leur consentement. Examens cliniques simples sans aucune manoeuvre thérapeutique. Investigations non invasives permises : échographie, électroencéphalogramme, électrocardiogramme, radiographie standard ou CT-scanner sans contraste. Tests à l'effort sous-maximal sans plus sur des volontaires ou des patients en l'absence de risque connu d'ischémie coronaire au cours d'un test

MONTANTS DE GARANTIE

La garantie est acquise à raison de **2.500.000 €** par sinistre, tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus. Ce montant constitue également la limite de la garantie pour l'ensemble des dommages déclarés dans le cadre de l'essai précité.

Cette attestation est valable pour autant que les primes soient payées et que le contrat soit toujours en cours.

Fait à Louvain-la-Neuve le 17 janvier 2020

Pour le Comité de direction,



Florian PIRARD

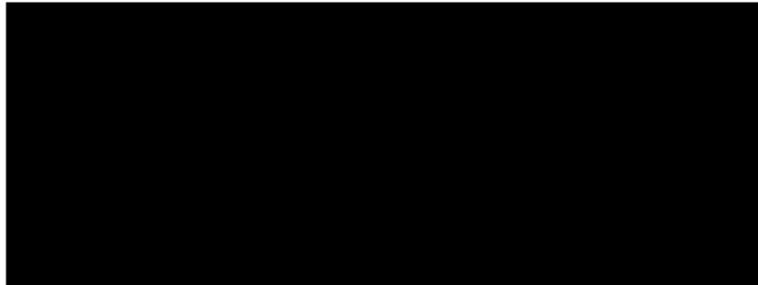
Head of Motor, Property & Liability
Underwriting Public & Corporate South

Annexe 7 : Courrier envoyé aux gynécologues

Aperçu message

Thomas Patrice Goubert

À :



Frottis de dépistage du cancer du col - mise en copie des résultats

Bonjour,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon TFE de médecine générale. Ce TFE consiste en une étude d'assurance qualité visant à augmenter le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de notre patientèle, étant donné que plus de 50% de la population n'est pas en ordre pour ce dépistage selon la dernière analyse de l'Agence Intermutualiste de décembre 2019.

Nous avons fait le constat avec ma maître de stage qu'en médecine générale nous recevons rarement les résultats des frottis de dépistage réalisés par les gynécologues. Or, avoir une copie de ces résultats est important pour nous, médecins généralistes, pour le bon suivi de la patiente et une centralisation des données de santé. Aussi, cela nous permettrait de savoir quelles patientes se font suivre en gynécologie, et chez quelles patientes nous devons aborder plus activement le sujet du dépistage du cancer du col. Une partie des laboratoires mettent maintenant les résultats sur le HUB, mais cela nécessite de vérifier régulièrement les résultats déposés pour chaque patiente sur le HUB, et ne permet pas un bon suivi.

Le but de mon message est donc de vous demander s'il serait possible pour vous d'inscrire systématiquement « copie au médecin traitant » sur les demandes de laboratoire, après accord de la patiente. Peut-être le faites-vous déjà, et je vous en remercie.

Merci pour la prise en considération de ma demande,

Bien cordialement,

Dr Goubert Thomas
Assistant du Dr Danièle Abrassart
Médecine Générale

body.txt

Annexe 8 : Grille d'évaluation de l'objectif 4

<u>Critère évalué</u>	<u>Cotation (1 point par critère réussi)</u>
Démarrer le dépistage	
Inscrire le nom du médecin effectuant le dépistage	
Modifier la date du dernier dépistage	
Mettre à jour le dépistage à la réception d'un résultat de frottis	
Refuser le dépistage	
Inscrire la raison du refus du dépistage	
Total	/6

Annexe 9 : Liste des autres problématiques identifiées au sein de notre cabinet

- Gestion de la commande des consommables (pansements, désinfectants, sets de suture, produits pharmaceutiques de la trousse d'urgence, matériel pour frottis et prise de sang...)
- Vaccination des jeunes dans le cadre du programme de vaccination de la FWB et vaccination tétanos à l'âge adulte: absence de frigo dans un cabinet et faible utilisation du module de vaccination de notre logiciel médical, ce qui empêche de voir aisément les vaccinations antérieures et les vaccinations à réaliser.
- Prévention des cancers du sein et du colon : la proposons-nous systématiquement ?
- Represcription des benzodiazépines : beaucoup de patients sont consommateurs chroniques de benzodiazépines et il est difficile de les sevrer.
- Gestion des incapacités de travail au long cours : un certain nombre de patients viennent chaque mois uniquement pour leur certificat. Réévaluons-nous correctement leur incapacité de travail ?
- Carnet d'adresses de paramédicaux et spécialistes : nous n'avons pas de carnet d'adresses, en avoir un permettrait de mieux orienter le patient et plus facilement.
- Suivi des patients chroniques à domicile : lors d'une visite, le rendez-vous suivant n'est pas reprogrammé systématiquement et c'est souvent au patient à appeler ou à nous d'y penser 1 ou 2 mois plus tard. Un certain nombre de patients à domicile n'ont pas encore de carnet de liaison.
- Suivi du patient diabétique type 2 : sous-utilisation du code INAMI 102852 permettant au patient d'avoir un remboursement de prestations diététiques et podologiques et éventuellement de séances d'éducation au diabète.