



HAL
open science

Impact de la ROSP sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale. Étude en Dordogne et en Gironde entre 2011 et 2014

Edwige Jacquet

► **To cite this version:**

Edwige Jacquet. Impact de la ROSP sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale. Étude en Dordogne et en Gironde entre 2011 et 2014. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01253194

HAL Id: dumas-01253194

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01253194>

Submitted on 28 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n°162

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par
Edwige JACQUET
Née le 27 Avril 1987 à Libourne

Le 3 Décembre 2015

**IMPACT DE LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE
PUBLIQUE SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE
L'UTERUS EN MEDECINE GENERALE**

Etude en Dordogne et Gironde entre 2011 et 2014

Directrice de thèse

Docteur Sylvie DUHAMEL

Rapporteur

Docteur Sylvie MAURICE

Jury

Professeur Claude HOCKE
Professeur Dominique DALLAY
Docteur Pierre CHABANIER
Docteur Guy LACHARTRE

Président
Juge
Juge
Juge

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Claude HOCKE

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Chef du pôle de Gynécologie Obstétrique

Chef de Service de Gynécologie Médicale, Chirurgicale et Reproduction, CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous exprime ma sincère gratitude d'avoir accepté cette présidence.

Vous m'avez fait découvrir en fin d'externat la chirurgie gynécologique à travers un stage dans votre service.

Veillez croire en ma haute considération.

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Président de la Commission Médicale d'Etablissement du CHU de Bordeaux

Passée il y a maintenant un an dans votre service, j'ai pu découvrir l'univers de l'Obstétrique à la Maternité du CHU de Bordeaux. A cette occasion j'ai beaucoup apprécié vos qualités humaines et professionnelles. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury.

Recevez aujourd'hui l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Sylvie MAURICE

Maître de conférences des Universités, Praticien Hospitalier
Service de Coordination et Analyse de l'Information Médicale
Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail et sa validité scientifique. Merci pour vos relectures et suggestions.

Vos qualités pédagogiques sont une référence, une chance de vous avoir croisée sur mon chemin.

Veillez trouver ici mes remerciements les plus sincères pour l'intérêt porté à ce travail et l'enthousiasme qui vous définit.

Monsieur le Docteur Pierre CHABANIER

Praticien Hospitalier
Pôle Gynécologie Obstétrique CHU Bordeaux

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury de thèse, je te remercie d'avoir accepté sans hésitation.

Ravie d'avoir pu travailler à tes côtés à la maternité du CHU, tu répondais présent à mes appels et sollicitations. Toujours accessible, j'ai beaucoup apprécié tes qualités techniques, scientifiques et humaines.

Merci de ta disponibilité et de ton amitié.

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Médecin Spécialiste en Médecine Générale
Maître de Conférences associée au Département de Médecine Générale
Université de Bordeaux

Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour votre réactivité et votre travail tout au long de cette étude. Vous avez répondu à mes interrogations et questionnements divers au milieu d'un emploi du temps surchargé. Un investissement de tous les instants pour la recherche en Médecine Générale entre autres car je sais que vous avez beaucoup d'attraits pour d'autres domaines qui vous sont chers. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

Monsieur le Docteur Guy LACHARTRE

Médecin Spécialiste en Médecine Générale

Je vous remercie de votre compagnonnage infaillible et de m'avoir fait découvrir la Médecine Générale à travers la médecine de terrain que vous affectionnez tant.

C'est avec vous que j'ai découvert la réalité des soins primaires, leur spécificité, leur force et leur diversité qui donnent à cette spécialité la complexité que vous lui connaissez.

Un grand merci à vous, je vous adresse ma plus profonde reconnaissance et j'espère encore pouvoir compter sur vous et votre grande expérience.

Je remercie

Mes parents, pour votre soutien inconditionnel, de tous les instants. Vous avez tout fait pour moi et m'avez aidée à traverser les épreuves aussi bien professionnelles que personnelles. Cela m'a permis d'arriver au bout de ce long parcours. Vous avez contribué largement à la réussite de ces longues études et à me permettre d'exercer un métier passionnant. Vous avez toujours su me guider pour faire les bons choix, je ne saurai être assez reconnaissante pour toutes les petites et grandes choses que vous avez fait pour moi...

Mon petit frère, Clément, tu n'es plus si petit que ça...je te souhaite le meilleur. Avec toute mon affection.

Mes grands-parents, « Papi et mamie Roger », si vous aviez été encore de ce monde, j'aurai été fière de vous présenter ce travail, « Papi et mamie Jean », merci pour vos encouragements et votre soutien. Merci à toute ma famille.

Mes amis :

Sarah, nous nous sommes rencontrées en P1, avec toi j'ai connu les révisions, les cours du samedi et dimanche, les longues heures d'attente des résultats de Concours. Tu as été présente dans les bons

comme dans les moins bons moments. Ton dynamisme à toute épreuve remontait le moral de notre binôme. Je te souhaite de réussir dans la voie qui est désormais la tienne : la Médecine d'urgence.

Maud, mon amie de toujours. Fidèle, courageuse et sincère. Je n'oublierai jamais nos escapades Corses qui ont contribué à rendre ces années plus belles. J'ai hâte que tu rentres au pays, tu me manques beaucoup. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

Audrey et Fanny, vous comptez beaucoup pour moi, votre gaieté et votre enthousiasme à toute épreuve vous caractérisent. Ravie de partager avec vous nombre de week-ends et vacances. J'ai de la chance d'avoir des amies comme vous.

Edouard, Eric, Renaud, Fifi et bien d'autres...

Mes co-internes en particulier la « team » du premier semestre, ils se reconnaîtront, Mélanie, Yves-Marie, Avinash et ceux qui m'ont accompagné jusqu'en dernier semestre comme toi Damien.

Mes patrons ayant participé à ma formation,

Monsieur le Docteur Hervé ASTRUC, tu es pour moi un exemple, merci pour ta bienveillance et ton investissement dans ma formation. J'apprécie beaucoup tes qualités humaines et professionnelles qui font de toi un professionnel remarquable et une personne d'une grande qualité. Sois assuré de ma profonde reconnaissance et amitié.

Les chefs de Médecine Interne des CH Bergerac et Marmande : Joëlle, Laurent, Audrey, Vicky et Carole.

Les chefs de la maternité du CHU de Bordeaux qui m'ont chaleureusement accueilli dans leur service, Hélène, Pierre, Denis, Matthieu, Sandra, Claire...

Les chefs des urgences de l'hôpital de Marmande : Gaëlle (je me souviendrai de ma 1^{ère} garde avec toi...), Adrien, Corinne (dite Coco, j'ai effectué ma 1^{ère} garde d'interne à tes côtés), Jean-Marc (merci pour tes talents culinaires qui régalaient les papilles), Angélique, Eni, Seb, Jean.

A ceux qui m'ont aidé dans l'élaboration et la concrétisation de ce projet le Docteur Duhamel, le Docteur Maurice, l'ISPED, le Département de Médecine Générale, Madame Chantal Bonnin, le Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine, le Docteur Yves Montariol, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la Dordogne et de la Gironde.

A tous les médecins généralistes qui ont participé à cette étude, je les en remercie.

Aux infirmiers, aides-soignants, cadres, agents de service, personnels administratifs... que j'ai rencontrés et appréciés au cours de ma formation.

A mes anciens collègues de l'ADAPT, centre de rééducation pour traumatisés crâniens avec qui j'ai partagé un certain nombre de nuits de labeur depuis l'externat.

Florent, merci pour la tendresse que tu m'apportes, ton soutien et ton aide.

A tous ceux que j'oublie mais qui comptent forcément...

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	p 14
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	p 16
INTRODUCTION	p 19
SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE INITIALE	p 22
1/ Epidémiologie et physiopathologie des cancers du col utérin	p 22
<u>1-1/ Incidence, Prévalence, Mortalité Mondiale, Française et en Aquitaine</u>	p 22
1-1-1/ Dans le Monde	p 22
1-1-2/ En France métropolitaine	p 22
1-1-2-1/ Incidence	p 22
1-1-2-2/ Mortalité	p 23
1-1-3/ Dordogne et Gironde	p 23
<u>1-2/ Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, virus HPV, clairance</u>	p 23
<u>1-3/ Les facteurs de risque connus d'infection par HPV :</u> <u>environnementaux, modifiables ou non, liés aux virus, liés à l'hôte</u>	p 26
1-3-1/ Facteurs de risque environnementaux	p 26
1-3-2/ Liés aux virus	p 27
1-3-3/ Liés à l'hôte	p 27
<u>1-4/ Préventions du cancer du col de l'utérus</u>	p 27
1-4-1/ Prévention primaire du cancer du col de l'utérus : la vaccination anti- HPV	p 27
1-4-2/ Prévention secondaire : le dépistage	p 28
1-4-2-1/ Définition selon les critères OMS du dépistage d'une	

maladie	p 28
1-4-2-2/ Frottis Cervico-Utérin	p 29
1-4-2-3/ Recherche de l'ADN des HPV oncogènes	p 30
1-4-3/ Taux de couverture des FCU en France	p 30
<u>1-5/ Les frottis cervico-utérins anormaux</u>	p 30
2/ Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (ROSP)	p 32
<u>2-1/ Définition Théorique</u>	p 32
<u>2-2/ Patientèle consommatrice fidèle</u>	p 32
<u>2-3/ Indicateurs d'organisation</u>	p 33
<u>2-4/ Indicateurs de la qualité de la pratique médicale</u>	p 34
<u>2-5/ Rémunération des médecins généralistes libéraux</u>	p 34
<u>2-6/ Convention de juillet 2011 et CAPI</u>	p 35
MATERIEL ET METHODE	p 36
1/ Population source et schéma de l'étude	p 36
2/ Méthode utilisée pour la revue de la littérature	p 36
3/ Objectifs de l'étude et critère de jugement	p 36
4/ Outils d'évaluation et mode de recueil	p 37
<u>4-1/Description de l'étude</u>	p 37
<u>4-2/ Contenu du questionnaire et modalités de collecte</u>	p 39
<u>4-3/ Test du questionnaire auprès d'un échantillon</u>	p 40
<u>4-4/ Modalités de recueil des questionnaires</u>	p 40
<u>4-5/ Modalités de relances</u>	p 40
<u>4-6/ Modalités de collecte des taux de FCU auprès des CPAM</u>	

<u>Dordogne/Gironde</u>	p 41
5/ Population cible et population étudiée	p 43
<u>5-1/ Critères d'inclusion</u>	p 43
<u>5-2/ Critères d'exclusion</u>	p 43
<u>5-3/ Population étudiée</u>	p 43
6/ Inclusion des médecins	p 44
<u>6-1/ Nombre d'inclus</u>	p 44
<u>6-2/ Facteurs d'exclusion</u>	p 44
7/ Saisie, traitement et exploitation des données	p 44
<u>7-1/ Saisie des données</u>	p 44
<u>7-2/ Traitement des données</u>	p 45
RESULTATS	p 47
1/ Nombre de répondants et effectifs des populations étudiées	p 47
2/ Caractéristiques de la population répondante	p 49
3/ Résultats concernant la population répondante pour l'année 2014	p 50
<u>3-1/ Caractéristiques sociodémographiques et d'exercice</u>	p 50
3-1-1/ Age et sexe	p 50
3-1-2/ Bassin de population du lieu d'exercice	p 52
3-1-3/ Mode d'exercice	p 52

3-1-4/ Année d'installation	p 53
3-1-5/ Maîtres de stage	p 55

3-2/ Pratiques déclarées en terme de dépistage par frottis cervico-utérins p 55

3-2-1/ Réalisation déclarée de FCU par les médecins interrogés	p 55
3-2-2/ Organisation du dépistage	p 57
3-2-3/ Freins à la réalisation des FCU	p 58
3-2-4/ Logiciel médical équipé d'un système de rappel	p 58
3-2-5/ Dépistage et précarité	p 59
3-2-6/ Perception du rôle de Santé Publique	p 59

3-3/ Taux de réalisation des FCU dans les patientèles en 2014 p 59

3-3-1/ Taux moyen de réalisation de FCU sur l'année 2014	p 60
3-3-2/ Bassin de population	p 61
3-3-3/ Mode d'exercice	p 62
3-3-4/ Année d'installation	p 63
3-3-5/ Maîtres de stage	p 63
3-3-6/ Logiciel Médical équipé d'un système de rappel	p 65

4/ Résultats des taux de réalisation des FCU sur quatre années consécutives (2011, 2012, 2013, 2014) et influence de certains facteurs déterminants p 66

4-1/ Evolution du taux moyen de FCU sur les quatre années p 67

4-2/ Evolution de la distribution des médecins selon différentes classes d'objectifs ROSP p 68

4-3/ Distribution des médecins selon les 5 classes de variations p 69

4-4/ Variation 2011-2014 en fonction de différentes caractéristiques p 71

4-4-1/ En fonction du bassin de population dans les deux départements p 71

4-4-2/ En fonction du mode d'exercice p 72

4-4-3/ En fonction de l'adressage p 73

4-4-4/ Variation en fonction de la pratique déclarée de réalisation personnelle des FCU p 74

4-4-5/ Variation du taux ROSP en fonction de la perception de la rémunération du frottis par les médecins généralistes spécialistes p 75

4-4-6/ Variation du taux de FCU selon l'utilisation d'un logiciel médical agréé avec système de rappel p 77

4-4-7/ Variations chez les maîtres de stage p 78

4-5/ Optimisation des pratiques de dépistage chez les Médecins

Généralistes p 78

4-5-1/ Optimisation du dépistage par l'envoi d'une liste de patientes concernées p 78

4-5-2/ Quel impact incitatif de la ROSP ? p 80

4-5-3/ Elément le plus incitatif de la ROSP p 81

4-5-4/ Optimisation par délégation de l'acte à des infirmières formées p 82

4-5-5/ Optimisation par mise en place d'un dépistage organisé p 84

4-5-6/ Quel est l'élément le plus pertinent pour optimiser le dépistage ? p 85

5/ Cas des jeunes installés p 86

DISCUSSION p 87

1/ Originalité et intérêt de l'étude p 87

1-1/ Choix des départements p 87

<u>1-2/ Données statistiques quantitatives</u>	p 87
<u>1-3/ Taux de participation</u>	p 87
2/ Principaux résultats de l'étude	p 88
<u>2-1/ Résultats pour l'année 2014</u>	p 88
<u>2-2/ Résultats sur quatre années dont trois années de ROSP 2011/2014</u>	p 89
3/ Biais et limites de l'étude	p 89
89 <u>3-1/Déclaration CNIL</u>	p
<u>3-2/ Biais méthodologiques</u>	p 90
3-2-1/ Biais de sélection/recrutement	p 90
3-2-2/ Biais de classement/mesure	p 90
3-2-3/ Validité des réponses : biais de déclaration, de mémorisation	p 91
3-2-4/ Biais de volontarisme	p 91
4/ Hypothèses	p 91
<u>4-1/ Profil des médecins et représentativité de l'échantillon</u>	p 91
<u>4-2/ Les jeunes Médecins Généralistes installés</u>	p 92
<u>4-3/ Freins liés aux patientes et aux médecins généralistes</u>	p 92
4-3-1/ Freins liés aux patientes	p 93
4-3-2/ Freins liés aux médecins	p 94
<u>4-4/ Quelle est l'opinion des médecins sur la ROSP ?</u>	p 95
<u>4-5/ Bilan CPAM Avril 2015</u>	p 96
5/ Perspectives d'évolution	p 97

5-1/ Vers un dépistage organisé ? p 97

5-2/ Autres actions attendues et perspectives ? p 98

CONCLUSION p 102

BIBLIOGRAPHIE p 103

ANNEXES p 110

SERMENT D'HIPPOCRATE p 118

RESUME p 119

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN	Acide Désoxyribonucléique
ALD	Affection Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AGC	Atypie des cellules glandulaires
ASC-H	Atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (Atypical squamous cells cannot exclude HSIL).
ASC-US	Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (Atypical squamous cells of undetermined significance)
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
CepiDC	Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CAVIMAC	Caisse d'Assurance Vieillesse Invalidité et Maladie des Cultes
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CIN 1	Cervical Intra epithelial Neoplasia de grade 1
CIN 2	Cervical Intra epithelial Neoplasia de grade 2
CIN3	Cervical Intra epithelial Neoplasia de grade 3
CISMEF	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNMSS	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
CRPCEN	Caisse de Retraite et Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DCIR	Données de Consommation Inter Régimes
D.E.S	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FCU	Frottis cervico-utérin

GIE SESAM VITALE	Groupement d'Intérêt Economique SESAM VITALE
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
HPV	Human Papillomavirus
HSIL	Lésion malpighienne intra épithéliale de Haut Grade
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
ISPED	Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LCR	Long Control Region
LSIL	Lésion Malpighienne intra épithéliale de bas grade
MEP	Médecin à Exercice Particulier
MESH	Medical Subject Headings
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P4P	Pay for Performance
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
ROSP	Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique
RSI	Régime Social des Indépendants
SUDOC	Système Universitaire de Documentation
TMS	Taux de Mortalité Standardisé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Génome papillomavirus humain, génotype 16	p 24
Figure 2 : Evolution naturelle et clairance du papillomavirus	p 25
Figure 3 : Histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus	p 26
Figure 4 : Conduite à tenir en cas de frottis comportant des lésions malpighiennes de bas grade	p 31
Figure 5 : Diagramme de flux de l'étude Etude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Dordogne et Gironde.	p 47
Figure 6 : Répartition selon le sexe et l'âge en Dordogne en 2014	p 51
Figure 7 : Répartition selon le sexe et l'âge en Gironde en 2014	p 51
Figure 8 : Zones géographiques d'installation en fonction du département du lieu d'exercice en 2014	p 52
Figure 9 : Mode d'exercice selon département d'exercice en 2014	p 53
Figure 10 : Effectifs des médecins selon leur genre en fonction de l'année d'installation en Dordogne en 2014.	p 53
Figure 11 : Effectifs des médecins selon années d'installation et classe d'âge en Dordogne en 2014	p 54
Figure 12 : Effectifs des médecins selon leur genre en fonction de l'année d'installation en Gironde en 2014	p 54
Figure 13 : Effectifs de médecins installés en Dordogne et Gironde par rapport à l'année 2011 de mise en place de la RO SP en 2014	p 55
Figure 14 : Réalisation déclarée de FCU par les médecins généralistes interrogés en Dordogne en 2014	p 56
Figure 15 : Réalisation déclarée de FCU par les médecins généralistes interrogés en Gironde en 2014	p 56
Figure 16 : Principaux freins au dépistage par le médecin généraliste en Dordogne et en Gironde en 2014	p 58
Figure 17 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM, en Dordogne et Gironde en 2014	p 60
Figure 18 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon bassin de population en Dordogne en 2014	p 61
Figure 19 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon bassin de population en Gironde en 2014	p 61
Figure 20 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon zone d'exercice en Dordogne en 2014	p 62
Figure 21 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon zone d'exercice en Gironde	p 62
Figure 22 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon année d'installation dans les deux départements	p 63
Figure 23 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM en fonction de l'encadrement d'internes en Dordogne	p 64
Figure 24 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM en fonction de l'encadrement d'internes en Gironde	p 64
Figure 25 : Taux de FCU dans la patientèle en fonction de l'utilisation d'un logiciel médical équipé	

d'un système de rappel du dépistage en Dordogne. (N=98)	p 65
Figure 26 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM en fonction de l'utilisation d'un logiciel équipé d'un système de rappel en Gironde	p 66
Figure 27 : Evolution du taux moyen de réalisation de frottis cervico-utérins en Dordogne et en Gironde sur quatre années consécutives.	p 67
Figure 28 : Distribution des médecins selon le taux de réalisation des FCU en fonction des objectifs ROSP en Dordogne et en Gironde.	p 69
Figure 29 : Pourcentage des effectifs de médecins selon les 5 groupes de variation entre 2011 et 2014	p 69
Figure 30 : Distribution des médecins selon la variation du taux de FCU entre 2011 et 2014	p 70
Figure 31 : Pourcentage des médecins selon classe de variation du taux moyen de FCU selon le bassin de population du lieu d'exercice en Dordogne	p 71
Figure 32 : Pourcentage des médecins selon classe de variation du taux moyen de FCU selon le bassin de population du lieu d'exercice en Gironde	p 71
Figure 33 : Pourcentage des médecins selon classe de variation du taux de réalisation de FCU en fonction du mode d'exercice en Dordogne	p 72
Figure 34 : Pourcentage des médecins selon classe de variation du taux de réalisation de FCU en fonction du mode d'exercice en Gironde	p 72
Figure 35 : Variation du taux de FCU en Dordogne en fonction de l'adressage	p 74
Figure 36 : Variation du taux de FCU en Gironde en fonction de l'adressage	p 74
Figure 37 : Nombre de FCU par mois réalisés par le Médecin Généraliste selon les classes de variations en Dordogne	p 75
Figure 38 : Nombre de FCU réalisés par le Médecin Généraliste par mois selon les classes de variations en Gironde	p 75
Figure 39 : Variation du taux de FCU en fonction de la perception des Médecins Généralistes de la rémunération de l'acte, en Dordogne	p 76
Figure 40 : Variation du taux de FCU en fonction de la perception des Médecins Généralistes de la rémunération de l'acte, en Gironde	p 76
Figure 41 : Variation du taux de FCU en fonction de l'utilisation d'un logiciel équipé d'un système de rappel en Dordogne	p 77
Figure 42 : Variation du taux de FCU en fonction de l'utilisation d'un logiciel équipé d'un système de rappel en Gironde	p 78
Figure 43 : Souhait de liste en fonction des résultats personnels ROSP de variation Dordogne	p 79
Figure 44 : Souhait de liste en fonction des résultats personnels ROSP de variation Gironde	p 80
Figure 45 : Incitation à la réalisation des FCU depuis la ROSP, en Dordogne et Gironde	p 80
Figure 46 : Opinion sur délégation des FCU aux infirmières formées selon l'évolution du taux de FCU en Dordogne	p 83
Figure 47 : Opinion sur délégation des FCU aux infirmières formées selon l'évolution du taux de FCU en Gironde	p 83
Figure 48 : Opinion sur la mise en place d'un dépistage organisé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de l'évolution du taux en Dordogne	p 84
Figure 49 : Opinion sur la mise en place d'un dépistage organisé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de l'évolution du taux en Gironde	p 84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Cancers du col de l'utérus 2008-2010 ; estimations départementales de l'incidence à partir du rapport PMSI : effectifs annuels moyens (N), taux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. (TMS) pour 100 000 personnes-années.	p 23
Tableau 2 : Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin en France (DOM inclus) chez les femmes de 25 à 65 ans.	p 30
Tableau 3 : Tableau résumant les caractéristiques de la population étudiée	p 49
Tableau 4 : Organisation du dépistage en Dordogne et Gironde en 2014	p 57
Tableau 5 : Effectifs des médecins selon la possession ou non un logiciel médical équipé d'un système de rappel en 2014	p 58
Tableau 6 : Eléments incitatifs de la ROSP selon les médecins interrogés en Dordogne et Gironde entre 2011 et 2014	p 81
Tableau 7 : Moyens d'optimisation du dépistage du cancer du col de l'utérus selon les médecins interrogés	p 85
Tableau 8 : Moyenne des résultats ROSP selon données CPAM et étude 2011-2014 chez les spécialistes en Médecine Générale de Dordogne et Gironde.	p 97

INTRODUCTION

Le cancer du col utérin se développe à partir de lésions préexistantes. L'agent responsable est le virus HPV. Il s'agit d'une maladie infectieuse dont les conséquences cytologiques sont accessibles au dépistage, selon les critères OMS (1). L'histoire naturelle et la physiopathologie sont bien connues. En France, le dépistage individuel de ce cancer est la règle.

La loi de Santé Publique du 9 août 2004 (2) établissait un objectif à atteindre de 80% pour le dépistage par frottis cervico-utérin. Ce taux de couverture a été de 58% sur la période 2003-2005 puis de 56.6% pour la période 2006-2008 (3). Les autorités sanitaires ont ainsi constaté une insuffisance de participation des patientes pour ce dépistage ; cette baisse du taux de couverture a été identifiée comme principale cause de l'incidence élevée de ce cancer dans les pays développés (4).

Des inégalités géographiques et sociodémographiques (5) ont été remarquées, le taux de dépistage chutant chez les femmes de plus de 50 ans et chez les patientes bénéficiant de la CMU.

Le Médecin Généraliste a été reconnu dans ses missions de coordination et de prévention individuelle inscrites dans la loi HPST (6). Les acteurs conventionnels ont insisté sur le rôle central primordial du médecin généraliste afin de sensibiliser ses patientes et augmenter le dépistage individuel. Ils ont choisi d'inclure le FCU comme un des objectifs de la ROSP ; en effet, il avait été constaté une diminution de 2% du recours des patientes de 25 à 65 ans au FCU au cours des trois années civiles (2006, 2007 et 2008).

Devant une offre de soin en baisse, une démographie médicale peu favorable et des soucis d'ordre budgétaires, de coût des soins et de santé publique, les partenaires conventionnels ont innové : un nouveau mode de rémunération des médecins généralistes libéraux a été institué dans un souci d'allier une rémunération à la performance dans le domaine de la Santé Publique.

Ainsi, les conditions d'exercice de la Médecine Générale libérale ont connu ces dernières années des évolutions importantes, avec notamment l'apparition du « paiement à la performance » ou « Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique » (ROSP) ainsi que des coopérations avec des professionnels paramédicaux permettant des délégations de tâches dans les structures pluridisciplinaires en expérimentation. En France, dès 2011, à travers la nouvelle convention médicale, les partenaires conventionnels se sont déterminés sur l'introduction de ce nouveau mode

de rémunération à la performance. La ROSP était basée sur le respect de certains objectifs dont celui de la réalisation d'un taux de FCU optimal chez 80 % de leurs patientes.

L'inspection Générale des Affaires Sociales a établi un rapport en 2008 sur les expériences étrangères de rémunération à la performance. (7)

Au Royaume-Uni, un dispositif de paiement à la performance nommé "QOF" (Quality and Outcomes Framework) avait été mis en place en 2004. Il permettait la rémunération des médecins en analysant la prise en charge de 18 pathologies identifiées comme problèmes majeurs de santé publique.

De même aux Etats-Unis, des programmes similaires ont vu le jour sous l'impulsion d'assureurs privés, ils s'appuyaient également sur la valorisation de la performance clinique. Toutefois, peu de programmes ont été évalués par des études méthodologiques claires d'impact. (7)

Notre projet s'inscrit dans une problématique d'amélioration du dépistage du cancer du col utérin en Médecine Générale. Il a vu le jour lors du stage en Médecine Générale ambulatoire, où nous nous sommes aperçus que la traçabilité du suivi gynécologique était quasi-inexistant : par exemple, rares étaient les comptes rendus de FCU adressés au médecin traitant.

Une méconnaissance globale du cancer du col de l'utérus, de la vaccination anti HPV et du dépistage était globalement remarquée chez la patientèle féminine. (8)

Nous ne savions pas quel avait été réellement l'impact de cette politique incitative auprès des médecins généralistes visant l'amélioration du dépistage des lésions dysplasiques et du cancer du col utérin. Nous ne connaissions pas non plus leur conception concernant leur pratique en matière de réalisation de frottis.

L'objectif principal de ce travail était d'observer l'impact éventuel de cette ROSP sur le taux de FCU dans la pratique des médecins généralistes des deux départements Dordogne et Gironde entre 2011 et 2014 : nous y avons étudié la variation des taux recensés par l'Assurance Maladie depuis l'instauration de la mesure.

Nos objectifs secondaires étaient d'identifier les déterminants de cette variation :

- Décrire les pratiques des médecins en 2014 en matière de réalisation de FCU et le lien éventuel avec leurs caractéristiques personnelles de pratique déclarées sur questionnaire.

- Identifier d'autres actions pouvant contribuer à augmenter le taux de FCU sur la patientèle des médecins généralistes.

- Relever les freins actuels à la réalisation des frottis, indépendamment de la ROSP.

Face aux enjeux de prévention en Santé Publique, les médecins généralistes avaient-ils modifié leur pratique vis-à-vis du dépistage du cancer du col utérin chez les femmes de 25 à 65 ans avec la mise en place de la ROSP ?

La première partie de ce travail pose le contexte général de l'étude et sa justification. Puis la méthodologie utilisée est détaillée.

La deuxième partie traite du recueil et de l'analyse des données en deux temps : d'abord celui de la réponse au questionnaire envoyé à chaque médecin participant à l'étude, puis le recueil de données quantitatives fournies par les acteurs conventionnels de l'Assurance Maladie.

La dernière partie permet de discuter des résultats obtenus, des moyens utilisés pour y parvenir et conclue sur les pratiques des médecins et l'évolution de leur taux de réalisation de FCU depuis la mise en place de la ROSP. Quelques moyens à mettre en œuvre pour optimiser le dépistage du cancer du col utérin sont présentés dans ce travail.

SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE INITIALE

1/ Epidémiologie et physiopathologie des cancers du col utérin

1-1/ Incidence, Prévalence, Mortalité Mondiale, Française et en Aquitaine

1-1-1/ Dans le Monde

En 2005, le cancer du col de l'utérus était le 2^{ème} cancer en terme de fréquence chez la femme (plus de 500 000 cas) et provoquait 260 000 décès dont 95% dans des pays en voie de développement. (9)
La prévalence de ce cancer s'est nourrie de la précarité et des inégalités socio-économiques, en effet la presque totalité des décès avait lieu dans les pays en voie de développement (10).
Il existait une grande disparité entre les pays, le taux d'incidence standardisé était de 2.1 pour 100 000 femmes en Egypte et de 47.3 au Zimbabwe. (9)

1-1-2/ En France métropolitaine (11)

1-1-2-1/ Incidence

En France métropolitaine, en 2012, on estimait le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus à 3028 avec un âge moyen au diagnostic à 54 ans.

Le taux d'incidence pour cette même année était de 6.7 pour 100 000 femmes, il était de 15 pour 100 000 femmes en 1980. (12)

Il est resté le 12^{ème} cancer chez la femme avec un pic d'incidence vers 40 ans (2^{ème} cause de cancer chez la femme de moins de 45 ans). Un progrès constant a été observé depuis les années 80 avec une décroissance de ces chiffres et une survie relative améliorée probablement dûes à une meilleure sensibilisation au dépistage des médecins et des patientes.

En France le risque de développer un cancer du col de l'utérus a diminué selon l'année de naissance, il était de 3.6% chez les femmes nées en 1910 et de 0.6% chez les femmes nées en 1950. (9)

1-1-2-2/ Mortalité

Les statistiques françaises provenaient du CeperDC (Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès) dont la principale source était la rédaction des certificats de décès. Ceux-ci ne précisait pas forcément si le cancer avait son origine au niveau du col ou du corps de l'utérus. Les taux de décès par cancer du col ont donc été estimés en fonction de l'incidence et de la survie relative de ce cancer.

En France métropolitaine, en 2012, on estimait à 1102 le nombre de décès dûs au cancer du col utérin, pour un âge moyen de décès à 66 ans.

Le taux de mortalité estimé en 2012 était de 1.8 pour 100 000 femmes. (Taux Standardisé Monde), il était de 5 pour 100 000 femmes en 1980. (12)

1-1-3/ Dordogne et Gironde (13)

<i>Département</i>	<i>Effectifs annuels moyens N</i>	<i>Taux standardisés moyens TSM</i>
Dordogne	23	6.3
Gironde	68	6.2

Tableau 1 - Cancers du col de l'utérus 2008-2010 ; estimations départementales de l'incidence à partir du rapport PMSI : effectifs annuels moyens (N), taux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale (TSM) pour 100 000 personnes-années.

1-2/ Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, virus HPV, clairance

Le cancer du col utérin est représenté en majorité par des carcinomes épidermoïdes développés à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol.

Le développement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin se fait à partir de lésions préexistantes induites par un agent causal infectieux à tropisme génital : le virus HPV à haut risque oncogène lorsqu'il persiste. (14)

On a dénombré plus de 120 types de papillomavirus dont 96 potentiellement infectants pour l'espèce humaine. Ce virus se transmet surtout par voie sexuelle.

Les HPV humains ont été identifiés comme des petits virus sans enveloppe d'une taille allant de 45 à

55 nm de diamètre (9), de la famille des Papovaviridae, constitués d'un ADN double brin dont le génome s'organise en trois régions :

- région L « Late »
- région E « Early »
- région LCR « Long Control Region » qui contient des séquences impliquées dans la régulation de la réplication et de la transcription

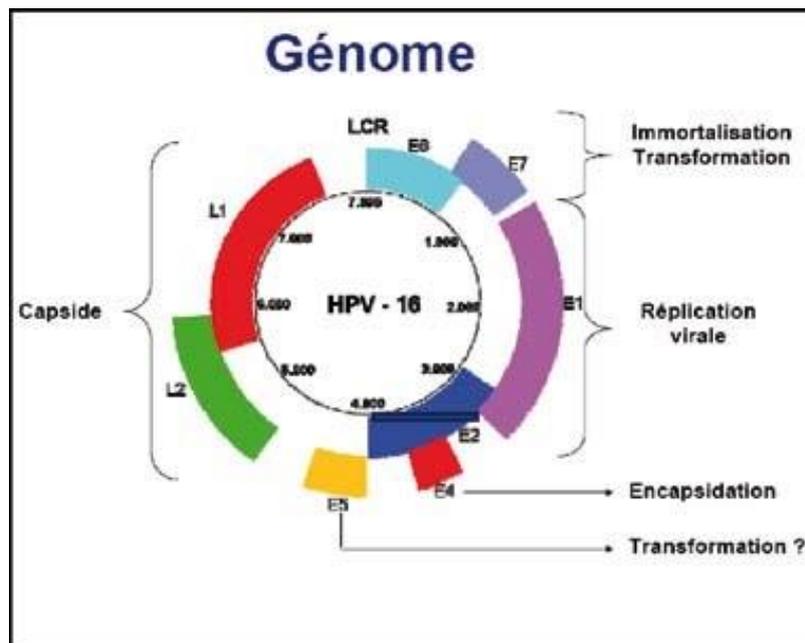


Figure 1- Génome papillomavirus humain, génotype 16 (9)

Ils ont été classés selon leur potentiel oncogène en deux catégories :

- HPV de bas risque (BR) HPV 6, 11...
- HPV de haut risque (HR) HPV 16, 18, 31...

L'infection par HPV est la première infection sexuellement transmissible d'origine virale avant l'infection par herpès virus et est comptée parmi les trois principales infections sexuellement transmissibles après Chlamydia trachomatis et trichomonas vaginalis. (9)

L'infection persistante par HPV à fort potentiel oncogène a été décrite comme le principal facteur de risque de développer un cancer du col utérin. (15)

De l'infection virale au cancer invasif du col utérin, il s'écoule environ vingt-cinq années en passant

par différents stades successifs de lésions précancéreuses puis cancéreuses.

L'utilisation du préservatif ne permet pas d'éviter la propagation de l'infection, car le virus est de petite taille et qu'il est présent sur la quasi-totalité de la sphère anogénitale non protégée.

Les lésions néoplasiques intra épithéliales évoluent par différents stades pour aboutir in fine au carcinome épidermoïde invasif.

Cependant toutes les étapes CIN 1, 2 et 3 ne sont pas forcément telles que classées dans l'ordre chronologique ; des lésions CIN 2 et 3 peuvent se développer de novo.

Il a été démontré pour le virus HPV une notion de clairance virale qui consiste à l'élimination du virus par le système immunitaire de l'hôte, rendant cette infection transitoire. Cette élimination s'accompagne de régressions de lésions présentes sauf les lésions invasives constituées, 70% des infections à HPV disparaissent en 12 mois, 90% en 24 mois. (16)

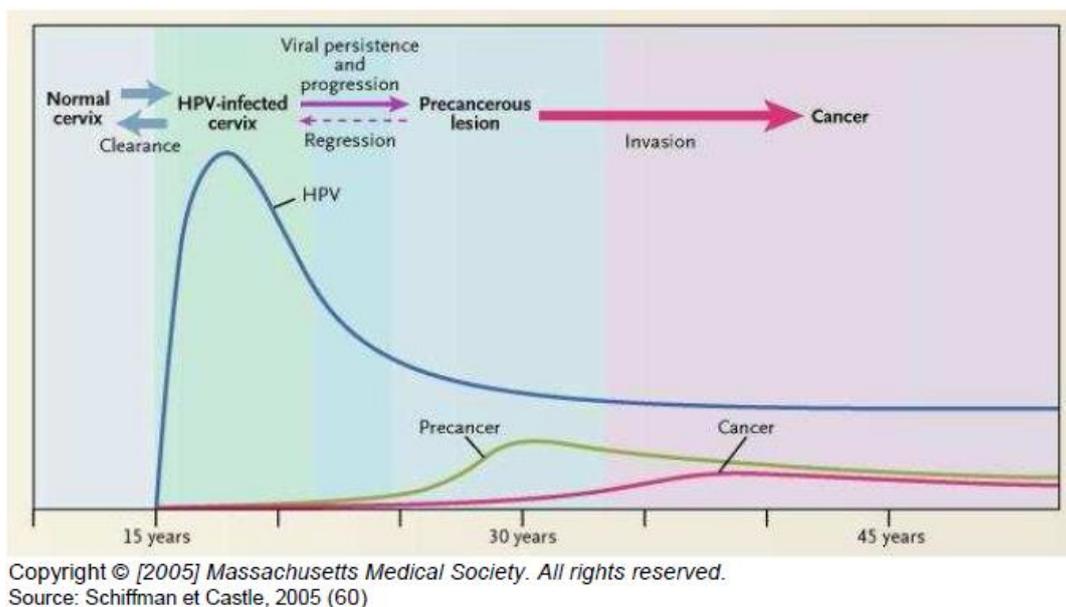


Figure 2 : Evolution naturelle et clairance du papillomavirus (17)

Selon Schiffman et Castle, le pic d'incidence, pour les HPV oncogènes contractés au début de la vie sexuelle, surviendrait entre 15 et 25 ans ; le pic de prévalence des stades précancéreux surviendrait 10 à 15 ans plus tard. Les cancers invasifs atteindraient un pic d'incidence entre 40 et 50 ans. (17)

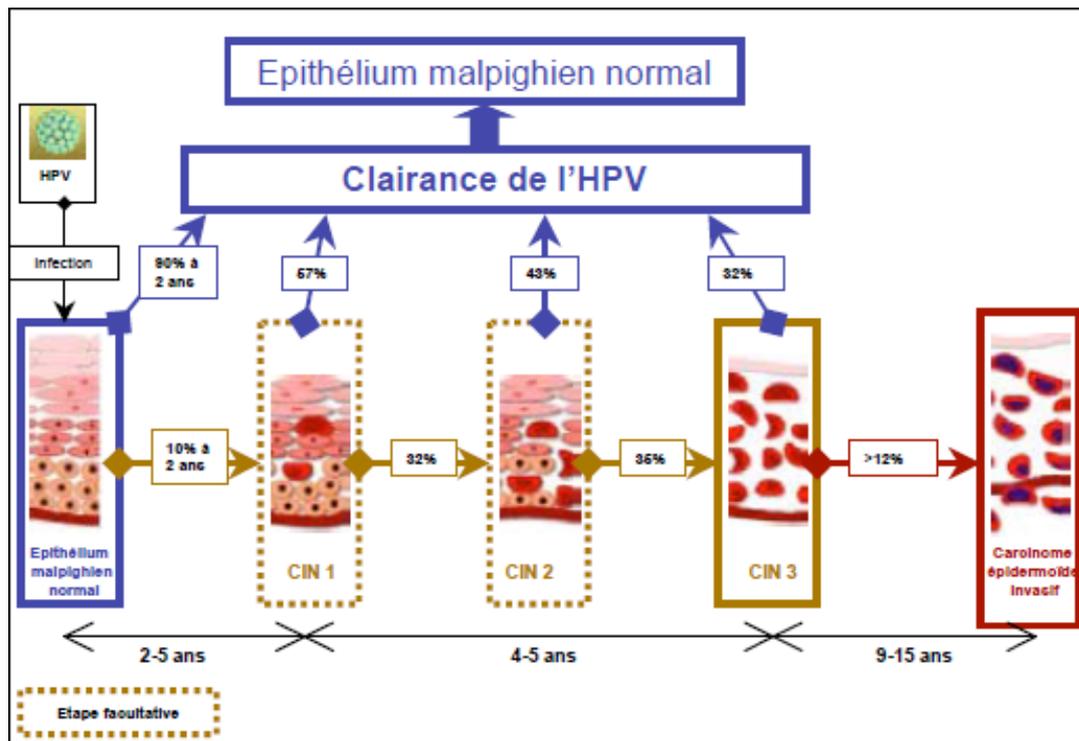


Figure 3- Histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus (9)

1-3/ Les facteurs de risque connus d'infection par HPV : environnementaux modifiables ou non, liés aux virus, liés à l'hôte (5)

1-3-1/ Facteurs de risque environnementaux (18)

Dans leur article, Castellsague et al (19) ont mis en évidence plusieurs facteurs de risque :

- Tabagisme actif (plus de 15 cigarettes par jour) ou passif, favorisant la persistance de l'infection à HPV ;
- Utilisation au long cours de contraceptifs oraux (plus de 5 ans) (20)
- Statut socio-économique, bas niveau socio-économique souvent associé à un risque augmenté d'HPV
- Consommation d'alcool car elle désinhiberait les comportements sexuels. (16)
- Co-infection avec les autres IST : VIH, herpès, chlamydia et gonocoque
- Facteurs nutritionnels (19)

1-3-2/ Liés aux virus

Un cofacteur viral peut être associé à l'infection à HPV : infection par HPV 16 et 18, charge virale élevée, infection par des variants viraux à haut risque au sein d'un génotype.

1-3-3/ Liés à l'hôte

- Facteurs génétiques endogènes du complexe majeur d'histocompatibilité pouvant entrer en jeu,
- La parité
- Déficit immunitaire acquis
- Le comportement sexuel est le facteur de risque le plus important, notamment le nombre total de partenaires sexuels et le nombre de partenaires récents. L'âge du premier rapport sexuel semble moins déterminant. (21)
- Le statut marital semble jouer un facteur de risque d'infection, les femmes seules ou divorcées sont plus souvent infectées. (22)

1-4/ Préventions du cancer du col de l'utérus

1-4-1/ Prévention primaire du cancer du col de l'utérus : la vaccination anti-HPV

L'objectif d'une prévention primaire est de diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. (23)

Depuis 2006, la France a introduit la vaccination anti HPV pour les jeunes filles comme dans beaucoup d'autres pays. Certains avaient même émis des recommandations en faveur de la vaccination des garçons tels que les Etats-Unis, l'Australie ou le Canada. (24)

Le Haut Conseil de Santé Publique a recommandé la vaccination anti HPV à toutes les jeunes filles diminuant ainsi le taux d'incidence des condylomes et des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Deux vaccins prophylactiques recombinants ont eu une autorisation de mise sur le marché (AMM) :

- Un vaccin quadrivalent ciblant HPV 6, 11, 16 et 18, mis sur le marché en 2006

- Un vaccin bivalent contre les deux génotypes les plus fréquents 16 et 18 mis sur le marché en 2007

Les génotypes 16 et 18 ont été considérés responsables à eux seuls d'environ 71% des cancers du col utérin. (9)

Le calendrier vaccinal en vigueur en 2015 indique que la vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles entre 11 et 14 ans. Une notion nouvelle concernant le fait que la vaccination était d'autant plus efficace que les jeunes filles vaccinées étaient naïves du virus HPV. Un rattrapage vaccinal peut être fait chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans. Les recommandations insistent sur l'importance du dépistage par frottis cervico-utérin pour toutes les femmes à partir de 25 ans qu'elles aient été ou non vaccinées contre HPV.

Le schéma vaccinal avec vaccin quadrivalent GARDASIL® pour les jeunes filles de 11 à 13 ans a été simplifié en 2 doses espacées de 6 mois. Son rattrapage pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 14 et 19 ans révolus a maintenu les 3 doses selon le schéma 0, 2 et 6 mois.

Le vaccin bivalent CERVARIX® est institué chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans révolus avec deux doses espacées de 6 mois. Le rattrapage se faisant entre 15 et 19 ans en trois doses à 0, 1 et 6 mois. (25)

1-4-2/ Prévention secondaire : le dépistage

1-4-2-1/ Définition selon les critères OMS du dépistage d'une maladie

Le frottis cervico-utérin constitue une méthode de dépistage du cancer du col de l'utérus et de ses précurseurs ; à ce titre, le cancer du col de l'utérus remplit les conditions des critères de dépistage d'une maladie.

« Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'exams ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. » (1)

1-4-2-2/ Frottis Cervico-Utérin

La prévention secondaire a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, en réduisant l'évolution et la durée de la maladie. (23)

Le frottis cervico-utérin est devenu une méthode de dépistage du cancer du col de l'utérus et de ses précurseurs ; à ce titre, le cancer du col de l'utérus remplit les conditions des critères de dépistage d'une maladie et se prête bien au dépistage du fait d'une évolution lente et de traitements efficaces des lésions précancéreuses.

Il s'agit d'un examen simple à réaliser, accessible à toutes les populations, sa sensibilité est imparfaite mais sa spécificité très bonne. (26)

En France, la Haute Autorité de Santé a recommandé la réalisation d'un frottis cervico-utérin tous les trois ans après deux FCU normaux à 1 an d'intervalle chez des patientes asymptomatiques entre 25 et 65 ans. (5)

Les conditions de réalisation du frottis cervico-utérin ont été détaillées dans une revue de soins primaires : (27)

- Contre-indication : Présence d'une lésion cervicale suspecte
- Frottis réalisé à distance de tout rapport sexuel (48 heures)
- En dehors de la période menstruelle
- En dehors de toute thérapeutique locale ou infection
- Explication et informations données à la patiente

Deux types de méthodes sont reconnues comme références :

- Frottis conventionnel, par étalement sur lame, technique de Papanicolaou
- Frottis en phase liquide

Il consiste en un prélèvement cytologique à la jonction pavimento-cylindrique, zone de remaniement cellulaire.

Le FCU doit être réalisé par un professionnel médical, car c'est un acte médical, les effecteurs qui arrivent en première ligne sont les gynécologues (28), puis les médecins généralistes. Il faut noter des disparités entre départements appelées à se creuser du fait de la chute de la démographie des

gynécologues médicaux. Les FCU peuvent aussi être réalisés dans des laboratoires d'analyses médicales selon l'habilitation du préleveur.

La loi HPST du 21 juillet 2009 (6) a intégré une autre profession de santé habilitée : les sages-femmes désormais autorisées à faire des FCU en dehors de la grossesse et du post-partum.

1-4-2-3/ Recherche de l'ADN des HPV oncogènes

Actuellement en dépistage primaire ce test n'est pas recommandé. Il est indiqué uniquement dans la prise en charge des ASC-US. (5)

1-4-3/ Taux de couverture des FCU en France

Le taux de couverture par FCU a baissé d'une façon générale.

<i>Période</i>	<i>Population étudiée</i>	<i>Nombre de femmes dépistées</i>	<i>Taux de couverture</i>	<i>Intervalle de confiance à 95 %</i>
2003-2005	122 447	70 966	58,0 %	[57,7 % - 58,2 %]
2004-2006	123 218	71 415	58,0 %	[57,7 % - 58,2 %]
2005-2007	123 894	71 443	57,7 %	[57,4 % - 57,9 %]
2006-2008	126 450	71 568	56,6 %	[56,3 % - 56,9 %]

Tableau 2 : Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin en France (DOM inclus) chez les femmes de 25 à 65 ans Source : Rapport HAS, 2010 (5), Traitement : INCA

1-5/ Les frottis cervico-utérins anormaux

La gestion des frottis anormaux est intégrée dans le dépistage des états précancéreux et cancéreux du col utérin. (29) Selon Boulanger et al, en 2006, en France, 3 à 5% des cancers invasifs étaient liés à une gestion incorrecte des frottis anormaux (30) ; il convient pour le praticien réalisant ce type d'acte de suivre les recommandations en vigueur et d'adresser si besoin les patientes pour un contrôle histologique.

Les frottis sont interprétés par l'anatomopathologiste qui établit un rapport en mentionnant le fait que le frottis est interprétable, dans le cas contraire il faut le refaire. Puis la description cytologique est faite selon le système BETHESDA 2001. Des recommandations ont été faites par l'ANAES en 2002 (31), revues par la HAS en 2010 (5).

Selon l'enquête Crisap en 2002, les frottis anormaux représentaient 3 à 5% des frottis analysés (32).

Une étude de 2005 de Bergeron et al (32) concernant 7453 FCU anormaux donnait une répartition des anomalies cytologiques observées les plus fréquentes en fonction des classes d'âge. Les ASC-US (atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée) étaient majoritairement présents dans la classe d'âge 36-45 ans soit 29.1% des ASC-US, les ASC-H (atypies des cellules malpighiennes ne pouvant exclure une lésion de haut grade) étaient présents à 29.7% dans la classe d'âge 46-55 ans, les AGC (atypies des cellules glandulaires) à 30.6% chez les 26-35 ans, les LSIL (atypies des cellules malpighiennes évoquant une lésion de bas grade) à 36.2% chez les 26-35 ans, HSIL (atypies des cellules malpighiennes évoquant une lésion de haut grade) à 35.8% chez le 36-45 an.

La conduite à tenir a été résumée sur l'arbre décisionnel suivant :

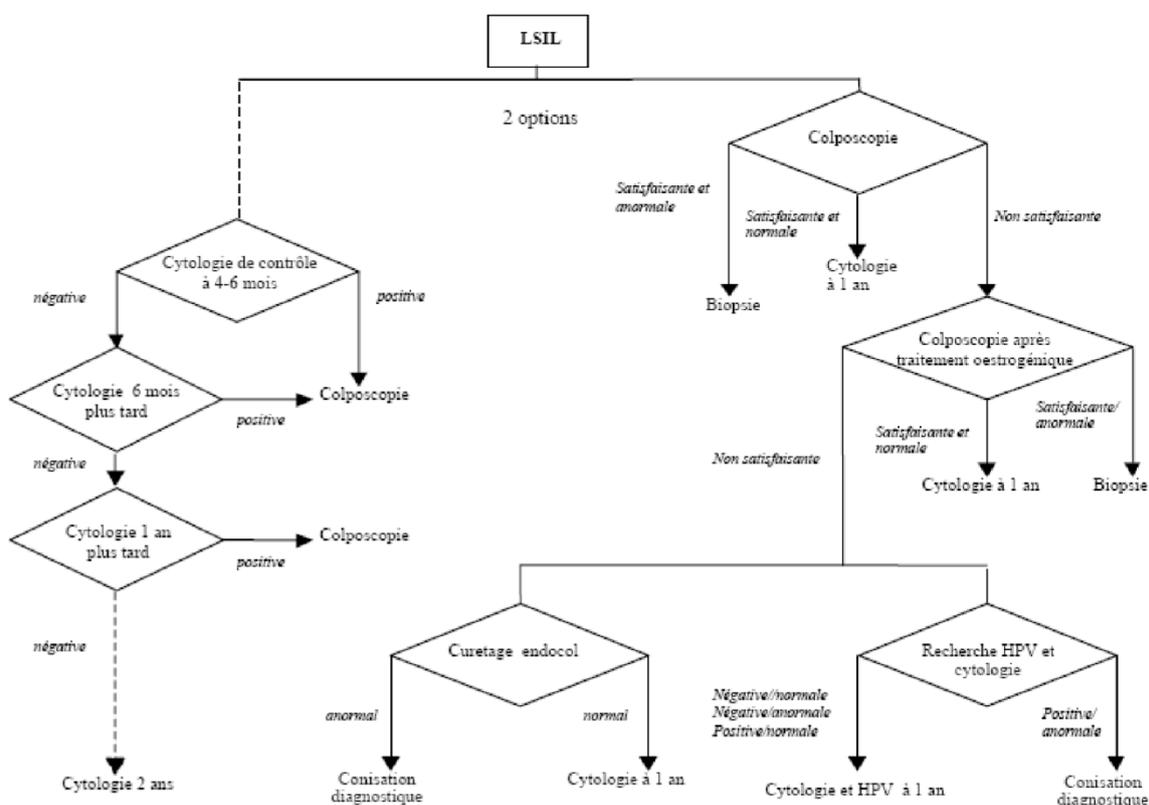


Figure 4 : Conduite à tenir en cas de frottis comportant des lésions malpighiennes de bas grade. (5)

2/ Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (ROSP)

2-1/ Définition Théorique

En 2011, la nouvelle convention médicale a généralisé le système de paiement à la performance. Le dispositif de ROSP a été mis en place le 1^{er} janvier 2012 et prenait la suite du CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles). Les médecins pouvaient refuser d'y adhérer en écrivant un courrier explicitement à la CPAM dans les trois mois suivant la réception de la convention sinon l'accord était tacite en absence de manifestation écrite négative.

La ROSP est venue compléter le système de rémunération actuelle des médecins libéraux qui jusque-là était uniquement une tarification à l'acte. Les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires, les médecins hépato-gastro-entérologues ont rejoint le dispositif respectivement en 2012 et 2013.

La Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique repose sur les indicateurs d'organisation du cabinet et les indicateurs de qualité de la pratique médicale. La rémunération est calculée en fonction de l'atteinte de certains objectifs préalablement fixés sur la patientèle consommante fidèle de chaque médecin généraliste. (33)

2-2/ Patientèle consommante fidèle (34)

La patientèle médecin traitant utilisée pour le calcul des indicateurs est dite « patientèle consommante fidèle ». Elle correspond aux assurés :

- qui ont « eu recours » à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc...),
- qui ont été remboursés lors des 12 mois précédant la période de calcul,
- qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant et qui n'en ont pas changé au cours de l'année.

La ROSP est calculée sur une patientèle stable dans l'année et qui a « eu recours » à des soins. Elle concerne les patients affiliés au Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), au RSI, à la MSA et à trois autres régimes (CNMSS, CRPCEN, CAVIMAC).

La limite inférieure d'âge est de 16 ans.

2-3/ Indicateurs d'organisation

Les indicateurs d'organisation du cabinet ont été définis au nombre de 5 : (400 points au total) (34,35)

- ❖ Equipement permettant la tenue du dossier médical, la saisie des données cliniques pour chaque patient (justificatif produit par le médecin, sur 75 points)
- ❖ Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription médicale certifié (justificatif produit par le médecin, sur 50 points)
- ❖ Matériel informatique pour la télétransmission des actes et utilisation des téléservices de la CPAM (75 points)
- ❖ Affichage (cabinet+site Ameli) des horaires de consultation et de l'organisation du cabinet (50 points)
- ❖ Elaboration d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour chaque patient (150 points)

Deux prérequis sont nécessaires pour qu'il existe une rémunération sur les indicateurs d'organisation : (34)

- Etre doté d'un équipement pour la télétransmission des feuilles de soins électroniques correspondant au matériel présent sur la dernière version du cahier des charges (publié par GIE SESAM Vitale).
- Atteindre un taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins

Si ces deux prérequis sont remplis, chaque indicateur peut alors être pris en compte pour le calcul ROSP.

Les quatre premiers indicateurs totalisent 250 points valorisés à 7 euros le point. Le cinquième et dernier de cette classe concerne la gestion du dossier médical et est pondéré en fonction de la taille de la patientèle et représente à lui seul 150 points pondérés à 7 euros le point, déclarés annuellement par le médecin.

Ces 5 indicateurs ont été établis par les partenaires signataires de la convention comme déclaratifs. La déclaration se faisant en ligne sur le site Ameli.fr

2-4/ Indicateurs de la qualité de la pratique médicale

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale ont fait l'objet de 3 chapitres qui regroupaient 24 indicateurs : (36)

- ❖ Le suivi des maladies chroniques (9 indicateurs) :
 - 8 indicateurs sur le suivi du diabète
 - 1 indicateur sur le suivi de l'hypertension artérielle

- ❖ La prévention auquel appartenait l'item dépistage du cancer du col de l'utérus (8 indicateurs) :
 - 2 indicateurs concernant vaccination antigrippale
 - 1 indicateur sur le dépistage du cancer du sein
 - **1 indicateur sur le dépistage du cancer du col de l'utérus**
 - 1 indicateur sur l'antibiothérapie
 - 3 indicateurs sur le risque médicamenteux iatrogène

- ❖ L'efficacité de la prescription (7 indicateurs) :
 - 5 indicateurs concernant la prescription de génériques
 - 1 indicateur concernant la prescription d'IEC et Sartans
 - 1 indicateur sur la prescription d'antiagrégants plaquettaires

Chaque point est valorisé à 7 euros et chaque ROSP modulée en fonction de la patientèle du médecin. Le nombre total de points obtenu est multiplié par la valeur du point fixée à 7 euros sur la base d'une patientèle moyenne de 800 patients.

$$\text{Rémunération} = \text{nombre de points} \times \text{patientèle réelle} / 800 \times 7$$

Pour chaque item un objectif est fixé, la rémunération varie selon le taux obtenu par chaque médecin.

2-5/ Rémunération des médecins généralistes libéraux (37)

Les médecins libéraux font l'objet de deux systèmes de rémunérations :

- La rémunération à l'acte a toujours été le paiement principal en fonction du nombre de consultations du médecin
- La capitation, le praticien recevant une somme forfaitaire par patient l'ayant choisi comme médecin traitant, qu'il voie ou non le patient en consultation.

2-6/ Convention de juillet 2011 et CAPI (38)

Le CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) avait été mis en place en juillet 2009 sur le modèle de l'expérimentation Anglo-Saxonne cinq ans plus tôt. Un médecin sur trois éligible avait alors signé ce contrat. Ce contrat, conclu entre les médecins généralistes signataires et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, introduisait pour la première fois une notion de rémunération de type P4P, paiement à la performance. Elle était en rapport avec l'atteinte d'objectifs fixés par la CPAM selon des critères de santé publique et des pratiques professionnelles. (38) Un certain nombre de critères (16 objectifs cibles) étaient nécessaires afin de rendre éligible un médecin à la signature du CAPI. Le cancer du col de l'utérus n'était pas dans ces objectifs contrairement au cancer du sein. D'une durée de trois ans, ce contrat était établi sur la base du volontariat. La rémunération était ensuite attribuée au pourcentage d'atteinte des objectifs, de la progression et de l'importance de la patientèle, la rémunération étant plus élevée pour les médecins ayant une importante patientèle.

Le CAPI qui avait ouvert la voie à une nouvelle forme de rémunération des médecins généralistes libéraux était optionnel et n'avait pas rencontré un engouement important par les médecins soucieux de ne pas modifier leur pratique sous prétexte qu'une nouvelle rémunération était mise en place. Il a donc été abandonné.

La nouvelle convention médicale de 2011, soucieuse de trouver un équilibre médico économique, avait promu ce type de dispositif P4P permettant de le généraliser dès l'adhésion à la convention, en introduisant d'autres objectifs notamment sur le cancer du col utérin et des objectifs de qualité comme la gestion administrative du cabinet.

La convention nationale des médecins libéraux a donc été conclue le 26 juillet 2011. Elle définissait les indicateurs d'organisation du cabinet pour l'ensemble des médecins et les indicateurs de qualité et d'efficience de la pratique médicale pour les médecins traitants.

MATERIEL ET METHODE

1/ Population source et schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative observationnelle rétrospective concernant la réalisation des frottis cervico-utérins entre 2011 et 2014 par les médecins libéraux spécialistes en Médecine Générale de deux départements Aquitains : la Dordogne et la Gironde.

2/ Méthode utilisée pour la revue de la littérature

Avant tout, une recherche sur le logiciel SUDOC a été faite. Aucune autre thèse ou travail n'avait porté sur le sujet avant de débiter l'étude.

Le sujet mêlait des aspects médicaux et économiques, ainsi les recherches bibliographiques ont été réalisées à la fois sur des bases de données médicales et scientifiques et sur des bases de données socio-économiques.

Dans le référentiel MESH, le frottis cervico-utérin correspondait en traduction anglaise à « Pap smear », « cervical smear », « cervical cancer screening ». On cherchait aussi les mots-clés suivants concernant la physiopathologie et l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus : « natural history of HPV », « physiopathology of HPV » et la spécialité Médecine Générale « general practice », « general practitioner ».

Les recherches ont été effectuées sur Pubmed à l'aide de ces expressions et mots-clés traduits dans le MeSH.

Pour la partie « rémunération », les mots-clés suivants ont été utilisés : « Pay for performance », « P4P », « RO SP », « Rémunération sur Objectifs de Santé Publique », « rémunération médecin ».

Les bases de données utilisées étaient : CISMEF, Pubmed, BDSP et différents sites institutionnels.

3/ Objectifs de l'étude et critère de jugement

Afin de répondre à la question de recherche suivante :

Face aux enjeux de prévention en santé publique, les médecins généralistes avaient-ils modifié leur pratique vis-à-vis du dépistage du cancer du col utérin chez les femmes de 25 à 65 ans avec la mise en place de la ROSP ?

Cette étude a été menée auprès de médecins généralistes en Dordogne et en Gironde

Son objectif principal était :

- ❖ Observer l'impact éventuel de la ROSP sur le taux de FCU dans la pratique des médecins généralistes de Dordogne et Gironde entre 2011 et 2014.

Les objectifs secondaires étaient :

- ❖ Décrire les pratiques déclarées en 2014, en matière de réalisation de FCU et le lien éventuel avec les caractéristiques personnelles de pratique en étudiant les taux et variations de taux au moyen d'un questionnaire dont les médecins généralistes étaient destinataires.

- ❖ Identifier d'autres actions pouvant contribuer à augmenter le taux de couverture de FCU sur la patientèle des médecins généralistes.

- ❖ Relever les freins actuels à la réalisation des frottis indépendamment de la ROSP.

Le critère de jugement principal était :

La variation du taux de réalisation des FCU dans la patientèle des médecins traitants depuis l'instauration de la mesure d'incitation financière à faire pratiquer les FCU ou à les pratiquer soi-même.

4/ Outils d'évaluation et mode de recueil

4-1/ Description de l'étude

L'enquête était réalisée au moyen d'un questionnaire adressé aux praticiens spécialistes

en Médecine Générale qui comportait 22 questions organisées en 5 chapitres. (Annexe 2)

Ce questionnaire avait été réalisé avec l'aide méthodologique de l'ISPED.

Préalablement un avis méthodologique avait été pris auprès du Professeur Salamon, directeur honoraire de l'ISPED.

Cette enquête par questionnaire était complétée d'un recueil des taux de réalisation des frottis sur les années 2011, 2012, 2013 et 2014 auprès de la CPAM pour les médecins ayant préalablement donné leur accord lors de la réponse au questionnaire.

Compte tenu du nombre de médecins généralistes sur les deux départements, une sélection avait été faite sur les seuls spécialistes en Médecine Générale afin que cette étude soit réalisable d'un point de vue budgétaire et logistique.

La liste des médecins spécialistes en Médecine Générale avait été obtenue au moyen d'une demande écrite auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, après recommandation préalable du département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Il avait été décidé un envoi postal escomptant un meilleur taux de réponse que l'envoi par mail.

Le budget avait été discuté et ce projet avait reçu le soutien financier du Département de Médecine Générale pour la fourniture des enveloppes d'envoi, des photocopies des questionnaires et lettres d'accompagnement ainsi que l'affranchissement de l'envoi.

Le Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine avait contribué à une partie de l'achat des enveloppes pré-timbrées de retour des réponses aux questionnaires.

Chaque médecin avait reçu un pli par voie postale comprenant une lettre d'accompagnement (annexe 1) exposant les objectifs du travail, un questionnaire et une enveloppe réponse pré-timbrée à l'adresse de l'investigateur. Les plis avaient été envoyés le 08 décembre 2014. La date limite de retour du questionnaire avait été fixée au 15 février 2015.

La dernière question consistait en une autorisation signée du médecin afin d'obtenir ses statistiques personnelles de ROSP pour les années 2011, 2012, 2013 et 2014 auprès de sa CPAM.

4-2/ Contenu du questionnaire et modalités de collecte

Le questionnaire comportait 22 questions, il était établi de telle sorte que les questions étaient fermées, avec des questions type « Questions à Choix Multiples » ; quelques-unes permettaient une expression libre avec commentaire.

Chaque médecin avait un numéro d'anonymat qui l'identifiait, situé au verso en pied de page.

Le questionnaire était organisé en cinq grands chapitres permettant de regrouper les notions abordant un même thème.

Le premier chapitre « *Vous et l'organisation de votre cabinet* », concernait les données démographiques du médecin sondé (âge, sexe, bassin de population du lieu d'exercice, mode d'exercice, département, année d'installation, signature de la ROSP...).

Le deuxième chapitre « *Votre pratique de dépistage du cancer du col utérin par Frottis Cervico-Utérin (FCU)* » s'intéressait à la pratique du frottis cervico-utérin. On estimait à travers les questions de ce chapitre, la fréquence de réalisation de cet acte, les éventuels freins de réalisation, la conception personnelle du médecin sur ce dépistage et ses convictions.

Le troisième chapitre « *Quelles améliorations souhaiteriez-vous pour augmenter votre taux de dépistage du cancer du col de l'utérus ?* » comportait 3 questions sur les améliorations attendues par les médecins généralistes pour augmenter le dépistage des lésions dysplasiques et des cancers du col utérin. Plusieurs réponses étaient proposées : le dépistage organisé, l'envoi systématique d'une liste de patientes n'ayant pas réalisé leur FCU dans les temps recommandés, et la possibilité de délégation de cet acte à des IDE formées dans le cadre d'un exercice interprofessionnel en maison de santé pluridisciplinaire, par exemple.

Le quatrième chapitre « *Concernant le principe de la ROSP* » cherchait à évaluer l'impact de la ROSP sur le taux de réalisation des FCU pour chaque médecin et tentait d'entrevoir l'élément le plus motivant dans un tel dispositif.

Enfin le cinquième et dernier chapitre « *Vos commentaires* », comportait un espace libre pour commentaire et une autorisation à dater et signer pour l'obtention auprès de la CPAM des statistiques personnelles du médecin ayant répondu au questionnaire et donné son autorisation

préalable.

4-3/ Test du questionnaire auprès d'un échantillon

Quatre médecins généralistes avaient testé le questionnaire sur des points comme la compréhension des questions et des réponses proposées, le temps nécessaire à compléter le questionnaire et sur des points de forme et de présentation.

4-4/ Modalités de recueil des questionnaires

Les questionnaires remplis sous forme papier ont été retournés au moyen de l'enveloppe pré affranchie et écrite à l'adresse de l'investigateur par voie postale. Les questionnaires adressés par mail suite à relance ont été retournés à l'investigateur par mail ou par voie postale. Dès réception des réponses, la liste de relance a pu être enrichie ainsi que celle contenant les autorisations pour récupérer les statistiques personnelles des médecins auprès de la CPAM.

4-5/ Modalités de relances

Des relances téléphoniques ont été mises en place dès le 20 janvier 2015 afin de vérifier si le destinataire avait bien reçu le pli contenant le questionnaire, la lettre explicative et l'enveloppe réponse pré-timbrée.

Selon la réponse téléphonique, le médecin s'engageait à répondre (s'il avait toujours le pli en sa possession), un mail était envoyé si le médecin avait jeté le premier courrier, un courrier envoyé si le sondé préférerait une relance par voie postale ou aucune relance si celui-ci refusait la relance.

Ceux n'ayant pas donné suite au mail de relance ont été relancés 15 jours après par le même procédé.

Un certain temps fut nécessaire à l'investigateur pour effectuer ces relances téléphoniques, se heurtant au nombre important de sondés à relancer, aux secrétariats téléphoniques plus ou moins facilitants, aux vacances et mouvement de grève, à la charge de travail et aux innombrables courriers reçus chaque fin d'année par les médecins généralistes.

4-6/ Modalités de collecte des taux de FCU auprès des CPAM

Dordogne/Gironde

Après présentation du projet et demande écrite formulée, plusieurs rendez-vous avec les responsables départementaux Secteur Régulation du Système de Soins et les Responsables des Services Statistiques et Etudes de la CPAM furent nécessaires afin de trouver un accord pour obtenir les statistiques personnelles des médecins qui nous avaient préalablement donné leur autorisation écrite et signée.

Suite à la réception des questionnaires, des listes d'autorisation étaient mises à jour, qui par la suite étaient transmises à la CPAM des deux départements pour obtention des données personnelles statistiques des médecins.

L'autorisation correspondait à la question 22, chaque médecin qui donnait son autorisation avait à spécifier la date, le lieu et à apposer sa signature.

Il avait été décidé d'un commun accord avec les caisses et pour des raisons logistiques de transmettre la liste des médecins ayant donné leur autorisation à l'obtention des données ROSP pour la réalisation des FCU pour les années 2011 à 2014.

L'autorisation écrite figurant sur chaque questionnaire était conservée par nos soins sous forme papier.

Suite à l'envoi de la liste des médecins ayant donné l'autorisation (retrouvés grâce au numéro d'anonymat), la CPAM communiquait pour chacun d'entre eux :

- Numéro identifiant le professionnel à la CPAM, nom, prénom et adresse professionnelle
- Indicateur : part des patientes âgées de 25 à 65 ans ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années.
- Numérateur : nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant eu au moins un frottis dans les 3 ans (quel que soit le prescripteur)
- Dénominateur : nombre de patientes de 25 à 65 ans ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.
- Période de calcul : 36 mois glissants

Les sources ayant contribué à l'obtention de ces chiffres par les CPAM départementales étaient : CNAMTS et DCIR (source Données Inter-Régimes).

Les actes pris en compte pour le frottis comptabilisé dans les données ROSP étaient :

- codes NABM (actes réalisés en laboratoires de biologie) NABM 0013 : Diagnostic cytopathologique gynécologique provenant d'un ou plusieurs prélèvements effectués à des niveaux différents.
- codes NGAP (actes réalisés en cabinet ou en établissement) NGAP P55 Diagnostic cytopathologique gynécologique provenant d'un ou plusieurs prélèvements effectués à des niveaux différents.
- codes CCAM :

JKQP001 : Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus

JKQP008 : Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus

JKQX001 : Examen cytopathologique de dépistage de prélèvement [frottis] du col de l'utérus

JKQX027 : Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus

JKQX008 : Examen cytopathologique de dépistage en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus

JKQX015 : Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus.

La patientèle médecin traitant utilisée pour le calcul des indicateurs ROSP était dite «patientèle consommatrice fidèle».

Elle correspondait aux bénéficiaires :

- qui avaient « eu recours » à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc...),
- qui avaient été remboursés lors des 12 mois précédant la période de calcul,
- qui avaient déclaré le médecin comme médecin traitant et qui n'en avaient pas changé au cours de l'année.

Les résultats de la ROSP étaient donc calculés sur une patientèle stable dans l'année et qui avait « eu recours » à des soins. Elle correspondait aux patients qui avaient déclaré le médecin comme médecin traitant, affiliés au Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), au RSI, à la MSA et à 3 autres régimes (CNMSS, CRPCEN, CAVIMAC).

La base traitée était complètement anonyme.

En Gironde sur les 335 médecins ayant donné leur autorisation, un seul ne figurait pas dans les ROSP transmis par la CPAM.

Les moyennes étaient calculées à partir du moment où le médecin avait au moins une patiente âgée de 25 à 65 ans dans sa patientèle.

5/ Population cible et population étudiée

5-1/ Critères d'inclusion

Médecins généralistes spécialistes en Médecine Générale, omnipraticiens exclusifs, installés en exercice libéral en Dordogne ou en Gironde et en exercice au moment de l'étude, ayant ou non signé la ROSP et exercé entre 2011 et 2014. Secteur I.

5-2/ Critères d'exclusion

Médecins à exercice particulier, secteur II, médecins remplaçants.

Il a été choisi d'étudier deux départements Aquitains, du fait des spécificités de chacun, à savoir un département plus urbain comprenant une grande métropole, la Gironde et un département rural avec une démographie médicale à la baisse. Des problématiques budgétaires et logistiques avaient également participé à ce choix.

5-3/ Population étudiée

Initialement la date limite de réponse avait été fixée au 15 février 2015 mais repoussée à la date du 15 mars 2015 (date de clôture effective de la collecte des questionnaires après relance, période

épidémique de grippe obligeait et mouvement social de la profession en décembre 2014).

- 464 réponses au total avaient été reçues de la part des médecins généralistes spécialistes de Dordogne et Gironde sur les 835 plis envoyés. Soit un taux de réponse global de 55.6%.

- 449 questionnaires étaient exploitables dans cette étude soit un taux de 53.77%.

Pour le département de la Dordogne, on dénombrait 114 répondants exploitables sur 174 questionnaires envoyés soit un taux de réponse de 65.5%.

Le département de la Gironde comptait 335 répondants exploitables sur 661 questionnaires envoyés soit un taux de réponse de 50.7%.

Après analyse détaillée de certaines réponses et de l'activité de médecins inclus dans la liste des médecins généralistes spécialistes de médecine générale de l'ARS, on en retrouvait certains ayant une activité autre comme la médecine esthétique, la nutrition ou même les médecins travaillant à SOS médecins, on peut donc se demander quels étaient les critères de constitution de cette liste qui avait été donnée par l'ARS.

6/ Inclusion des médecins

6-1/ Nombre d'inclus

835 médecins spécialistes en Médecine Générale reconnus en tant que tels auprès de l'ARS étaient destinataires du questionnaire par voie postale.

449 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude.

6-2/ Facteurs d'exclusion

15 médecins généralistes figurant sur la liste et ayant répondu au questionnaire avaient été exclus : SOS médecins, urgentistes, nutritionniste, numéro d'anonymat masqué ou rendu illisible, retraités.

7/ Saisie, traitement et exploitation des données

7-1/ Saisie des données

Les données des questionnaires et les données de réalisation des FCU issues de la CPAM étaient saisies sur le logiciel Epi Data® pour constituer notre base de données. Cette base a ensuite été exportée sous un format EXCEL®, pour la création de nouvelles variables et la mise en forme d'histogrammes.

7-2/ Traitement des données

Certaines variables ont été recodées ou rassemblées. L'âge du médecin a été recodé en classes d'âge de 5 années. L'année d'installation se répartissait de la façon suivante : avant ou après 2011. Les taux de départ étaient appréciés au 31 décembre 2011.

Les questions 9, 10 et 20 comportant chacune des sous questions à réponses non exclusives ont été regroupées.

Pour le taux de FCU, nous avons utilisé d'une part la valeur individuelle et d'autre part le fait que cette valeur se situait dans des intervalles correspondant aux objectifs de la CPAM (objectif cible supérieur ou égal à 80% et objectif intermédiaire supérieur ou égal à 65%).

Les ratios donnés par la CPAM ont été classés tels que :

- inférieur à 65 %
- compris entre 65 et 80 %
- supérieur à 80%

De même pour la variation nous l'avons étudié en valeur absolue puis en classes correspondant à des amplitudes de variations.

Les variables classées selon ces objectifs se nommaient : an11%gpe, an12%gpe, an13%gpe, an14%gpe.

La variation totale des taux de réalisation des FCU entre 2011 et 2014 exprimée en valeur absolue s'appelait var%tot14-11. Ces variations étaient regroupées en 5 classes :

- Plus de 5%
- Entre]+1 et +5%]
- De [-1 à +1%]
- De [-5 à -1%[

- Inférieure à -5%

Ces 5 classes de variations ont été regroupées pour certaines analyses en 3 groupes distincts :

- Supérieure à 1%
- De [-1 à +1%]
- Inférieure à -1%

Deux sous populations d'étude ont été distinguées :

- 1) Sous population 2014 : Etat des lieux et étude des taux de réalisation des FCU en 2014 pour tous les médecins qui avaient une valeur ROSP cette année-là. La variable dos2014=14 était créée.
- 2) Sous population 2011-2014 : Etude de l'évolution du taux de FCU sur la population de médecins ayant des chiffres de réalisation pour chaque année de 2011 à 2014. La variable utilisée était dosevol=1114.

L'analyse statistique et l'exploitation des données étaient réalisées sur le logiciel Epi Info®, le plus souvent en stratifiant les résultats sur les deux départements.

Les comparaisons de moyenne se faisaient par ANOVA et les comparaisons de fréquence par le test du Chi2.

Le seuil de significativité retenu pour exprimer les différences était de 5%.

RESULTATS

1/ Nombre de répondants et effectifs des populations étudiées

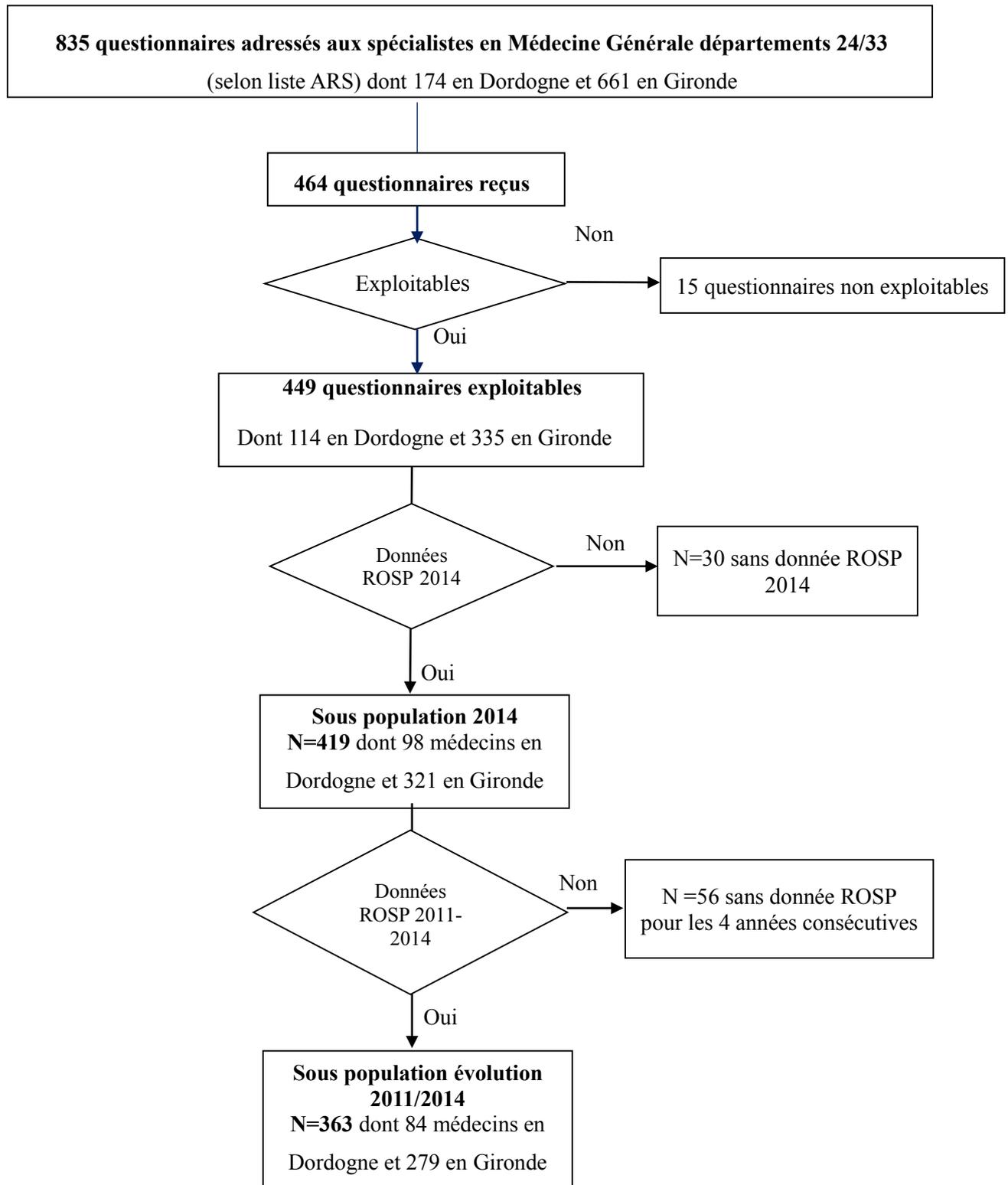


Figure 5 : Diagramme de flux. Etude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Dordogne et Gironde.

► Parmi les réponses reçues, 15 questionnaires n'ont pas été exploités dans l'étude, pour les raisons suivantes :

- 2 questionnaires avec effacement du numéro d'anonymat, rendus volontairement inexploitable par le médecin répondeur
- 1 questionnaire non rempli
- 2 questionnaires non remplis mais commentés indiquant clairement que les sondés ne voulaient pas répondre à une enquête portant sur les ROSP, étant donné leur opposition et leur mécontentement vis-à-vis de ce système
- 2 questionnaires non remplis émanant de médecins retraités
- 3 questionnaires complétés par des médecins travaillant dans un service d'urgence ou à SOS médecins et 4 questionnaires concernant des médecins généralistes à exercice particulier (expertise, nutrition, médecine esthétique, douleur)
- 1 questionnaire non rempli avec la mention « ne fait jamais de frottis ».

► Il ressort du diagramme de flux que sur les 835 questionnaires envoyés aux médecins spécialistes en Médecine Générale de Dordogne et de Gironde, 449 questionnaires étaient exploitables soit un **taux de réponse global de 53.8%**.

Dans le département de la Dordogne, le taux de réponse est de 114/174 soit 65.5%, versus en Gironde 335/661 soit 50.7%.

► Signature ROSP et accès aux données personnelles de la CPAM

En Dordogne en 2014, sur les 114 répondants, 95 disaient avoir signé la ROSP, 19 déclaraient ne pas l'avoir signé dont 4 ne donnaient pas leur autorisation d'accéder à leurs statistiques.

En Gironde sur 335 répondants, 4 n'ont pas répondu à ces deux questions, la majorité soit 289 médecins disait avoir signé un contrat ROSP et 38 disaient ne pas l'avoir signé. Quatre ne donnaient pas leur autorisation pour accéder aux données.

2/ Caractéristiques de la population répondante (N=449)

*Tableau 3 : Tableau résumant les caractéristiques des médecins ayant retourné un questionnaire exploitable
Etude auprès des médecins généralistes de Dordogne et Gironde.*

Caractéristiques population		Dordogne	Gironde	Total
		n (%)	n(%)	
Sexe	Homme	82 (71.9%)	222 (66.2%)	304
	Femme	32 (28.1%)	113 (33.8%)	145
Année installation	avant 2011	94 (85.4%)	285 (85.8%)	379
	après 2011	16 (14.6%)	47 (14.2%)	63
Mode d'exercice	Seul	33 (29.2%)	102 (30.5%)	135
	Groupe	80 (70.8%)	232 (69.5%)	312
Age	âge moyen	52.3 ans	51.8 ans	52 ans
Bassin population	Rural	47 (41.3%)	46 (13.7%)	93
	semi-rural	44 (38.6%)	108 (32.2%)	152
	Urbain	23 (20.1%)	181 (54.1%)	204
Autorisation obtention statistiques	Oui	110 (96.5%)	331 (98.8%)	441
	Non	4 (3.5%)	4 (1.2%)	8
Déclaration signature ROSP	Oui	95 (83.3%)	293 (87.5%)	388
	Non	19 (16.7%)	38 (11.3%)	57
	Ne sait pas	0 (0%)	2 (0.6%)	2
	Saut de la question	0 (0%)	2 (0.6%)	2
Maître de stage	Oui	17 (15%)	65 (19.4%)	82
	Non	96 (85%)	269 (80.6%)	365

A partir des 449 questionnaires et en fonction des données fournies par les CPAM pour les ROSP des années 2011 à 2014, nous distinguons deux sous populations :

- Les médecins pour lesquels on a un résultat au moins pour l'année 2014, population sur laquelle on a dressé un état des lieux de réalisation de FCU pour l'année 2014.
- Les médecins pour lesquels un résultat ROSP est disponible pour les quatre années permettant d'en étudier l'évolution ;

3/ Résultats concernant la population répondante pour l'année 2014 (N=419)

3-1/ Caractéristiques sociodémographiques et d'exercice (N=419)

3-1-1/ Age et sexe

L'âge moyen des répondants était de 52 ans et la médiane d'âge à 54 ans pour les deux départements confondus.

En Dordogne (N= 98), la moyenne d'âge de l'échantillon était de 52.3 ans pour une médiane à 54.5 ans. En Gironde (N=321), la moyenne d'âge était de 52 ans pour une médiane à 54 ans.

En Dordogne, les médecins âgés étaient surtout des hommes et les jeunes médecins, plutôt des femmes pour une proportion totale d'hommes de 69.4%.

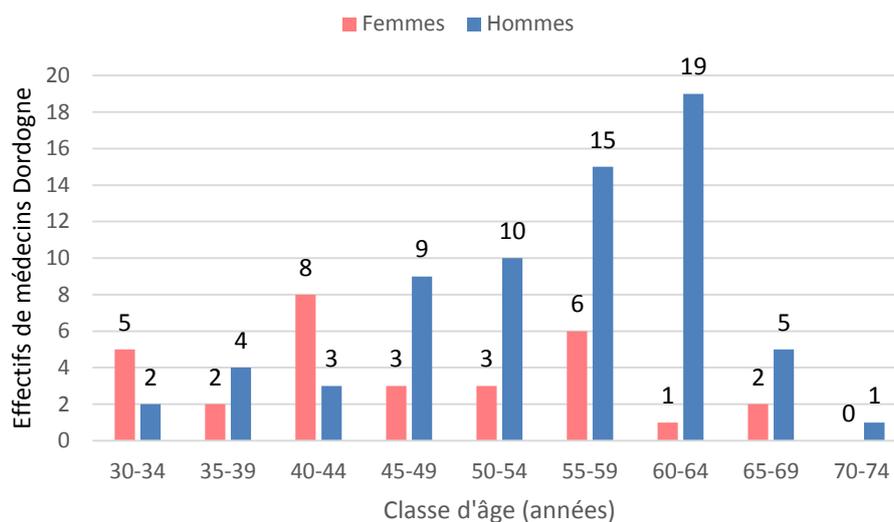


Figure 6 : Répartition selon le sexe et l'âge en Dordogne. (N=98) Etude auprès des médecins spécialistes en médecine générale de Gironde et de Dordogne. 2014 (N=419 répondants)

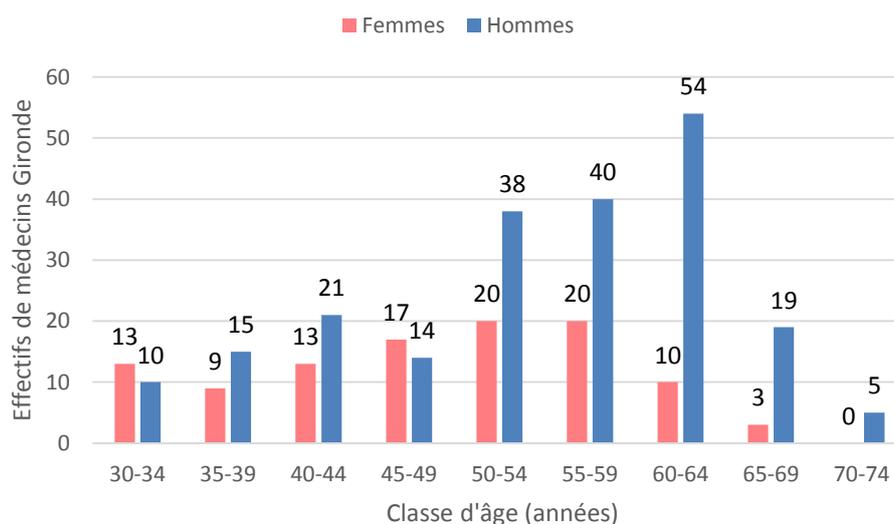


Figure 7 : Répartition selon le sexe et l'âge en Gironde. (N=321) Étude auprès des médecins spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne. 2014 (N=419 répondants)

La même tendance était observée sur le département de la Gironde avec 67.3% d'hommes et un écart moins important entre effectifs d'hommes et de femmes chez les jeunes générations par rapport aux médecins plus âgés.

A partir de la classe d'âge 50-54 ans, l'écart se creusait avec 34.5% de femmes et 65.5% d'hommes, écart de 31% en faveur des hommes, écart qui s'accrut sur les classes d'âge suivantes.

3-1-2/ Bassin de population du lieu d'exercice

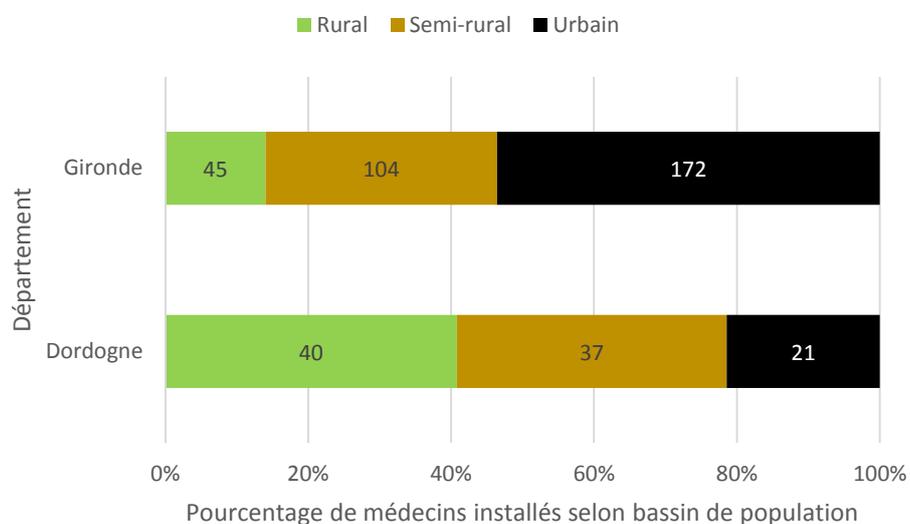


Figure 8 : Bassin de population en fonction du département du lieu d'exercice. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne. 2014 (N=419 répondants)

En Dordogne, le bassin de population du lieu d'exercice était surtout rural et semi rural, 41% des médecins répondeurs étaient installés en rural, 38% en semi rural et seulement 21% en urbain. En Gironde, l'exercice était majoritairement urbain pour 53.6% des médecins interrogés.

En considérant l'âge des médecins, il apparaît en Dordogne que les jeunes médecins exerçaient surtout dans des zones rurales, de 30 à 39 ans, puis en zones semi-rurales à partir de 40 ans. (Annexe 3)

En Gironde, l'exercice jusqu'à 39 ans se faisait en zone semi-rurale, puis à partir de 40 ans l'exercice urbain prédominait nettement.

3-1-3/ Mode d'exercice

Plus de 2/3 des médecins interrogés tant en Dordogne qu'en Gironde exerçaient en groupe. En considérant les âges des médecins, il apparaît que les médecins installés en groupe étaient plus jeunes.

Les moyennes d'âge et médiane des exercices seuls étaient de 55.8 ans et 58 ans en Dordogne versus 50.8 ans et 53.5 ans pour l'exercice en groupe.

En Gironde les moyennes d'âge et médiane des exercices seuls étaient respectivement de 56.8 ans et 58 ans versus une moyenne de 49.6 ans en groupe et une médiane de 51 ans.

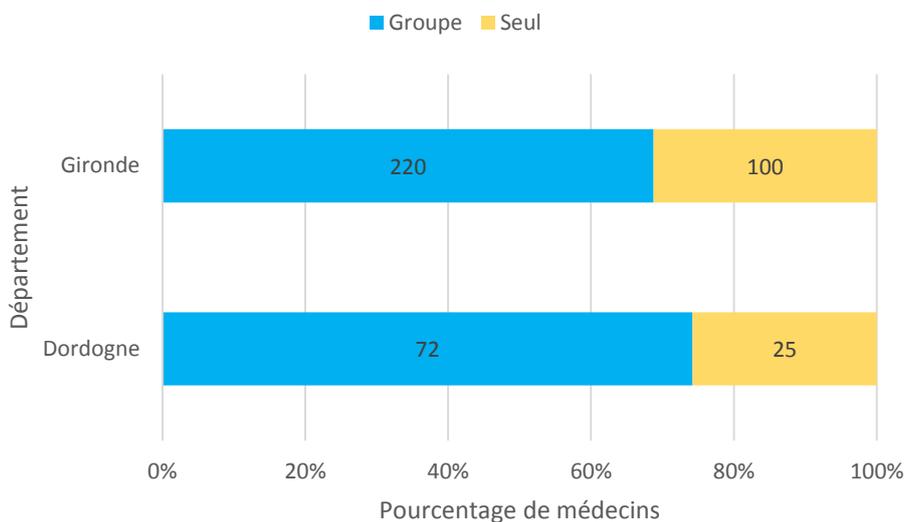


Figure 9 : Mode d'exercice selon département d'exercice. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne 2014. (N=417, 2 réponses manquantes)

3-1-4/ Année d'installation

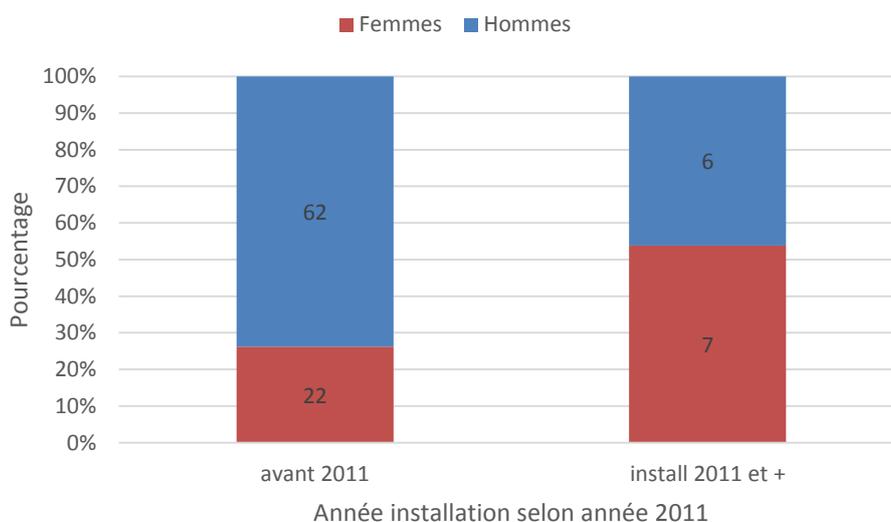


Figure 10 : Effectifs des médecins selon leur genre et selon l'année d'installation en Dordogne. (N=97 manque 1 réponse) Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419 répondants)

Dans l'effectif de notre étude, il y avait 13% de nouveaux installés depuis 2011, soit depuis l'avènement de la ROSP en Dordogne.

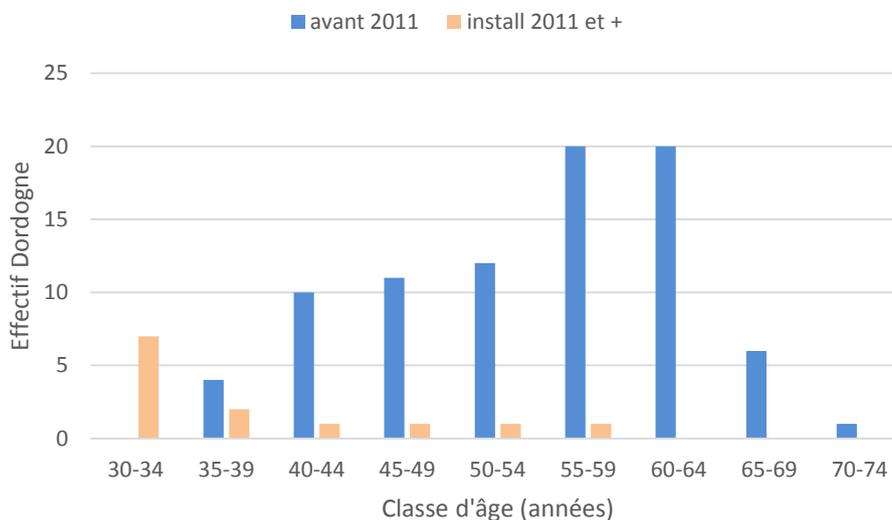


Figure 11 : Effectifs des médecins selon années d'installation et classe d'âge en Dordogne en 2014 (N=97, 1 réponse manquante) Étude auprès des médecins spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419 répondants)

En Gironde, ils étaient 12.6% à s'être installés depuis 2011.

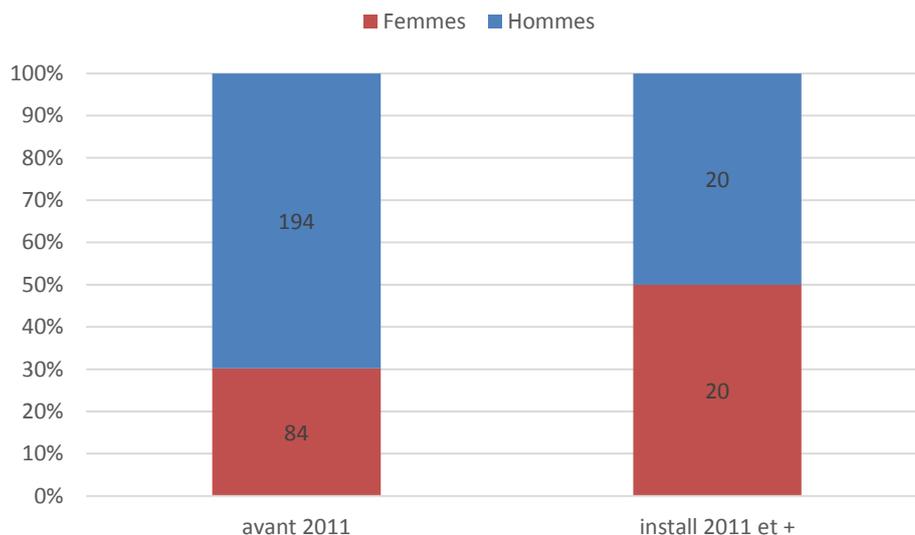


Figure 12 : Effectifs des médecins selon leur genre en fonction de l'année d'installation en Gironde. (N=318, 3 réponses manquantes) Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419)

C'était surtout des jeunes médecins généralistes avant l'âge de 45 ans qui s'étaient installés en Dordogne et en Gironde. La médiane de l'année d'installation était en 1991 en Dordogne et 1993 en Gironde.

Dans chaque département, on a remarqué qu'il y avait une proportion plus importante de femmes installées depuis 2011.

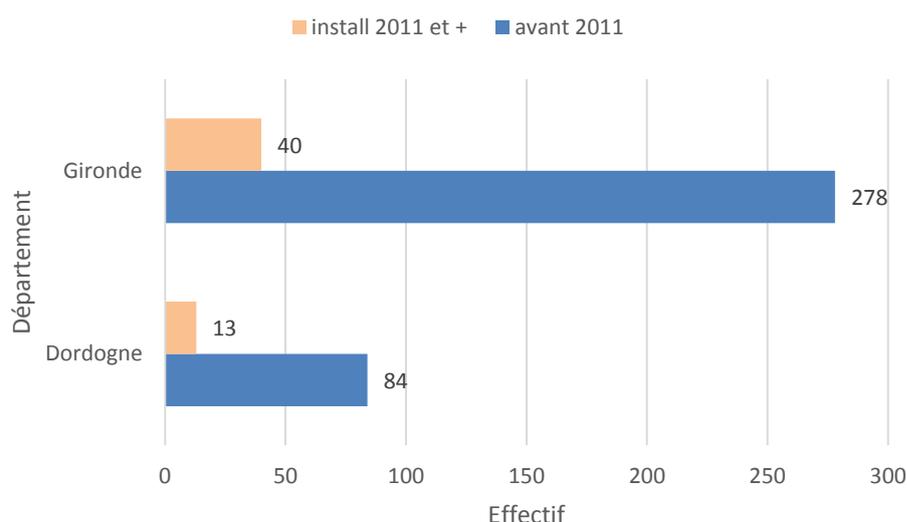


Figure 13 : Effectifs de médecins installés en Dordogne et Gironde par rapport à l'année 2011 de mise en place de la ROSEP. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=415, 4 réponses manquantes)

3-1-5/ Maîtres de stage

Parmi les répondants en Dordogne, il y avait 15.5% de maîtres de stage et 20% en Gironde. La moyenne d'âge des maîtres de stage était de 52.5 ans et la médiane à 53 ans.

3-2/ Pratiques déclarées en terme de dépistage par frottis cervico-utérins (N=419)

3-2-1/ Réalisation déclarée de FCU par les médecins interrogés

La question « réalisation des FCU » portait sur l'acte technique réalisé par le médecin lui-même, reflet des pratiques individuelles déclarées par chaque professionnel.

En Dordogne, près d'1/4 des médecins ne réalisaient aucun frottis eux-mêmes.

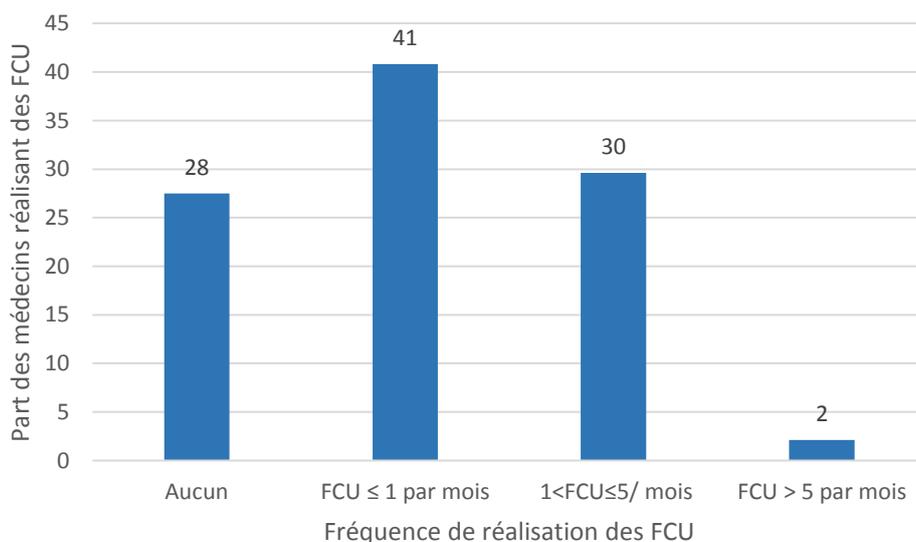


Figure 14 : Réalisation déclarée de FCU par les médecins généralistes interrogés en Dordogne (N=98). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419)

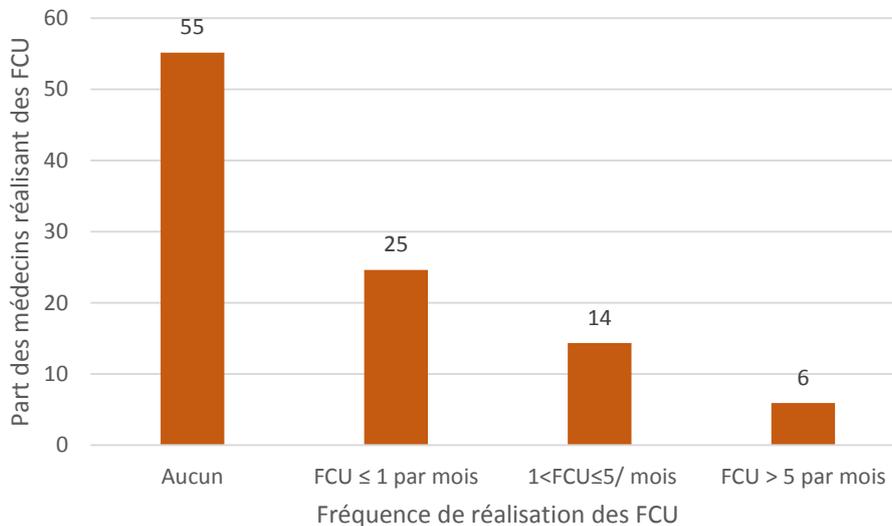


Figure 15 : Réalisation déclarée de FCU par les médecins généralistes interrogés en Gironde (N=321). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419)

Nous faisons le constat de pratiques différentes dans les deux départements. En Gironde, plus de la moitié des médecins ne réalisaient aucun frottis eux-mêmes.

3-2-2/ Organisation du dépistage

En Dordogne, l'organisation du dépistage des patientes se faisait majoritairement en les adressant pour cet acte aux confrères ou dans un laboratoire d'analyses médicales.

En Gironde, 69.1% des médecins déclaraient adresser à un confrère et/ou à un laboratoire.

Le détail de l'organisation du dépistage déclaré par les médecins figure dans le tableau ci-après :

<i>Organisation du dépistage</i>	<i>Dordogne</i>	<i>Gironde</i>
Autre	0	2
Confrère	22	97
Confrère/Autre	1	1
Confrère/Pas de consigne	2	5
Confrère/Pas de consigne/Autre	1	2
Laboratoire	12	19
Laboratoire/Pas de consigne	3	4
Laboratoire/Confrère	35	125
Laboratoire/Confrère/Autre	0	3
Laboratoire/Confrère/Pas de consigne	3	11
Laboratoire/Confrère/Pas de consigne/autre	0	1
Pas de consigne	8	21
Pas de consigne/autre	2	10
Pas d'organisation	9	20
Total	98	321

Tableau 4 : Organisation du dépistage en Dordogne et Gironde. Étude auprès des médecins spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419).

3-2-3/ Freins à la réalisation des FCU

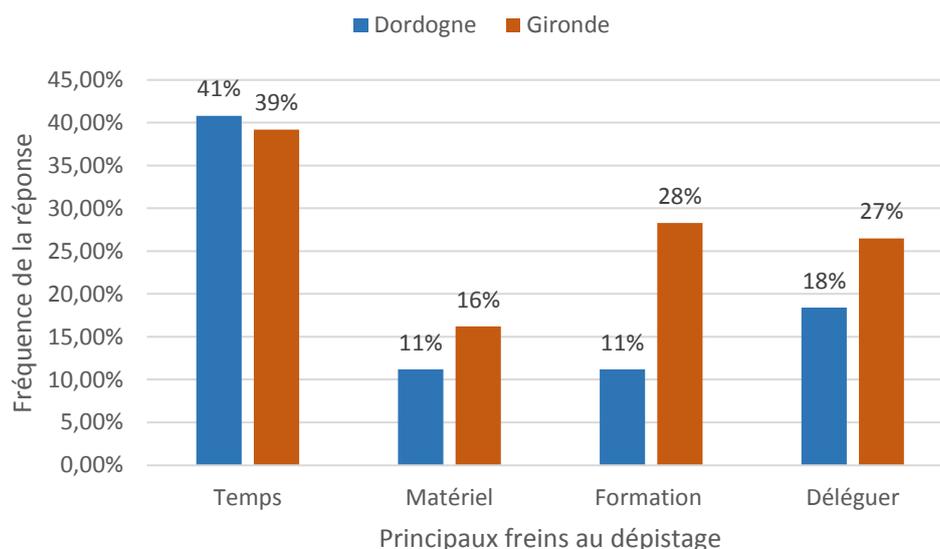


Figure 16 : Principaux freins au dépistage par le médecin généraliste en Dordogne et en Gironde. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419)

Dans les deux départements c'était le manque de temps qui arrivait en tête des freins au dépistage soit 40.8% en Dordogne et 39.2% en Gironde.

En Dordogne, en 2^{ème} intention les praticiens déclaraient préférer déléguer, le manque de formation et de matériel arrivaient ensuite.

En Gironde après le manque de temps, les praticiens estimaient manquer de formation et préféraient déléguer.

3-2-4/ Logiciel médical équipé d'un système de rappel

<i>Rappel du dépistage</i>	<i>Dordogne</i>	<i>Gironde</i>
Via le logiciel médical	23	67
Pas de rappel avec un logiciel médical	71	242
Autre système de rappel	4	11
Total	98	320

Tableau 5 : Effectifs des médecins selon la possession ou non un logiciel médical équipé d'un système de rappel. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=418, 1 réponse

manquante)

Une minorité des médecins avait un logiciel programmé permettant le rappel du dépistage. Nous ne pouvons pas distinguer parmi les réponses négatives ceux qui n'avaient pas informatisé les dossiers médicaux de ceux qui n'avaient pas de système de rappel.

3-2-5/ Dépistage et précarité

Sur la population répondante (N=412 car 7 réponses manquantes), 9.3% des médecins interrogés en Dordogne pensaient qu'il fallait un dépistage accru pour leurs patientes en CMU et taux identique en Gironde (9.2%).

3-2-6/ Perception du rôle de Santé Publique

En Dordogne, 91.6% des médecins interrogés étaient convaincus de leur rôle de prévention et 92.5% en Gironde.

3-3/ Taux de réalisation des FCU dans les patientèles en 2014 (N=419)

Les données individuelles fournies par la CPAM pour les médecins ayant donné leur autorisation, nous ont permis de les classer en fonction des valeurs seuils des taux de réalisation des FCU déterminées par ce même organisme.

Rappelons que les taux sont calculés à partir du repérage d'actes de FCU dans la patientèle du médecin généraliste quel que soit l'effecteur de cet acte technique (médecin généraliste lui-même, gynécologue, médecin biologiste...) et à partir de la patientèle cible. (Voir chapitre « Matériel et Méthodes »)

Nous les avons présentées en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques et d'exercice des médecins généralistes et de l'atteinte des objectifs : objectif intermédiaire (65 à 80%) et objectif cible (80%) et non atteinte des objectifs (taux inférieur à 65%).

3-3-1/ Taux de réalisation de FCU sur l'année 2014

La répartition des médecins selon leur taux de réalisation de FCU met en évidence sur le graphique suivant que la grande majorité n'atteignait même pas l'objectif intermédiaire. En 2014, 5% des praticiens installés en Dordogne atteignaient un taux entre 65 et 80% versus 28.4% en Gironde.

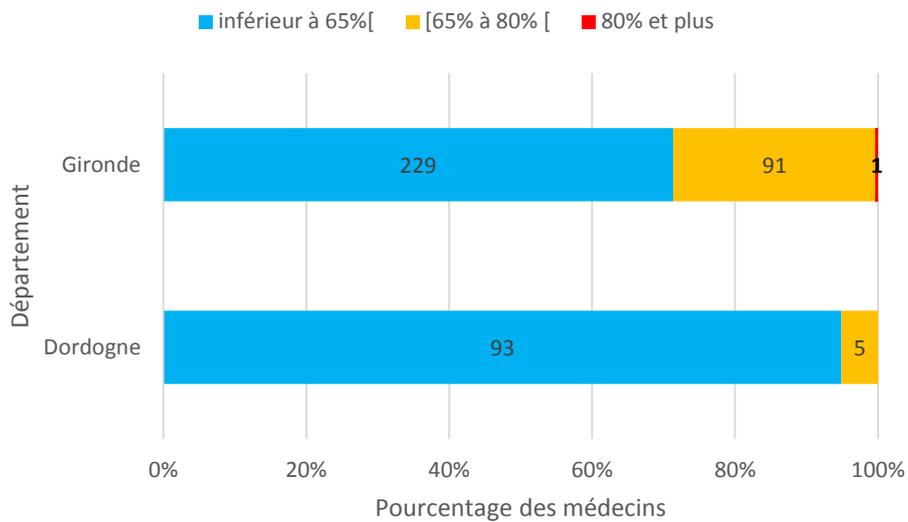


Figure 17 : Taux de FCU dans la patientèle selon données CPAM pour les médecins. Étude auprès des médecins spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419).

Nous avons également calculé dans cette sous population, le taux moyen de réalisation des FCU en 2014 qui était en Dordogne de 52.9% versus 59.6% en Gironde.

3-3-2/ Bassin de population

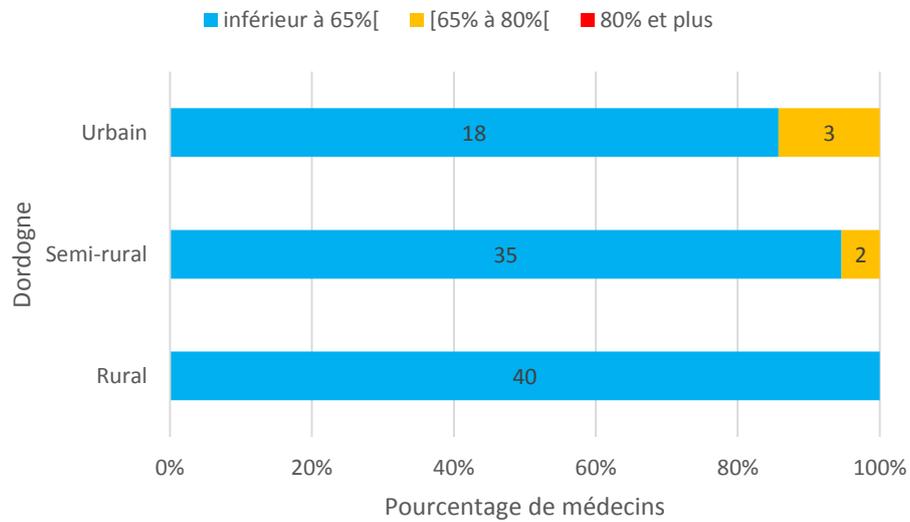


Figure 18 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon bassin de population en Dordogne (N=98). Étude auprès des médecins spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419)

En Dordogne, département à exercice majoritairement rural, quelques médecins parvenaient à atteindre un chiffre entre 65 et 80%. (Respectivement environ 5.4% en semi-rural et 14.3% des médecins installés en zone urbaine.)

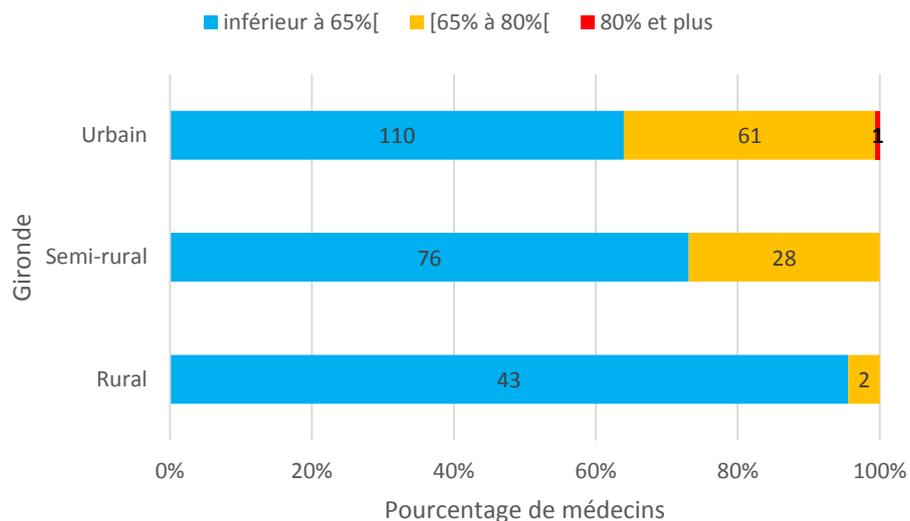


Figure 19 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon bassin de population en Gironde. (N=321) Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419)

En Gironde, davantage de médecins atteignaient l'objectif intermédiaire en zone urbaine, près de 36% d'entre eux versus 27% en semi-rural.

3-3-3/ Mode d'exercice

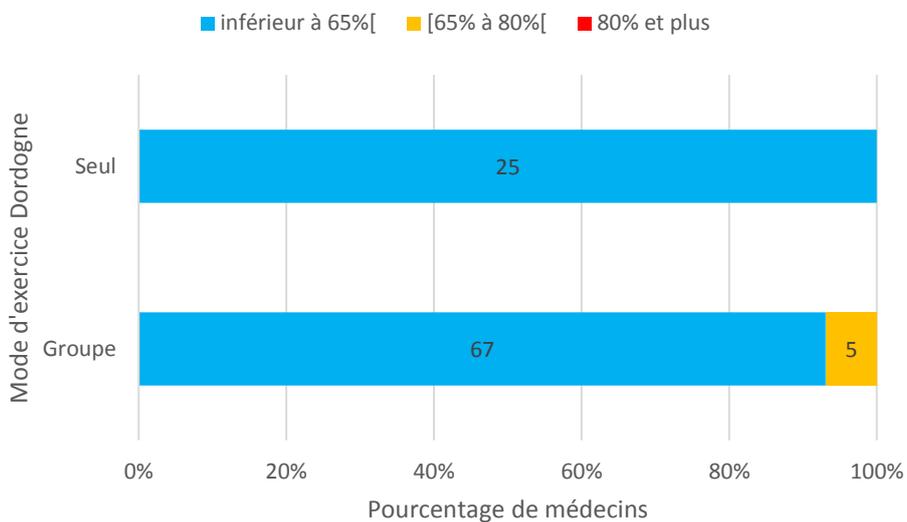


Figure 20 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon zone d'exercice en Dordogne (N=97, 1 réponse manquante). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419)

En Dordogne, tous les médecins exerçant seul avaient un taux de réalisation de FCU inférieur à l'objectif intermédiaire (65%) et 7% des médecins exerçant en groupe dans ce département avaient un taux entre 65 et 80%.

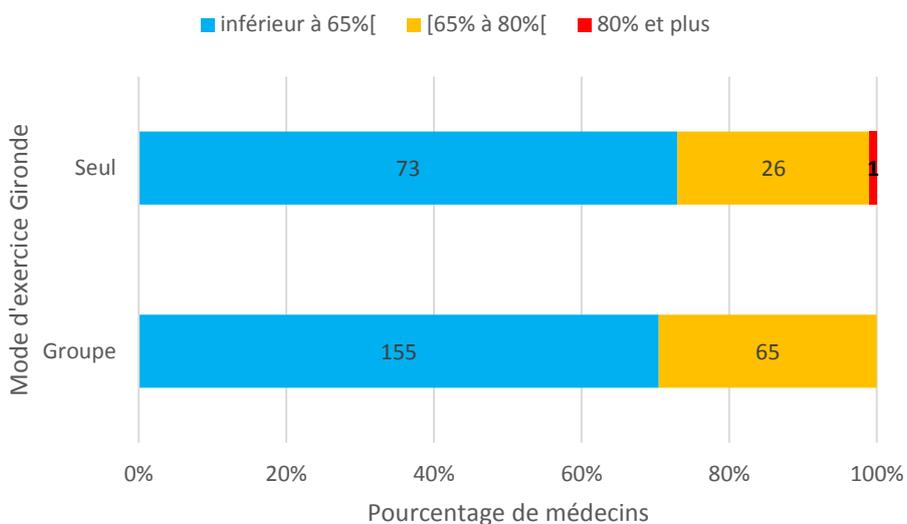


Figure 21 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon zone d'exercice en Gironde (N=320, 1 réponse manquante). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de

Dordogne en 2014 (N=419).

En Gironde, 1% des médecins exerçant seuls atteignaient l'objectif cible de 80 %. Cette catégorie n'apparaissait pas dans l'exercice de groupe. Environ 1/4 des médecins exerçant seuls atteignaient un taux de réalisation entre 65 et 80% versus 29.5% de ceux exerçant en groupe.

3-3-4/ Année d'installation

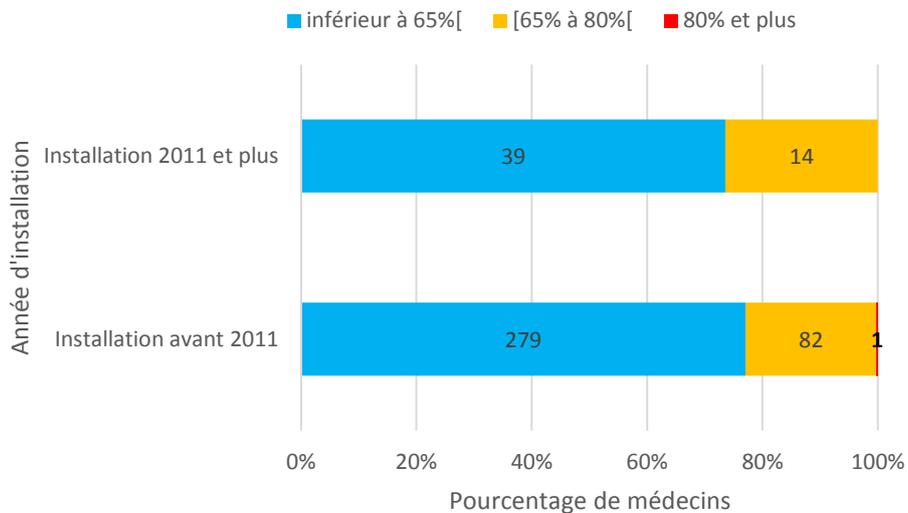


Figure 22 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM selon année d'installation dans les deux départements (N=415, 4 réponses manquantes). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014

En rassemblant les données des deux départements qui n'apparaissent pas différentes, on constate que 26.4% des médecins installés depuis 2011 atteignaient un taux compris entre 65 et 80% (soit un peu plus d'1/4) versus 22.6% des installés avant 2011.

3-3-5/ Maîtres de stage

Nous avons étudié l'atteinte des objectifs de santé publique en distinguant les médecins maîtres de stage amenés à former leurs futurs confrères.

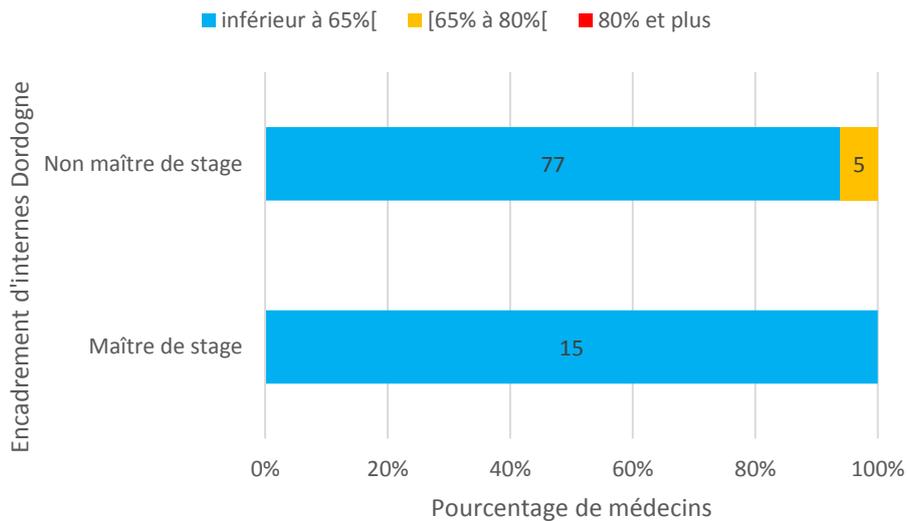


Figure 23 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM en fonction de l'encadrement d'internes en Dordogne (N=97, 1 réponse manquante). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419)

En Dordogne, aucun des 15 maîtres de stage n'atteignaient l'objectif intermédiaire fixé. Chez les non maîtres de stage, un taux entre 65 et 80% était atteint par 6% des médecins interrogés.

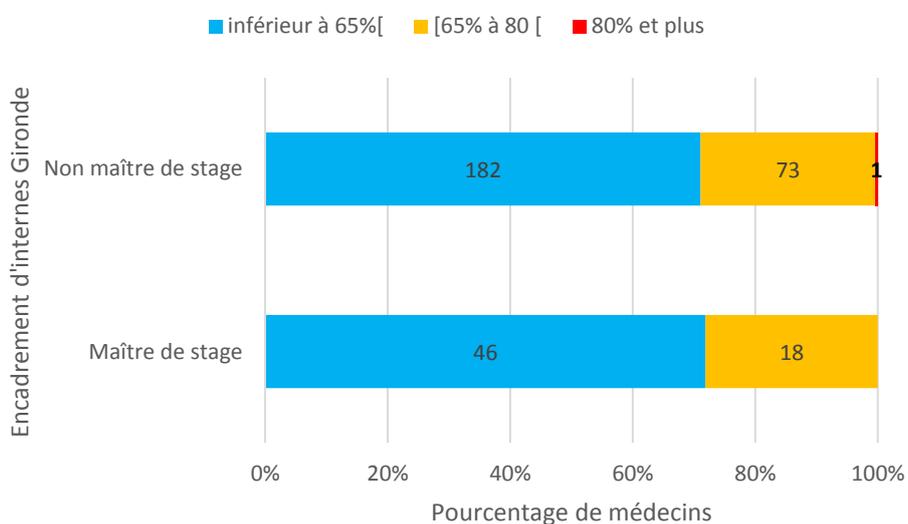


Figure 24 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM en fonction de l'encadrement d'internes en Gironde (N=320, 1 réponse manquante). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419).

En Gironde, l'objectif intermédiaire était aussi souvent atteint par les maîtres de stage (28.1%) que

par les non maîtres de stage (28.9%).

Finalement les maîtres de stage amenés à former leurs futurs confrères n'avaient pas de meilleurs résultats que leurs confrères non chargés de l'encadrement d'internes au cabinet.

3-3-6/ Logiciel médical équipé de rappel au dépistage

Le fait d'être équipé d'un logiciel médical permettant le rappel du dépistage reflète en partie un des objectifs via l'item « Informatisation du cabinet ». Nous avons rapproché les taux de réalisation des FCU de la possession d'un outil susceptible de favoriser le suivi des patientes.

Cette question explorait le rappel du dépistage via le logiciel médical et les réponses ne montraient pas de différence entre les deux départements.

Une minorité de logiciels avaient des systèmes de rappel pour le dépistage.

En Dordogne, ceux équipés d'un logiciel avec système de rappel étaient 13% à atteindre l'objectif intermédiaire, ceux non pourvus d'un rappel étaient 2.8% à l'atteindre.

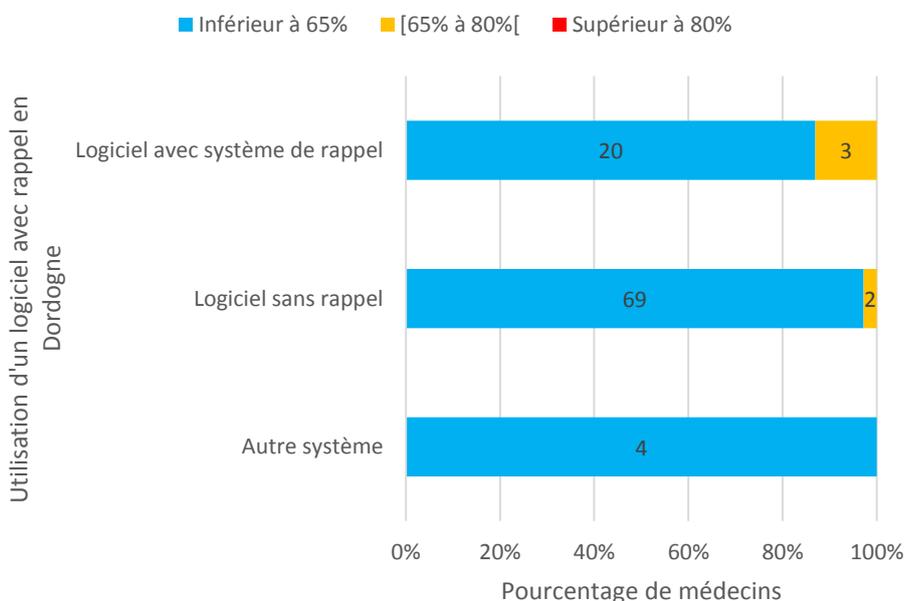


Figure 25 : Taux de FCU dans la patientèle en fonction de l'utilisation d'un logiciel médical équipé d'un système de rappel du dépistage en Dordogne (N=98). Étude auprès des médecins spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419).

En Gironde, 25.4% des médecins équipés d'un logiciel avec rappel atteignaient l'objectif intermédiaire de 65% versus 28.5% pour ceux non équipés d'un système de rappel au sein de leur logiciel.

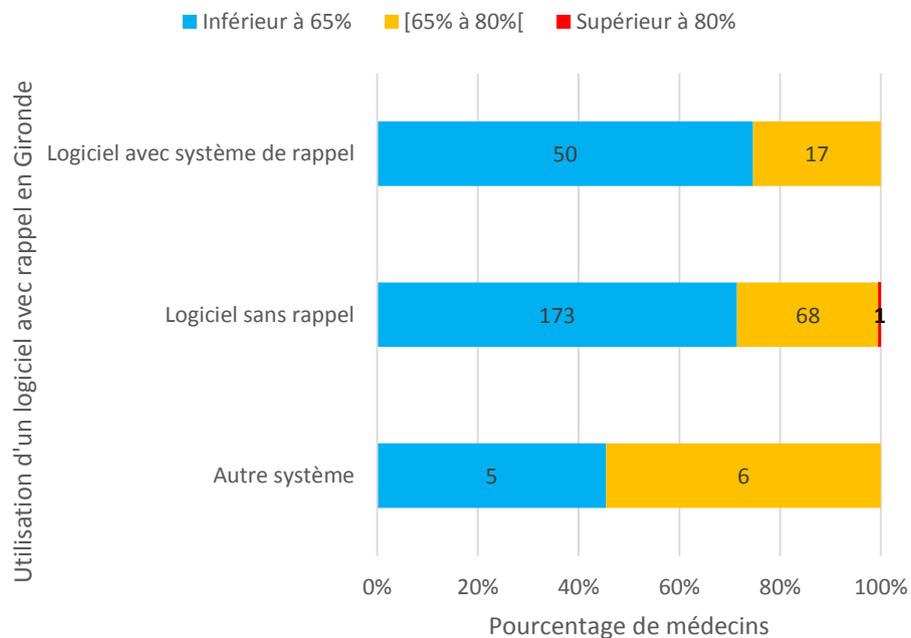


Figure 26 : Taux de FCU dans la patientèle selon atteinte des objectifs fixés par la CPAM en fonction de l'utilisation d'un logiciel équipé d'un système de rappel en Gironde (N=320, 1 réponse manquante). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne en 2014 (N=419).

4/ Résultats des taux de réalisation des FCU sur quatre années consécutives (2011, 2012, 2013, 2014) et influence de certains facteurs déterminants (N=363)

Dans cette population, nous avons décrit l'évolution du taux de réalisation des FCU dans le temps globalement puis en fonction de différents facteurs notamment d'exercice.

4-1/ Evolution du taux moyen de FCU sur les quatre années

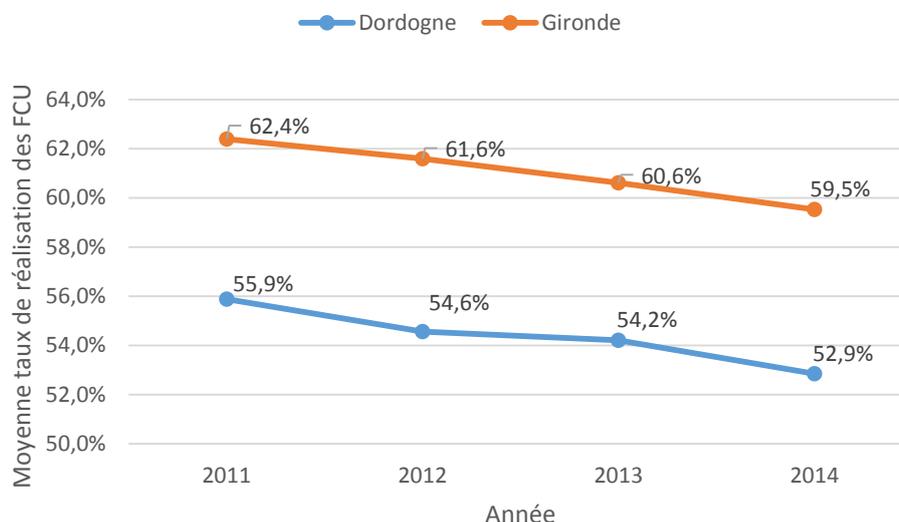


Figure 27 : Evolution du taux moyen de réalisation de frottis cervico-utérins en Dordogne et en Gironde sur quatre années consécutives. Étude auprès des médecins spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

Les taux de réalisation des FCU de 2011 à 2014 étaient ceux fournis par la CPAM.

La moyenne du taux de réalisation de FCU des quatre années était de 54,4% en Dordogne versus 61% en Gironde.

En Dordogne depuis la mise en place de la ROSP on a constaté que le taux moyen de réalisation annuel de FCU avait baissé régulièrement de 55,9% à 52,9%. L'évolution était la même pour le département de la Gironde de 62,4% à 59,5%.

Comme précisé dans le chapitre « Matériel et Méthodes », la variation du taux entre 2011 et 2014 a été calculée par la différence entre le taux de 2014 et celui de 2011.

La comparaison de l'amplitude de variation entre 2011 et 2014, par la comparaison des moyennes montrait qu'il n'existait pas de différence entre Dordogne et Gironde.

En 2011, la comparaison des moyennes du taux de réalisation entre les deux départements retrouvait une différence statistiquement significative.

En moyenne la variation sur les quatre années a été de -3 points en Dordogne et de -2,87 en Gironde,

pour une médiane à -2.85 en Dordogne et -2.80 en Gironde.

4-2/ Evolution de la distribution des médecins selon différents objectifs ROSP

Pour chaque médecin, la différence entre les taux de 2011 (avant ROSP) et de 2014 a été calculée et dénommée « variation ».

Nous avons présenté les résultats en fonction de classes de variations, soit 5 groupes de variations :

- Plus de 5%
- De]+1 à +5%]
- De]-1 à +1%]
- De [-5 à -1%[
- Inférieure à -5%[

Redécoupées en 3 grandes classes de variations :

- Supérieure à 1%
- Entre [-1 et +1%]
- Inférieure à -1%

65% représentant l'objectif ROSP « intermédiaire » et 80%, l'objectif « cible », tous deux fixés par la CPAM.

Sur le diagramme ci-dessous, on remarquait, pour les deux départements et dans des proportions différentes, une baisse sur les quatre années du nombre de médecins dont le taux de réalisation moyen était entre 65 et 80%, au profit de la classe de réalisation inférieure à 65%. Au cours du temps, davantage de médecins se situaient en deçà de l'objectif intermédiaire. Les taux de réalisation de plus de 80%, correspondant à l'objectif cible, apparaissant faiblement dans le département de la Gironde en 2011 et 2012, étaient quasi inexistantes les deux années suivantes.

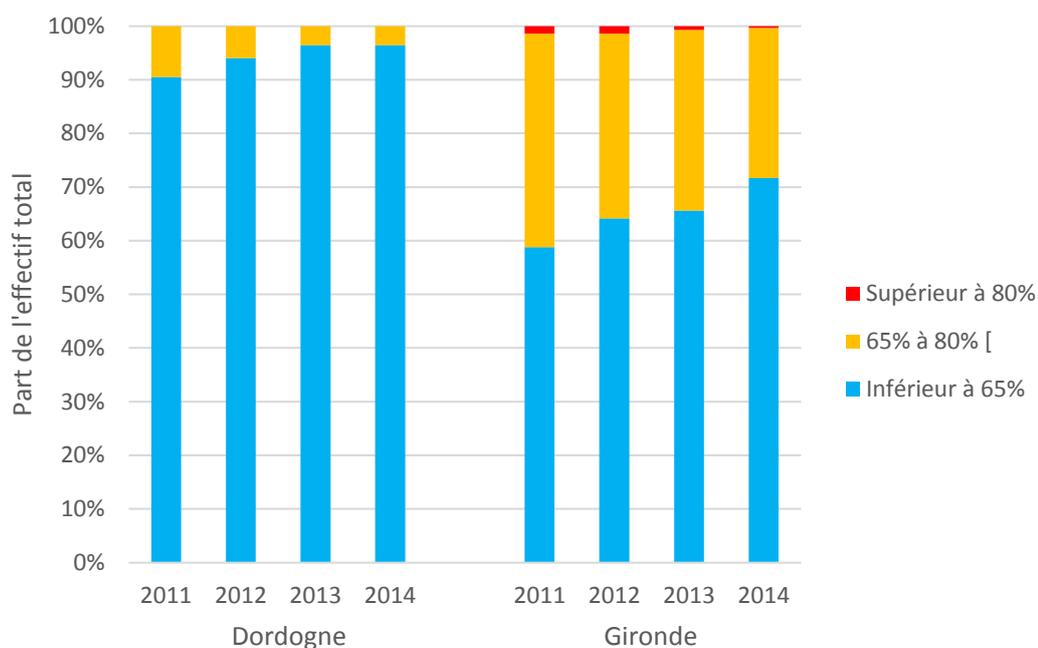


Figure 28 : Distribution des médecins selon le taux de réalisation des FCU en fonction des objectifs ROSP en Dordogne et en Gironde. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

4-3/ Distribution des médecins selon les 5 classes de variations

Il n'apparaissait pas de différence de répartition des médecins pour cette variable selon le département.

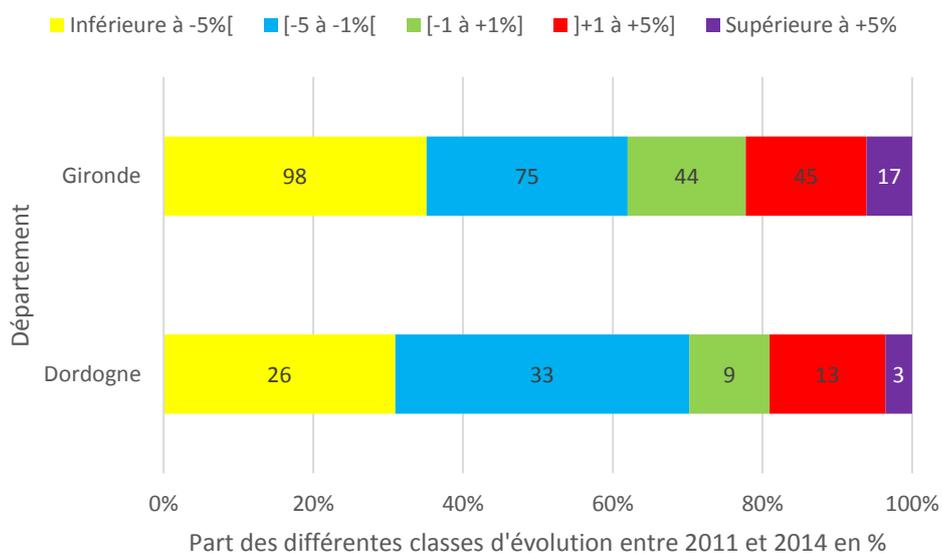


Figure 29 : Pourcentage des effectifs de médecins selon les 5 groupes de variation. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363)

L'évolution s'est donc faite majoritairement à la baisse en Dordogne et en Gironde.

En raison des effectifs, nous avons choisi de rassembler les résultats en 3 classes de variations.

- Supérieure à 1%, que nous appellerons variation « positive ».
- [-1 à +1%] que nous considérons comme taux inchangé ou « absence de variation ».
- Inférieure à -1% (essentiellement des variations de -1 à -5%) que nous nommerons variation « négative ».

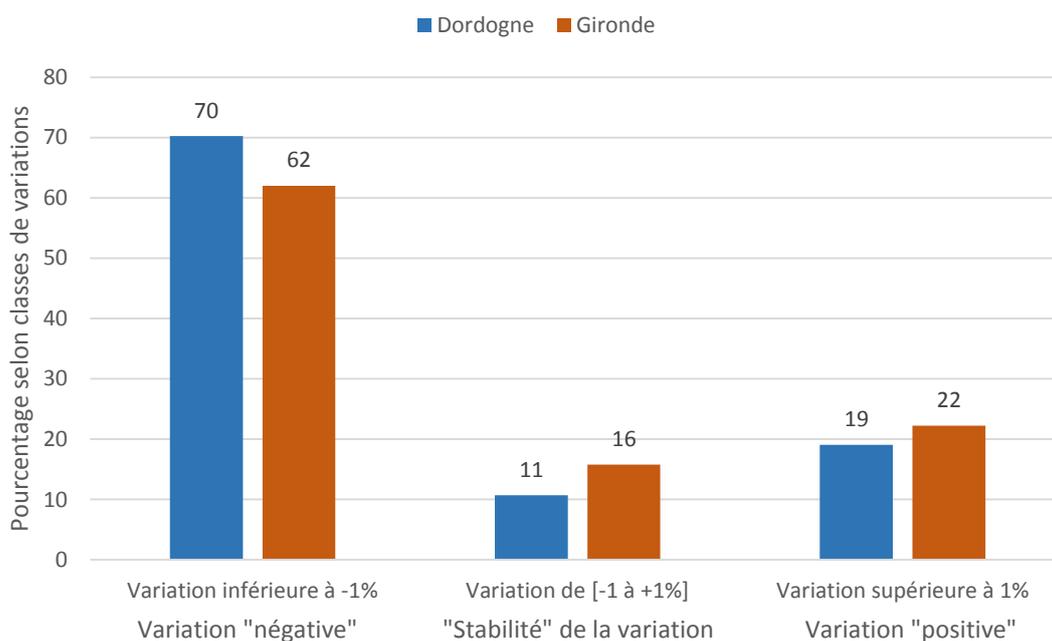


Figure 30 : Distribution des médecins selon la variation du taux de FCU. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

La classe la plus représentée pour la Dordogne et la Gironde était la classe où le taux de variation entre 2011 et 2014 pour le taux moyen de réalisation de FCU était une variation « négative » ; ce taux était en régression dans les deux départements avec respectivement 70% et 62% de médecins dans cette classe de variation.

La classe de variation « positive » représentait 19% des médecins en Dordogne et 22% en Gironde. Les tendances avaient la même allure pour les deux départements.

Rappelons qu'il s'agissait d'une variation qui ne tenait pas compte de la valeur du taux de FCU au départ c'est-à-dire en 2011. Ainsi, une variation pouvait être « positive » en passant de 55 à 60% en étant en deçà des objectifs intermédiaires et cibles et pouvait être « négative » en passant de 85 à 82%.

4-4/ Variation 2011-2014 en fonction de différentes caractéristiques

4-4-1/ En fonction du bassin de population dans les deux départements

L'évolution « positive » de plus de 1% d'augmentation du taux de réalisation de FCU était surtout observée dans les zones semi-rurales et rurales dans le département de la Dordogne. (plus d'un médecin sur cinq). L'évolution « négative » restait majoritaire dans tous les bassins de population en Dordogne. En Gironde, c'était dans les zones urbaines et semi-rurales qu'étaient surtout observées les évolutions « positives » (plus d'un médecin sur cinq).

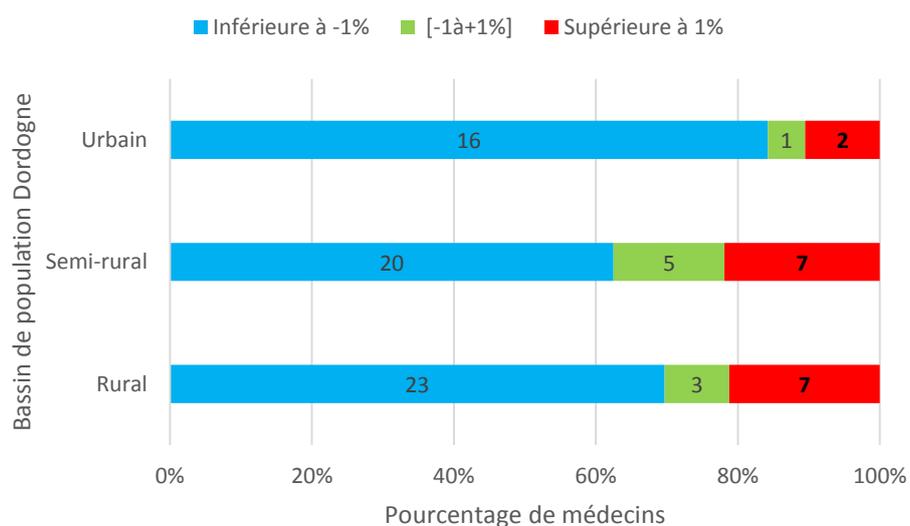


Figure 31 : Pourcentage des médecins selon classe de variation du taux moyen de FCU selon le bassin de population du lieu d'exercice en Dordogne (N=84) Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

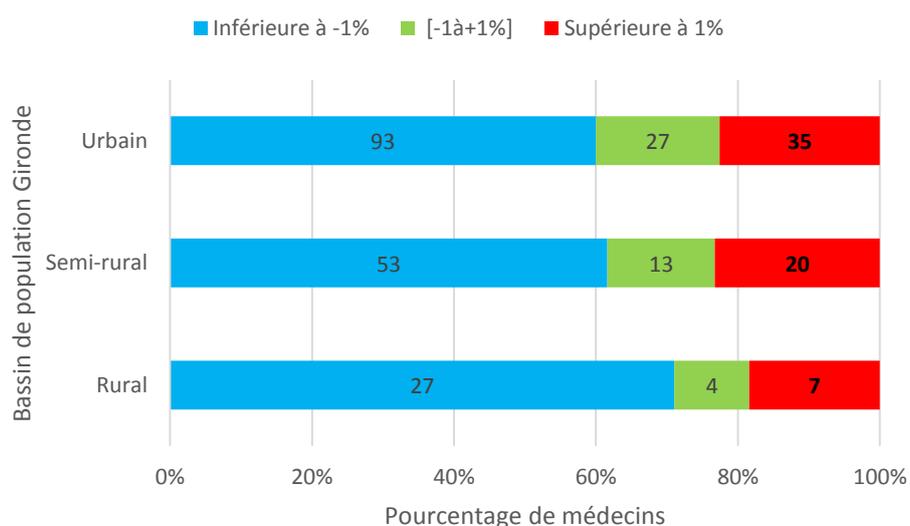


Figure 32 : Pourcentage des médecins selon classe de variation du taux moyen de FCU selon le bassin de population du lieu d'exercice en Gironde (N=279) Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

4-4-2/ En fonction du mode d'exercice

En Dordogne, que le mode d'exercice soit seul ou en groupe, la classe d'évolution « positive » était représentée en proportion équivalente soit environ 19% de médecins dans les deux modes d'exercice. En Gironde, cette variation « positive » était légèrement plus fréquente pour les médecins exerçant seuls (environ 1/4 de ces derniers). L'évolution était globalement « négative » avec la présence de 58.5% des médecins exerçant seuls et 63.8% de ceux exerçant en cabinet de groupe dans cette catégorie. La proportion de ceux se situant sur une classe d'évolution « stable » était un peu plus représentée par ceux installés en groupe, 16.2% versus 14.9% pour ceux installés seuls.

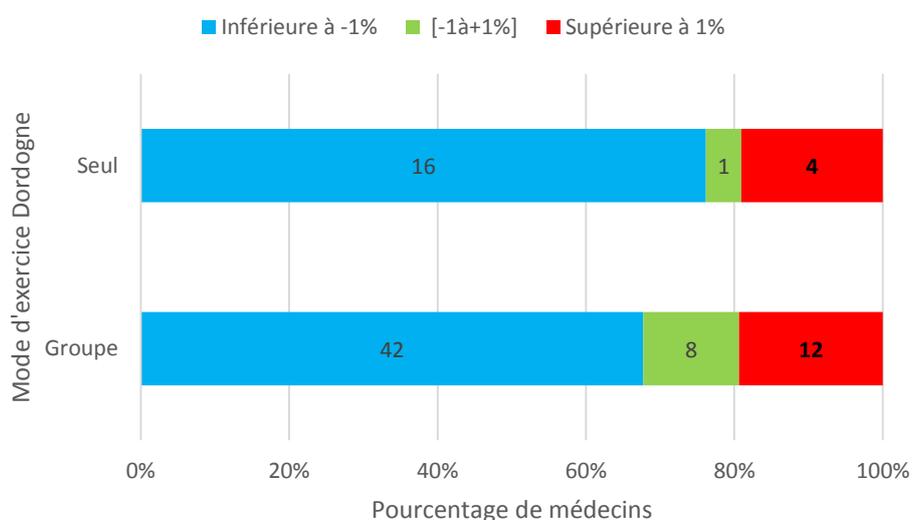


Figure 33 : Pourcentage des médecins selon classe de variation du taux de réalisation de FCU en fonction du mode d'exercice en Dordogne (N=83, 1 réponse manquante). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

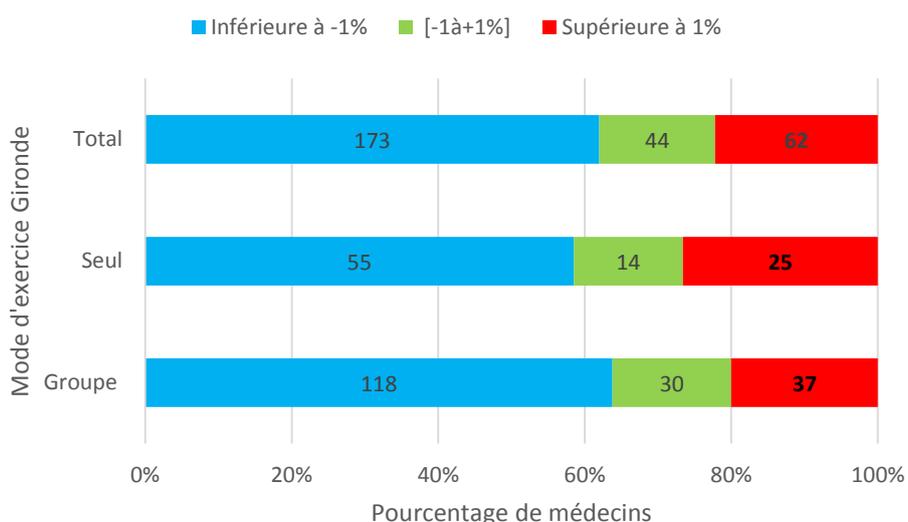


Figure 34 : Pourcentage des médecins selon classe de variation du taux de réalisation de FCU en fonction du mode d'exercice en Gironde (N=279). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne

entre 2011 et 2014 (N=363).

4-4-3/ En fonction de la pratique d'adressage

Dans ce paragraphe, nous avons rapproché la variation de FCU dans la patientèle, telle que calculée par la CPAM, avec les pratiques déclarées des Médecins Généralistes, de réalisation personnelle ou non des FCU dans leur patientèle.

En Dordogne, l'évolution du taux de frottis 2011-2014 montrait que les médecins ayant une variation de plus de 5% du taux de réalisation de FCU étaient ceux qui adressaient leurs patientes à un laboratoire ou un confrère sans les réaliser eux-mêmes.

On constatait que la variation du taux de FCU dans la patientèle était plus souvent « positive » pour le groupe des médecins qui déléguaient à un confrère ou à un laboratoire sans les réaliser eux-mêmes.

La question posée était « *Autrement, comment organisez-vous le dépistage de vos patientes ?* », plusieurs réponses étaient possibles parmi : « vous les adressez au laboratoire », « vous les adressez à un confrère/gynécologue/centre de planification/sage-femme », « vous ne donnez pas de consigne », « autre, comment ? ».

En Gironde sur 17 médecins ayant une progression de plus de 5%, 6 réalisaient eux-mêmes les frottis sans adresser les patientes au laboratoire ou à un confrère, les autres adressaient à un laboratoire et/ou à un confrère. Certaines variations de taux pouvaient être plus facilement atteintes en particulier dans les petites patientèles. Qu'ils adressaient ou pas l'évolution était globalement « négative ».

Une minorité de médecins réalisaient eux-mêmes cet acte de dépistage toutes classes d'évolution confondues. Les réponses « pas de consigne » sont incluses avec ceux qui répondaient « adresse parfois laboratoire et/ou confrère ».

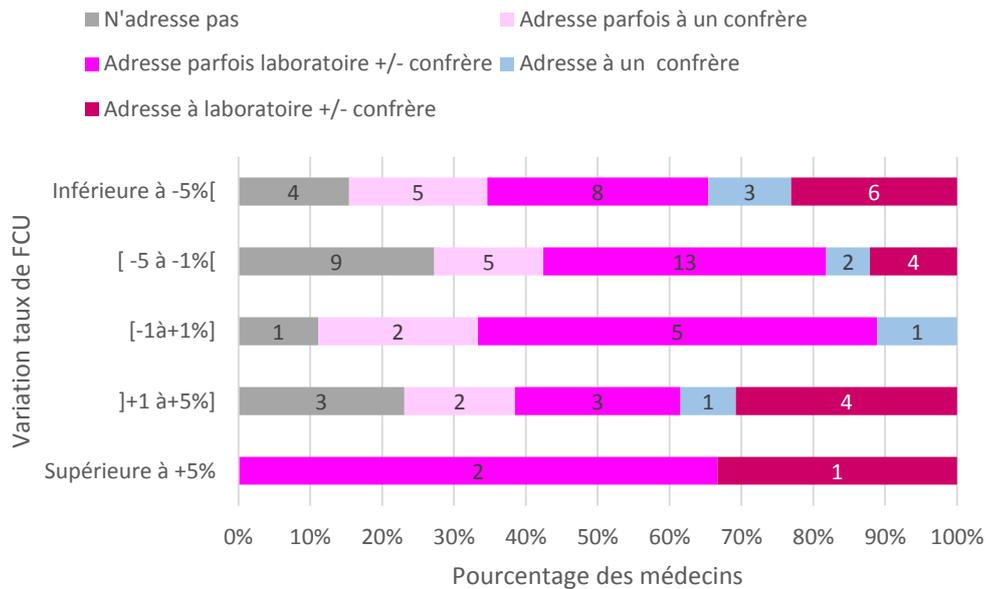


Figure 35 : Variation du taux de FCU en Dordogne en fonction de l'adressage (N=84) Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

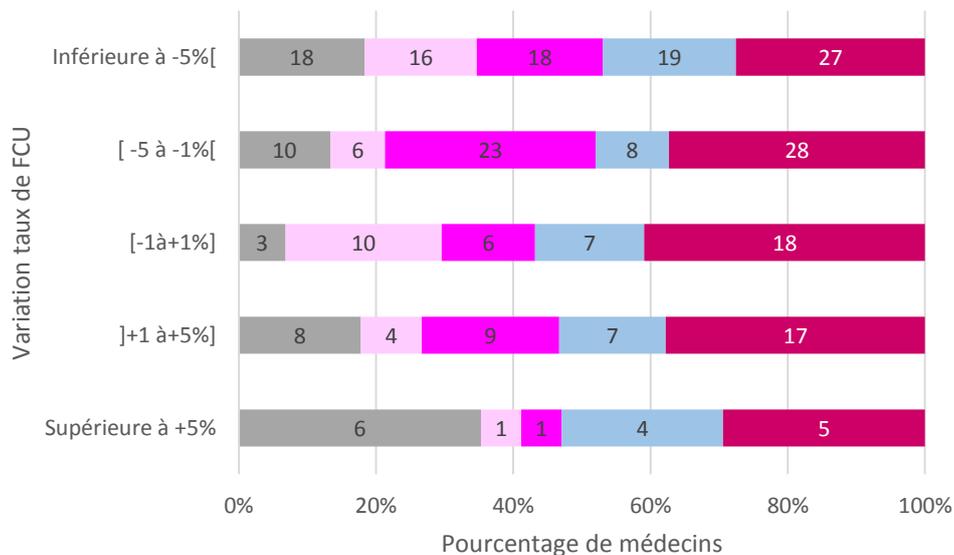


Figure 36 : Variation du taux de FCU en Gironde en fonction de l'adressage (N=279). Étude auprès des médecins spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

4-4-4/ Variation en fonction de la pratique déclarée de réalisation personnelle des FCU

Les résultats tant en Dordogne qu'en Gironde montraient que les variations « positives » comme

« négatives » se rencontraient quelle que soit la pratique personnelle du médecin généraliste en terme de réalisation des FCU.

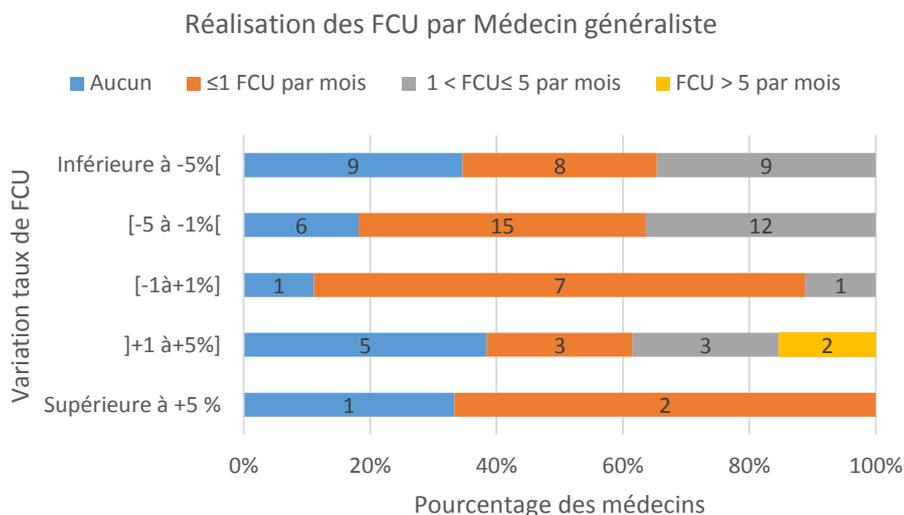


Figure 37 : Nombre de FCU par mois réalisés par le Médecin Généraliste selon les classes de variations en Dordogne (N=84). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

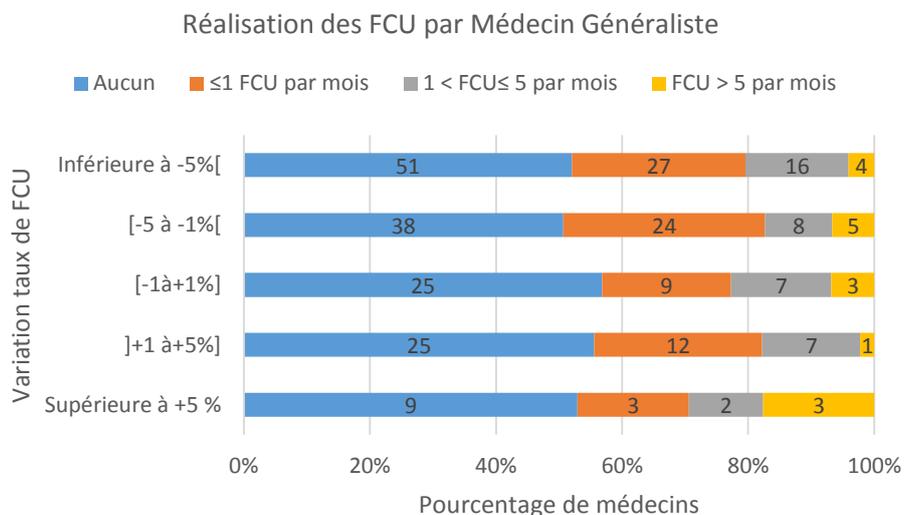


Figure 38 : Nombre de FCU réalisés par le Médecin Généraliste par mois selon les classes de variations en Gironde (N=279). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

4-4-5/ Variation du taux ROSP en fonction de la perception de la rémunération du frottis

Les médecins déclaraient majoritairement que la rémunération de l'acte était insuffisante.

En Dordogne, 45 médecins sur un total de 81 (soit 55.5%) répondaient que la rémunération liée à la

réalisation du FCU était insuffisante. En Dordogne comme en Gironde, parmi les médecins qui répondaient que la cotation était « suffisante », une majorité avait un taux de réalisation de FCU moindre en 2014 qu'en 2011.

Parmi ceux qui déclaraient une cotation « insuffisante », on trouvait toutes les catégories de variations des FCU.

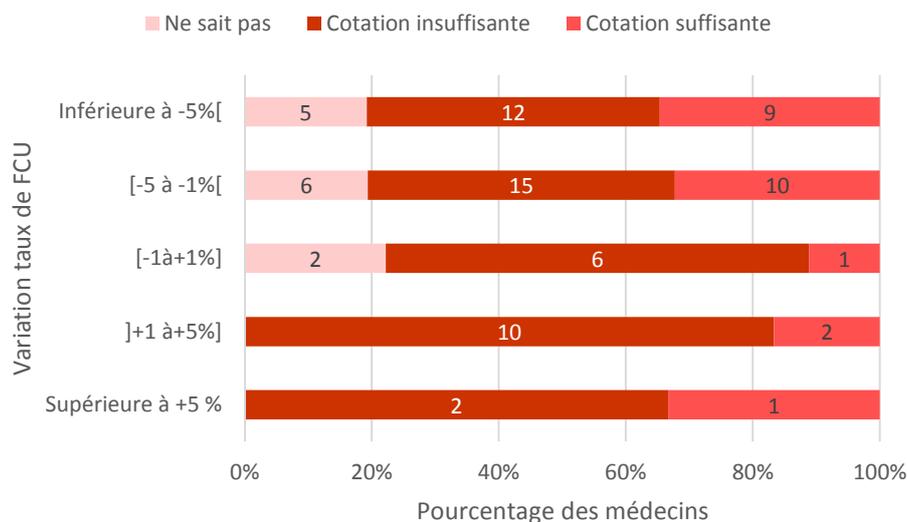


Figure 39 : Variation du taux de FCU en fonction de la perception des Médecins Généralistes de la rémunération de l'acte, en Dordogne (N=81, 3 réponses manquantes). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

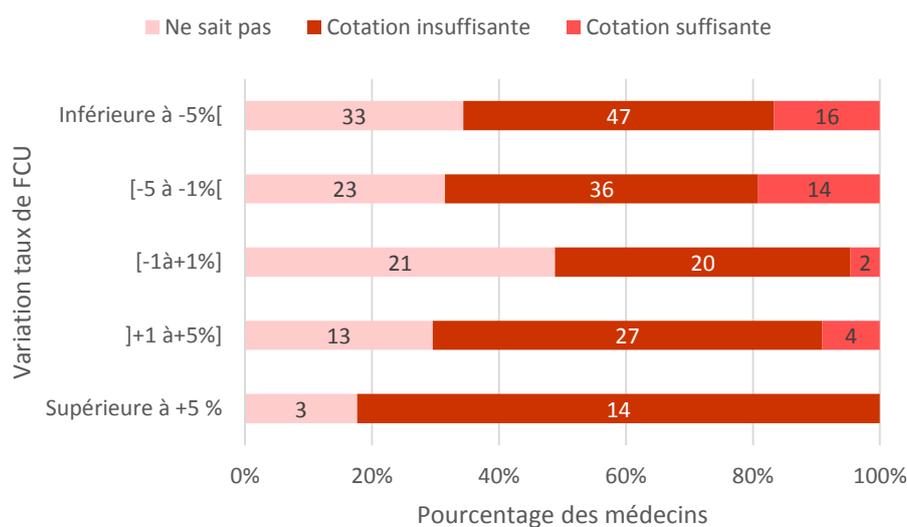


Figure 40 : Variation du taux de FCU en fonction de la perception des Médecins Généralistes de la rémunération de l'acte, en Gironde (N=273, 6 réponses manquantes). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

4-4-6/ Variation du taux de FCU selon l'utilisation d'un logiciel avec rappel au cabinet

La question posée au médecin demandait s'il utilisait dans son logiciel médical un système de rappel automatisé pour le dépistage du cancer du col utérin.

En Dordogne, 23 médecins sur 84 étaient équipés d'un logiciel médical avec rappel, soit 27.4%, un quart des médecins.

En Gironde, 76.2% des médecins interrogés n'étaient pas équipés d'un logiciel médical avec système de rappel (212 médecins sur 278). La majorité de ces logiciels n'étaient pas équipés de dispositif de rappel pour les dépistages.

Dans ce même département, les progressions de plus de 1% des variations de taux de FCU étaient majoritairement obtenues sans logiciel médical équipé de rappel.

De même que les pourcentages d'atteinte des objectifs n'étaient pas différents selon le fait de posséder ou non un logiciel médical avec système de rappel intégré, on retrouvait parmi les médecins informatisés des variations « négatives » comme « positives ».

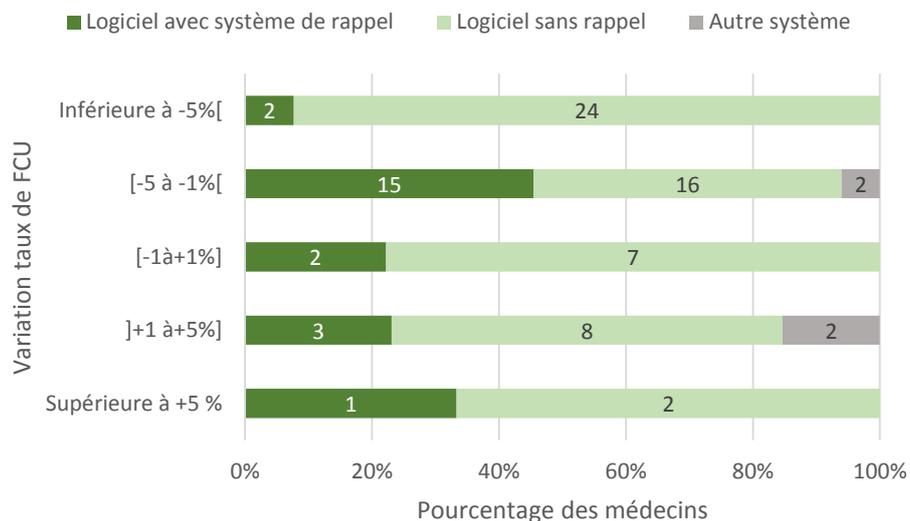


Figure 41 : Variation du taux de FCU en fonction de l'utilisation d'un logiciel équipé d'un système de rappel en Dordogne (N=84). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

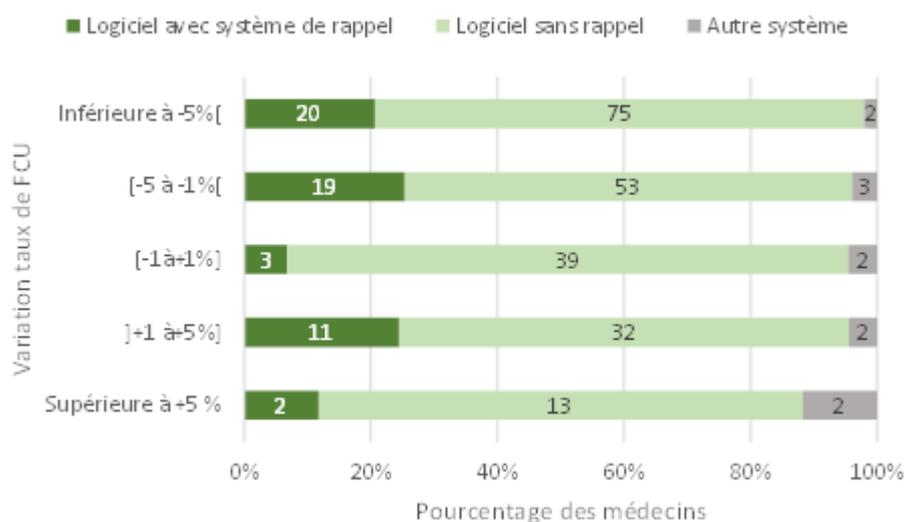


Figure 42 : Variation du taux de FCU en fonction de l'utilisation d'un logiciel équipé d'un système de rappel en Gironde (N=278, 1 réponse manquante). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

4-4-7/ Variations chez les maîtres de stage

Les médecins ayant répondu à ce questionnaire répondaient à la question maître de stage « oui, non » mais ne disaient pas depuis quand ils occupaient cette fonction. Ainsi certains sont devenus maîtres de stage au cours de ces quatre années.

Il ne nous a donc pas semblé opportun de présenter l'évolution en fonction de ce critère.

4-5/ Optimisation des pratiques de dépistage chez les Médecins Généralistes (N=363)

4-5-1/ Optimisation du dépistage par l'envoi d'une liste de patientes concernées

La question qui était spécifiquement posée dans le questionnaire cherchait à savoir si le médecin souhaitait recevoir de la part de la CPAM, une liste de patientes n'ayant pas encore réalisé de FCU. Le questionnaire offrait comme réponses « oui », « non », « ne se prononce pas ».

Les résultats de cette question ont été présentés dans la population des 363 médecins pour lesquels nous avons une dynamique d'évolution. Cela permettait de rapprocher les souhaits des tendances à variations « positives » ou « négatives ».

En Dordogne, 49 médecins souhaitaient une liste parmi les 59 médecins ayant un résultat de variation « négative » soit 83% d'entre eux. Dans ce même département, 62 médecins souhaitaient l'envoi d'une liste soit 74.7% des médecins interrogés.

En Gironde, 223 médecins souhaitaient une liste de rappel soit 80.8% des médecins interrogés. Parmi cet effectif de médecins, 59% avaient un résultat d'évolution « négative ».

132 médecins se prononçaient favorables à l'envoi d'une liste parmi les 171 médecins ayant une évolution négative soit 77.2% de ceux ayant des variations « négatives ».

Dans les deux départements, quelque soit leur résultat d'évolution du taux de FCU réalisés entre 2011 et 2014, les médecins souhaitaient en majorité la mise en place d'un envoi systématique d'une liste de patientes n'ayant pas réalisé leur FCU de dépistage.

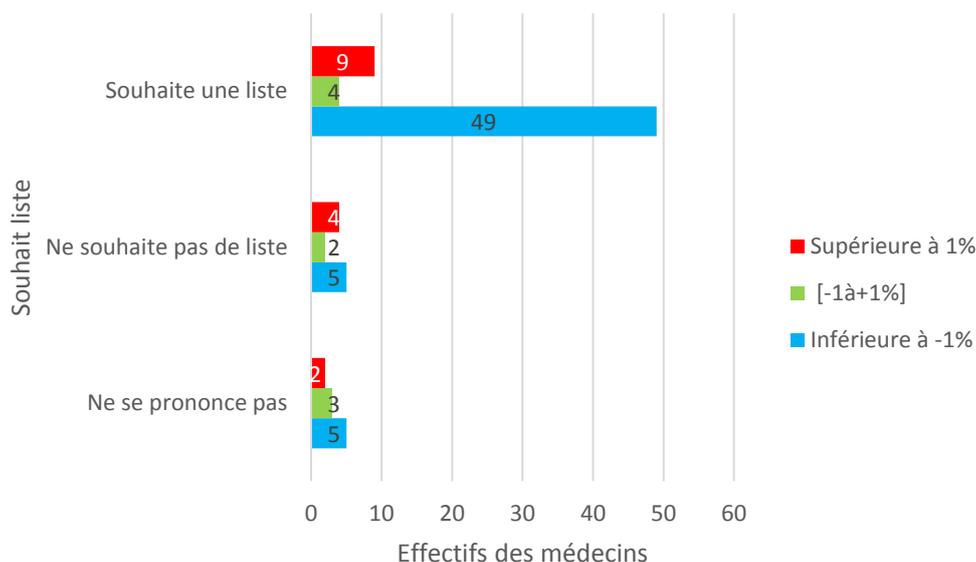


Figure 43 : Souhait de liste en fonction des résultats personnels ROSP de variation en Dordogne (N=83 car une réponse manquante). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

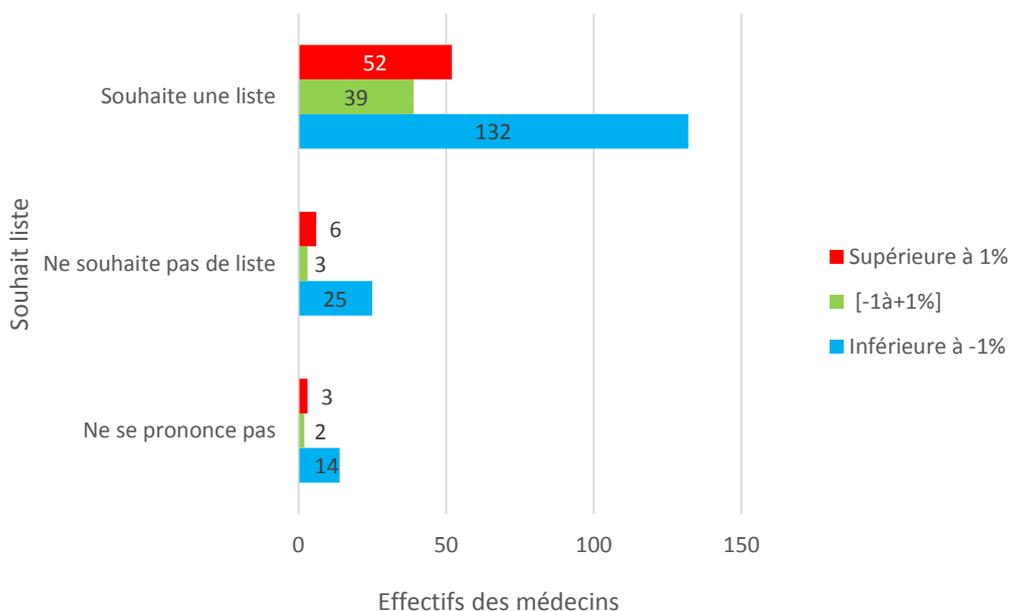


Figure 44 : Souhait de liste en fonction des résultats personnels ROSP de variation en Gironde (N=276 car trois réponses manquantes). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

4-5-2/ Quel impact incitatif de la ROSP ?

Les médecins pour lesquels nous disposions des données ROSP étaient également interrogés sur le fait d’avoir le sentiment d’avoir réalisé davantage de FCU depuis la mise en place de la ROSP. Les réponses proposées étaient : « plus souvent », « moins souvent », « ni plus ni moins qu’avant », « ne sait pas ».

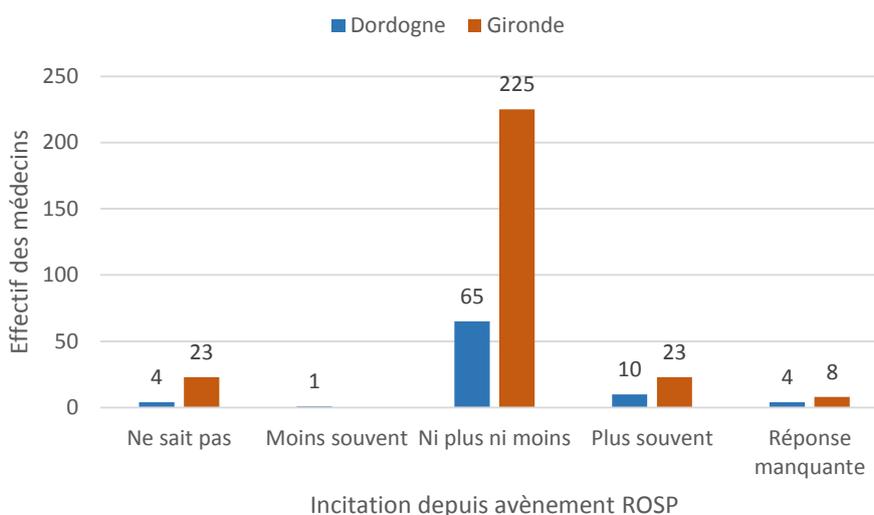


Figure 45 : Incitation à la réalisation des FCU depuis la ROSP, en Dordogne et Gironde. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

En Dordogne, ils étaient 77.4% à déclarer avoir fait « ni plus ni moins » de FCU versus en Gironde 80.6% depuis la mise en place de la ROSP.

En rapprochant ces déclarations des variations calculées précédemment, il apparaissait que les médecins évaluaient leur pratique de FCU comme inchangée, aussi bien parmi ceux ayant des variations « positives » que pour ceux en ayant des « négatives ».

4-5-3/ Elément le plus incitatif de la ROSP

<i>Elément incitatif ROSP</i>	<i>Dordogne</i>	<i>Gironde</i>
Aucun*	13	38
Autre	8	21
Challenge	27	96
Challenge/autre	1	3
Challenge/Rémunération	17	60
Challenge/Rémunération/Autre	2	5
Rémunération	0	16
Rémunération/Autre	0	1
Réponse manquante	16	39
Total	84	279

Tableau 6 : Eléments incitatifs de la ROSP selon les médecins interrogés en Dordogne et Gironde. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

* « Aucun » n'était pas une réponse proposée, il s'agissait d'une réponse courante, spontanément exprimée que nous avons décidé d'inclure dans les réponses.

En Dordogne, 15.5% des médecins répondaient « aucune incitation » versus 13.5% en Gironde.

En Dordogne le challenge était recherché chez 32.1% des médecins versus 34.4% en Gironde.

Le challenge associé à la rémunération arrivait en 2^{ème} position des réponses les plus courantes soit 20% en Dordogne versus 21.5% en Gironde.

La rémunération comme seule incitation de la ROSP ne concernait aucun médecin en Dordogne et 6% des médecins Girondins.

Parmi les 8% (sur les deux départements) des médecins qui avaient cité d'autres sources d'incitation on retrouvait les commentaires libres suivants :

« L'intérêt des ROSP ne vaut que pour se rendre compte qu'effectivement nos résultats sont plus ou moins mauvais, ce ne sont pas ces résultats qui influencent ma pratique quotidienne ».

« J'essaie de faire mon travail correctement et je n'ai pas besoin de rémunération pour cela ».

« Je ne trouve pas la ROSP incitative elle n'a pas modifié mes pratiques »

« La ROSP permet de faire un « rappel » sur nos pratiques »

« L'intérêt professionnel et personnel pour la prévention »

« Problème de santé publique »

« Améliorer la prise en charge des patientes mais en restant libre donc en gardant de la distance par rapport aux pourcentages »

« Améliorer le pourcentage obtenu pour l'intérêt des patientes »

4-5-4/ Optimisation par délégation de l'acte à des infirmières formées

On recueillait dans cette question l'opinion des médecins sur une éventuelle délégation du FCU à des infirmières formées.

En Dordogne, au total on avait 33 médecins sur 83, soit 39.7% d'entre eux qui étaient favorables à la délégation de cet acte à des infirmières. En Gironde 50.4% y étaient favorables, soit un taux nettement supérieur.

Les deux graphiques ci-dessous mettent en évidence que les réponses ne différaient pas selon que les médecins généralistes aient augmenté ou non leur taux de réalisation de FCU dans l'un ou l'autre des départements.

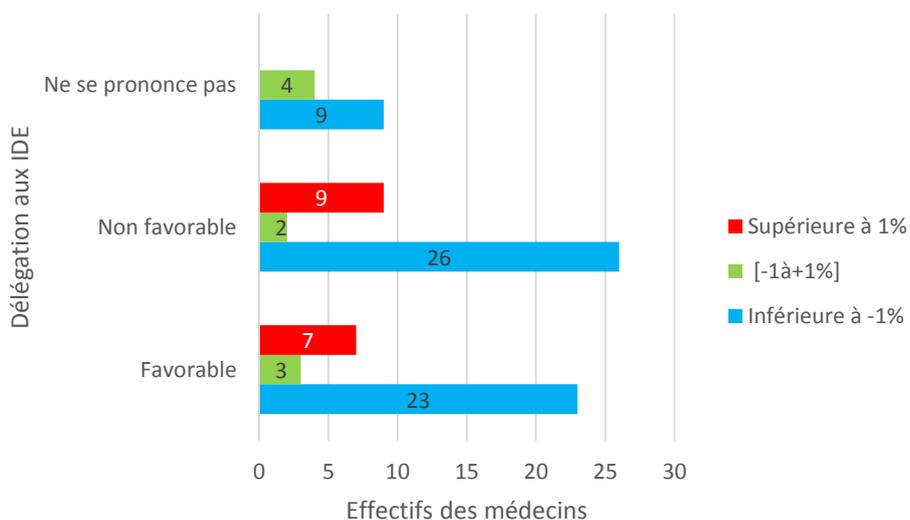


Figure 46 : Opinion sur délégation des FCU aux infirmières formées selon l'évolution du taux de FCU en Dordogne (N=83, une réponse manquante) Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

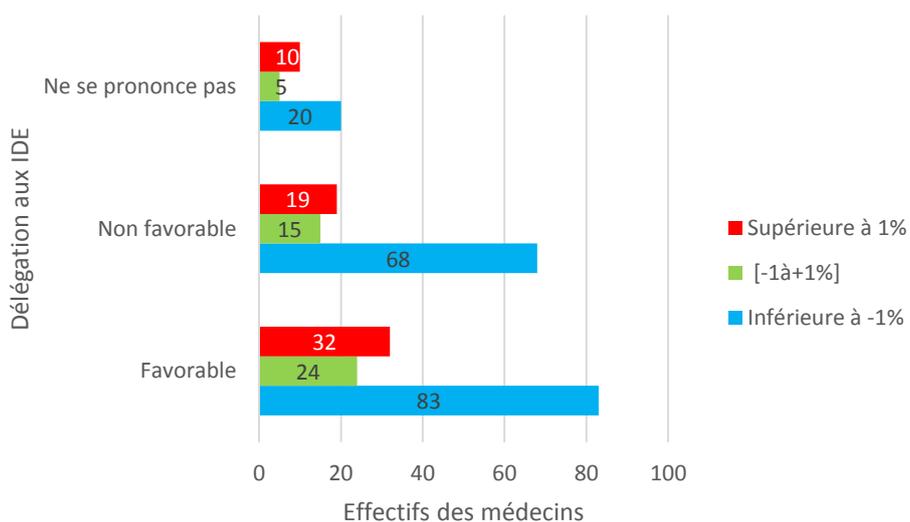


Figure 47 : Opinion sur délégation des FCU aux infirmières formées selon l'évolution du taux de FCU en Gironde (N=276, 3 réponses manquantes). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

4-5-5/ Optimisation par mise en place d'un dépistage organisé

En Dordogne, 69% des médecins étaient favorables à la mise en place d'un dépistage organisé, soit plus des deux tiers des médecins. Ceux majoritairement favorables à la mise en place d'un dispositif de dépistage organisé étaient ceux qui avaient un résultat de variation « négative », soit 70.7% de ceux favorables au dépistage organisé. En Gironde, 72% des médecins étaient favorables au dépistage organisé

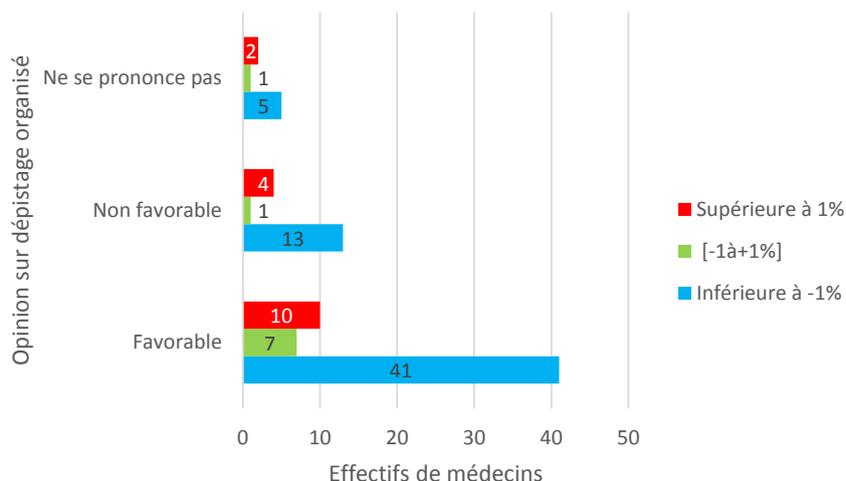


Figure 48 : Opinion sur la mise en place d'un dépistage organisé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de l'évolution du taux en Dordogne (N=84). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

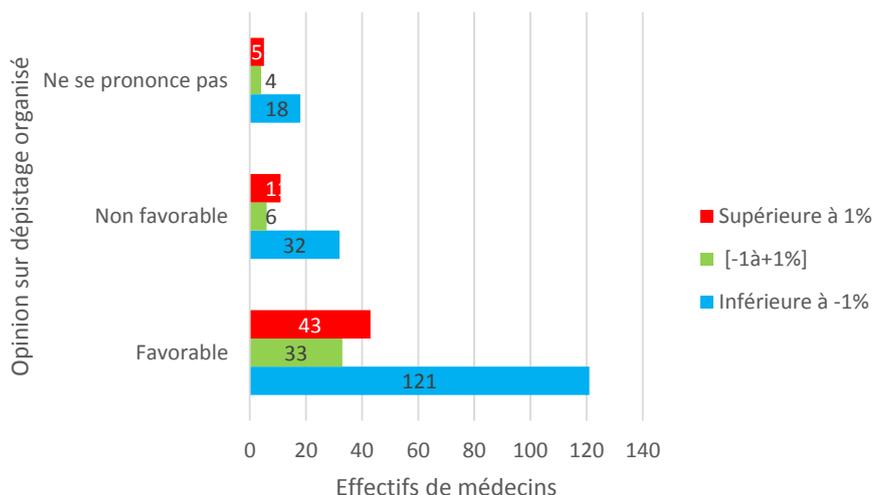


Figure 49 : Opinion sur la mise en place d'un dépistage organisé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de l'évolution du taux en Gironde (N=273, six réponses manquantes). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

4-5-6/ Quel est l'élément le plus pertinent pour optimiser le dépistage ?

A la question « *Quel est le moyen le plus pertinent pour optimiser le dépistage par FCU ?* », les médecins avaient le choix parmi les réponses suivantes : « incitation ROSP », « participation à un dépistage organisé type cancer colorectal » et « autre, lequel... » dernier item où le médecin était libre de proposition.

<i>Optimisation du dépistage</i>	<i>Dordogne</i>	<i>Gironde</i>
Autre moyen	8	30
Dépistage organisé	61	195
ROSP	6	31
ROSP/Dépistage organisé	3	7
Réponses manquantes	6	16
Total	84	279

Tableau 7 : Moyens d'optimisation du dépistage du cancer du col de l'utérus selon les médecins interrogés. Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et de Dordogne entre 2011 et 2014 (N=363).

Dans les deux départements, on retrouvait un nombre important et majoritaire de médecins ayant répondu que le moyen le plus pertinent pour optimiser le dépistage du cancer du col utérin était le dépistage organisé.

En Dordogne, sur les 84 répondants à cette question, 72.6% étaient en faveur du dépistage organisé seul.

7.1% des praticiens interrogés en Dordogne avaient répondu que le moyen d'optimiser le dépistage passait par la ROSP versus 11.1% en Gironde.

En Gironde, sur les 279 répondants, 70% étaient en faveur du dépistage organisé seul.

Parmi les « autres moyens » évoqués par les médecins, on trouvait :

« Envoi aux patientes de rappels de dépistage »

« Sensibiliser les patientes »

« Envoi d'une liste au médecin traitant »

« Mise en place de consultation prévention en Médecine Générale»

« Sensibiliser les patientes et les médecins à l'importance du dépistage »

« Faire son travail de médecin généraliste »

« Définition claire du professionnel responsable »

« Valoriser l'acte et dégager du temps médical »

« Sensibilisation par campagnes télévisées »

« Conscience professionnelle du médecin »

« Mettre des affiches en salle d'attente »

5/ Cas des jeunes installés (N=449)

Pour étudier les statistiques des jeunes installés, on gardait l'échantillon à 449 médecins sans exclure ceux qui n'avaient pas de données ROSP. Les jeunes installés étaient nombreux à ne pas avoir bénéficié du calcul de la ROSP, faute de patientèle suffisante, ou d'identification par la Caisse comme nouveau médecin traitant.

En Dordogne tous les médecins installés après 2011 n'avaient pas de données ROSP, soit 16 médecins sur 114.

En Gironde, parmi les médecins installés depuis 2011, 2 médecins apparaissaient dans la classe d'évolution inférieure à - 5% et 45 n'avaient pas de données car installés entre 2011 et 2014.

DISCUSSION

1/ Originalité et intérêt de l'étude

1-1/ Choix des départements

Pour des raisons pratiques de faisabilité logistique et budgétaire, l'étude s'est focalisée sur deux départements Aquitains : la Dordogne plutôt rurale et la Gironde plus urbaine, comprenant la métropole Bordelaise.

1-2/ Données statistiques quantitatives

Une des principales forces de notre étude a été sa partie quantitative à travers l'obtention auprès des deux Caisses Primaires d'Assurance Maladie de résultats ROSP officiels (les mêmes servant à calculer la rémunération annuelle ROSP pour chaque médecin). Ils ont permis de faire une étude objective sur l'évolution du résultat ROSP sur quatre années consécutives. Plusieurs rendez-vous de travail ont été nécessaires avec les responsables de chaque Caisse afin de trouver un accord sur l'obtention des statistiques personnelles de chaque médecin ayant préalablement donné son autorisation écrite et signée sur le questionnaire. Après plusieurs relances auprès des responsables locaux des services statistiques, nous avons pu obtenir ces données quantitatives.

De plus, cette étude concernait une mesure conventionnelle récente mise en œuvre par les CPAM puisque la ROSP n'était effective que depuis le 1^{er} janvier 2012 : son impact était donc évalué sur les 3 premières années de sa mise en place. Les chiffres pour l'année de départ (2011) étaient connus.

1-3/ Taux de participation

La population de médecins analysés a été conséquente avec 835 questionnaires adressés et 449 exploitables pour cette étude.

Le **taux de participation a été de 53.8%** sur les deux départements confondus, soit 65.5% pour la Dordogne et 50.7% pour la Gironde. Le taux de participation était correct pour réaliser une étude

représentative.

Ce taux a été plus important en Dordogne pouvant avoir un lien de proximité avec l'adresse postale de l'investigateur.

Des heures de relances téléphoniques ont été nécessaires pour rappeler un à un les médecins qui n'avaient pas répondu au questionnaire. A la suite de cette relance téléphonique, si l'investigateur avait eu la chance de pouvoir discuter avec le médecin, ce dernier s'engageait à retrouver le pli et remplir le questionnaire pour le renvoyer par voie postale ou par mail selon les cas.

2/ Principaux résultats de l'étude

Un des principaux objectifs de cette étude était d'évaluer l'impact de la ROSP sur la pratique des médecins en décrivant l'évolution des taux moyens de réalisation de FCU sur quatre années.

2-1/ Résultats pour l'année 2014 (N=419)

En Dordogne, sur les 98 médecins répondants, le taux moyen de réalisation de FCU a été de 52.87% : 27.5% des médecins déclaraient n'en faire aucun et 40.8% moins d'un par mois.

En Gironde, sur les 321 médecins répondants, le taux moyen de réalisation de FCU a été de 59.6% : 55.1% déclaraient ne faire aucun frottis.

En 2014, 5% des praticiens Périgourdins atteignaient un taux entre 65 et 80% pour 28.6% des praticiens en Gironde. Seul un médecin atteignait l'objectif cible de 80 % fixé par la CPAM en Gironde sur les 321 répondants. Les autres médecins avaient un taux de réalisation de FCU inférieur à l'objectif intermédiaire fixé à 65%.

On peut se poser la question du niveau élevé des objectifs fixés par la CNAM : n'est-il pas déraisonnable de fixer un objectif à 80% qui n'est quasiment jamais atteint par les médecins ? Ce chiffre correspond-il vraiment à un exercice médical qui respecte les recommandations faites par les autorités de santé, où la part de la compliance des patientes n'est pas prise en compte ?

2-2/ Résultats sur quatre années dont trois années de ROSP 2011/2014 (N=363)

L'année 2011 correspondait à la situation de départ avant mise en application des ROSP (en janvier 2012).

Sur les quatre années, nous avons constaté que le taux de réalisation de frottis cervico-utérin avait diminué.

En moyenne sur les quatre années, le taux de réalisation de FCU avait baissé de 2.9% en Gironde et de 3% en Dordogne. Cette baisse était donc semblable dans les deux départements.

Nette progression pour les deux départements des variations de taux négatives avec 70.4% de variations de [-1 à plus de -5%] pour la Dordogne et 62.01% pour la Gironde.

Il n'y a pas eu d'impact positif de la ROSP concernant la prévention du cancer du col de l'utérus en médecine générale. La tendance a été paradoxalement à la baisse pour ce dépistage sur 4 ans, en proportion équivalente dans les deux départements.

3/ Biais et limites de l'étude

3-1/Déclaration CNIL

Un point faible de l'étude a été sa non déclaration à la CNIL, du fait de contraintes temporelles.

Cependant chaque médecin avait donné expressément son autorisation écrite sur le questionnaire afin que l'investigateur puisse se procurer ses données personnelles statistiques de ROSP auprès de sa CPAM. Ces autorisations écrites ont été conservées sous format papier.

3-2/ Biais méthodologiques

3-2-1/ Biais de sélection/recrutement

La liste des médecins destinataires du questionnaire avait été obtenue après demande écrite auprès de l'ARS Aquitaine. Cette agence a fourni la liste des médecins reconnus par l'Ordre des Médecins en tant que « spécialistes en Médecine Générale ».

Une loi de janvier 2002 a reconnu la Médecine Générale parmi les spécialités médicales, elle avait refondé l'internat en introduisant un D.E.S d'une durée de 3 ans à partir de 2004. C'était à partir d'octobre 2007 que les premiers spécialistes en médecine générale ont été diplômés de cette spécialité.

Les générations antérieures devaient en faire la demande expresse en justifiant de leur pratique.

Cette liste qui était censée être hors MEP et qualifications diverses, ne devait concerner que les omnipraticiens exclusifs, hors, on a retrouvé des médecins dont la pratique n'était pas orientée vers les fonctions de médecins traitants aptes à pratiquer les dépistages : des urgentistes de SOS médecins, des médecins esthétiques... La liste d'envoi des questionnaires n'était pas irréprochable et comportait une population qui ne correspondait pas complètement à la population intéressée par l'étude.

3-2-2/ Biais de classement/mesure

Certains médecins n'avaient qu'une patiente ayant déclaré le médecin en tant que médecin traitant, cette patiente avait réalisé son FCU en respectant le délai de 3 ans régulièrement ce qui fait que le médecin se retrouvait avec un taux de réalisation à 100 % pour l'indicateur de dépistage du cancer du col utérin. Cela était un biais heureusement anecdotique dans notre population.

La méthode utilisée pour le calcul de la rémunération sur l'item des frottis reposait sur les cotations remboursées, or certaines cotations utilisées dans ce calcul comprenaient la cotation de frottis de contrôle qui ne rentraient donc pas dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Pour avoir une cotation plus juste sur le dépistage du cancer du col en terme de prévention en Santé Publique, il conviendrait de différencier dans ce calcul les frottis de dépistage des frottis de contrôle par exemple.

De même, une différenciation entre les cotations des frottis faits par différents médecins, c'est-à-dire identifiant ceux réellement faits par les médecins généralistes, pourrait être intéressante à étudier. Par exemple, un chiffre élevé de ROSP peut refléter simplement un très bon adressage des patientes à des confrères. Un médecin ne réalisant aucun frottis mais ayant une patientèle compliant et un bon adressage de ses patientes pourrait être rémunéré sans avoir lui-même réalisé l'acte. Ceci rappelle que la ROSP ne gratifie que le travail de coordination et non d'effecteur pris en compte par la nomenclature. Les gynécologues étant en accès direct dans le parcours de soins, il est difficile d'identifier qui fait quoi.

3-2-3/ Validité des réponses : biais de déclaration, de mémorisation

La nature déclarative de certaines questions induisait une part de subjectivité à certaines réponses.

Il ne s'agissait pas d'une étude en aveugle puisque le médecin interrogé répondait aux questions en connaissant l'objectif de l'étude. Certaines réponses pouvaient être biaisées par leur nature déclarative.

3-2-4/ Biais de volontarisme

Les médecins ayant répondu à ce questionnaire étaient peut-être les plus sensibilisés ou intéressés par le sujet, en effet il n'y avait pas de rémunération pour la participation à cette étude. Les médecins répondants étaient tous volontaires.

4/ Hypothèses

4-1/ Profil des médecins et représentativité de l'échantillon (N=449)

Notre population comprenait 28% de médecins femmes exerçant en Dordogne et 33.7% exerçant en Gironde. Cette répartition n'était pas fidèle à la réalité puisqu'une étude du Conseil de l'ordre des médecins sur l'année 2013 comptait 35% de médecins femmes exerçant en Dordogne et 42% en Gironde pour cette même année.

L'âge moyen était de 52 ans dans notre population, comparable à celui de 51.5 ans en Aquitaine en 2013.

On comptait 15% de maîtres de stage en Dordogne et 19.4% en Gironde.

L'échantillon constitué par les deux départements été représentatif des données observées à l'échelle nationale pour ce qui était du taux moyen annuel de réalisation de FCU par les médecins généralistes. En effet, le point fait par la CNAM sur la ROSP et datant du 10 avril 2014 constatait, pour la part des patientes âgées entre 25 et 65 ans et ayant bénéficié d'un FCU au cours des trois dernières années, un taux moyen annuel de réalisation de 58.7% à fin décembre 2012 et 57.5% fin décembre 2013. (39)

Dans notre population, Dordogne et Gironde confondues (N=363), le taux moyen fin décembre 2012 était de 58.1% et fin décembre 2013 de 57.4% (identique au taux national calculé par CPAM cette même année). Notre population a donc été représentative de la population de médecins généralistes à l'échelle nationale en ce qui concernait les taux moyens annuels de réalisation de FCU.

4-2/ Les jeunes médecins généralistes installés

Un retard de paiement de la ROSP avait été mis en évidence chez les jeunes installés dont certains avaient perçu leur rémunération deux ans après leur installation (40) ; l'Assurance Maladie avait mis alors en avant des difficultés ayant amené à un retard de mise à jour des logiciels de calculs. De plus le mode de calcul était souvent contesté, notamment l'évaluation de la patientèle et ses approximations. Dans notre échantillon les jeunes médecins installés avaient des taux bien en deçà de leurs aînés quand ils avaient des chiffres. En effet, en Dordogne, les jeunes installés n'avaient pas de chiffres ROSP (ceux installés depuis 2011) et ils étaient disponibles pour seulement deux médecins en Gironde.

Enfin la ROSP était proportionnelle à la taille de la patientèle ce qui discriminait par essence les jeunes installés (40). En 2013 (41), des modifications ont été mises en place afin d'atténuer ces effets, en particulier le décompte de la patientèle se fait en fin d'année et non plus en début d'année.

4-3/ Freins liés aux patientes et aux médecins

4-3-1/ Freins liés aux patientes

Dans l'étude de la CPAM publiée en avril 2014 (39), on observait une bonne évolution notamment de la surveillance du diabète à travers l'hémoglobine glycosylée, en revanche pour les actes de prévention que ce soit pour le FCU ou les mammographies de dépistage les résultats étaient moins bons et en baisse constante. Il s'agissait de se pencher sur le but de ces prescriptions de prévention ; l'HBA1C était un témoin de la glycémie moyenne sur 3 mois et reflétait l'équilibre glycémique d'un patient qui se savait atteint de diabète. En revanche, un dépistage pouvait mener à effectuer secondairement un diagnostic : le patient pouvait basculer d'un état de bonne santé à un état de maladie, potentiellement cancéreuse. Cette signification péjorative était à prendre en compte pour analyser le comportement du patient et son acceptation du dépistage.

Pour le cancer du col utérin, une étude qualitative récente (8) sur les facteurs décisionnels de la vaccination anti-HPV avait noté que les parents des jeunes filles à vacciner avaient une connaissance approximative de cette pathologie et de sa prévention.

Il subsisterait aussi des disparités géographiques et socio-économiques pour l'accessibilité au dépistage.

Une corrélation a été démontrée entre les populations précaires repérées à l'aide de la CMU et l'accès à la prévention, les deux items prévention par mammographie et FCU étaient encore moins bons dans cette population comparée à la population générale.

Dans l'étude de Dalmon et al (42), il a été mis en évidence que les patientes en situation de précarité se faisaient dépister moins souvent (25% versus 58% dans la population générale) et consultaient à des stades plus avancés et lorsque les symptômes apparaissaient.

Les patientes détentrices de la CMU cumulaient souvent plusieurs critères de précarité : éducation, santé, revenus du foyer, emploi, accessibilité à différents services, habitat et environnement. La précarité influençait les actes de prévention et le recours aux soins. Trop impliquées dans les contraintes de la vie quotidienne, ces femmes s'occupaient moins de leur santé y compris des actes de prévention à effectuer et du suivi médical.

Le médecin généraliste était souvent le seul médecin amené à voir régulièrement la famille via les enfants s'il y en avait ; il jouait donc un rôle important sur la sensibilisation à la prévention pour ces populations défavorisées.

Dans notre étude (N=449), il ressortait que seulement 8.8% des médecins interrogés en Dordogne portaient une attention particulière au dépistage du cancer du col chez leur patientes en CMU et 8.9%

en Gironde. On peut penser que les médecins n'adaptent pas suffisamment leurs conseils à ce repérage sur leur patientèle en CMU.

En revanche la majorité pensait avoir un rôle majeur de santé publique à jouer, soit 90.3% en Dordogne et 91.6% en Gironde (N=449).

Une étude Alsacienne (43) a montré que les bénéficiaires de la CMU avaient significativement plus de frottis anormaux et les anomalies sévères étaient deux fois plus fréquentes. Un carton d'invitation a été envoyé spécifiquement à ces patientes. Sur ces cartons figuraient la notion de prise en charge à 100% et une plaquette multilingue expliquant le but du dépistage était présente dans chaque enveloppe, rédigée à l'aide d'une association appelée « Migrations Santé ». Il était important que ces femmes comprennent l'objectif du dépistage pour pouvoir y adhérer.

Parfois ces patientes préféraient consulter un gynécologue mettant en avant leur compétence et leur spécialisation.

Certaines patientes souhaitaient conserver une certaine intimité vis-à-vis de leur médecin traitant et de ce fait ne pas lui confier leur suivi gynécologique. De plus, le fait de pratiquer une religion a été retrouvé comme un facteur de moindre adhérence au dépistage et à la prévention.

Dans cette étude (44) 80% des patientes adhéraient à la démarche de prévention, 16% estimaient que le frottis était une contrainte de plus et 4% méconnaissaient le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Selon les lieux d'exercice les médecins généralistes pouvaient avoir des patientèles très variées, ce qui pouvait apporter des inégalités dans le calcul de la ROSP. Rappelons que ce calcul était uniforme sur l'ensemble du territoire Français. En effet, on peut imaginer qu'un médecin ayant une patientèle avec un statut socio-économique défavorable, des spécificités culturelles, et une patientèle moins éduquée au dépistage, se trouverait pénalisé dans le calcul de sa ROSP comparativement à un médecin installé dans des zones plus favorisées sur le plan social et éducatif.

De même, certains médecins installés dans des zones urbaines pourraient voir leur ROSP à un niveau ne reflétant pas leur pratique de FCU, du fait de la volatilité de la patientèle changeant de médecin traitant plus souvent, au gré des mutations professionnelles et autres déménagements.

4-3-2/ Freins liés aux médecins

Les chiffres donnés dans le cadre de la ROSP étaient des chiffres bruts. A titre d'exemple un médecin ayant une seule patiente dans sa patientèle pouvait avoir un excellent résultat ROSP si cette patiente

avait réalisé son FCU selon les recommandations. Ce chiffre ROSP est-il vraiment le reflet de la réalité professionnelle sur le terrain ? Reflète-t-il vraiment la pratique quotidienne du médecin généraliste ?

Un mauvais taux de dépistage pouvait être dû aussi en partie « au médecin » par insuffisance formation personnelle ou diffusion de messages d'information ou d'éducation de la patientèle ou encore d'une faible conviction personnelle. Il doit lui-même déjà être sensibilisé sur le sujet pour faire passer le message à ses patientes.

L'étude de Joseph et al (44) montrait que les médecins manquaient de demandes des patientes pour réaliser cet acte ; certains en réalisaient de moins en moins, voir plus du tout.

Dans l'étude de Levasseur et al (45), les médecins généralistes bretons interrogés invoquaient en premier lieu des freins comme la gestion de plusieurs motifs de consultation, puis le manque de demande (proximité des gynécologues), le manque de temps, le manque de compétences, manque d'intérêt personnel et manque d'équipement pour justifier de la diminution de leur activité gynécologique.

Dans notre étude, c'était le manque de temps qui arrivait en tête des freins au dépistage dans les deux départements confondus.

4-4/ Quelle est l'opinion des médecins sur la ROSP ?

Certaines questions laissant libre cours à l'expression du médecin dans le questionnaire, nous avons parfois reçu des commentaires véhéments de médecins s'opposant farouchement à cette nouvelle forme de rémunération. Ces commentaires mettaient en évidence une méfiance vis-à-vis de ce nouveau système que certains avaient qualifié de « *mercantile* » dans leur commentaire. On retrouvait ce sentiment dans un article de Philippe Foucras (46) qui posait la question suivante : « *comment évaluer une pratique médicale dans tout ce qu'elle comporte de non contingenté comme la communication les conseils... par des simples chiffres ?* » En effet ce dispositif ne s'intéressait pas à l'information donnée aux patientes, à l'éthique, la communication, l'éducation thérapeutique, des champs aussi divers que variés et chronophages pour le praticien sur le terrain. P Foucras y entrevoyait de possibles dérives de sélection de patients qui augmenteraient la ROSP du médecin.

Le mode d'entrée subreptice dans la ROSP a été mal vécu par certains médecins qui se sont opposés

avec véhémence à ce dispositif.

Ils y voyaient une rémunération forfaitaire bloquant l'évolution du paiement de l'acte de soin en lui-même. De plus certains comportements moins vertueux auraient pu privilégier des actes plus rémunérateurs que d'autres.

Comme relatées dans un travail de thèse de ANDRIANTSEHENO HARINALA Lanja (47), au moyen d'entretiens semi-dirigés, les opinions des médecins sur la ROSP étaient plutôt négatives : « manque de déontologie », « les médecins n'ont pas besoin d'une prime pour faire correctement leur travail », « l'objectif premier de l'assurance maladie est de faire des économies », « inexactitude des statistiques de l'assurance maladie » « risque de dérive vers une obligation, une opposabilité », « conflit d'intérêt entre le médecin et la caisse », « les objectifs nationaux ne peuvent pas être les mêmes dans certaines régions » « conditions inacceptables du mode d'entrée », « impression de se faire acheter pour faire son travail ».

La DREES (48) a publié une étude réalisée entre novembre 2012 et janvier 2013 qui a fait ressortir que les médecins ne comptaient pas changer leurs pratiques sous prétexte d'obtenir une rémunération (63.8%) ; de même la grande majorité des médecins étaient convaincus que les objectifs avaient été fixés pour permettre à l'Assurance Maladie de faire des économies et considéraient ce système de rémunération complexe.

4-5/ Bilan CPAM Avril 2015 (49)

Dans ce rapport d'avril 2015, la CPAM retrouvait un recul d'1 point du nombre de patientes éligibles au FCU qui en avaient effectivement réalisé un par rapport à 2013. Sur ce rapport, le fait d'être invité au dépistage par un professionnel avec qui il y avait déjà une relation de confiance semblait être un élément favorisant le dépistage. A contrario, les difficultés socio-économiques rencontrées par certaines patientes jouaient en la défaveur de la prévention. Cette étude concluait à un résultat insatisfaisant.

Sur ce document officiel provenant de l'Assurance Maladie, la moyenne des résultats ROSP pour chacune des quatre années, comparativement aux moyennes observées dans nos deux départements sont reportées dans le tableau 8 ci-dessous.

Une baisse de -2.2% a été observée entre 2011 et 2014 par la CPAM versus une baisse de -2.95% dans notre population. La courbe d'évolution a été sensiblement la même.

	<i>Résultats Etude 2011-2014</i>	<i>Résultats CPAM</i>
Fin décembre 2011	59.1%	58.7%
Fin décembre 2012	58.1%	57.5%
Fin décembre 2013	57.4%	57.5%
Fin décembre 2014	56.2%	56.5%

Tableau 8 : Moyenne des résultats ROSP selon données CPAM et étude 2011-2014 chez les spécialistes en Médecine Générale de Dordogne et Gironde

5/ Perspectives d'évolution

5-1/ Vers un dépistage organisé ?

Dans notre étude, les résultats ont montré que la grande majorité des médecins généralistes interrogés étaient en faveur de la mise en place d'un dépistage organisé par les autorités sanitaires, cela allant dans le sens des différentes recommandations émises à l'échelle nationale et européenne. En Dordogne, 69% y étaient favorables et 72 % en Gironde. C'était le moyen d'optimisation du dépistage plébiscité par les médecins généralistes déjà impliqués d'autres dépistages organisés.

En 2003, le conseil Européen (50) approuvait la recommandation de dépistage organisé du cancer du col utérin dans tous les pays européens en réalisant des FCU de dépistage tous les 3 à 5 ans.

En 2008, cette volonté était consolidée par des recommandations Européennes. (51)

En 2010, la HAS réaffirmait cette nécessité de mise en place d'un dépistage organisé, qui augmentait selon elle l'accès au dépistage avec meilleure couverture de la population cible et une équité d'accès au dépistage, le taux de couverture était meilleur avec ce dispositif. La mise en place d'un dépistage organisé s'accompagnait aussi d'une amélioration de la qualité du dépistage via l'assurance qualité, également appelée « processus continu d'amélioration de la qualité », 3 éléments constituant cette démarche :

- Le test de dépistage en lui-même et la qualité de son prélèvement (formation au prélèvement, information données à la patiente en amont...)

- L'interprétation du test et sa qualité, formation, assistance à des séances d'évaluation de pratiques professionnelles
- Rendu des résultats, suivi de la patiente et qualité du suivi, rendu résultats au prescripteur préleveur, patiente...

En France dès les années 1990, ont été mis en place des programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus d'abord sur 4 départements (52) pour lesquels les résultats étaient difficiles à comparer du fait de l'hétérogénéité des pratiques notamment de relance. Des indicateurs d'impact, de qualité et d'efficacité ont vu le jour. En 2010 un programme comportant 13 départements était expérimenté (53) (Allier, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Cantal, Cher, Haute-Loire, Indre-et-Loire, Isère, Maine-et-Loire, Martinique, Puy-de-Dôme, Réunion, Val-de-Marne), ce programme a duré 4 ans (de 2010 à 2014). Aucun de ces 13 départements n'avait atteint l'objectif de 80% pour le taux de couverture de ce dépistage. L'impact positif de ce dispositif se traduisait par un gain de couverture des femmes peu ou pas dépistées.

Les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique recevaient un courrier (aucun FCU réalisé sur les 3 dernières années), avec une information et une sensibilisation au dépistage par FCU.

Une évaluation externe par l'InVs a été faite en 2007 (52) sur les programmes antérieurs, le taux de couverture à 3 ans été de 71% dans le Bas-Rhin et une couverture élevée après 50 ans. En revanche ces données ne permettent pas de conclure sur la mortalité évitée et les cancers évités.

Dans ces mêmes études depuis 2010, des modules d'e-learning pour informer et former les médecins ont été mis en ligne. (54)

Les résultats des expérimentations de dépistage organisé en France sont nuancés. Il contribue à améliorer le taux de couverture notamment à 5 ans sur la population cible et les femmes les plus âgées concernées par le dépistage. Ils permettent d'obtenir des pratiques de dépistage plus uniformes et de suivre ces pratiques par des assurances qualité.

5-2/ Autres actions attendues et perspectives ?

Rôle central du médecin généraliste

Placer le médecin généraliste au centre de ce dépistage, à l'instar du dépistage du cancer colo rectal, avec un rôle de coordination. Faire en sorte qu'il soit destinataire systématiquement des frottis réalisés pour ses patientes, qu'il soit préleveur, prescripteur ou non, étant donné la multiplicité des prescripteurs et préleveurs potentiels.

Une étude néerlandaise (55) a montré que l'invitation au dépistage envoyée par le médecin généraliste augmentait le taux de participation des femmes. C'est une piste à creuser.

Une équipe française (56) a étudié le cycle des motivations professionnelles en médecine générale sur les actes de prévention. Elle analysait les motivations intrinsèques (influencées par l'âge et le sentiment d'injustice) caractérisées par une satisfaction que l'on retire d'une activité sans en attendre de récompense et les motivations extrinsèques pour lesquelles une activité est pratiquée à la recherche d'une gratification exogène. Cette étude se posait donc la question de la légitimité de la mise en place de façon uniforme d'un dispositif de paiement à la performance dans le domaine de la prévention sachant que certaines générations semblaient moins réceptives aux incitations financières. Toutefois aucune conclusion formelle ne pouvait être établie sur le facteur générationnel car il s'agissait d'une étude transversale.

L'auto-prélèvement vaginal : (57)

Il convient de mettre en place des études pour évaluer cette technique. En effet cela pourrait être une porte d'entrée dans le dépistage pour toutes les femmes réticentes à l'examen gynécologique.

Une étude française APACHE 1 et 2 a vu le jour en Indre et Loire, en 2009 dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité de la détection du papillomavirus humain par une méthode d'auto-prélèvement chez des femmes qui habituellement ne participaient pas au dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle concernait des femmes entre 20 et 65 ans. Il s'agissait d'un essai clinique de dépistage multicentrique non randomisé. Les patientes recrutées lors d'un examen gynécologiques avaient trois prélèvements réalisés, 2 auto prélèvements vaginaux l'un en milieu sec l'autre en milieu liquide. Parallèlement un frottis cervico-utérin standard est réalisé. Les patientes recevaient ensuite un résultat écrit à leur domicile.

Cette étude avait pour but d'évaluer l'efficacité technique et l'acceptabilité chez les patientes.

L'étude APACHE 2 étudiait l'effet de l'envoi au domicile d'un kit d'auto prélèvement aux patientes.

Moyens de communication :

Pour les populations en précarité, trois propositions ont été faites par Byrnes et al (58) :

- Flexibilité plus importante des horaires de consultation, à voir notamment en fonction des moyens de garde des enfants
- Utiliser des vecteurs d'information plus proches de certaines communautés et à travers des moyens humains comme des éducateurs à la santé, des travailleurs sociaux, diverses associations de quartier
- Utiliser des flyers, affiches multilingues
- Insister sur la gratuité et éventuellement sur l'absence d'avance de frais qui pourrait motiver certaines femmes

Certains de ces points sont déjà effectifs comme le tiers payant en CMU et les messages véhiculés par l'INPES, mais ne fonctionnent que si les patientes se rendent chez les médecins ou les centres de planification.

Coopération avec les infirmières :

Il s'agissait d'une pratique expérimentale pour l'instant dans le cadre de coopérations médecins-infirmiers type AZALEE. En effet la loi HPST du 21 juillet 2009 (**article L. 4011-1 du Code de la Santé Publique**) prévoyait que les professionnels de santé comme les médecins généralistes puissent transférer des tâches et collaborer avec d'autres professionnels paramédicaux comme les infirmières en ville. Cependant un frein majeur à cette collaboration a été le manque de financement prévu à pour ce type d'exercice. Des paiements forfaitaires ont fait l'objet d'expérimentation puis actés par le règlement arbitral de la Ministre de la Santé, mais non mis en place de manière satisfaisante car ne pouvait s'appliquer qu'à des regroupements physiques en maison de santé. La rémunération à l'acte est encore restée le mode principal des acteurs médicaux et paramédicaux en ville. Dans cette étude (48) de la DREES réalisée entre 2012 et 2013, 35% des médecins étaient prêts à déléguer la réalisation des FCU à des infirmières formées. Dans notre échantillon, 40% des médecins interrogés étaient favorables à ce transfert d'acte en Dordogne et 50% en Gironde.

De plus il était intéressant d'examiner les freins évoqués par les médecins à la délégation des tâches : En première position arrivait la difficulté à trouver une infirmière disponible, puis les problèmes de responsabilités étaient soulevés.

Enfin cette étude a mis en évidence que plus le nombre d'actes du médecin était important, plus ce dernier était favorable au transfert des tâches.

CONCLUSION

L'instauration d'une rémunération sur la réalisation des frottis cervico-utérins ne s'est pas accompagnée d'une hausse de ces derniers dans les deux départements étudiés chez les spécialistes en Médecine Générale entre 2011 et 2014. Cette tendance était similaire dans les données nationales de l'assurance maladie.

Alors que la patientèle moyenne des médecins généralistes n'a cessé de s'accroître et que parallèlement la démographie des gynécologues médicaux a décru chaque année, le médecin généraliste aurait dû voir se développer des tâches de réalisation et/ou de coordination du dépistage du cancer du col utérin pour les femmes dont il avait à assurer le suivi âgées entre 25 et 65 ans.

On a observé une baisse régulière du taux de réalisation de cet acte technique sur cette période. Des pistes existeraient afin d'améliorer le taux de frottis dans la patientèle : - dépistage organisé - envoi de liste. Dans notre étude, les médecins se sont prononcés favorablement pour ces options.

La délégation à des IDE formées en coopération pourrait être un moyen intéressant d'optimiser le dépistage du cancer du col utérin ; notamment en milieu rural sachant que le premier frein exprimé par les médecins dans cette étude était principalement le manque de temps. Selon ces derniers, l'acte était peu rémunérateur au vu du temps passé et du matériel nécessaire à sa réalisation. La délégation viendrait de fait comme solution, soit en dépistage organisé soit à des tiers.

Pour les négociations de la future convention en 2016, il conviendra de garder le juste équilibre entre intérêt économique et respect d'un exercice vertueux de la médecine. Dans une spécialité variée et complexe comme la Médecine Générale en milieu ambulatoire, les indicateurs d'activité des praticiens ne semblent pas les bons outils pour faire avancer la santé publique. Cette étude a montré que la ROSP n'était pas la bonne solution pour accentuer le dépistage du cancer du col. Il faudrait s'intéresser davantage au facteur humain des patientes.

Il serait intéressant d'étudier leur point de vue sur de nouvelles mesures : à quel professionnel de santé préféreraient-elles confier ce dépistage et dans quelles conditions ? Des études médico-économiques plus vastes sur indicateur FCU pourraient être menées en tenant compte du comportement des patientes.

L'éradication du cancer du col utérin doit reposer sur la prévention primaire associée au dépistage organisé quelles qu'en soient les modalités.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers, N°34. Geneva: World Health Organization, 1968. 163 p.
http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf
2. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JorF n° 185 du 11 août 2004, p. 14277. [En ligne] 2004 août [Consulté le 20/07/2015] Consultable à l'URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichtexte.do?cidtexte=JorFtExt000000787078&datetexte=&catégorielien=id>.
3. Institut national du cancer. Evolution du taux de couverture par frottis cervico-utérin chez les femmes de 25 à 65 ans en France. [En ligne] 2015 Mars. [Consulté le 20/10/2015] Consultable à l'URL : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/65-taux-participation-depistage-cancer-col-uterus/391-evolution-taux-de-couverture-frottis-uterin-femmes-25-65-ans-france-dom.html>
4. Spence AR, Goggin P, Franco FL. Process of care failures in invasive cervical : Systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2007 ; 45 :93-106.
5. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Haute Autorité de Santé ; [En ligne] 2010 Juillet. [Consulté le 15/03/2015] Consultable sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201011/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
6. Journal Officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184
texte n° 1
LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
7. Bras, P-L, Duhamel G. Rémunérer Les Médecins Selon Leurs Performances : Les

Enseignements Des Expériences Étrangères. Rapport IGAS 2008.

8. Miranda E. Facteurs décisionnels de la vaccination anti papillomavirus chez les parents de jeunes filles de 9 à 19 ans après l'abaissement de l'âge vaccinal à 11 ans. Une enquête qualitative. [Thèse]. Université de Bordeaux ; 2015.

9. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances – Actualisation 2008. Saint-Maurice : INVS ; [En ligne] 2008. [Consulté le 21/12/2014] Consultable à l'URL :

http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf

10. Parkin DM., Whelan SL., Ferlay J and Powell J. Cancer incidence in five continents. IARC Scientific Publications 1997. Lyon, International Agency for Research on Cancer. Volume VII No. 143.

11. Institut National du Cancer. Incidence et Mortalité estimées des cancers du cancer du col de l'utérus en France métropolitaine en 2012. [En ligne] 2015 juillet. [Consulté le 20/08/2015] Consultable à l'URL : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/13-epidemiologie-cancer-col-uterus-france-metropolitaine-mortalite.html#ind4>

12. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2013. 122 pages.

13. Institut de veille sanitaire. Estimation de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. [En ligne] 2015 Juin. [Consulté le 8/08/2015] Consultable à l'URL : http://www.canceraquitaine.org/sites/default/files/ddblock/Estimations-incidence-departementale-cancers-France-2008-2010_2015.pdf

14. Dalstein V, Riethmuller D, Pretet JL et al. Persistence and load of high-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions : a longitudinal French cohort study. Int J Cancer 2003 ;106 :396-403.

15. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2002. 2005 ;55 :74-108.

16. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998 ;338 :423-8
17. Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med* 2005 ;353(20) :2101-4.
18. Bosch FX, Qiao YL, Castellsague X. The epidemiology of human papillomavirus infection and its association with cervical cancer. *International Journal of Gynecology and obstetrics*. 2006 94(supplement 1)S8-S21).
19. Munoz N, Castellsague X, de Gonzalez AB, Gissmann L. Chapter 1 : HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine* 2006 ;24(Suppl 3) :S3-1-S310.
20. Moodley M, Moodley J, Chetty R, Herrington CS. The role of steroid contraceptive hormones in the pathogenesis of invasive cervical cancer : a review. *Int J Gynecol Cancer* 2003 ;13 :103-10.
21. Franco EL, Villa LL, Ruiz A, Costa MC. Transmission of cervical human papillomavirus infection by sexual activity : differences between low and high oncogenic risk types. *J Infect Dis* 1995 ;172(3) :756-63.
22. Sellors JW, Mahony JB, Kaczorowski J, Lytwyn A, Bangura H, Chong S, et al. Prevalence and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. Survey of HPV in Ontario Women. (SHOW) Group. *CMAJ* 2000 ; 163(5) :503-8.
23. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'OMS. [En ligne] 1948. [Consulté le 26/12/2013]. Consultable à l'URL : <http://www.who.int/governance/eb/constitution/fr/>
24. Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport du 10 juillet 2014 relatif à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains. [En ligne] 2014 Juillet. [Consulté le 21/06/2015]. Consultable à l'URL : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=454>
25. Direction Générale de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. [En ligne] 2015. [Consulté le 24/06/2015] Consultable à l'URL : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

26. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *Am J Epidemiol* 1995 ;141(7) :680-9.
27. Darmon D, Moubarak C, Toullalan O, Boulet P. Le frottis cervico-utérin. *Exercer*.2015;117:40-3.
28. Institut National du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Paris :INCa ;2007.
29. Gondry J, Muszynski C, Chevreau J. Que faire devant un frottis anormal du col de l'utérus ? *La Revue du Praticien*. 2014 volume 64 786-788.
30. Boulanger JC, Fauvet R, Urrutiagher S et al. Histoire cytologique des cancers du col utérin diagnostiqués en France en 2006. *Gynecol Obstet Fertil* 2007 ;35 :764-70
31. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : Anaes ; 2002
32. Bergeron C, Cartier I, Guldner L, Lassalle M, Savignoni A, Asselain B. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap, 2002. *BEH* 2005 ;(2) :5-6.
33. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins. La rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Note méthodologique du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique. [En ligne] 2014 Octobre. [Consulté le 22/01/2015]. Consultable à l'URL : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/note_methodo_organisation_du_cabinet_octobre_2014.pdf
34. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Les indicateurs d'organisation du cabinet. [En ligne] 2015 Mars. [Consulté le 27/07/2015]. Consultable à l'URL : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet_haut-rhin.php
35. Journal Officiel de la République française (JORF) (2011), Arrêté du 22 septembre 2011 portant

approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, JORF, n° 0223 du 25/09/2011, texte n°16/39 : 353 pages.

36. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. RO SP Médecins Traitants. [En ligne]. 2015 Mars. [Consulté le 27/07/2015]. Consultable à l'URL : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-de-qualite-de-la-pratique-medicale_haut-rhin.php

37. Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique. Mode de rémunération des médecins. Trésor-Eco. [En ligne]. 2008 Septembre. [Consulté le 21/12/2014] ; 42 [8pages]. Consultable à l'URL : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/file/326885>

38. Commission des comptes de la Sécurité Sociale. Extrait du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. Le contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles. Fiche éclairage maladie. Septembre 2011.

39. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après. Des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. [En ligne] 2014 Avril. [Consulté le 20/09/2015]. Consultable à l'URL : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013.pdf

40. Dupuis C. RO SP : les jeunes généralistes s'estiment lésés et réclament des compensations. Le Quotidien du Médecin. [En ligne] 2014 Mai. [Consulté le 05/05/2015] Consultable à l'URL : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/information/rosp-les-jeunes-generalistes-s-estimentleses-et-reclament-des-compensations>

41. Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. Légifrance [Internet]. [Consulté le 20/09/2015]. Consultable à l'URL : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=403B6EE6720728FBB11FA43734D0E166.tpdjo05v_3?cidTexte=JORFTEXT000028253111

42. Dalmon C, Guillot E, Rodrigues A, et al. Cancer du col et précarité, accès aux soins diagnostic et traitement. Bull Cancer 2009 ;96 :961-9.
43. Fender M, Denny D, Baldaut JJ. Attendance and compliance to cervical cancer screening among low income women in Alsace France EUROGIN, Nice, 12-15 novembre 2008.
44. Joseph JP, Turlin X, Kinouani S, Magot L, Demeaux JL, Quintard B. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste. Médecine. Décembre 2014. 472-477.
45. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C, L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne, Santé Publique 2005, volume 17, n°1, pp 109-119.
46. Philippe Foucras, Revue Prescrire, septembre 2013, tome 33 n°359 PP708-709.
47. Andriantsehoanarinala L. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/paiement à la performance (P4P): une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus. [Thèse] Janvier 2014. Université de Montpellier I. 210 pages.
48. DREES. Union Régionales des professions de santé- médecins libéraux, observatoires régionaux de santé, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, novembre 2012-janvier 2013.
49. La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. 27 avril 2015 [Internet]. [Consulté le 20/10/2015]. Consultable sur l'URL : http://www.apmnews.com/documents/201504241643440.Bilan_ROSP_2014.pdf.
50. Journal Officiel Union Européenne. Recommandation du conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer. Décembre 2003.
51. International Agency for Research on Cancer. Arbyn M, Anttila A et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Luxembourg : European Communities 2008.
52. Institut National de Veille Sanitaire. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : évaluation

épidémiologique des 4 départements « pilotes ». [En ligne] 2007 Juin. [Consulté le 30 juin 2015]
Consultable à l'URL :
http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf

53. Duport N, Salines E, Gremy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2014 ; 13-14-15 : 228-234.

54. Azoulay C. Dépistage généralisé du cancer du col utérin. La revue du praticien Médecine Générale. Tome 27, N°898, mars 2013 pp250-251.

55. Hermens RP, Tacken MA, Hulscher ME, Braspenning JC, Grol RP. Attendance to cervical cancer screening in family practices in the Netherlands. Prev Med 2000 ; 30 :35-42.

56. Videau Y, Batifoulier P, Arrighi Y, Gadreau M, Ventelou B. Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2010 ;58(5) : 301-11.

57. Racey CS, Withrow DR, Gesink D. Self-collected HPV Testing Improves Participation in Cervical Cancer Screening : A systematic Review and meta-analysis. Can J Public Health 2013 ; 104 : 159-66.

58. Byrnes P, McGoldrick C, Crawford M, Peers M. Cervical screening in general practice-strategies for improving participation. Aust Fam Physician 2007 :36,183-4 ;192.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'accompagnement du questionnaire adressée à chaque médecin

Chère consoeur, Cher confrère,

En tant que spécialiste en médecine générale reconnu par l'Ordre des Médecins, votre nom a été sélectionné pour recevoir le questionnaire ci-joint nécessaire à mon travail de thèse de Doctorat. Interne en médecine générale, je la réalise sur le sujet suivant :

Impact de la Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (ROSP) sur la réalisation des Frottis Cervico-Utérins (FCU) chez les femmes de 25 à 65 ans par les médecins généralistes de Dordogne et Gironde en 2013. Mon directeur de thèse est le Docteur Duhamel, maître de Conférence associée au Département de médecine générale.

Ce travail bénéficie du soutien du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux et du Collège des Enseignants Généralistes d'Aquitaine, je tiens d'ailleurs à remercier ces deux structures.

Une aide méthodologique est apportée par l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux (ISPED).

La ROSP pourrait avoir un impact vertueux en santé publique en correspondant à l'effort demandé aux médecins pour ce dépistage, sans préjuger de l'ensemble du dispositif. Il est difficile pour l'instant d'avoir un aperçu de ce résultat et si cette incitation financière permet d'atteindre l'objectif attendu. Il est important d'en chercher le pourquoi auprès de vous.

Notre travail va consister à étudier tous les éléments issus votre pratique en médecine générale pour tenter de répondre à cette interrogation. Nous pourrons alors déterminer, au-delà des chiffres produits par les caisses, si cette mesure est propre à favoriser un accroissement du taux de frottis chez les femmes de 25 à 65 ans. Taux actuel aux alentours de 50 %, taux attendu à 80% pour une réelle réduction des dysplasies sévères et adénocarcinomes.

Pour cela il faudrait que vous puissiez me retourner le questionnaire rempli au moyen de l'enveloppe pré-timbrée ci-jointe. Un numéro d'anonymat est prévu dans la méthode, après accord de votre part, afin d'obtenir des données statistiques relevées par les caisses en vue d'appariement. Cette comparaison entre votre pratique et les taux relevés est essentielle.

Si vous désirez être personnellement informé du résultat de mon étude, n'hésitez pas à me le demander.

Merci pour ce temps qui vous est si précieux et que vous acceptez de m'accorder pour répondre à ces quelques questions.

Bien fraternellement,
Edwige JACQUET

Questionnaire à l'attention des Médecins Généralistes
durée de remplissage : 5 mn (recto-verso), Réponse souhaitée avant le 15/02/2015

I) Vous et l'organisation de votre cabinet

- 1) Sexe : homme femme
- 2) Quel est votre âge ?.....
- 3) Zone géographique d'installation : Dordogne Gironde
- 4) Bassin de population du lieu d'exercice : rural semi-rural urbain
- 5) Concernant l'exercice au cabinet, vous travaillez :
seul en cabinet de groupe/maison pluridisciplinaire également maître de stage
- 6) Votre année d'installation ?
- 7) Avez-vous signé pour la Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (ROSP) ? oui non

II) Votre pratique de dépistage du cancer du col utérin par Frottis Cervico-Utérin (FCU)

- 8) Vous estimez votre réalisation de FCU à :
plus de 5 par mois 1 à 5 par mois inférieur à 1 par mois Jamais
- 9) Autrement, comment organisez-vous le dépistage de vos patientes ? (plusieurs choix possibles)
vous les adressez au laboratoire d'analyse
vous les adressez à un confrère généraliste / gynécologue / centre de planification / sage femme
vous ne donnez pas de consigne, elles choisissent autre, comment ?
.....
- 10) Pourquoi ne les réalisez-vous pas ? (plusieurs choix possibles)
manque de temps (absence de consultation dédiée) manque de matériel adapté
manque de formation (ou habileté nécessaire) je préfère déléguer
autre raison ? laquelle ?
- 11) La cotation **C (23€) + 1/2 JKHD001 + X9 soit environ 28 euros** est-elle suffisante pour honorer un acte avec frottis ?
oui non ne sait pas
- 12) Utilisez-vous dans votre logiciel médical un système de rappel automatisé pour les dépistages des cancers?
oui non je n'ai pas de logiciel médical, mais j'ai un autre système de rappel

13) Pour vos patientes en CMUc, faites-vous une surveillance accrue du dépistage (précarité potentielle) ?

oui non ne se prononce pas

14) Et vous ? Vous sentez-vous concerné par l'aspect "santé publique" de la réalisation ou la vérification de la réalisation du frottis cervico-utérin chez vos patientes ?

oui non Pourquoi ?

III) Quelles améliorations souhaiteriez-vous pour augmenter votre taux de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

15) Un envoi systématique d'une liste de vos patientes n'ayant pas encore réalisé un FCU (comme liste de bénéficiaire vaccin grippal) ?

oui non ne se prononce pas

16) Une gestion du dépistage organisé du cancer du col utérin par un organisme extérieur tel qu'il est expérimenté dans certains départements (comme dépistage pour le sein) ?

oui non ne se prononce pas

17) Dans le cadre d'une structure d'exercice interprofessionnel, seriez-vous prêt à déléguer la réalisation du frottis cervico-utérin à des infirmières formées à ce type de prélèvement ?

oui non ne se prononce pas

IV) Concernant le principe de la ROSP :

18) Quel est le moyen le plus pertinent pour optimiser le dépistage par FCU ?

incitation ROSP participation à un dépistage organisé type cancer colo rectal

autre, lequel :

19) Concrètement, ce dispositif ROSP vous a-t-il incité à réaliser plus de FCU entre 2012 et 2013 ?

plus souvent moins souvent ni plus ni moins qu'avant ne sait pas

20) Finalement dans la ROSP, quel est pour vous l'élément le plus incitatif ?

le pourcentage obtenu par rapport à l'objectif à atteindre, une sorte de « challenge »

personnel la rémunération reçue les deux propositions un autre élément ? Lequel ?

V) Vos commentaires

Commentaires libres sur la prévention du cancer du col de l'utérus en médecine générale, les améliorations attendues, les freins...

.....
.....

.....
.....
.....
.....

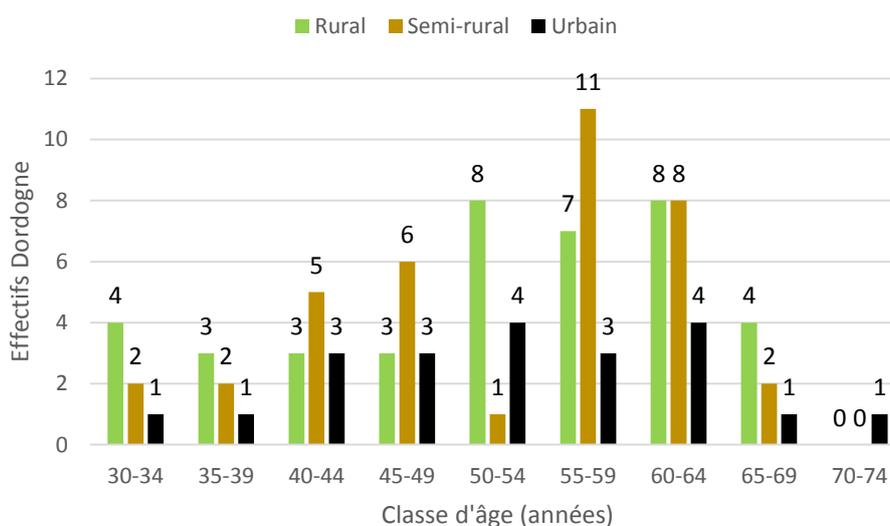
- Autorisation

Je donne l'autorisation à Mademoiselle Edwige JACQUET, interne en médecine générale réalisant son travail de thèse, d'obtenir confidentiellement auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie mes données statistiques individuelles concernant l'item prévention du cancer du col de l'utérus. (Données issues de la collecte 2012-2014 de la Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique)

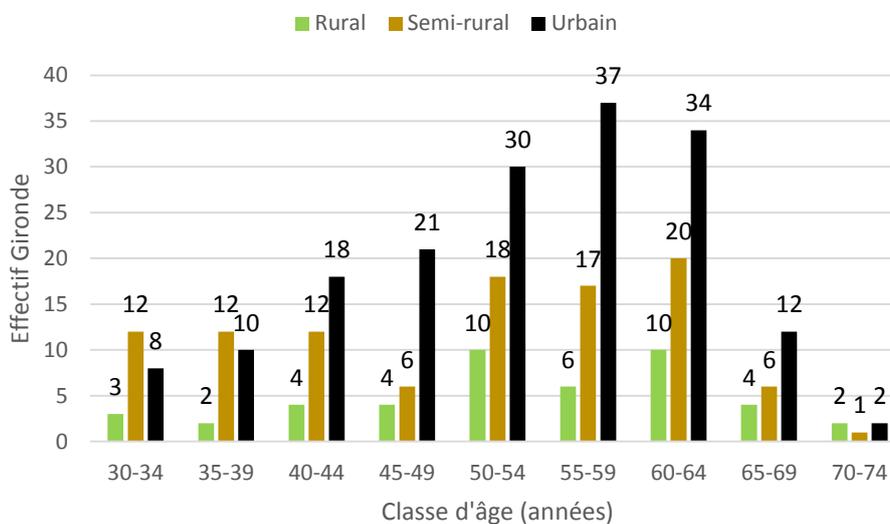
Fait à, le

Signature

Annexe 3 : Bassin de population du lieu d'exercice selon l'âge du médecin

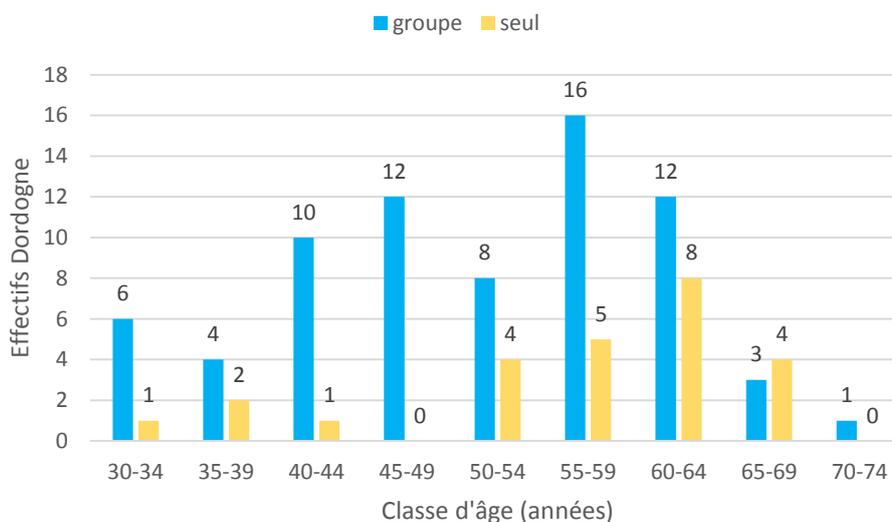


Bassin de population du lieu d'exercice selon l'âge du médecin en Dordogne (N=98). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et Dordogne. 2014

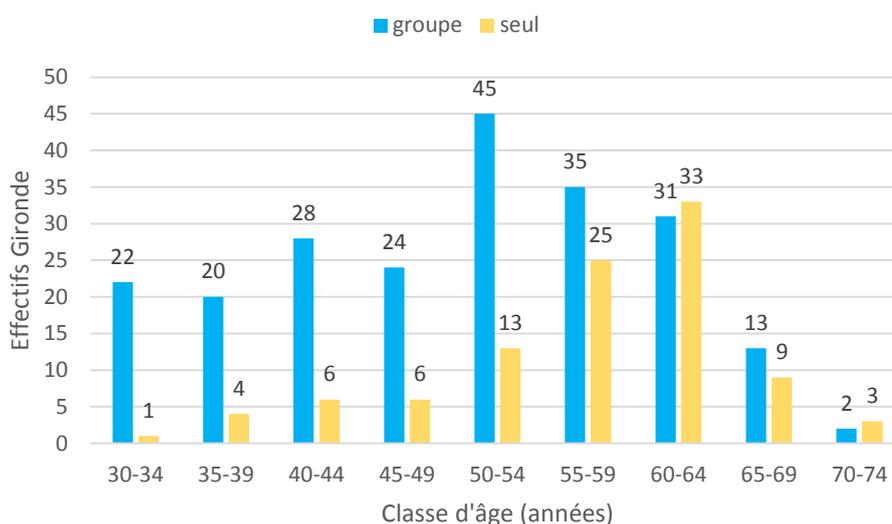


Bassin de population du lieu d'exercice selon l'âge du médecin en Gironde (N=321). Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et Dordogne. 2014

Annexe 4 : Mode d'exercice selon classe d'âge du médecin

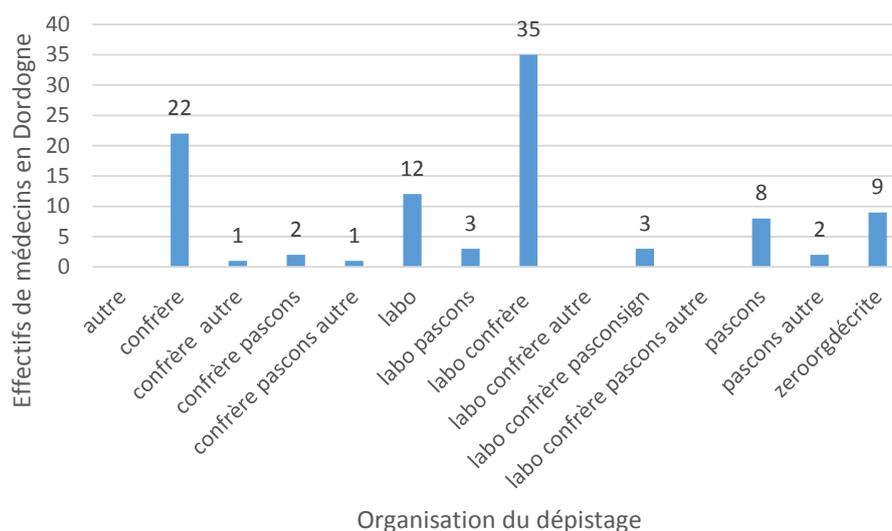


Mode d'exercice selon classe d'âge du médecin en 2014 en Dordogne (N=97 car 1 réponse manquante) Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et Dordogne. 2014

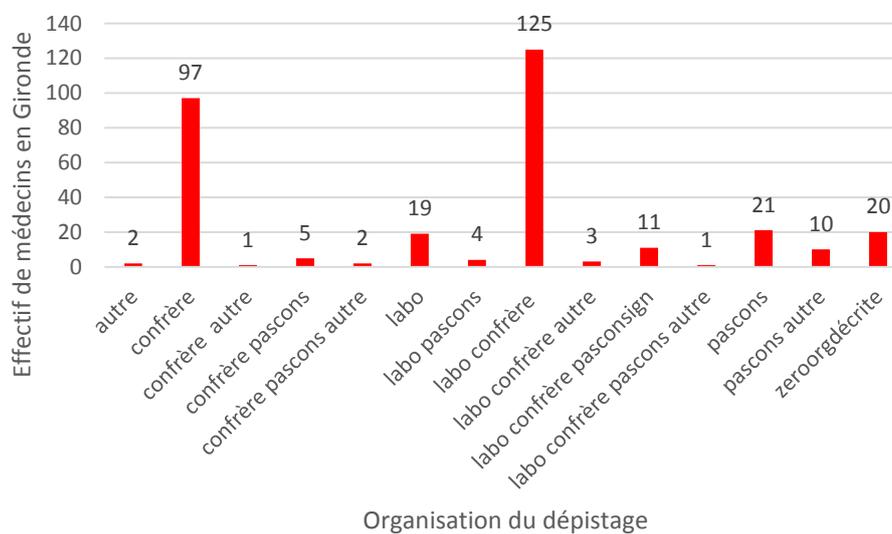


Mode d'exercice selon classe d'âge du médecin en 2014 en Gironde (N=320 car 1 réponse manquante) Étude auprès des spécialistes en Médecine Générale de Gironde et Dordogne. 2014

Annexe 5 : Organisation du dépistage

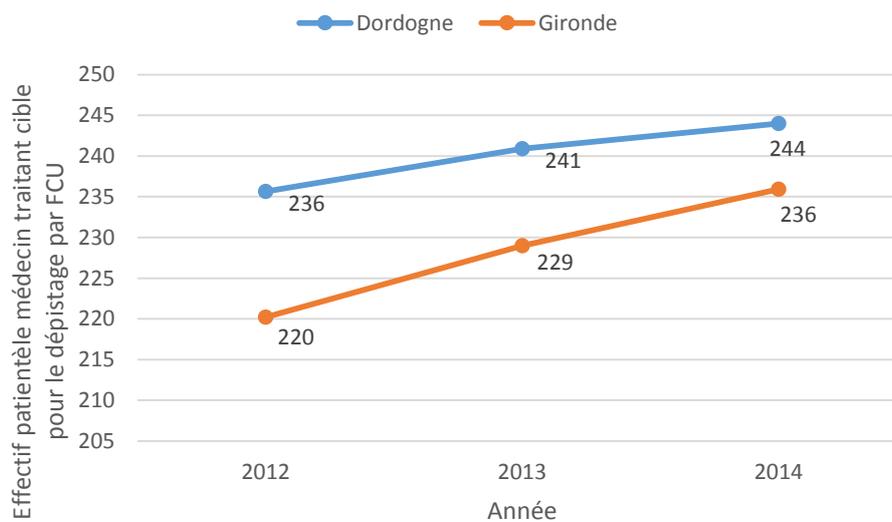


Effectifs de médecins selon l'organisation du dépistage du cancer du col utérin dans leur patientèle en Dordogne (N=98).



Effectifs de médecins selon l'organisation du dépistage du cancer du col utérin dans leur patientèle en Gironde (N=321).

Annexe 6 : Courbes d'évolution de la patientèle



*Courbe d'évolution de la patientèle féminine moyenne par médecin âgée entre 25 et 65 ans entre 2012 et 2014.
(N=363)*

Il est étudié l'évolution de la patientèle entre 2012 et 2014 en raison de la non-disponibilité des données patientèle pour l'année 2011 (année de référence avant mise en place de la ROSP).

En 2012, en Dordogne, chaque médecin généraliste avait en moyenne 236 patientes éligibles au FCU pour 220 en Gironde (médianes respectivement à 228 et 210).

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés, reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Impact d'une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) sur la réalisation des frottis cervico-utérins (FCU)

Introduction : L'incidence du cancer du col de l'utérus en France est de 3000 cas et entraîne 1100 décès par an. Le dépistage par FCU, intégré en 2012 dans les indicateurs de la ROSP, ciblait un taux d'efficacité entre 60 et 80%.

Cette étude a observé l'impact de la ROSP et analysé les freins à la pratique de FCU.

Matériel et Méthode : Etude quantitative observationnelle rétrospective sur les pratiques des FCU par 835 médecins généralistes en Dordogne et Gironde (2011-2014). Obtention des résultats ROSP auprès des caisses et questionnaires de pratiques par voie postale. Le critère de jugement principal a été la variation du taux.

Résultats : 449 médecins (53,8%), inclus, (Dordogne 114, Gironde 335).

Variation moyenne du taux des FCU sur 4 ans : -3% en Dordogne et -2.87% en Gironde. Les résultats ont été triés par classes d'évolution, la classe négative (-1 à -5 %) étant la plus représentée. Plus de 2/3 des généralistes étaient favorables au dépistage organisé. 1/2 souhaitait déléguer à des IDE formées. Le manque de temps était le frein principal.

Conclusion : Cette rémunération incitative n'a pas augmenté le taux de FCU. Paradoxalement, il a baissé. Le dépistage organisé ou l'envoi de listes seraient des pistes nouvelles bien acceptées. L'éradication du cancer du col repose sur la prévention vaccinale associée au dépistage organisé quelles qu'en soient les modalités.

MOTS CLES : frottis cervico-utérin - prévention – dépistage - médecine générale - soins primaires - cancer du col utérin - rémunération à la performance – ROSP- Dordogne et Gironde-Aquitaine-gynécologie-santé publique

SUMMARY

Impact of a remuneration related to public health on the realization of cervical uterine smear

Introduction : The incidence of uterine cervix cancer is around 3000 cases in France and this leads to 1100 deaths per year. The early screening by cervical uterine smear, which was integrated / introduced in 2012 for the indicators/ guides of the ROSP, was targeting a rate of efficiency ranging from 60 % to 80 %. This study has pointed out the impact of ROSP and has analysed the curbs for the practice of FCU.

Materials and Methods : A retrospective observation of quantitative study on the practice of FCU done by 835 general practitioner in Dordogne and Gironde between 2011 and 2014. Receipts of the ROSP results from the NHS (National Health Service) and practical questionnaires by post. The criteria for main results has been the change in variation rate.

Results : The average variation rate of the FCU over four years was -3% in Dordogne and -2.87% in Gironde. The results have been sorted by categories of variations. The negative categories [-1% to -5 %], being most represented. More than 2/3 general practitioners were in favour of organized early screening, 1/2 of them wished to delegate to well-trained nurses. The lack of time was the major curb.

Conclusion : The urge of this remuneration has not increased the rate of FCU. Paradoxically, it has decreased. The organizing of early screening or the dispatching of lists would be new tracks which would be well received. The eradication of cervix cancer depends on the vaccinal prevention associated with organized early screening whatever be the methods.

Key words : cervical cancer screening-prevention-general practice-primary care-cervical cancer-pay for performance-ROSP- Dordogne - Gironde-Aquitaine- gynecology-public health.