



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Influence de la rémunération à la performance sur le dépistage des cancers du sein et utérin :**

**Étude réalisée chez les Maîtres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Octobre 2014 à 16h  
au Pôle Formation

**Par Fabien MARTINI**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Pierre COLLINET**

**Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL**

**Monsieur le Docteur Bertrand STALNIKIEWICZ**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Sabine BAYEN**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

CAPI :	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
FCU :	Frottis Cervico-Utérin
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPV :	Human PapillomaVirus
IC95 :	Intervalle de confiance à 95 %
INCa :	Institut National du Cancer
MSU :	Maîtres de Stage des Universités
P4P :	Pay for Performance
ROSP :	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
Se :	Sensibilité
Sp :	Spécificité

## Table des matières

<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
I.Le cancer du sein.....	2
A.Épidémiologie.....	2
B.Le dépistage : généralités et dépistage organisé du cancer du sein.....	3
C.Avantages et inconvénients du dépistage du cancer du sein.....	4
II.Le cancer du col de l'utérus.....	6
A.Épidémiologie du cancer du col de l'utérus dans le monde et en France.....	6
B.Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France : stratégie actuelle et résultats.....	7
C.Avantages et inconvénients du dépistage du cancer du col de l'utérus.....	8
III.Les paiements à la performance.....	9
A.Généralités sur les paiements à la performance.....	9
B.La convention « P4P » ou Rémunération Sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).....	10
1.Contexte de mise en place .....	10
2.Description du dispositif « P4P » : objectifs, système de points, modalités d'adhésion.....	11
IV.Objectifs de ce travail.....	12
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>14</b>
I.Type de l'étude.....	14
II.Critères d'inclusion et d'exclusion.....	14
III.Le questionnaire.....	15
IV.Recueil des données et analyse statistique.....	15
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>17</b>
I.Retours des questionnaires.....	17
II.Profil des répondants.....	17
III.Analyses univariées.....	19
A.Réalisation du FCU.....	19
B.Suivi des recommandations HAS en 2012 et 2013.....	20
IV.Analyses bivariées.....	21
A.Comparaison des taux de mammographies et FCU entre 2012 et 2013.....	21
B.Evolution du taux de mammographies en fonction du profil des répondants.....	22
C.Taux de mammographies en 2013 en fonction du profil des répondants.....	25
D.Evolution du taux de FCU en fonction du profil des répondants.....	28

E.Taux de FCU en 2013 en fonction du profil des répondants.....	31
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>34</b>
A.Les résultats.....	34
B.Les forces et limites de l'étude.....	35
1.Les forces de l'étude.....	35
2.Limites de l'étude.....	36
C.Cohérence des résultats avec les données de la littérature.....	37
D.Perspectives d'évolution.....	40
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>42</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>47</b>
Annexe 1 : Indicateurs de ROSP portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service.....	47
Annexe 2 : Indicateurs de ROSP portant sur la qualité de la pratique médicale.....	47
Annexe 3 : Le questionnaire transmis aux MSU.....	50
Annexe 4 : Récépissé déclaration CNIL.....	53
Annexe 5 : Tableau de répartition des médecins par genre.....	54
Annexe 6 : Diagramme de répartition des médecins selon leur tranches d'âge.....	54
Annexe 7 : Diagramme de répartition des médecins selon leur année d'installation.....	55
Annexe 8 : Tableau de répartition des médecins selon leur fréquentation du site AmeliPro.....	55

## RÉSUMÉ

### Contexte :

Les cancers du sein et du col utérin sont des problèmes de santé publique en France pour lesquels le dépistage est recommandé.

Ils ont été intégrés aux indicateurs évalués lors de la mise en place en France de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) au 1er janvier 2012.

En effet, comme dans de nombreux pays depuis environ 10 ans, la France a diversifié la rémunération de ses médecins en intégrant une part de paiement à la performance.

### Méthode :

L'étude s'est intéressée à l'influence de la ROSP sur les taux de dépistages des cancers du sein et du col utérin au sein de la patientèle des Maîtres de Stage Universitaires (MSU).

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective par un questionnaire à choix multiples réalisé via le logiciel LimeSurvey® et proposé aux MSU par mail. Ce questionnaire couvrait les données sociodémographiques des médecins ainsi que leurs taux de dépistages des cancers gynécologiques au 1er janvier 2012 et au moment du questionnaire (entre le 18/11/2013 et le 13/02/2014).

L'analyse des résultats a été réalisée avec le service d'épidémiologie et de santé publique du CHRU de Lille.

### Résultats :

58 médecins MSU ont répondu au questionnaire (sur 135 sollicités).

75,8% des répondants avaient adhéré à la ROSP.

Les résultats ne mettent pas en évidence d'évolution significative des taux de réalisation des Frottis Cervico-Utérins (FCU) (1,451 % : IC95 % [-0,396 ; 3,299]) et des mammographies (0,474 % : IC95 % [-1,572 ; 2,519]) sur la période étudiée.

Ils ne retrouvent pas non plus de corrélation entre l'évolution des taux de mammographies et de FCU et les facteurs sociodémographiques suivants : durée d'installation, milieu d'activité, âge et sexe du médecin.

Enfin, il n'est apparu aucune différence significative des taux de mammographies et des FCU en fonction du milieu d'activité ou du sexe du médecin.

En revanche, une corrélation significative est retrouvée entre le jeune âge (et l'installation récente) des médecins et de plus hauts taux de mammographie et de FCU réalisés en 2013.

### Conclusion :

L'absence d'évolution des taux de mammographie et de FCU est concordante avec les données nationales disponibles.

Cependant, la corrélation entre l'âge jeune des médecins et des taux de dépistages important n'a pas été retrouvée dans la littérature.

Au total, la ROSP n'a pas été suivie de modification des taux de dépistages au sein de la population des médecins généralistes MSU du Nord Pas Calais.

## INTRODUCTION

### I. Le cancer du sein

#### A. Épidémiologie

Le cancer du sein est la pathologie néoplasique la plus fréquente chez la femme. Au niveau mondial il représente un quart des cancers féminins. Cette pathologie a été responsable d'environ 522 000 décès dans le monde en 2012 et son incidence est en constante augmentation avec près de 1,7 million de nouveaux cas par an. (1)

Si ce cancer est beaucoup plus fréquent dans les régions dites « développées » comme l'Europe occidentale et l'Amérique du nord, 69 % des décès liés au cancer du sein ont lieu dans des pays dits « en voie de développement ». Le cancer y est en effet souvent diagnostiqué beaucoup plus tardivement en raison d'un accès aux soins plus difficile. (2) (1)

Le taux de survie à 5 ans est de 80 % dans les pays à haut revenu alors qu'il n'est que de 40 % dans les pays à faible revenu. [Coleman 2008] (3)

En France, le cancer du sein, problème majeur de santé publique, est également le cancer le plus fréquent chez la femme.

L'incidence des cancers du sein en France a augmenté de 1990 à 2004 puis diminué discrètement depuis 2004. (4)

En 2010 le nombre de patientes françaises atteintes d'un cancer du sein était estimé à près de 53000 avec une incidence de 100 pour 100 000 femmes par an. (5) . Les femmes sont rarement atteintes avant 30 ans puis l'incidence augmente progressivement entre 30 et 69 ans,

pour atteindre son paroxysme à 69 ans avec un taux d'incidence de plus de 320 pour 100 000 femmes par an. Enfin, il diminue après 85 ans. (5)

Le cancer du sein est également responsable d'une grande mortalité en France avec un taux de près de 11 000 décès par an en 2010. (5) Le taux de décès augmente en même temps que l'âge des patientes et atteint 245 pour 100 000 femmes par an après 85 ans. La mortalité liée au cancer du sein augmente actuellement principalement chez les femmes âgées. Elle augmente cependant également dans les pays européens chez les femmes jeunes non concernées par le dépistage (moins de 40 ans). (6)

Le taux de mortalité du cancer du sein est également associé au stade du cancer lors du diagnostic. (7)

Sur un plan global, l'étude EUROCORE avait mis en évidence une survie à 5 ans estimée à 86,1 % en France en 2007, ce qui place notre pays en 2<sup>ème</sup> position au niveau européen après l'Islande. (8)

## **B. Le dépistage : généralités et dépistage organisé du cancer du sein**

Pour être efficace, un examen de dépistage doit répondre à plusieurs caractéristiques que sont la reproductibilité, une bonne sensibilité, une bonne acceptabilité par les patients et la possibilité pour le corps médical d'influer sur le cours de la maladie. De plus, la maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé, son histoire naturelle doit être connue, elle doit pouvoir être décelée durant une phase de latence et des examens diagnostiques de confirmation et traitements efficaces doivent être disponibles. Enfin, le coût du dépistage ne doit pas être disproportionné par rapport au coût global des soins. (9)

Le cancer du sein est une pathologie qui se prête bien au dépistage puisque répondant bien aux critères recommandés par l'OMS. (9)



Le dépistage organisé du cancer du sein en France repose actuellement sur la réalisation d'une mammographie systématique tous les 2 ans chez les femmes de 50 à 74 ans en dehors des situations d'antécédent personnel ou familial de cancer du sein.

Après avoir reçu une invitation, les patientes peuvent se rendre dans le centre d'imagerie de leur choix. Après réalisation, la mammographie bénéficie d'une double lecture.

En cas d'anomalie, un bilan complémentaire voire une prise en charge thérapeutique sont organisés par les praticiens qui suivent la patiente.

En 2013, le taux de participation à ce dépistage systématique des femmes cibles était de 51,6 % (France métropolitaine et DOM), taux relativement bas qui reste inférieur au taux recommandé pour bénéficier d'un impact significatif sur la mortalité par cancer du sein. (10) (11) Cette constatation est cependant à pondérer par le fait que 10 à 15 % des femmes-cibles réalisent un dépistage individuel.

La sensibilité moyenne (Se) de cette stratégie de dépistage est de 82,8 % et la spécificité moyenne (Sp) de 91,4 %. Les résultats sont plus fiables chez les femmes à partir de 50 ans. En effet, une plus grande densité mammaire chez les femmes plus jeunes peut masquer des lésions minimales. (12)

### **C. Avantages et inconvénients du dépistage du cancer du sein**

Les programmes de dépistage du cancer du sein n'améliorent pas la mortalité des patientes à stade de découverte équivalent. (7) . Cependant dans la mesure où ils permettent souvent un diagnostic plus précoce (13), ils diminueraient la mortalité du cancer du sein d'environ 10 % d'après une étude effectuée en Norvège sur 40.075 femmes. (14)

Ensuite, un diagnostic plus précoce permet aussi dans certains cas un traitement moins lourd ou moins mutilant.

D'autre part, l'effet rassurant d'un dépistage négatif est également un intérêt annexe, bien qu'il ne s'agisse pas d'un effet initialement recherché dans une telle démarche de dépistage.

Le dépistage du cancer du sein peut amener à des faux positifs ou au dépistage de lésions bénignes nécessitant cependant une confirmation histologique. Dans ces deux cas-là, il est responsable d'une iatrogénie via des actes parfois invasifs (en particulier la confirmation histologique) à visée de confirmation diagnostique. Il peut également être responsable d'une anxiété liée à l'attente du diagnostic dans le cas des lésions bénignes.

Par ailleurs, le dépistage entraîne parfois l'identification de lésions minimes qui n'auraient pas forcément évolué vers des lésions nécessitant un traitement (lésions non progressives ou spontanément résolutive) mais qui sont cependant opérées. Il y a dans ces cas une iatrogénie liée à l'acte chirurgical et surtout à ses éventuelles complications.

Enfin, le coût d'un tel programme de dépistage est non négligeable alors qu'actuellement le taux de participation semble insuffisant pour permettre une amélioration significative de mortalité par cancer du sein à l'échelle de la population française.

Ces effets sont connus de longue date et alimentent régulièrement des controverses quant au bien-fondé du dépistage systématique du cancer du sein en France. (15)

Malgré ces inconvénients, l'intérêt du dépistage du cancer du sein reste reconnu, ce qui en fait un objectif de santé publique. C'est pourquoi il a été intégré dans les paramètres d'évaluation de la prévention dans le dispositif de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Dans cette action, le médecin généraliste est en première ligne pour sensibiliser ses patientes à l'intérêt de ce dépistage.

## II. Le cancer du col de l'utérus

### A. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus dans le monde et en France

Au niveau mondial, le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique. En effet, il y a eu en 2008 environ 530 000 nouveaux cas et 275 000 décès liés à cette pathologie. Chez la femme, il s'agit du 3ème cancer le plus fréquent à l'échelle mondiale et de la 4ème cause de mortalité par cancer. (16) . La répartition est très inégale sur le territoire mondial puisque près de 95 % des décès et 83 % des cas incidents ont eu lieu dans des pays dits « en voie de développement ». L'Afrique et l'Amérique du Sud sont les deux continents où la pathologie est la plus fréquente. (16,17)

En France, en revanche, la situation est tout autre grâce à de meilleures conditions de vie, d'accès aux soins et de dépistage.

En 2011, 2 810 cas incidents de cancers du col de l'utérus ont été estimés, ce qui place la France dans la catégorie des pays à faible endémie. Ce chiffre est en diminution puisqu'on dénombrait 3 387 cas incidents en 2000. Il s'agit du 10<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent chez la femme en France. (18)

Après avoir diminué entre 1980 et 2000, le nombre de décès liés au cancer du col de l'utérus en France reste assez stable puisqu'il est estimé à 998 en 2011 contre 904 en 2000. La région Nord-Pas-de-Calais reste une des régions possédant la plus haute mortalité liée au cancer du col de l'utérus. Le taux de mortalité standardisé à la population mondiale y est estimé à 2,5/100 000 femmes en 2011 contre une moyenne nationale à 1,7/100 000 femmes sur la même période. (18)

Soixante-sept pourcents des cas concernent des femmes de moins de 65 ans avec un pic de fréquence autour de 40 ans.

Le taux de survie diminue en fonction du stade de diagnostic avec une survie à 5 ans allant de 93 % pour un stade I à 35 % pour un stade IV. (19)

## **B. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France : stratégie actuelle et résultats**

Le dépistage en France repose actuellement sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) triennal chez les femmes de 25 à 65 ans, après deux frottis initiaux normaux réalisés à un an d'intervalle. (19) La cytologie peut être effectuée de façon indifférenciée sur lame ou en milieu liquide.

Le taux de femmes de 25 à 65 ans ayant un frottis datant de moins de 3 ans est d'environ 57 % et reste relativement stable depuis quelques années. Il est cependant inférieur à 50 % dans le Pas-de-Calais, qui est un des départements où le taux de couverture est des plus bas. (18)

Bien que la mise en place d'un dépistage organisé soit en cours d'élaboration, il est pour le moment réalisé de façon individuelle dans la plupart des régions de France. (20)

Le FCU est un examen simple mais qui reste imparfait, notamment concernant ses performances. Sa sensibilité est estimée à 58 % et sa spécificité à 69 % quel que soit le diagnostic histologique, dans le cadre d'un dépistage. (21)

C'est un examen peu invasif mais qui reste *a priori* insuffisamment accepté par les patientes.

Il est important de rappeler qu'il est nécessaire de continuer un dépistage par FCU chez les patientes ayant reçu une vaccination anti-HPV. En effet, cette vaccination ne couvre pas tous les sérotypes d'HPV responsables de dysplasies et de cancers du col utérin. Elle ne couvre pas non plus les autres facteurs intervenant dans la genèse des cancers cervico-utérins.

### **C. Avantages et inconvénients du dépistage du cancer du col de l'utérus**

Le cancer du col de l'utérus est un cancer qui se prête bien au dépistage en raison de sa gravité, de sa fréquence et de la possibilité de diagnostic précoce permettant une prise en charge efficace. En effet, il est possible d'identifier des lésions précancéreuses ou dysplasies qui peuvent évoluer vers un cancer. Ces lésions peuvent alors donner lieu à une surveillance accrue ou à un traitement selon leur importance ou persistance. Il est ainsi possible d'éviter un cancer et le traitement des dysplasies est souvent moins invasif et moins pourvoyeur de morbidité que le traitement d'un cancer du col de l'utérus. (19)

En outre, la pratique du FCU permet de diagnostiquer les cancers du col de l'utérus à un stade plus précoce, ce qui améliore grandement la survie. En effet, le cancer du col de l'utérus étant longtemps paucisymptomatique et les symptômes étant peu spécifiques, les diagnostics sur signes d'appels sont relativement tardifs. (19)

Cependant, le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas dépourvu d'effets négatifs. En effet, il est responsable de stress et d'anxiété dans les cas de faux positifs ou de frottis douteux ou ininterprétables à reconstruire. (19)

D'autre part, il permet le dépistage de lésions dysplasiques qui peuvent soit régresser spontanément, soit persister et évoluer vers des lésions malignes. (19) La fréquence de ces évolutions varie selon l'importance de la dysplasie. Bien que les stratégies thérapeutiques actuelles cherchent à limiter la iatrogénie par excès de traitement de lésions précancéreuses qui auraient régressé spontanément, il reste toujours des patientes traitées par excès.

En outre, le traitement de certaines lésions dysplasiques par conisation est pourvoyeur de complications obstétricales à type de fausses-couches et prématurité. (19)

Ces effets négatifs restent cependant largement contrebalancés par l'amélioration de morbi-mortalité liée à la prise en charge précoce des lésions du col de l'utérus. De plus, sensibiliser les patientes à l'intérêt d'un dépistage régulier du cancer du col de l'utérus est

d'autant plus d'actualité que l'arrivée de la vaccination anti-HPV fait craindre une diminution de l'adhésion des patientes au dépistage. Cette démarche d'éducation sanitaire des patientes entre donc dans une démarche globale de prévention, ce qui justifie tout à fait sa place au sein de la ROSP des médecins généralistes.

### **III. Les paiements à la performance**

#### **A. Généralités sur les paiements à la performance**

Le paiement à la performance est une stratégie de rémunération répandue dans de nombreux métiers. L'exemple le plus explicite est celui des métiers commerciaux qui sont souvent rémunérés avec une base fixe et une part variable selon leurs ventes.

Ce mode de rémunération est cependant inhabituel dans notre pays pour les professions de santé. En effet, le paiement à l'acte ou le salariat sont les modalités de rémunération les plus fréquentes.

Le paiement à la performance (pay for performance : P4P) ou ROSP des médecins généralistes est défini de multiples façons par les organismes nationaux et internationaux. Pour la Banque Mondiale, il s'agit d'un « ensemble de dispositifs destinés à améliorer la performance du système de santé via des paiements incitatifs ». (22)

Depuis environ dix ans, ce mode de rémunération se développe fortement dans les sphères médicales et ainsi de nombreux pays utilisent des paiements à la performance pour les médecins. C'est notamment le cas dans de nombreux hôpitaux des Etats-Unis dans le cadre du programme « Hospital Quality Incentive Demonstration » (HQID) ou encore des médecins de Grande-Bretagne avec le programme « Quality and Outcomes Framework » (QOF) en place depuis 2004. (22)

La mise en place de ce type de dispositif répond en général à plusieurs objectifs complexes à coordonner dans les thèmes de l'amélioration de la qualité des soins et de l'optimisation des dépenses de santé.

## **B. La convention « P4P » ou Rémunération Sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)**

### **1. Contexte de mise en place**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'Assurance Maladie a intégré à sa convention un nouveau dispositif de ROSP communément appelé le « P4P ». Cette convention, signée avec les syndicats de médecins libéraux, introduit une nouvelle dimension de rémunération pour les médecins généralistes dont la quasi-totalité de la rémunération actuelle provient de la tarification à l'acte.

Parmi ses écueils, la tarification à l'acte n'est pas un dispositif incitant à la prévention. En effet, la prévention est une activité relativement chronophage et non rémunératrice dans ce mode de fonctionnement. De plus, la tarification à l'acte peut, dans certains cas, mener à une escalade du nombre de consultations avec souvent une diminution de la qualité de soins.

L'introduction de la ROSP a donc pour objectif d'agir sur ces biais liés au mode de fonctionnement de notre système de santé.

La ROSP a été généralisée via le « P4P » suite à une forte adhésion des médecins concernés par le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) entre 2009 et 2011.

L'objectif de ce mode de rémunération est l'amélioration de la qualité des soins et du suivi des patients.

Le dispositif de l'Assurance Maladie est présenté sous les termes suivants dans la nouvelle convention de 2011 :

« Les professionnels de santé adhérant à la convention médicale s'engagent à délivrer des soins de qualité au profit de leurs patients. La convention médicale comporte, en conséquence des mesures tendant à valoriser l'engagement des professionnels en faveur de la qualité des soins ». (23)

## **2. Description du dispositif « P4P » : objectifs, système de points, modalités d'adhésion**

Le « P4P » a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins et du suivi des patients.

Ce dispositif est basé sur la mesure de différents indicateurs de la pratique de chaque médecin y adhérant. Ces indicateurs s'articulent autour de deux grands axes que sont l'organisation du cabinet d'une part et la qualité de la pratique médicale d'autre part. À noter que certains points de maîtrise de dépenses de santé sont également intégrés au titre de la qualité de la pratique médicale. Les indicateurs sont fixés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), que ce soit concernant leurs intitulés, les contenus attendus, les objectifs ou encore les seuils.

Les indicateurs sont détaillés dans les **annexes 1 et 2**

La rémunération est basée sur une échelle de 1 300 points maximum répartis comme suit : 400 points concernent les items de l'organisation du cabinet, 250 points concernent les items de suivi des pathologies chroniques, 250 points concernent les items de prévention et de santé publique et 400 points concernent les items d'efficience. Nous pouvons donc constater que cette répartition offre une place primordiale à la rémunération sur des items de maîtrise des dépenses de santé plus que sur les objectifs annoncés que sont la prévention et le suivi des pathologies chroniques.



La rémunération est ensuite calculée selon la formule suivante :

$$\text{Nombre de points} \times \text{valeur du point (actuellement 7€)} \times \text{nombre de patients} / 800$$

La patientèle moyenne étant fixée à 800 patients, la rémunération est pondérée en fonction de ce paramètre. La patientèle utilisée pour ce calcul correspond à celle affiliée au régime général de la Sécurité Sociale, les sections locales mutualistes étant exclues.

À noter que les indicateurs d'organisation du cabinet sont eux indépendants de la taille de la patientèle.

À partir de ces éléments, la ROSP d'un médecin ayant 800 patients est maximum 9 100 €.

Concernant l'implantation de la convention, tout médecin était intégré, sauf refus expressément exprimé par lettre recommandée avant le 26 décembre 2011.

Début 2012 il y avait donc 97,2 % d'adhérents à ce point de la convention d'après le directeur de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie). (24)

#### **IV. Objectifs de ce travail**

Parmi ses différents indicateurs, la convention « P4P » intègre dans ses items des objectifs de santé publique ayant trait à la prévention des cancers du sein et des cancers du col de l'utérus, deux pathologies pour lesquelles il existe des méthodes de dépistage efficaces.

Le travail mené s'intéresse donc à l'évolution des taux de couverture des populations-cibles de ces 2 types de dépistages chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, tous Maîtres de Stage des Universités (MSU), depuis la mise en place de la convention « P4P » afin d'évaluer si la prime à la performance a effectivement une influence positive sur les

pratiques de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein. En effet, une évolution favorable laisserait espérer aux autorités sanitaires un retour positif à long terme sur cet investissement financier.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'influence de la mise en place du « P4P » sur les taux de participation à la réalisation des FCU et mammographies dans les populations-cibles dans le cadre des dépistages recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) chez les patientes suivies par les médecins généralistes, MSU, du Nord-Pas-de-Calais.

L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs influençant une éventuelle évolution des pratiques de dépistage par FCU et mammographie chez ces médecins.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

### I. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, par questionnaire à questions fermées (préalablement testé) réalisé à l'aide du logiciel LimeSurvey®. Un mail contenant un lien vers le questionnaire avait été adressé à un échantillon de médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais, tous MSU et acceptant de diffuser leur adresse électronique pour les travaux de thèses.

Une série de quatre relances de mail était débutée 2 semaines après le 1<sup>er</sup> envoi, ceci afin d'augmenter le taux de réponse.

### II. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- médecins généralistes ;
- MSU ayant donné leur accord de diffusion de leur adresse mail au Collège des Enseignants de Médecine Générale du Nord-Pas-de-Calais pour les questionnaires de thèse d'exercice ;
- installation dans la région Nord-Pas-de-Calais depuis 2012 au plus tard ;
- adhésion à la convention « P4P » ;
- acceptation de participation à l'enquête.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- les médecins généralistes installés après 2012 en raison d'un recul insuffisant pour permettre une réponse aux questions.

### III. Le questionnaire

Après une vérification des données disponibles pour les médecins sur AmeliPro (le site de l'Assurance Maladie), un questionnaire en 3 parties avait été élaboré. Ce questionnaire avait été testé auprès de 5 médecins hors de la région, modifié et testé à nouveau avant de devenir définitif. [annexe 3]

Le questionnaire s'articulait selon le schéma suivant :

- la 1<sup>ère</sup> partie, permettait de vérifier les « critères d'inclusion »,
- la 2<sup>ème</sup> partie concernait les données étudiées, c'est à dire les taux de suivi pour les dépistages des cancers du sein et du col selon les normes établies par l'Assurance Maladie,
- la 3<sup>ème</sup> partie abordait les facteurs pouvant influencer les taux de suivi et/ou leur évolutivité.

Une activation des cookies dans le programme LimeSurvey® permettait que chaque médecin ne puisse répondre qu'une seule fois au questionnaire lors des relances.

Une déclaration du recueil informatique avait été effectuée auprès de la CNIL. Il s'agit de la déclaration n°1717002 v 0, du 06-11-2013. [Annexe 4]

### IV. Recueil des données et analyse statistique

L'enquête avait été réalisée par l'envoi d'un courriel à 135 médecins le 18/11/13.

Des relances par mails avaient été faites 2 semaines après, puis toutes les semaines pendant 4 semaines avec une pause pendant les vacances de Noël.

En effet, ce choix avait été motivé par la forte probabilité d'absence de réponse pour beaucoup de médecins et le risque de lassitude liée à ces relances pour ceux ayant déjà répondu.

Le recueil des questionnaires s'était arrêté le 13/02/2014 et s'était déroulé sur une période de 87 jours, soit presque 3 mois.

Les données avaient été récupérées sous tableau Excel®.

L'analyse statistique avait été réalisée par le logiciel R® (version 3.2.0).

Les résultats avaient été exprimés en valeurs absolues, variances partagées, en intervalles de confiance.

La significativité d'une différence était calculée en tenant compte d'un risque de première espèce de 5 %.

Les tests utilisés étaient : test du Chi<sup>2</sup>, test de comparaison des moyennes de Student, test de la nullité du coefficient de corrélation, analyse de la variance à un facteur.

L'analyse statistique avait été réalisée avec l'aide de la Plateforme d'Aide Méthodologique de la Maison de la Recherche Clinique du CHRU de Lille du Professeur Duhamel.

## RÉSULTATS

### I. Retours des questionnaires

Au cours de la période de recueil du 18/11/13 au 13/02/14, sur les 135 médecins sollicités, 58 réponses ont été reçues, soit un taux de réponse de 43 %, dont cependant 29 réponses incomplètes (50 %). 14 des réponses étaient incomplètes en raison de l'arrêt du questionnaire pour les médecins n'ayant pas adhéré à la convention « P4P ». Les autres concernaient surtout au moins une absence dans les informations à recueillir sur le site AmeliPro (14 / 15). Ces informations n'étaient pas toujours récupérables en cas de patientes dans la tranche d'âge trop peu nombreuses sur la période.

La plupart des réponses étaient datées (89,7 %), ce qui avait permis de savoir que la majorité des réponses ( $\geq 58,6$  %) avaient été reçues avant la seconde relance du 10/12/13 ; 6,9 % entre la 2<sup>nde</sup> et la 3<sup>ème</sup> relance du 17/12/2013 ; 15,5 % entre la 3<sup>ème</sup> et la dernière relance du 14/01/2014 ; 8,2 % entre la dernière relance et la clôture du questionnaire le 13/02/2014.

### II. Profil des répondants

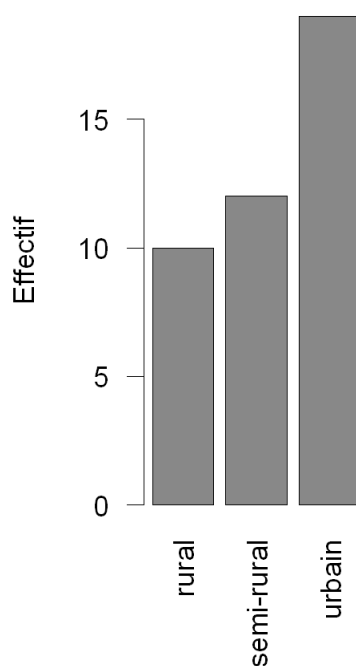
15 femmes et 26 hommes ont répondu à notre questionnaire (sex ratio : 1,70). Il est à noter que 3 personnes n'ont pas précisé leur genre.

Bien que le sex-ratio de cet échantillon diffère de celui des généralistes du Nord-Pas-de-Calais (2,85), cette différence n'est pas significative ( $p=0,12$ ). [Annexe 5] (25)

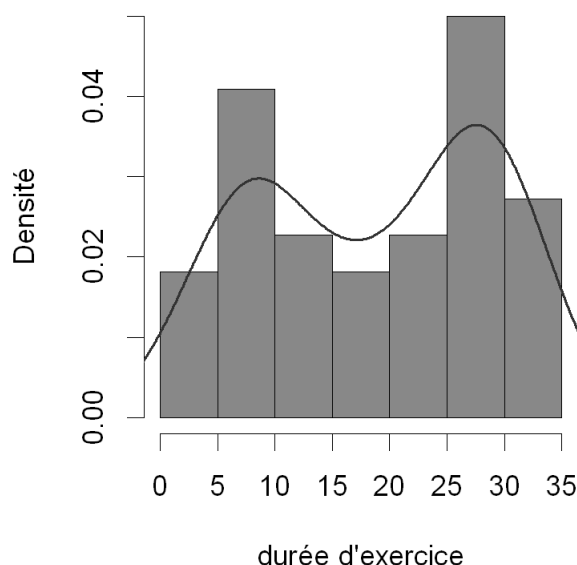
La moyenne d'âge des répondants était de 49,4 ans (IC95 [46,518 ; 52,339]). L'âge moyen des médecins de la région étant de 50,9 ans, il n'y avait donc pas de différence significative avec l'échantillon interrogé ( $p=0,9843$ ). [Annexe 6]

Les répondants exerçaient à 46,3 % en milieu urbain, à 29,3 % en milieu semi-urbain et à 24,4 % en milieu rural.

**Diagramme 1 : répartition des médecins par milieu d'activité**



En moyenne, les médecins répondants étaient installés depuis 1994, ils exerçaient depuis presque 19 ans et étaient le plus souvent informatisés. [Annexe 7]

**Diagramme 2 : répartition des médecins selon leur durée d'exercice**

Parmi ces médecins, 75,8 % (44) avaient adhéré au « P4P ».

**Tableau 1: répartition des médecins selon leur adhésion au P4P**

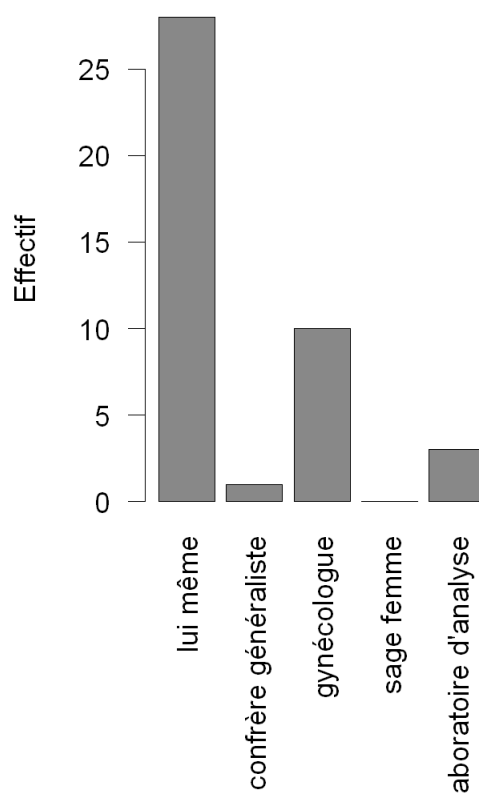
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	14	24	[14,27-37,46]
Oui	44	76	[62,54-85,73]
Total. Valides	58	100	-

Les médecins ayant adhéré au « P4P » consultaient à 88,6 % le site AmeliPro de la CPAM au moins une fois par semaine, certains d'entre eux le consultant même à fréquence quotidienne. (70,5 %).[Annexe 8]

**III. Analyses univariées****A. Réalisation du FCU**

Pour la réalisation des FCU de leurs patientes, 67 % des médecins pratiquaient préférentiellement eux-mêmes les frottis, 27 % adressaient les patientes chez un confrère (plus volontiers un gynécologue, mais un médecin adressait ses patientes à un confrère généraliste) et 6 % orientaient directement leurs patientes vers les laboratoires. Aucun ne privilégiait le suivi par les sages-femmes.



**Diagramme 3 : répartition des médecins par leur pratique de FCU****B. Suivi des recommandations HAS en 2012 et 2013**

Au moment de répondre au questionnaire (fin 2013), parmi la patientèle des médecins interrogés, en moyenne 53,11 % des patientes de 25 à 65 ans avaient réalisé un FCU au cours des 3 années précédentes (recommandation HAS demandée par la CPAM concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans la ROSP). De même, au sein de la patientèle des médecins interrogés, en moyenne 62,45 % des patientes de 50 à 74 ans avaient réalisé une mammographie au cours des 2 années précédentes (recommandation HAS demandée par la CPAM concernant le dépistage du cancer du sein dans la ROSP).

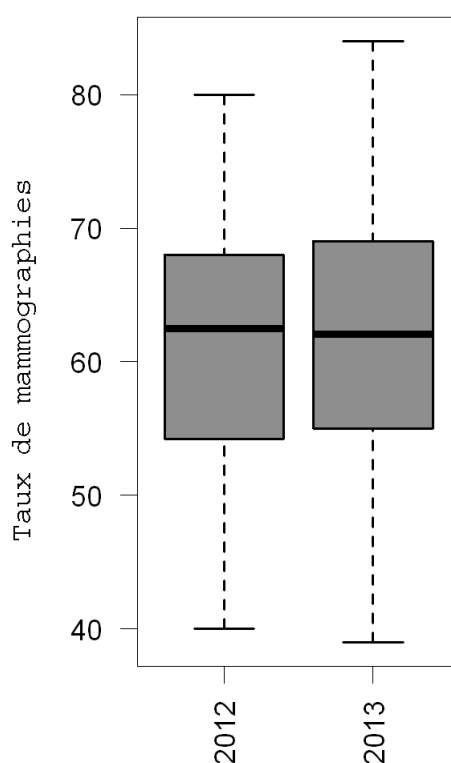
Pour ces mêmes médecins en 2012, 51,66 % de leurs patientes de 25 à 65 ans avaient bénéficié d'un FCU dans les 3 années précédentes et 62,05 % de leurs patientes de 50 à 74 ans avaient réalisé une mammographie dans les 2 années précédentes.

## IV. Analyses bivariées

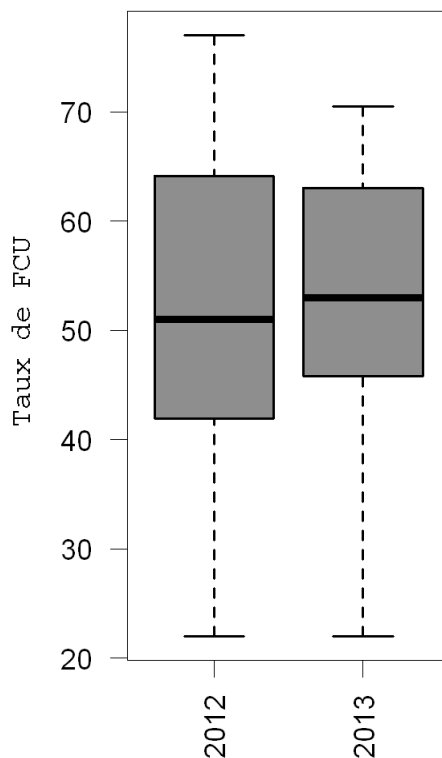
### A. Comparaison des taux de mammographies et FCU entre 2012 et 2013

La comparaison des taux de mammographies au sein des patientèles des médecins en 2012 et 2013 n'objectivait pas de différence significative ( $p=0,641$ ) après analyse bivariée par le test de Student apparié.

#### **Box plot 1 : Test de Student apparié pour les taux de mammographie en 2012 et 2013**

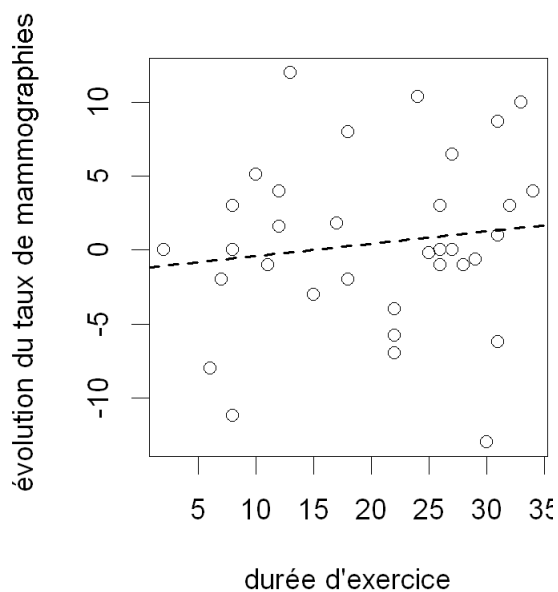


La comparaison des taux de FCU au sein des patientèles des médecins en 2012 et 2013 ne retrouvait pas de différence significative ( $p=0,120$ ) après analyse bivariée par le test de Student apparié.

**Box plot 2 : Test de Student apparié pour les taux de FCU en 2012 et 2013****B. Evolution du taux de mammographies en fonction du profil des répondants**

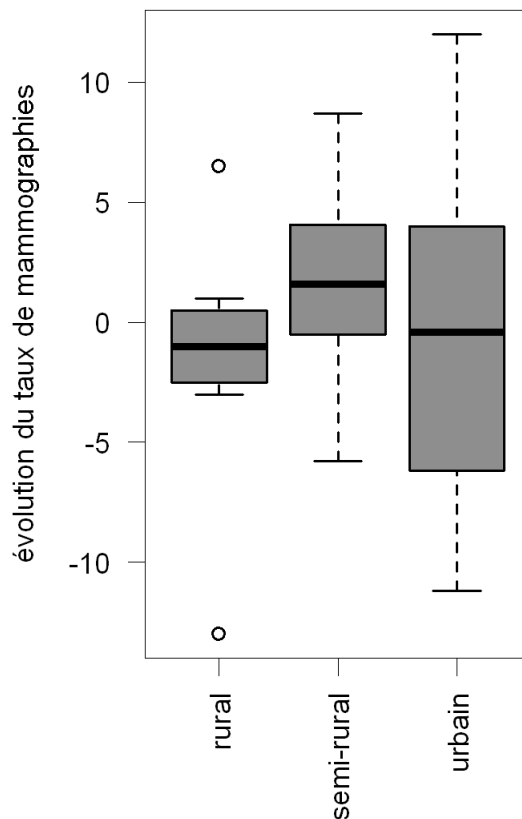
L'analyse bivariée, par test de nullité du coefficient de corrélation, de l'évolution des taux de mammographies entre 2012 et 2013 ne mettait pas en évidence de différence significative en fonction de la durée d'exercice ( $p=0,456$ ).

**Courbe 1: Corrélation entre l'évolution du taux de mammographies et la durée d'exercice du médecin**



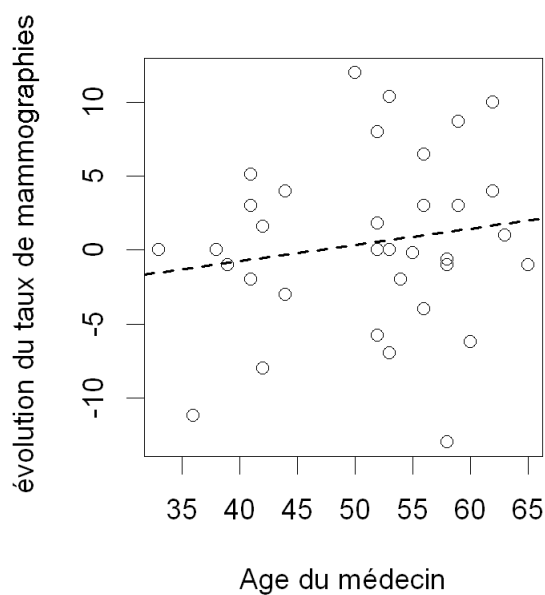
L'analyse bivariée n'objectivait pas de différence significative concernant l'évolution des taux de mammographies entre 2012 et 2013 en fonction du lieu d'activité des praticiens répondants ( $p=0,512$ ).

**Box plot 3 : Test de Student entre l'évolution des taux de mammographies et le milieu d'exercice**



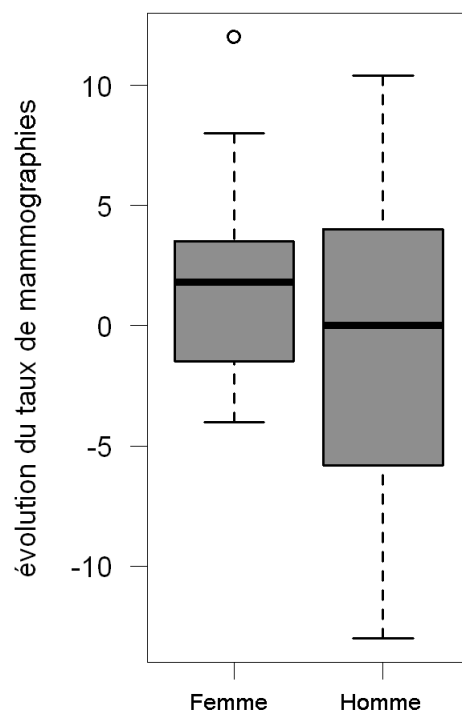
L'évolution des taux de mammographies entre 2012 et 2013 n'était pas significativement différente en fonction de l'âge des médecins répondants ( $p=0,355$ ).

**Courbe 2 : Corrélation entre l'évolution du taux de mammographies et l'âge du médecin**



Les taux de mammographies n'évoluaient pas de façon significativement différente entre 2012 et 2013 en fonction du sexe du médecin ( $p=0,318$ ).

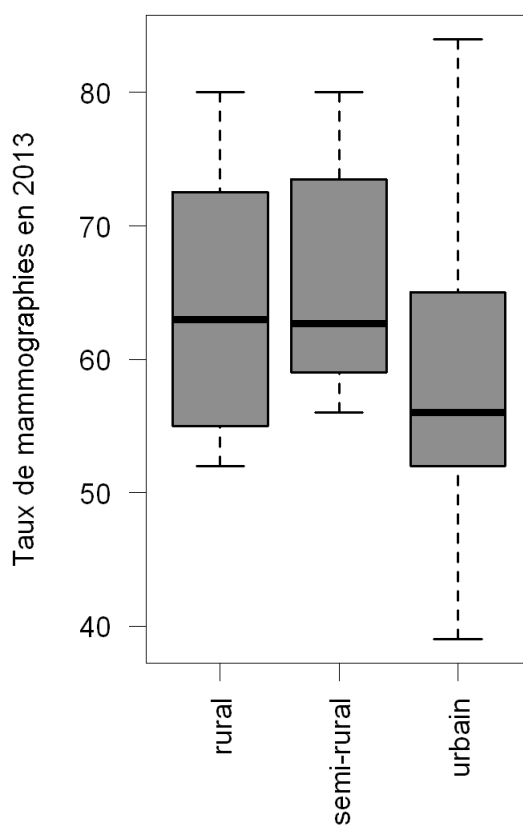
**Box plot 4 : Test de Student appariant l'évolution des taux de mammographies et le genre**



### C. Taux de mammographies en 2013 en fonction du profil des répondants

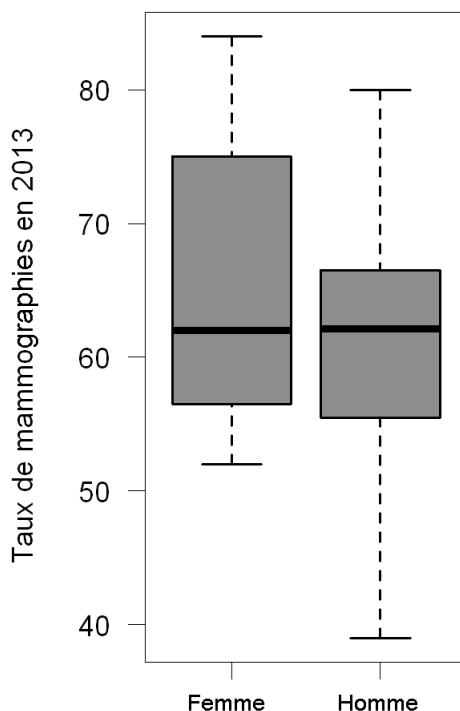
Il n'était pas démontré pas de différence significative entre les taux de mammographies réalisés en 2013 dans les différents milieux d'exercice des médecins répondants (urbain, rural et semi-rural) ( $p=0,197$ ).

**Box plot 5 : Test de Student comparant le taux de mammographies en 2013 et le milieu d'exercice**



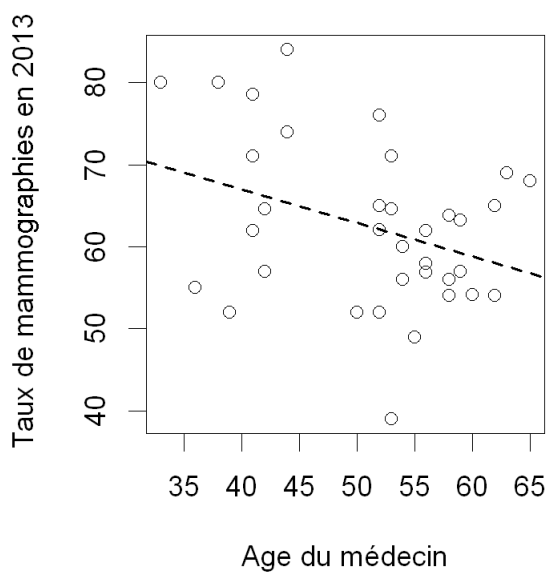
Dans l'échantillon de répondants, il n'y avait pas de différence significative des taux de mammographies réalisés en 2013 au sein des patientèles des médecins Hommes et des médecins Femmes ( $p=0,37$ ).

**Box plot 6 : Test de Student appariant le taux de mammographies en 2013 et le genre du médecin**



En revanche, une corrélation significative était retrouvée entre des taux élevés de mammographies en 2013 et les médecins les moins âgés ( $p=0,0417$ ).

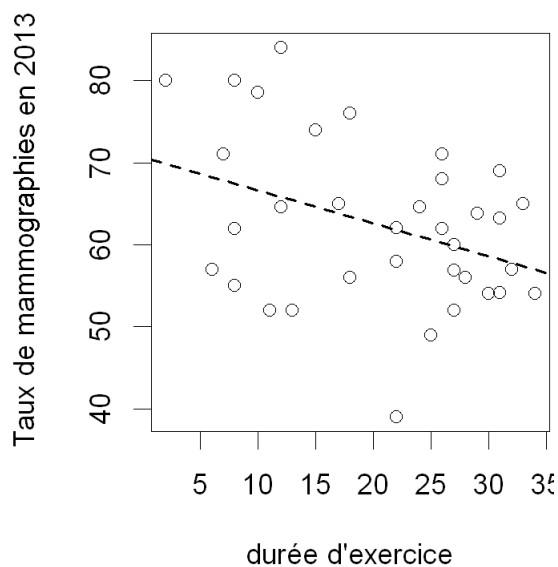
**Courbe 3 : Corrélation entre le taux de mammographies en 2013 et l'âge du médecin**





De la même façon, les résultats mettaient en évidence une corrélation significative entre des taux élevés de mammographies en 2013 et une durée d'exercice moins longue des médecins ( $p=0,028$ ).

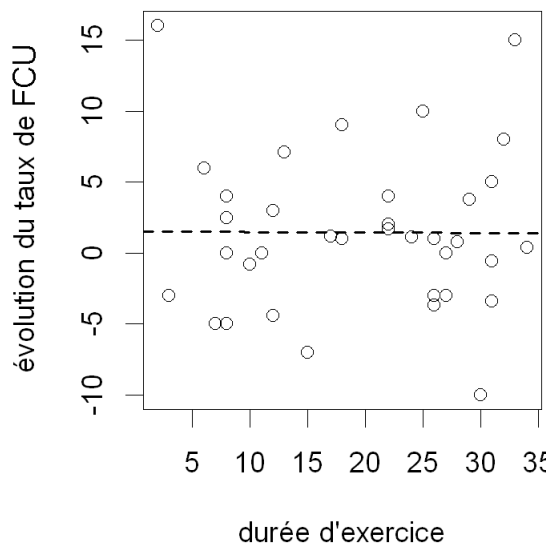
**Courbe 4 : Corrélation entre le taux de mammographies en 2013 et la durée d'exercice du médecin**



#### D. Evolution du taux de FCU en fonction du profil des répondants

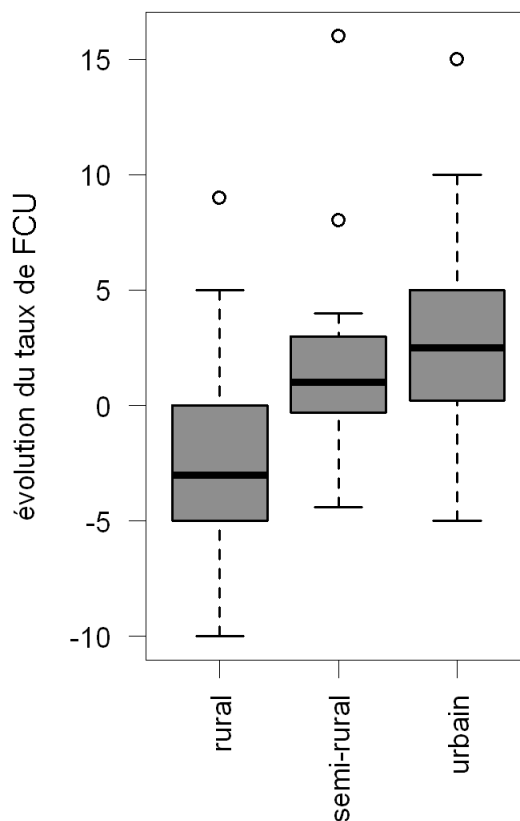
L'analyse bivariée de l'évolution des taux de FCU entre 2012 et 2013 ne retrouvait pas de différence significative en fonction de la durée d'exercice ( $p=0,965$ ).

**Courbe 5 : Corrélation entre l'évolution du taux de FCU et la durée d'exercice du médecin**



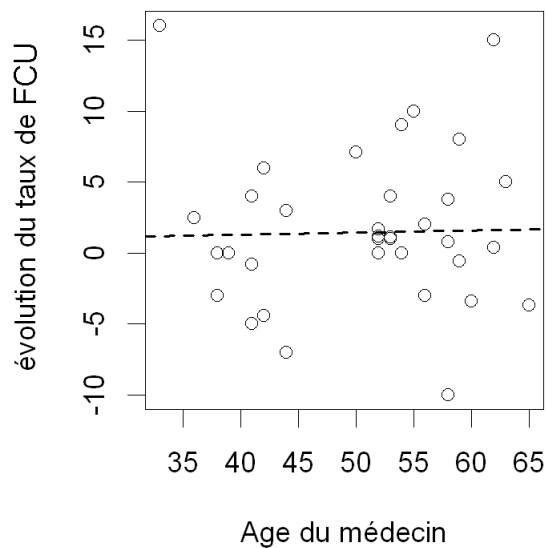
L'analyse bivariée n'objectivait pas de différence significative concernant l'évolution des taux de FCU entre 2012 et 2013 en fonction du lieu d'exercice des praticiens répondants ( $p=0,148$ ).

**Box plot 7 :** Test de Student appariant l'évolution des taux de FCU et le milieu d'exercice



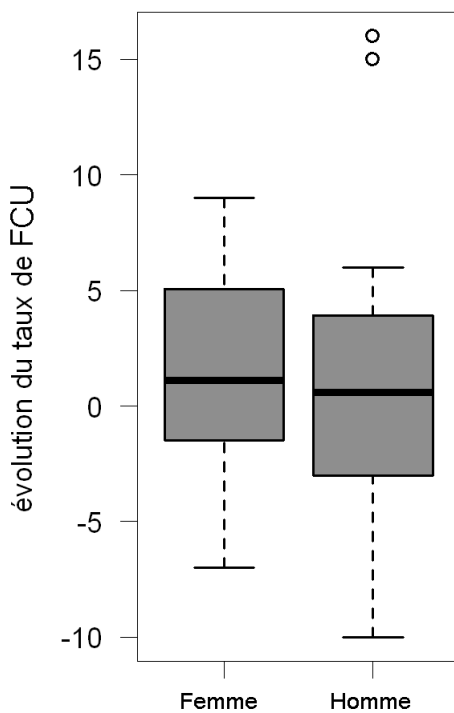
L'évolution des taux de FCU entre 2012 et 2013 n'était pas significativement différente en fonction de l'âge des médecins répondants ( $p=0,889$ ).

**Courbe 6 : Corrélation entre l'évolution du taux de FCU et l'âge du médecin**



Les taux de FCU n'évoluaient pas de façon significativement différente entre 2012 et 2013 en fonction du sexe du médecin ( $p=0,912$ ).

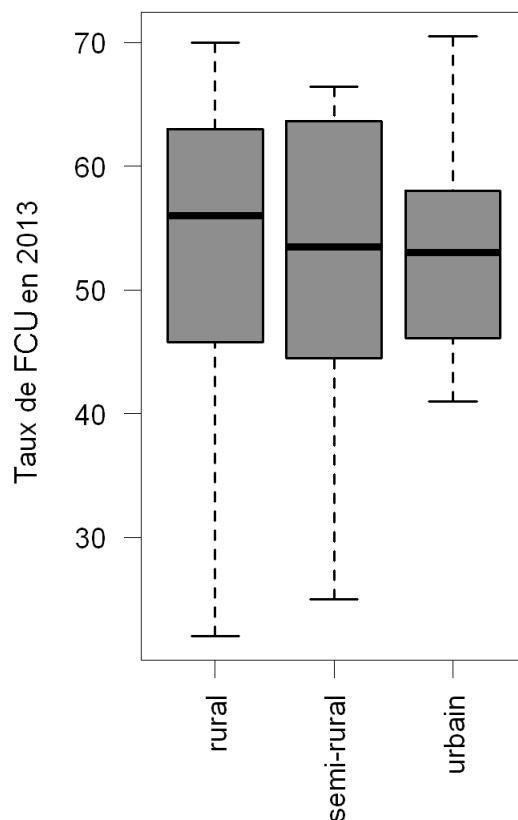
**Box plot 8 : Test de Student comparant l'évolution des taux de FCU et le genre du médecin**



### E. Taux de FCU en 2013 en fonction du profil des répondants

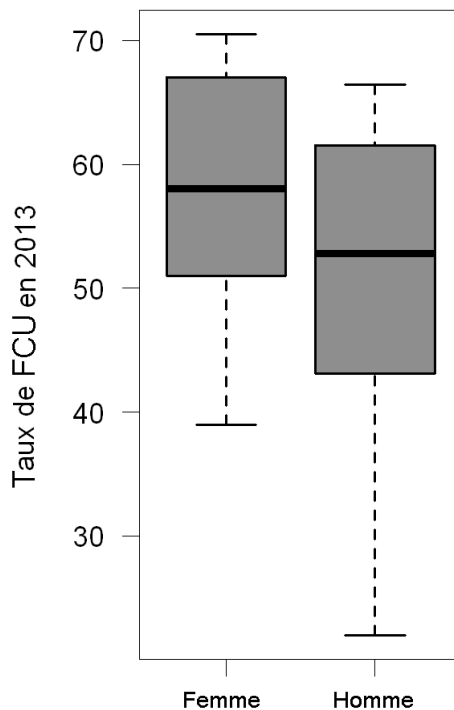
Il n'y avait pas de différence significative entre les taux de FCU réalisés en 2013 dans les différents milieux d'exercice des médecins répondants (urbain, rural et semi-rural) ( $p=0,981$ ).

#### **Box plot 9 : Test de Student entre le taux de FCU en 2013 et le milieu d'exercice**



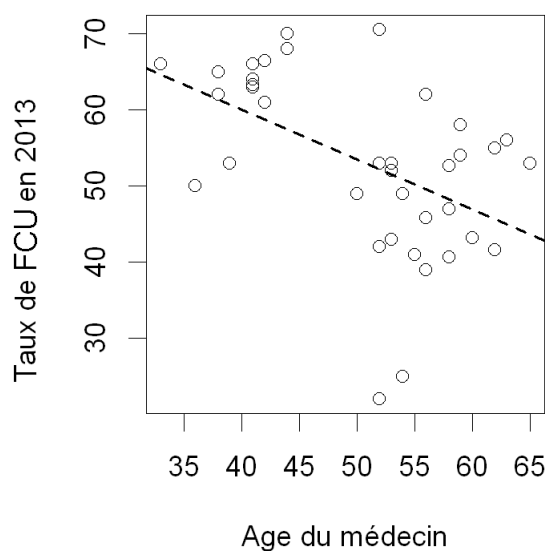
Dans l'échantillon des répondants, il n'était pas mis en évidence de différence significative des taux de FCU réalisés en 2013 au sein des patientèles des médecins Hommes et des médecins Femmes ( $p=0,082$ ).

**Box plot 10 : Test de Student appariant le taux de FCU en 2013 et le genre du médecin**



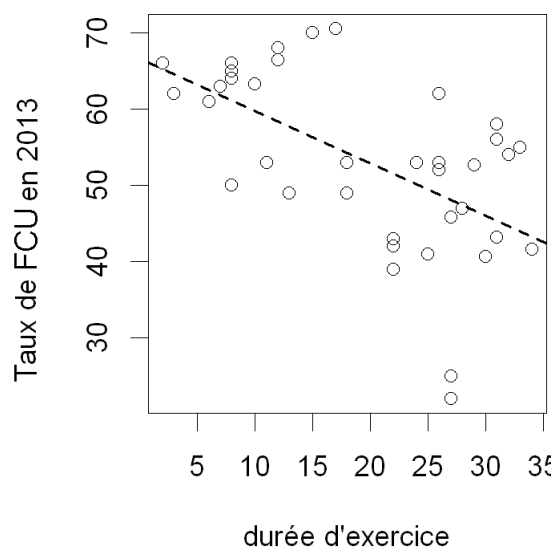
On retrouvait à nouveau une corrélation significative entre des taux élevés de FCU en 2013 et le jeune âge des médecins ( $p=0,00194$ ).

**Courbe 7 : Corrélation entre le taux de FCU en 2013 et l'âge du médecin**



De la même façon, les résultats objectivaient une corrélation significative entre des taux élevés de FCU en 2013 et une durée d'exercice moins longue des médecins ( $p=0,000227$ ).

**Courbe 8 : Corrélation entre le taux de FCU en 2013 et la durée d'exercice du médecin**



## DISCUSSION

### A. Les résultats

Concernant le résultat principal, l'étude n'objective pas d'évolution significative des taux de FCU et de mammographies pratiqués au sein de la patientèle des MSU du Nord-Pas-de-Calais adhérant à la convention de ROSP, depuis sa mise en place en janvier 2012.

Cela met en évidence une absence d'évolution des pratiques de dépistages gynécologiques depuis l'introduction de la convention « P4P », au sein de la population interrogée des MSU.

En revanche, concernant les facteurs influençant la pratique des dépistages, l'étude retrouve des données intéressantes.

Une pratique des dépistages des cancers gynécologiques plus en accord avec les recommandations est mise en évidence chez les médecins jeunes et récemment installés (2 facteurs souvent en relation). Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces constatations: par exemple, une installation récente est souvent synonyme de revenus moindres et les jeunes médecins pourraient trouver intéressant d'augmenter leurs revenus grâce à la ROSP, mais cette hypothèse est à nuancer par le fait que leur pratique n'a pas évolué depuis la mise en place de la convention. Ces résultats sont cependant à traiter avec circonspection. En effet, les données de la littérature ne retrouvent pas cette corrélation. Par exemple, dans une étude de l'Institut National du Cancer (INCa) effectuée en 2010 sur les pratiques des médecins généralistes, cette corrélation n'était pas retrouvée. (26)

Il est également noté une forte utilisation du site AmeliPro de l'Assurance Maladie dans notre échantillon (88,6 % le consultent au moins de façon hebdomadaire). Mais, ce chiffre reflète peut-être plus les connexions pour des besoins professionnels (arrêts de travail, commande d'ordonnanciers ...) que pour la surveillance de leurs indicateurs « P4P » de bonne pratique.

## **B. Les forces et limites de l'étude**

### **1. Les forces de l'étude**

Tout d'abord la thématique traitée est doublement actuelle. D'une part, la ROSP est actuellement fortement débattue à la fois au sein de la population médicale et au sein de la population générale. Par ailleurs, les cancers gynécologiques et leur dépistage restent une priorité de santé publique depuis plusieurs années.

Sur le plan méthodologique, cette étude possède plusieurs forces qui permettent de valider ses résultats.

Tout d'abord, un taux de réponse de 40 %, ce qui est tout à fait correct et montre une adhésion des personnes interrogées au questionnaire.

Ensuite, le questionnaire est court, ce qui permet une interprétation statistique claire.

De plus, les données recueillies sont des données officielles délivrées par la CPAM. Il ne s'agit pas d'estimations ou de données issues de logiciels variables selon les médecins. Ceci permet une homogénéité des données recueillies et permet de limiter le risque de données aberrantes.

En outre, le déroulement de l'étude a suivi un schéma méthodologique préconisé par le service de biostatistique, ce qui limite les biais existants.



## 2. Limites de l'étude

Les médecins interrogés sont tous des MSU, il s'agit donc d'une population légèrement différente de la population totale des généralistes du Nord-Pas-de-Calais, sans que l'on puisse définir précisément l'impact de cette différence sur les résultats de l'étude. Il est donc difficile d'extrapoler ces résultats à la population plus générale des médecins généralistes de la région.

Parmi les réponses, le taux de non adhérents à la convention de ROOSP (près de 25 %) est bien supérieur à celui de la population française. En effet, au 30 janvier 2012, moins de 2,8 % des médecins français éligibles refusaient le dispositif conventionnel d'après Frédéric Van Roekeghem, directeur de la CNAM. (24) Cette situation peut s'expliquer par le fait que l'échantillon soit constitué de MSU. L'hypothèse formulée est que cette population était mieux informée des moyens de refus de la convention au moment de la mise en place du dispositif par l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, bien que le taux de réponse soit correct, l'échantillon reste de petite taille (58 réponses). Il est donc difficile d'élargir le champ d'application des données recueillies.

Certaines limites de l'étude et de ses résultats peuvent être imputées à la procédure de recueil des données de l'étude.

En effet, le recueil sous forme informatique nécessitait une manipulation de la part des médecins. Bien que relativement simple, elle nécessitait un minimum d'habitude de l'ordinateur et de l'outil AmeliPro. Cela constitue donc un possible frein aux réponses. Cependant, en raison de la nécessité d'un tutoriel visuel, la solution du démarchage par mail semblait la plus appropriée.

De plus, les informations sur les non adhérents à la convention de ROSP n'étaient pas recueillies dans la mesure où il était prévu qu'ils soient marginaux (à partir des données nationales), leurs réponses n'ont donc pas été demandées. Finalement, ils ont été  $\frac{1}{4}$  des répondants.

Néanmoins, l'étude a été réalisée de manière relativement précoce par rapport à la mise en place de la convention (moins de 2 ans) et des évolutions peuvent être attendues dans les années à venir.

Il y a par ailleurs de nombreux points d'amélioration de pratique visés par la convention. Les médecins semblent, pour l'instant, privilégier d'autres thématiques, d'après les données de l'Assurance Maladie. (27)

### **C. Cohérence des résultats avec les données de la littérature**

Les résultats retrouvés au sein de notre échantillon sont cohérents avec les résultats disponibles à l'échelle nationale.

En effet, le taux de suivi mammographique dans l'échantillon était de 62,1 % (IC95 [58,51 ; 65,596]), ce qui n'est pas significativement différent du taux national de 64,9 % retrouvé en décembre 2011 ( $p=0,1116$ ). (28)

En revanche, le taux de patientes à jour de leur FCU était significativement inférieur à la moyenne nationale à 51,7 % (IC95 [47,314 ; 56]), alors qu'à l'échelle nationale 58,7 % des femmes en âge d'être suivies ont un frottis à jour ( $p=0,002252$ ). (28)

Ce point est probablement en rapport avec une moins bonne couverture du territoire régional en ressources de gynécologues. En effet, le FCU reste encore très souvent réalisé par un gynécologue et la région Nord-Pas-de-Calais est une région globalement en déficit de ces

praticiens. Ce déficit continue à augmenter et, en 2013, dans la région étaient dénombrés seulement 144 gynécologues pour 4,052 millions d'habitants. (29) (30) (31)

De même, l'absence d'évolution des taux de dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus sont également retrouvés à l'échelle nationale. (28)

Concernant les résultats secondaires, l'absence d'impact du milieu d'exercice (rural, urbain, semi-rural) sur les actions de dépistage étudiées est cohérente avec l'étude de l'INCa de 2011 menée auprès de 600 généralistes, qui ne retrouvait pas de variation significative en fonction du milieu d'exercice. (26)

Les résultats de l'étude sont également cohérents avec les réserves que les médecins évoquent sur le paiement à la performance en général et sur cette convention en particulier. (32)

Le « P4P » est en effet critiqué sur de nombreux points et certains syndicats, comme l'Union Généraliste, mettent en avant près de 30 % d'hostilité au dispositif parmi leurs membres. (33)

Il est par exemple accusé de limiter la liberté d'exercice et d'être une méthode supplémentaire de surveillance par l'Assurance Maladie. (34,35)

Ensuite, le « P4P » est décrié concernant son efficacité qui est largement mise en doute, en particulier sa capacité à améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. (34,36) C'est d'ailleurs une critique assez générale des paiements à la performance qui revient dans plusieurs pays suite à leur mise en place, en particulier en Grande-Bretagne. (37,38) En effet, bien qu'une amélioration de la qualité des soins des patients pour les indicateurs rémunérés

soit souvent mise en évidence (au moins partiellement), le risque d'un effet négatif sur les pathologies non valorisées sur le plan financier est souvent mis en avant.

Les résultats de notre étude, bien qu'ils ne soient pas extrapolables à grande échelle, vont dans ce sens. Pourtant, le bilan de l'Assurance Maladie, un an après la mise en place du dispositif conventionnel, est plutôt positif avec cependant une absence d'évolution du versant prévention des cancers. (27,28)

L'absence d'évolution des pratiques de dépistage est un phénomène également retrouvé dans d'autres programmes de paiement à la performance à l'échelle internationale.

En 2010, Pieter Van Herk et al se sont penchés sur les résultats des différents programmes de paiement à la performance dans le monde. Ils ont donc effectué une méta-analyse de la littérature sur 128 publications dont la majorité concernait les Etats-Unis et la Grande-Bretagne. Ils trouvaient des résultats très variables selon les études, et souvent décevants, concernant les programmes de dépistage. En revanche, ils relevaient souvent une amélioration des pratiques concernant la prise en charge des pathologies chroniques telles le diabète. Leur analyse de littérature retrouvait également de meilleurs résultats dans les programmes incitatifs purs comparés aux programmes avec un versant « sanction financière ». (39)

Par ailleurs, certaines études se sont penchées sur les différentes modalités possibles pour « optimiser » les prises en charge des patients.

Par exemple, concernant l'économie sur le plan des prescriptions (un des axes de la ROSP), une étude publiée en 2014, issue de l'interrogatoire de 24 médecins généralistes, retrouvait plusieurs éléments favorisant une limitation des prescriptions. Il s'agissait de la formation du praticien (en particulier la formation médicale continue), de l'appartenance à un réseau de soins ou encore de la gestion de la consultation (avec une partie « négociation » avec le patient). En revanche, chez ces praticiens interrogés, le CAPI ou la ROSP ne sont pas

des facteurs influençant leurs prescriptions. Pour les auteurs cela révèle une certaine défiance du corps médical vis-à-vis des instances de santé. (40)

Ainsi, pour ces professionnels interrogés, l'amélioration des pratiques passe principalement par d'autres biais que par des dispositifs conventionnels.

#### **D. Perspectives d'évolution**

Après analyse des résultats, la promotion des dépistages organisés devrait être poursuivie et même majorée, à la fois auprès des populations médicales et des populations cibles. Dans cette optique, la mise en place prochaine d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est une évolution cohérente et attendue. (20)

D'autre part, concernant l'impact de la ROSP sur les pratiques médicales, il semble important de laisser une liberté de pratique médicale et de ne pas enfermer la pratique médicale dans des objectifs restrictifs. Actuellement, une évolution vers un versant de réduction de la rémunération en cas de non-atteinte des objectifs est discutée par la Cour des Comptes. (41)

Cette évolution semble peu souhaitable dans la mesure où elle viendrait supprimer l'aspect « revalorisation de la rémunération » liée au « P4P » tout en réduisant la « bonne » pratique médicale à des chiffres.

En effet, la ROSP utilise des indicateurs, ce qui est de plus en plus reconnu comme un système de fonctionnement délétère en management car éloignant encore plus le manager (ici l'Assurance Maladie) de la réalité des opérateurs de terrain (ici les médecins généralistes). Ce point est cependant à nuancer par le fait que la convention actuelle ne représente qu'une part peu importante de la rémunération des médecins généralistes.

Ainsi, ce dispositif réduit la qualité des soins à une série d'indicateurs. C'est quelque chose de restrictif et erroné car, comme dans toute pratique, les indicateurs sont généralement des reflets limités et incomplets des activités. (42)

En outre, l'utilisation d'indicateurs comporte un risque de manipulation avec développement de pratiques annexes détériorant la qualité médicale globale alors que les indicateurs sont optimaux (bien que cela soit difficile à illustrer). (42)

D'autre part, certains indicateurs dépassent le champ de gestion et de capacité d'action du médecin généraliste. C'est le cas, par exemple, des traitements (conformes ou non aux objectifs de la convention) mis en place par des confrères, mais tout de même comptabilisés pour le médecin que les patients ont déclaré à l'Assurance Maladie. Ces éléments peuvent être un frein à l'adhésion réelle à la convention.

Enfin, il est intéressant de se poser la question de la pertinence de l'application à long terme de ce type de dispositif, surtout s'il s'élargit. Il est, en effet, connu que l'utilisation d'indicateurs pour évaluer la qualité d'un travail est une modalité volontiers pourvoyeuse de risques psycho-sociaux. (43)

## CONCLUSION

Ce travail met en évidence que la ROSP n'a pas, à ce jour, entraîné de modification des taux de réalisation des FCU et des mammographies (dans le cadre du dépistage selon les recommandations de la HAS) chez les patientes suivies par les médecins généralistes, MSU, du Nord-Pas-de-Calais.

Les MSU, du fait de leur rôle d'enseignant, sont une population particulièrement au fait des recommandations et les résultats ne sont peut-être pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes de la région. Un recueil à la source des données de la CPAM ou un autre travail mené auprès des médecins généralistes non MSU pourrait vraisemblablement offrir plus d'informations sur l'influence du ROSP concernant l'incidence de réalisation des FCU et des mammographies dans le Nord-Pas-de-Calais et permettrait de comparer avec les résultats de ce travail

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Dernières statistiques mondiales sur le cancer En augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 : L'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses. 2013 décembre.  
Available from: [http://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223\\_F.pdf](http://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf)
2. OWH. The Global Burden of Disease: 2004 Update. World Health Organization; 2008. 156 p.
3. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz J-M, De Angelis R, Capocaccia R, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol.* 2008 Aug;9(8):730–56.
4. Florence Molinié, Antoine Vanier, Brigitte Tretarre, Anne-Valérie Guizard, Patrick Arveux, Marie-Laure Poillot, et al. Incidence du cancer in situ et invasif du sein en France (1990-2008). Données des registres de cancers (réseau Francim). *Bull Épidémiologique Hebd.* 2012 Sep 26;(35-36-37):395–8.
5. Espié M, Hamy A-S, Eskenazy S, Cuvier C, Giacchetti S. Épidémiologie du cancer du sein. *EMC - Gynécologie.* 2012 Oct;7(4):1–17.
6. Leclère B, Molinié F, Daubisse-Marliac L, Grosclaude P, Trétarre B, Colonna M. Évolution de l'incidence des cancers du sein chez la femme jeune en Europe du sud de 1990 à 2008. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 2012 Sep;60(S2):S84.
7. Sant M, Allemani C, Capocaccia R, Hakulinen T, Aareleid T, Coebergh JW, et al. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. *Int J Cancer J Int Cancer.* 2003 Sep 1;106(3):416–22.
8. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014 Jan;15(1):23–34.
9. J.M.G. Wilson, G. Jungner. Principes et pratiques du dépistage des maladies. Organisation Mondiale de la Santé; 1970. 183 p.  
Available from: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_34\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34_fre.pdf)
10. InVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2012-2013. <http://www.invs.sante.fr> 2014 Sep 4  
Available from: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2012-2013>



11. Ancelle-Park R, Uhry Z, Paty A-C, Nicolau J. Évaluation du dépistage organisé du cancer du sein en France en 2000. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues116319610013000298](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/116319610013000298). 2008 Feb 29  
Available from: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/100895/resultatrecherche/1](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/100895/resultatrecherche/1)
12. Catherine Exbraya, Florence Poncet, Catherine Guldenfels, Patricia Soler-Michel, Corinne Allieux, Max Barraud-Krabe. Sensibilité et spécificité du programme de dépistage organisé du cancer du sein à partir des données de cinq départements français, 2002-2006. 26 Sept 2012. 2012 Sep 26;(35-36-37):404–6.
13. Vanier A, Leux C, Allieux C, Billon-Delacour S, Lombrail P, Molinié F. Are prognostic factors more favorable for breast cancer detected by organized screening than by opportunistic screening or clinical diagnosis? A study in Loire-Atlantique (France). *Cancer Epidemiol*. 2013 Oct;37(5):683–7.
14. Kalager M, Zelen M, Langmark F, Adami H-O. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med*. 2010 Sep 23;363(13):1203–10.
15. ANAES. Évaluation du Programme national de dépistage systématique du cancer du sein. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé; 1997 Mar.  
Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/def.pdf>
16. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F12–23.
17. Dr Nicolas Dupont. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus État des connaissances – Actualisation 2008. Institut de veille sanitaire; 2008.  
Available from:  
[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer\\_col\\_uterus\\_2008/cancer\\_col\\_uterus\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf)
18. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Haute Autorité de Santé; 2010 Juillet.  
Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
19. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). HAS; 2013 Jun.  
Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps\\_format2clic\\_kc\\_col\\_uterus\\_2013-30-08\\_vf\\_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf)
20. Plan Cancer 2014-2019 ; [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr). Feb 3, 2014.  
Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03\\_Plan\\_cancer.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf)
21. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *Am J Epidemiol*. 1995 Apr 1;141(7):680–9.

22. Michael BOROWITZ. Le paiement à la performance. 2011 Nov 29; séminaire organisé par la DREES, Paris.  
Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/05\\_Borowitz.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/05_Borowitz.pdf)
23. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. NOR: ETSS1125718A Nov 25, 2011.
24. Van Roekeghem F. P4P, dépassements, télé services, maîtrise Le patron de la CNAM à l'offensive sur tous les fronts. 2012.  
Available from: <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/securite-sociale/le-patron-de-la-cnam-l-offensive-sur-tous-les-fronts>
25. Démographie médecins généralistes. [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr). 2013.  
Available from: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langs=FRA&langh=FRA&source=371>
26. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Institut National du Cancer; 2011 Juin. Report No.: ENQBAROMG11.  
Available from: [http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\\_download/9400-medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9400-medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers)
27. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie. Ministère chargé de la Sécurité Sociale ; Parlement ; 2013 juillet.  
Available from: <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2014/data/catalogue.pdf>
28. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : Une mobilisation des médecins et de l'Assurance Maladie en faveur de la qualité des soins. Assurance Maladie; 2013 Nov.  
Available from: <http://cdn.citoyens.com/files/2013/05/Bilan-ROSP-2012.pdf>
29. Tredez G, Lacoste O. Accessibilité des professionnels de santé : Une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement. ORS Nord - Pas-de-Calais; 2008.  
Available from: <http://www.orsnpdc.org/etudes/174684.html>
30. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Nord-Pas de Calais situation en 2013. Ordre national des médecins; 2013.  
Available from: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord\\_pas\\_de\\_calais\\_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf)
31. Insee. Nord-Pas-de-Calais - La région et ses départements : population. Institut national de la statistique et des études économiques.  
Available from: <http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais/reg-dep.asp?theme=2&suite=1>
32. Andriantschenoharina 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 de médecine. Université de Montpellier 1; 2014.  
Available from: [http://pratiques.fr/spip.php?action=accéder\\_document&arg=2063&cle=e774b2cb0e5cf6a0ace25e164d719fcec3ea6c67&file=pdf%2Fthese\\_refus\\_rop\\_-\\_andrian.pdf](http://pratiques.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=2063&cle=e774b2cb0e5cf6a0ace25e164d719fcec3ea6c67&file=pdf%2Fthese_refus_rop_-_andrian.pdf)
33. Bronner C. UG Zapping n° 50 - Union Généraliste. 2011.  
Available from: <http://www.uniongeneraliste.org/?ug-zapping-no-50>

34. Roy K. Le Paiement à la Performance (P4P) (Quelle connaissance les médecins généralistes ont-ils du dispositif conventionnel et quel regard portent-ils sur ce nouveau mode de rémunération?). Université de Montpellier 1; 2012.  
Available from: <http://www.sudoc.fr/168089580>
35. Paraskevov P. Le ressenti des médecins généralistes face au paiement à la performance. Université de Montpellier 1; 2012.  
Available from: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/457420/>
36. Chanson P. Paiement à la performance Il est loin d'être la martingale en termes de qualité des soins ! *Concours Méd.* 2009 ;131(13).  
Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=21843119>
37. K J. Pay-for performance does not always'pay. *EUROHEALTH.* 2011;17(4):31–4.
38. Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Ann Fam Med.* 2012 Oct;10(5):461–8.
39. Herck PV, Smedt DD, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res.* 2010 Aug 23;10(1):247.
40. Duffaud S, Liébart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs. *Santé Publique.* 2014 Jul 8;26(3):323–30.
41. Cour des Comptes. Rapport sur les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé. Cour des comptes; 2014 Jun.  
Available from: <http://www.senat.fr/rap/r13-699/r13-699-annexe.pdf>
42. Bessire D, Fabre P. Enjeux et limites du pilotage par les indicateurs en management public, l'exemple de la recherche en sciences de gestion. 32ème Congrès de l'AFC. Montpellier, France; 2011. p. cd – rom.  
Available from: <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00646755>
43. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail; 2011.  
Available from: <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST.pdf>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Indicateurs de ROSP portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service

THÈME	INDICATEURS
<b>Organisation du cabinet</b>	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel de la patientèle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices
	Affichage dans le cabinet et sur le site AMELI des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients
	Élaboration à partir du dossier informatisé et mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients

### Annexe 2 : Indicateurs de ROSP portant sur la qualité de la pratique médicale

THEMES	SOUS-THEMES	INDICATEURS	OBJECTIFS CIBLES	SEUIL MINIMAL REQUIS
<b>Le suivi des pathologies chroniques</b>	<b>Le diabète</b>	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » MT et bénéficiant de 3 à 4 dosage d'HbA1C dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme MT.	$\geq 65\%$	10 patients
		Nombre de patients diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage d'HbA1C sont $< 8,5\%$ parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT	$\geq 90\%$	10 patients

		Nombre de patients diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage d'HbA1C sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT	≥ 80%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5g/L parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT	≥ 90%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3g/L parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT	≥ 80%	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond dans les deux ans, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	≥ 80%	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est >50 ans pour les hommes et 60ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de même tranche d'âge traités par antidiabétiques	≥ 75%	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est >50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques	≥ 65%	10 patients

	<b>Hypertension artérielle</b>	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est $\leq 140/90$ mmHg, rapporté à l'ensemble des patients traités par antihypertenseurs	$\geq 60\%$	20 patients
<b>La prévention</b>	<b>Vaccination antigrippales</b>	Nombre de patients MT âgés de 65ans ou plus vaccinés, rapportés à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	$\geq 75\%$	20 patients
	<b>Vaccination antigrippales</b>	Nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapportés à l'ensemble des patients MT de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	$\geq 75\%$	10 patients
	<b>Cancer du sein</b>	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	$\geq 80\%$	20 patients
	<b>Vasodilatateurs</b>	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapportés au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	$\leq 5\%$	20 patients
	<b>Benzodiazépines à longues demie vie</b>	Nombre de patients MT âgés de plus de 65ans traités, rapportés au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	$\leq 5\%$	20 patients
	<b>Durée de traitement par benzodiazépines</b>	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir du 01/01/2012 et d'une durée supérieures à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période	$\leq 12\%$	5 patients
	<b>Cancer du col de l'utérus</b>	Nombre de patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	$\geq 80\%$	20 patients
	<b>Antibiothérapie</b>	Nombre de traitement par ATB pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	$\leq 37\%$	20 patients

<b>L'efficience</b>	<b>Antibiotiques</b>	Prescription (en nombre de boîtes) d'ATB dans le répertoire des génériques / l'ensemble des ATB prescrits	≥ 90%	40 boîtes
	<b>Inhibiteurs de la Pompe à Protons</b>	Prescription (en nombre de boîtes) d'IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits	≥ 85%	35 boîtes
	<b>Statines</b>	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrits	≥ 70%	30 boîtes
	<b>Antihypertenseurs</b>	Prescription (en nombre de boîtes) d'AH dans le répertoire des génériques / l'ensemble des AH prescrits	≥ 65%	30 boîtes
	<b>Antidépresseurs</b>	Prescription (en nombre de boîtes) d'AD dans le répertoire des génériques / l'ensemble des AD prescrits	≥ 80%	30 boîtes
	<b>IEC</b>	Prescription (en nombre de boîtes) d'IEC / l'ensemble des IEC + sartans prescrits	≥ 65%	50 boîtes
	<b>Aspirine</b>	Nombre de patients MT traités par aspirine faible dose, rapportés à l'ensemble des patients MT traités par AAP	≥ 85%	10 patients

### Annexe 3 : Le questionnaire transmis aux MSU

La convention "P4P" (signée le 26/07/2011) est entrée en vigueur début d'année 2013. Elle a pour objectif l'amélioration des pratiques des médecins (surtout généralistes) en s'appuyant sur la mise en place d'une prime à la performance, notamment dans les domaines de la prévention. Point qui est à l'étude ici.

Dans le cadre d'un travail de thèse sur l'impact de la convention "P4P", je cherche à recueillir les indicateurs de dépistage des cancers gynécologiques des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Je vous demande donc de bien vouloir me consacrer un peu de votre temps afin de répondre à quelques questions concernant votre activité dont certaines vous demanderont de recueillir des données de votre compte AmeliPro.

En cas de besoin, une explication détaillée des manipulations à réaliser pour récupérer ses informations sur votre compte AmeliPro a été jointe au mail vous invitant à ce questionnaire.

Il y a 15 questions dans ce questionnaire.

Cela ne prendra pas plus de 10 minutes.

Questionnaire "P4P" prévention cancers gynéco

1 Avez-vous adhéré à la convention "P4P" ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

En cas de réponse négative, le questionnaire ne se poursuivra pas.

2 Quelle est votre année d'installation ?

Veillez écrire votre réponse ici :

3 Votre cabinet est-il informatisé ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- a) Oui
- b) Non

4 Utilisez-vous le site internet AmeliPro ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

1. Oui
2. Non

5 Utilisez-vous le site AmeliPro ?

Veillez choisir au plus 1 réponse :

1. au moins une fois par jour
2. au moins une fois par semaine
3. 2-3 fois par mois
4. < 3 fois par mois

6 Taux de vos patientes âgées de 25 à 65 ans ayant eu un Frottis Cervico-Vaginal dans les 3 années précédentes au 1er Janvier 2012 ?

Veillez écrire votre réponse ici :

(en pourcentage)

7 Taux actuel de vos patientes âgées de 25 à 65 ans ayant eu un Frottis Cervico-Vaginal dans les 3 dernières années ?

Veillez écrire votre réponse ici :

(en pourcentage)

8 Nombre de femmes de 25 à 65 ans vous ayant déclaré ?

Veillez écrire votre réponse ici :

9 Taux de vos patientes âgées de 50 à 74 ans ayant eu une mammographie dans les 2 années précédentes au 1er Janvier 2012 ?

Veillez écrire votre réponse ici :

(en pourcentage)

10 Taux actuel de vos patientes âgées de 50 à 74 ans ayant eu une mammographie dans les 2 dernières années ?

Veillez écrire votre réponse ici :

(en pourcentage)

11 Nombre de femmes de 50 à 74 ans vous ayant déclaré ?

Veillez écrire votre réponse ici :

12 Pour les FCV de vos patientes, leur proposez-vous préférentiellement :



Veillez choisir au plus 1 réponses :

1. de le faire vous même ?
2. d'aller chez un confrère généraliste ?
3. d'aller chez un (leur) gynécologue ?
4. d'aller chez une sage femme ?
5. d'aller au laboratoire ?

13 Exercez-vous :

Veillez choisir au plus 1 réponses :

1. rural ?
2. semi-rural ?
3. urbain ?

14 Quel est votre âge ?

Veillez écrire votre réponse ici :

15 Quel est votre sexe ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

1. Féminin
2. Masculin

Merci d'avoir bien voulu prendre sur votre temps pour répondre à ce questionnaire.

## Annexe 4 : Récépissé déclaration CNIL



### RÉCÉPISSÉ

#### DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

**1717002 v 0**

du 06-11-2013

Monsieur MARTINI Fabien  
 FACULTE H WAREMBROURG  
 1 PLACE DE VERDUN  
 59045 LILLE CEDEX

#### A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des Intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

#### Organisme déclarant

Nom : FACULTE H WAREMBROURG

Service : DEPARTEMENT MEDECINE GENERALE

Adresse : 1 PLACE DE VERDUN

Code postal : 59045

Ville : LILLE CEDEX

N° SIREN ou SIRET :

000000000 00000

Code NAF ou APE :

8621Z

Tél. : 0320626921

Fax :

#### Traitement déclaré

Finalité : QUESTIONNAIRE ANONYME POUR REALISATION D'UNE THESE DE MEDECINE GENERALE

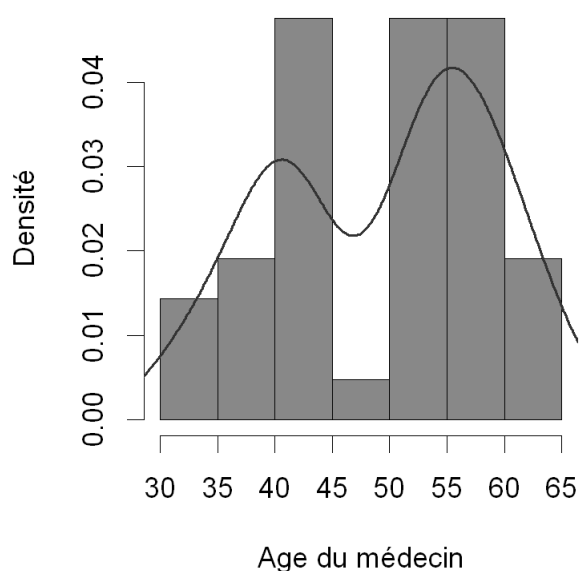
Fait à Paris, le 6 novembre 2013  
 Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN  
 Présidente

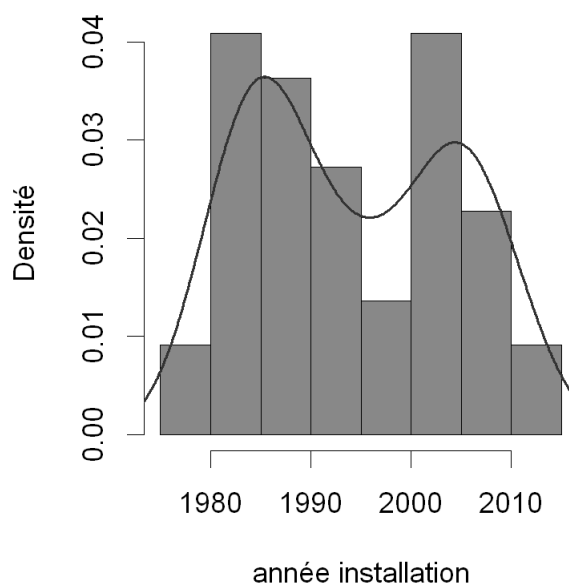
### Annexe 5 : Tableau de répartition des médecins par genre

	Médecins répondants			Nord-Pas de Calais	
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage
Femme	15	37	[22,57-53,08]	1073	25,96
Homme	26	63	[46,92-77,43]	3060	74,04
Total. Valides	41	100	-	4133	100
Manquantes	17	-	-		

### Annexe 6 : Diagramme de répartition des médecins selon leur tranches d'âge



### Annexe 7 : Diagramme de répartition des médecins selon leur année d'installation



### Annexe 8 : Tableau de répartition des médecins selon leur fréquentation du site AmeliPro

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
jamais	1	2	[0,06-12,02]
< 3 fois / mois	1	2	[0,06-12,02]
2-3 fois / mois	3	7	[1,43-18,66]
A moins 1 fois / semaine	8	18	[8,71-33,24]
Au moins 1 fois / jours	31	70	[54,61-82,75]
Total. Valides	44	100	-
Manquantes	14	-	-

**AUTEUR :** MARTINI Fabien

**Date de Soutenance :** 15 Octobre 2014

**Titre de la Thèse :**

Influence de la rémunération à la performance sur le dépistage des cancers du sein et utérin :  
Étude réalisée chez les Maîtres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais

**Thèse - Médecine Générale - Lille 2014**

**Cadre de classement :** Médecine Générale

**DES + spécialité :** Médecine Générale

**Mots-clés :** Prévention cancers gynécologiques ; Convention « P4P » ; Paiement à la performance ; ROSP ; FCU ; Frottis ; Mammographies ;

**Résumé :**

**Titre de la thèse :** Influence de la rémunération à la performance sur le dépistage des cancers du sein et utérin :  
Étude réalisée chez les Maîtres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais

**Contexte**

Les cancers du sein et du col utérin sont des problèmes de santé publique en France pour lesquels le dépistage est recommandé.

Ils ont été intégrés aux indicateurs évalués lors de la mise en place en France de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) au 1er janvier 2012.

En effet, comme dans de nombreux pays depuis environ 10 ans, la France a diversifié la rémunération de ses médecins en intégrant une part de paiement à la performance.

**Méthode :**

L'étude s'est intéressée à l'influence de la ROSP sur les taux de dépistages des cancers du sein et du col utérin au sein de la patientèle des Maîtres de Stage Universitaires (MSU).

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective par un questionnaire à choix multiples réalisé via le logiciel LimeSurvey® et proposé aux MSU par mail. Ce questionnaire couvrait les données sociodémographiques des médecins ainsi que leurs taux de dépistages des cancers gynécologiques au 1er janvier 2012 et au moment du questionnaire (entre le 18/11/2013 et le 13/02/2014).

L'analyse des résultats a été réalisée avec le service d'épidémiologie et de santé publique du CHRU de Lille.

**Résultats :**

58 médecins MSU ont répondu au questionnaire (sur 135 sollicités).

75,8% des répondants avaient adhéré à la ROSP.

Les résultats ne mettent pas en évidence d'évolution significative des taux de réalisation des Frottis Cervico-Utérins (FCU) (1,451 % : IC95 % [-0,396 ; 3,299]) et des mammographies (0,474 % : IC95 % [-1,572 ; 2,519]) sur la période étudiée.

Ils ne retrouvent pas non plus de corrélation entre l'évolution des taux de mammographies et de FCU et les facteurs sociodémographiques suivants : durée d'installation, milieu d'activité, âge et sexe du médecin.

Enfin, il n'est apparu aucune différence significative des taux de mammographies et des FCU en fonction du milieu d'activité ou du sexe du médecin.

En revanche, une corrélation significative est retrouvée entre le jeune âge (et l'installation récente) des médecins et de plus hauts taux de mammographie et de FCU réalisés en 2013.

**Conclusion :**

L'absence d'évolution des taux de mammographie et de FCU est concordante avec les données nationales disponibles.

Cependant, la corrélation entre l'âge jeune des médecins et des taux de dépistages important n'a pas été retrouvée dans la littérature.

Au total, la ROSP n'a pas été suivie de modification des taux de dépistages au sein de la population des médecins généralistes MSU du Nord Pas Calais.

**Composition du Jury :**

**Président :** Pr Raymond GLANTENET

**Asseseurs :** Pr Pierre COLLINET - Pr Alain DUHAMEL - Dr Bertrand STALNIKIEWICZ

**Directeur de thèse :** Dr Sabine BAYEN