



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Opinion des médecins généralistes des Hauts-de-France sur la mise en place de la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention »

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2018 à 18 h
au Pôle Formation

Par Mariam Hakopian

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien Subtil

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick Lerouge

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Madame le Docteur Sabine Bayen

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Thibault Puzkarek

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AM	Assurance Maladie
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCP	Consultation de Contraception et de Prévention
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CT	Chlamydia Trachomatis
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DRESS	Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECOGEN	Eléments de la Consultation en médecine GENérale
HPV	Human Papillomavirus
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
NG	Neisseria Gonorrhoeae
SNSS	Stratégie Nationale de Santé Sexuelle
UNOF	Union Nationale des Omnipraticiens Français
USPO	Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

Résumé	6
Introduction	7
Matériels et méthodes	9
I. Le type d'étude	9
II. Les critères d'inclusion	9
III. La méthode de recrutement	9
IV. Le guide d'entretien	9
V. L'éthique	10
VI. Les entretiens	10
VII. L'analyse des données	10
Résultats	11
I. Les caractéristiques	11
1. Les caractéristiques des participants	11
2. Les caractéristiques des entretiens	11
II. La CCP	12
1. Les différences depuis son instauration	12
2. Le ressenti des médecins généralistes	13
3. Les avantages	14
4. Les freins	16
III. Les perspectives d'amélioration de la CCP	19
1. L'information	19
2. L'organisation de la consultation	20
3. La formation des professionnels	21
4. Les modalités de la CCP	22
5. Les moyens matériels	22
6. Elargir les critères de cotation	23
7. Prouver l'impact sur la prévention	24
Discussion	25
I. Les principaux résultats	25
II. La critique de l'étude	25
III. Les données de la littérature	26
Conclusion	34
Références bibliographiques	35
Annexes	39

RESUME

Contexte : En mars 2018, la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) visait à favoriser le développement des politiques publiques en faveur de la santé sexuelle. L'instauration de la Consultation de Contraception et de Prévention (CCP), facturée 46 euros et prise en charge en intégralité par l'Assurance Maladie, valorisait l'implication des médecins généralistes dans la SNSS auprès des jeunes filles de 15 à 18 ans. Ce travail s'intéressait à l'opinion des médecins généralistes sur l'instauration de la cotation CCP.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France après l'instauration de la cotation CCP. Ces médecins avaient au préalable participé à un premier travail mené avant l'instauration de cette cotation. Une triangulation des données a été réalisée, ainsi qu'une analyse thématique par le logiciel QSR NVivo 11®.

Résultats : Si l'opinion des seize médecins généralistes interrogés était positive, il n'a été trouvé que peu de différences dans leurs pratiques après l'instauration de la cotation CCP. Elle permettait davantage de prévention dans le cadre d'une consultation dédiée anonyme et gratuite qui était mieux rémunérée. Il existait de nombreux freins à sa réalisation : un manque d'information sur son existence et ses modalités, et des difficultés à la cotation, à la réalisation du tiers payant intégral et à son anonymisation. Le sujet de la sexualité était un frein en lui-même par la gêne qu'il pouvait occasionner chez les jeunes filles et chez les médecins, accentuée par la présence de la mère. Les perspectives d'amélioration de la CCP étaient : l'information sur son existence et ses modalités, l'organisation d'une consultation dédiée avec connaissance du motif de consultation et sans accompagnant, une meilleure formation à l'abord de la sexualité, une facilité de l'anonymisation et du tiers payant intégral, un élargissement de la cotation aux garçons et de la tranche d'âge.

Conclusion : L'opinion des médecins généralistes était plutôt positive sur l'instauration de la cotation CCP. Cependant, elle n'avait pas entraîné de réelle modification des pratiques. Les freins à sa réalisation étaient nombreux. Les médecins ont proposé des pistes d'amélioration pour y remédier.

INTRODUCTION

Le concept de santé sexuelle a émergé publiquement en 1994 lors de la conférence internationale sur la population et le développement. Depuis, la sexualité et ses enjeux ont évolué, passant de la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) à une approche globale de la santé sexuelle et de la reproduction [1] [2].

En France, les grossesses non prévues sont fréquentes entre 15 et 49 ans, estimées à une grossesse sur trois. Elles aboutissent six fois sur dix à une interruption volontaire de grossesse (IVG) [3]. Entre 2002 et 2011, les IVG ont augmenté dans la tranche d'âge 18-25 ans. Elles diminuaient après 25 ans. Le taux global était stable [4] [5]. Entre 1990 et 2016, le ratio d'IVG (IVG/naissances vivantes) restait stable [6].

Cette stabilité persistait malgré une progression de la contraception. En 2010, 59 % des femmes avaient une contraception orale ou un dispositif intra-utérin (DIU) [7]. Entre 2000 et 2013, 21 % des femmes entre 15 et 29 ans adoptaient des méthodes barrières ou naturelles. Les difficultés de gestion des méthodes naturelles, barrières ou orales généraient des erreurs d'utilisation, essentiellement chez les jeunes femmes de moins de 30 ans [2].

En France, entre 2014 et 2015, les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) ont augmenté de 14 %. Entre 2015 et 2016, celles à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) ont augmenté de 32 %. En 2016, le nombre de syphilis récentes et d'infection par le VIH était stable [8] [9]. A l'échelle régionale, dans les Hauts-de-France entre 2003 et 2016, le taux de découverte de VIH était stable. Dans cette région, il existait une recrudescence du nombre de syphilis et de NG en 2016 par rapport à 2015 : +14 % et +76 % respectivement [9].

C'est dans ce contexte d'augmentation des IST et des IVG que l'Assurance Maladie (AM) a instauré depuis le 1^{er} novembre 2017 la Consultation de Contraception et de Prévention (CCP). Elle faisait partie des consultations à fort enjeu de santé publique réalisées à tarif opposable proposées par la nouvelle convention 2016 de l'AM. La CCP correspondait à la première consultation de contraception et de prévention des IST pour les jeunes

filles de 15 à 18 ans. Elle pouvait être facturée une seule fois à 46 euros. Elle était prise en charge en intégralité par l'AM, dispensant d'avance de frais [10] [11]. En mars 2018, la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) visait à favoriser le développement des politiques publiques en faveur de la santé sexuelle. L'instauration de la CCP valorisait l'implication des médecins généralistes dans cette SNSS. L'une des ambitions était d'agir précocement auprès des jeunes pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées et responsables quant à leur santé sexuelle [3]. Comment les médecins généralistes réagissent-ils à cette nouvelle cotation ?

L'objectif principal de cette étude était de recueillir l'opinion des médecins généralistes sur la mise en place de la cotation CCP.

MATERIELS ET METHODES

I. Le type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes après l'instauration de la cotation CCP.

II. Les critères d'inclusion

Pour être inclus, les médecins généralistes devaient être thésés, installés dans les Hauts-de-France et inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Ils devaient avoir un exercice libéral.

III. La méthode de recrutement

Cette étude faisait suite à un premier travail réalisé avant l'instauration de la cotation CCP par un autre chercheur. Les mêmes médecins généralistes ont ainsi participé à deux études : l'une avant, l'autre quelques mois après l'instauration de la cotation CCP.

Ils étaient recrutés sur un mode indirect de type « boule de neige » entre septembre et novembre 2017. Un ratio équilibré était recherché entre hommes et femmes, milieu rural et urbain, activité de maître de stage ou non.

Les premiers entretiens ont été réalisés auprès de médecins travaillant au Département de Médecine Générale.

La demande de participation a été faite soit de vive voix, soit par téléphone, soit par courriel. Un rendez-vous était ensuite fixé à la convenance du médecin généraliste.

IV. Le guide d'entretien

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 1) composé principalement de questions ouvertes semi-directives et de questions de relance si nécessaire.

Les entretiens ont permis de faire évoluer le guide d'entretien au fur et à mesure de l'analyse des données. Les thèmes abordés étaient : la réalisation de la CCP, son déroulement, les avantages, les freins rencontrés et les pistes d'amélioration.

V. L'éthique

Les autorisations du Comité de Protection des Personnes (numéro 2017-A02176-47) (Annexe 2) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (numéro de déclaration : 918001v1) (Annexe 3) ont été obtenues avant de débiter l'étude.

VI. Les entretiens

Les médecins généralistes ont été informés oralement et par courriel de la retranscription anonyme de l'entretien, de la destruction des fichiers audio à la fin de la thèse et de la possibilité de rétraction à tout moment de l'étude.

Une fois l'accord obtenu, l'entretien était réalisé en face à face au cabinet ou à leur domicile avec double enregistrement audio sur un dictaphone et sur l'application « dictaphone » d'un iPhone.

Les caractéristiques suivantes des médecins généralistes ont été recueillies : leur âge, sexe, zone d'activité, durée d'installation, leur implication en tant que maître de stage, l'informatisation du cabinet et la présence d'un secrétariat.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés à l'aide d'un ordinateur iMac et du logiciel de traitement de texte Pages®. Le résultat de ces retranscriptions est appelé « verbatims ».

VII. L'analyse des données

Le logiciel QSR NVivo 11® pour iMac a été utilisé pour un codage ouvert puis un codage axial des verbatims permettant une analyse thématique des entretiens.

Le codage ouvert a également été fait de manière indépendante par l'interne de médecine générale ayant réalisé la première étude avant la mise en place de la cotation CCP. Ce double codage a permis une triangulation des données pour réduire la subjectivité des interprétations.

RESULTATS

I. Les caractéristiques

1. Les caractéristiques des participants

Les seize médecins de la première étude ont accepté de participer à ce travail. Ils ont donné leurs autorisations orales. L'étude a compté six femmes et dix hommes. Leur activité était essentiellement en secteur urbain et semi-rural. Leur âge variait entre 29 et 64 ans (âge moyen de 47 ans). Neuf médecins étaient maîtres de stage.

Les caractéristiques des participants sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Dr n°	Sexe (M/F)	Age (ans)	Durée d'installation	Zone d'activité	Présence d'étudiants	Information du cabinet	Secrétariat
1	M	56	27 ans	Rural	Non quotidienne	Oui	Téléphonique
2	M	57	30 ans	Semi-rural	Non quotidienne	Oui	Non
3	F	48	19 ans	Semi-rural	Non quotidienne	Oui	Présentiel
4	F	49	20 ans	Semi-rural	Quotidienne	Oui	Téléphonique
5	M	64	30 ans	Urbain	Non quotidienne	Oui	Téléphonique
6	F	58	31 ans	Semi-rural	Non	Oui	Présentiel
7	F	36	7 ans	Semi-rural	Quotidienne	Oui	Présentiel
8	M	35	4 ans	Urbain	Non quotidienne	Oui	Présentiel
9	M	59	29 ans	Urbain	Quotidienne	Oui	Présentiel
10	M	36	2 ans	Semi-rural	Non	Oui	Présentiel
11	M	62	32 ans	Semi-rural	Non quotidienne	Oui	Téléphonique
12	M	29	5 mois	Urbain	Non	Oui	Présentiel
13	F	39	12 ans	Rural	Non	Oui	Téléphonique
14	M	36	4 ans	Urbain	Non	Oui	Présentiel
15	F	53	23 ans	Urbain	Non	Oui	Présentiel
16	M	35	5 ans	Semi-rural	Non	Oui	Présentiel

2. Les caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre mars et mai 2018, soit cinq à sept mois après l'instauration de la cotation CCP. Ils ont duré en moyenne 30 minutes. Cinq médecins ont

réalisé au moins une fois la cotation CCP. Un seul médecin a réalisé une vingtaine de cotation CCP avec tiers payant intégral et anonymisation. Treize médecins ont réalisé plusieurs consultations dont le contenu était la contraception et la prévention des IST, sans la coter à 46 euros. Trois médecins n'avaient fait que très peu de consultations sur la thématique de manière générale. La saturation des données a été obtenue au bout du quatorzième entretien.

Les caractéristiques des entretiens sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

Entretien Dr n°	Durée	Lieu	CCP cotées	CCP non cotées	Tiers payant intégral	Anonymisation
1	36 min 17 sec	Cabinet	Une seule	Oui	Oui	Non
2	37 min 52 sec	Cabinet	Non	Oui	Non	Non
3	40 min 46 sec	Domicile	Plusieurs	Oui	Non	Non
4	43 min 27 sec	Cabinet	Une vingtaine	Oui	Oui	Oui
5	50 min 14 sec	Domicile	Non	Oui	Non	Non
6	23 min 43 sec	Cabinet	Non	Oui	Non	Non
7	37 min 57 sec	Cabinet	Non	Oui	Non	Non
8	22 min 54 sec	Cabinet	Non	Peu	Non	Non
9	28 min 37 sec	Cabinet	Une seule	Oui	Non	Non
10	34 min 26 sec	Cabinet	Non	Peu	Non	Non
11	29 min 57 sec	Cabinet	Non	Oui	Non	Non
12	24 min 37 sec	Cabinet	Une seule	Oui	Oui	Non
13	24 min 08 sec	Cabinet	Non	Oui	Non	Non
14	24 min 37 sec	Cabinet	Non	Oui	Non	Non
15	26 min 16 sec	Cabinet	Non	Oui	Non	Non
16	13 min 30 sec	Cabinet	Non	Peu	Non	Non

II. La CCP

1. Les différences depuis son instauration

En général, les médecins n'avaient pas changé leurs pratiques. Le tarif n'était pas une incitation à la réalisation de la CCP.

« Ça changera pas énormément ma pratique puisque je le faisais déjà. » (Dr n°14).

« C'est pas l'existence de la cotation qui modifie mon attitude. » (Dr n°6).

Le médecin n°4 avait totalement changé sa manière de prescrire la contraception et la vaccination anti-Human Papillomavirus (HPV).

« *Je ne fais plus maintenant de prescriptions de pilule sans cette consultation.* » (Dr n°4).

Le médecin n°1 faisait moins de prévention IST depuis quelques années. La CCP lui permettait de replacer la discussion sur les IST avec les adolescentes.

« *J'essaye [...] d'utiliser celle-là pour aussi parler des IST, que je faisais peut-être pas assez [...] avant je le faisais dans le bilan pré-nuptial. [...] Donc du coup, on les remet dans celle-là.* » (Dr n°1)

2. Le ressenti des médecins généralistes

Certaines médecins femmes prenaient plaisir à faire la CCP. Elles se projetaient comme mère auprès de leurs patientes. Elles avaient une réelle envie de bien faire.

« *J'ai l'impression d'être leur maman [...] Je les aime tellement toutes mes petites patientes.* » (Dr n°3).

« *J'ai vraiment envie que ça rentre. [que cette consultation devienne un automatisme].* » (Dr n°7).

La CCP était pour beaucoup une relation ancrée dans l'humain. Elle définissait le but de l'exercice de la médecine. Elle nécessitait une relation de confiance.

« *C'est un moment d'humanité [...] il y a un partage [...] Et toute cette humanité est absolument ce que je recherche en médecine.* » (Dr n°3).

Le médecin n°4 pensait faire des consultations de mieux en mieux élaborées. Elle s'aidait des entretiens antérieurs avec les jeunes filles. Pour elle, ce type de consultations sans prescription était l'avenir de la médecine.

« *Les filles me donnent des idées que je transmets à d'autres.* » (Dr n°4).

Le médecin n°12 était frustré et déçu lorsque la mère était présente. Il ne prenait pas plaisir à réaliser la CCP. Même s'il reconnaissait que cette consultation était indispensable.

« *C'est pas parce que c'est pas un bon moment que c'est pas un moment important. [...] Je le bâcle pas. [...] quand ça se termine c'est sympa (sourire).* » (Dr n°12)

Pour certains, la CCP était en dehors de la réalité. Elle n'était pas applicable.

« *L'idée paraît séduisante. On se dit, ben c'est bien, il faut faire de la prévention [...] Ça colle pas avec la réalité.[...] C'est le type même du truc pondu dans un bureau.* » (Dr n°5).

Pour le médecin n°8 toutes les consultations en médecine générale étaient spécifiques. Elles nécessitaient toutes un intérêt.

« *Dans ce cas là, est-ce qu'il ne faut pas coter différemment la consultation spécifique de santé sexuelle du cinquantenaire qui a des troubles de la libido?* » (Dr n°8).

Certains pensaient qu'une augmentation du tarif de la consultation en général serait plus adaptée. Cela aurait plus d'impact sur la prévention.

« *46€ pour ça c'est une bonne chose dans le principe et dans l'idée. Mais ce qu'il faudrait c'est valoriser l'ensemble des honoraires.* » (Dr n°2).

Certains médecins hommes avaient l'impression de ne pas avoir l'occasion de réaliser de CCP. Les patientes femmes semblaient préférer consulter des médecins femmes pour cette consultation, par pudeur.

3. Les avantages

Le principal avantage était la possibilité de faire plus de prévention axée contraception et IST. La CCP désacralisait le sujet pour une discussion plus libre sur la sexualité. Elle permettait de dédier un temps d'écoute pour parler de santé sexuelle en les responsabilisant. Elle permettait également une reconnaissance de l'importance de cette prévention.

« *De sensibiliser les filles sur le côté important de la pilule. [...] quand on donne la pilule, c'est un acte médical.* » (Dr n°1).

« *Il y a plein plein de choses sur lesquelles on peut dédramatiser.* » (Dr n°13).

Certains pensaient utiliser la CCP pour faire une prévention plus globale avec les adolescentes : dépistage du harcèlement scolaire, des troubles psychologiques, etc.

« *C'est des âges où [...] on peut savoir un petit peu au point de vue psychologique aussi dans quel état ils sont, parce que il y a beaucoup de stress aussi* » (Dr n°10).

La CCP permettait de faire une consultation dédiée uniquement à ce motif. Elle permettait d'être plus complet et exhaustif.

« Souvent c'est noyé dans les autres motifs de consultation. Voilà, même si on essaie de bien faire les choses, on oublie forcément, on n'est pas aussi complet qu'on voudrait l'être. » (Dr n°13).

La valorisation tarifaire était un avantage pour certains. Elle permettait ainsi de prendre le temps avec les patientes.

« Je peux organiser un truc où j'ai le temps parce que je ne perds pas de rémunération. » (Dr n°9).

Le temps passé et l'investissement personnel pour la CCP justifiait sa cotation.

« Trentaine de minutes [...] Je n'ai pas l'impression de voler mes 46 €. » (Dr n°3).

« Je fais ça avec beaucoup d'investissement personnel [...] je prends toujours du retard [...] Je me suis dis : je suis bête de pas l'avoir cotée. » (Dr n°7).

Elle permettait la revalorisation d'un travail déjà réalisé auparavant.

« Ca me fait dire à la sécurité sociale [...] « je faisais avant et je fais maintenant » ». (Dr n°3).

Le tiers payant intégral était un avantage non négligeable. Les jeunes filles mineures n'avaient souvent pas de moyen de paiement, surtout si elles ne souhaitaient pas que leurs parents soient informés.

« Qu'il n'y ait rien à régler pour une jeune femme mineure qui n'a peut-être pas envie d'en parler avec ses parents, qui est soumis à des contraintes » (Dr n°11).

Il n'y a pas eu de réticence à la cotation du fait de la prise en charge à 100 % par l'AM.

« A partir du moment où je lui ai expliqué qu'elle allait être remboursée intégralement de cette consultation, il n'y avait pas de soucis. » (Dr n°12).

L'anonymisation permettait de ne pas créer de conflit au sein de certaines familles.

« Je crois que ça peut sécuriser aussi le côté « j'ai pas envie de dire à ma mère que j'ai un petit copain ». » (Dr n°9).

4. Les freins

D'après les médecins, les jeunes filles n'étaient pas informées de l'existence de la CCP. Ils ne se trouvaient eux même pas assez informés non plus.

L'un des freins était les modalités d'application de cette cotation. Beaucoup n'en connaissaient pas les modalités de cotation. Certains étaient persuadés qu'elle n'était possible que s'il s'agissait de la toute première prescription de pilule.

« Je pensais que c'était uniquement pour une fille qui venait pour une demande de contraception. » (Dr n°4).

Certains étaient gênés de la coter sur l'abord de la sexualité sans prescription de contraception. D'autres étaient gênés de la coter s'ils ne faisaient pas une consultation dédiée. Certains étaient mal à l'aise de faire payer 46 € malgré une première prescription.

« Je me vois pas dire [...] comme on a mis la contraception c'est plus cher ». » (Dr n°13).
« On parle de l'intime [...] rapports sexuels [...] Tu t'imagines demander 46€? Non ! » (Dr n°5).

Les médecins ont présenté des difficultés à la cotation. Trop de nouvelles cotations ont été mises en place en même temps. Ils reconnaissent ne pas bien connaître les différentes cotations possibles. La nomenclature était compliquée, entraînant une perte de temps.

« La nomenclature est beaucoup trop complexe pour pouvoir être appliquée. [...] Déjà quand je dois coter une suture [...] alors que c'est relativement simple [...] déjà là quelques fois je m'arrache les cheveux. » (Dr n°5).

Certains ont essayé de coter mais ils n'étaient pas dans les bons critères. La majorité des médecins n'ont pas pensé à la coter.

« Une des rares fois où je l'ai cotée, je me suis fait jeter, parce que je ne connaissais pas la loi finalement. » (Dr n°11).

Plusieurs médecins étaient réticents à réaliser le tiers payant intégral. Ils n'avaient pas de garantie d'être payés. Certains avaient des difficultés à le réaliser sur leurs logiciels.

« Je suis en pleine comptabilité et je suis presque sûr que le nombre de consultations en tiers payant qui ne sont pas payées... [...] Il y a une perte de rémunération que je n'arrive pas à chiffrer mais qui est importante. » (Dr n°1).

L'anonymisation était compliquée à faire. Seul, le médecin n°4 l'avait réalisée.

« Un jour, il y a une déléguée de l'assurance maladie [...] Elle était incapable de la remplir. [...] c'est quoi les C c'est quoi les X ? [...] Personne ne peut expliquer. » (Dr n°5).

Certains médecins s'interrogeaient sur l'utilité de la tranche d'âge. Une partie des médecins pensaient que c'était une question de financement. La tranche d'âge étroite limitait la mise en place de la CCP.

« La CNAM ne sait pas trop quel champ d'action ça va être et donc au départ, est un peu frileuse. » (Dr n°9).

« Déjà tu dirais toutes les premières contraceptions [...] ça ne serait pas appliqué alors en plus les premières contraceptions entre 15 et 18 ans... HEIN! [...] Alors là, si tu veux le nombre de conditions pour rentrer dans le truc, fait que bon... » (Dr n°5).

Le médecin n°3 pensait que proposer la CCP qu'aux filles pouvait en limiter la médiatisation. Elle interprétait ça comme de la ségrégation.

Les médecins ont exprimé plusieurs freins en ce qui concerne la mise en place de la consultation.

L'un des freins retrouvé fréquemment dans les entretiens était la présence de la mère parfois dans un contexte culturel ou religieux strict.

« J'ai une école d'extrémistes cathos tout près de mon cabinet [...] aborder le sujet alors qu'elles ne sont pas mariées (toux), comme les mères sont toujours là à côté, je risque de me faire lyncher sur place. » (Dr n°3).

L'idée que les médecins généralistes pouvaient prescrire une contraception n'était pas encore bien inscrite dans les mœurs.

« Que ça sorte de la tête que c'est que le gynécologue qui fait ça. » (Dr n°1)

Pour beaucoup, une consultation dédiée à distance était peu adaptée. Ils considéraient que la prescription de contraception était une semi-urgence.

« Si une jeune femme me demande ça, pour moi c'est toujours urgent parce que en vérité soit elles ont déjà couché avec leur copain [...] si elles viennent seules, tu sais pas quand est-ce qu'elles reviennent. » (Dr n°7).

Cette manière de convoquer les patients à distance ne semblait pas convenir à la pratique de la médecine libérale. Certains médecins craignaient une mauvaise interprétation.

« Alors tu fais ça quand tu es à l'hôpital parce qu'il est marqué service public [...] Alors, fais ça en ville, les mecs ils vont tout de suite comprendre qu'il y'a qu'un truc qui t'intéresse c'est le pognon et que tu veux multiplier les actes. » (Dr n°5).

Beaucoup attendaient qu'il y ait une demande de CCP, sans proposer systématiquement. Ils en parlaient que si les jeunes filles consultaient pour un motif en rapport.

« J'en parle effectivement quand elles ont une question ou quand la maman aborde le sujet. [...] j'ai pas encore le réflexe de le proposer à toutes les jeunes filles. » (Dr n°13).

« Visite de sport et qui parle pas du tout de pilule, on lui en parle pas non plus » (Dr n°6).

Plusieurs médecins se sentaient freinés à réaliser la CCP car ils pensaient manquer de formation. Ils n'étaient donc pas assez à l'aise avec le sujet. Le médecin n°8 reconnaissait que ce manque de formation en matière de santé sexuelle était problématique pour le suivi des adolescentes en cabinet de médecine générale.

« Ce que tu ne sais pas faire, tu le fais faire à quelqu'un d'autre. Mais là, c'est vrai que c'est embêtant en tant que médecin généraliste de passer à côté de ça parce qu'il y a personne d'autre que nous. C'est là, que c'est gênant. » (Dr n°8).

Certains étaient mal à l'aise pour discuter d'un sujet intime avec les jeunes filles. L'une des raisons évoquée était le fait d'être un homme.

« Les adolescentes, elles ne sont pas autant à l'aise avec moi qu'avec une jeune interne. » (Dr n°12).

Une partie des médecins, ici des hommes, avaient peur d'être intrusifs dans la vie des jeunes filles. Ils craignaient une mauvaise interprétation.

« Peur d'être intrusif, de peur de dire « quand même, tout seul en consultation, je parle de sexualité avec une jeune fille et si jamais j'ai une plainte ». » (Dr n°9).

« Maintenant, c'est tellement facile... « Dénonce ton porc ». » (Dr n°11).

Pour certains c'était un sujet personnel qu'il fallait respecter. Les adolescentes n'avaient pas forcément envie d'en parler.

« L'adolescent je pense pas qu'ils aiment bien qu'on soit invasif comme ça dans sa vie personnelle, ils sont en pleine construction. » (Dr n°10).

Parfois, c'était un sujet tabou du fait de la religion.

« *Chez les filles d'origine musulmane, j'ai eu beaucoup de refus.* » (Dr n°4)

Pour quelques médecins le fait d'être le médecin de famille pouvait être un frein. Les jeunes filles pouvaient craindre un non respect du secret médical.

« *Ils vont plutôt aller dans un endroit dédié, plutôt que d'aller voir le médecin traitant qui soigne papa, maman [...] les jeunes, si tu veux, le secret médical, ils savent pas trop ce que c'est. Donc, « oulala ! ».* » (Dr n°5).

Certains médecins mettaient l'accent sur leur manque de temps.

« *C'est peut-être un défaut de notre activité aussi, une activité assez dense. Il y a certaines consultations qu'on pourrait mieux faire.* » (Dr n°10).

III. Les perspectives d'amélioration de la CCP

1. L'information

L'information des jeunes filles sur l'existence de la CCP semblait être essentielle. Plusieurs médecins évoquaient des messages choc type « les antibiotiques c'est pas automatique » relayés par les médias.

« *« Antibiotique, c'est pas automatique », [...] ça a marqué beaucoup les gens.* » (Dr n°1).

« *Ce qui est très efficace pour avoir un impact sur le grand public c'est la télé.* » (Dr n°6).

« *Quand c'est passé à la radio, il y a eu une vague de demande de frottis!* » (Dr n°7).

Les médecins pensaient à mettre des affiches dans les salles d'attente. Pour certains, le meilleur moyen serait d'utiliser les réseaux sociaux, type Facebook. L'information permettrait ensuite une information de bouche à oreille entre elles.

Une autre perspective d'amélioration serait de proposer la CCP systématiquement, sans attendre une demande. Le médecin n°4, qui avait fait le plus de CCP, la proposait systématiquement.

« *Saisir toutes les occasions chez les jeunes filles de 15 à 18 ans [...] Et il faut la provoquer, et ne pas être dans l'attente de l'opportunité parce que c'est un petit peu ce que je faisais jusque là, c'est pas assez efficient.* » (Dr n°9).

Plusieurs médecins évoquaient l'envoi d'un courrier par la sécurité sociale, par exemple au moment de la déclaration du médecin traitant. Le médecin n°16 pensait que recevoir un courrier à son nom pourrait avoir un impact positif sur les adolescentes.

« *Il y a une consultation chez le dentiste envoyée gratuitement, prise en charge à 100% par la sécurité sociale qui s'appelle M'T Dents.* » (Dr n°3).

Il semblait judicieux de parler de l'existence de la CCP dans le milieu scolaire.

« *Est-ce que les infirmières scolaires, elles ne peuvent pas avoir un rôle aiguillant vers une consultation etc.* » (Dr n°10).

Plusieurs médecins pensaient s'aider de la vaccination anti-HPV pour introduire l'existence de cette consultation auprès des jeunes filles.

« *J'en parle un peu avant au moment du vaccin, du GARDASIL®. [...] d'ailleurs c'est une bonne idée, je pourrais aussi parler de cette consultation à ce moment-là* » (Dr n°16).

Pour certains, il faudrait cibler l'information sur les parents. Le médecin n°7 pensait à une information diffusée dans des magazines populaires type « *Femme Actuelle* ».

« *La question c'est, est-ce qu'il faut en parler aux jeunes filles ou à leurs parents ? Parce que je pense que c'est des informations qui passent déjà au collège et ça leur passe au-dessus de la tête [...] Je pense que c'est plus les parents qu'il faudrait cibler.* » (Dr n°12).

Une information devait être faite auprès des médecins. Elle pourrait être diffusée par des magazines médicaux ou par la sécurité sociale. La participation aux travaux de thèses semblait sensibiliser les médecins.

« *Parce qu'il y avait ce travail de thèse que j'ai pris ça en considération sinon je ne l'aurais peut-être pas fait aussi bien.* » (Dr n°4).

2. L'organisation de la consultation

Une démarche volontaire des jeunes filles faciliterait la mise en place de la CCP et la rendrait plus productive.

Le médecin Dr n°4 avait remarqué, à la suite de la réalisation de plusieurs CCP, un afflux de patientes en demande de cette consultation.

« *« Est-ce que je peux faire venir une copine? » [...] Depuis j'ai eu un afflux de filles dont je ne suis pas le médecin.* » (Dr n°4).

Elle faisait une consultation ludique et de partage pour donner envie aux jeunes filles de venir consulter volontairement.

« Une fille qui venait s'attendait pas du tout à ce que ce soit convivial et qu'elle apprenne plein de choses, que je plaisante quand je leur parle de l'amoursucré, un truc comme ça, que ça les fait rire. » (Dr n°4).

Pour la majorité, une consultation dédiée était l'organisation la plus adaptée. Le médecin n°14 réfléchissait à mettre des plages horaires dédiées à la CCP sur *mondoc-teur.fr*. Parfois elle était réalisée immédiatement si le motif initial de consultation n'était pas chronophage ou que le médecin avait l'impression d'une urgence pour une prescription de contraception.

« Faut pas que ce soit une consultation poignée de porte. » (Dr n°7).

« On a la chance [...] de pouvoir proposer aux gens presque du jour au lendemain une consultation [...] faut s'en servir aussi. » (Dr n°14).

Les médecins se sentaient plus à l'aise s'ils connaissaient le motif de consultation à l'avance. Ils pouvaient réserver un créneau horaire plus long. Cela permettait à certains de préparer leurs discours.

« Quand on programme une consultation comme ça, on se renseigne un petit peu avant [...] c'est vrai que si [...] on ne connaît pas forcément le motif, des fois on est un peu dans le flou [...] Alors que là, on est un peu plus au taquet pour répondre. » (Dr n°12).

Une consultation seul à seul était souhaitée par tous les médecins.

« Ça m'arrive de faire sortir la maman quand même parce que je trouve qu'on est beaucoup mieux pour discuter. » (Dr n°6).

3. La formation des professionnels

Certains médecins trouvaient que les internes n'étaient pas assez formés pour réaliser la CCP chez les adolescentes.

La majorité des médecins, essentiellement les hommes, souhaitait une formation à l'abord de la santé sexuelle chez les adolescentes.

« La sexualité, les choses comme ça, on n'a pas été très bien formé. [...] une formation ne serait peut-être pas mal. » (Dr n°15).

« J'ai fais cette formation [...] je me suis rendue compte de la gravité de la chose. [...] j'étais probablement dans le pool aussi de ceux qui prescrivait un peu n'importe comment. » (Dr n°4).

4. Les modalités de la CCP

Les médecins souhaitaient plus d'information sur la possibilité d'anonymisation. Ils voulaient une facilité de réalisation de celle-ci.

« Une cotation spécifique, facile et puis qui s'anonymiserait spontanément... » (Dr n°8).

« Expliquer [...] avec des vrais chiffres, pas de X et des C [...] ce chiffre-là, faut le changer en fonction de votre caisse et on va vous donner la liste des caisses. » (Dr n°5).

Le médecin n°8 proposait que l'anonymisation se fasse en aval par la sécurité sociale et non pas par le médecin.

« Tu puisses coter [...] que ça soit anonymisé là-bas et qu'ensuite il n'y ait pas de transmission du truc mais que pour nous ce soit beaucoup plus simple. » (Dr n°8).

Quelques médecins avaient l'impression que ce tarif n'était pas adapté. Il n'était pas assez élevé pour augmenter le taux de réalisation de la CCP.

« S'ils nous payaient deux cents euros, [...] les mecs ils commenceraient à réfléchir mais pour gagner vingt cinq euros [...] cinq fois par an ? Non ! Personne ne le fera. [...] la mise en oeuvre psychique est totalement disproportionnée avec l'enjeu financier. » (Dr n°5).

La visibilité sur les CCP déjà réalisées faciliterait la mise en place de la CCP.

« Sur Ameli, on peut aller voir. L'historique dans l'année, ça je peux savoir. Mais si ça n'a pas été fait dans l'année. Et que ça n'a pas été fait il y a huit jours » (Dr n°1).

5. Les moyens matériels

Le médecin Dr n°13 pensait qu'il serait utile d'avoir des flyers récapitulatifs à donner à la fin de cette consultation. Plusieurs médecins suggéraient la réalisation d'un guide-line. Ils semblaient en accord avec le fait que le support devait être informatisé.

« Plutôt un outil informatique [...] intégrable à notre logiciel. » (Dr n°10).

Pour certains, des rappels dans le logiciel permettraient de penser à faire la CCP.

« Je me mets un post-it [...] on a des systèmes maintenant dans nos logiciels de « reminder ». » (Dr n°9).

6. Elargir les critères de cotation

Pour la plupart des médecins, il fallait élargir la CCP aux garçons.

La majorité rencontrait plus de difficultés à aborder la sexualité avec les garçons qu'avec les filles.

Il leur semblait illogique de ne la proposer qu'aux jeunes filles. Il ne fallait pas les écarter, les questions de sexualité étaient autant présentes chez les garçons que chez les filles. Les garçons auraient autant besoin d'une responsabilisation et d'une prévention IST que les jeunes filles.

« *Un problème d'âge pas de sexe. [...] on peut pas faire la chose à moitié.* » (Dr n°10).

« *Ce qui est un peu dommage, c'est que ça soit réservé qu'aux jeunes filles parce que dans les conduites à risques les garçons y sont pour beaucoup.* » (Dr n°9).

Les médecins évoquaient l'impact de la pornographie sur la sexualité des jeunes garçons et l'importance d'en parler.

« *Focalisé sur les films pornographiques, [...] ils ont une vision complètement mauvaise, obsolète par rapport à la sexualité dans la vie. [...] c'est bien d'en parler.* » (Dr n°10).

« *Ils ont tellement avec les écrans une obligation de moyen, [...] que c'est pas simple.* » (Dr n°4).

Pour certains, cela pourrait être l'occasion de dépister des abus sexuels. Cela permettrait également de repérer l'orientation sexuelle pour accompagner au mieux les garçons.

« *J'en découvre des jeunes gens qui ont été abusés dans leur enfance et c'est peut-être des moments où justement il faut peut-être revenir dessus.* » (Dr n°14).

« *L'homosexualité qui se découvre à ce moment-là, il ne faut pas que ça soit tabou.* » (Dr n°14).

Certains médecins pensaient qu'il faudrait convaincre la sécurité sociale de la nécessité de la CCP chez les garçons.

Il semblait également important d'élargir la tranche d'âge. Plusieurs médecins pensaient qu'il ne faudrait pas de tranche d'âge limitative.

« *Ca pourrait être quand il y a besoin de la première contraception.* » (Dr n°1).

Le médecin n°1 se demandait si définir une limite d'âge ne risquait pas d'être mal interprété par les adolescentes.

« *Ca peut marginaliser [...] « Mon dieu ! Je suis pas normale. J'ai 18-19 ans, j'ai jamais eu de rapport, de contraception. » (rire). » (Dr n°1).*

La majorité pensait qu'une consultation faite en amont éviterait peut-être les grossesses non désirées et les IST.

« *Descendre un peu plus bas, avant les catastrophes [...] Ben pour éviter les bêtises ! » (Dr n°15).*

Pour le médecin n°4, élargir la CCP aux sages-femmes pourrait améliorer la prise en charge des jeunes filles en matière de contraception et de prévention IST.

« *Les sages-femmes libérales qui pour moi sont importantes et qui ont un temps d'écoute qui est important. [...] Pour moi, il n'y a pas de compétition mais les médecins sont un peu frileux là-dessus. » (Dr n°4).*

Le médecin n°5 ayant une activité en planning familial était persuadé que cette consultation devrait être élargie à cette structure.

C'est justement le planning familial où là, effectivement on dirait : « ça pourrait s'appliquer » sauf que comme par hasard ça ne s'applique pas. » (Dr n°5).

« *Le planning familial c'est un super endroit pour faire de la contraception. » (Dr n°5).*

7. Prouver l'impact sur la prévention

Plusieurs médecins pensaient qu'il faudrait une preuve de l'efficacité de cette consultation sur la prévention IST, les grossesses non désirées et sur les effets indésirables des contraceptifs.

« *Nous montrer des statistiques comme quoi en faisant cette consultation, il y a plus de filles qui se font vacciner et que donc ça améliore la prévention. » (Dr n°4).*

« *Faire une thèse [...] que les filles qui ont bénéficié de cette consultation, font moins d'accidents vasculaires thrombo-emboliques [...] ou bien moins de grossesses. » (Dr n°4).*

DISCUSSION

I. Les principaux résultats

Si l'opinion des seize médecins généralistes interrogés était positive, il n'a été trouvé que peu de différences dans leurs pratiques après l'instauration de la cotation CCP. Elle permettait davantage de prévention dans le cadre d'une consultation dédiée anonyme et gratuite qui était mieux rémunérée. Il existait de nombreux freins à sa réalisation : un manque d'information sur son existence et ses modalités, et des difficultés à la cotation, à la réalisation du tiers payant intégral et à son anonymisation. Le sujet de la sexualité était un frein en lui-même par la gêne qu'il pouvait occasionner chez les jeunes filles et chez les médecins, accentuée par la présence de la mère. Les perspectives d'amélioration de la CCP étaient : l'information sur son existence et ses modalités, l'organisation d'une consultation dédiée avec connaissance du motif de consultation et sans accompagnant, une meilleure formation à l'abord de la sexualité, une facilité de l'anonymisation et du tiers payant intégral, un élargissement de la cotation aux garçons et de la tranche d'âge.

II. La critique de l'étude

La méthode par étude qualitative est la méthode de référence pour recueillir des opinions difficilement mesurables et subjectives. La recherche qualitative permet d'étudier des problématiques posées par l'exercice quotidien auxquelles la recherche quantitative ne peut apporter de réponses.

La méthode de recrutement par effet « boule de neige » a permis de sélectionner les participants en fonction de leurs caractéristiques. Le but était d'obtenir un ratio équilibré entre hommes et femmes, milieu rural et urbain, activité de maître de stage ou non. Cela peut être interprété comme un biais de sélection de médecins intéressés par le sujet de la santé sexuelle. En n'interrogeant que des médecins généralistes, nous avons créé un biais de sélection. Cette étude n'a pas pris en compte la possibilité de cotation de la CCP par les pédiatres et les gynécologues.

Les entretiens semi-dirigés et l'évolution du guide d'entretien ont permis de recueillir des informations ancrées dans le vécu des médecins généralistes. Cependant, l'auteur n'avait pas de compétences particulières en matière d'entretiens semi-dirigés.

Il est possible qu'il y ait un biais d'investigation du fait que les participants aient été interrogés au préalable pour la première partie de l'étude. Ils connaissaient en partie l'objectif de notre étude avant de débiter les entretiens.

La retranscription intégrale des verbatims et l'analyse des données par le logiciel QSR NVivo 11® a permis une interprétation structurée pour diminuer le biais d'interprétation. Un double codage par l'auteur de la première étude a permis une triangulation des données pour réduire la subjectivité des interprétations, assurant la validité interne de l'étude.

III. Les données de la littérature

L'incitation financière n'a pas motivé la réalisation de la CCP.

Alors que les incitatifs financiers sont de plus en plus utilisés par les politiques de santé publique. Plusieurs revues de littérature ont montré qu'il n'y a pas de preuve scientifique pour encourager ou non l'utilisation de ces incitatifs pour améliorer la qualité des soins. Les études sur le sujet n'avaient pas une méthodologie assez puissante pour mettre en évidence un impact du paiement à la performance sur la santé des patients [12] [13]. Dans une thèse qualitative réalisée en 2015 sur les représentations des médecins généralistes sur la rémunération sur objectifs de santé publique, le paiement à l'acte était jugé comme inadapté à l'exercice de la médecine générale. Tous considéraient qu'une revalorisation tarifaire de la consultation était indispensable. Beaucoup considéraient que le paiement à l'acte ne prenait pas en compte certains aspects de leur travail, en particulier la part croissante de l'administratif, ou les actes de prévention [14].

Il semblerait que si le but de la mise en place de cette consultation par l'AM était de faire plus de prévention, l'objectif n'est pas encore atteint. Même s'il reste difficile de conclure par l'aspect qualitatif de notre étude et par un manque de recul, il semble que les médecins généralistes ne vont pas modifier leurs pratiques en matière d'abord de la santé sexuelle malgré cette cotation.

Les motivations des médecins généralistes qui ont réalisé cette cotation étaient autres que l'éventuel bénéfice financier.

Dans notre étude, seulement deux médecins ont réalisé plusieurs cotations CCP. Pour l'un d'entre eux, le nombre important de CCP cotées était probablement biaisé par la participation à notre thèse. Même si la réalisation des cotations a été initiée par notre intervention extérieure, il semblerait que ce médecin y ait trouvé un certain plaisir. Après la réalisation de plusieurs CCP, il ne pensait plus prescrire de contraception sans cette consultation

chez les jeunes filles de 15 à 18 ans. Chez l'autre médecin, la motivation était fondée sur un besoin de reconnaissance en montrant à la sécurité sociale que le travail était fait correctement.

Une étude en sciences économiques en 2014 sur l'impact des incitatifs économiques en médecine générale en France semblait montrer que les motivations des médecins étaient plutôt internes (le sentiment de satisfaction ou de gratification humaine de l'activité ainsi que des activités témoignant d'une volonté d'améliorer la qualité des soins) que des motivations externes (financiers). Le paiement à la performance pourrait avoir comme effet de démotiver les médecins et d'être un frein à leurs motivations internes [14] [15]. En France, les réformes mise en place en matière de santé s'inspirent des dispositifs marchands. Elles prennent appui sur la théorie économique standard où l'humain est supposé être principalement intéressé par l'argent. Il semblerait que le médecin échappe aux représentations économistes standards et la pratique de la médecine reposerait sur différentes motivations allant bien au-delà du simple intérêt financier à exécuter son travail : définition de la bonne pratique et de la profession, problèmes éthiques et déontologiques, relation avec les patients, reconnaissance etc [16] [17].

Dans ce travail, les deux médecins ayant réalisé plusieurs CCP étaient des femmes. Il semblait exister une différence d'implication et de motivation en fonction du sexe. Les médecins femmes prenaient plus de plaisir à la réalisation de cette consultation ou du moins l'exprimaient plus. Même si quelques médecins hommes ont réalisé une cotation, ils ne semblaient pas réellement enthousiastes à l'instauration de cette nouvelle cotation. Dans deux thèses qualitatives sur la féminisation en médecine générale, les patients estimaient que les femmes médecins, par leur côté maternel, étaient plus à l'aise pour prendre en charge les enfants et rassurer leurs parents. La féminisation des soins primaires était un avantage pour les patients. Ils pouvaient choisir le sexe de leurs médecins. Il semblait que certains sujets étaient plus facilement abordés avec un médecin du même sexe que le patient. Il s'agissait principalement des problèmes gynécologiques pour les femmes [18] [19].

La cotation des actes médicaux par les médecins généralistes n'est pas une pratique courante.

Dans notre étude, ils ont rencontré des difficultés à la cotation et très souvent n'y ont pas pensé. Une thèse qualitative réalisée en 2015 sur les freins à l'utilisation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) par les médecins généralistes dans le Nord-Pas-de-Calais montrait que les médecins considéraient la CCAM trop longue, complexe et inadaptée à leurs pratiques [20]. Par définition, la CCAM doit être exhaustive, objective et

comporter l'ensemble des actes remboursés ou non de chaque spécialité [21]. Les médecins auraient voulu une « CCAM médecine générale », ce qui semblait impossible car ne répondrait pas à sa définition. La prise en charge globale et les motifs multiples de consultation spécifiques à la médecine générale semblaient incompatibles avec la CCAM. Le prix des actes n'était pas suffisant pour une utilisation fréquente des cotations. Les outils d'aide ne compensaient pas sa complexité [20].

Il semble exister une discordance entre les moyens instaurés par les politiques de santé pour une valorisation financière et les attentes des médecins généralistes. Alors qu'il est clair que la majorité des médecins généralistes n'utilise que les cotations courantes (C, V), les mesures de valorisation mises en place depuis quelques années sont des cotations CCAM multiples a priori non utilisées [22].

La consultation dédiée à distance ne semblait pas être adaptée à la pratique de la médecine générale pour certains médecins.

Selon la WONCA, « La médecine générale - médecine de famille doit gérer tous les problèmes de santé de patients individuels. Elle ne peut se limiter uniquement à la prise en charge de la maladie présentée, mais souvent le médecin prend en charge des problèmes multiples. La plupart du temps, le patient consulte pour plusieurs affections, dont le nombre augmente avec l'âge. La réponse simultanée à plusieurs demandes implique nécessairement une gestion hiérarchisée des problèmes qui prend en compte les priorités du patient et celles du médecin. » [23]. La notion même de consultation dédiée, sous-tendant la gestion d'un motif unique, est probablement antinomique de la définition des rôles et des compétences du médecin généraliste. Comme si le médecin généraliste, de par sa polyvalence, sa non spécificité d'organe, et sa qualité de médecin de famille, multiple-gestionnaire des problèmes médicaux et psychosociaux des patients ne pouvait être, par définition, consulté dans un cadre dédié à un seul motif [24].

L'étude des Eléments de la Consultation en médecine GENérale (ECOGEN), étude nationale, portant sur 20 613 consultations de décembre 2011 à avril 2012, retrouvait une moyenne de 2,6 demandes par consultation [25]. Cependant, il semblait exister une corrélation négative entre les motifs de consultation multiples et la qualité des soins de la part du médecin. Certaines études concluaient qu'à partir de trois motifs de consultation, la qualité d'écoute du médecin diminuait, le risque d'erreur médicale augmentait, et la satisfaction du praticien était diminuée [26] [27] [28] [29]. L'Union Nationale des Omnipraticiens Français (UNOF) recommandait aux médecins libéraux : « ne pas hésiter à fragmenter leurs consultations, à partir de trois motifs, afin d'éviter tout risque d'erreur médicale préju-

diciable » [30]. Ces études montraient que malgré une définition de la médecine générale polyvalente à multiples motifs, la qualité des soins serait meilleure si le motif de consultation était unique. La proposition de consultations dédiées à distance par le médecin pourrait en être une solution.

Dans une thèse réalisée en 2016 en Gironde, il a été observé une majorité de réactions positives à la proposition d'une consultation dédiée à distance. Pour certains patients, cela allait de soi ; d'autres étaient rassurés que le médecin désire approfondir ou bien s'informer sur leur cas. Cependant, un nombre non négligeable de patients seraient inquiets et surpris de ce report, et suspecteraient même une vérité dissimulée. Une moindre partie des patients pensait que c'était une perte de temps, ou bien un tort financier pour la sécurité sociale [26].

Dans étude réalisée en 2015, le renouvellement de contraception comme motif secondaire de consultation semblait favorisé par un manque d'anticipation des patientes et l'accès rapide au médecin généraliste. Le suivi régulier par un gynécologue et l'absence d'examen gynécologique systématique pratiqué par le médecin généraliste semblaient banaliser ce renouvellement. La contraception n'étant pas perçue comme un traitement médical, les femmes ne ressentaient pas le besoin d'une consultation dédiée. Elles souhaitaient uniquement obtenir leur contraception de leur médecin généraliste ou directement en pharmacie. L'auteur concluait que l'attitude des patientes semblait induite par le médecin généraliste qui pourrait réorganiser ses consultations pour optimiser le suivi des patientes sous contraception. [31]

Il semble important d'informer les patients sur l'utilité d'une consultation dédiée à distance pour la qualité des soins, pour les faire adhérer à cette nouvelle manière de consulter.

Dans notre étude, les médecins semblaient majoritairement réticents à la réalisation du **tiers payant intégral**.

Les travaux de deux médecins généralistes qui ont créé l'Observatoire du tiers payant afin de recueillir les données de facturation des médecins libéraux de France ont montré que les délais de remboursement n'étaient pas respectés. Ainsi, le délai moyen de paiement en tiers payant est de 10,74 jours et le délai médian de paiement est de cinq jours pour les feuilles de soins électroniques et de 39 jours pour les feuilles de soins papiers [32] [33].

Dans une enquête, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) révélait que le tiers payant était très coûteux et chronophage pour la profession. Les coûts cachés de gestion du système de tiers payant avec l'AM et les complémentaires s'élevaient entre 13246 et 28601 euros par pharmacie et par an. Les frais de personnel constituaient le

poste le plus important, devant les impayés et les coûts informatiques, loin d'être compensés par les indemnités perçues par les pharmaciens. Le temps moyen passé par l'équipe officinale pour gérer le tiers payant aurait même augmenté de 10 % en dix ans et représenterait désormais plus d'un mi-temps. « Aucune profession de santé ne peut supporter un tel niveau de dépenses supplémentaires et un risque financier », s'inquiétait l'USPO dans un communiqué [34] [35].

Dans une thèse réalisée en 2014, pratiquer le tiers payant obligeait les médecins à contrôler le retour des paiements pour être à jour dans leur comptabilité. Cette surveillance était difficile voire impossible, la traçabilité des retours semblant particulièrement opaque, notamment lorsque les patients étaient affiliés à différents régimes et mutuelles. La complexité du système entraînait une difficulté de saisie en amont, souvent source d'erreurs, d'autant plus lorsque le patient n'était pas à jour dans ses droits ou lorsqu'il ne respectait pas le parcours de soins. Ceci était à l'origine d'un taux non négligeable d'impayés ou d'erreurs de paiements, que le médecin avait par la suite beaucoup de difficultés à réclamer. Tout cela imposait un travail administratif supplémentaire particulièrement chronophage. Il y avait une réticence importante à appliquer le tiers payant sur la part complémentaire (pratiqué à 22.4 % quand cela fonctionnait avec la carte vitale, à 10.8 % quand il n'y avait pas de certitude à être payé) [36].

Sur la part obligatoire, la convention de 2011 avait mis en place une garantie de paiement sur la base des droits en carte c'est-à-dire même en cas de carte Vitale non à jour. En pratique, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) admettait que cette garantie de paiement se révélait être « caisses-dépendantes », n'étant pas appliquée automatiquement par toutes les Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM) [36].

Dans ces conditions, il reste difficile de convaincre les médecins généralistes de la réalisation du tiers payant intégral. Les médecins interrogés dans notre étude se disaient, au contraire, prêts à réaliser le tiers payant intégral au risque de ne pas être payé, dans le cas où la jeune fille souhaiterait une consultation anonyme non visible par ses parents. Ce risque était peut-être accepté du fait de la rareté d'utilisation de cette cotation.

L'anonymisation était trop complexe pour être utilisée par les médecins généralistes.

En matière de secret dans la délivrance de la contraception chez les mineures, la complexité de la procédure reposant sur l'utilisation d'un numéro d'inscription au répertoire (NIR) anonyme à la place des identifiants de la mineure rebutait les pharmaciens [37].

La fédération des médecins de France déclarait en novembre 2016 : « Depuis le 1er juillet 2016 les mineures de 15 à 18 ans ont le droit de se faire prescrire une contraception gratuitement, sans demander l'autorisation de leur(s) parent(s) et éventuellement de façon anonyme. [...] C'est quand la patiente demande l'anonymat que les choses se compliquent vraiment ! Les caisses demandent alors aux médecins de faire une facturation électronique sans carte vitale, donc en facturation dégradée, en utilisant le NIR anonyme fictif 2 55 55 55 CCC 042/XX associé à la date de naissance exacte de la patiente. Mais un NIR composé de chiffres ET de lettres ne peut pas être accepté par les logiciels de facturation. Au final, le médecin n'a plus qu'à se rabattre sur la feuille de soins papier, et subir les complications et les délais de paiement qui l'accompagnent. Notons d'ailleurs au passage que la notion de gratuité est loin d'être totale : elle ne s'applique qu'à une consultation annuelle au maximum, et ne concerne pas les pilules non remboursables non plus. Et on peut aussi se demander pourquoi la gratuité est interdite aux patientes de moins de 15 ans et aux patientes majeures. Mais le gouvernement a bien entendu une solution à tous ces soucis : shunter une fois de plus les libéraux !! Une jeune fille mineure qui souhaite bénéficier d'une consultation de contraception anonyme et gratuite peut être orientée vers un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF). [...] Nous sommes toujours dans une politique qui privilégie les effets d'annonce sans se soucier de la faisabilité par les acteurs de terrain des décisions prises par le Ministère. » [38].

C'est aussi le ressenti que nous avons eu dans notre étude. L'anonymisation semblait être beaucoup trop compliquée à réaliser pour que les médecins généralistes l'utilisent.

La place centrale du médecin généraliste en matière de santé sexuelle chez les adolescentes ne faisait pas l'unanimité dans notre étude.

Plusieurs médecins évoquaient qu'en tant que médecin de famille, ils n'étaient peut-être pas l'interlocuteur privilégié pour des adolescentes. Dans une thèse qualitative menée auprès de 38 femmes, le médecin généraliste n'était pas la première source d'information en matière de contraception. Le gynécologue était la référence pour la contraception malgré son manque parfois de disponibilité [39]. Malgré l'attachement que les jeunes femmes accordaient à leur médecin généraliste, il n'était pas forcément le meilleur interlocuteur pour aborder la santé sexuelle car il connaissait leurs parents, leur famille. L'enjeu pour ces jeunes femmes était de réussir à préserver la relation de médecin-référent/patiente-privilégiée, mais aussi et surtout de garder leur sexualité invisible aux parents [40]. Les jeunes se tournaient spontanément peu vers leur médecin généraliste pour évoquer leurs pratiques à risques [41].

Dans une thèse réalisée en 2011, trois quarts des adolescents entre 15 et 18 ans questionnés n'avait jamais parlé de sexualité avec leur médecin généraliste. Seulement, une fille sur quatre et un garçon sur huit avaient discuté de sexualité avec leur médecin généraliste. A noter tout de même que dans cette étude les adolescentes ne percevaient pas systématiquement la contraception comme partie intégrante de la sexualité. Sur neuf adolescentes ayant répondu la contraception comme motif de consultation, trois ont déclaré n'avoir pas parlé de sexualité avec leur médecin généraliste. Un tiers des filles et un cinquième des garçons pensaient qu'il était plus facile de parler de sexualité avec un autre professionnel de santé que le médecin généraliste. Les filles trouvaient un interlocuteur privilégié en la personne du gynécologue. Malgré une confiance très importante en leur praticien, affirmée par huit jeunes interrogés sur dix, le fait que celui-ci soignait toute la famille était perçu comme un frein à la discussion sur la sexualité [42].

L'élargissement de la cotation était une des perspectives d'amélioration de la CCP.

La tranche d'âge semblait être limitative, surtout qu'il existe une part des adolescentes qui sont à risque avant l'âge de 15 ans. En 2006, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiait que 848 jeunes filles de moins de 15 ans ont été concernées par une IVG en 2006 [43].

L'élargissement aux garçons semblait faire l'unanimité auprès des médecins de notre étude. Cet élargissement était essentiellement justifié par l'importance de la prévention chez les jeunes, sans distinction de sexe. Plusieurs fois le sujet de la pornographie a été abordé au moment de la discussion sur les garçons. Une thèse sur le sexting des adolescents réalisée dans le Nord de la France montrait qu'il n'y avait aucune différence de sexe dans les pratiques sexuelles des adolescents [44]. Dans une étude réalisée en 2015, parmi les 319 jeunes rencontrés, 85 % déclaraient avoir déjà été confrontés à la pornographie (51 % de garçons et 34 % de filles). L'accès à la pornographie était courant à l'adolescence aussi bien chez les garçons que chez les filles. En général, ils considéraient que ce média mettait en scène des « relations sexuelles réalistes ». Les tentatives de tenir les jeunes éloignés de la pornographie ont été jusqu'ici quasi inutiles. Une manière de « court-circuiter » l'influence de ce média serait de développer l'esprit critique des jeunes notamment en leur donnant des informations sur la sexualité et la pornographie. Il serait intéressant d'informer les parents de cela afin qu'ils puissent se rendre compte de l'importance de créer pour leur enfant un espace de discussion autour de la sexualité [45].

Dans une thèse réalisée en 2016, 47 % des garçons interrogés, âgés de 13 à 20 ans (âge moyen 15.8 ans), souhaitent recevoir des informations sur la sexualité de la part de leur médecin généraliste. A peine la moitié des médecins (49 %) abordait la sexualité avec les garçons adolescents en consultation [46].

Dans une aire de liberté sexuelle et d'égalité homme-femme, il semblerait judicieux de proposer cette consultation aux garçons. Cela permettrait de les informer sur les méthodes contraceptives, leurs utilisations, le comportement à adopter en cas d'oubli de pilule, la contraception d'urgence et de parler de la prévention des IST.

CONCLUSION

Cinq à sept mois après l'instauration de la cotation CCP au premier novembre 2017, l'opinion des médecins généralistes était plutôt positive. Cependant, ils ne l'ont que très peu utilisée. Cette cotation n'avait pas entraîné de réelle modification des pratiques.

Les freins à sa réalisation étaient nombreux. Les médecins rapportaient un manque d'information sur son existence et ses modalités. Ils éprouvaient également des difficultés à la cotation, à la réalisation du tiers payant intégral et à son anonymisation. Le sujet de la sexualité était un frein en lui-même par la gêne qu'il pouvait occasionner chez les jeunes filles et chez les médecins, accentuée par la présence de la mère.

Des pistes d'amélioration de la CCP ont été proposées. Une meilleure information de la population générale sur son existence serait utile. Elle pourrait permettre l'organisation d'une consultation dédiée avec connaissance du motif de consultation et sans accompagnant. Les médecins souhaitaient également une meilleure formation à l'abord de la sexualité. Ils espéraient que l'Assurance Maladie facilite les démarches d'anonymisation de la consultation et garantisse le paiement de celle-ci en cas de tiers payant intégral. Ils souhaitaient que la tranche d'âge concernée puisse être élargie, et que cette cotation soit étendue aux garçons.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation des Nations Unies. (consulté le 05/08/2018). Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994, [en ligne]. https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf
- [2] Bouvier-Colle MH, Halley des Fontaines V, Bozon M. Santé sexuelle et de la reproduction : État des lieux et émergence des problématiques. Actualité et Dossier en Santé Publique [en ligne]. 2016;(96):10-29, [consulté le 05/08/2018]. Disponible sur : <http://full-text.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/96/ad960959.pdf>
- [3] Ministère de la Santé et des Solidarités. (consulté le 05/08/2018). Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020, [en ligne]. http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2018/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf
- [4] Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population [en ligne]. 2014;69(3):365-98, [consulté le 05/08/2018]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/175/population_fr_2014_3_france_pdf.fr.fr.pdf
- [5] Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Population [en ligne]. 2015;518:1-4, [consulté le 05/08/2018]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
- [6] Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Etudes et Résultats. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques [en ligne]. 2017; (1013):1-6, [consulté le 05/08/2018]. Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
- [7] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Panjo H, Moreau C. Effectiveness of family planning policies : The Abortion Paradox. Plos One [en ligne]. 2014;9(3):1-7, [consulté le 05/08/2018]. Disponible sur : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0091539>
- [8] Institut Nationale de Veille Sanitaire. (consulté le 28/08/2017). Bulletins des réseaux de surveillance des IST, [en ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
- [9] Institut Nationale de Veille Sanitaire. (consulté le 05/08/2018). VIH/Sida et infections sexuellement transmissibles dans les Hauts-de-France, [en ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Nord/Bulletin-de-veille-sanitaire-Hauts-de-France.-Janvier-20182>
- [10] Caisse Primaire d'Assurance Maladie. (consulté le 05/08/2018). Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, [en ligne]. <http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/10/Projet-de-texte-conventionnel-21-juillet-2016-vf5.pdf>

[11] MG France. (consulté le 05/08/2018). La consultation à 46 euros chez le médecin généraliste, [en ligne]. <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1414-la-consultation-a-46%20euros%20chez%20le-medecin-generaliste-c-est-mg-france>

[12] Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(9):CD008451.

[13] Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy Amst Neth.* 2013;110(2-3):115-30.

[14] Girard-Wasilewski B. La rémunération sur objectifs de santé publique : représentations des médecins généralistes. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université Lille 2 Droit et Santé ; 2015.

[15] Sicsic J. Impacts des incitatifs économiques en médecine générale: Analyse des préférences et des motivations des médecins. [Thèse en Sciences Economiques]. Université Paris-Dauphine ; 2014.

[16] Da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. *Rev MAUSS.* 2013;1(41):93-108.

[17] Séminaire d'Economie Politique de la Santé. (consulté le 15/08/2018). Une analyse théorique des politiques d'incitation du médecin à partir du concept de motivation intrinsèque, [en ligne]. <http://ecoposante.free.fr/papers/DaSilva-01-04-11.pdf>

[18] Mallet V. Conséquences de la féminisation de la médecine générale : le ressenti de 14 patients du département du Nord. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université Lille 2 Droit et Santé ; 2015.

[19] Tirilly C. La féminisation croissante de la médecine générale modifie-t-elle le point de vue des patients sur la Médecine et leurs médecins? Enquête qualitative par entretiens semi-directifs. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université de Nantes ; 2011.

[20] Peltier J. Les freins à l'utilisation de la classification commune des actes médicaux par les médecins généralistes. Etudes qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Nord-Pas-de-Calais. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université Lille 2 Droit et Santé ; 2015.

[21] Bureau de la politique documentaire et des systèmes d'information documentaires (consulté le 15/08/2018). Classification commune des actes médicaux, guide de lecture et de codage annexe I de l'arrêté du 27 février 2007, [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bo0703.pdf>

[22] Une démarche au service de la santé. Groupes qualité. Thème régional Pays de la Loire. (consulté le 19/08/2018). Mieux utiliser la nomenclature : les freins, comment changer?, [en ligne]. <http://urml-paysdelaloire.org/lls4rR5LPeWqai/uploads/2017/05/Dossier-docum.Nomenclature.pdf>

[23] WONCA Europe 2002. (consulté le 15/08/2018). La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, [en ligne]. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

[24] Zaoui J. Renouvellement de contraception orale en médecine générale : étude qualitative des facteurs déterminant la demande non dédiée des patientes de plus de 18 ans dans le Nord-Pas-de-Calais. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2016.

[25] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer. 2014 ;(114) :148–157.

[26] Villeneuve L. Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients de la Gironde. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université de Bordeaux ; 2018.

[27] Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Lyon 1 ; 2006.

[28] Dareths-Fabier S. Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Bordeaux 2 ; 2011.

[29] Camoin A. Perceptions des médecins généralistes de la consultation à motif multiple et de son impact sur la qualité de prise en charge médicale du patient. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Aix Marseille Université ; 2015.

[30] Union Nationale des Omnipraticiens Français - Confédération des Syndicats Médicaux Français. (consulté le 19/08/2018). Pour le maintien d'une consultation de qualité en médecine générale, [en ligne]. <http://lesgeneralistes-csmf.fr/2011/04/04/comite-directeur-02042011-motion-n2-pour-le-maintien-dune-consultation-de-qualite-en-medicine-generale/>

[31] Bayen S, Zaoui J, Delgrange JP, Messaadi N. Vous pouvez rajouter ma pilule, docteur? Exercer. 2018;144:249-254.

[32] Legrand B, Rémy T. (consulté le 15/08/2018). Observatoire du tiers payant, [en ligne]. <http://tiers-payant.org/>

[33] Rémy T. Délai de paiement du tiers payant par la caisse primaire d'assurance maladie au médecin généraliste conventionné en secteur 1 : description et déterminants du délai dans un cabinet de groupe. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université Lille 2 Droit et Santé ; 2014.

[34] Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine. (consulté le 19/08/2018). Enquête coûts du tiers-payant. résultats et débats, [en ligne]. <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2015/03/2008-53-Enquête-coûts-du-tiers-payant-résultats-et-débats.pdf>

[35] Le quotidien santé. (consulté le 19/08/2018). Coûts cachés, impayés et temps perdu : le bilan calamiteux du tiers payant en pharmacie, selon l'USPO, [en ligne]. https://www.le-quotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/01/24/couts-caches-impayes-et-temps-perdu-le-bilan-calamiteux-du-tiers-payant-en-pharmacie-selon-luspo_844016#

[36] Amar J. Tiers payant : état des lieux sur son application et avis sur sa généralisation. A partir d'une enquête informatique auprès de 4208 médecins. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Strasbourg ; 2014.

[37] Inspection générale des affaires sociales. (consulté le 19/08/2018). L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures, [en ligne]. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2014-167R.pdf

[38] Fédération des médecins de France. (consulté le 19/08/2018). La contraception gratuite et anonyme des mineures est un casse-tête pour les médecins, [en ligne]. <http://www.fmfpro.org/la-contraception-gratuite-et-anonyme-des-mineures-est-un-casse-tete-pour.html>

[39] Collard Donger F. Sources d'information et moyens d'amélioration des connaissances sur la pilule oestroprogestative des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais : approche qualitative. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université Lille 2 Droit et Santé ; 2014.

[40] Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique. 2011;23(2):77-87.

[41] Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? Rev Prat. 2005;55(10):1073-7.

[42] Grand A. Parler de sexualité avec son médecin généraliste : un problème pour les 15-18 ans. Enquête en Ile-de-France 2010-2011. [Thèse pour le Diplôme de Docteur en médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7 ; 2011.

[43] Vilan A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. Etudes et Résultats. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques [en ligne]. 2008; (659):1-6, [consulté le 19/08/2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er659.pdf>

[44] Delmotte S. Le sexting chez les adolescents : modalités, conséquences, rapports avec la pornographie et leur sexualité. Etude prospective chez 337 adolescents de 13 à 17 ans dans le Nord de la France. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2016.

[45] Puglia R, Glowacz F. Consommation de pornographie à l'adolescence : quelles représentations de la sexualité et de la pornographie, pour quelle sexualité ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2015;63(4):231-7.

[46] Waline M. Aborder la sexualité avec un adolescent en médecine générale. Recherche d'une question d'ouverture auprès de garçons adolescents et de médecins généralistes en Bourgogne. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Dijon ; 2016.

ANNEXES

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Comme vous le savez, depuis novembre 2017, il est possible de coter une consultation contraception et prévention IST avec le code CCP. Ma thèse consiste à analyser la mise en place de cette consultation.

Avez vous eu l'occasion de faire une consultation contraception et prévention IST avec une jeune fille entre 15 et 18 ans depuis novembre ?

Si oui, 1er guide

Si non, 2e guide

1er guide

1. Comment avez-vous réussi à la ou les mettre en place ?

Comment l'avez-vous proposée ? Etait-ce une consultation dédiée ?

Avez-vous eu des difficultés à la mettre en place ?

Avez-vous coté cette consultation à 46 € ? Pour quelles raisons ? Pensez-vous la coter à 46 € les prochaines fois ?

Quelle a été la réaction de la patiente et/ou des parents à l'annonce du prix de la consultation ?

Avez-vous utilisé l'anonymisation ?

2. Comment s'est déroulée la dernière de ces consultations ?

Etait-elle différente de celles faites avant la mise en place de cette consultation contraception et prévention ?

Combien en avez-vous faites depuis novembre ?

Quelle était approximativement la durée de ces consultations ?

3. Comment avez-vous abordé la santé sexuelle avec les jeunes filles pendant ces consultations ?

L'abordez-vous différemment depuis la mise en place de cette consultation ?

De quoi avez-vous parlé ?

Avez-vous eu des surprises sur les idées des jeunes filles sur la sexualité ? Avez-vous eu l'impression d'avoir réussi à rectifier certaines idées fausses auprès de vos jeunes patientes ?

4. Qu'avez-vous pensé de cette consultation contraception et prévention ?

Avez-vous eu des retours positifs de la part de vos patientes et/ou des parents ?

5. Quels sont pour vous les avantages de cette consultation ?

Pensez-vous continuer à la proposer et pour quelles raisons ?

6. Quels sont pour vous les freins à la mise en place de cette consultation ?

7. Avez-vous proposé cette consultation à toutes les jeunes filles entre 15 à 18 ans que vous avez vues en consultation depuis novembre ?

Qu'est-ce qui vous a empêché de la proposer systématiquement ?

Etait-ce un frein pour vous ou pour la patiente ?

8. Comment pourriez-vous dans votre cabinet faciliter la mise en place de cette consultation afin que vous puissiez la proposer plus aisément ?

Pensez-vous à d'autres moyens pour faciliter l'application de cette consultation ?

9-Ouverture : Que penseriez vous si on la proposait aux garçons et si on élargissait la tranche d'âge ?

2e guide

1. Pour quelles raisons n'avez-vous pas eu l'occasion de faire ce type de consultation ?

Quels ont été les freins quand vous avez vu en consultation une patiente entre 15 et 18 ans ?

Pourquoi cela a-t-il été un frein ?

Etait-ce un frein pour vous ou pour la patiente ?

2. Que pensez-vous de cette nouvelle consultation contraception et prévention ?

3. Quels sont pour vous les avantages de cette consultation ?

4. Pensez-vous la proposer à un moment et de quelle manière ?

5. Si non, pour quelles raisons ? Si oui, pensez-vous la proposer à toutes les jeunes filles entre 15 à 18 ans que vous verrez en consultation et pour quelles raisons ?

6. Pensez-vous la coter à 46€ et pourquoi ?

7. Comment pourriez-vous dans votre cabinet faciliter la mise en place de cette consultation afin que vous puissiez la proposer plus aisément ?

La sécurité sociale pourrait-elle faciliter l'accès à cette consultation ?

Pensez-vous à d'autres moyens pour faciliter l'application de cette consultation ?

8. Ouverture: Que penseriez-vous si on la proposait aux garçons et si on élargissait la tranche d'âge ?

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MEDITERRANEE IV

Président : Pr. Jean-Marc DAVY

Montpellier, le 8 août 2017

Référence CPP : 17 08 07

N° ID-RCB : 2017-A02176-47

Le Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée IV a été saisi le 18 juillet 2017 d'une demande d'avis sur le protocole intitulé : « **Comment les médecins généralistes abordent-ils la santé sexuelle chez les jeunes filles de 15 à 18 ans avant et après la mise en place de la Consultation de Contraception et de Prévention (CCP) en novembre 2017 ?** », protocole qui correspond à ce jour à un protocole de recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3.

Référence promoteur : soutenance thèse

Promoteur : PUSZKAREK Thibault 16 E rue Corneille 59 150 Watrelos	Investigateur-coordonnateur PUSZKAREK Thibault 16 E rue Corneille 59 150 Watrelos
Contact : Puskarek Thibault tel : 03 20 26 84 39 mail : thibault.puskarek@univ-lille2.fr	

Le comité a examiné les informations relatives à ce projet lors de sa séance du 8 août 2017 et a été amené à formuler une demande de modifications complémentaires.

Preennent part au vote les membres titulaires et les membres suppléants en cas d'absence du titulaire.
Ont participé à la séance du mardi 8 août 2017, Mesdames et Messieurs :

	Titulaires	Suppléants
Catégorie I	JM. DAVY	S. THEZENAS, F. BERNARD
Catégorie II		
Catégorie III	A. PRADES	
Catégorie IV		
Catégorie V		
Catégorie VI		
Catégorie VII	JP. RAYNAUD	JF. LASSALVY
Catégorie VIII	V. RAGE ANDRIEU	
Catégorie IX	G. MAUREL	A. PILON

Documents du dossier	
Formulaire de demande d'avis : 15 juillet 2017	Protocole : v. 15 juillet 2017
Courriel du 1 ^{er} août 2017	

Dans ce dossier, il est uniquement question d'une étude sur l'impact de la Consultation de contraception et de prévention des IST. Le questionnaire s'adresse exclusivement aux médecins généralistes et les questions ne ciblent que la pratique professionnelle.

Référence CPP : 17 08 07

N° ID-RCB : 2017-A02176-47

Compte tenu de l'article R1121-1 CSP "...2° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé...", il apparaît que cette étude ne rentre pas dans le champ des "recherches impliquant la personne humaine".

Le CPP n'a pas à se prononcer quant à la réalisation de cette étude

Le Président de Séance
Professeur Jean-Marc DAVY



Annexe 3 : L'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNIL.
7 Place de Fontenay - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RECEPISSE

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
918001 v 1
du 10-01-2018

Madame HAKOPIAN Mariam
FACULTE MEDECINE UNIVERSITE LILLE 2
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE
FACULTE DE MEDECINE - POLE FORMATION
59045 LILLE

A LIRE IMPERATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.
La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues 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.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : FACULTE MEDECINE UNIVERSITE LILLE 2	N° SIREN ou SIRET : 101600005 03649
Service : DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE	Code NAF ou APE : 803Z
Adresse : FACULTE DE MEDECINE - POLE FORMATION	Tel. : 0320626921
Code postal : 59045	Fax. : 03 20 62 69 09
Ville : LILLE	

Traitement déclaré

Finalité : COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES ABORDENT-ILS LA SANTE SEXUELLE CHEZ LES JEUNES FILLES DE 15 A 18 ANS APRES LA MISE EN PLACE DE LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE PREVENTION (CCP) EN NOVEMBRE 2017 ? L'OBJECTIF PRINCIPAL : DETERMINER L'INTERET DE CETTE CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET PREVENTION DU POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES APRES SA MISE EN PLACE. CES RESULTATS SERONT COMPARES A CEUX OBTENUS AVANT LA MISE EN PLACE DE CETTE COTATION CHEZ CES MEMES MEDECINS.
Motif de la modification : Requalification du dossier de DR en DN

Fait à Paris, le 10-01-2018
Par délégation de la commission


Isabelle FALQUET PIERROTIN
Présidente

AUTEUR : HAKOPIAN Mariam

Date de Soutenance : 20 septembre 2018

Titre de la Thèse : Opinion des médecins généralistes des Hauts-de-France sur la mise en place de la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention »

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : consultation de contraception et de prévention, infections sexuellement transmissibles, contraception, adolescence, prévention primaire

Contexte : En mars 2018, la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) visait à favoriser le développement des politiques publiques en faveur de la santé sexuelle. L'instauration de la Consultation de Contraception et de Prévention (CCP), facturée 46 euros et prise en charge en intégralité par l'Assurance Maladie, valorisait l'implication des médecins généralistes dans la SNSS auprès des jeunes filles de 15 à 18 ans. Ce travail s'intéressait à l'opinion des médecins généralistes sur l'instauration de la cotation CCP.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France après l'instauration de la cotation CCP. Ces médecins avaient au préalable participé à un premier travail mené avant l'instauration de cette cotation. Une triangulation des données a été réalisée, ainsi qu'une analyse thématique par le logiciel QSR NVivo 11®.

Résultats : Si l'opinion des seize médecins généralistes interrogés était positive, il n'a été trouvé que peu de différences dans leurs pratiques après l'instauration de la cotation CCP. Elle permettait davantage de prévention dans le cadre d'une consultation dédiée anonyme et gratuite qui était mieux rémunérée. Il existait de nombreux freins à sa réalisation : un manque d'information sur son existence et ses modalités, et des difficultés à la cotation, à la réalisation du tiers payant intégral et à son anonymisation. Le sujet de la sexualité était un frein en lui-même par la gêne qu'il pouvait occasionner chez les jeunes filles et chez les médecins, accentuée par la présence de la mère. Les perspectives d'amélioration de la CCP étaient : l'information sur son existence et ses modalités, l'organisation d'une consultation dédiée avec connaissance du motif de consultation et sans accompagnant, une meilleure formation à l'abord de la sexualité, une facilité de l'anonymisation et du tiers payant intégral, un élargissement de la cotation aux garçons et de la tranche d'âge.

Conclusion : L'opinion des médecins généralistes était plutôt positive sur l'instauration de la cotation CCP. Cependant, elle n'avait pas entraîné de réelle modification des pratiques. Les freins à sa réalisation étaient nombreux. Les médecins ont proposé des pistes d'amélioration pour y remédier.

Composition du Jury :

Président : Pr Damien Subtil

Assesseurs : Pr Patrick Lerouge, Dr Matthieu Calafiore, Dr Sabine Bayen

Directeur de thèse : Dr Thibault Puzskarek

