



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Consultation dédiée à la première prescription de contraception des mineures
de 15 à 18 ans :**
**Analyse des modifications de pratique des médecins généralistes depuis la
revalorisation de la cotation de cette consultation.**

Présentée et soutenue publiquement le 20/06/2019 à 18 heures
au Pôle Formation
Par Hélène DECAUDAIN

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Camille ROBIN

Avertissement

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

LISTE DES ABBREVIATIONS

AUEC : Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCP : Consultation de Contraception et Prévention

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPEF : Centre de Planification ou d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV: Human PapillomaVirus

IC 95%: Intervalle de Confiance à 95%

IMC : Indice de Masse Corporelle

IP : Indice de Pearl

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LNG : Lévonorgestrel

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

TA : Tension Artérielle

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABBREVIATIONS	4
SOMMAIRE	5
RESUME	6
INTRODUCTION	7
1. Contraception	7
1.1 Généralités	7
a. Définition	7
b. Méthodes contraceptives	7
c. Efficacité des méthodes contraceptives.....	9
1.2 Spécificités chez les mineures.....	10
a. Adolescence et enjeux psychosociaux	10
b. Couverture contraceptive chez les mineures.....	10
2. Interruption Volontaire de Grossesse	11
2.1 Définition	11
2.2 Epidémiologie chez les mineures.....	11
3. Infections Sexuellement transmissibles : prévention et dépistage	12
4. Consultation de contraception	13
4.1 Législation et mesures spécifiques mises en place chez les mineures d'au moins 15 ans... 13	
4.2 Consultation dédiée : particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente	14
4.3 Consultation de contraception et prévention : une nouvelle cotation au 1 ^{er} novembre 2017	15
5. Rationnel de l'étude	15
MATERIELS ET METHODES.....	16
RESULTATS	17
DISCUSSION	26
1. Les données de la littérature	26
2. Forces et limites de l'étude	28
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	35
Annexe 1. Les méthodes contraceptives.....	35
Annexe 2. Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon l'âge.	42
Annexe 3. Questionnaire adressé aux médecins: « Impact de la nouvelle cotation pour la consultation de contraception et prévention au 1^{er} novembre 2017 »......	43

RESUME

Contexte : Les interruptions volontaires de grossesse sont fréquentes depuis une vingtaine d'années, notamment chez les jeunes filles mineures. La couverture contraceptive de ces jeunes filles reste insuffisante. Malgré la multiplicité des méthodes contraceptives et la mise en place de mesures spécifiques pour faciliter l'accès à la contraception, le taux d'IVG reste globalement stable. Une consultation de contraception et prévention, dédiée à la première prescription de contraception, a été prévue pour les mineures. Ce travail a pour but d'évaluer l'impact de la revalorisation de la cotation de cette consultation depuis le 1^{er} novembre 2017 sur la pratique des médecins généralistes.

Méthode : Une étude épidémiologique observationnelle a été réalisée de janvier à mars 2019 chez les médecins généralistes installés en libéral dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais à l'aide d'un questionnaire mis en ligne.

Résultats : Parmi les 455 médecins inclus, certains ont modifié leur pratique depuis la revalorisation : 20 médecins consacrent désormais un temps dédié à cette consultation ($p < 0,0001$) ; 27 médecins accordent plus de 20 minutes à leurs patientes ($p < 0,0001$) ; 9 médecins réalisent au moins une partie de la consultation sans présence parentale ($p < 0,004$) ; 22 médecins ont anonymisé certaines de leurs consultations ($p < 0,0001$) et 90 ont réalisé le tiers-payant intégral ($p < 0,0001$). Concernant les points abordés, 17 médecins recherchent désormais les connaissances, besoins, attentes et craintes des mineures concernant la sexualité ($p < 0,0001$) ; 9 informent leurs patientes sur les méthodes contraceptives ($p < 0,021$) et 14 délivrent une information sur la contraception d'urgence ($p < 0,001$). Soixante-dix-sept pourcent des médecins inclus pensent néanmoins que la revalorisation ne modifie pas leur pratique.

Conclusion : Malgré l'opinion des médecins, cette étude nous a permis de mettre en évidence une différence significative dans leur pratique depuis la mise en place de cette nouvelle cotation. Cependant, une revalorisation globale de l'activité de la médecine générale leur semblerait plus adaptée à la pratique quotidienne. Il serait intéressant de connaître les chiffres des taux d'IVG chez ces jeunes filles à distance pour évaluer le réel impact de cette revalorisation.

INTRODUCTION

1. Contraception

1.1 Généralités

a. Définition

Selon l'encyclopédie Larousse, la contraception est une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (1). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter (2).

b. Méthodes contraceptives

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise les différentes méthodes contraceptives disponibles (présentées dans l'**annexe 1**) (3,4). Parmi les plus efficaces, on retrouve les méthodes hormonales par estroprogestatifs (la pilule, l'anneau vaginal, et le patch transdermique), celles par progestatifs seuls (la pilule, l'implant sous cutané, le dispositif intra-utérin (DIU) au lévonorgestrel et l'injection intramusculaire), les DIU (dont le DIU au lévonorgestrel et celui au cuivre) et les méthodes de stérilisation (3,4). Parmi celles dont l'efficacité contraceptive est moindre, il y a les méthodes barrières (les préservatifs masculins et féminins, le diaphragme et la cape cervicale, les spermicides) et les méthodes naturelles (dont le retrait ou les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation) (3,4). Le préservatif reste la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST) (3–7).

Le choix d'une de ces méthodes nécessite la délivrance d'une information complète aux adolescentes en s'assurant de leur bonne compréhension (4,5). Chacune d'entre-elles a ses avantages et inconvénients, ses indications et contre-indications, ses effets indésirables et une efficacité variable selon l'observance (3,4). La meilleure méthode reste celle la plus adaptée aux profils médical, social et comportemental des patientes (3,4). Il est important de donner le choix à la

patiente de sa contraception en l'informant objectivement des différentes méthodes contraceptives disponibles (5).

Chez les adolescentes, parmi les contraceptifs estroprogestatifs, la pilule est à utiliser en 1^{ère} intention en l'absence de contre-indication (4,5,8,9). En particulier, les pilules de 2^{ème} génération dont le progestatif est le lévonorgestrel sont à privilégier, étant moins à risque d'accidents thromboemboliques (5,8,9). L'éthinylestradiol norgestimate (TRIAFEMI©, une pilule de 3^{ème} génération), ayant un niveau de risque thromboembolique équivalent à celui d'une pilule de 2^{ème} génération, peut également être utilisé (10,11). L'utilisation de l'anneau vaginal ou du patch transdermique n'est pas souhaitable en 1^{ère} intention du fait de leur composition par progestatif de 3^{ème} génération (5,11). Selon les cas, ils peuvent être utilisés en cas d'intolérance à ces pilules et d'impossibilité d'une autre méthode (4,5,9). Les méthodes progestatives sont intéressantes pour favoriser l'observance (9). Il faut néanmoins prévenir la patiente que le risque de troubles menstruels est plus élevé (9). Plusieurs voies d'administration sont disponibles (4,9). La pilule microprogestative est réservée aux adolescentes capables d'une bonne observance (9). L'implant est intéressant dans le cas contraire et les injections intramusculaires de progestatifs sont à utiliser en dernier recours (9,11). Les DIU sont utilisables chez l'adolescente même si elle est nulligeste (4,9). Il existe des dispositifs de plus petite taille, intéressants dans cette population (9). Les DIU au lévonorgestrel peuvent être indiqués si les règles sont abondantes mais ils sont à considérer avec précaution en raison des difficultés de la pose (9,12,13). Les méthodes de stérilisation ne sont pas autorisées chez les mineures (selon la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, codifiée à l'article L. 2123-1 du CSP) (4). Les méthodes barrières ainsi que les méthodes naturelles restent peu adaptées aux adolescentes en raison de l'irrégularité de leur cycle, de leur indice de fertilité élevé et du risque d'échec élevé de ces méthodes (4,9). L'utilisation des préservatifs en association avec une autre méthode contraceptive serait le meilleur conseil à leur donner (4-7).

c. Efficacité des méthodes contraceptives

L'efficacité d'une méthode contraceptive est évaluée par l'indice de Pearl (IP) (14). Celui-ci est défini par le nombre de grossesses survenues pour 100 femmes utilisant la contraception durant une année (ou $= (\text{nombre de grossesses non planifiées} / \text{nombre de mois d'utilisation d'une méthode contraceptive}) \times 1\,200$) (14). Sur le plan théorique, les méthodes hormonales et les dispositifs intra-utérins sont très efficaces (3,14). L'ensemble de ces contraceptifs ont un IP inférieur à 1 (14). De nombreux essais cliniques ont permis de définir un IP théorique pour chaque méthode (3,14). Celui-ci reflète l'efficacité d'une méthode dans son utilisation optimale (14).

Trussel a cherché à évaluer ce risque d'échec pour chaque type de contraception, indépendamment de l'âge pour la première année d'utilisation pour chaque méthode contraceptive, en le comparant au risque théorique (14,15). On utilise largement ce modèle comme référence même si les calculs ont été réalisés à partir de données anciennes et provenant d'études de méthodologies différentes (14). Un modèle d'analyse équivalent a été proposé par d'autres en excluant les données rétrospectives et antérieures à 1990 (14,16). Aucune différence d'efficacité selon l'âge n'a été mise en évidence par ces analyses (14). L'efficacité théorique reste très supérieure à l'efficacité des contraceptifs en « vie réelle » (3,14). On pourrait expliquer cette différence par la mauvaise utilisation de la méthode contraceptive (oubli de pilule principalement) (14,17).

D'après les données de l'OMS 2011 (**annexe 1**), les DIU à la progestérone et les implants sont d'une efficacité légèrement supérieure aux DIU non hormonaux ; et ces méthodes sont toutes d'efficacité supérieure à celle des contraceptifs hormonaux oraux et non oraux (3).

1.2 Spécificités chez les mineures

a. Adolescence et enjeux psychosociaux

L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans (18). C'est une période de transition critique dans la vie permettant la préparation à l'âge adulte (18). Sa durée et ses caractéristiques sont variables (18). Si l'adolescence est un moment de croissance et de potentiel exceptionnel, c'est également un moment où les risques sont importants et au cours duquel le contexte social peut exercer une influence déterminante (18). Les adolescents ne sont pas entièrement capables de comprendre des concepts complexes ou les relations entre un comportement et ses conséquences d'où leur vulnérabilité (18). De nombreux adolescents doivent faire face à des pressions sociales et peuvent être incités à avoir des conduites à risque (18). La consommation excessive d'alcool, la consommation de drogues, les conduites suicidaires, la maltraitance, le handicap en font partie et la contraception peut jouer un rôle protecteur (14). L'apprentissage de la sexualité se fait pendant l'adolescence (14). Un accompagnement est utile pour favoriser l'autonomie et permettre d'accéder à une contraception adaptée (14). Plusieurs facteurs comme la précarité, le niveau socio-économique, les croyances religieuses, la culture peuvent influencer les jeunes dans leur pratique (14,18).

b. Couverture contraceptive chez les mineures

L'**annexe 2** reprend les méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon l'âge (19). D'après le baromètre santé 2016, la pilule reste, avec une fréquence maximale à 60,4%, la méthode contraceptive la plus utilisée chez les jeunes filles de 15 à 19 ans concernées par la contraception (19). Elle est suivie du préservatif avec une fréquence d'utilisation à 45,6% (dont 16% en association avec la pilule) (19). L'implant commence à se diffuser (3,5%) (19). En revanche, le DIU n'est que très peu utilisé dans cette population (19). Deux virgule trois pourcent de ces jeunes filles déclarent encore ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse (19).

2. Interruption Volontaire de Grossesse

2.1 Définition

Selon l'encyclopédie Larousse, l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un choix de la femme. Cependant, elle est soumise à une législation qui diffère selon les pays, mais s'inscrit dans un cadre précis (20).

En France, elle peut être pratiquée jusque la fin de la douzième semaine de grossesse (ou quatorzième semaine d'aménorrhée) (21). La loi permet à toute femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander à un médecin l'interruption de celle-ci (article L.2212-1 du Code de la santé publique) (21). Seule la femme concernée peut en faire la demande (21). La femme mineure doit demander cette intervention elle-même (21). Le consentement d'un des deux parents (ou du représentant légal voire d'une personne majeure de son choix) est obligatoire (21).

2.2 Epidémiologie chez les mineures

Dans les Hauts de France, 17 424 IVG ont été réalisées en 2017 dont 7,7 pour 1000 chez les mineures âgées de 15 à 17 ans (22). En métropole, le taux de recours à l'IVG chez ces jeunes filles est de 6,1 pour 1000 contre 6,7 pour 1000 en 2016 (22,23). Ce taux est estimé à 12 pour 1000 si on prend en compte les IVG pratiquées en ville sur des femmes dont l'âge reste inconnu (concernent exclusivement des mineures) (22). Il est en diminution dans cette population depuis 2010 (22). Cependant, au vu de l'offre actuelle importante des contraceptifs, cette baisse n'est pas suffisante (14). Cela présente un coût pour la société sans oublier l'impact psychologique et les risques qu'elle implique (24–29).

3. Infections Sexuellement transmissibles : prévention et dépistage

Le préservatif est la seule méthode contraceptive efficace pour éviter la transmission des IST (3,30). Parmi les germes sexuellement transmissibles, les papillomavirus humains (HPV) peuvent être responsables de cancers du col de l'utérus, du vagin, de la vulve et de l'anus (31). Le cancer du col de l'utérus est dû dans 90% des cas à une infection persistante causée par un ou plusieurs papillomavirus humains (31). Dans ce contexte, la vaccination anti-HPV est recommandée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans (avec rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus), chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans et chez les personnes immunodéprimées jusqu'à 19 ans (31). La vaccination ne remplace pas la réalisation du frottis cervico-utérin à partir de l'âge de 25 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (31). Il faut savoir également que les 15-24 ans sont les plus concernés par les IST à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* (32). Cela rappelle l'importance de l'utilisation de préservatifs chez les mineurs (33).

4. Consultation de contraception

4.1 Législation et mesures spécifiques mises en place chez les mineures d'au moins 15 ans

La prescription d'une contraception peut être réalisée par les médecins et les sages-femmes en libéral, en hospitalier ou dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) (34).

Depuis 2012, les pharmaciens et infirmiers sont autorisés à renouveler les contraceptifs hormonaux oraux pour 6 mois maximum si l'ordonnance médicale date de moins d'un an (décret du 10 janvier 2012, loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012) (14,35,36).

Plusieurs lois ont permis de préciser les modalités de la consultation de contraception et son remboursement (14). En 2013, le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale permet la délivrance gratuite de contraceptifs aux mineures de plus de 15 ans, sur prescription en pharmacie (décret n° 2013-248 du 25 mars 2013, loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013) (14,37,38). La loi santé 2016 précise la prise en charge à 100% des frais liés à la contraception (loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, décret n°2016-865 du 29 juin 2016) (39,40). Cela concerne la consultation annuelle et les explorations biologiques réalisées dans ce cadre, la consultation de suivi dans la première année suivant la prescription, les actes liés à la prise en charge d'un dispositif contraceptif, certains examens biologiques de suivi, ainsi que certains contraceptifs (14,39,41). Le tiers payant peut être appliqué dans ces situations (14). La confidentialité de la prise en charge peut être assurée selon le souhait de la patiente sur l'ensemble du parcours contraceptif (14).

Concernant la contraception d'urgence, elle peut être délivrée sans prescription depuis 2000 pour le lévonorgestrel et 2016 pour l'acétate d'ulipristal (14,42). Depuis 2002, elle peut être délivrée gratuitement en pharmacie pour les mineures d'au moins 15 ans (14,43). Enfin, le décret du 26 mai 2016 supprime la condition de « détresse caractérisée » pour l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires (14,44). Ainsi les pharmacies et les infirmeries des établissements d'enseignement du second degré peuvent délivrer de manière anonyme et gratuite les contraceptifs d'urgence non soumis à une prescription médicale obligatoire aux jeunes filles mineures (article L. 5134-1 du Code de la santé publique) (34,45).

4.2 Consultation dédiée : particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente

Selon les recommandations de l'HAS, cette consultation doit se dérouler dans les meilleures conditions possibles (4,5,46,47). Il est préférable que les parents soient absents pendant au moins une partie de la consultation (4,47,48). Il paraît utile de préciser en début de consultation que la prise en charge est confidentielle et gratuite (4,48). C'est une démarche qui doit être adaptée à l'âge et aux besoins en évitant d'être trop intrusif (4). Pour pouvoir proposer la contraception la plus adaptée, il est important de rechercher les habitudes de vie, les besoins, les souhaits et les inquiétudes de la patiente mais également ses connaissances sur la physiologie et les méthodes contraceptives, son activité sexuelle, ses anciennes contraceptions (4,5). Il ne faut pas oublier de prendre en compte les antécédents personnels (dont les antécédents de grossesse) et familiaux ainsi que les éventuels comportements à risque (4,5). Les différentes méthodes contraceptives pourront ensuite être exposées à la patiente en détaillant pour chaque méthode : les indications et contre-indications, les avantages et les risques, l'efficacité, les effets indésirables possibles, le mode d'emploi, la procédure pour l'instauration et l'arrêt, le coût et le remboursement possible (4,48). Un des rôles du prescripteur est de trouver avec la jeune fille des moyens de bonne observance (4). Il faut la rassurer sur les éventuelles craintes (4). La contraception d'urgence doit être évoquée (4). Il faut profiter de ce temps passé avec la jeune fille pour aborder les risques d'IST et leur moyen de prévention (4,7). Un examen clinique simple avec pesée, mesure de la taille, calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et mesure de la tension artérielle (TA) est réalisé dans un premier temps (4,5). On recherche d'éventuels troubles des règles pouvant retentir sur leur qualité de vie, des signes d'hyperandrogénie (4,5). Il n'est pas nécessaire de réaliser un examen gynécologique lors de cette première consultation en dehors de toute symptomatologie ou antécédent (4,5,49). Le suivi sera à organiser pour une réévaluation régulière de la méthode contraceptive choisie (tolérance, observance) (4).

4.3 Consultation de contraception et prévention : une nouvelle cotation au 1^{er} novembre 2017

Pour répondre à la complexité de prise en charge des jeunes filles mineures, la cotation de cette consultation dédiée a été revalorisée récemment (décision du 21 juin 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)) (50,51). Depuis le 1^{er} novembre 2017, les médecins généralistes peuvent appliquer une cotation à 46 euros (CCP : consultation de contraception et prévention) (50). Elle concerne la consultation dédiée à la contraception des jeunes filles de 15 à 18 ans (50). Cette cotation peut être appliquée une seule fois par patiente et une prise en charge à 100% avec tiers payant obligatoire est nécessaire (50). Une anonymisation est également possible (13).

5. Rationnel de l'étude

L'objectif de cette revalorisation serait d'accorder aux médecins un temps spécifique à ce motif de consultation. Cela permettrait d'accompagner au mieux les patientes dans leurs choix et d'atteindre une meilleure couverture contraceptive des jeunes filles mineures de 15 à 18 ans, ce qui pourrait permettre une baisse du recours aux IVG.

Ce travail a pour but d'évaluer l'impact de la revalorisation de cette consultation dédiée à la contraception sur la pratique des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, notamment dans le temps consacré à cette consultation, dans un cadre de prévention des IVG des mineures d'au moins 15 ans.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, quantitative, prospective et transversale. Elle a été réalisée de janvier à mars 2019 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

L'étude a concerné des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Nous avons inclu des médecins généralistes en activité, installés en libéral, et ayant un accès internet (avec accès à la messagerie sécurisée Apicrypt©). Les médecins n'exerçant plus ainsi que ceux ayant changé d'activité, ou les médecins d'une autre spécialité ont été exclus.

Nous avons réalisé un questionnaire comprenant 24 items répartis en 3 parties (**annexe 3**). La première partie permettait de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des médecins. La deuxième partie s'intéressait à l'opinion des médecins généralistes sur la revalorisation de la première consultation de contraception des mineures de 15 à 18 ans. Enfin la troisième partie évaluait leur pratique avant et après la revalorisation.

Ce questionnaire a été enregistré et mis en ligne via le logiciel Limesurvey-CEMG. Un mail explicatif avec le lien pour le questionnaire a été envoyé aux médecins via leur boîte mail Apicrypt©. L'enquête s'est déroulée du 9 janvier au 9 mars 2019.

Après déclaration de l'étude auprès du référent de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) de la faculté de médecine de Lille, nous avons reçu une exonération de déclaration. Le Comité de Protection des Personnes (CPP) nous a confirmé que ce travail n'entrait pas dans le domaine de la recherche impliquant la personne humaine (RIPH, Loi Jardé) au vu du décret 2017-884 du 09/05/2017. L'avis CPP préalable n'était donc pas requis. Les réponses ont été anonymisées.

Nous avons extrait les données via le logiciel Limesurvey-CEMG. A l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics, nous avons comparé les variables qualitatives binaires entre elles par l'intermédiaire d'un test de Mac Nemar.

RESULTATS

Sur 2528 envois, nous avons recueilli 622 réponses au total dont 455 réponses complètes. Les 167 réponses incomplètes ont été exclues (**figure 1**).

Les caractéristiques principales de la population sont reprises dans la **figure 2** et le **tableau 1**. Notre population était majoritairement masculine (61,32%). Les médecins étaient installés en moyenne depuis l'année 2000 (IC 95% [1998 ; 2001]). Ils exerçaient principalement en milieu semi-rural et urbain (89,23%). Ils avaient une activité libérale exclusive (85,93%) et un exercice de groupe (65,5%) pour la plupart. Quatre-vingt-deux pourcent des médecins (81,76%) pratiquaient exclusivement la médecine générale et la majorité n'avait pas de formation en gynécologie-obstétrique (87,25%) (**tableau 1**).

Le **tableau 2** compare la pratique courante des médecins interrogés par rapport à la demande de leurs patientes. Il montre globalement une adéquation entre l'offre de soins gynécologiques proposés et la demande des patientes.

Parmi les 372 médecins (81,76%) qui avaient connaissance du changement de cotation, 184 (49,46%) l'avaient déjà appliqué au moins une fois.

Le **tableau 3** représente l'opinion des médecins interrogés à propos de la revalorisation. De manière individuelle, 77,36% des médecins étaient plutôt voire tout à fait en désaccord avec le fait qu'ils ne modifiaient pas leur pratique. Et de manière générale, 71,87% étaient plutôt voire tout à fait en désaccord avec le fait que les médecins ne modifiaient pas leur pratique.

Pour 197 médecins (43,30%), cette revalorisation était synonyme de « mise en valeur de la diversité de notre activité quotidienne ». Pour 111 médecins (24,40%), elle était synonyme de « problème de santé publique ». Trois-cent-seize médecins (69,45%) la voyaient comme « une rémunération adaptée à la prise en charge complexe de ces patientes ».

Les **tableaux 4** et **5** comparent la pratique des médecins avant et après revalorisation. Certains médecins généralistes ont modifié leur pratique depuis la revalorisation : 20 médecins consacrent désormais un temps dédié à cette consultation ($p < 0,0001$) ; 27 médecins accordent plus

de 20 minutes à leurs patientes ($p < 0,0001$) ; 9 médecins réalisent au moins une partie de la consultation sans présence parentale ($p < 0,004$) ; 22 médecins ont anonymisé certaines de leurs consultations ($p < 0,0001$) et 90 ont réalisé le tiers-payant intégral ($p < 0,0001$). Concernant les points abordés, 17 médecins recherchent désormais les connaissances, besoins, attentes et craintes des mineures concernant la sexualité ($p < 0,0001$) ; 9 informent leurs patientes sur les méthodes contraceptives ($p < 0,021$) ; et 14 délivrent une information sur la contraception d'urgence ($p < 0,001$). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative pour les autres points abordés.

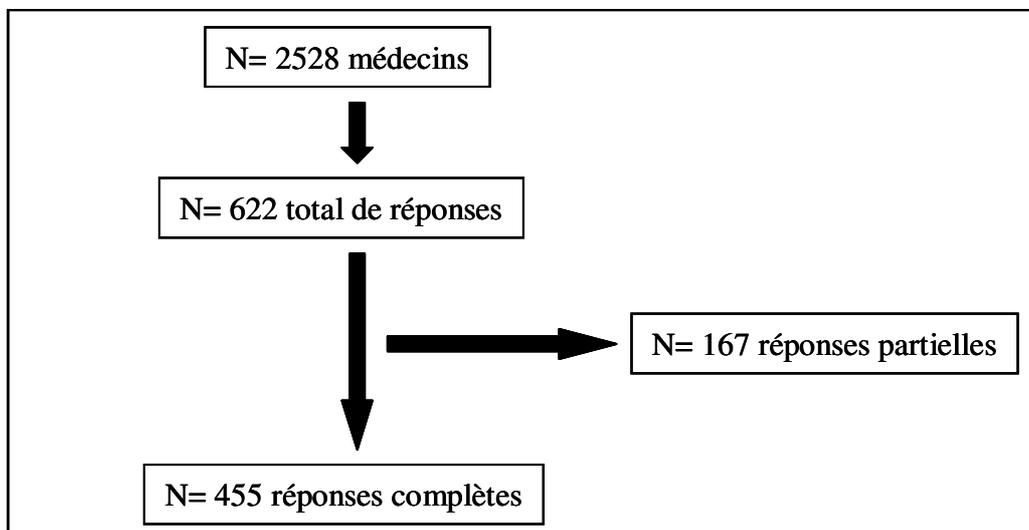


Figure 1: Diagramme de Flux: 455 inclus

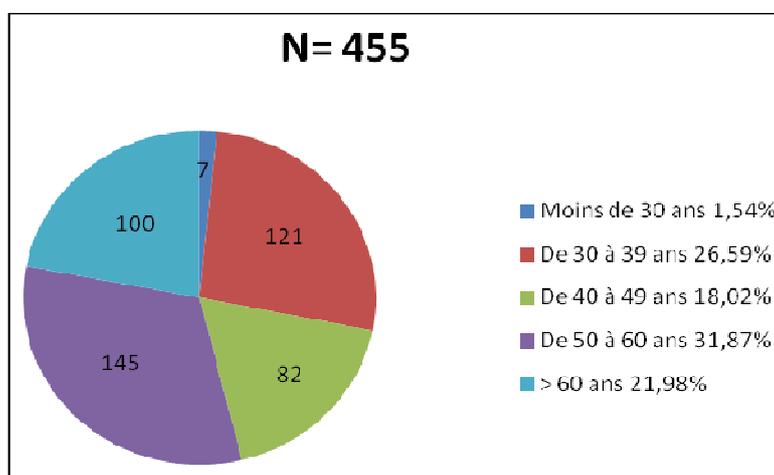


Figure 2 : Caractéristiques de la population : l'âge

	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
<u>Sexe (N=455)</u>		
Féminin	176	38,68 %
Masculin	279	61,32 %
<u>Lieu d'exercice (N=455)</u>		
Rural	49	10,77 %
Semi-rural	175	38,46 %
Urbain	231	50,77 %
<u>Mode d'exercice (N=455)</u>		
En cabinet individuel	157	34,51 %
En MSP	57	12,53 %
En cabinet de groupe	241	52,97 %
<u>Avec un exercice : (N=455)</u>		
Libéral exclusif	391	85,93 %
Libéral + hospitalier	19	4,18 %
Libéral + autre	45	9,89 %
<u>Type d'exercice (N=455)</u>		
Médecine générale exclusive	372	81,76 %
Gynécologie exclusive	1	0,22 %
Médecine générale + autre activité spécifique	82	18,02 %
<u>Formation complémentaire en gynécologie-obstétrique (N=455)</u>		
Oui	58	12,75 %
Non	397	87,25 %
<u>Si formation: (N=58)</u>		
AUEC Interruption Volontaire de Grossesse et planification familiale	14	24,14 %
DIU formation complémentaire en gynécologie et obstétrique	40	68,97 %
DIU gynécologie de l'enfance et de l'adolescence	0	0 %
Autre	21	36,21 %

Tableau 1 : Caractéristiques de la population : variables qualitatives

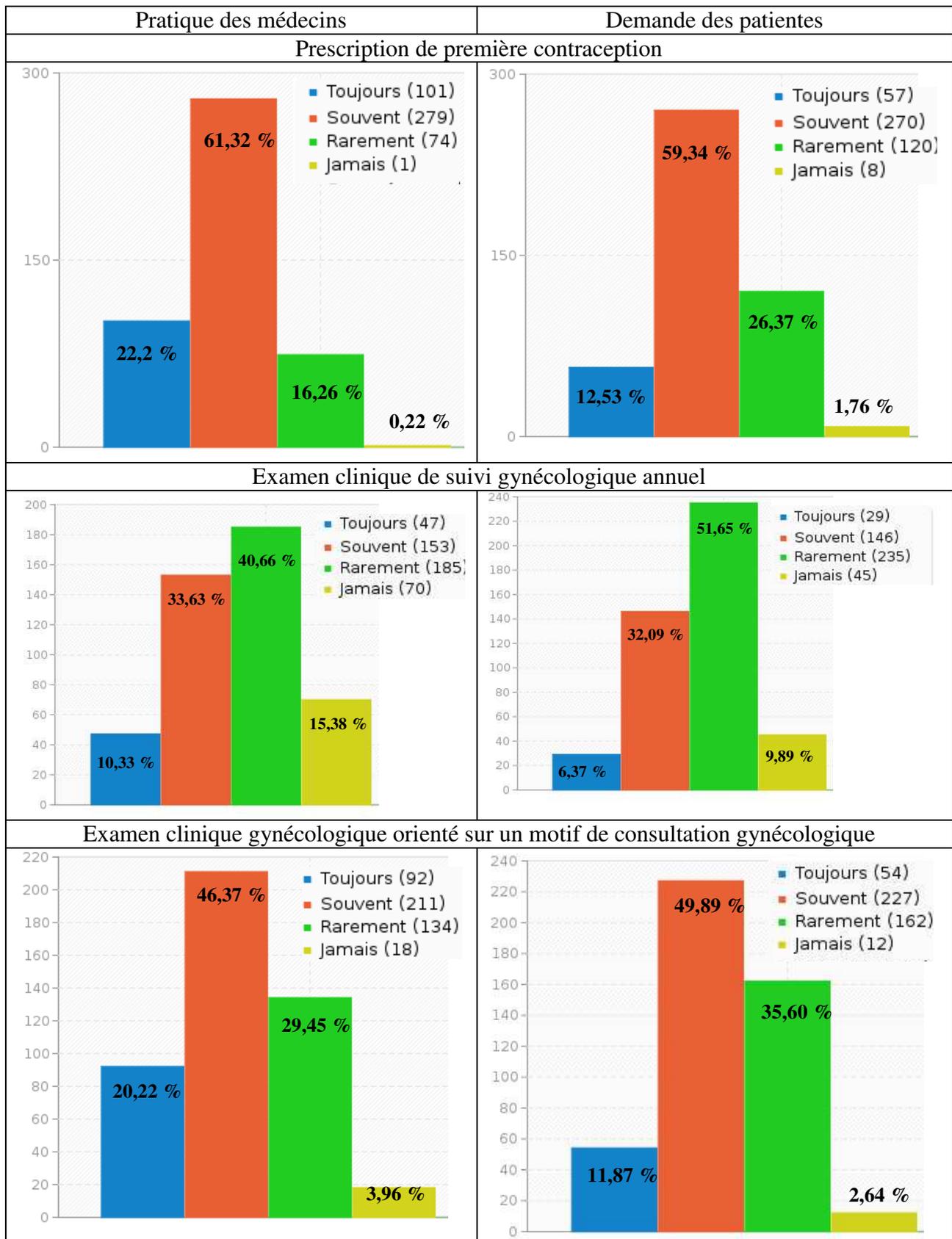


Tableau 2: Caractéristiques de la population: pratique des médecins/demande des patientes

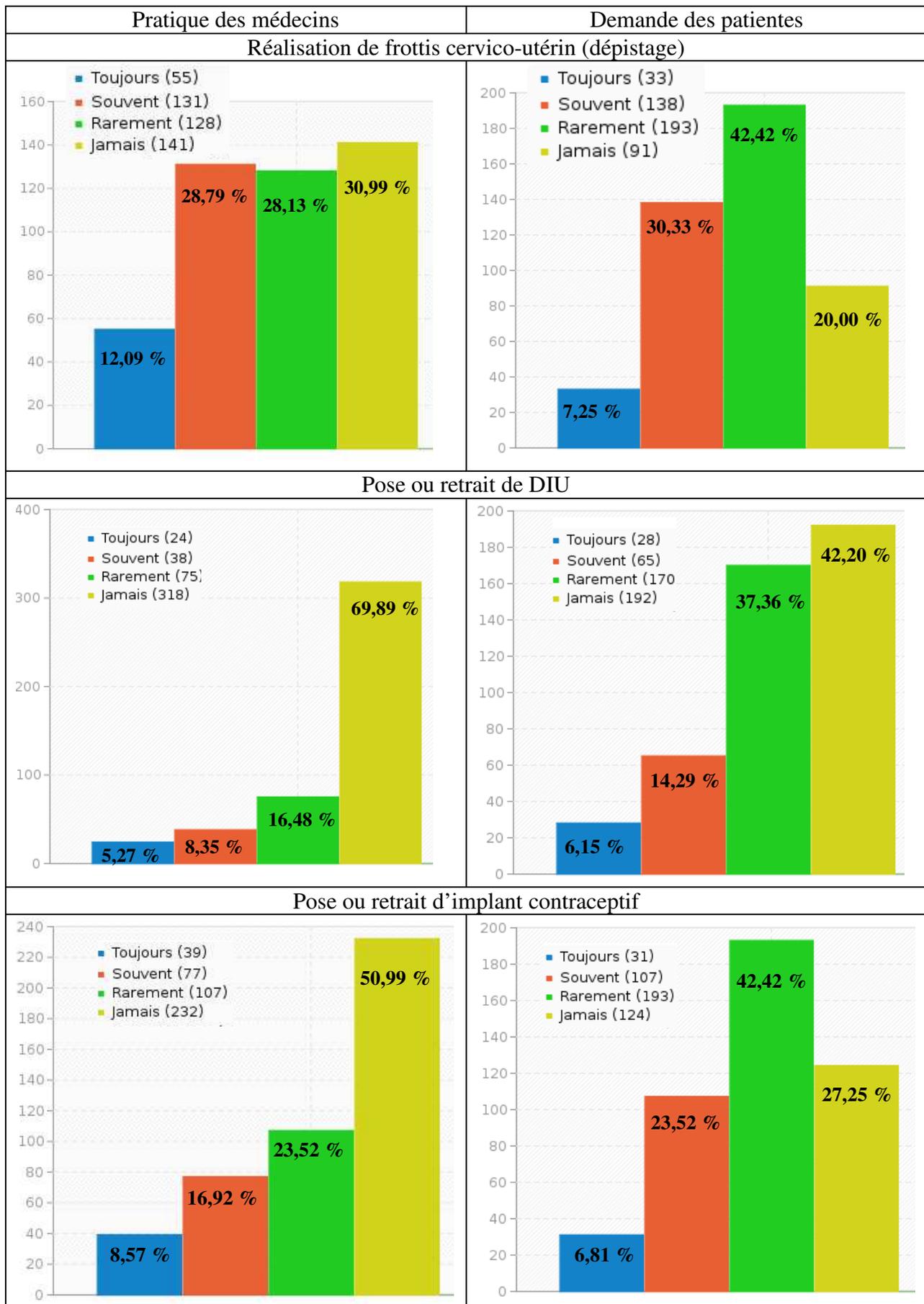


Tableau 2 (suite): Caractéristiques de la population: pratique des médecins/demande des patientes

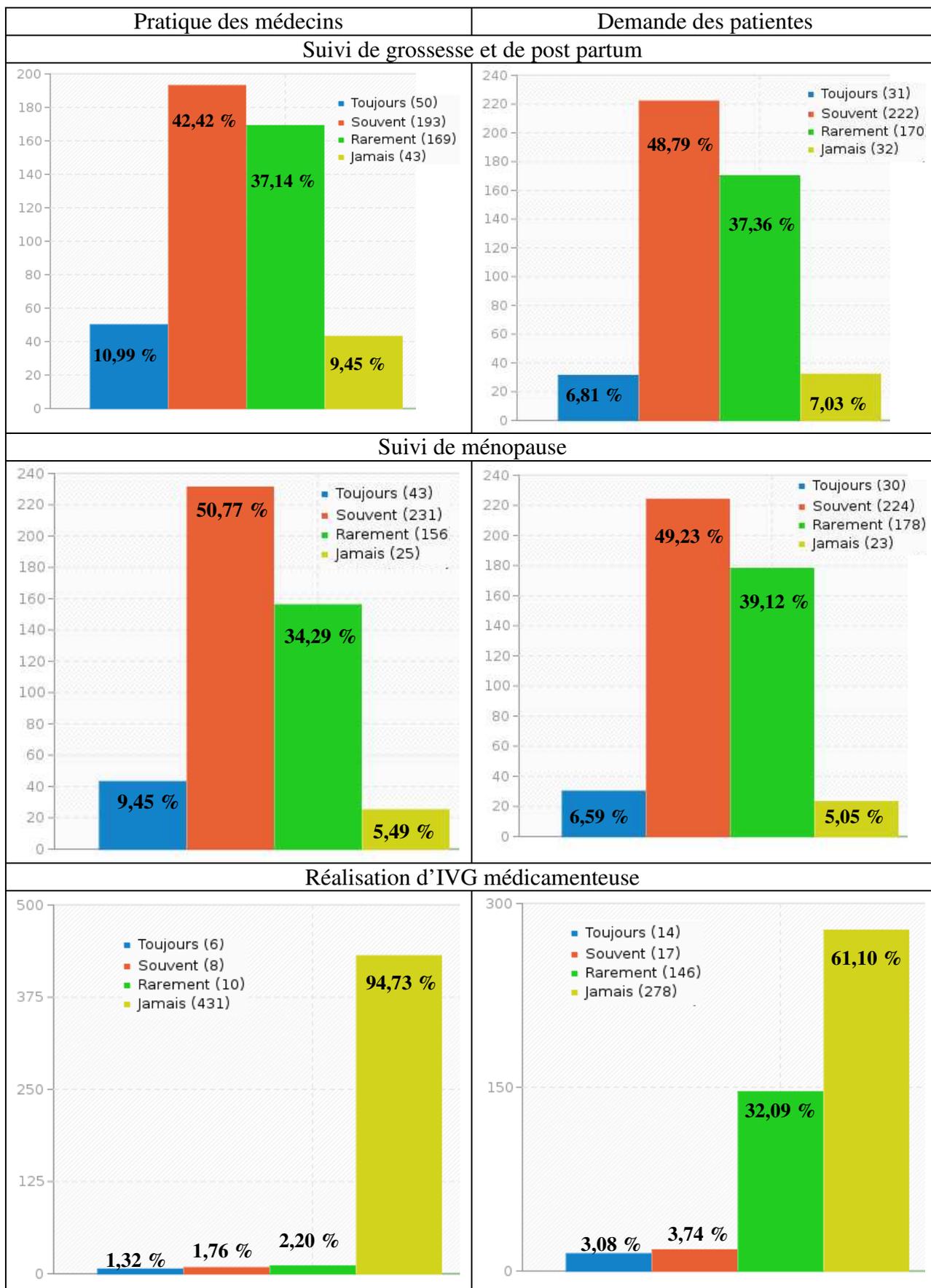


Tableau 2 (suite): Caractéristiques de la population: pratique des médecins/demande des patientes

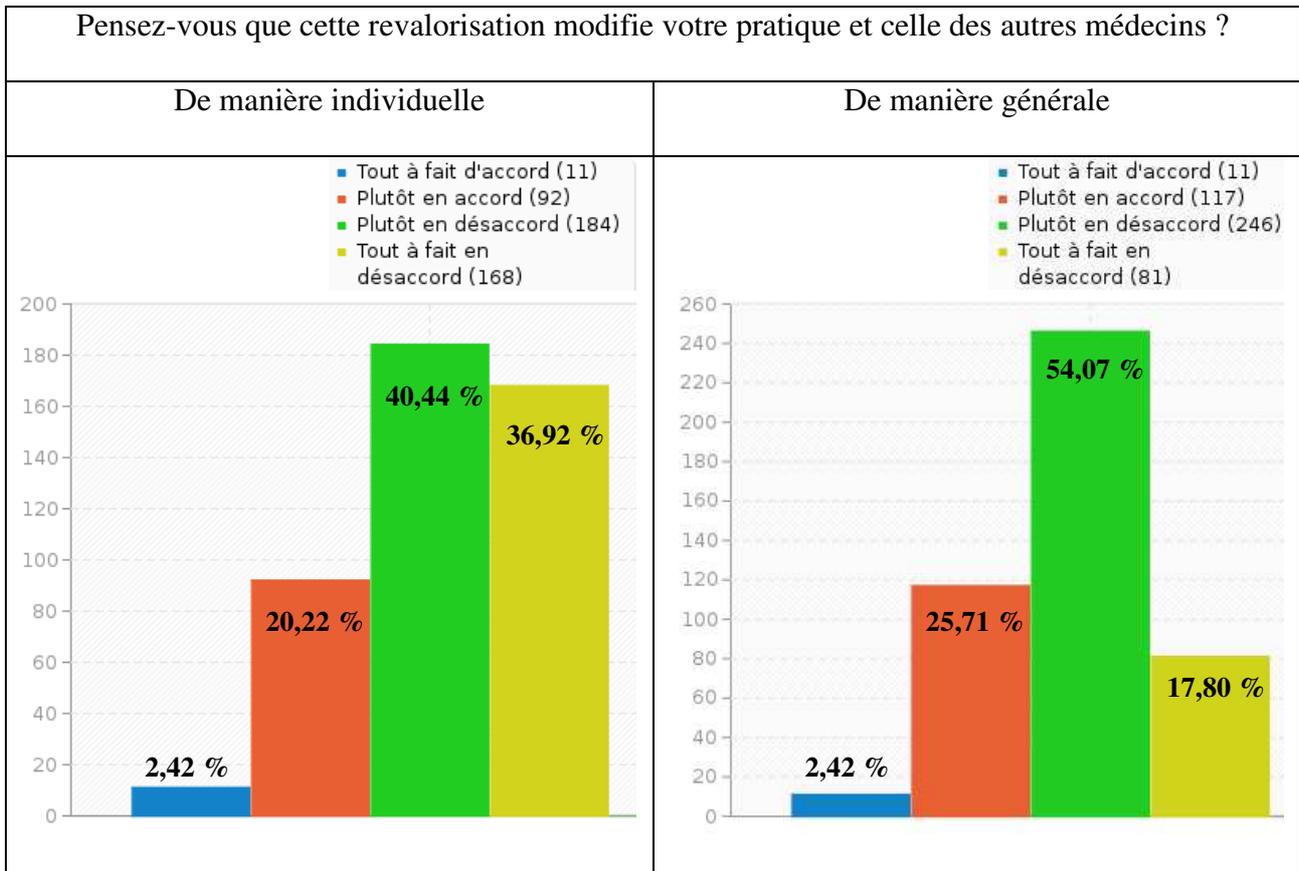


Tableau 3 : Opinion des médecins concernant la revalorisation

Dédiez-vous un temps de consultation spécifique à la prescription d'une première contraception chez les mineures d'au moins 15 ans ?				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	349	0	0,0001
	Rarement/Jamais	20	86	
Quel temps dédiez-vous à cette consultation ?				
		APRES		p
		0-20 min	> 20 min	
AVANT	0-20 min	264	27	0,0001
	> 20 min	1	163	
Y-a-t-il au moins une partie de la consultation qui se déroule sans présence parentale ?				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	242	0	0,004
	Rarement/Jamais	9	204	
Proposez-vous une consultation de suivi entre 3 et 9 mois après l'instauration d'une contraception pour réévaluation de l'observance ?				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	<i>416</i>	<i>1</i>	<i>1,000</i>
	Rarement/Jamais	<i>2</i>	<i>35</i>	
Proposez-vous l'anonymat de cette consultation à vos patientes ?				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	122	1	0,0001
	Rarement/Jamais	22	310	
Proposez-vous une prise en charge par tiers-payant intégral à vos patientes ?				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	168	1	0,0001
	Rarement/Jamais	90	196	

Tableau 4: Pratique des médecins : Organisation de la consultation avant et après la revalorisation

Concernant la sexualité et la contraception : recherche des connaissances, besoins, attentes, et craintes des mineures				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	398	0	0,0001
	Rarement/Jamais	17	40	
Information sur les méthodes contraceptives				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	433	1	0,021
	Rarement/Jamais	9	12	
Information sur la contraception d'urgence (conduite à tenir en cas d'oubli)				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	410	1	0,001
	Rarement/Jamais	14	30	
Prévention des IST				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	428	3	0,146
	Rarement/Jamais	9	15	
Réalisation d'un examen clinique avec mesure de la TA, du poids et de la taille avec calcul de l'IMC, palpation mammaire				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	411	9	1,0001
	Rarement/Jamais	8	27	
Réalisation d'un examen gynécologique (examen au spéculum, toucher vaginal)				
		APRES		p
		Toujours/Souvent	Rarement/Jamais	
AVANT	Toujours/Souvent	34	3	0,057
	Rarement/Jamais	11	407	

Tableau 5: Pratique des médecins : Points abordés pendant cette consultation avant et après la revalorisation.

DISCUSSION

Notre étude retrouve donc une modification de la pratique des médecins généralistes depuis la mise en place de la nouvelle cotation de la consultation de contraception et prévention, même si la plupart des praticiens ne sont pas conscients de cette modification de pratique.

1. Les données de la littérature

Opinion des médecins généralistes sur cette consultation dédiée

Dans notre étude, la plupart des médecins considèrent que cette revalorisation est adaptée à la prise en charge complexe de ces patientes (69,45%) et certains trouvent qu'elle met en valeur la diversité d'activité de la médecine générale (43,3%). Mais la majorité des médecins interrogés (77,36%) pensent que cette nouvelle cotation ne modifie globalement pas leur pratique.

Une thèse qualitative recueillant l'opinion de médecins généralistes exerçant dans les Hauts de France sur la mise en place de cette nouvelle cotation avait été réalisée en 2018 (52). Les médecins interrogés à l'époque avaient un ressenti comparable à celui exprimé par les médecins interrogés dans notre étude. En effet, ils avaient une opinion positive mais n'avaient selon eux globalement pas changé leur pratique. Ils reconnaissaient l'importance d'accorder un temps dédié à cette consultation et la valorisation tarifaire était un avantage pour certains. Mais beaucoup pensaient que tous les actes médicaux codés en CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) (parmi lesquels figure la cotation CCP) étaient une perte de temps et qu'une revalorisation globale de leur activité aurait été plus adaptée. Il s'agissait cependant d'une étude qualitative avec un faible effectif de médecins interrogés (16 médecins), et ceux-ci connaissaient l'objectif de l'étude avant le début des entretiens. De plus, il y avait un faible recul par rapport à la mise en place de la nouvelle cotation.

Notre étude nous permet de montrer que leurs opinions diffèrent des résultats retrouvés. En effet, une différence significative dans la pratique des médecins généralistes depuis la revalorisation a pu être mise en évidence notamment dans le temps dédié. Nous avons débuté cette étude presque un an et demi après la mise en place de cette nouvelle cotation. Cette question n'avait encore

jamais été étudiée auparavant. Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative avec un échantillon de médecins plus important pour pouvoir être plus représentatifs de la population.

Impact des incitations financières sur la pratique des médecins

La CCP fait partie des nombreuses consultations revalorisées au 1^{er} septembre 2017 (50). La causalité entre la mise en place de cette nouvelle cotation et la différence significative dans la pratique des médecins mise en évidence dans notre étude doit être discutée. Les résultats retrouvés dans la littérature restent ambivalents. En effet, l'utilisation d'incitations financières pour améliorer la fourniture de soins de santé est de plus en plus répandue. De nombreuses études montraient que celles-ci avaient un impact limité sur la valeur des soins et qu'elles ne conduisaient pas forcément à de meilleurs résultats pour les patients (53–56). De plus, ces incitations n'influenceraient pas le changement de pratique des médecins à long terme (57). En 2018, une revue de la littérature retrouvait une proportion de résultats positifs et statistiquement significatifs proche de la moitié (58). Des plans d'études plus forts restaient néanmoins associés à une proportion plus faible d'effets positifs (58).

Freins à la cotation

Notre étude retrouve une proportion non négligeable de médecins n'appliquant pas cette nouvelle cotation (50,54% des médecins informés).

D'après une thèse réalisée en 2017 dans les Pays de la Loire, les principaux freins à la cotation des actes en médecine générale étaient la complexité du codage, le manque de connaissances et de formation, l'oubli de coter mais aussi le manque d'optimisation des logiciels médicaux (59).

Certains freins à la cotation étaient également évoqués dans la thèse qualitative citée précédemment (52). Parmi eux, l'anonymisation et le tiers-payant intégral étaient difficilement réalisables dans la pratique courante selon les médecins interrogés. De plus les critères de cotation n'étaient pas adaptés selon eux. Enfin, l'abord de la sexualité au cours de la consultation ne mettait pas à l'aise certains médecins, d'autant plus pour les praticiens masculins.

Dans notre étude, 9,89% des médecins pensent que cette cotation est trop complexe et non adaptée à la pratique de tous les jours ou qu'elle est inutile et ne change rien.

2. Forces et limites de l'étude

Il existe plusieurs biais dans cette étude. Tout d'abord, l'exclusion des médecins dont le cabinet n'est pas informatisé crée un premier biais de sélection lié au recrutement. On pourrait supposer que ceux-ci ont moins de facilités d'accès à certains outils utiles à la formation et seraient donc plus concernés. Un autre biais est également créé par le mode de sélection (autosélection, non répondants). Pour les médecins dont le cabinet est informatisé, de nombreux facteurs peuvent entrer en jeu dans la décision de réponse ou non au questionnaire (sollicitations importantes des thésards, intérêt porté pour le sujet, disponibilité, etc). Il existe également un biais de déclaration par la subjectivité des réponses possibles.

Toutefois, les forces de notre étude sont la taille de l'échantillon et son caractère prospectif. La réalisation à distance de la mise en place de cette nouvelle cotation est également un atout.

CONCLUSION

Dans notre étude, les médecins généralistes ont globalement une opinion positive de la revalorisation de la consultation de contraception et prévention. On retrouve une différence significative dans la pratique des médecins généralistes depuis la mise en place de cette nouvelle cotation malgré le fait que beaucoup pensent que celle-ci ne modifie pas leur pratique.

A l'image de l'étude qualitative réalisée en 2018 (52), une meilleure connaissance des modalités de cette consultation avec une simplification du tiers payant et de l'anonymat, l'élargissement des critères de cotation et l'organisation de cette consultation pourraient être des perspectives d'amélioration. Une revalorisation globale de l'activité de médecine générale serait néanmoins plus adaptée à la pratique quotidienne.

Il serait intéressant de connaître les chiffres des taux d'IVG chez ces jeunes filles à distance pour évaluer le réel impact de cette revalorisation. On pourrait également les interroger afin de connaître leur ressenti sur cette consultation dédiée depuis la revalorisation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Larousse É. Encyclopédie Larousse. [En ligne]. Contraception. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/contraception/36657>
- 2. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. [En ligne]. Contraception. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>
- 3. HAS, Haute Autorité de Santé. [En ligne]. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
- 4. HAS, Haute Autorité de Santé. [En ligne]. Contraception chez l'adolescente. [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-l-adolescente
- 5. Pienkowski C, Cartault A. Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 déc 2018;46(12):858-64.
- 6. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom Use and the Risk of Genital Human Papillomavirus Infection in Young Women. N Engl J Med. 22 juin 2006;354(25):2645-54.
- 7. Widman L, Noar SM, Choukas-Bradley S, Francis DB. Adolescent sexual health communication and condom use: A meta-analysis. Health Psychol. oct 2014;33(10):1113-24.
- 8. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Lokkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. BMJ. 25 oct 2011; 343(oct25 4):d6423-d6423.
- 9. HAS, Haute Autorité de la Santé, EurekaSanté par VIDAL 2018. [En ligne]. Conseils et prescription de la contraception chez l'adolescente : préconisations de la HAS. [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/actualites/22697-conseils-et-prescription-de-la-contraception-chez-l-adolescente-preconisations-de-la-has.html>
- 10. Gomes MPV, Deitcher SR. Risk of Venous Thromboembolic Disease Associated With Hormonal Contraceptives and Hormone Replacement Therapy: A Clinical Review. Arch Intern Med. 11 oct 2004;164(18):1965.
- 11. Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Canonico M. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: An epidemiological update. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. févr 2013;27(1):25-34.
- 12. Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. Hum Reprod Update. sept 2015;21(5):640-51.
- 13. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. janv 2014;89(1):9-16.
- 14. Duranteau L. Contraception chez l'adolescente. *Médecine de la Reproduction* 2018; 20 (4): 340-50.
- 15. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. mai 2011;83(5):397-404.

- 16. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. févr 2010;15(1):4-16.
- 17. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. mai 2003;18(5):994-9.
- 18. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. [En ligne]. Développement des adolescents. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- 19. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p.
- 20. Larousse É. Encyclopédie Larousse. [En ligne]. Interruption volontaire de grossesse. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/interruption_volontaire_de_grossesse/13940
- 21. Ministère des Solidarités et de la Santé. [En ligne]. Le guide IVG. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>
- 22. Annick Vilain, avec la collaboration de Sylvie Rey (DREES), 2018, « 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 », Études et Résultats, n°1081, Drees, septembre
- 23. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Études et résultats. DRESS, 2017.
- 24. Ministère des Solidarités et de la Santé. [En ligne]. Avortement prix. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/avortement-prix.html>
- 25. Curley M, Johnston C. The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. *J Behav Health Serv Res*. juill 2013;40(3):279-93.
- 26. Hamama L, Rauch SAM, Sperlich M, Defever E, Seng JS. Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy: Research Article: Spontaneous or Elective Abortion and Mental Health Risk. *Depress Anxiety*. août 2010;27(8):699-707.
- 27. Gurpegui M, Jurado D. [Psychiatric complications of abortion]. *Cuad Bioet Rev Of Asoc Espanola Bioet Etica Medica*. déc 2009;20(70):381-92.
- 28. American College of Pediatricians. Induced abortion: risks that may impact adolescents, young adults, and their children. *Issues Law Med*. 2018;33(1):85-112.
- 29. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2016;45(10):1536-51.
- 30. InVS, Institut de Veille Sanitaire. [En ligne]. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 26 novembre 2018. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-26-novembre-2018>
- 31. HAS, Haute Autorité de Santé. [En ligne]. Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité. [cité 29 janv 2019]. Disponible

sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite

- 32. InVS, Institut de Veille Sanitaire. [En ligne]. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2018/Estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostics-d-infections-a-Chlamydia-et-a-gonocoque-en-France-en-2016>
- 33. Santé publique France. [En ligne]. Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Infections-sexuellement-transmissibles-IST-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
- 34. Ameli. [En ligne]. Contraception. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception>
- 35. Décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique. 2012-35 janv 10, 2012.
- 36. LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. 2012-1404 déc 17, 2012.
- 37. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures. 2013-248 mars 25, 2013.
- 38. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. 2013-1203 déc 23, 2013.
- 39. LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. 2015-1702 déc 21, 2015.
- 40. Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans. 2016-865 juin 29, 2016.
- 41. Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans. 2016-865 juin 29, 2016.
- 42. LOI n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. 2000-1209 déc 13, 2000.
- 43. Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence. 2002-39 janv 9, 2002.
- 44. Décret n° 2016-683 du 26 mai 2016 relatif à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmiers scolaires. 2016-683 mai 26, 2016.
- 45. Code de la santé publique - Article L5134-1. Code de la santé publique.
- 46. Moreau C, Bohet A, Le Guen M, Régnier Loilier A, Bajos N. Unplanned or unwanted? A randomized study of national estimates of pregnancy intentions. *Fertil Steril.* déc 2014;102(6):1663-70.

- 47. Lehrer JA, Pantell R, Tebb K, Shafer M-A. Forgone Health Care among U.S. Adolescents: Associations between Risk Characteristics and Confidentiality Concern. *J Adolesc Health*. mars 2007;40(3):218-26.
- 48. Ott MA, Sucato GS, Adolescence CO. Contraception for Adolescents. *Pediatrics*. 1 oct 2014;134(4):e1257-81.
- 49. Scott A, Glasier AF. Are routine breast and pelvic examinations necessary for women starting combined oral contraception? *Hum Reprod Update*. 1 oct 2004;10(5):449-52.
- 50. MG France. [En ligne]. De nouvelles cotations au 1er novembre. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1730-de-nouvelles-cotations-au-1er-novembre>
- 51. Légifrance. [En ligne]. Décision du 21 juin 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2017/6/21/SSAU1724058S/jo/texte>
- 52. Hakopian M. Opinion des médecins généralistes des Hauts-de-France sur la mise en place de la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention » [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018.
- 53. Doran T, Maurer KA, Ryan AM. Impact of Provider Incentives on Quality and Value of Health Care. *Annu Rev Public Health*. 20 mars 2017;38:449-65.
- 54. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*. mai 2013;110(2-3):115-30.
- 55. Gillam S. Financial incentive schemes in primary care. *J Healthc Leadersh*. 2015;7:75-80.
- 56. 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*. 7 sept 2011;(9):CD008451.
- 57. Chauhan BF, Jeyaraman M, Mann AS, Lys J, Skidmore B, Sibley KM, et al. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice—an overview of reviews. *Implement Sci*. déc 2017;12(1):3.
- 58. Scott A, Liu M, Yong J. Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care. *Med Care Res Rev*. févr 2018;75(1):3-32.
- 59. Poissonnet C. Freins à la cotation des actes en médecine générale: étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des Pays de la Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.
- 60. HAS, Haute Autorité de Santé. [En ligne]. Contraception chez l'adolescente. [cité 7 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-l-adolescente
- 61. Santé Publique France. [En ligne]. Choisir Sa Contraception. [cité 7 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/>
- 62. Has, Haute Autorité de Santé. [En ligne]. Contraception d'urgence : dispensation en officine [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1759990/fr/contraception-d-urgence-dispensation-en-officine

FINANCEMENT/ CONFLITS D'INTERET

Notre étude n'a bénéficié d'aucun financement.

ANNEXES

Annexe 1. Les méthodes contraceptives

	PILULE	ANNEAU VAGINAL	PATCH TRANSDERMIQUE
Utilisation	<p>PILULE En continu (28 comprimés dont 7 ou 4 comprimés placebo sans interruption) ou discontinu (21 comprimés, interruption d'une semaine toutes les 3 semaines). A prendre tous les jours à heure fixe (3). → lors de la primo-prescription d'une pilule estroprogestative: préférer les 2èmes générations les moins dosées en éthinylestradiol ou TRIAFEMI (éthinylestradiol norgestimate) qui est une pilule de 3^{ème} génération mais avec un risque thromboembolique veineux comparable à celui d'une pilule estroprogestative de 2^{ème} génération (prescrit en 1^{ère} intention chez les femmes qui ont de l'acné) (60) (3).</p> <p>ANNEAU VAGINAL : Ethinylestradiol+ étonogestrel (15 µg + 120 µg/24h) NUVARING (3) <ul style="list-style-type: none"> - pincé et inséré dans le vagin jusqu'à ce qu'aucune gêne ne soit perçue (3) - puis laissé en place sans interruption pendant 3 semaines dans le vagin, suivies d'une semaine sans anneau (3) - Le 1^{er} jour des règles (ou entre 2^{ème} et 5^{ème} jour mais avec des préservatifs pendant 7 jours) (61) </p> <p>PATCH TRANSDERMIQUE : Norelgestromine 203 µg/24h + éthinylestradiol 33,9 µg/24h EVRA (3) <ul style="list-style-type: none"> - Appliqué et laissé en place pendant une semaine (7 jours) pendant trois semaines successives, suivies d'1 semaine sans patch (3). - sur une peau propre, sèche, saine, intacte et sans pilosité (3), - sur la fesse, l'abdomen, la face extérieure de la partie supérieure du bras ou la partie supérieure du torse (endroit où il ne subira aucune friction due à des vêtements serrés et pas sur les seins ou sur une peau rouge, irritée ou entaillée) (3) - placer chaque nouveau patch à un endroit différent du précédent (3) - son efficacité peut être compromise en cas de décollement complet ou partiel (3) </p>		
Mode d'action	inhibition de l'ovulation (3) modification de la glaire cervicale et de l'endomètre (3)	inhibition de l'ovulation (3)	inhibition de l'ovulation (3) modification de la glaire cervicale et de l'endomètre (3)
Efficacité	Immédiate si prise du 1 ^{er} comprimé le 1 ^{er} jour des règles (61)	IP à 0,3/ efficacité pratique : 8 (3)	Peut être diminuée en cas d'obésité (> 90 kg) (3)

Annexe 1 : tableau a : Les méthodes hormonales par estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

	PILULE	ANNEAU VAGINAL	PATCH TRANSDERMIQUE
Efficacité (suite)	IP à 0,3 / efficacité pratique : 8 (3) peut diminuer en cas d'oubli de prise, de vomissements ou de diarrhées sévères, ou en cas d'association avec des inducteurs enzymatiques (3)		IP à 0,3 / efficacité pratique: 8 (3)
Principales contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> - présence ou antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle (ou présence d'un facteur de risque sévère ou prédisposition) (3) - antécédents de migraine avec aura (3) ; - tumeur maligne hormonodépendante connue ou suspectée (3) ; - tumeur hépatique (bénigne ou maligne) évolutive ou ancienne (3) ; - présence ou antécédent d'affection hépatique sévère (3) - inducteurs enzymatiques (3) 		
Principaux effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> - évènements emboliques artériels et veineux (3) - cancers du sein, du col utérin, des cancers et tumeurs bénignes du foie (augmentation potentielle du risque) (3) 		
Conditions de suivi	bilan à réaliser lors de l'instauration et à contrôler tous les 5 ans si normal et en l'absence d'évènement intercurrent (à renouveler entre 3 et 6 mois après l'instauration si antécédent familial d'hyperlipidémie): cholestérol total, des triglycérides, de la glycémie à jeun (3)		
Avantages		Observance (61)	Plutôt discret, efficace, facile d'utilisation, observance (61)
Inconvénients		non remboursé (61) Peut être gênant pendant les rapports sexuels (61)	non remboursé (61) Reste visible (61) Peut se décoller (61)

Annexe 1 : tableau a (suite) : Les méthodes hormonales par estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

	PILULE	IMPLANT SOUS CUTANE	INJECTION INTRAMUSCULAIRE
Utilisation	<p>PILULE : Désogestrel ou Lévonorgestrel ou Norgestimate ou Gestodène (plusieurs dosages) (3) Un comprimé chaque jour à la même heure sans interruption (3)</p> <p>IMPLANT SOUS CUTANE : étonogestrel 68 mg NEXPLANON (3) - inséré en sous-cutané, sous la peau dans le bras non dominant, uniquement avec l'applicateur préchargé (3) - la pose et le retrait doivent se faire dans des conditions d'asepsie, par un professionnel de santé habilité (3) - peut être laissé en place pendant 3 ans maximum (60)</p> <p>INJECTION INTRAMUSCULAIRE : Acétate de médroxyprogestérone DEPO PROVERA (3)</p> <p>Pas en première intention (3) Non recommandé chez les adolescentes (3)</p>		
Mode d'action	<p>Inhibition de l'ovulation (3) (selon le progestatif)</p> <p>Modification de la glaire cervicale (3) et de l'endomètre</p>	<p>Inhibition de l'ovulation (3)</p> <p>Modification de la glaire cervicale (3) et de l'endomètre</p>	<p>Inhibition de l'ovulation (3)</p> <p>Modification de la glaire cervicale et de l'endomètre (3)</p>
Efficacité	<p>Efficace au bout de 48h si prise du 1^{er} comprimé le 1^{er} jour des règles</p> <p>IP à 0,3 / efficacité pratique : 8 (3)</p> <p>peut diminuer en cas d'oubli de comprimés, de vomissements, ou de diarrhées sévères, ou en cas d'association aux inducteurs enzymatiques (3)</p>	<p>IP à 0,05 / efficacité pratique : 0,05 (3)</p> <p>Peut diminuer en cas d'association aux inducteurs enzymatiques (3)</p>	<p>IP à 0,3/ efficacité pratique : 3 (3)</p>
Contre-indications principales	<ul style="list-style-type: none"> - hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients (3) - accidents thromboemboliques veineux évolutifs (3) - tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels connues ou suspectées (sein, endomètre, hépatique) (3) - présence ou antécédents d'affection hépatique sévère, tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés (3) ; - hémorragies génitales inexplicées (3) ; - en association avec le millepertuis (ou autre inducteur enzymatique) (3). 		

Annexe 1 : tableau b : Les méthodes hormonales par progestatifs (pilule, implant sous cutané, injection intramusculaire)

	PILULE	IMPLANT SOUS CUTANE	INJECTION INTRAMUSCULAIRE
Effets indésirables	aménorrhées, irrégularités menstruelles, saignements intermenstruels, spotting (3)		- retour de la fertilité pouvant être différé de 3 à 12 mois après la fin théorique de l'activité du produit (3) - diminution de la densité osseuse possible (3) - œdème papillaire ou lésions vasculaires rétiniennes (3) - risque thrombo-embolique avéré (3)
Avantages		Efficace, longue durée d'action, discret, pose et retrait faciles et rapides, observance (61)	Efficace (61) Observance (61)
Inconvénients	Prise de poids, acné, troubles des règles (61)	Prise de poids, acné, troubles des règles (61)	Prise de poids, acné, troubles des règles (61)

Annexe 1 : tableau b (suite) : Les méthodes hormonales par progestatifs (pilule, implant sous cutané, injection intramusculaire)

	DIU au CUIVRE	DIU au lévonorgestrel
Description	<p>support en plastique radio opaque, à bras latéraux flexibles, autour duquel s'enroule un fil de cuivre avec présence d'un fil de nylon attaché au support (3)</p> <p>Taille standard ou short (intéressant pour les adolescentes) (3)</p> <p>inséré dans la cavité utérine (3)</p> <p>contraception à long terme réversible avec une durée maximale d'efficacité entre 4 et 10 ans (3)</p> <p>peut être utilisé comme contraception d'urgence (3)</p>	<p>indiqué <u>si ménorragies fonctionnelles</u></p> <p>→ peut être intéressant chez les adolescentes ayant des règles abondantes</p> <p>Mais à considérer avec précaution chez l'adolescente (risque plus important d'IST selon stabilité du partenaire) (60)</p> <p>durée d'action 5 ans (60)</p>
Conditions d'utilisation et de suivi	<p>Possible chez toutes les femmes, y compris nullipares et nulligestes (3)</p> <p><u>Avant toute pose de DIU :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecarter une éventuelle grossesse, une maladie inflammatoire pelvienne et une grossesse extra-utérine (3) - Recherche des infections à gonocoque et chlamydia trachomatis si présence de facteurs de risques infectieux (3) - examen gynécologique (taille, forme et position de l'utérus) +/- hystérométrie (3) - antalgiques si besoin (surtout chez nullipares) (3) <p><u>Pose de DIU :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - respect des conditions d'hygiène rigoureuses (3) - de préférence en 1^{ère} partie de cycle (3) <p><u>Consultations de suivi</u></p> <p>1 à 3 mois après la pose puis 1 fois par an (3),</p> <p>objectif : vérifier la bonne tolérance du DIU, absence d'expulsion ou d'inflammation pelvienne (3)</p>	
Mode d'action	<p>effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes à l'origine d'une altération des spermatozoïdes, entraînant ainsi une inhibition de la fécondation (3)</p> <p>inflammation locale de l'endomètre (3)</p>	<p>Modification de la glaire cervicale (3)</p> <p>effet local du DIU sur l'endomètre et prévention de la prolifération de l'endomètre (3)</p>

Annexe 1 : tableau c : Les dispositifs intra-utérins (DIU) : DIU au cuivre et au lévonorgestrel (LNG)

	DIU au CUIVRE	DIU au lévonorgestrel
Efficacité	<p>Efficace dès le jour de son insertion (61)</p> <p>IP 0,6/ efficacité pratique 0,8 (3)</p> <p>pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre un DIU au cuivre de surface supérieure à 250 mm² et le DIU au lévonorgestrel (3)</p>	<p>MIRENA efficace pendant 5 ans (3)</p> <p>JAYDESS efficace pendant 3 ans (3)</p> <p>IP à 0,2 / efficacité pratique : 0,2 (3)</p>
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> - toute grossesse suspectée ou avérée (3) - infection puerpérale en post-partum (3) - en post-abortum : immédiatement après un avortement septique (3) - cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours (3) - tuberculose génito-urinaire avérée (3) - maladie inflammatoire pelvienne en cours(3) - saignements vaginaux inexplicables (3) - maladie trophoblastique gestationnelle maligne - cancer du col utérin, de l'endomètre (3) - malformation utérine (3) - fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine (3) - état médical associé à une sensibilité accrue aux infections (3) - hypersensibilité au cuivre (pour DIU au cuivre) ou lévonorgestrel (pour DIU à la progestérone) ou à l'un des composants du dispositif (3) - période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement (3) <p>pour DIU au progestatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tumeurs sensibles aux progestatifs (cancer du sein, ovaire, endomètre) (3) - affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique (3) - phlébite, embolie pulmonaire évolutifs (3) 	
Effets indésirables	<p>problèmes liés à l'insertion (douleurs, contractions utérines et saignements) (3)</p> <p>modifications du cycle menstruel (ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes) (3)</p>	<p>Retrait du DIU <u>en cas de survenue ou de récurrence :</u></p> <p>de suspicion ou de diagnostic d'une tumeur sensible aux progestatifs, y compris cancer du sein (3),</p>

Annexe 1 : tableau c (suite) : Les dispositifs intra-utérins (DIU) : DIU au cuivre et au lévonorgestrel (LNG)

	DIU au CUIVRE	DIU au lévonorgestrel
Effets indésirables (suite)	risques d'expulsion et de perforation utérine (3) maladie inflammatoire pelvienne et de grossesse extra-utérine (rares) (3)	de pathologie artérielle sévère (accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde)(3) d'une infection génitale haute (3), d'évènement thromboembolique veineux aigu (3).
Avantages	Simplicité. Confort. Efficacité. Durée d'utilisation. Absence d'hormones (DIU au cuivre) Effets sur les règles douloureuses et abondantes (DIU hormonal) (61)	
Inconvénients	Peut allonger la durée des règles (61).	Peut provoquer des spotting ou aménorrhées, prise de poids, et/ou poussée d'acné (61)

Annexe 1 : tableau c (suite) : Les dispositifs intra-utérins (DIU) : DIU au cuivre et au lévonorgestrel (LNG)

Les méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

Préservatif masculin : IP à 2/ efficacité pratique : 15 (3)

Préservatif féminin : IP à 5/ efficacité pratique : 21 (3)

Spermicides : IP à 18/ efficacité pratique : 29 (3)

Diaphragme et spermicides : IP à 6/ efficacité pratique : 16 (3)

Cape cervicale : IP de 9 à 26 / efficacité pratique : 16 à 32 (3)

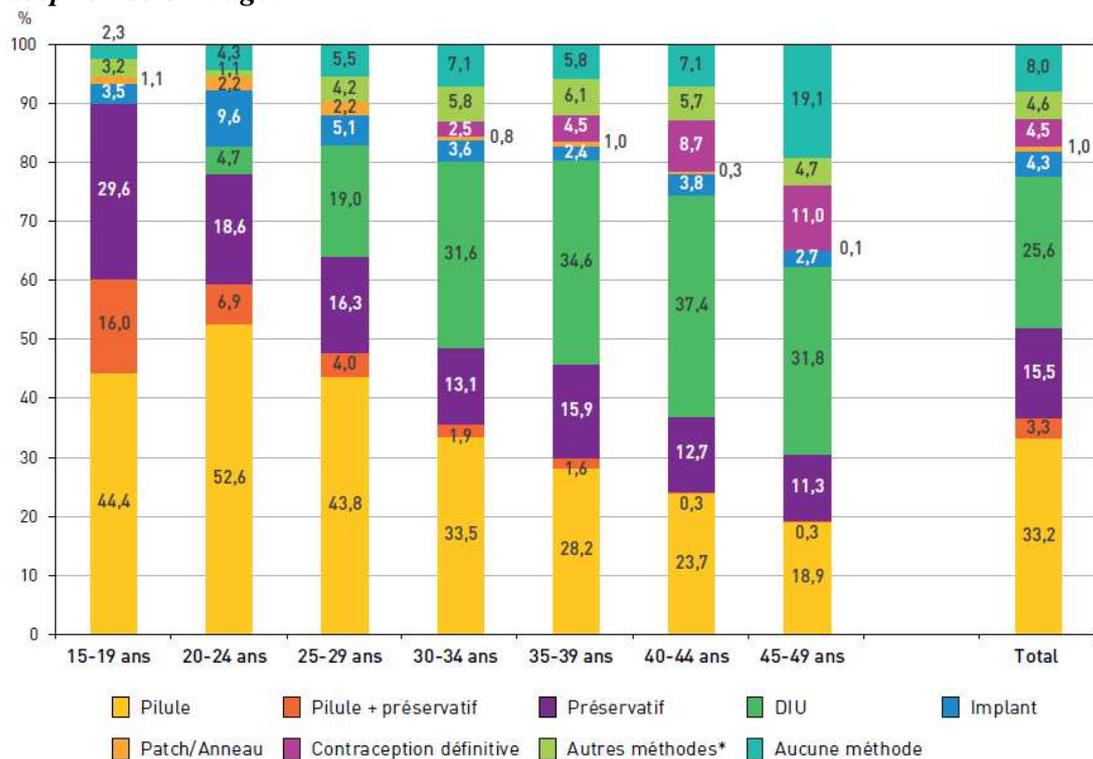
Les méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

IP de 1 à 9/ efficacité pratique : 20 (3)

Contraception d'urgence:

- Norlévo© - Lévonorgestrel (62);
- EllaOne© - acétate d'ulipristal (62);
- DIU au cuivre (62).

Annexe 2. Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon l'âge.



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant

*cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France.

Annexe 3. Questionnaire adressé aux médecins : « Impact de la nouvelle cotation pour la consultation de contraception et prévention au 1^{er} novembre 2017 ».

Votre identité ?

- Quel âge avez-vous ?
 - Moins de 30 ans/ de 30 à 39 ans/ de 40 à 49 ans/de 50 à 60 ans/ plus de 60 ans
- Quel est votre sexe ?
 - Féminin / masculin
- Quelle est votre année d'installation ?
- Quel est votre lieu d'exercice ?
 - Rural / semi-rural / urbain
- Quel est votre mode d'exercice ?
 - En cabinet individuel/ en cabinet de groupe/ en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)
 - Avec un exercice : libéral exclusif / libéral + hospitalier / libéral + autre (préciser)
- Quel est votre type d'exercice ?
 - Médecine générale exclusive/ gynécologie exclusive/ médecine générale + autre activité spécifique (préciser)
- Avez-vous suivi une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique?
 - Oui / non
 - Si oui, laquelle ou lesquelles?
 - AUEC Interruption Volontaire de Grossesse et planification familiale
 - DIU formation complémentaire en gynécologie et obstétrique
 - DIU gynécologie de l'enfance et de l'adolescence
 - Autre (préciser)
- Concernant votre pratique de la gynécologie, pratiquez-vous ?
(→Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)
 - Prescription de première contraception
 - Examen clinique de suivi gynécologique annuel (palpation mammaire, examen au speculum, toucher vaginal...)
 - Examen clinique gynécologique orienté sur un motif de consultation gynécologique (douleurs abdominales, leucorrhées anormales...)
 - Réalisation de frottis cervico-utérin (dépistage)
 - Pose ou retrait de dispositif intra utérin (DIU)
 - Pose ou retrait d'implant contraceptif
 - Suivi de grossesse et du post-partum
 - Suivi de ménopause
 - Réalisation d'IVG médicamenteuse
- Vos patientes sont-elles demandeuses de consultation de gynécologie ?
(→Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)
 - Prescription de première contraception
 - Examen clinique de suivi gynécologique annuel (palpation mammaire, examen au speculum, toucher vaginal...)
 - Examen clinique gynécologique orienté sur un motif de consultation gynécologique (douleurs abdominales, leucorrhées anormales...)
 - Réalisation de frottis cervico-utérin (dépistage)
 - Pose ou retrait de dispositif intra utérin (DIU)
 - Pose ou retrait d'implant contraceptif
 - Suivi de grossesse et du post-partum
 - Suivi de ménopause
 - Réalisation d'IVG médicamenteuse

Concernant la revalorisation de la première consultation de contraception des mineures de 15-18 ans

- Aviez-vous connaissance du changement de cotation au 1^{er} novembre 2017 pour cette consultation dédiée ?
 - Oui/ Non
 - Si oui, l'avez-vous déjà appliqué? Oui / Non
- Pour vous cette revalorisation est synonyme de (possibilité de réponses multiples):
 - mise en valeur de la diversité de notre activité quotidienne
 - problème de santé publique
 - rémunération adaptée à la prise en charge complexe de ces patientes (temps plus important nécessaire)
 - autre (préciser)
- En ce qui vous concerne, pensez-vous que cette revalorisation modifie votre pratique?
 - Tout à fait en accord/ Plutôt en accord/ Plutôt en désaccord/ Tout à fait en désaccord
- D'une manière générale, pensez-vous que cela modifie la pratique des médecins généralistes ?
 - Tout à fait en accord/ Plutôt en accord/ Plutôt en désaccord/ Tout à fait en désaccord

Concernant votre pratique:

- Dédiez-vous un temps de consultation spécifique à la prescription d'une première contraception chez les mineures d'au moins 15 ans ?
(→Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)
 - Avant la revalorisation
 - Après la revalorisation
- Quel temps dédiez-vous à cette consultation ?
(→ 0 min / 1-10 min/ 11-20 min/ 21-30 min/ 31-40 min/ > 40 min)
 - Avant la revalorisation
 - Après la revalorisation
- Y-a-t-il au moins une partie de la consultation qui se déroule sans présence parentale?
(→Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)
 - Avant la revalorisation
 - Après la revalorisation
- Avant la revalorisation, quels points abordiez-vous lors de cette consultation ?
(→Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)
 - Concernant la sexualité et la contraception: recherche des connaissances, besoins, attentes, et craintes des mineures.
 - Information sur les méthodes contraceptives
 - Information sur la contraception d'urgence (conduite à tenir en cas d'oubli)
 - Prévention des IST
 - Réalisation d'un examen clinique avec mesure de la tension artérielle, poids/taille/IMC, palpation mammaire
 - Réalisation d'un examen gynécologique (examen au speculum, toucher vaginal)
- Depuis la revalorisation, quels points abordez-vous?
(→Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)
 - Concernant la sexualité et la contraception: recherche des connaissances, besoins, attentes, et craintes des mineures.
 - Information sur les méthodes contraceptives
 - Information sur la contraception d'urgence (conduite à tenir en cas d'oubli)
 - Prévention des IST
 - Réalisation d'un examen clinique avec mesure de la tension artérielle, poids/taille/IMC, palpation mammaire
 - Réalisation d'un examen gynécologique (examen au speculum, toucher vaginal)

- Proposez-vous une consultation de suivi entre 3 et 9 mois après l'instauration de la contraception pour réévaluation de l'observance?
(→Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)
 - Avant la revalorisation
 - Après la revalorisation
- Proposez-vous l'anonymat de cette consultation à vos patientes ?
(→Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)
 - Avant la revalorisation
 - Après la revalorisation
- Proposez-vous une prise en charge par tiers payant intégral à vos patientes ?
(→Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)
 - Avant la revalorisation
 - Après la revalorisation

AUTEUR : Nom : DECAUDAIN Prénom : Hélène

Date de Soutenance : 20 juin 2019

Titre de la Thèse : Consultation dédiée à la première prescription de contraception des mineures de 15 à 18 ans : Analyse des modifications de pratique des médecins généralistes depuis la revalorisation de la cotation de cette consultation.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Gynécologie

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : consultation, contraception, adolescentes.

Contexte : Les interruptions volontaires de grossesse sont fréquentes depuis une vingtaine d'années, notamment chez les jeunes filles mineures. La couverture contraceptive de ces jeunes filles reste insuffisante. Malgré la multiplicité des méthodes contraceptives et la mise en place de mesures spécifiques pour faciliter l'accès à la contraception, le taux d'IVG reste globalement stable. Une consultation de contraception et prévention, dédiée à la première prescription de contraception, a été prévue pour les mineures. Ce travail a pour but d'évaluer l'impact de la revalorisation de la cotation de cette consultation depuis le 1^{er} novembre 2017 sur la pratique des médecins généralistes.

Méthode : Une étude épidémiologique observationnelle a été réalisée de janvier à mars 2019 chez les médecins généralistes installés en libéral dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais à l'aide d'un questionnaire mis en ligne.

Résultats : Parmi les 455 médecins inclus, certains ont modifié leur pratique depuis la revalorisation : 20 médecins consacrent désormais un temps dédié à cette consultation ($p < 0,0001$) ; 27 médecins accordent plus de 20 minutes à leurs patientes ($p < 0,0001$) ; 9 médecins réalisent au moins une partie de la consultation sans présence parentale ($p < 0,004$) ; 22 médecins ont anonymisé certaines de leurs consultations ($p < 0,0001$) et 90 ont réalisé le tiers-payant intégral ($p < 0,0001$). Concernant les points abordés, 17 médecins recherchent désormais les connaissances, besoins, attentes et craintes des mineures concernant la sexualité ($p < 0,0001$) ; 9 informent leurs patientes sur les méthodes contraceptives ($p < 0,021$) et 14 délivrent une information sur la contraception d'urgence ($p < 0,001$). Soixante-dix-sept pourcent des médecins inclus pensent néanmoins que la revalorisation ne modifie pas leur pratique.

Conclusion : Malgré l'opinion des médecins, cette étude nous a permis de mettre en évidence une différence significative dans leur pratique depuis la mise en place de cette nouvelle cotation. Cependant, une revalorisation globale de l'activité de la médecine générale leur semblerait plus adaptée à la pratique quotidienne. Il serait intéressant de connaître les chiffres des taux d'IVG chez ces jeunes filles à distance pour évaluer le réel impact de cette revalorisation.

Composition du Jury :

Président : Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Professeur Patrick LEROUGE

Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Docteur Camille ROBIN