

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Année 2021

**Evaluation de la connaissance et de l'utilisation de la consultation  
contraception prévention (CCP) depuis sa mise en place le 1<sup>er</sup> novembre  
2017 par les médecins généralistes des Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 14/10/2021 à 16h  
Au Pôle Formation  
**Par Ophélie PICQUENOT**

\*

---

**JURY**

**Président : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD**  
**Assesseur : Madame le Docteur Anita TILLY**  
**Directeur de thèse : Madame le Docteur Brigitte AELBRECHT**

---

**Avertissement**

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

## LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ATCD : Antécédent

AUEC : Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire

CCP : Consultation de Contraception et Prévention

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic.

COEP : Contraceptifs Oraux EstroProgestatifs

CPP : Comité de Protection des Personnes

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DPO : Délégué à la Protection des données

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IP : Indice de Pearl

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Contraception Réversible de Longue Action

MSU : Maitre de Stage Universitaire

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire / Numéro de sécurité sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

POP : Pilule Oestro Progestative

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>4</b>
<b>I. Introduction .....</b>	<b>5</b>
1) Contexte général : évolution progressive de la prise en charge de la santé sexuelle. ..	5
2) Mise en place de la Consultation Contraception Prévention : CCP .....	6
3) Déroulement et contenu de la Consultation Contraception Prévention .....	7
a) Mise en place du dialogue entre la jeune fille et son médecin traitant .....	7
b) Examen clinique de la patiente .....	8
c) Présentation et explication des différents contraceptifs .....	8
d) Conduite à tenir en cas d'oubli ou de mauvaise utilisation du contraceptif. ....	13
e) Prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) .....	14
f) Discussion vaccination HPV .....	15
4) Rationnel de cette étude.....	17
<b>II. Matériel et Méthodes .....</b>	<b>18</b>
<b>III. Résultats .....</b>	<b>20</b>
1) Taux de participation .....	20
2) Caractéristiques de la population étudiée.....	20
3) Evaluation de la connaissance et de l'utilisation de la CCP .....	23
4) Evaluation de l'impact de l'utilisation de la CCP .....	23
5) Profil des médecins généralistes en fonction de l'utilisation de la CCP.....	32
6) Profil des médecins généralistes en fonction de la mise en évidence ou non de changement de pratique depuis la CCP.....	33
7) Etat des lieux du déroulement de la consultation de première contraception et de prévention .....	34
8) Opinion des médecins généralistes concernant la revalorisation financière.....	40
<b>IV. Discussion .....</b>	<b>42</b>
1) Rappel des résultats principaux .....	42
a) Application limitée de la CCP .....	42
b) L'impact de la CCP .....	42
c) Etat des lieux .....	43
d) Opinions des médecins généralistes .....	44
2) Forces et limites de l'étude.....	44
3) Données de la littérature .....	44
a) Les freins à la cotation .....	44
b) Impact de la revalorisation financière .....	45
c) Prise en charge de la santé sexuelle des jeunes hommes .....	46
<b>V. Conclusion .....</b>	<b>47</b>
<b>VI. Bibliographie .....</b>	<b>49</b>
<b>VI. Financement / Conflits d'intérêt.....</b>	<b>52</b>
<b>VII. Annexe .....</b>	<b>53</b>

## I. Introduction

### 1) Contexte général : évolution progressive de la prise en charge de la santé sexuelle.

Depuis quelques dizaines d'années, la prise en charge de la santé sexuelle a beaucoup évolué. Nous sommes passés d'une approche basée sur la prévention des infections sexuellement transmissibles à une approche globale de la santé sexuelle qui a pour but de favoriser une vie sexuelle responsable, libre et sûre.

Le concept de santé sexuelle, défini par l'OMS comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. » apparaît pour la première fois publiquement lors de la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 (1).

C'est dans ce contexte que nos gouvernements ont progressivement fait évoluer la législation concernant la promotion de la santé sexuelle.

En 1967 la loi Neuwirth légalise la contraception en France. Cette loi est promulguée le 28 décembre 1967 sous le nom de « loi relative à la régulation des naissances » (2). Cette loi autorise la fabrication et l'importation de moyens de contraception ainsi que leur vente uniquement en pharmacie sur prescription médicale, avec autorisation parentale pour les mineures.

Par la suite, le 4 décembre 1974, le député Neuwirth et la ministre de la Santé de l'époque, Simone Veil, portent une nouvelle loi modifiant la précédente : la pilule est désormais remboursée par la sécurité sociale. De plus, les centres de planification peuvent la délivrer gratuitement et anonymement à des mineures (3).

Le 17 janvier 1975, est votée la loi Veil qui dépénalise l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) pour une période probatoire de 5 ans. Elle est adoptée définitivement en 1980 (4) (5). Un décret de 2001 fait passer le délai légal IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhées.

Depuis 2001, tous les praticiens peuvent prescrire un contraceptif aux jeunes filles mineures sans nécessité de l'autorisation parentale. De plus, celles-ci bénéficient depuis 2002 d'un accès gratuit et anonyme à la contraception orale d'urgence.

Le décret du 31 mars 2013 prévoit que les méthodes contraceptives remboursées par l'Assurance Maladie le soient intégralement pour les mineures de 15 à 18 ans. Ce décret permet également une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie des IVG pour toutes les femmes (6).

Le 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'ensemble des mineures peuvent bénéficier d'une contraception gratuite quel que soit son âge. Elles bénéficient d'une prise en charge complète par l'Assurance Maladie et sans avance de frais (7).

De nouvelles mesures vont bientôt voir le jour avec le remboursement des contraceptifs pour les jeunes filles jusque 25 ans à partir du 01 janvier 2022.

## **2) Mise en place de la Consultation Contraception Prévention : CCP**

La première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles ayant comme cotation NGAP : « CCP » a été effective le 1<sup>er</sup> novembre 2017. Cette consultation est désormais cotée comme un acte spécifique à hauteur de 46 € (8).

Elle était, dans un premier temps, dédiée aux jeunes filles de 15 à 18 ans, puis, à partir de l'année 2020, l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale supprime la notion d'âge minimal pour la prise en charge des frais liés à la contraception chez les mineures (9). C'est par le décret publié au journal officiel le 27 août 2020 que cette consultation est élargie aux jeunes filles mineures de moins de 15 ans. Elle est prise en charge à 100% au titre de l'assurance maladie obligatoire avec dispense d'avance de frais. Cette CCP ne peut être facturée qu'une seule fois par patiente. Cet acte est réalisable par le médecin généraliste, le gynécologue, la sage-femme ou le pédiatre (10).

Lors de cette consultation, le médecin doit informer la patiente du droit à l'anonymat et doit respecter la décision de la jeune fille. En effet, en application de l'article L. 5134-1 du Code

de la santé publique (11), une jeune fille mineure n'a pas l'obligation d'obtenir le consentement de ses parents pour la prescription et la délivrance d'un contraceptif. Les professionnels de santé sont tenus au secret médical. Si la demande d'anonymat est faite, le médecin utilisera le cas échéant un numéro de sécurité sociale anonyme, le NIR : 2 55 55 55 CCC 042/XX (CCC étant le numéro de la caisse et XX la clé de contrôle) et indiquera la date de naissance réelle de l'assurée (12). Vous trouverez en annexe 1 une aide pour les modalités de facturation et d'anonymat de cette consultation. Le contraceptif doit quant à lui être prescrit par le médecin sur une ordonnance isolée, avec la mention contraception « mineure ».

### **3) Déroulement et contenu de la Consultation Contraception Prévention**

#### **a) Mise en place du dialogue entre la jeune fille et son médecin traitant**

La première consultation pour la contraception est un moment primordial auprès des jeunes filles afin de développer leurs connaissances en matière d'éducation à la sexualité. Le médecin a pour rôle d'informer la jeune fille concernant la contraception afin d'éviter une grossesse non planifiée.

De manière idéale, il est préconisé que la patiente soit reçue seule en consultation afin de permettre une certaine confidentialité. Si un adulte référent est présent, un entretien en deux temps est alors recommandé : un temps en présence de l'adulte et un temps seul avec l'adolescente. Ce dialogue direct avec la jeune fille permet de favoriser son autonomie et de conserver le lien de confiance tout en respectant l'implication de l'adulte. Il est fondamental de rappeler le cadre confidentiel de cet entretien.

Cette première consultation doit établir un climat de confiance. C'est un moment d'écoute et de dialogue qui permet de faire le point sur un certain nombre de choses : la maturité psycho-sexuelle de la jeune fille, son contexte social (notion de précarité), sa demande de confidentialité, ses souhaits, ses inquiétudes, la recherche des situations de maltraitance...

Tout cela permet de faire l'analyse de l'ensemble de ses conditions de vie qui pourraient être un obstacle à l'adhésion de la contraception à court ou long terme. L'objectif de cette consultation est d'aboutir à un choix éclairé de l'adolescente et de l'accompagner dans celui-ci (13) (14) (15) (16).

Il est important, si nécessaire, de rappeler à la patiente que le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis d'après l'article L 5134 du Code de la santé publique (11).

Lors de cet entretien, le recueil des antécédents personnels médicaux, gynécologiques, des antécédents familiaux ainsi que son mode de vie doit être réalisé, sans pour autant se montrer trop intrusif.

#### **b) Examen clinique de la patiente**

La première consultation dédiée à la contraception comprend un examen clinique général avec prise du poids, de la taille avec calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et prise de la tension artérielle. Il est recommandé de prêter attention sur l'importance et la localisation de l'acné et de la pilosité. Le médecin doit expliquer que l'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de cette première consultation pour une contraception. Celui-ci sera réalisé ultérieurement sauf en cas de symptômes ou d'antécédent le nécessitant. La prescription d'une biologie n'est pas nécessaire initialement, mais, dans le cas d'une méthode contraceptive hormonale, il faudra réaliser un bilan biologique comportant l'exploration des anomalies lipidiques et la glycémie à jeun à 3 mois du début de la contraception (15) (17).

#### **c) Présentation et explication des différents contraceptifs**

Tout d'abord : Qu'est-ce que la contraception ? Qu'est-ce qu'une contraception efficace ? L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit par « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (18). Elle considère une contraception comme très efficace lorsque le taux de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation (utilisation

correcte et régulière de leur méthode contraceptive) est inférieur à 1 (19).

Il est ensuite important que la jeune fille ait conscience que « la meilleure contraception est celle que l'on choisit », slogan issu de la campagne menée par l'INPES en 2007 (20). C'est pourquoi une explication détaillée des différents moyens contraceptifs permet de faciliter une prise de décision active de la jeune femme.

Il est impératif de donner à la jeune fille une information complète à propos des méthodes contraceptives et de s'assurer de sa bonne compréhension au sujet du mode d'emploi, de l'efficacité (optimale et en utilisation courante), des contre-indications, des risques et des effets indésirables possibles ainsi que du coût et du remboursement. Pour qu'une contraception soit efficace, elle doit être accessible, fiable, facile d'utilisation, réversible, financièrement abordable et présenter un minimum d'effets indésirables. L'acceptation de la méthode contraceptive est indispensable à son maintien au long cours. (21)

Les principales méthodes contraceptives sont détaillées en annexe (annexes 2 à 5) avec indications synthétisées de leur utilisation, principales contre-indications et effets indésirables (17).

#### ***i. Les contraceptifs estroprogestatifs***

Les contraceptifs oraux estroprogestatifs (COEP) restent (avec le préservatif) de loin la méthode la plus connue et la plus spontanément demandée par les adolescentes. L'usage de la pilule est maximal chez les 15–19 ans où celle-ci représente 60,4% des méthodes contraceptives utilisées, dont 16% en association avec le préservatif. Le préservatif seul est quant à lui utilisé 29,6% du temps selon le baromètre santé 2016. (22) (23)

L'association « COEP + préservatif » est la méthode contraceptive recommandée en première intention par l'ANSM lors de l'adolescence. Elle s'accompagne également de la prescription d'une contraception d'urgence en cas d'oubli au cas par cas. (13) (17) (23).

Les recommandations pour la primo prescription préconise, sauf contre-indication, l'utilisation de COEP avec le moins de risque thromboembolique. La HAS considère que les contraceptifs oraux de 1<sup>ère</sup> ou de 2<sup>ème</sup> génération doivent être préférés à ceux de 3<sup>ème</sup>

génération car ils présentent un risque thromboembolique plus faible. Cette appellation de génération est due au type de progestatif utilisé. Ces COEP utilisent le même estrogène (l'éthinyl-estradiol à des doses variées) associé à un progestatif dont la nature dépend de la génération. On retrouve le plus fréquemment :

- le lenvonorgestrel pour les 2<sup>èmes</sup> générations,
- le désogestrel, le norgestimate ou le gestodène pour les 3<sup>èmes</sup> générations qui sont à l'origine du sur-risque thromboembolique(17) (24).

Ce type de COEP de 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> génération ne se présente que sous la forme de pilule à prise quotidienne. En effet, en première intention, il n'est pas souhaitable de proposer de patch oestro-progestatif ou anneau vaginal qui contient un progestatif de 3<sup>ème</sup> génération, étant donné le sur-risque thromboembolique. Cependant l'adolescente doit choisir la contraception qui lui convient le mieux, notamment en cas d'intolérance de la pilule.

Les COEP font partie des méthodes contraceptives les plus efficaces. En effet, leurs indices de Pearl (25), qui sont définis par le nombre de grossesses pour 100 femmes prenant un COEP pendant un an, sont inférieurs à 1 à condition qu'il n'y ait pas d'incident lors de la prise (oublie, vomissement ou diarrhée) . Leurs indices étant semblables, l'efficacité des COEP est donc comparable.

## **ii. Pilule microprogestative**

Parmi les autres méthodes contraceptives orales, il y a la pilule microprogestative. Celle-ci, à l'inverse de COEP, ne contient pas d'œstrogènes. Elle peut donc être utilisée chez quasiment toutes les femmes, en particulier celles qui présentent une contre-indication ou une intolérance aux estrogènes. Tout comme le COEP, il s'agit d'une méthode contraceptive rapidement réversible. La pilule microprogestative est indiquée si la patiente est capable d'une bonne observance. Il faut néanmoins la prévenir des effets indésirables, notamment du risque de troubles menstruels plus élevé comme pour tous les contraceptifs à base de progestatif seul (17).

### **iii. Les contraceptifs réversibles de longue durée d'action**

Les contraceptifs réversibles de longue durée d'action (LARC) sont également une méthode contraceptive intéressante pour les adolescentes. Ils comprennent les dispositifs intra utérins (DIU) au cuivre ou hormonaux et les implants contraceptifs à l'étonogestrel (13) (14) (26).

Les méthodes LARC sont actuellement reconnues comme étant des méthodes contraceptives adaptées aux besoins des adolescentes et sans danger pour elles. Leur principal avantage réside dans le fait qu'elles ne nécessitent pas d'administration régulière et répétée de la patiente, ce qui garantit l'observance de ces contraceptifs (24).

Concernant les DIU, il est important de souligner qu'ils peuvent être proposés en toute sécurité à une adolescente nullipare. Compte tenu de leur très grande fiabilité, il s'agit d'une des méthodes contraceptives recommandées en première intention pour cette population par l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et par l'OMS (17). De nombreuses fausses informations entourent les DIU, en particulier celle affirmant que les DIU génèrent une augmentation des risques d'infections génitales et d'infertilité chez les adolescentes. Contrairement à ce que suggèrent ces allégations, le taux d'infections gynécologiques n'est pas augmenté et le retour à la fertilité n'est pas altéré chez les utilisatrices de DIU. La communication d'informations objectives aux patientes favorise ainsi leur accès à ces méthodes contraceptives plus fiables (14). Le DIU peut être posé à n'importe quel moment du cycle à condition d'exclure une grossesse en cours. Les DIU au lévonorgestrel peuvent être indiqués si les règles sont abondantes. Au contraire, les DIU au cuivre augmentent habituellement la quantité des menstruations et sont donc fortement déconseillés en cas de règles abondantes entraînant une anémie.

Parmi les méthodes LARC, il existe l'implant contraceptif : le NEXPLANON®. Il s'agit d'un implant sous-cutané qui contient uniquement un progestatif (étonogestrel). La Commission de la transparence situe le NEXPLANON® en seconde intention (13) (17). Il est indiqué pour les femmes présentant une contre-indication ou une intolérance aux COEP et aux

DIU. Il peut également être proposé aux patientes présentant des difficultés d'observance avec une contraception orale. Parmi les LARC, les injections intramusculaires trimestrielles d'acétate de medroxyprogestérone sont parfois comprises dans cette catégorie de contraceptifs. Cependant, cette méthode contraceptive n'est pas recommandée en première intention chez les adolescentes, et doit être utilisée en dernier recours (échec des contraceptifs ultérieurs). En effet, les injections répétées peuvent être à l'origine d'une déminéralisation osseuse (27).

#### ***iv. Méthodes contraceptives barrières et naturelles***

Il existe d'autres méthodes contraceptives que l'OMS considère comme moins efficaces. Il s'agit des méthodes barrières et des méthodes naturelles (le retrait, l'abstinence périodique etc.). Les méthodes barrières regroupent : les diaphragmes en association à des spermicides, les préservatifs féminins et masculins, les capes cervicales ou l'utilisation de spermicide seul. Ces méthodes ne doivent pas être recommandées en utilisation seule. En effet, dans le cas d'une utilisation parfaite, on compte 2 à 18% de grossesses non désirées lorsque ces méthodes sont utilisées seules. Lors d'une utilisation courante, ces chiffres s'élèvent entre 16 et 29 %, car leur efficacité est très dépendante du comportement des personnes les utilisant (17) (21).

Quelle que soit la méthode contraceptive choisie par l'adolescente, il est important de lui conseiller de l'associer au préservatif masculin ou féminin. Le préservatif masculin ou féminin est la seule méthode ayant fait la preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles. Son utilisation est donc primordiale lorsque les pratiques sexuelles exposent aux risques d'IST (plusieurs partenaires, relations occasionnelles ou absence de relation stable notamment chez l'adolescente) (15) (28).

Pour finir, il existe des méthodes contraceptives définitives, il s'agit de la stérilisation. C'est-à-dire la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines. Cette méthode ne sera pas détaillée ici car elle n'est pas accessible aux patientes mineures d'après l'article L2123-2 du Code de santé publique (29).

**d) Conduite à tenir en cas d'oubli ou de mauvaise utilisation du contraceptif.**

Pour les adolescentes ayant choisi un contraceptif oral (pilule estroprogestative ou microprogestative) ou celles utilisant des méthodes contraceptives moins efficaces (méthodes barrières ou naturelles), il est important de leur donner une conduite à tenir en cas d'oubli ou de mauvaise utilisation du contraceptif. Dans ce contexte, il existe la contraception d'urgence.

La contraception d'urgence regroupe les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour éviter une grossesse non désirée après un rapport non ou mal protégé. On dénombre deux types de contraception d'urgence : les contraceptions d'urgence hormonales ou le DIU au cuivre (17) (30) (31).

Les contraceptions d'urgence hormonales sont au nombre de deux :

- Le Lévonorgestrel NORLEVO® 1.5 mg dose unique : Il doit être utilisé le plus tôt possible dans les 72 heures suivant le rapport non ou mal protégé.
- Ulipristal acétate ELLAONE® 30 mg dose unique : Il doit être utilisé le plus tôt possible dans les 120 heures suivant le rapport non ou mal protégé.

Ces deux contraceptifs d'urgences sont gratuits pour les mineures. La prescription médicale n'est pas nécessaire. Ils sont remboursés à 65% sur prescription.

Pour les patientes ayant comme contraceptif une pilule estroprogestative, la contraception d'urgence doit être prise si l'oubli est supérieur à 12 h. Dans un contexte de rapport sexuel datant de moins de 5 jours.

Concernant le DIU au cuivre, il doit être mis en place dans les 120 h qui suivent le rapport non ou mal protégé. Il est délivré uniquement sur prescription médicale d'un médecin ou d'une sage-femme. Il est remboursé à 60% sur prescription.

Les contraceptifs d'urgence non soumis à une prescription médicale obligatoire peuvent être délivrés aux jeunes filles mineures à titre anonyme et gratuit dans les pharmacies et les infirmeries des établissements d'enseignement du second degré.

Les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive peuvent également délivrer gratuitement la contraception d'urgence aux étudiantes.

La HAS recommande de proposer la prescription de la pilule d'urgence au cas par cas même si la prescription à l'avance systématique n'a pas fait la preuve de son efficacité (32).

#### **e) Prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)**

La prévention des IST est une partie indispensable de l'éducation à la sexualité qu'il faut savoir délivrer lors des premières consultations chez l'adolescente.

Il est primordial d'expliquer le rôle du préservatif qui est le seul moyen barrière aux IST. Si la contraception choisie se dirige vers une pilule, un DIU ou un implant, il est important d'expliquer le maintien de l'utilisation de préservatif pour prévenir les IST. Il a une double finalité : contraception et protection contre les IST (15) (33).

Depuis le 10 décembre 2018, l'assurance maladie prend en charge à hauteur de 60% certains préservatifs dont la marque EDEN®, et depuis 2019 la marque « Sortez couverts ». La délivrance a lieu en officine de pharmacie sur présentation d'une prescription d'un médecin ou d'une sage-femme (34).

Le médecin généraliste a un rôle clé dans la prévention des IST :

- Si la patiente a un partenaire stable, c'est l'occasion de lui proposer un dépistage des IST ainsi qu'à son partenaire. Celui-ci comprend (23) (35) (36) :
  - Une sérologie VIH
  - Dépistage de Chlamydia trachomatis et gonocoque par PCR sur prélèvement local (urine ou PV endocol)
  - Une sérologie syphilis
  - Une sérologie hépatite B
- Si elle n'a pas de partenaire fixe : rappeler et encourager l'usage du préservatif à chaque rapport, évaluer la capacité d'utilisation des préservatifs et s'il existe une réticence à

leur utilisation. Il est recommandé de lui proposer un dépistage si elle a eu des rapports non protégés. Il est également possible de l'orienter vers les CeGIDD.

Concernant plus précisément le dépistage de la Chlamydia, de nouvelles recommandations ont été publiées en France en octobre 2018 par la HAS (35). Celle-ci préconise un dépistage systématique de cette infection pour les femmes de 15 à 25 ans sexuellement actives, y compris les femmes enceintes. Ces nouvelles recommandations s'expliquent par le fait qu'en France la Chlamydia est l'une des IST la plus répandue chez les jeunes femmes.

Cependant, 60 à 70% des jeunes filles ne présentent aucun symptôme et ignorent donc qu'elles sont infectées (35).

L'infection à Chlamydia trachomatis peut être à l'origine de complications sévères chez les femmes : des atteintes inflammatoires pelviennes, des salpingites, une stérilité tubaire et une grossesse extra-utérine.

Le dépistage a donc deux objectifs majeurs :

- Diminuer le risque de complications à long terme chez la femme
- Limiter la propagation de l'infection au sein de la population, grâce à un traitement précoce par antibiotique.

Le dépistage doit être répété chaque année en cas de test négatif et de rapports non protégés avec un nouveau partenaire. Dans le cas d'un test positif, un traitement est donné et un nouveau dépistage est à réaliser à 3-6 mois.

#### **f) Discussion vaccination HPV**

Cette première consultation relative à la contraception peut également être l'occasion de discuter de la vaccination contre les papillomavirus humain (HPV) (13).

Il est indispensable d'expliquer à la jeune fille et ses parents les conséquences d'une infection à HPV et le but de la vaccination anti-HPV.

Les papillomavirus humains (HPV) sont responsables de huit localisations de cancers : le col de l'utérus, l'anus, l'oropharynx, la vulve, le vagin, la cavité orale, le larynx et le pénis (37).

Les papillomavirus humains se transmettent sexuellement et sont fréquents chez les jeunes. Le plus souvent, ils sont éliminés par le système immunitaire. Cependant, lorsque des types à haut risque persistent, ils peuvent être responsables du développement de lésions précancéreuses. Les lésions précancéreuses peuvent évoluer en cancer du col de l'utérus après plusieurs années. Il est difficile de prédire lesquelles évolueront en cancer.

La vaccination anti-HPV a obtenu l'AMM en France fin 2006 et le remboursement début 2007 pour les jeunes filles de 11 à 14 ans en 2 doses, et les jeunes filles de 15 à 19 ans en 3 doses.

La Cochrane rassemble 26 études portant sur 73 428 adolescentes et femmes (38). En conclusion, il a été prouvé avec un haut niveau de certitude que les vaccins anti-HPV protègent contre les lésions précancéreuses du col de l'utérus chez les adolescentes et les femmes qui sont vaccinées entre 15 et 26 ans. Pour le moment, il est encore trop tôt pour évaluer l'impact sur le cancer du col de l'utérus. Celui-ci nécessite un suivi au long cours.

De plus, il faut rassurer la patiente sur les effets indésirables de ce vaccin. Cette méta-analyse de la Cochrane publiée en 2018 montre que les vaccins n'augmentent pas le risque d'événements indésirables graves, de fausse couche ou d'interruption de grossesse. De plus, un rapport de l'ANSM réalisé en 2015, portant sur une cohorte de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans, ne retrouve pas d'augmentation du risque global de développer une maladie auto-immune liée à la vaccination anti HPV, mais une probable augmentation limitée du risque de syndrome de Guillain barré post vaccination (0,7 contre 0,4 pour 100 000 personnes-années).

Cependant, la couverture vaccinale en France reste largement insuffisante. Elle est à l'heure actuelle de moins de 30% (23,7 % des jeunes filles avaient réalisé un schéma complet

à 16 ans en 2018). A noter que depuis le 1er janvier 2021, la vaccination contre les HPV a été étendue à tous les garçons de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible chez les adolescents et les jeunes hommes de 15 à 19 ans révolus (39).

#### **4) Rationnel de cette étude**

Comme vu ci-dessus, les différents éléments à aborder avec la jeune fille mineure lors de cette consultation sont vastes et nécessitent du temps, voire dans certains cas, une 2<sup>ème</sup> consultation dédiée.

C'est pourquoi la cotation de cette consultation a été revalorisée par décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) le 21 juin 2017 et applicable par les médecins généralistes depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017 (40).

La prévention autour de la contraception et des IST reste primordiale et montre son efficacité. En effet, si nous regardons les derniers chiffres, le DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) enregistre en France 232 000 IVG en 2019. Il s'agit du nombre le plus élevé depuis les années 1990. Cette augmentation concerne principalement les 30-34 ans. Au contraire, le taux d'IVG diminue chez les jeunes femmes de moins de 20 ans. Chez les 15-17 ans, il passe de 10,5‰ en 2010 à 5,7‰ en 2019, et chez les 18-19 ans, de 22,2‰ à 16,7‰. Concernant les IST, elles représentent toujours un problème de santé publique du fait de leur fréquence, de leur propagation et de leurs complications. L'enquête Labo IST 2016, publiée par santé publique France, nous fait part d'une recrudescence des IST. En 2016, 267 097 personnes sont diagnostiquées pour une infection à Chlamydia, soit un taux de 491 pour 100 000 habitants. Ce sont les jeunes femmes de 15-24 ans qui sont les plus touchées avec un taux de 2 271 / 100 000. Concernant l'infection à gonocoque, le nombre de diagnostiqués est estimé à 49 628. Les hommes sont plus touchés que les femmes sur l'ensemble du territoire. Ici aussi, la tranche des 15-24 ans est la plus touchée par cette IST (41).

Ces derniers chiffres nous montrent le rôle majeur de la prévention dans ces domaines,

ainsi que le chemin qu'il reste encore à parcourir. Dans ce contexte, il semble judicieux d'évaluer l'impact de la revalorisation financière de la CCP afin de déterminer si ce levier financier est pertinent. La réalisation d'un état des lieux de la CCP aura également pour but de mettre en avant d'éventuels freins. Ces derniers pourraient être à l'avenir des cibles afin d'améliorer la prévention dans ces domaines.

## **II. Matériel et Méthodes**

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, transversale et prospective. Le recueil des données s'est déroulé de décembre 2020 à mars 2021.

Cette étude se concentre sur les médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France soit 5 388 médecins en 2021 (42). Nous avons calculé la taille de notre échantillon à l'aide du logiciel SurveyMonkey en prenant un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 7%, la taille de notre échantillon étant alors de 190 médecins. Dans un premier temps, les médecins généralistes ont été choisis de manière randomisée à partir de l'annuaire santé Améli. Ils ont été contactés un par un par téléphone afin de recueillir leur adresse-mail personnelle. Nous avons inclus les médecins généralistes libéraux installés, en activité et ayant une connexion internet. Les médecins non informatisés, non libéraux ou exerçant une autre spécialité que la médecine générale ont été exclus. Dans un second temps, les médecins ayant accepté de fournir leur adresse-mail ont reçu le lien de notre questionnaire de thèse accompagné d'un mail explicatif.

Ce questionnaire a été enregistré et mis en ligne via le logiciel Limesurvey-CEMG. Il a été élaboré à partir des données de la littérature. Il comprenait 4 parties :

- La première partie avait pour but de recueillir le profil, c'est-à-dire les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes.
- La deuxième partie s'intéressait à la connaissance et à l'utilisation de la cotation CCP.
- La troisième partie était modulable en fonction de l'utilisation ou non de la CCP. Elle

évaluait le déroulement de cette première consultation contraception pour les médecins n'utilisant pas la CCP. Pour les médecins utilisant cette cotation CCP, cette partie évaluait leur pratique avant et depuis la revalorisation de la CCP en novembre 2017.

- Enfin la quatrième partie étudiait l'opinion des médecins généralistes concernant cette cotation CCP et les revalorisations financières en générale.

Un mail explicatif contenant le lien du questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes sur les adresses-mails personnelles précédemment recueillies. La récolte des données a eu lieu du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 31 mars 2021.

Cette étude a été déclarée auprès du délégué à la protection des données de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) de la faculté de médecine de Lille. Elle fait l'objet d'une déclaration portant le n°2020231 au registre des traitements de l'Université de Lille (récépissé en annexe 6).

Cette étude traite de l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce travail n'entrait pas dans le domaine de la recherche impliquant la personne humaine. L'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était donc pas requis. Les réponses à ce questionnaire étaient bien entendu anonymisées. Afin d'assurer une sécurité optimale, les réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

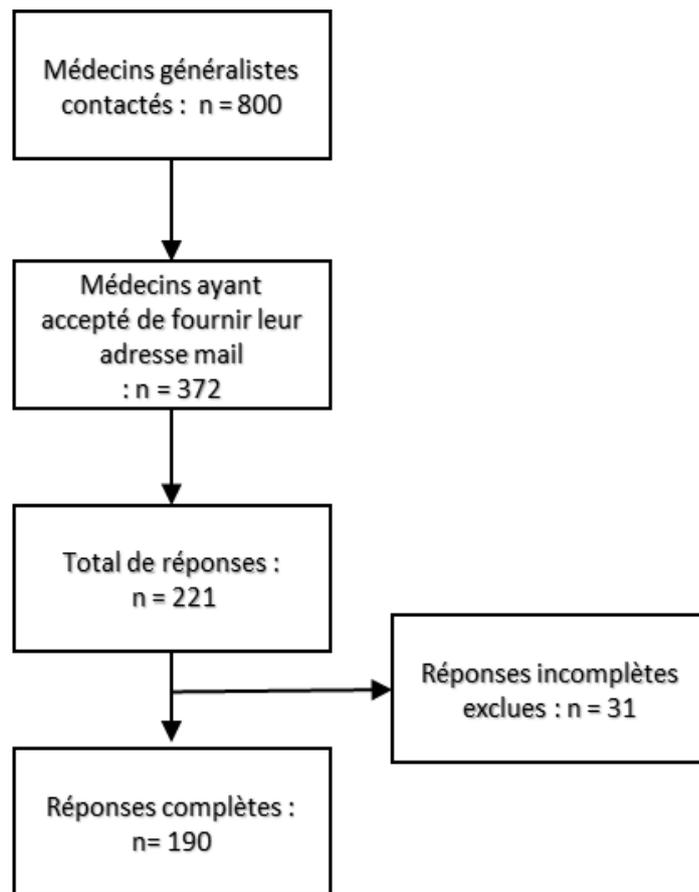
L'objectif principal était d'évaluer l'impact de la mise en place de la CCP sur la pratique des médecins généralistes des Hauts-de-France en matière de contraception et de prévention d'infections sexuellement transmissibles. Un des objectifs secondaires était de réaliser un état des lieux de cette consultation.

Nous avons extrait les données de ce questionnaire via le logiciel Limesurvey CEMG. Puis nous les avons traitées avec le logiciel Excel, où nous avons comparé les variables qualitatives appariées à l'aide du test de Mac Némar Bowker.

### III. Résultats

#### 1) Taux de participation

Notre étude porte sur les médecins généralistes des Hauts-de-France, soit 5 388 médecins en 2021. Nous avons contacté par téléphone 800 d'entre eux et nous avons obtenu l'adresse-mail professionnelle de 372 médecins généralistes.



**Figure 1 : diagramme de flux**

Le taux de participation de cette étude a été de 51% avec un total de 190 réponses complètes exploitables. D'autre part, 31 réponses ont été exclues du fait de leur caractère partiel. Cette distribution est représentée par le diagramme de flux ci-dessus.

#### 2) Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques des médecins généralistes inclus dans cette étude sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Notre population est globalement bien répartie avec une légère majorité masculine avec 51,6% d'hommes. La tranche d'âge la plus représentée est la tranche 30-39 ans avec 45,3 % des réponses. La plupart d'entre eux exercent en cabinet de groupe (52,6% contre 30% en cabinet individuel et 17,4% en maison de santé pluridisciplinaire).

Majoritairement, ils ont une activité libérale exclusive pour 92,6 % d'entre eux. Parmi les médecins sondés, 63 (14 %) sont rattachés à l'université. Parmi eux, 48 sont maîtres de stage universitaire MSU. 12 d'entre eux sont à la fois MSU et enseignants et 3 sont uniquement enseignants. De plus, 27 (14.2%) ont une formation en gynécologie (DIU diplôme inter-universitaire ou AUEC attestation universitaire d'enseignement complémentaire).

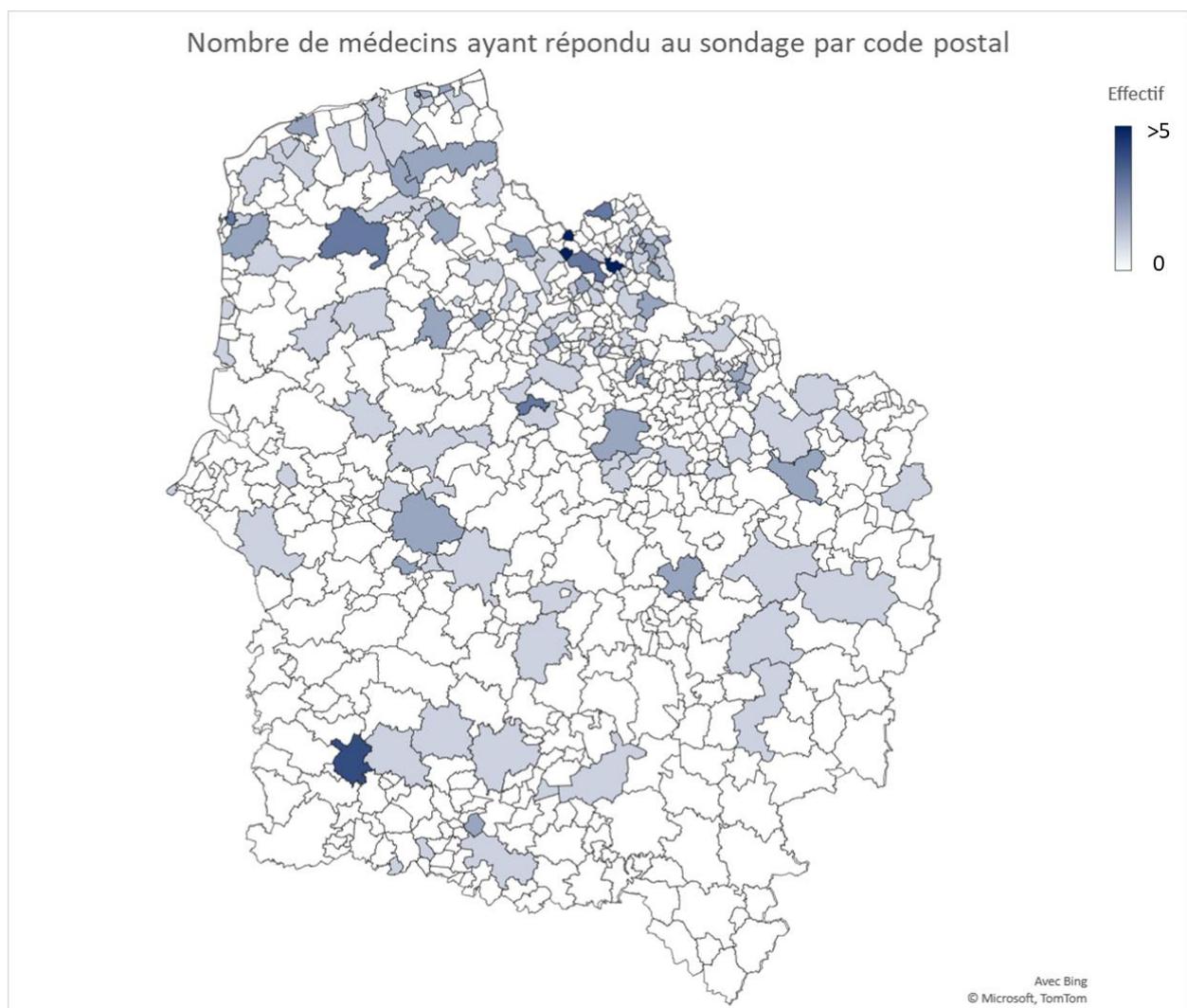
**Tableau 1 : Description des caractéristiques de l'échantillon**

	Effectif complet n = 190 Pourcentage n (%)	Effectif hommes n = 98 Pourcentage n (%)	Effectif femmes n = 92 Pourcentage n (%)
<b>Tranche d'âge</b>			
< 30 ans	6 (3,2)	3 (1,6)	3 (1,6)
De 30 à 39 ans	86 (45,3)	33 (17,4)	53 (27,9)
De 40 à 49 ans	32 (16,8)	16 (8,4)	16 (8,4)
De 50 à 59 ans	29 (15,3)	17 (8,9)	12 (6,3)
60 ou plus	37 (19,5)	29 (15,3)	8 (4,2)
<b>Sexe</b>			
Hommes	98 (51,6)	-	-
Femmes	92 (48,4)	-	-
<b>Départements</b>			
02	6 (3,2)	4 (2,1)	2 (1,1)
59	105 (55,3)	53 (27,9)	52 (27,4)
60	14 (7,4)	9 (4,7)	5 (2,6)
62	52(27,4)	29 (15,3)	23 (12,1)
80	13 (6,8)	3 (1,6)	10 (5,3)
<b>Type d'exercice</b>			
Libéral exclusif	176 (92,6)	94 (49,5)	82 (43,2)
Libéral + hospitalier	6 (3,2)	2 (1,1)	4 (2,1)
Autre	8 (4,2)	2 (1,1)	6 (3,2)
<b>Mode d'exercice</b>			
Cabinet de groupe	100 (52,6)	46 (24,2)	54 (28,4)
Cabinet individuel	57 (30,0)	38 (20,0)	19 (10,0)
Maison de santé pluriprofessionnelle	33 (17,4)	14 (7,4)	19 (10,0)
<b>Rattaché à la faculté de médecine</b>			
Oui	63 (33,2)	36 (18,9)	27 (14,2)
Non	127 (66,8)	62 (32,6)	65 (34,2)
<b>Formation complémentaire en gynécologie</b>			
Oui	27 (14,2)	4 (2,1)	23 (12,1)
Non	163 (85,8)	94 (49,5)	(36,3)

Concernant la répartition dans la région des Hauts-de-France, la majorité des médecins interrogés exercent dans le département du Nord (55,3%).

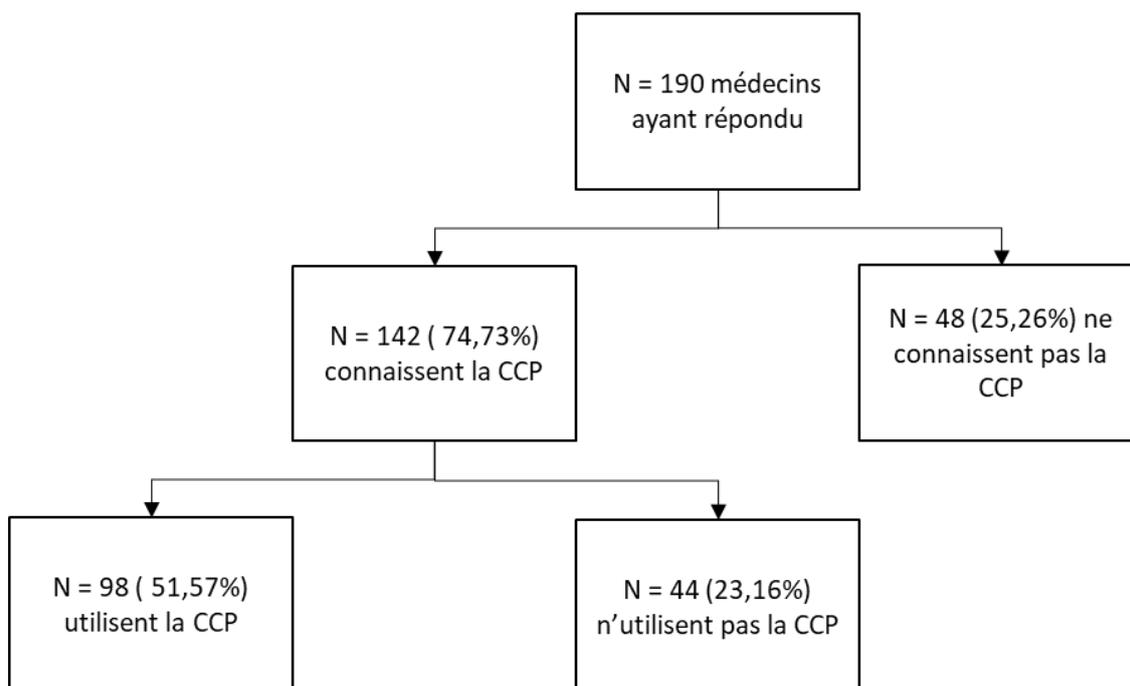
En comparant les codes postaux des médecins interrogés avec les dernières données de l'Insee en matière de densité de population (43), nous constatons que notre population comprend 39% de médecins exerçant en zone à dominante urbaine, 35% en zone à dominante semi-urbaine, et 26% en zone à dominante rurale.

Voici la carte représentant la dispersion géographique des médecins ayant répondu au questionnaire.



**Figure 2 : Dispersion géographique des médecins ayant répondu au questionnaire en fonction du code postal de leur lieu d'exercice**

### 3) Evaluation de la connaissance et de l'utilisation de la CCP



**Figure 3 : Répartition de l'état de la connaissance et de l'utilisation de la CCP**

Parmi les répondants du questionnaire, 74,73% déclarent connaître la CCP et 51,57% affirment l'utiliser. La figure 3 ci-dessus résume cette répartition.

Nous voyons que 44 médecins (23,16%) connaissent la CCP mais ne l'utilisent pas. 35 d'entre eux ne pensent pas à l'utiliser, 7 rencontrent des difficultés avec l'utilisation du logiciel, 3 estiment que c'est une perte de temps et 3 ne se sentent pas assez informés.

### 4) Evaluation de l'impact de l'utilisation de la CCP

Cette évaluation porte sur les 98 médecins ayant déclaré utiliser la CCP (soit 51,57% des répondants).

En s'appuyant sur les réponses du sondage, nous avons comparé l'organisation et le contenu de cette consultation pour la première contraception avant et depuis la mise en place de la cotation CCP. Les tableaux 2 et les figures qui les accompagnent ci-dessous comparent la pratique des médecins généralistes avant et depuis la mise en place de la CCP. Ils mettent

en évidence les potentiels changements significatifs.

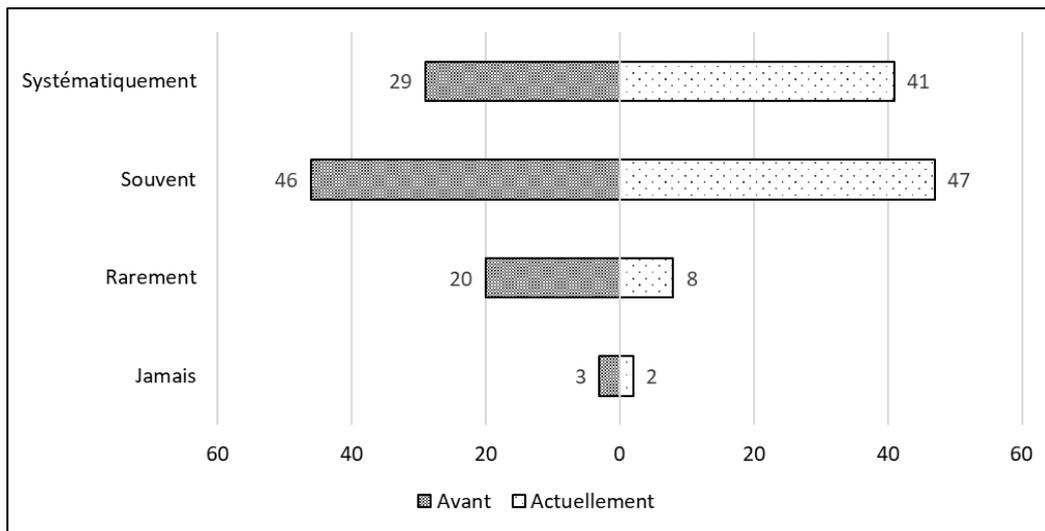
Grâce à ces tableaux, nous constatons que les médecins généralistes ont significativement fait évoluer l'organisation de cette consultation depuis la mise en place de la CCP. En effet, certains médecins ont modifié leur pratique : désormais, 20 médecins proposent plus régulièrement une consultation dédiée ( $p = 0,004$ ) ; 10 consacrent dorénavant une consultation d'au moins 15 minutes ( $p = 0,019$ ) ; 21 proposent plus souvent d'anonymiser la consultation ( $p = 0,005$ ) et 59 proposent davantage le tiers payant intégral ( $p < 0,001$ ).

Cependant, le contenu (c'est-à-dire les informations et messages délivrés) de cette consultation ne semble pas avoir évolué de manière significative depuis la mise en place de la CCP. Seuls certains contraceptifs, tels que les contraceptifs oestroprogestatifs autres que la pilule (patch et anneau vaginal) et la pilule microprogestative, semblent être plus souvent présentés à la patiente.

**Tableaux 2 + figures : Organisation et contenu de la consultation pour la 1<sup>ère</sup> contraception avant et depuis la mise en place de la CCP.**

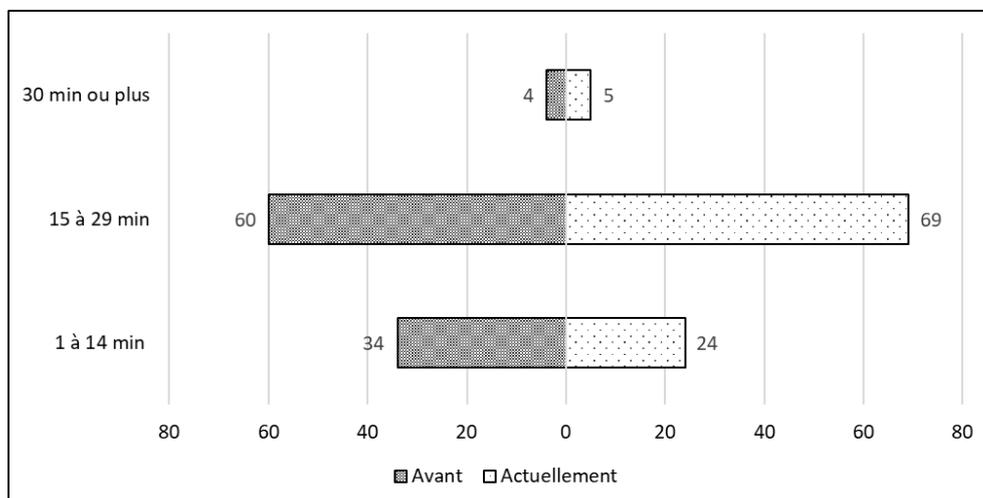
*Prévoyez-vous une consultation spécifique pour la prescription d'une première contraception chez les jeunes filles de 15-18 ans ?*

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement	
AVANT	Jamais	1	1	1	0	3
	Rarement	1	7	6	6	20
	Souvent	0	0	40	6	46
	Systématiquement	0	0	0	29	29
Total		2	8	47	41	98
<b>p</b>		<b>0,004</b>				



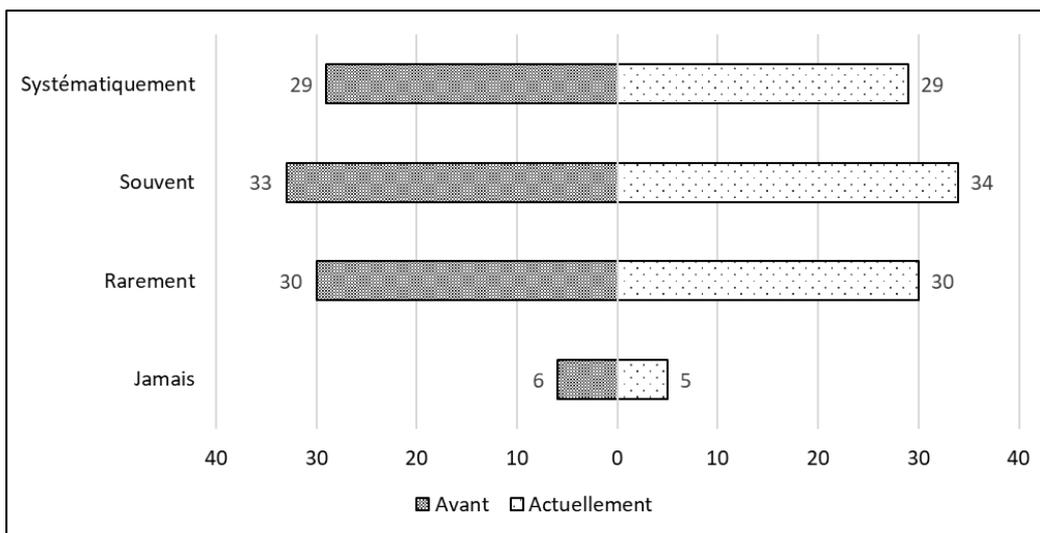
*Quel temps accordez-vous en moyenne à cette consultation ?*

		ACTUELLEMENT			Total
		1 à 14 min	15 à 29 min	30 min ou plus	
AVANT	1 à 14 min	24	9	1	34
	15 à 29 min	0	60	0	60
	30 min ou plus	0	0	4	4
Total		24	69	5	98
<b>p</b>		<b>0,019</b>			



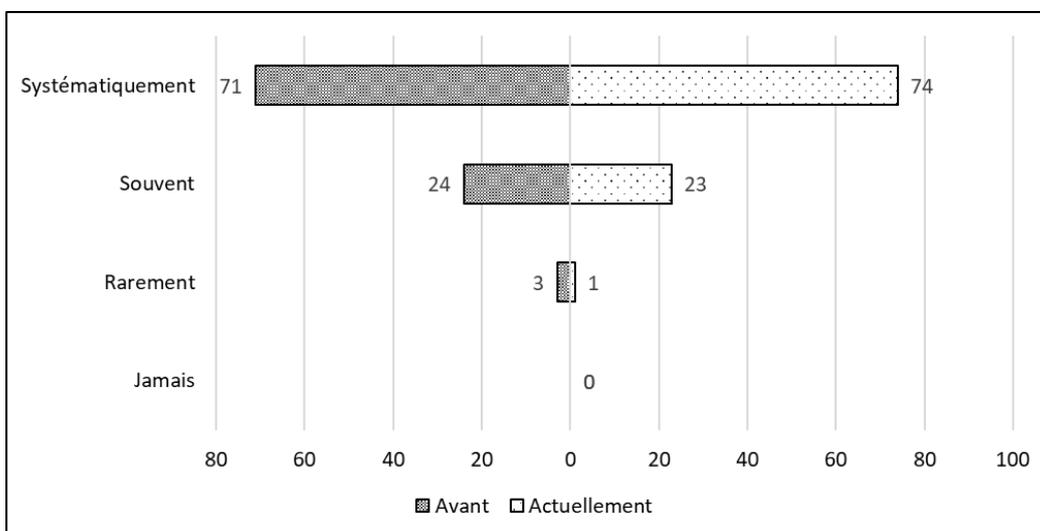
Proposez-vous une partie de la consultation sans présence parentale ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement	
AVANT	Jamais	5	1	0	0	6
	Rarement	0	29	1	0	30
	Souvent	0	0	33	0	33
	Systématiquement	0	0	0	29	29
Total		5	30	34	29	98
p		<b>0,919</b>				



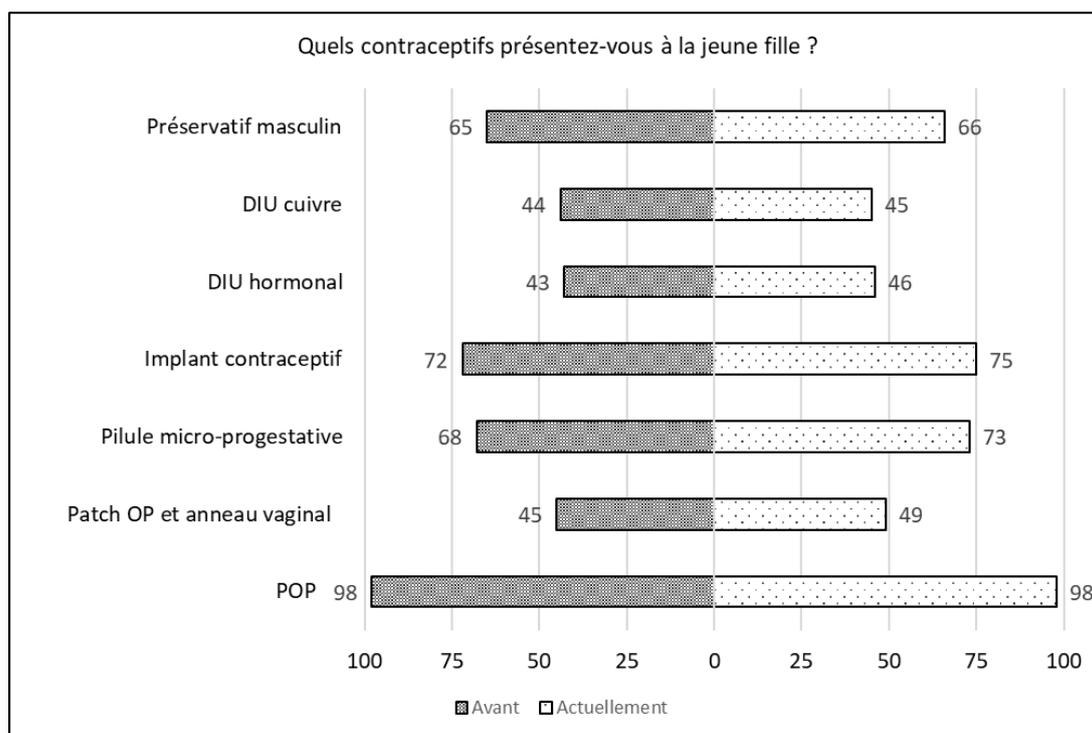
Questionnez-vous la patiente sur ses connaissances, attentes et craintes concernant la contraception ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement	
AVANT	Jamais	0	0	0	0	0
	Rarement	0	1	2	0	3
	Souvent	0	0	21	3	24
	Systématiquement	0	0	0	71	71
Total		0	1	23	74	98
p		<b>0,172</b>				



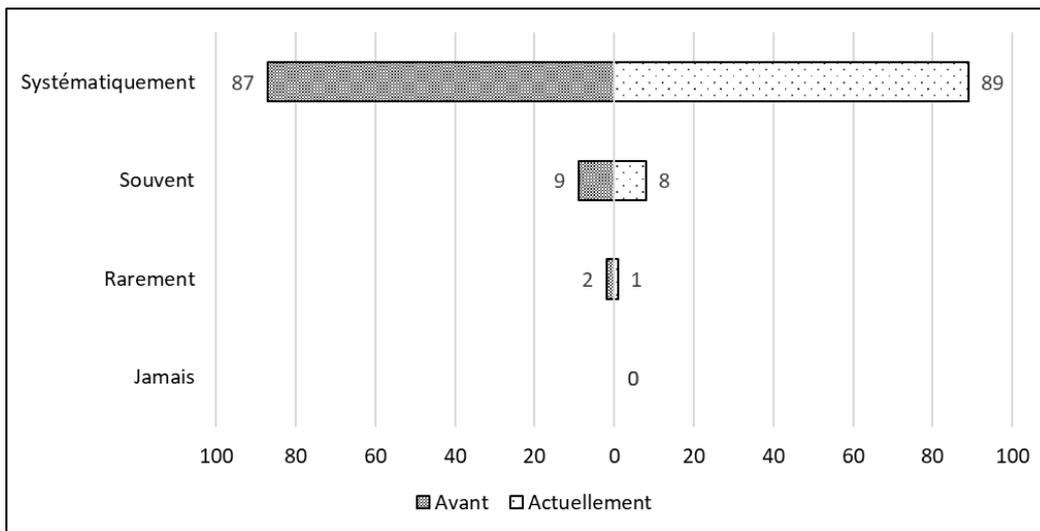
### Quels contraceptifs présentez-vous à la jeune fille ?

Contraceptifs présentés	Avant CCP	Actuellement	p
Pilule oestro-progestative	98	98	1
Contraception oestro-progestative (patch et anneau vaginal)	45	49	0,046
Pilule micro progestative	68	73	0,025
Implant contraceptif	72	75	0,180
DIU hormonal	43	46	0,257
DIU cuivre	44	45	0,564
Préservatif masculin	65	66	0,564



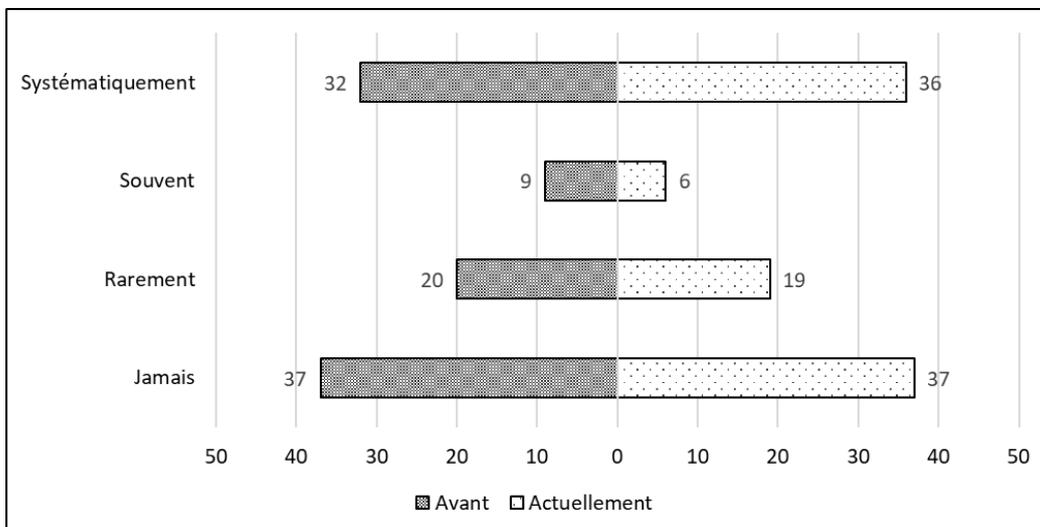
Si la méthode contraceptive choisie est la pilule, abordez-vous la conduite à tenir en cas d'oubli ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systematiquement	
AVANT	Jamais	0	0	0	0	0
	Rarement	0	1	0	1	2
	Souvent	0	0	8	1	9
	Systematiquement	0	0	0	87	87
Total		0	1	8	89	98
p		<b>0,572</b>				



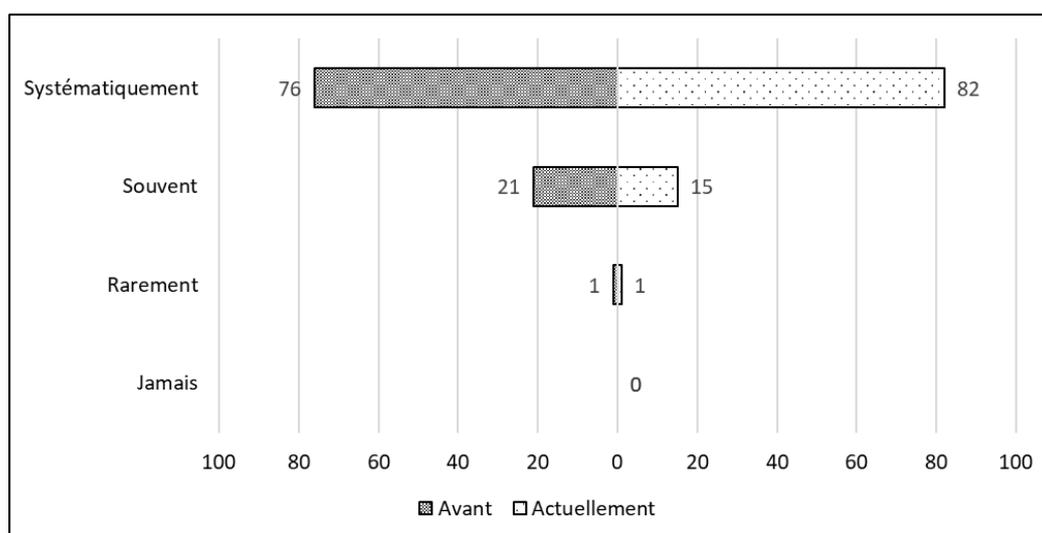
Prescrivez-vous la pilule d'urgence lors de la prescription d'une pilule contraceptive ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systematiquement	
AVANT	Jamais	37	0	0	0	37
	Rarement	0	19	1	0	20
	Souvent	0	0	5	4	9
	Systematiquement	0	0	0	32	32
Total		37	19	6	36	98
p		<b>0,544</b>				



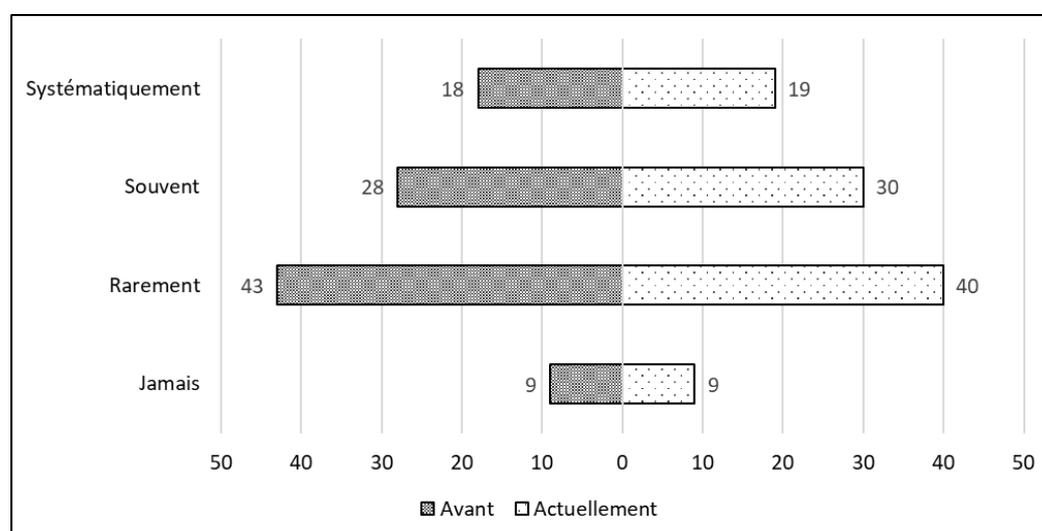
Abordez-vous le sujet des Infections Sexuellement Transmissibles ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systematiquement	
AVANT	Jamais	0	0	0	0	0
	Rarement	0	1	0	0	1
	Souvent	0	0	15	6	21
	Systematiquement	0	0	0	76	76
Total		0	1	15	82	98
p		<b>0,112</b>				



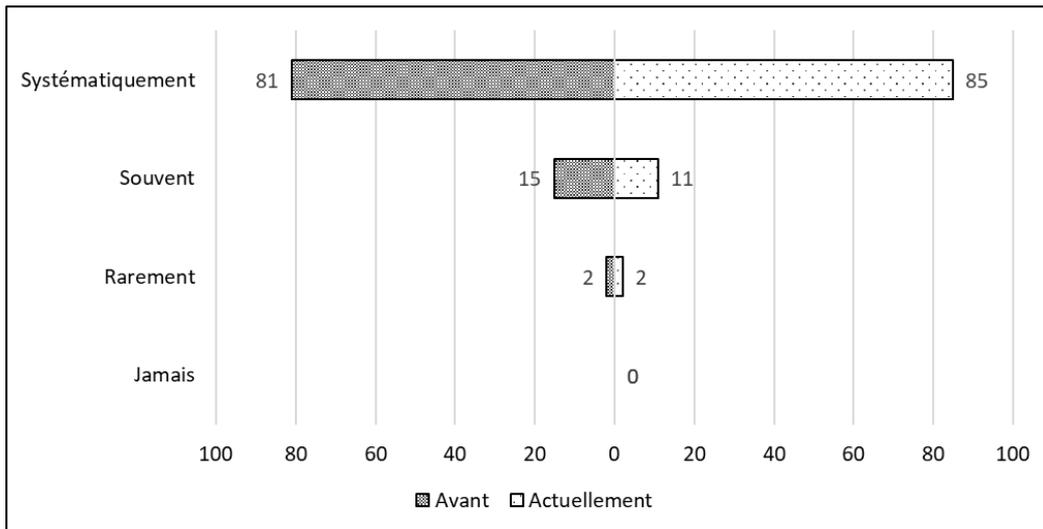
Proposez-vous un dépistage biologique des IST lors de cette consultation ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systematiquement	
AVANT	Jamais	9	0	0	0	9
	Rarement	0	40	3	0	43
	Souvent	0	0	27	1	28
	Systematiquement	0	0	0	18	18
Total		9	40	30	19	98
p		<b>0,677</b>				



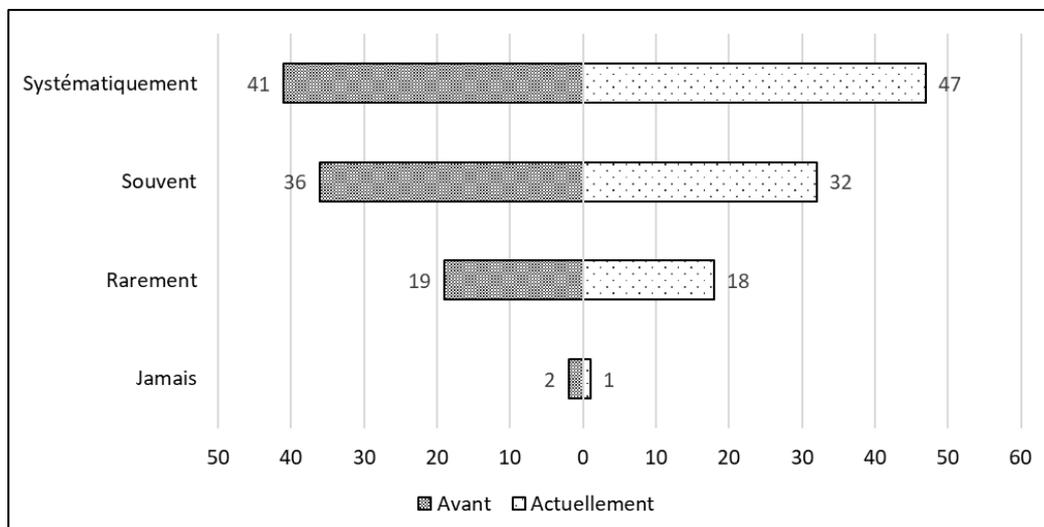
Abordez-vous l'importance de l'utilisation du préservatif dans la prévention des IST en faisant bien la distinction avec la contraception ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement	
AVANT	Jamais	0	0	0	0	0
	Rarement	0	2	0	0	2
	Souvent	0	0	11	4	15
	Systématiquement	0	0	0	81	81
Total		0	2	11	85	98
p		<b>0,261</b>				



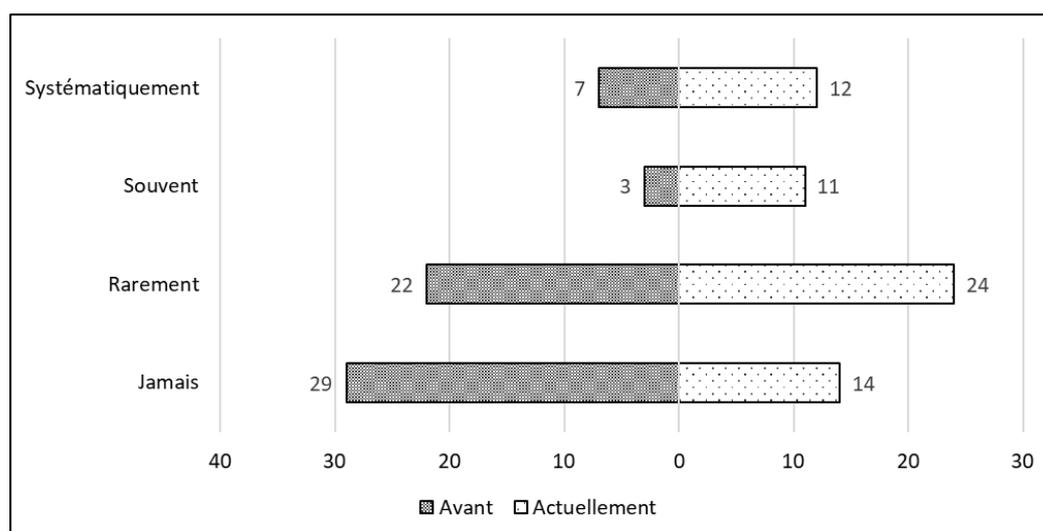
Abordez-vous la prévention du cancer du col de l'utérus avec la vaccination anti-HPV ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement	
AVANT	Jamais	1	1	0	0	2
	Rarement	0	16	1	2	19
	Souvent	0	1	31	4	36
	Systématiquement	0	0	0	41	41
Total		1	18	32	47	98
p		<b>0,321</b>				



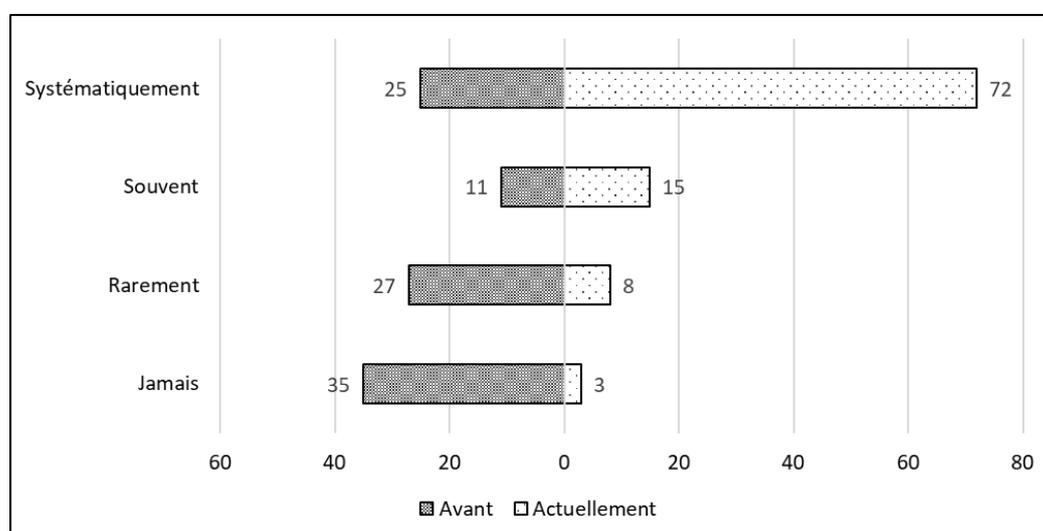
Proposez-vous d'anonymiser la consultation si nécessaire ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement	
AVANT	Jamais	13	8	3	5	29
	Rarement	1	16	5	0	22
	Souvent	0	0	3	0	3
	Systématiquement	0	0	0	7	7
Total		14	24	11	12	61
p		<b>0,005</b>				



Proposez-vous le tiers payant intégral ?

		ACTUELLEMENT				Total
		Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement	
AVANT	Jamais	3	2	6	24	35
	Rarement	0	6	4	17	27
	Souvent	0	0	5	6	11
	Systématiquement	0	0	0	25	25
Total		3	8	15	72	98
p		<b>&lt; 0,001</b>				



## 5) Profil des médecins généralistes en fonction de l'utilisation de la CCP

Le tableau 3 ci-dessous nous renseigne sur le profil des médecins généralistes de notre étude qui utilisent ou non la CCP. Parmi les médecins ayant répondu à notre questionnaire 63% des femmes utilisent la CCP contre 41% des hommes. 67% des médecins travaillant en maison de santé pluridisciplinaire, et 60% travaillant en cabinet de groupe utilisent cette cotation contre 28% en cabinet individuel. De plus nous remarquons que parmi les médecins rattachés à la faculté de médecine en tant que MSU ou enseignant, 59% d'entre eux s'en servent. De même chez les médecins ayant une formation en gynécologie, 70% d'entre eux appliquent la CCP. En ce qui concerne le lieu d'exercice nous constatons que 62% des médecins exerçant en milieu semi-urbain l'utilisent contre 48% en milieu urbain et 43% en milieu rural.

**Tableau 3 : Profil des médecins en fonction de l'utilisation ou non de la CCP**

	N'utilisent pas la CCP n = 92	Utilisent la CCP n = 98	Total n = 190
Tranche d'âge			
< 30 ans	32 (86%)	5 (14%)	37 (100%)
De 30 à 39 ans	24 (28%)	62 (72%)	86 (100%)
De 40 à 49 ans	16 (50%)	16 (50%)	32 (100%)
De 50 à 59 ans	19 (66%)	10 (34%)	29 (100%)
60 ou plus	1 (17%)	5 (83%)	6 (100%)
Sexe			
Féminin	34 (37%)	58 (63%)	92 (100%)
Masculin	58 (59%)	40 (41%)	98 (100%)
Mode d'exercice			
Cabinet de groupe	40 (40%)	60 (60%)	100 (100%)
Cabinet individuel	41 (72%)	16 (28%)	57 (100%)
Maison de santé pluriprofessionnelle	11 (33%)	22 (67%)	33 (100%)
Rattaché à la faculté de médecine			
Non	66 (52%)	61 (48%)	127 (100%)
Oui	26 (41%)	37 (59%)	63 (100%)
Formation complémentaire en gynécologie			
Non	84 (52%)	79 (48%)	163 (100%)
Oui	8 (30%)	19 (70%)	27 (100%)
Densité de population du lieu d'exercice			
A dominante rurale	28 (57%)	21 (43%)	49 (100%)
A dominante semi-urbaine	25 (38%)	41 (62%)	66 (100%)
A dominante urbaine	39 (52%)	36 (48%)	75 (100%)

## **6) Profil des médecins généralistes en fonction de la mise en évidence ou non de changement de pratique depuis la CCP**

Le tableau 4 ci-dessous s'intéresse aux médecins qui appliquent la CCP soit 51,57% (98) des médecins de notre étude. Il met en comparaison le profil des médecins ayant modifié leur pratique depuis l'utilisation de la CCP et le profil de ceux n'ayant pas réalisé de changement malgré son utilisation.

Parmi les médecins utilisant la CCP, nous remarquons que les hommes ont davantage fait évoluer cette consultation que les femmes (75% des hommes contre 66% des femmes).

De même, parmi cette même population, nous constatons que les médecins exerçant en milieu urbain ont davantage changé leur pratique (75% d'entre eux) que ceux exerçant en milieux semi-urbain ou rural (71% et 57%).

Toujours parmi les médecins utilisant la CCP, 78% des praticiens rattachés à l'université ont déclaré avoir fait évoluer leur pratique contre 64% des médecins n'ayant pas de lien avec l'université.

Enfin, 75% des médecins exerçant en cabinet individuel appliquant la CCP ont modifié leur façon de faire, contre 72% des médecins en cabinet de groupe et 59% des médecins en maison pluridisciplinaire.

Ce tableau nous montre les changements de pratique, les médecins appliquant déjà toutes les recommandations avant la mise en place de la CCP n'ont donc pas montré de changement.

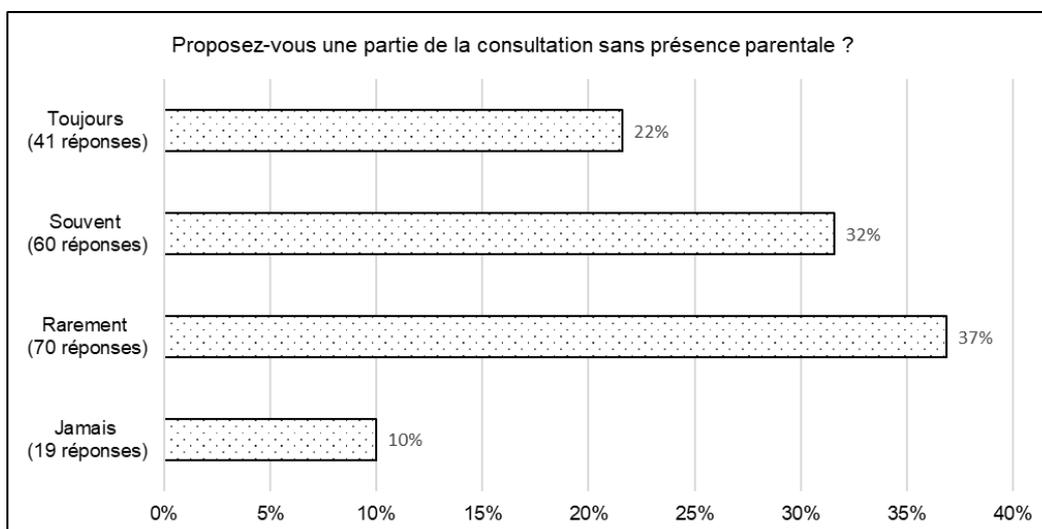
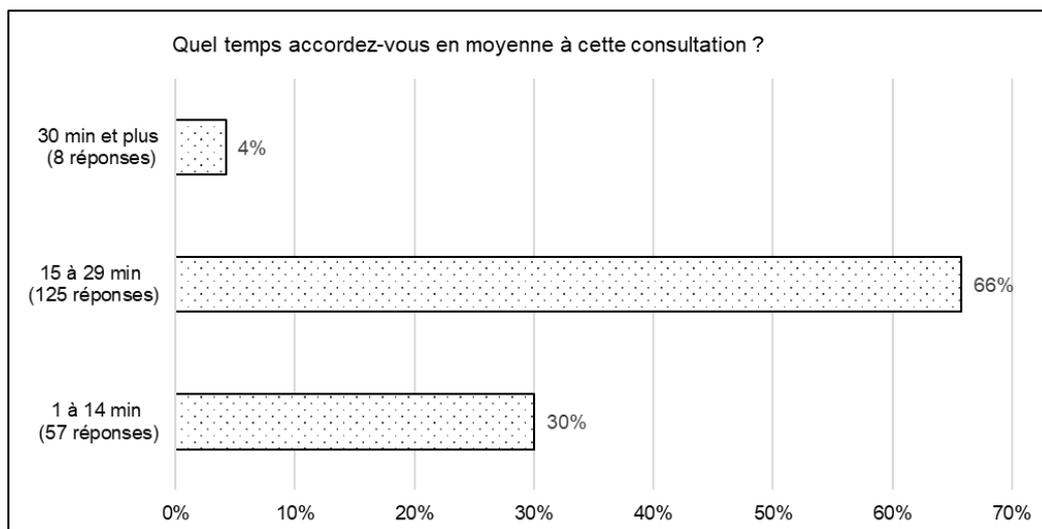
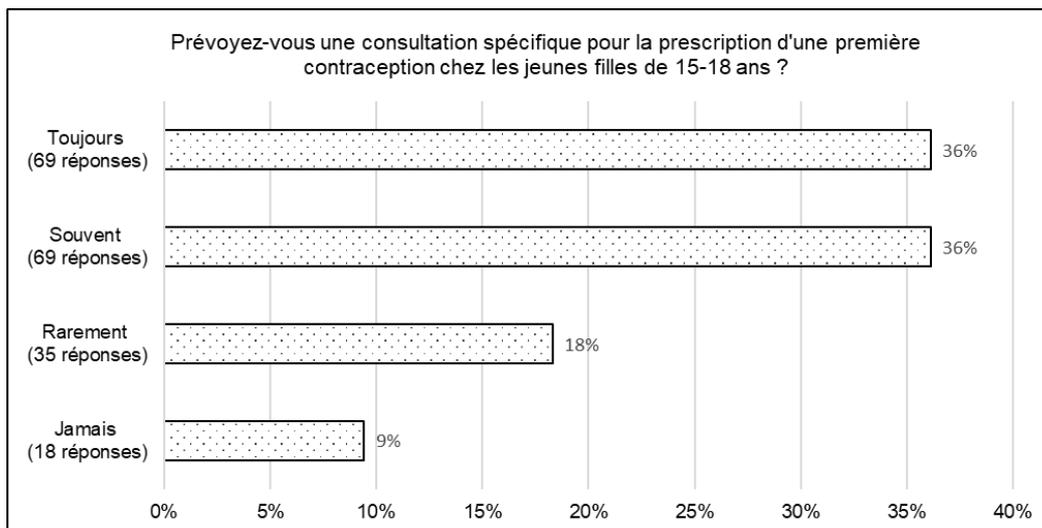
**Tableau 4 : Profil des médecins généralistes en fonction de la mise en évidence ou non de changement de pratique depuis la CCP**

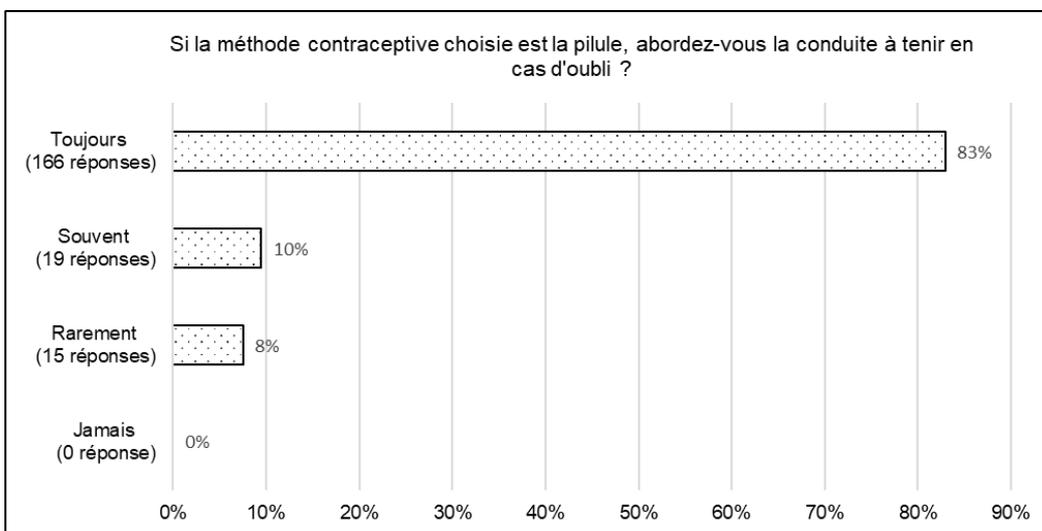
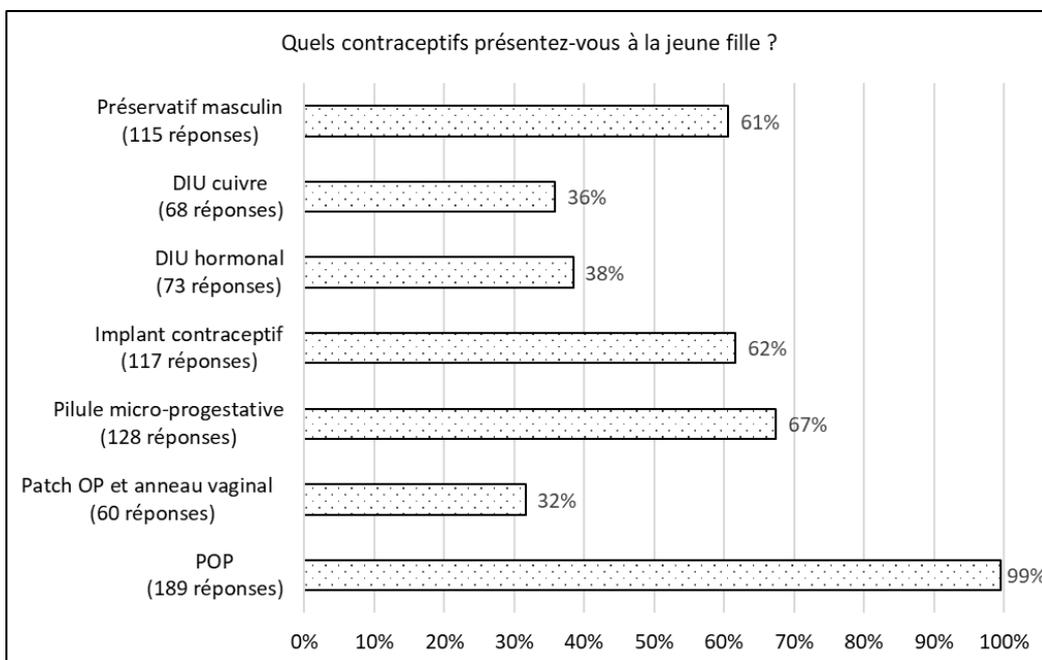
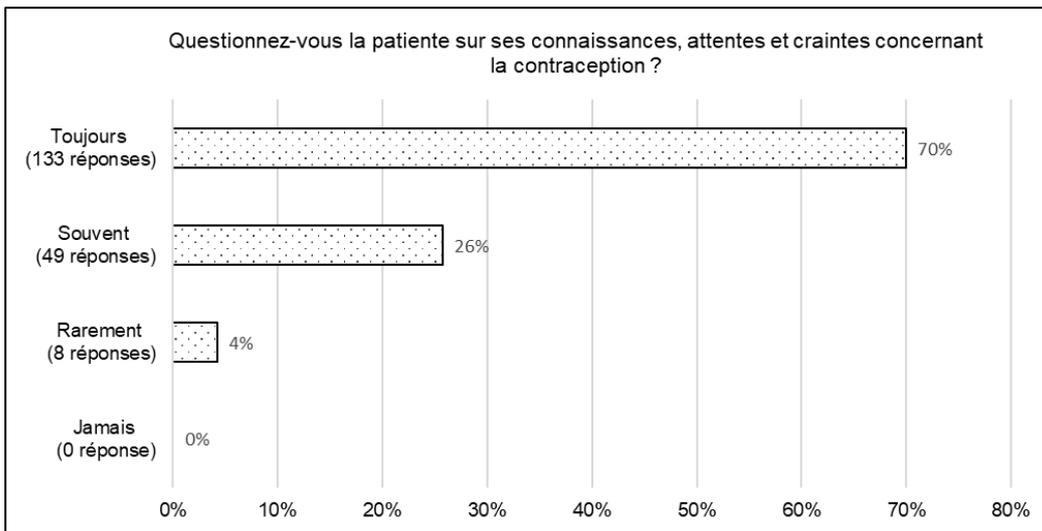
	N'ont pas changé n = 30	Ont changé n = 68	Total n = 98
Tranche d'âge			
< 30 ans	1 (20%)	4 (80%)	5 (100%)
De 30 à 39 ans	22 (35%)	40 (65%)	62 (100%)
De 40 à 49 ans	2 (13%)	14 (88%)	16 (100%)
De 50 à 59 ans	4 (40%)	6 (60%)	10 (100%)
60 ou plus	1 (20%)	4 (80%)	5 (100%)
Sexe			
Féminin	20 (34%)	38 (66%)	58 (100%)
Masculin	10 (25%)	30 (75%)	40 (100%)
Mode d'exercice			
Cabinet de groupe	17 (28%)	43 (72%)	60 (100%)
Cabinet individuel	4 (25%)	12 (75%)	16 (100%)
Maison de santé pluriprofessionnelle	9 (41%)	13 (59%)	22 (100%)
Rattaché à la faculté de médecine			
Non	22 (36%)	39 (64%)	61 (100%)
Oui	8 (22%)	29 (78%)	37 (100%)
Formation complémentaire en gynécologie			
Non	25 (32%)	54 (68%)	79 (100%)
Oui	5 (26%)	14 (74%)	19 (100%)
Densité de population du lieu d'exercice			
A dominante rurale	9 (43%)	12 (57%)	21 (100%)
A dominante semi-urbaine	12 (29%)	29 (71%)	41 (100%)
A dominante urbaine	9 (25%)	27 (75%)	36 (100%)

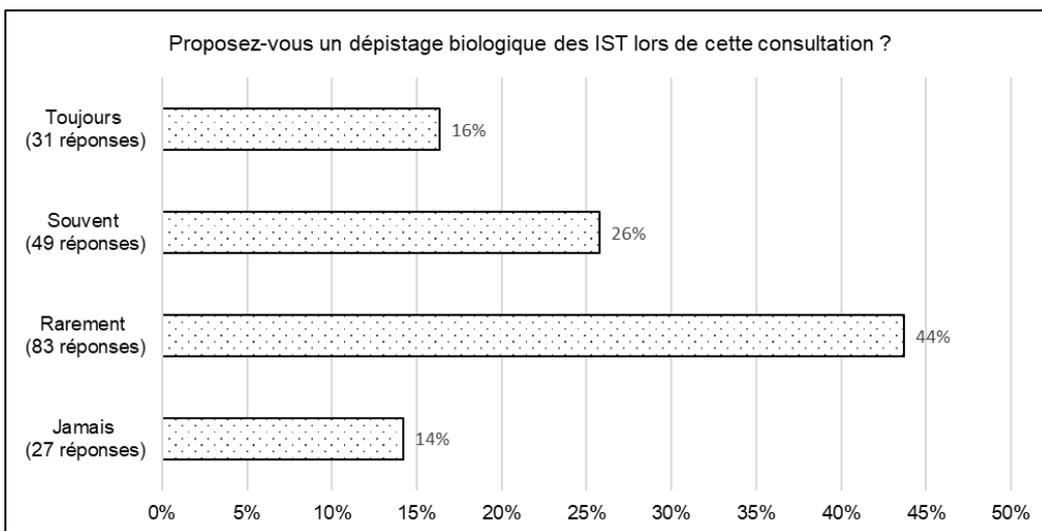
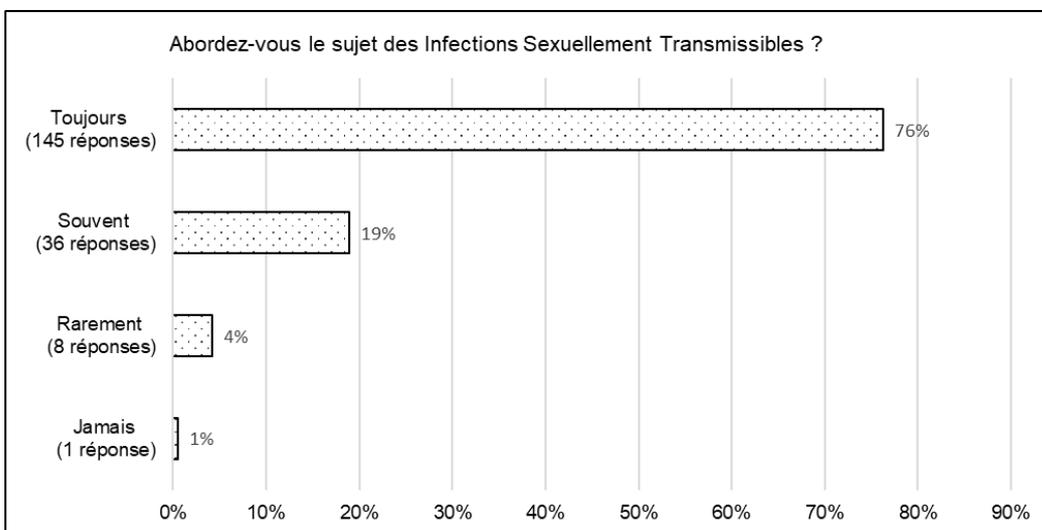
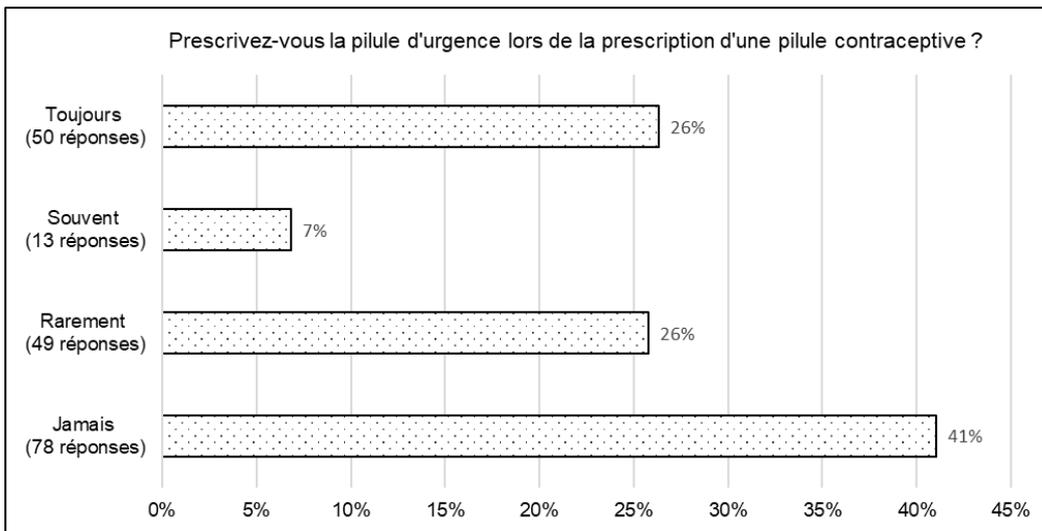
## 7) Etat des lieux du déroulement de la consultation de première contraception et de prévention

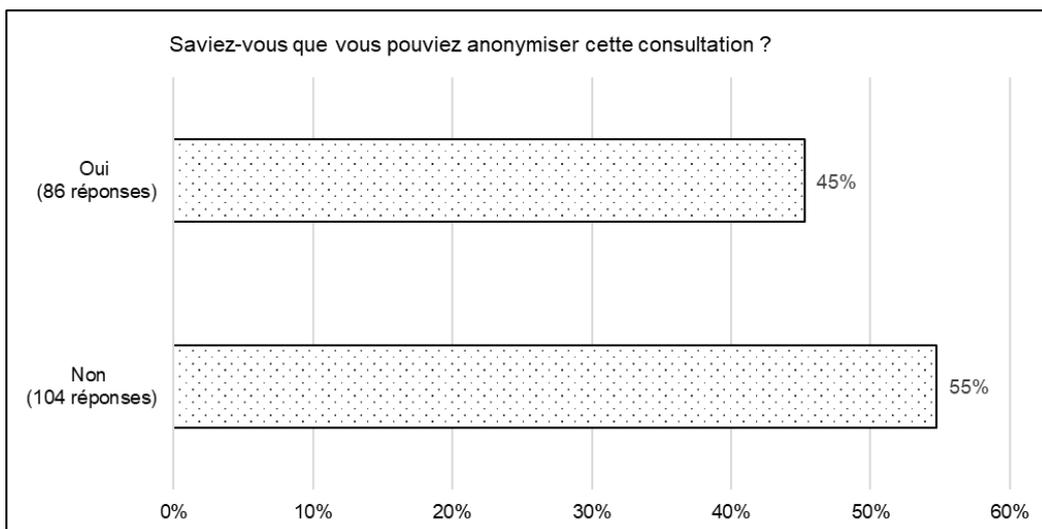
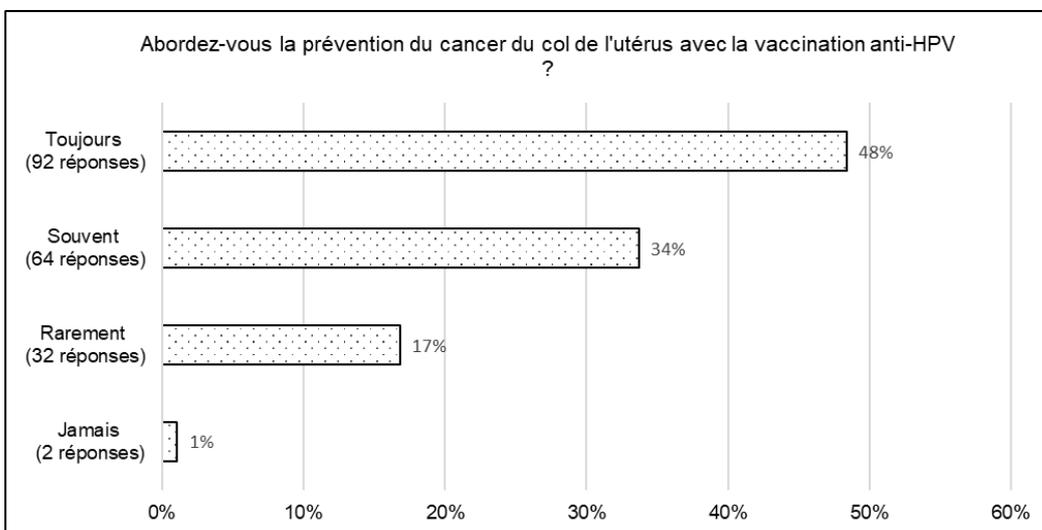
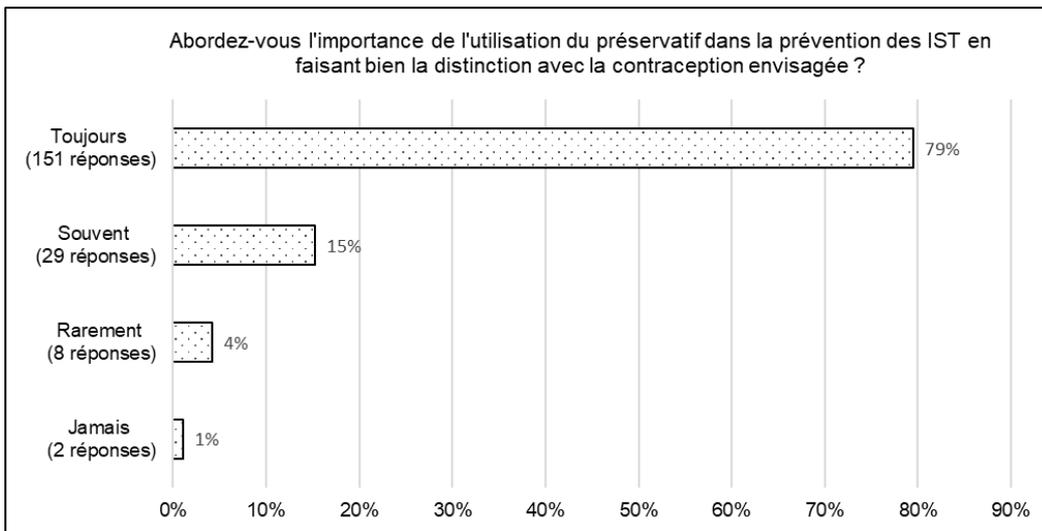
A partir des résultats de notre questionnaire, nous avons pu établir un état des lieux du déroulement et du contenu de cette première consultation pour la contraception chez les 190 médecins sondés. Les figures 4 ci-dessous nous le montrent graphiquement.

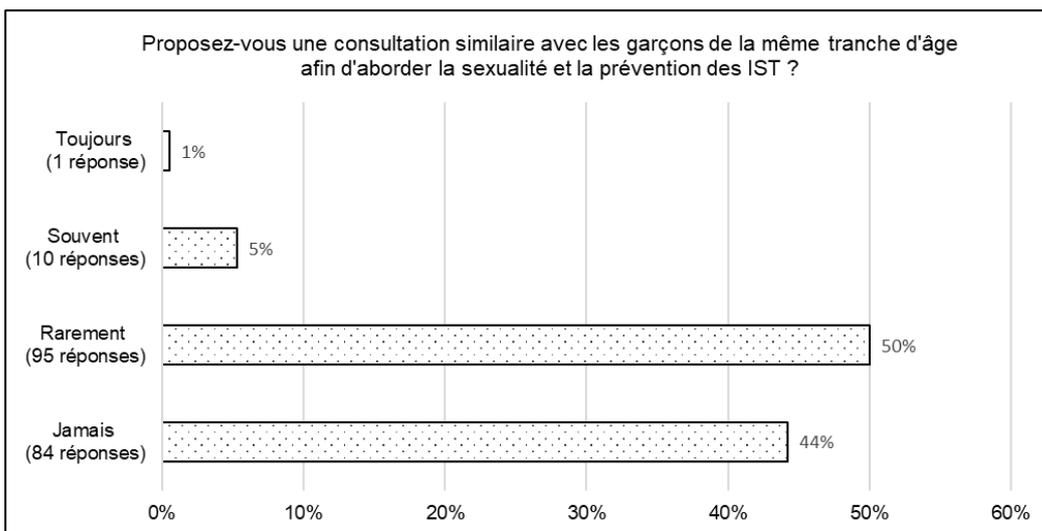
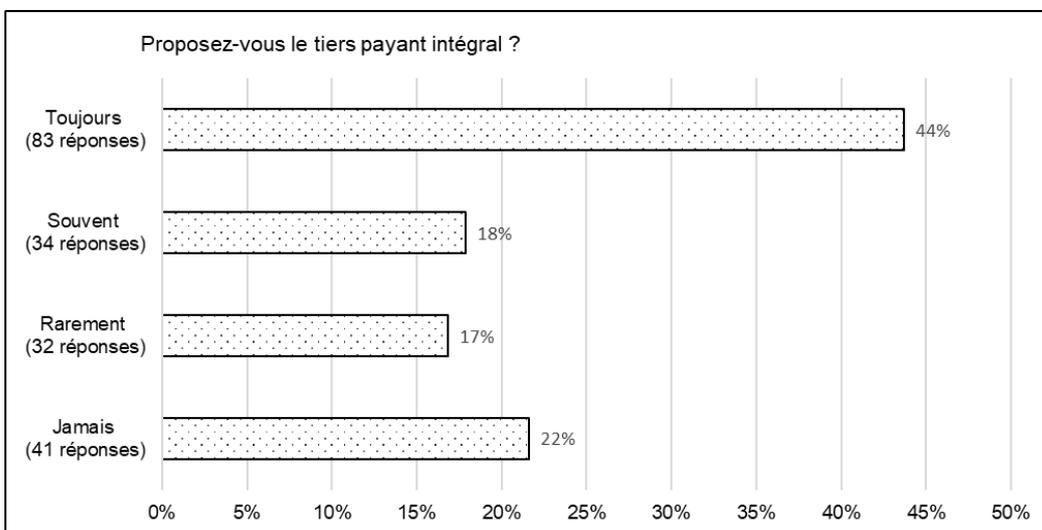
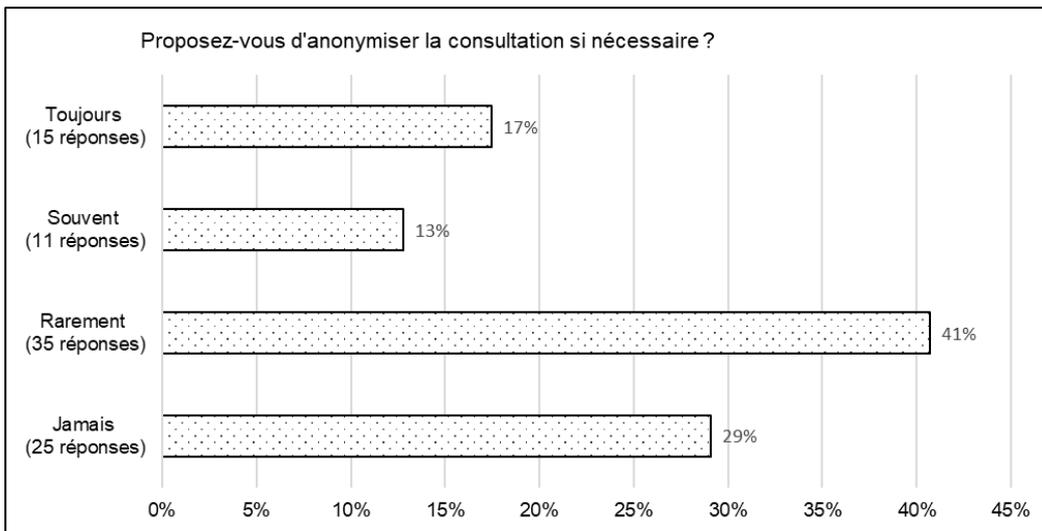
**Figures 4 : Etat des lieux du déroulement de la première consultation contraception et prévention**











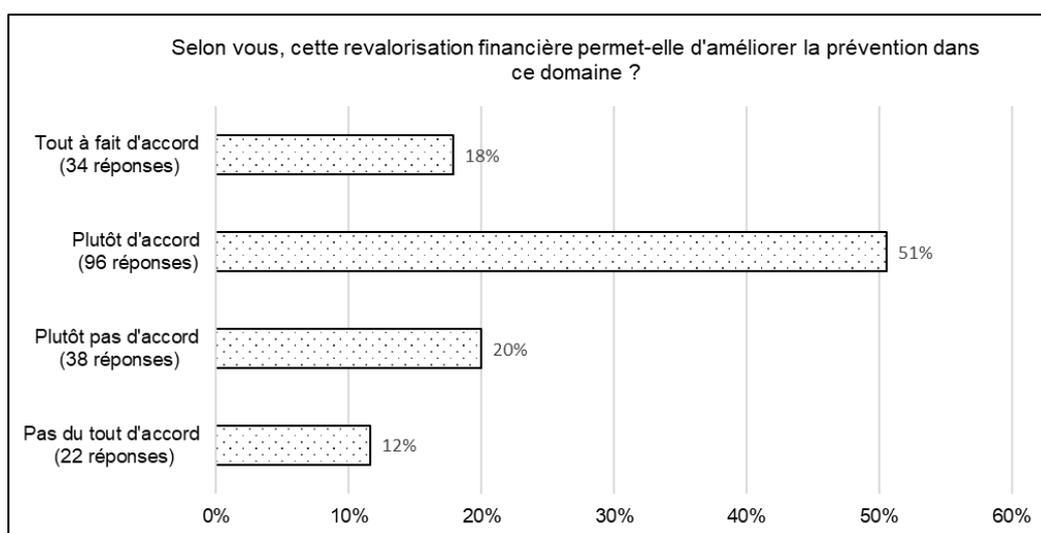
## 8) Opinion des médecins généralistes concernant la revalorisation financière

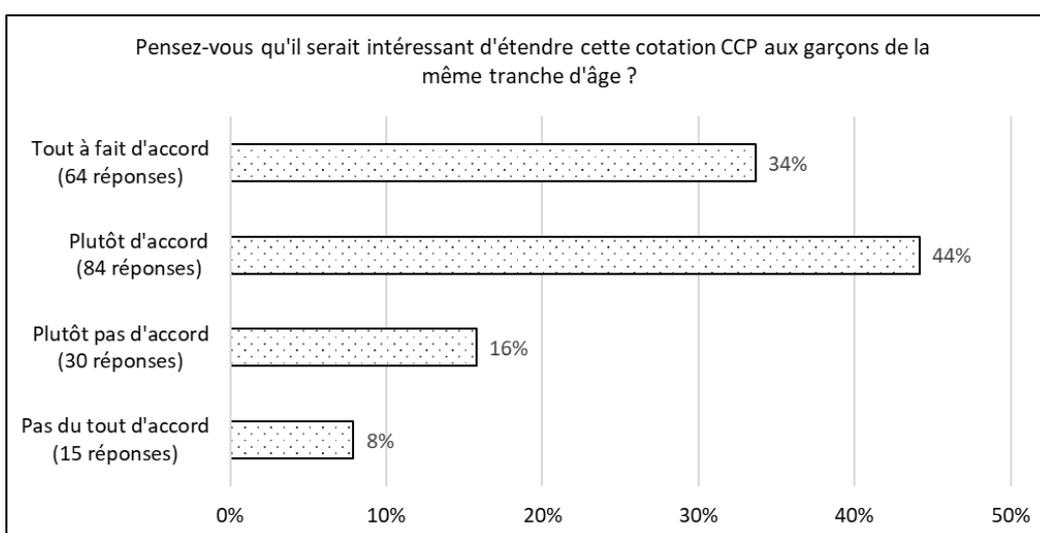
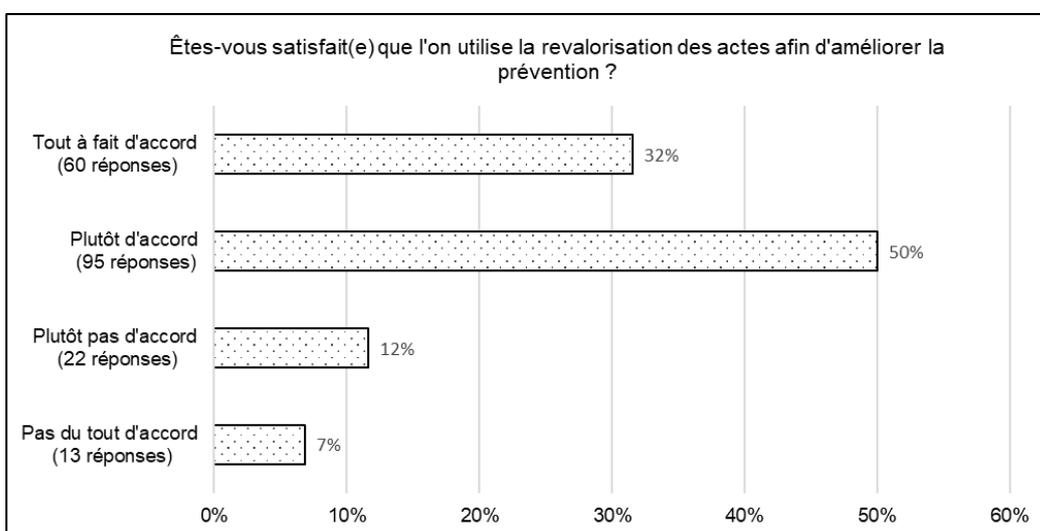
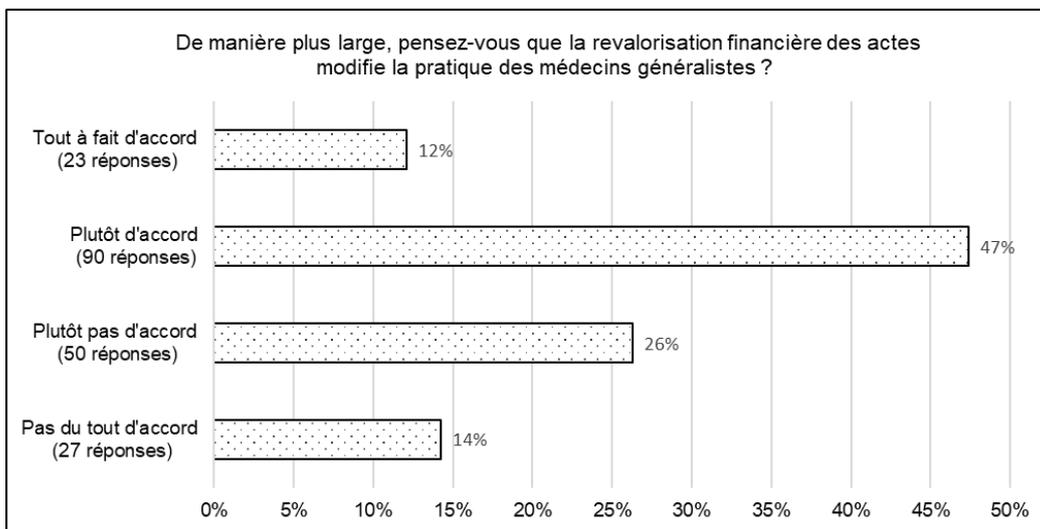
Les figures 5 décrivent l'opinion des médecins généralistes à propos de la revalorisation financière. Une majorité d'entre eux semblent d'accord pour dire que cette revalorisation financière contribue à améliorer la prévention en matière de santé sexuelle. Au total, 69% des médecins sont plutôt d'accord voire tout à fait d'accord avec cela.

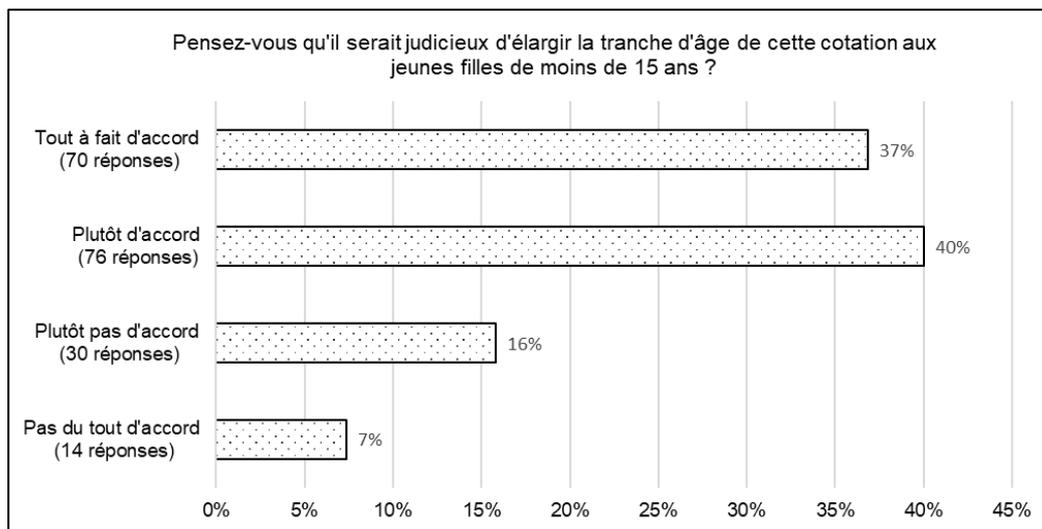
De manière plus large, 59% d'entre eux sont plutôt d'accord voire tout à fait d'accord pour dire que la revalorisation financière a modifié leur pratique. Et 82% d'entre eux semblent satisfaits de l'utilisation de cet outil pour améliorer la prévention.

Concernant plus précisément la CCP, une grande majorité (78 % des médecins) est favorable pour que cette cotation soit étendue aux jeunes hommes mineurs. De plus, 77% d'entre eux approuvent que cette cotation soit étendue aux jeunes filles de moins de 15 ans. Au cours de la réalisation de cette thèse, cette cotation est devenue applicable aux jeunes filles mineures sans âge minimal depuis le décret paru au journal officiel le 27 août 2020.

**Figures 5 : Opinion des médecins généralistes concernant la revalorisation financière**







*\*Au cours de la rédaction de cette thèse, la cotation CCP a été étendue aux jeunes filles mineures de moins de 15 ans, depuis août 2020.*

## IV. Discussion

### 1) Rappel des résultats principaux

#### a) Application limitée de la CCP

Nous avons constaté dans notre étude qu'un peu plus de la moitié des médecins interrogés (51,6%) appliquaient cette cotation. Parmi les médecins ne l'utilisant pas, 25,2% ne la connaissent pas et 23,2% la connaissent mais ne l'appliquent pas pour diverses raisons (oubli, perte de temps, difficulté informatique, etc...).

#### b) L'impact de la CCP

Nous avons mis en évidence dans cette étude des modifications significatives en termes d'organisation. Davantage de médecins réalisent une consultation dédiée, avec un temps imparti plus long. Un nombre plus important de médecins proposent d'anonymiser et de réaliser le tiers payant intégral. Ce sont des points encourageants qui peuvent amener plus facilement la jeune fille à consulter et donc accorder plus de temps pour délivrer les messages de prévention en matière de santé sexuelle. Cependant, ce travail nous montre également que le contenu de cette consultation, c'est-à-dire les messages de prévention et les explications données, n'a pas évolué de manière significative. En effet, pour une majorité des médecins, ce travail était déjà réalisé avant la mise en place de la CCP et n'a pas réellement changé. Nous

pouvons tout de même supposer qu'avec une organisation dédiée à cette consultation, ces derniers ont plus de temps pour réaliser cette prévention, ce qui est probablement gage de qualité.

### **c) Etat des lieux**

A partir de notre questionnaire, nous avons réalisé un état des lieux. Celui-ci est représenté par les figures 4. Nous constatons que pour la plupart des questions, la majorité des médecins délivrent souvent à systématiquement les messages et actes de prévention. Cependant, cet état des lieux nous montre des pistes d'amélioration possibles sous réserve que nous puissions transposer les résultats de notre échantillon à la population générale.

Nous constatons que presque la moitié des médecins (47%) proposent rarement à jamais un temps sans présence parentale ce qui peut être un frein à la communication de la jeune fille.

Concernant la prévention des IST, 58% des médecins proposent rarement à jamais un dépistage des IST. Ce dernier est recommandé dès que la jeune fille est sexuellement active (35) (44).

De plus, 67% des médecins ne prescrivent pas de pilule d'urgence en cas de contraception par pilule.

Si nous nous intéressons aux modalités de cette consultation, 55% des médecins n'ont pour le moment pas connaissance de la possibilité de l'anonymiser, et pour ceux le sachant, 30% le proposent si nécessaire.

Ces différents points pourraient être des pistes afin d'améliorer la prévention dans ce domaine, en sensibilisant les médecins généralistes à ces recommandations.

De plus une très large majorité (94%) ne propose pas de consultation similaire aux jeunes hommes. Or ces derniers sont tout autant concernés par les IST et participent également à la contraception. Il pourrait donc être intéressant de s'interroger sur la prise en charge des jeunes hommes dans ce domaine.

#### **d) Opinions des médecins généralistes**

La plupart des médecins interrogés sont satisfaits de la mise en place de la revalorisation financière et pensent que celle-ci a un impact sur la prévention. Une majorité serait également favorable à étendre cette cotation aux jeunes hommes.

### **2) Forces et limites de l'étude**

Notre étude présente plusieurs biais. Tout d'abord, du fait de notre recrutement, tous les médecins ayant un cabinet non informatisé étaient exclus de l'étude, ce qui crée un premier biais de sélection.

Ce biais est renforcé par la méthodologie employée lors de la prise de contact avec les médecins. A la suite d'un échange téléphonique, certains médecins ont refusé de fournir leur adresse-mail. Beaucoup de facteurs peuvent expliquer ces refus : un emploi du temps chargé, un secrétariat à distance, un désintérêt pour le sujet, une sollicitation importante des thésards. Tout ceci est à l'origine d'un second biais de sélection.

D'autre part, il faut noter que les résultats se basent sur des données déclaratives de la part des médecins généralistes. Un biais d'information ne peut donc être exclu.

Néanmoins, notre étude possède certaines forces : le caractère prospectif de celle-ci ainsi qu'un certain recul grâce au temps écoulé de 4 ans entre la mise en place de la CCP et cette étude.

### **3) Données de la littérature**

#### **a) Les freins à la cotation**

Comme nous l'avons vu dans notre étude, 48,4% des médecins n'utilisent pas la cotation CCP. Parmi eux, 25,2% n'avaient pas connaissance de celle-ci.

Une thèse réalisée en 2015 auprès des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais et une autre en 2017 auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire se sont intéressées aux freins à la cotation des actes en médecine générale (45) (46). Parmi les freins énoncés, ces 2 études retrouvaient la complexité du codage. Un grand nombre des

médecins interrogés souhaitaient une simplification de la cotation des actes, avec un système plus adapté à la médecine générale. Un autre frein mis en évidence était le manque de connaissance et de formation. En effet, notre cursus universitaire n'intègre pas de formation obligatoire et spécifique à la cotation des actes. Actuellement, cette formation se fait le plus souvent de manière informelle lors de nos stages en médecine ambulatoire chez le praticien. D'autres freins étaient soulevés dans ces travaux, tels que l'oubli de coter et le manque d'habitude à utiliser ces cotations. En effet dans notre étude, l'oubli était le principal argument des médecins ayant connaissance de cette cotation pour justifier sa non-utilisation. Les autres arguments cités étaient le manque de temps, des logiciels informatiques peu intuitifs mais nous retrouvions également le frein patient généré par une certaine appréhension à réaliser une consultation plus onéreuse. Globalement, ces deux thèses avaient mis en évidence la sous-utilisation de la cotation des actes en médecine générale. Cependant, elles démontraient que les médecins plus jeunes ainsi que les MSU avaient tendance à les utiliser davantage, ce qui est encourageant pour l'avenir et ce qui permet de supposer que les générations futures seront de plus en plus sensibilisées à l'utilisation de ces cotations.

#### **b) Impact de la revalorisation financière**

Notre étude nous montre que la cotation CCP a permis de modifier de façon significative l'organisation et les modalités de cette consultation. De plus, les médecins interrogés étaient pour la plupart satisfaits de cette revalorisation financière et pensaient que celle-ci avait un impact sur la prévention.

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, de nouvelles cotations telle que la CCP, mais aussi des consultations complexes d'annonce MIS, sont disponibles pour le médecin généraliste. D'autres cotations comme les visites longues VL ont été revalorisées. Elles permettent une meilleure rémunération des praticiens. L'utilisation d'incitations financières pour « récompenser » les médecins de soins primaires sont en augmentation dans un certain

nombre de pays.

Nous pouvons nous poser la question de l'impact de ces revalorisations sur les prises en charge des patients. A l'heure actuelle, les données de la littérature semblent ne pas posséder de preuves suffisantes pour conclure à une réelle réussite de l'utilisation des incitations financières pour améliorer la qualité des soins primaires (47) (48). D'autre part, les incitations financières des médecins généralistes ne sembleraient pas entraîner de modifications de leur pratique sur le long terme (49).

Néanmoins en 2018, une revue de la littérature sur l'utilisation d'incitatifs financiers pour améliorer la qualité des soins retrouvait un pourcentage de résultats positifs et statistiquement significatifs proche de 50% (50).

#### **c) Prise en charge de la santé sexuelle des jeunes hommes**

Notre travail portait essentiellement sur les jeunes femmes. Néanmoins, nous avons jugé utile d'interroger les médecins sur l'intérêt d'une consultation équivalente pour les jeunes hommes. Ces derniers se sont révélés favorables pour 78% d'entre eux. Cependant, dans la pratique, notre étude a montré que seuls 6% des médecins proposaient souvent à systématiquement une consultation similaire pour les jeunes hommes.

Une thèse qualitative réalisée en 2020 s'intéresse à l'abord de la santé sexuelle pour les adolescents garçons en médecine générale (51). Ce travail nous apprend que les médecins généralistes se sentaient concernés par la question de la santé sexuelle pour les adolescents filles ou garçons. Ils avaient un rôle diversifié comprenant l'écoute, l'information, la prévention et la réassurance qui les prédisposaient à ce champ de prévention. Cependant, bien qu'acteurs de cette prévention, ils ne se considéraient pas comme centre du dispositif d'éducation à la santé sexuelle qui se réalise principalement au niveau scolaire.

Un des freins mis en avant par les médecins est le fait de ne voir que rarement les adolescents garçons pour mettre en place un temps dédié à la santé sexuelle. Le baromètre santé 2010 appuie leur ressenti (52). En effet, l'adolescence apparaît comme la période de la

vie où la demande de soins est la plus faible et encore plus chez les garçons.

Les médecins généralistes restent cependant les professionnels de santé les plus sollicités. En moyenne les garçons le voient 2,1 fois par an (53). Il est donc souhaitable de saisir les visites de routine sans motif de pathologie aiguë pour ouvrir sur des sujets tels que la santé sexuelle, la sexualité étant rarement le motif principal de la consultation.

Le travail de recherche bibliographique réalisé nous montre que les jeunes garçons ne sont pas ou peu la cible des campagnes d'information en matière de santé sexuelle. Cette différence hommes / femmes est citée comme un frein pour les médecins généralistes.

En matière de santé sexuelle, les gouvernements, les chercheurs et les cliniciens se sont tous concentrés majoritairement sur les filles et les jeunes femmes. La CCP destinée uniquement aux jeunes filles mineures en est un exemple (54). Ces différences sont dues à la fois à des raisons socioculturelles (le comportement sexuel et ses conséquences ne sont pas perçus de la même manière par nos sociétés pour les femmes et pour les hommes) et à des raisons pragmatiques. En effet, l'implication des femmes dans la grossesse semble plus évidente. La vaccination HPV est un autre exemple qui témoigne de ce décalage. Là encore les recherches et la pratique de la vaccination contre HPV ont pris du retard pour les jeunes hommes. Cependant, l'extension de la vaccination HPV aux jeunes hommes de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 apparaît comme un possible levier pour aborder la santé sexuelle avec ces derniers.

## **V. Conclusion**

Notre étude nous a permis de mettre en évidence des modifications significatives concernant l'organisation et les modalités de cette consultation. Il serait intéressant de déterminer à distance si ces modifications ont un impact sur le nombre d'IVG et IST chez les jeunes filles mineures. Cependant, malgré les opinions positives des médecins généralistes concernant cette revalorisation financière, seuls 51,6% d'entre eux l'appliquent. Il existe de nombreux freins à la cotation des actes. Toutefois, la nouvelle génération semble les appliquer

plus fréquemment. Une majorité d'entre eux souhaiteraient étendre cette consultation aux jeunes hommes mineurs. Il serait intéressant de réaliser une étude sur le souhait des jeunes hommes concernant la prise en charge de la santé sexuelle, ce sujet étant peu abordé.

## VI. Bibliographie

- 1. BOUVIER-COLLE (Marie-Hélène), FONTAINES (Virginie) HD, BOZON (Michel). Santé sexuelle et de la reproduction. Dossier. Santé sexuelle et de la reproduction Dossier [Internet]. 2016; Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=/Hcsp/ADSP/96/ad960959.pdf>
- 2. Légifrance. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
- 3. Légifrance. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 Portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. 74-1026 déc 4, 1974.
- 4. Legifrance. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
- 5. Pavard B, Rochefort F, Zancarini-Fournel M. Les lois Veil. 2012 [cité 11 mai 2021];5-12. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-lois-veil--9782200249489-page-5.htm>
- 6. Legifrance. 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
- 7. Service-public.fr. Contraception : quelle prise en charge pour les mineures ? [Internet]. [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13889>
- 8. MG France.org. La consultation CCP, Consultation de Contraception et Prévention - MG France [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1414-la-consultation-a-46-euros-chez-le-medecin-generaliste-c-est-mg-France>
- 9. Legifrance. Article 47 - LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020
- 10. nomenclature-médecin-généraliste.fr. La consultation de 1ère contraception-prévention [Internet]. NomenclatureMG. 2017 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://nomenclature-medecin-generaliste.fr/la-consultation-de-1ere-contraception-prevention/>
- 11. Legifrance. Article L5134-1 - Code de la santé publique
- 12. FMFpro.org. La contraception gratuite et anonyme des mineures est un casse-tête pour les médecins [Internet]. Fédération des Médecins de France. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/la-contraception-gratuite-et-anonyme-des-mineures-est-un-casse-tete-pour.html>
- 13. Pienkowski C, Cartault A. Contraception de l'adolescente. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie [Internet]. déc 2018 [cité 9 mars 2020];46(12):858-64. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468718918302897>
- 14. Jacot-Guillarmod M, Diserens C. Contraception chez les adolescentes. Forum Médical Suisse [Internet]. 22 mai 2019 [cité 9 mars 2020];19(2122):354-60. Disponible sur: <https://medicalforum.ch/fr/article/doi/fms.2019.08067>
- 15. Garnier F, Bilgorajski C, Vallée J. Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes. 2014;(111):12-9. Disponible sur: <http://www.exercer.fr/numero/111/page/12/>

- 16. Launay M, Demierre M, Jacot-Guillarmod M. Santé sexuelle des adolescentes : comment l'aborder en consultation ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-522/Sante-sexuelle-des-adolescentes-comment-l-aborder-en-consultation>
- 17. HAS , Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes)
- 18. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Contraception [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>
- 19. HAS , Haute Autorité de Santé, Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles)
- 20. Bretin H, Kotobi L. Inégalités contraceptives au pays de la pilule. Agone [Internet]. 29 juin 2016 [cité 21 juin 2021];n° 58(1):123-34. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-123.htm>
- 21. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/trouver-la-bonne-contraception/la-contraception-des-premier-fois/la-premiere-consultation-de-contraception.htm>
- 22. Santé Publique France. Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>
- 23. Vautier V. Comment prescrire une contraception orale chez l'adolescente ? Perfectionnement en Pédiatrie [Internet]. 1 oct 2018 [cité 21 juin 2021];1(3):176-84. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588932X18301025>
- 24. Jamin C. La contraception œstro-progestative [Internet]. REVUE GENESIS. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/la-contraception-oestro-progestative/>
- 25. Dictionnaire médicale de l'académie de médecine. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=Pearl%20%28indice%20de%29>
- 26. Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. Contraception [Internet]. 1 nov 2011 [cité 24 mars 2020];84(5):493-8. Disponible sur: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(11\)00101-6/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(11)00101-6/abstract)
- 27. Base de données publiques des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - DEPO PROVERA [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62429736&typedoc=R>
- 28. Béliard A. Première consultation de contraception chez les adolescents. Rev Med Liège. :6.
- 29. Legifrance. Article L2123-2 - Code de la santé publique
- 30. Ameli.fr. Bons réflexes après une contraception d'urgence [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception-urgence/bons-reflexes-contraception-urgence>

- 31. HAS , Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1754842/fr/contraception-d-urgence](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754842/fr/contraception-d-urgence)
- 32. HAS , Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance)
- 33. Santé Publique France. Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
- 34. Legifrance. Arrêté du 21 novembre 2018 portant inscription du préservatif masculin lubrifié EDEN des Laboratoires MAJORELLE au titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- 35. HAS , Haute Autorité de Santé. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes)
- 36. Ameli.fr. Dépistage des IST [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst/ist/depistage>
- 37. E-cancer.fr. Vaccination contre les HPV et cancers - Infections [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers>
- 38. Cochrane.org. La vaccination contre le HPV pour prévenir le cancer et les changements précancéreux du col de l'utérus [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.cochrane.org/fr/CD009069/GYNAECA\\_la-vaccination-contre-le-hpv-pour-prevenir-le-cancer-et-les-changements-precancereux-du-col-de-l-uterus](https://www.cochrane.org/fr/CD009069/GYNAECA_la-vaccination-contre-le-hpv-pour-prevenir-le-cancer-et-les-changements-precancereux-du-col-de-l-uterus)
- 39. Service-public.fr. Papillomavirus humains (HPV) : la vaccination est étendue aux garçons [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14650>
- 40. Legifrance. 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.
- 41. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/communique-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un>
- 42. Observatoire des territoires-Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=>
- 43. Insee.fr. Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. [cité 10 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/accueil>

- 44. infos-ist.fr. Le site d'information sur les IST [Infections Sexuellement Transmissibles] [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.info-ist.fr/index.html>
- 45. 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] [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/53329204-Freins-a-la-cotation-des-actes-en-medecine-generale-etude-quantitative-aupres-de-1201-medecins-generalistes-des-pays-de-la-loire.html>
- 46. Peltier J. Les freins à l'utilisation de la classification commune des actes médicaux par les médecins généralistes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice] [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2015 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-5461>
- 47. 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.
- 48. Gillam S. Financial incentive schemes in primary care. *JHL* [Internet]. 8 sept 2015 [cité 19 août 2021];7:75-80. Disponible sur: <https://www.dovepress.com/financial-incentive-schemes-in-primary-care-peer-reviewed-fulltext-article-JHL>
- 49. Chauhan BF, Jeyaraman MM, 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.* 5 janv 2017;12(1):3.
- 50. Scott A, Liu M, Yong J. Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care. *Med Care Res Rev.* févr 2018;75(1):3-32.
- 51. Caron T, Viltart L. L'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons en médecine générale. 23 nov 2020 [Thèse d'exercice ] [cité 19 août 2021];86. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116682>
- 52. Santé Publique France. Baromètre santé 2010 [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010>
- 53. Binder P. La consultation de l'adolescent. *LA REVUE DU PRATICIEN.* 2005;5.
- 54. Saewyc EM. What about the boys? The importance of including boys and young men in sexual and reproductive health research. *J Adolesc Health.* juill 2012;51(1):1-2.

## VI. Financement / Conflits d'intérêt

Notre étude n'a bénéficié d'aucun financement.

## VII. Annexe

### Annexe 1 : Modalités de facturation de la CCP

SITUATIONS POSSIBLES	Demande de secret ou non	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
<b>Modalités de rédaction de l'ordonnance</b> pour que la jeune fille bénéficie de la délivrance du contraceptif sans avance de frais en pharmacie et des examens de biologie		
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires	Secret demandé ou non	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u> mentionnant l'identité et l'âge de la mineure + « contraception mineures ». (ces éléments sont protégés par le secret médical et ne doivent être divulgués)
<b>Modalités de facturation de la consultation et des examens de biologie médicale **</b>		
<b>Hypothèse 1</b> La jeune fille mineure est immatriculée personnellement et vous présente sa carte Vitale***  <i>Cas de l'assurée mineure ayant des droits propres</i>	Dans ce cas il n'est pas nécessaire d'assurer le secret	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de la jeune fille mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<b>Hypothèse 2</b> La jeune fille mineure présente :  Sa carte Vitale*** Individuelle à partir de 16 ans, jusqu'à la veille des 18 ans Ou La carte Vitale*** des parents Moins de 16 ans ou si elle n'est pas encore en possession de sa carte Vitale individuelle	Secret non demandé	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de la mineure (ou de l'ouvrant droit) Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
	Secret demandé	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de la mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<b>Hypothèse 3</b> La jeune fille mineure n'a pas en sa possession sa carte Vitale***	Secret demandé ou non	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de la mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

\* Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – Décret N°2016-865 du 29 juin 2016

\*\* les prélèvements éventuellement réalisés par un(e) infirmier(e) obéissent aux mêmes règles de financement \*\*\*ou attestation de droits.

## Annexe 2 : méthodes contraceptives estroprogestives (19)

	<b>Pilule estroprogestative</b>	<b>Patch transdermique : EVRA®</b>	<b>Anneau vaginal : NUVARING®</b>
<b>Utilisation</b>	<p>Soit en continu : 1 comprimé (cp) tous les jours : plaquette de 28 cp pas d'arrêt. (4 ou 7 derniers cp sont des placebo) Soit en discontinu 1 cp/ j pendant 21j puis arrêt de 7 jours.</p> <p>1<sup>ère</sup> utilisation : Efficace de suite si le 1<sup>er</sup> cp est pris le 1<sup>er</sup> jour des règles. Si pris à n'importe quel moment du cycle combiné avec préservatif les 7 premiers jours.</p>	<p>Composé de Norelgestromine + éthinylestradiol</p> <p>Dispositif transdermique, il doit être appliqué et laissé en place pendant une semaine complète, trois semaines successives, puis suivi d'une semaine sans patch. Il doit être appliqué sur la peau propre, glabre et saine en évitant les zones de friction. A chaque nouvelle pose il est recommandé de changer de zone.</p>	<p>Composé de Ethinylestradiol + étonogestre</p> <p>1 anneau pendant 3 semaines sans interruption puis une semaine de pose</p> <p>1<sup>ère</sup> pose le 1<sup>er</sup> jour des règles, ou à n'importe quel moment mais avec protection par préservatif pendant 7 jours</p>
<b>Efficacité théorique (IP) / Efficacité en pratique</b>	0,3/ 8	0,3/8	0,3/8
<b>Mode d'action</b>	<p>Inhibition de l'ovulation</p> <p>Modification de la glaire cervicale (imperméable à la migration des spermatozoïdes)</p> <p>Modification de l'endomètre (impropre à la nidation)</p>	<p>Inhibition de l'ovulation</p> <p>Modification de la glaire cervicale</p> <p>Modification de l'endomètre</p>	Inhibition de l'ovulation
<b>Suivi</b>	<p>Faire un bilan biologique systématique à la mise en route de la contraception (exploration d'une anomalie lipidique + glycémie à jeun) A renouveler tous les 5 ans, si ces examens sont normaux</p>		

	<b>Pilule estroprogestative</b>	<b>Patch transdermique : EVRA</b>	<b>Anneau vaginal : NUVARING</b>
<b>Contre-indication absolues</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antécédent personnel ou familial au 1<sup>er</sup> degré de thrombose veineuse ou artérielle.</li> <li>▪ Hypertension artérielle non contrôlée</li> <li>▪ Affections hépatiques sévère ou récente</li> <li>▪ Hémorragies génitales non diagnostiquées ;</li> <li>▪ Tumeur maligne connue ou suspectée du sein, de l'utérus ou autre</li> <li>▪ Lupus évolutif, connectivites, porphyries</li> <li>▪ Valvulopathies, troubles du rythme thrombogènes</li> <li>▪ Diabète avec symptômes vasculaires micro ou macro-angiopathie</li> <li>▪ Affections vasculaires, cardiaques, cérébrales ou oculaires ;</li> <li>▪ Prédisposition génétique ou acquise aux thrombose veineuse ou artérielle</li> <li>▪ Tumeur hypophysaire</li> </ul>		
<b>Effets indésirables</b>	<p>Sur risque thrombo-embolique artériel et veineux</p> <p>Augmentation potentiel du risque de cancers du sein, du col utérin, des cancers et tumeurs bénignes du foie</p>		
<b>Inconvénient</b>	<p>Inobservance</p> <p>Risque d'inefficacité si vomissement ou diarrhée</p>	<p>Inesthétisme</p> <p>Risque de décollement</p>	<p>Peut-être gênant lors des rapports sexuels</p>
<b>Prix moyen et remboursement</b>	<p>1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> générations remboursée à 65% par la sécurité sociale</p>	<p>Non remboursable. En moyenne 10 à 15 € pour une boîte de 3 patchs (1 mois)</p>	<p>Non remboursable. En moyenne 10 à 15 € pour 1 mois</p>

### Annexe 3 : Méthodes contraceptives de longue durée d'action (LARC) (19)

	<b>Implant sous cutanée NEXPLANON®</b>	<b>DIU au lénovogestrel</b>	<b>DIU au cuivre</b>
<b>Utilisation</b>	<p>Composition : un progestatif : etonorgestrel</p> <p>Inséré en sous-cutané sous la peau dans le bras non dominant. La pose et le retrait doivent se faire dans des conditions d'asepsie, par un professionnel de santé Il est fonctionnel pendant 3 ans maximum.</p> <p>Le changement est recommandé avant 3 ans en cas de surpoids</p>	<p>Possible chez toutes les femmes, nullipares et nulligestes compris</p> <p>Avant toute pose : Eliminer une éventuelle grossesse, une maladie inflammatoire pelvienne et une grossesse extra-utérine Recherche des infections à gonocoque et chlamydia trachomatis si présence de facteurs de risques infectieux Réaliser un examen gynécologique (taille, forme et position de l'utérus) +/- hystérométrie</p> <p>Pose de DIU : respect des conditions d'hygiène rigoureuses, pose de préférence en 1<sup>ère</sup> partie de cycle</p> <p>Fonctionnel pendant 5 ans (sauf DIU hormonal JAYDESS® mis en place pendant 3 ans maximum)</p>	
<b>Efficacité théorique (IP) / Efficacité en pratique</b>	0,05 / 0,05	0,2/0,2	0,6/0,8
<b>Mode d'action</b>	<p>Inhibition de l'ovulation</p> <p>Modification de la glaire cervicale</p>	<p>Modification de la glaire cervicale</p> <p>Effet local du DIU sur l'endomètre et prévention de la prolifération de l'endomètre</p>	<p>Inflammation locale de l'endomètre</p> <p>Effet cytotoxique du cuivre à l'origine d'une altération des spermatozoïdes, entraînant ainsi une inhibition de la fécondation</p>
<b>Suivi</b>	/	<p>Suivi 1 à 3 mois après la pose</p> <p>Puis une fois par an, pour vérifier la bonne tolérance et la position du DIU</p>	

	<b>Implant sous cutanée NEXPLANON®</b>	<b>DIU au lévonogestrel</b>	<b>DIU au cuivre</b>
<b>Contre indications absolues</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accident thromboembolique veineux évolutif</li> <li>▪ Présence ou antécédent de tumeurs du foie</li> <li>▪ Antécédent d'affection hépatique sévère</li> <li>▪ hémorragies génitales non diagnostiquées</li> <li>▪ Tumeurs malignes, connues ou suspectées, sensibles aux stéroïdes sexuels</li> <li>▪ Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients de NEXPLANON®</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ toute grossesse suspectée ou avérée</li> <li>▪ infection puerpérale en post-partum en post-abortum</li> <li>▪ fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine</li> <li>▪ cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours</li> <li>▪ tuberculose génito-urinaire avérée</li> <li>▪ hypersensibilité au cuivre (pour DIU au cuivre) ou lévonogestrel (pour DIU à la progestérone) ou à l'un des composants du dispositif</li> <li>▪ cancer du col utérin, de l'endomètre</li> <li>▪ malformation utérine</li> <li>▪ période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement</li> <li>▪ maladie inflammatoire pelvienne en cours</li> <li>▪ saignements vaginaux inexpliqués</li> <li>▪ maladie trophoblastique gestationnelle maligne</li> </ul> <p>Pour DIU au progestatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tumeurs sensibles aux progestatifs (cancer du sein, ovaire, endomètre)</li> <li>▪ affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique</li> <li>▪ phlébite, embolie pulmonaire évolutifs</li> </ul>	
<b>Effets indésirables</b>	Aménorrhées irrégularités menstruelles spottings	Trouble du cycle : aménorrhée, spotting, métrorragies  Infection utéro annexielle  Risque de perforation utérine à la pose	Règles plus abondantes, hémorragiques, ménorragies  Infection utéro annexielle  Risque de perforation utérine à la pose
<b>Remboursement et prix moyen</b>	En moyenne 100€ remboursé à 65 % par la sécurité sociale	En moyenne 100€ remboursé à 65 % par la sécurité sociale	En moyenne 30 € remboursé à 65 % par la sécurité sociale

#### Annexe 4 : méthodes contraceptives hormonales progestatives (19)

	<b>Pilule micro progestative</b>	<b>Injection intramusculaire</b>
<b>Utilisation</b>	<p>Composition : désogestrel (CERAZETTE®) ou lévonorgestrel (MICROVAL®).</p> <p>1 cp par jour à prendre à heure fixe.</p> <p>Cerazette tolère 12h d'oubli contre 3h pour Microval</p>	<p>Composition : Acétate de médroxyprogestérone (DEPO PROVERA®)</p> <p>Une injection en intra musculaire tous les 3 mois</p> <p>Elle n'est pas recommandée à l'adolescente et aux femmes avec des facteurs de risque d'ostéoporose</p>
<b>Efficacité théorique (IP) / Efficacité en pratique</b>	<p>0,3/8</p> <p>Efficacité diminuée en cas d'oubli, de retard de prise, de vomissement ou diarrhée ou d'association avec inducteur enzymatique</p>	<p>0,3/3</p>
<b>Mode d'action</b>	<p>Modification de la glaire cervicale</p> <p>Inhibition de l'ovulation en fonction du progestatif (Cerazette®)</p>	<p>Inhibition de l'ovulation par action antigonadotrope</p> <p>Modification de la glaire cervicale</p> <p>Inhibition de la nidation au niveau de l'endomètre</p>
<b>Principales contre-indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accident thromboembolique veineux évolutif</li> <li>▪ Tumeurs malignes, connues ou suspectées, sensibles aux stéroïdes sexuels</li> <li>▪ Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients</li> <li>▪ Prise d'un inducteur enzymatique</li> <li>▪ Présence ou antécédent de tumeurs du foie</li> <li>▪ Antécédent d'affection hépatique sévère</li> <li>▪ hémorragies génitales non diagnostiquées</li> </ul>	<p>Idem que la pilule microprogestative :</p> <p>Auquel s'ajoute :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ certaines maladies cardiaques ou vasculaires : l'hypertension artérielle,</li> <li>▪ diabète,</li> <li>▪ obésité</li> <li>▪ allaitement.</li> <li>▪ fibrome utérin</li> </ul>
<b>Effets indésirables</b>	<p>Trouble du cycle : aménorrhée, spotting, métrorragies</p>	<p>Trouble du cycle : aménorrhée, spotting, métrorragies</p> <p>Le retour à la fertilité peut être différé de 3 à 12 mois</p> <p>Diminution de la densité minérale osseuse</p>
<b>Remboursement et prix moyen</b>	<p>Remboursement à 65 % par la sécurité social</p>	<p>En moyenne 3.50 € l'injection remboursé à 65 % par la sécurité sociale</p>

## Annexe 5 : Méthodes contraceptives barrières (19)

	<i>Utilisation</i>	<i>Efficacité théorique (IP) / Efficacité en pratique</i>	<i>Prix et remboursement</i>
<b><i>Préservatif masculin</i></b>	Un préservatif à chaque rapport. Usage unique Seul moyen de protection des IST	2/15	Certaines marques sont remboursées EDEN à 60% pas la sécurité sociale
<b><i>Préservatif féminin</i></b>	Un préservatif à chaque rapport. Usage unique Seul moyen de protection des IST	5/21	Non remboursé environ 8€ pour une boîte de 3
<b><i>Diaphragme avec spermicide</i></b>	A chaque rapport, à mettre au moment du rapport ou dans les 2 h qui le précède. Il doit rester en place ensuite au moins 8h. Réutilisable	6/16	Remboursé à 60 % pas la sécurité sociale En moyenne 60 €
<b><i>Cape cervicale</i></b>	A chaque rapport à mettre au moment du rapport sexuel mais aussi jusqu'à 2 heures avant.  A utiliser en association avec les spermicides pour une meilleure efficacité.  Doit rester 8 heures après le rapport sexuel Elle est réutilisable plusieurs fois.	IP 9 à 26 / pratique 16 à 32	Non remboursé En moyenne 60 €
<b><i>Spermicide</i></b>	Sous forme de crème gel ou ovule à insérer au fond du vagin à chaque rapport.  Leur utilisation seul est déconseillée, il est recommandé de l'associer à des méthodes barrières	18/29	Non remboursé

## Annexe 6 : récépissé de la déclaration de conformité auprès du dpo



### RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 13 00 23583 00011
<b>Adresse</b> : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

<b>Intitulé</b> : Evaluation de la consultation contraception et prévention
<b>Référence Registre DPO</b> : 2020-231
<b>Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre</b> : M. Dominique LACROIX <b>Interlocuteur (s)</b> : Mmes Ophélie PICQUENOT – Dr Brigitte AELBRECHT

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 17 décembre 2020

Délégué à la Protection des Données

**AUTEUR : Nom : PICQUENOT**

**Prénom : Ophelie**

**Date de soutenance : 14/10/2021**

**Titre de la thèse : Evaluation de la connaissance et de l'utilisation de la consultation de contraception et de prévention (CCP) depuis sa mise en place le 1er novembre 2017 par les médecins généralistes de Hauts-de-France**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Gynécologie**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Contraception ; infection sexuellement transmissible ; prévention primaire ; adolescentes**

**Contexte :** La prévention autour de la contraception et des IST reste primordiale. En effet, si nous regardons les derniers chiffres, le nombre IVG reste stable malgré la multiplicité des moyens contraceptifs actuels. De même, les IST (en particulier la Chlamydia) sont en recrudescence en France. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle une nouvelle cotation, la CCP (Consultation de Contraception et de Prévention) a été mise en place le 1<sup>er</sup> novembre 2017. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact de la mise en place de la CCP sur la pratique des médecins généralistes des Hauts-de-France.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude épidémiologique, quantitative et observationnelle de décembre 2020 à mars 2021. Celle-ci a été réalisée auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France exerçant en libéral grâce à un questionnaire mis en ligne.

**Résultats :** Notre étude a porté sur 190 médecins généralistes. 51,6% d'entre eux utilisent la CCP. Parmi les médecins généralistes appliquant cette cotation, certains ont modifié leur pratique depuis cette revalorisation, notamment en termes d'organisation. En effet, 20 médecins proposent désormais de façon plus régulière une consultation dédiée ( $p = 0,004$ ) ; 10 consacrent dorénavant une consultation d'au moins 15 minutes ( $p = 0,019$ ) ; 21 proposent d'anonymiser plus régulièrement la consultation ( $p = 0,005$ ) et 59 proposent plus systématiquement le tiers payant intégral ( $p < 0,001$ ). Cependant, le contenu (c'est-à-dire les informations et messages délivrés) de ces consultations ne semble pas avoir significativement évolué.

**Conclusion :** Cette étude nous a permis de mettre en évidence des modifications significatives concernant l'organisation et les modalités de cette consultation. Cependant, malgré les opinions positives des médecins généralistes concernant cette revalorisation financière, seuls 51,6% l'appliquent. Une majorité d'entre eux souhaiteraient étendre cette consultation aux jeunes hommes mineurs.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeure Sophie JONARD-CATTEAU**

**Assesseur : Docteur Anita TILLY**

**Directeur de thèse : Docteur Brigitte AELBRECHT**