



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Elaboration par la méthode Delphi d'un support d'aide à la
Consultation Contraception et Prévention**

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2025 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Léa DEMARET**

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie JONARD CATTEAU

Assesseurs :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Madame le Docteur Delphine DUCHATELLE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Olivia GUIEU

AVERTISSEMENT

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



SERMENT D'HIPPOCRATE



*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je promets et je jure de conformer strictement
ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.*

*Admis(e) dans l'intérieur des maisons
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs,
ni à favoriser le crime.*

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage
de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.*

*Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.*

*Que les Hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e)
de mes Confrères si j'y manque.*

LISTE DES ABREVIATIONS

CCP : Consultation Contraception Prevention

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSS : Centre de Santé Sexuelle

CT : Chlamydia Trachomatis

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS Haute Autorité de Santé

HPV : PapillomaVirus Humain

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMAG : Proportion Minimal d'Accord Global

PMI : Protection Maternelle Infantile

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH : Virus de l'Immunodeficiency Humaine

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis

SNSS : Stratégie Nationale en Santé Sexuelle

WONCA : World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

INTRODUCTION	9
I. Contexte et enjeux de la consultation contraception et prévention (CCP)	9
A. Importance de l'accès à l'éducation sexuelle	9
B. Historique et évolution de la CCP.....	10
1. Origines législatives et objectifs.....	10
2. Principales évolutions et réponses aux défis sociétaux	10
C. Utilisation de la CCP en médecine générale	11
1. Cotations et aspects administratifs	11
2. Modalités pratiques.....	11
II. La santé sexuelle chez les jeunes = un enjeu multidimensionnel	12
A. Vision globale de la santé sexuelle	12
B. Le rapport à la sexualité chez les jeunes	12
C. Les grands axes de vulnérabilité en santé sexuelle.....	13
1. Exposition accrue aux IST : contexte épidémique	13
1) Le VIH	13
2) Chlamydia trachomatis (CT).....	14
3) Gonocoque ou Neisseria gonorrhoeae	14
4) La syphilis	15
5) Les hépatites.....	15
a) L'hépatite B.....	15
b) L'hépatite A et C	16
6) Les papillomavirus Humains (HPV).....	16
7) Conclusion	17
2. Les grossesses non désirées : analyse des chiffres	18
3. Les violences sexuelles, des données alarmantes	18
1) Définition	18
2) Les chiffres clés	19
III. La place de la contraception dans les parcours de santé sexuelle et reproductive	20
A. La contraception : responsabilité féminine ou enjeu partagé ?	20
B. La pluralité des méthodes contraceptives : entre choix, efficacité et accessibilité	20
1. La pilule contraceptive	20
1) Présentation et indice de Pearl	20
2) Vers un recul de la pilule contraceptive ?.....	21
2. L'implant contraceptif.....	21
1) Présentation et indice de Pearl	21
2) Avantages et inconvénients	22

3. Le dispositif intra-utérin (DIU)	22
1) Présentation et indice de Pearl	22
2) Avantages et inconvénients	23
4. Les préservatifs : une double protection contraceptive et préventive	23
5. Vers des méthodes contraceptives non hormonales	24
IV. Parler santé sexuelle en médecine générale : enjeux et perspectives	24
A. Le point de vue des médecins : freins, opportunités et pratiques	24
B. Le point de vue des patients : attentes et besoins	25
C. Modèles et outils existants pour aborder la santé sexuelle	25
V. La méthode photolangage	27
A. Définition et objectifs	27
B. Intérêt en médecine générale	28
C. Urkind®	29
VI. Tentative de réponses aux diverses problématiques	29
MATERIEL ET METHODE	31
I. Choix de la méthode	31
A. Définition et type d'étude	31
B. Objectif de la méthode Delphi	31
C. Justification de la méthode choisie	31
II. Constitution du panel d'experts	32
A. Critères d'inclusion du panel d'experts	32
B. Mode de recrutement	33
C. Nombre d'experts nécessaires	33
III. Déroulement de l'étude	33
A. Elaboration du questionnaire	33
B. Les tours de ronde	34
C. Définition du consensus	36
D. Recueil et analyse des réponses	38
IV. V. Limesurvey	38
V. VI. Ethique	39
RÉSULTATS	40
I. Premier tour de ronde	41
II. Deuxième tour de ronde	48
III. Troisième tour de ronde	53
IV. Synthèse	57
V. Modélisation de l'outil	58
DISCUSSION	59

I.	Rappel du contexte et des objectifs	59
II.	Les forces de l'étude	59
A.	Une méthode validée	59
B.	Un recrutement qualitatif	59
C.	Une échelle validée	60
D.	Respect de l'anonymat	60
E.	Faible proportion de perdus de vue	60
F.	Nombre de tours.....	60
G.	L'apport de nouvelles idées	61
III.	Les limites de l'étude	61
A.	L'absence de définition de consensus.....	61
B.	Recrutement des experts et petit échantillonnage.....	61
C.	Délai de mise en application	62
D.	Interprétation des résultats qualitatifs	62
E.	Une méthode "simplifiée"	63
IV.	Des pistes d'amélioration	63
A.	Diversification du panel	63
B.	Adapter le format de l'outil.....	63
C.	Prévoir une actualisation régulière.....	64
D.	Prise en compte de la disponibilité émotionnelle	64
V.	Ouvertures et pistes futures	64
A.	Tester la validité externe	64
B.	Utilisation par les infirmières ASALEE.....	64
C.	Choix des photographies	65
	CONCLUSION.....	66
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	67
	ANNEXES	74

INTRODUCTION

I. Contexte et enjeux de la consultation contraception et prévention (CCP)

A. Importance de l'accès à l'éducation sexuelle

En 2017, le Ministère des Solidarités et de la Santé a mis en place en France et en Outre-mer, une Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS 2017-2030) afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des populations (1).

Selon la SNSS, il existe 5 grandes priorités regroupées en 7 champs d'action différents. L'une des grandes priorités est l'éradication de l'épidémie du SIDA d'ici à 2030. S'ajoute à cet objectif, la volonté d'éliminer les épidémies d'infections sexuellement transmissibles (IST) qui représentent un problème de santé publique majeur.

Pour ce faire, la SNSS souhaite accentuer la prévention par la vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) et le papillomavirus humain (HPV), le dépistage et la prise en charge des IST dont le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les hépatites virales.

De plus, il existe une volonté de "garantir la possibilité, pour les personnes, de choisir de concevoir des enfants" (1). Il est donc essentiel de promouvoir la santé reproductive en abordant la prévention de l'infertilité d'origine infectieuse, l'explication des

méthodes de contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la prévention des grossesses non désirées ou non prévues.

B. Historique et évolution de la CCP

1. Origines législatives et objectifs

Le 1er novembre 2017, la CCP a été créée pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Elle a pour objectif d'aider les adolescentes à mieux choisir leur moyen de contraception en fonction de leurs objectifs, valeurs, souhaits, modalités d'utilisation, leur taux d'échec, leurs bénéfices et leurs inconvénients (2).

Lors de cette consultation, le professionnel de santé menant la consultation dispose d'un temps de prévention sur les IST.

Cette consultation peut être menée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue obstétricien ou un pédiatre. Elle est considérée comme ayant un fort enjeu de santé publique (4). En effet, en France, la prévention des IST représente un budget de 4,8 millions d'euros en 2021. (28)

La CCP ne peut être réalisée qu'une fois dans la vie de la patiente et peut être anonymisée pour les patientes mineures (2).

2. Principales évolutions et réponses aux défis sociétaux

En 2019, les sages-femmes ont été autorisées à réaliser la CCP. (3)

Depuis le 1er janvier 2022, la CCP a été étendue aux femmes jusqu'à 25 ans. Puis, en avril 2022, cette consultation spécifique a également été ouverte aux jeunes hommes jusqu'à 25 ans, bien que les sages-femmes ne pussent pas encore la réaliser

pour eux. Cet élargissement s'inscrit dans une logique justifiée par le contexte évoqué précédemment(4).

En 2022, le concept de santé sexuelle a émergé, conduisant à une extension de la CCP pour adopter une "approche globale". Cette approche inclut "la prévention et la promotion, la contraception, la vaccination, le dépistage et le traitement des IST, ainsi que l'identification des situations de violences et/ou de discriminations liées à la vie sexuelle."

En février 2024, les sages-femmes ont été autorisées à réaliser la CCP pour les jeunes hommes, renforçant ainsi leur rôle majeur dans le domaine de la prévention (5,6)

C. Utilisation de la CCP en médecine générale

1. Cotations et aspects administratifs

La CCP bénéficie d'une cotation NGAP spécifique, initialement tarifée à hauteur de 46€ puis revalorisée à 47,50€ (nouveau tarif entré en vigueur en février 2024). (7)

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en juillet 2021, 30% des médecins déclarent avoir utilisé la cotation CCP au cours des 6 derniers mois. 31% déclarent quant à eux, ne pas la connaître. (8,9)

2. Modalités pratiques

Une thèse soutenue en octobre 2022 étudie les freins et les leviers des médecins généralistes à la réalisation de la CCP (10). Les médecins interrogés déplorent encore un tabou autour de l'abord de la sexualité, une méconnaissance des

problématiques des minorités sexuelles qui limite un accompagnement optimal, et surtout une manière peu standardisée d'aborder les différents thèmes.

II. La santé sexuelle chez les jeunes = un enjeu multidimensionnel

A. Vision globale de la santé sexuelle

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les droits humains et droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ». (11)

B. Le rapport à la sexualité chez les jeunes

Selon le baromètre de Santé publique France en 2016, l'âge médian du premier rapport sexuel en France se situe à 17,6 ans chez les filles et 17,0 ans chez les garçons, sans véritable influence du milieu social. (12)

Suite à l'enquête "contexte des sexualités en France" réalisée en 2023, de nouvelles statistiques sont désormais disponibles. Cette étude nous indique que l'âge médian du premier rapport est de 18,2 ans pour les femmes et de 17,7 ans chez les hommes. L'âge du premier rapport est repoussé, une première depuis plusieurs décennies, *probablement en lien avec la pandémie de COVID-19 qui a limité les*

rapprochements du fait du confinement. (13)

Au cours de cette même enquête, il est également noté que “75,2% des femmes et 84,5% des hommes utilisent un préservatif lors de leur premier rapport sexuel”, et lors d’un changement de partenaire dans les 12 derniers mois, ce taux baisse davantage avec seulement 49,4% de rapports protégés chez les femmes et 52,6% chez les hommes.

C. Les grands axes de vulnérabilité en santé sexuelle

1. Exposition accrue aux IST : contexte épidémique

1) Le VIH

Pour rappel, le VIH est “une infection qui attaque le système immunitaire de l’organisme, en particulier les globules blancs appelés cellules CD4+”, “le VIH se transmet par les liquides corporels d’une personne infectée, y compris le sang, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales”. (14)

Selon le rapport de santé publique France paru en décembre 2022, l’activité de dépistage du VIH avait diminué de 13% entre 2019 et 2020 en lien avec l’épidémie de Covid-19. En 2021, 5,7 millions de sérologies VIH ont été réalisées, soit une augmentation de 8%. (15)

En 2021, 8948 sérologies VIH sont revenues positives sur 5 724 651 réalisées, soit un taux de positivité de 1,6 pour 1000. Ce nombre comprend à la fois les découvertes de séropositivité et les sérologies chez des personnes déjà connues positives. (15)

Le nombre de découvertes de séropositivité en 2021 est estimé à 5013. 15% étaient âgées de moins de 25 ans. (15)

2) Chlamydia trachomatis (CT)

Chlamydia trachomatis est une bactérie responsable de la chlamydie. C'est l'IST la plus répandue dans le monde. Il est primordial de la dépister, car elle est asymptomatique la plupart du temps et peut avoir une conséquence sur la santé reproductive. En effet, plus de 120 millions de personnes sont contaminées dans le monde en 2020 chez les 15-49 ans.

Deux tiers des contaminations se font chez les 15-25 ans. (16)

L'activité de dépistage des infections à CT pour les plus de 15 ans a bondi entre 2014 et 2022. En 2022, en France, 2.6 millions de personnes ont bénéficié d'un dépistage remboursé d'une infection à CT. (17).

En 2021, le rapport Santé publique France rapporte une augmentation de 15% de diagnostics positifs de CT chez les personnes âgées de plus de 15 ans par rapport à 2020 et de 9% par rapport à 2019. (15)

Notons que la lymphogranulomatose vénérienne, due à une souche particulière de CT est en augmentation chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

3) Gonocoque ou Neisseria gonorrhoeae

La gonococcie est une IST liée à une contamination par le gonocoque.
Le taux de dépistage en 2021 s'élève à 2,7 millions de personnes de plus de 15 ans.
(15)

En 2021 toujours, le nombre de gonococcies diagnostiquées dans CeGIDD s'élève à 13 800, et 21 750 cas en médecine générale. Le taux de positivité est 5 à 6 fois plus élevé chez les HSH que chez les hommes hétérosexuels et 7 fois plus élevé que chez les femmes hétérosexuelles. (15)

4) La syphilis

La syphilis est une IST provoquée par la bactérie *Treponema Pallidum*.
En raison du dépistage obligatoire de la syphilis durant la grossesse, les deux tiers des personnes dépistées sont des femmes. Le taux de dépistage en 2021 s'élève à 2,8 millions de personnes chez les plus de 15 ans.

En ce qui concerne le nombre d'infections diagnostiquées, cela concerne environ 12 591 patients (3300 en CeGIDD et 9291 en médecine générale).
Les conséquences de la syphilis non traitée chez la femme enceinte peuvent être dramatiques avec une issue défavorable de la grossesse dans 50 à 80% des cas (fausse couche, mort fœtale in utero, accouchement prématuré).
En médecine générale comme dans les CeGIDD, les HSH représentent plus de 70% des syphilis diagnostiquées. (17)

5) Les hépatites

a) L'hépatite B

La majorité des contaminations se fait par voie foëto-maternelle. Cependant, l'hépatite B se transmet facilement par voie sexuelle, ce qui fait d'elle une IST.

0,3% de la population est porteuse d'une hépatite B chronique.

Au même titre que le VIH, il y a une volonté d'éradiquer l'hépatite B d'ici 2030 en France. La vaccination est très facile. (18)

b) L'hépatite A et C

L'hépatite A est habituellement transmise par voie oro-fécale. Dans certains cas, elle peut être transmise au cours de pratiques sexuelles.

Concernant l'hépatite C, elle est essentiellement transmise lors d'exposition à des produits sanguins. Au même titre que l'hépatite A, il peut arriver d'être contaminé par l'hépatite C au cours de pratiques sexuelles avec échanges sanguins directs ou indirects. (18)

6) Les papillomavirus Humains (HPV)

Les HPV sont très nombreux. Il en existe environ 200. Ils sont donc très répandus et touchent aussi bien les hommes que les femmes. Les HPV ont un tropisme pour la peau et les muqueuses (muqueuses ORL, anales et gynécologiques).

L'infection par HPV est très fréquente, entre 70 et 80% des hommes et des femmes sexuellement actifs y seront exposés. Dans 90% des cas, le système immunitaire élimine tout seul l'infection dans les 2 ans.

Certains types d'HPV comme le 6 et le 11 (tropisme muqueux) peuvent donner des tumeurs bénignes comme des condylomes. D'autres HPV à tropisme cutané peuvent donner des verrues plantaires.

Seulement quelques HPV sont à haut risque cancérogène comme l'HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. (19)

6400 cancers par an, soit 2% des cancers en France sont attribuables à une exposition aux papillomavirus. La quasi-totalité des cancers du col de l'utérus est due au HPV, ce qui représente 2900 nouveaux cas par an.

La vaccination prophylactique permet de prévenir la survenue des cancers en lien avec l'HPV, notamment grâce au vaccin nonavalent : le GARDASIL. Il protège des souches HPV 6,11,16,18,31,33,45,52 et 58, qui sont responsables notamment de 90% des cas de cancers du col de l'utérus. (20)

7) Conclusion

En 2021, nous constatons donc une augmentation du nombre de dépistages des IST bactériennes avec en parallèle une augmentation du nombre de diagnostics à CT et à gonocoque. Le nombre de diagnostics positifs de syphilis reste quant à lui stable depuis 2016.

L'année 2020 a été marquée par la pandémie de Covid-19 modifiant avec elle le quotidien de la population mondiale. Elle a également modifié la gestion et l'organisation mondiale du système de soins, notamment le système Français.

La crise Covidienne a eu un réel impact sur l'activité de dépistage entre 2019 et 2020, entraînant une baisse du nombre de dépistages. Malgré une hausse en 2021, nous ne rattrapons pas le niveau d'activité de dépistage notamment pour le VIH. Il est donc essentiel d'encourager les populations à se faire dépister afin d'éviter les retards diagnostics et de diminuer le risque de transmissions.

2. *Les grossesses non désirées : analyse des chiffres*

En 2022, d'après le Drees, le nombre d'IVG s'élève à 234 300 en France (métropolitaine + DOM-TOM), un taux qui atteint son acmé depuis 1990. (21)

Depuis Mars 2022, le délai légal de l'IVG s'est allongé passant de 12 semaines de grossesse à 14 semaines. (22)

En 2023, la recherche *Contexte des Sexualités en France* (CSF) démontre que 12,8 % des femmes de 18 à 49 ans rapportent avoir eu une grossesse non souhaitée dans les 5 dernières années tandis que 91,0% des femmes de cette tranche d'âge ont recours à un moyen de contraception.

Ce chiffre peut paraître surprenant alors qu'en 2016, 95% des femmes de moins de 30 ans déclarent connaître la contraception d'urgence ainsi que la façon de se la procurer. (23)

3. *Les violences sexuelles, des données alarmantes*

1) Définition

Les violences sexuelles se définissent d'après l'ONU comme : “ toute atteinte sexuelle commise sans le consentement d'une personne et tout agissement discriminatoire fondé sur la tradition patriarcale qui perpétue les rôles sexués attribués aux femmes et aux hommes. Il peut s'agir d'agissement ou outrage sexiste, de harcèlement sexuel, d'agression sexuelle ou de viol. Les violences sexuelles et sexistes sont exercées dans l'espace public, dans les lieux de travail mais aussi dans la sphère privée (entre (ex) conjoints, ami.e.s ou membres de la famille).” (24)

2) Les chiffres clés

Les chiffres parlent d'eux-mêmes sur le travail à effectuer dans ce domaine. En effet d'après une enquête menée à l'échelle européenne en 2014 " la violence à l'égard des femmes", 45 à 55% des femmes ont été victimes de harcèlement sexuel dès l'âge de 15 ans au sein de l'Union Européenne (UE), soit une femme sur 2. (25)

Un rapport plus récent, paru en Novembre 2024, se veut plus modéré, mais tout aussi préoccupant en affirmant qu'une femme sur trois a subi des violences dans l'Union Européenne. (26)

D'après l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple réalisée en 2022 par le ministère de l'intérieur :

- 118 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire
- 27 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire
- 12 enfants mineur.es sont décédé.es, tué.es par un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple.

321 000 serait le nombre minimum de femmes âgées entre 18 et 74 ans victimes de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques.

217 000 serait le nombre minimum de femmes âgées entre 18 et 74 ans victimes de viols, tentatives de viols et/ ou agressions sexuelles au cours d'une année. (27)

D'après la SNSS, le dernier chiffre se rapproche plutôt en réalité du demi-million. Ils ajoutent également qu'une femme sur sept et qu'un homme sur 25 déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle (viol compris).

III. La place de la contraception dans les parcours de santé sexuelle et reproductive

A. La contraception : responsabilité féminine ou enjeu partagé ?

En France, 90% des femmes de 18 à 49 ans, en l'absence de ménopause utilisent un moyen de contraception. (12)

Bien que l'on observe une forte hausse du nombre de vasectomies, ce sont majoritairement les femmes qui portent le poids de la contraception. (29)

B. La pluralité des méthodes contraceptives : entre choix, efficacité et accessibilité

1. La pilule contraceptive

1) Présentation et indice de Pearl

Les pilules contraceptives se divisent principalement en deux catégories : les pilules œstroprogestatives et les pilules progestatives seules.

La pilule se prend de manière quotidienne, idéalement à heure fixe, avec ou sans période d'interruption, correspondant à la survenue des règles. Elles agissent principalement sur la glaire cervicale, et pour certaines, sur l'ovulation.

Le choix entre ces différentes pilules repose sur une évaluation individualisée, tenant compte de l'efficacité, de la tolérance hormonale et des facteurs de risque propres à chaque patiente. Pour les jeunes femmes de moins de 26 ans, toutes les pilules contraceptives sont remboursées à 100%, au-delà il s'agit du remboursement standard plafonné à 65%, le reste pouvant être pris en charge par la complémentaire santé.

L'indice de Pearl est un indicateur statistique qui mesure l'efficacité d'une méthode contraceptive. Il correspond au nombre de grossesses survenues chez 100 femmes utilisant la méthode pendant un an. Il est d'environ 0.3 chez les femmes l'utilisant parfaitement (c'est-à-dire sans oubli). (30)

2) Vers un recul de la pilule contraceptive ?

Depuis le début des années 2010, la pilule contraceptive connaît un recul significatif en France. Entre 2010 et 2016, la proportion de femmes utilisant la pilule est passée de 45,0 % à 36,5 %, marquant une désaffection notable (31). Ce déclin s'est accentué à la suite des controverses médiatiques de 2012-2013 concernant les pilules de troisième et quatrième génération, accusées d'augmenter le risque thromboembolique. (32)

2. *L'implant contraceptif*

1) Présentation et indice de Pearl

L'implant contraceptif est une méthode de contraception hormonale de longue durée d'action qui consiste en un petit dispositif en forme de bâtonnet, généralement

implanté sous la peau du bras. Il libère de manière continue un progestatif, qui inhibe l'ovulation et modifie la consistance de la glaire. L'implant offre une protection contraceptive pendant une période pouvant aller de 3 à 5 ans.

Il présente un indice de Pearl très faible, ce qui en fait l'une des méthodes les plus efficaces. Avec un indice de Pearl d'environ 0,05. (33)

Au même titre que la pilule contraceptive, il est pris en charge intégralement avant 26 ans, et à hauteur de 65% après 26 ans par la sécurité sociale. Il coûte environ 150€.

2) Avantages et inconvénients

Sa discrétion, sa simplicité d'utilisation et sa longévité représentent des avantages indéniables. De plus, il ne présente pas de risque d'oubli et peut correspondre à l'ensemble des femmes.

Son principal inconvénient sont les irrégularités menstruelles. (34)

3. *Le dispositif intra-utérin (DIU)*

1) Présentation et indice de Pearl

Le DIU, plus communément appelé stérilet, est une méthode de contraception de longue durée d'action, comme l'implant contraceptif.

Il s'agit d'un petit dispositif inséré dans la cavité utérine. Il en existe deux principaux types : le DIU au cuivre, non hormonal, et le DIU hormonal, qui libère un progestatif (lévonorgestrel). La durée d'un stérilet est d'environ 5 ans.

L'indice de Pearl du DIU au cuivre est de 0.6 à 0.8, et de 0.1 à 0.3 pour le DIU hormonal.

Le remboursement est identique pour la pilule et pour l'implant contraceptif. Son coût est d'environ 30€ pour le DIU au cuivre et 130€ pour un DIU hormonal.

2) Avantages et inconvénients

Les DIU offrent une contraception de longue durée, hautement efficace, avec un retour rapide à la fertilité après retrait. Leur efficacité ne dépend pas de l'observance quotidienne, ce qui limite le risque d'oubli.

Le DIU hormonal peut également être prescrit dans le traitement des ménorragies ou d'endométriose.

Les effets secondaires possibles incluent des douleurs pelviennes, des règles abondantes (cuivre) ou irrégulières (hormonal). Des risques d'expulsion ou, plus rarement, de perforation utérine existent. Une infection pelvienne en post-insertion immédiate est possible, justifiant une insertion dans un contexte aseptique. Les DIU sont contre-indiqués en cas d'infection génitale active, de malformation utérine ou de cancer de l'endomètre. (35)

4. *Les préservatifs : une double protection contraceptive et préventive*

Les préservatifs constituent une méthode contraceptive de barrière, largement répandue et accessible. Il existe des préservatifs masculins et féminins.

L'atout majeur des préservatifs est sa contribution dans la prévention des IST. C'est la seule méthode contraceptive à offrir une protection contre les IST.

Cependant, l'indice de Pearl est assez élevé : entre 13 et 18, en raison d'erreurs à la mise en place ou de rupture.

Les préservatifs sont faciles d'accès, ils sont disponibles gratuitement sans ordonnance pour les personnes âgées de moins de 26 ans.

5. Vers des méthodes contraceptives non hormonales

Les femmes se tournent davantage vers le DIU au cuivre car elles souhaitent éviter les hormones.

Les données de l'ANSM indiquent une augmentation d'environ 80 % des ventes de DIU au cuivre au cours des dix dernières années. (36)

IV. Parler santé sexuelle en médecine générale : enjeux et perspectives

A. Le point de vue des médecins : freins, opportunités et pratiques

Lors du congrès européen de médecine générale, WONCA 2023, la problématique de la difficulté à aborder la santé sexuelle des patients, par les médecins généralistes au moment des consultations, a été soulevée. (29)

En effet, plusieurs travaux montrent que les médecins généralistes déplorent le manque de formation spécifique, la complexité du sujet, le manque de temps, la peur d'être intrusif et le manque de ressources.

Cependant chaque médecin est d'accord pour souligner la place importante de la santé sexuelle dans la prise en charge globale des patients. La santé sexuelle peut-être un indicateur de santé globale, par exemple le manque de libido peut indiquer un état dépressif ou une conjugopathie sous-jacente, les troubles érectiles peuvent être en lien avec les maladies cardio-vasculaires, les dyspareunies peuvent témoigner de pathologies ovariennes...

Par ailleurs, notons qu'une insatisfaction sexuelle engendre une perception altérée de l'état de santé. (37)

B. Le point de vue des patients : attentes et besoins

Les patient.es sont demandeurs ou neutres quant à l'abord de la santé sexuelle par leur médecin généraliste. 80 à 90% des patients seraient favorables à l'intégration de la santé sexuelle aux consultations de médecine générale et souhaiteraient que le sujet de la sexualité soit abordé par le médecin généraliste. (38)

C. Modèles et outils existants pour aborder la santé sexuelle

Les prérequis en médecine générale sont le respect du secret médical et l'absence de jugement moral. Cela est d'autant plus important en santé sexuelle où s'ajoute la recherche du consentement. Plusieurs conseils et méthodes existent afin d'optimiser au mieux les consultations où le sujet de la sexualité sera abordé.

Il est important que le cadre du cabinet et de la consultation se prête à la possibilité de parler de sa vie intime. En effet, un.e patient.e sera plus à l'aise si des

dépliants, des affiches en salle d'attente abordent la sexualité, de même, l'agencement du cabinet a son importance.

L'attitude et la posture bienveillante du soignant facilitera ce type de consultation.

L'anamnèse sexuelle générale peut-être résumée par les 6 "P" (39) :

- Partners : le/la patient.e est-il/elle sexuellement active ?
- Pregnancy : antécédents obstétricaux et contraception
- Practices : représentation attitude et croyances
- Past trauma : dépistage des violences
- Problèmes sexuels et antécédents
- Pleasure

La plupart des outils d'aide concerne le choix des méthodes contraceptives.

La méthode BERCER (GATHER en anglais) est une méthode préconisée par l'OMS depuis une dizaine d'années pour aider au choix de la contraception en l'absence d'urgence (Annexe 1).

La consultation se déroule en 6 étapes :

- Bienvenue
- Entretien
- Renseignement
- Choix
- Explication
- Retour

Il existe également des services de renseignement directement destinés aux

jeunes (12-25 ans) :

- Fil Santé jeunes : 0 800 235 236
- Ecoute Sexualité contraception (valable pour Paris et Marseille)

Les Centres de Santé Sexuelle (CSS anciennement Centre de Planification et d'éducation Familiale) sont des lieux d'écoute en accès libre où des informations de prévention, de sensibilisation peuvent vous être délivrées.

Les CSS proposent également des prises en charge médicale comme la délivrance de contraception, de contraception d'urgence, de contraception mécanique, d'IVG médicamenteuse, quel que soit votre âge et votre situation.

Les différentes prises en charge qu'elles soient médicales ou simplement d'accompagnement à la parentalité, ou de médiation peuvent se faire de manière gratuite et anonyme.

V. La méthode photolangage

A. Définition et objectifs

La méthode Photolangage est en réalité une marque déposée par ses 2 inventeurs : Alain Baptiste et Claire Bélisle, psychosociologues de formation.

Le photolangage a un but simple : communiquer en groupe avec des photographies.

Cette méthode est destinée à faciliter le travail de groupe.” Les photographies sont choisies pour leur capacité à faire voir et à faire penser.”

L'outil est utilisé en formation, en éducation pour des jeunes et des adultes afin faciliter la prise de parole au sein du groupe sur un thème donné. Les aspects évoqués sont

les suivants :

- Les connaissances sur le thème donné
- La pratique et l'expérience sur le thème donné
- Les attitudes et les valeurs

Là-dessus, peut être mené un travail sur les représentations concernant le sujet traité.

L'outil peut être composé de photographies en couleur ou en noir et blanc. (40)

B. Intérêt en médecine générale

Le photolangage fait partie des outils pédagogiques recommandés par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG).

L'intérêt du photolangage permet de donner accès aux représentations des individus qui participent aux ateliers.

La photographie devient un "objet médiateur" qui permet de faciliter les échanges entre les participants en tenant compte de leurs expériences personnelles.

Lorsque l'atelier est proposé en groupe, il se déroule en 5 temps (ce qui pourrait représenter 5 temps en consultation).

- 1er temps : présentation de la méthode
- 2ème temps : disposition des photographies sur une table assez grande afin de visualiser toutes les photos. Déplacements autorisés autour de la table afin de mieux visualiser les images.
- 3ème temps : annonce de la question spécifique et choix de la photographie par le participant sans la prendre
- 4ème temps : expression de la photographie choisie et justification du choix.

- 5ème temps : temps d'analyse et de réflexion. (41)

C. Urkind®

C'est en découvrant cet outil qu'est venue la genèse de ce travail de recherche. La cartographie Urkind® souhaite s'inscrire dans les recommandations de la commission des 1000 jours (42).

La construction méthodologique d'un état des lieux permet d'appréhender l'interdépendance des facteurs environnementaux médico-psycho-socio-émotionnels. La cartographie Urkind se veut être le chaînon manquant entre deux systèmes de pensée :

- ➔ Le système obstétrical dédié à l'urgence tient son efficacité dans la sectorisation stricte des disciplines.
- ➔ Le système parental dédié à la construction identitaire tient son efficacité dans un besoin de contenance globale. (43)

VI. Tentative de réponses aux diverses problématiques

Le médecin généraliste reste l'élément central de la dispensation des soins primaires. Il est un acteur de choix concernant les missions de prévention, notamment en réalisant la CCP afin de garantir la prévention en santé sexuelle et reproductive.

Le médecin généraliste est également conscient de ses limites et des freins à la réalisation d'une consultation optimale.

La CCP représente un enjeu majeur de santé publique chez les jeunes.

Le panorama des sexualités ne cesse d'évoluer, façonné par les transformations sociétales, les avancées scientifiques et les revendications en faveur d'une plus grande reconnaissance des diversités, illustrant ainsi la dynamique constante des normes et des représentations liées à l'intime. Ces évolutions nécessitent un outil ayant pour but de faciliter les exigences de la CCP.

C'est pourquoi, à travers ce travail de recherche, nous allons tenter de synthétiser et de systématiser les informations à délivrer dans le cadre de la CCP en l'incluant dans un outil permettant de faciliter la communication et l'échange.

L'objectif principal est donc d'établir un consensus sur les informations à délivrer de manière systématique lors de la CCP en médecine générale.

L'objectif secondaire est de proposer un modèle d'outil utilisable au quotidien par les médecins généralistes sous forme de carte inspirée du photolangage.

MATERIEL ET METHODE

I. Choix de la méthode

A. Définition et type d'étude

Delphes était selon la mythologie grecque le centre du monde. La ronde Delphi a été initialement appliquée dans le cadre du projet de Delphes, développée en 1948 aux Etats-Unis par les chercheurs de RAND corporation afin d'évaluer les tendances dans les industries américaines. (44)

Elle s'est rapidement étendue dans d'autres domaines. Nous retrouvons des traces de son application en santé à la toute fin des années 60. (45)

La méthode Delphi s'inscrit dans les méthodes de conférences de consensus. C'est une étude mixte à la fois contenant une part qualitative et quantitative, itérative et possiblement anonyme. Aucune rencontre en présentiel n'est nécessaire, donc aucune communication entre les experts n'est possible. (46)

B. Objectif de la méthode Delphi

Le but de ses rondes est d'aboutir, de mettre en évidence, des convergences, des consensus (d'où le rapport avec Delphes : rassembler des opinions communes en un même point). (39)

C. Justification de la méthode choisie

Ce type d'étude paraît correspondre en tout point à la méthode nécessaire pour

répondre à la problématique de cette étude qui a pour but de réunir en un document les informations les plus consensuelles à délivrer au cours de la CCP.

II. Constitution du panel d'experts

A. Critères d'inclusion du panel d'experts

Le terme "expert" mentionné ci-dessus ne fait en aucun cas référence à des scientifiques, ou à une autre autorité de haut rang.

Un expert est défini par " toute personne ayant une bonne connaissance pratique, politique, légale ou administrative d'un sujet précis et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d'acteurs auquel elle appartient".

Les experts sont donc représentés par toute personne ayant une bonne connaissance du sujet traité et un intérêt pour celui-ci.

Nous avons proposé notre étude à des médecins généralistes, des sages-femmes, des gynécologues obstétriciens, des gynécologues médicaux ainsi qu'à des pédiatres et des conseillères conjugales et familiales.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Être majeur
- Être docteur en médecine générale ou être docteur en gynécologie médicale ou obstétrique, ou être docteur en pédiatrie ou être inscrit à l'ordre des sages femmes ou avoir une formation de conseiller conjugal et familial
- Avoir donné son consentement pour l'étude

Les critères de non inclusion sont les suivants :

- Ne pas être suspendu par l'Ordre des médecins ou par l'Ordre des Sages-femmes.
- Ne pas être sous mesure de protection judiciaire.

B. Mode de recrutement

Le recrutement des experts s'est fait par cooptation, ainsi que par la diffusion par mail de la lettre d'information par la secrétaire de la faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille. (Annexe 2)

Les experts ont donné leur accord par retour par mail.

C. Nombre d'experts nécessaires

Le nombre d'experts n'est pas figé et diffère selon les sources. Cependant il est dans la majorité des cas compris entre 9 et 25. La HAS recommande entre 9 et 15 participants pour les méthodes de conférence de consensus. (47)

III. Déroulement de l'étude

A. Elaboration du questionnaire

L'élaboration du questionnaire a été réalisée en plusieurs parties.

Tout d'abord la première partie du premier questionnaire permettait de définir le panel d'experts.

Ensuite la structure s'est basée sur la définition de la CCP avec des questions en rapport avec les différents thèmes qui doivent y être abordés.

Le contenu des propositions s'est basé sur une revue narrative de la littérature

effectuée sur PUBMED, COCHRANE, SUDOC, GOOGLE SCHOLAR.

Les réponses aux questions sont composées :

- Soit d'une échelle de Likert de 1 à 5 (1 : pas du tout d'accord, 2 : plutôt pas d'accord, 3 : ni d'accord ni pas d'accord, 4: plutôt d'accord, 5 : tout à fait d'accord)

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord



- Soit, elles permettent des réponses ouvertes, ayant pour but d'apporter une justification ou d'étoffer les propositions.

Les propositions, justifications écrites des différents experts sont proposées au tour de ronde suivant.

B. Les tours de ronde

Le nombre de tours est généralement compris entre 2 et 4. (48)

Dans cette étude, trois tours de rondes ont eu lieu.

Le premier questionnaire (Annexe 5) était accompagné d'un texte explicatif sur l'échelle de Likert et d'un message de remerciement. Il avait également pour but de caractériser le panel (Annexe 4).

Lors de l'envoi du dernier questionnaire, les experts recevaient un tableau récapitulatif avec les résultats du tour précédent (Annexe 6). Cela n'a pas été réalisé entre le premier et le deuxième tour afin d'éviter un biais de conformité ou de suggestibilité.

En effet, dans cette étude, il a été décidé de ne pas fournir aux experts les résultats collectifs après le premier tour afin de réduire le biais de conformité, un phénomène bien documenté dans les processus décisionnels de groupe. Ce biais, décrit en psychologie sociale, correspond à la tendance des individus à aligner leurs réponses sur l'opinion majoritaire, parfois au détriment de leur propre jugement critique.

Dans le cadre de la méthode Delphi, la restitution des résultats intermédiaires peut influencer inconsciemment les experts, les incitant à ajuster leurs réponses pour se conformer à la tendance dominante plutôt que d'exprimer librement leur propre expertise. Cette pression risque d'altérer la diversité des points de vue et de limiter la richesse des contributions individuelles, ce qui peut compromettre la qualité et l'objectivité du consensus final.

En différant la diffusion des résultats collectifs jusqu'à un stade plus avancé du processus, cette étude vise à préserver l'indépendance des opinions et à garantir une expression authentique des jugements individuels. Cette approche permet ainsi d'assurer une dynamique de consensus plus robuste et moins biaisée, en évitant une convergence artificielle des réponses dès les premiers tours. (49; 50)

C. Définition du consensus

Il n'existe pas de définition exacte du consensus. Il est recommandé d'établir un consensus pour une proportion minimale d'accord global (PMAG) > à 51%.

La PMAG désigne le seuil, exprimé en pourcentage, à partir duquel une proposition est considérée comme ayant atteint un consensus au sein du panel. Ce seuil est défini a priori et sert de critère pour interpréter les résultats. Il est fixé à 75%, afin d'assurer un niveau suffisant d'adhésion collective sans exiger l'unanimité.

Formule utilisée pour la PMAG :

$$PMAG \text{ (en \%)} = \frac{\text{nombre d'accord total}}{\text{nombre total de réponse}} \times 100$$

- Nombre d'accord total = nombre de réponses comprises entre 4 et 5

En effet, dans cette étude utilisant la méthode Delphi, le consensus entre les experts a été défini à partir d'une médiane supérieure à 4 sur une échelle de Likert à 5 points (1 = "Pas du tout d'accord" à 5 = "Tout à fait d'accord"). Cette approche repose sur le principe que lorsque la médiane dépasse 4, un accord fort se dégage parmi les participants, indiquant une convergence d'opinion sur l'item évalué.

Un item obtenant une médiane égale à 5 (soit strictement supérieur à 4) était immédiatement validé.

L'absence immédiate de consensus est établie pour un item ayant une médiane strictement inférieure à 2.

Un item ayant une médiane comprise entre 2 et 4 (2 et 4 inclus) était considéré comme équivoque.

Les items équivoques ont été soumis à un nouveau tour de consultation, conformément aux principes de la méthode Delphi.

Un item équivoque était validé par stabilité au dernier tour s'il obtient un écart interquartile $<$ ou égal à 1,5 indiquant une faible dispersion des réponses et une proportion minimale d'accord global atteinte $>$ ou égale à 75 % entre le 2ème et 3ème tour. (51)

L'IQR est utilisé comme indicateur de dispersion des réponses au sein du panel. Il correspond à la différence entre le troisième quartile (Q3) et le premier quartile (Q1), soit l'intervalle dans lequel se situe la moitié centrale des réponses. Un IQR faible traduit un niveau élevé d'accord entre les experts, tandis qu'un IQR élevé suggère une divergence d'opinions. L'IQR est ainsi mobilisé comme critère complémentaire pour évaluer le degré de consensus.

Un item équivoque pouvait également être validé, par accord relatif lorsque la PMAG atteignait 75% ou plus pour un item non évalué par l'échelle de Likert, et au dernier tour lorsque la PMAG atteignait 75%, et que la médiane était supérieure ou égale à 4. En effet, un item validé par accord relatif ne prend pas en compte l'IQR qui peut être élevé, indiquant une certaine divergence d'opinions parmi les experts. Ces

items sont donc considérés comme validés mais avec une mention de divergence possible.

Un item restant équivoque au dernier tour était éliminé.

D. Recueil et analyse des réponses.

Les questionnaires ont été rédigés et envoyés via la plateforme LINESURVEY.

Les experts recevaient un lien pour accéder au questionnaire dans un mail. Des courriels de rappel étaient envoyés en cas de non réponse.

Les médianes, les écarts interquartiles ainsi que la proportion d'accord global étaient ensuite calculés sur Excel.

L'analyse des réponses était réalisée par Madame Demaret Léa (thésarde) sous la supervision du Dr. Guieu Olivia (directrice de thèse et médecin généraliste).

IV. V. Limesurvey

Limesurvey est un logiciel d'enquête statistique, de sondage, et de création de formulaires en ligne. Cet outil est conforme aux standards du règlement général de protection des données (RGPD). Les paramètres du logiciel nous permettent d'anonymiser les réponses dans le cadre d'une utilisation sous forme d'invitation envoyée par courrier électronique. Nos experts ont pu délivrer leur réponse sous couvert d'anonymat.

L'utilisation de Limesurvey est gratuite.

Limesurvey propose également une grande variété de réponses, notamment par l'échelle de Likert qui est le principal outil psychométrique permettant de mesurer le degré d'accord avec la proposition.

V. VI. Ethique

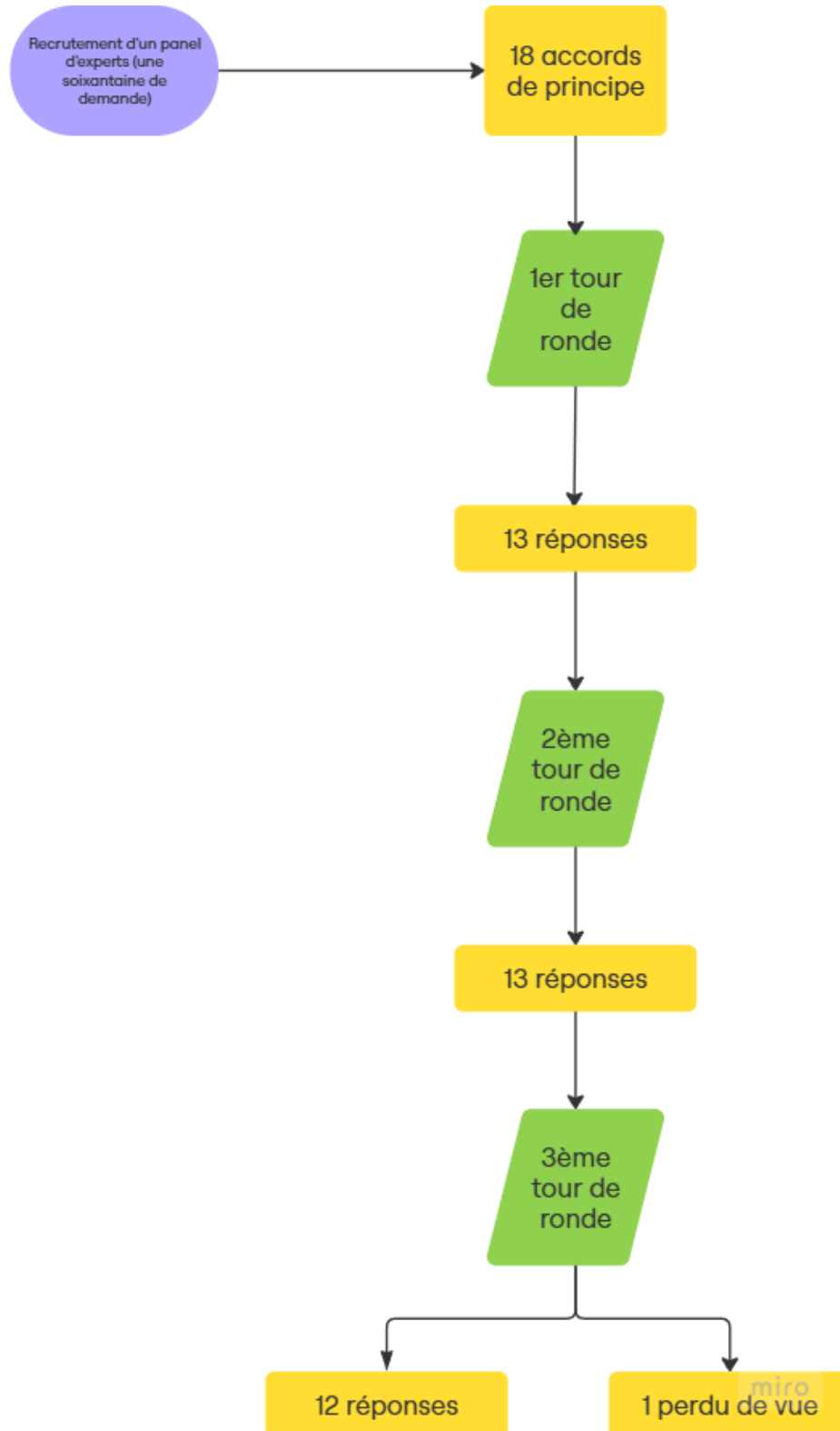
Cette étude a respecté les principes éthiques relatifs à la recherche impliquant des participants humains. Les participants ont été informés de l'objectif de l'étude, de la procédure de collecte des données et de l'anonymat de leurs réponses. Leur consentement éclairé a été obtenu avant le début de l'étude.

Le premier questionnaire contient des informations potentiellement identifiantes telles que l'âge et le sexe, ainsi que le mode d'exercice.

Bien que les questionnaires aient été remplis de manière anonyme, un enregistrement auprès de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) a été effectué par le biais d'un dossier RGPD grâce à l'intervention du délégué à la protection des données (Madame Buyssechaert Anne) le 15 mai 2024. (Annexe 3).

RÉSULTATS

Au total, 18 experts nous ont donné leur accord initialement.



I. Premier tour de ronde

Le premier tour de ronde s'est déroulé du 25.06.24 au 26.07.2024. Un mail de rappel a été envoyé le 16.07.2024. Au total, 13 questionnaires ont été complétés, 5 questionnaires sont revenus incomplets.

Les données socio-professionnelles des experts sont disponibles en annexe 4.

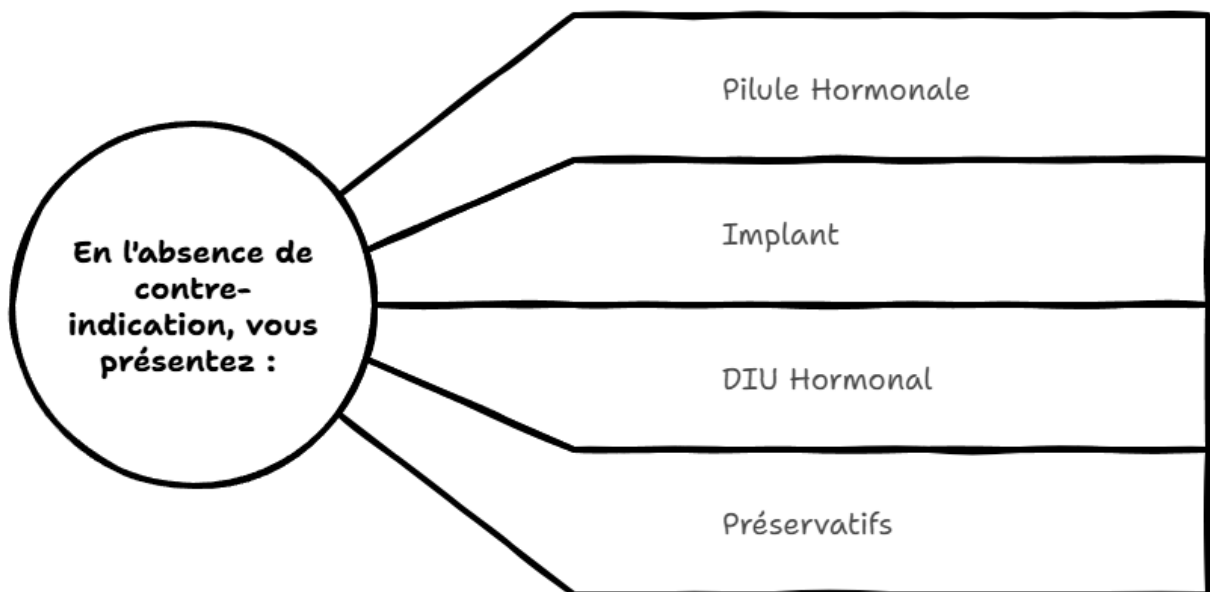
Au total, sur 67 items :

- 25 obtenaient un accord consensuel
- 42 étaient équivoques
- 0 était l'objet de désaccord
- 31 nouvelles propositions ont été créées

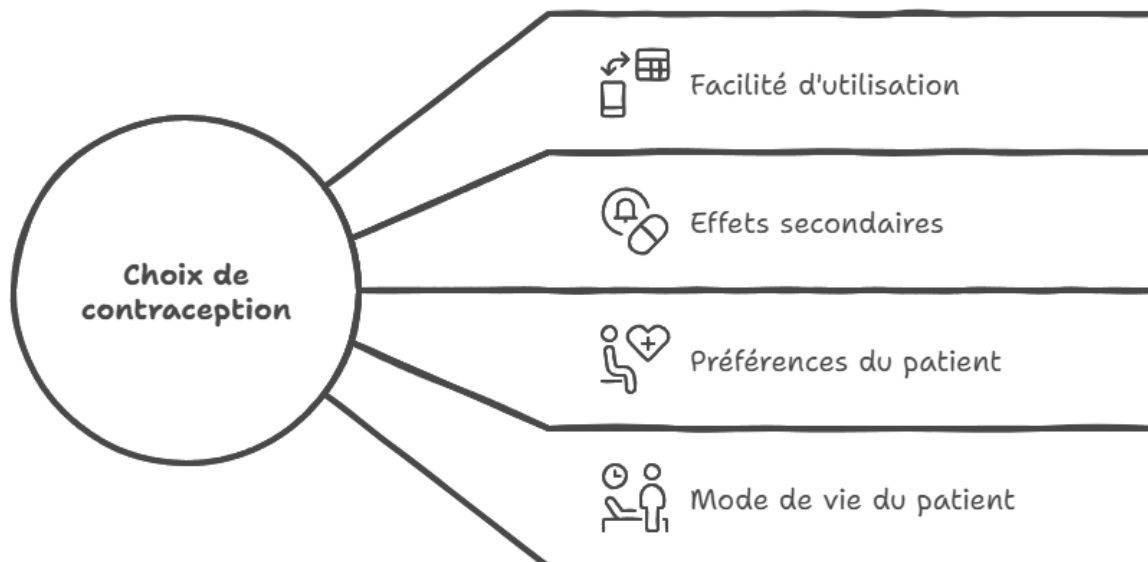
Les items faisant consensus, par thème, sont les suivants :

Contraception

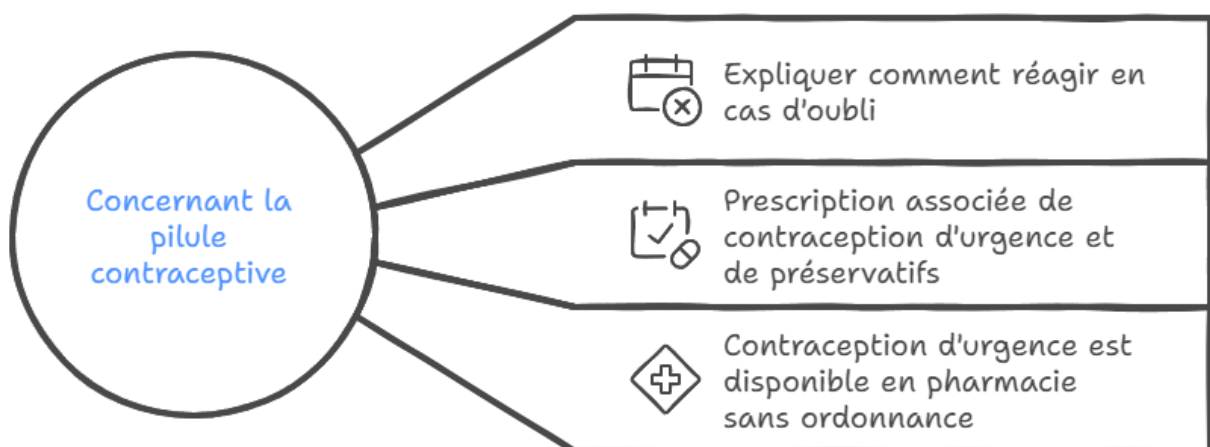
Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :



Facteurs influençant les choix de contraception

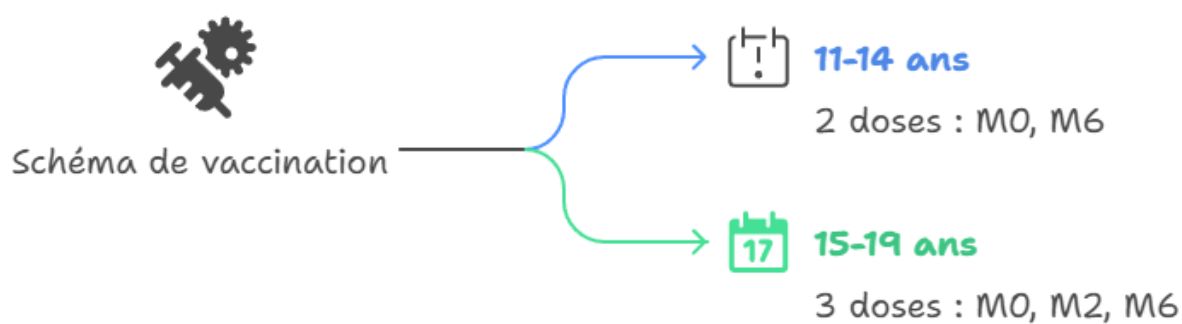
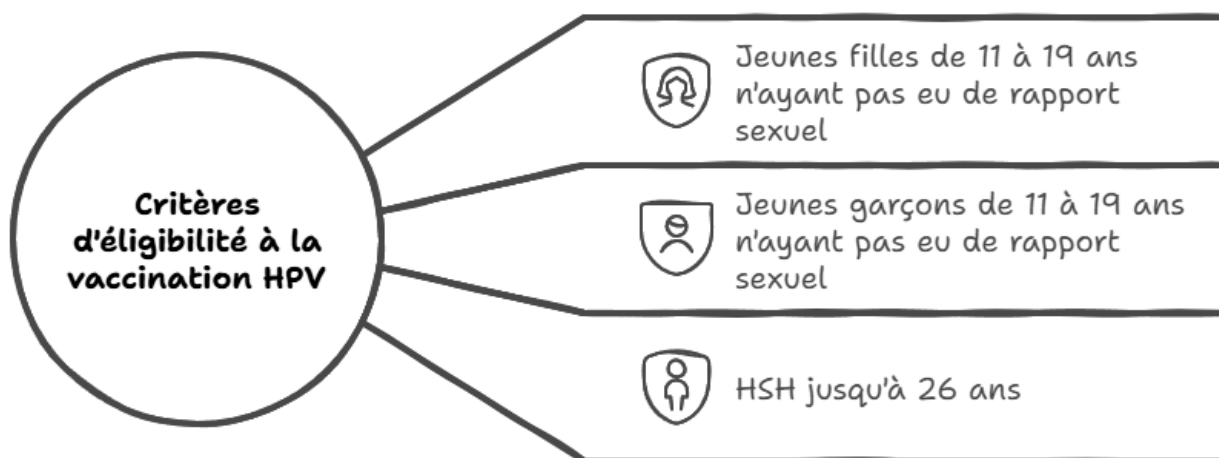


Made with  Napkin

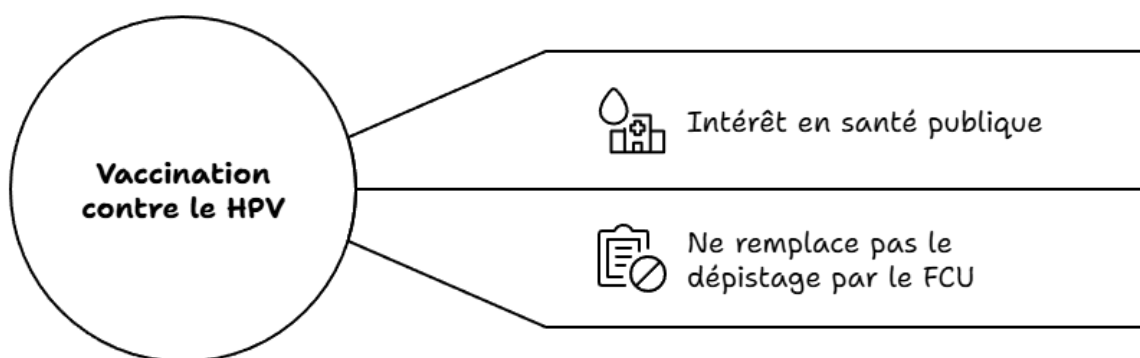
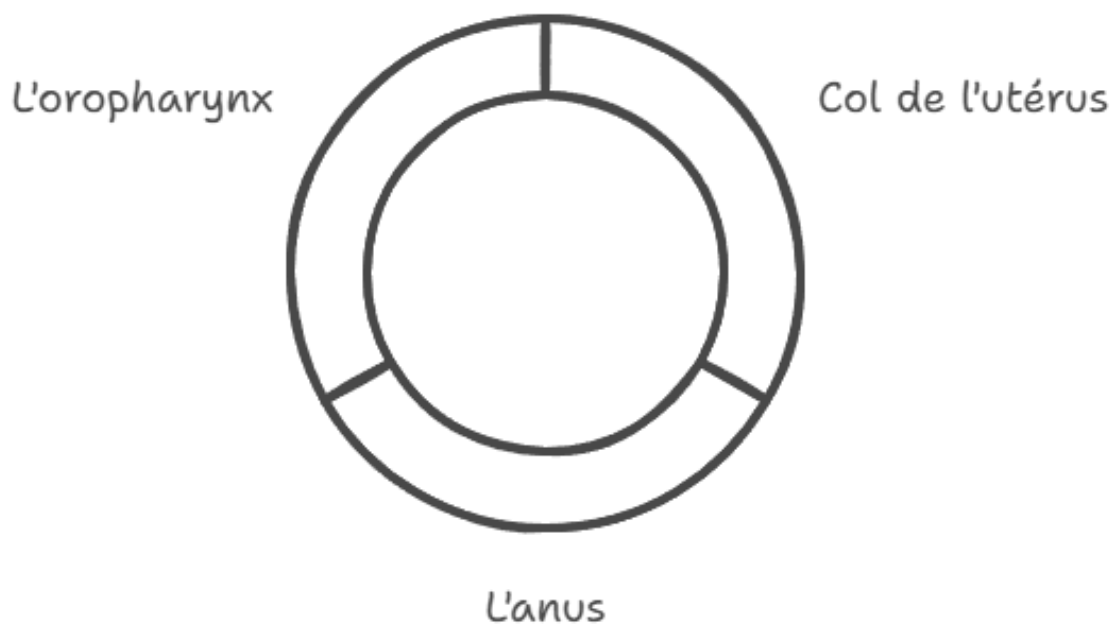


La vaccination HPV

Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :



Protection contre les cancers de :

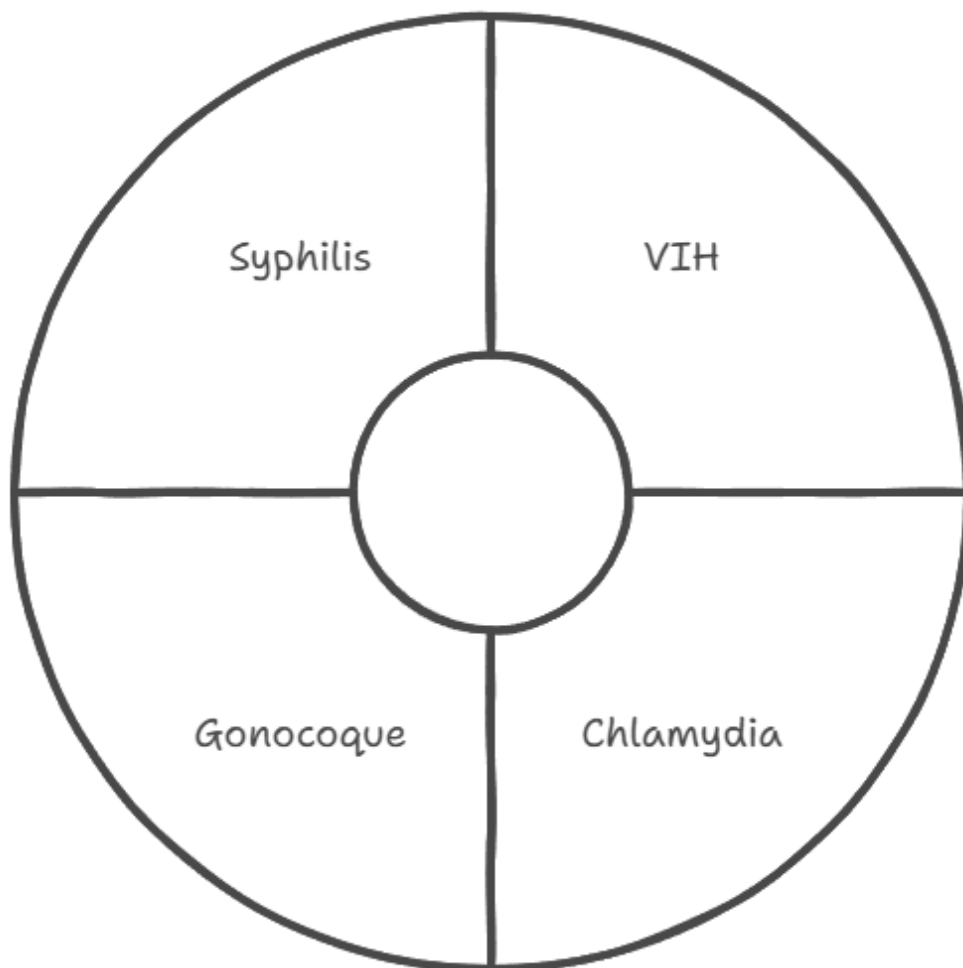


Les IST

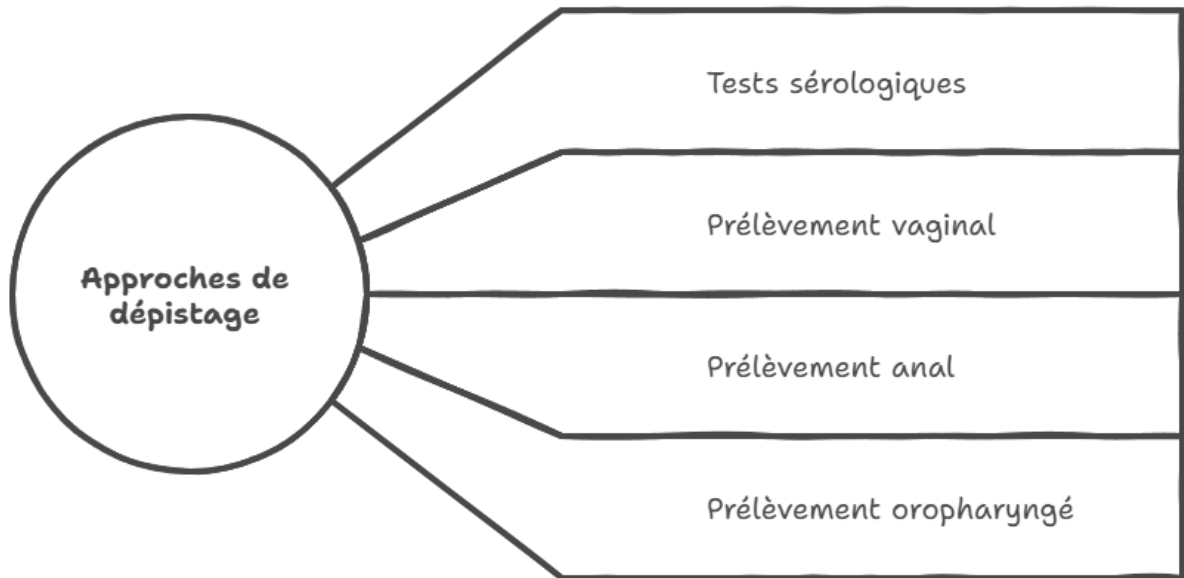
Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :

Les experts parlent systématiquement du risque de transmissions en cas de rapport non protégé.

Les IST systématiquement citées



Approches de dépistage après exposition au risque



Je fournis des informations concernant les lieux de dépistage.

Les évolutions possibles

Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :

Les experts sont d'accord pour dire que la CCP mériterait d'être faite plusieurs fois dans la vie.

II. Deuxième tour de ronde

Le deuxième tour de ronde s'est déroulé du 27.10.2024 au 19.01.2025. Un mail de rappel a été envoyé le 26.12.2024.

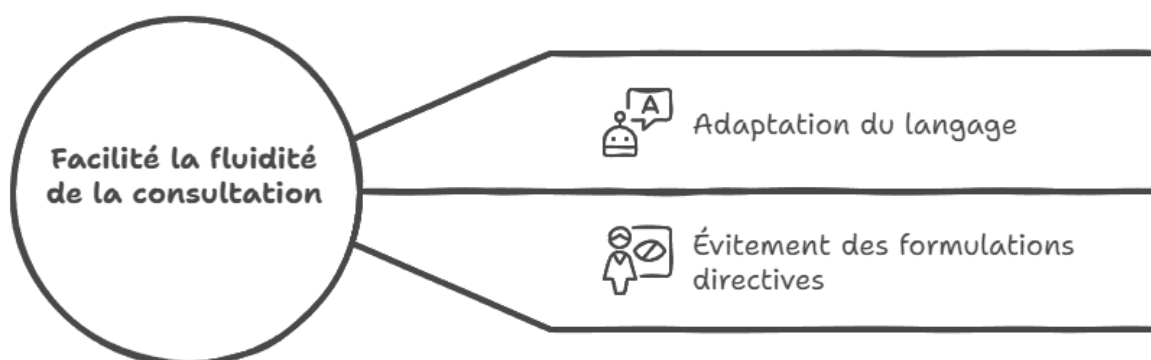
Afin d'éviter un effet de lassitude, certains items ont été regroupés et le nombre de catégories a été réduit à 4 : perceptions générales, les violences, les IST, la contraception.

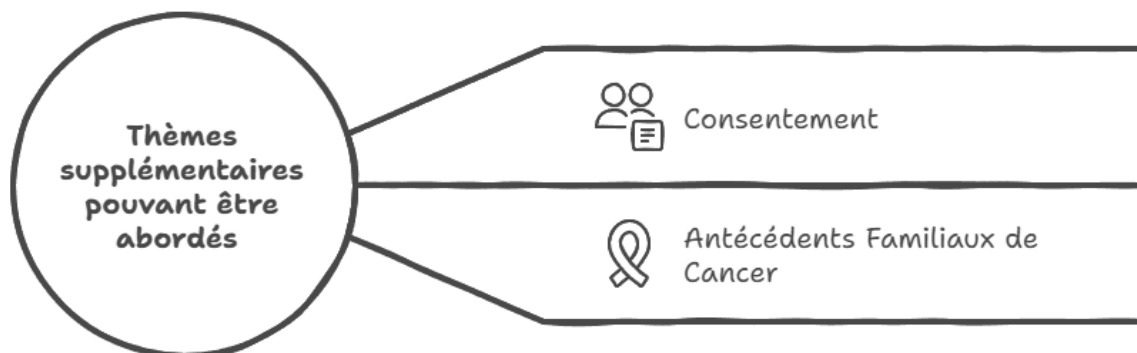
Sur 73 items :

- 33 obtenaient un accord consensuel
- 40 étaient équivoques

Perceptions générales

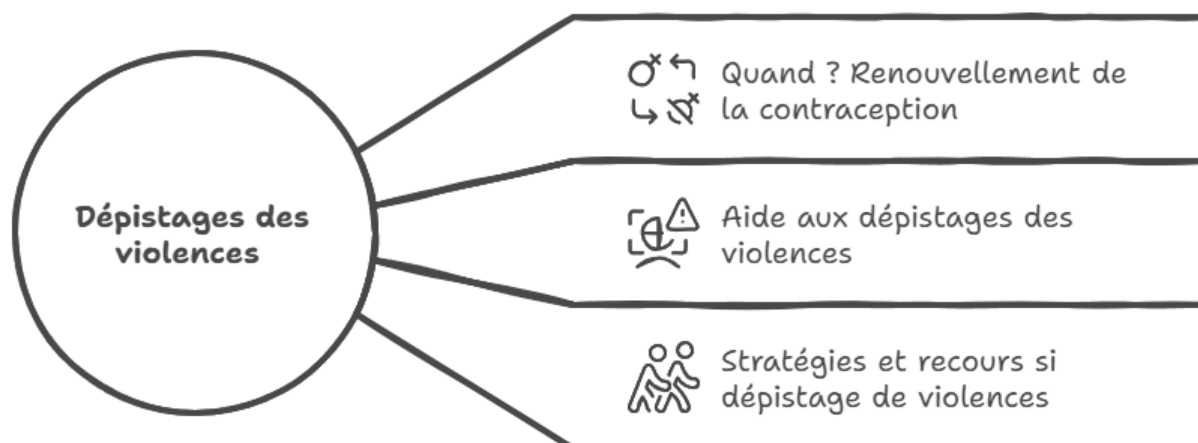
Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :





Les violences

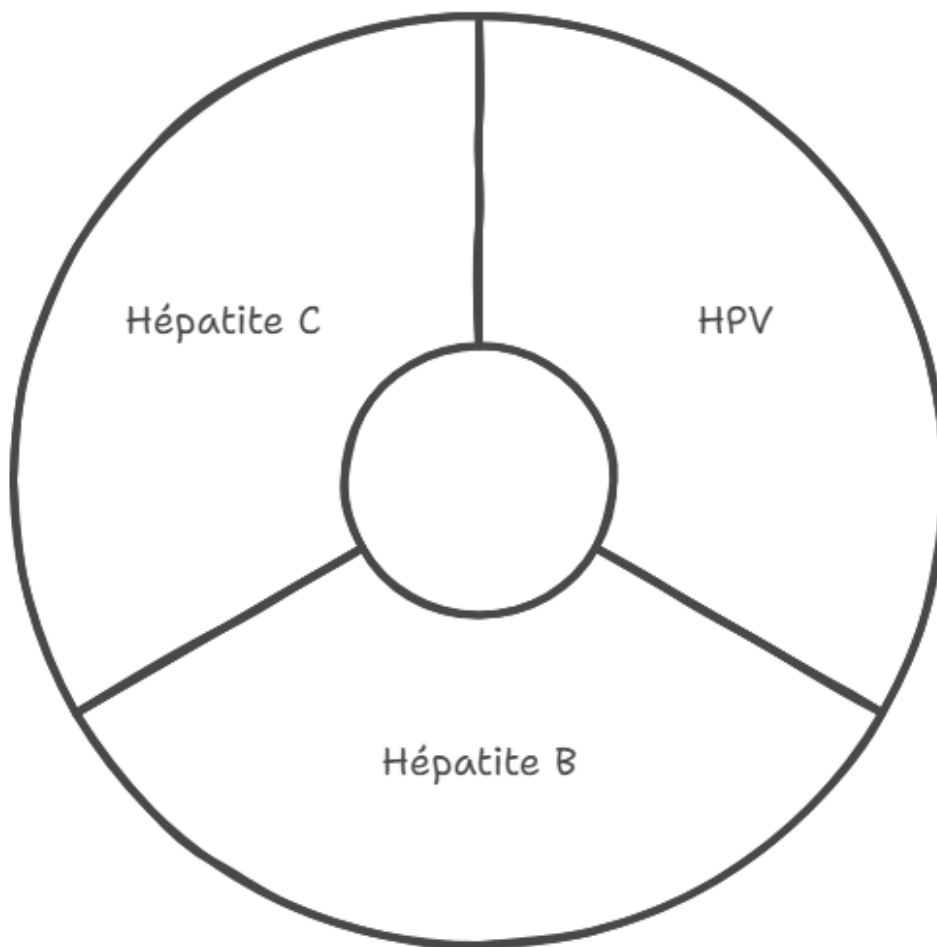
Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :



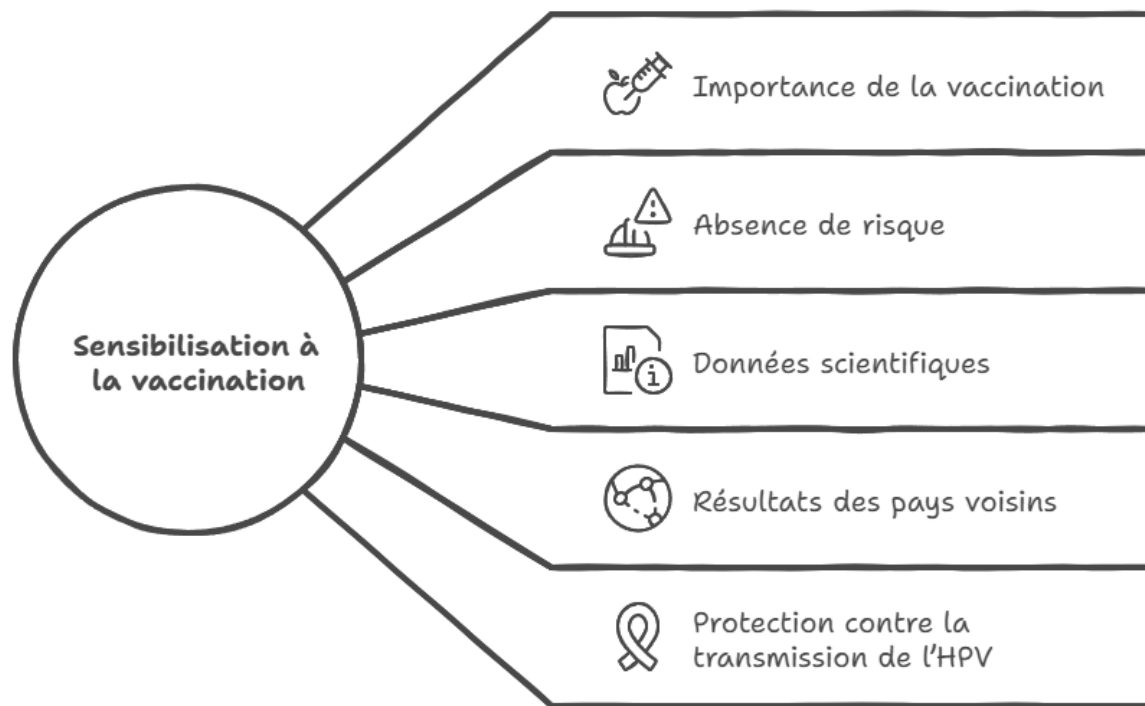
Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :

Dépistage systématique des partenaires par le panel d'experts.

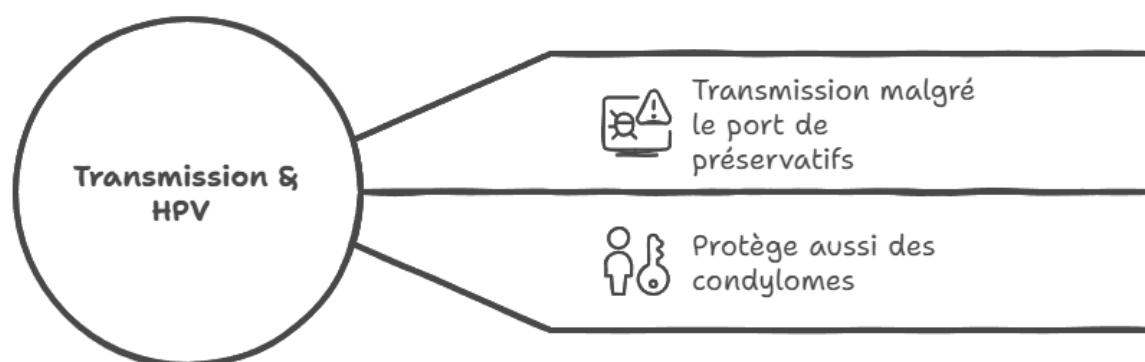
IST systématiquement citées



Révéler les dimensions de la sensibilisation à la vaccination



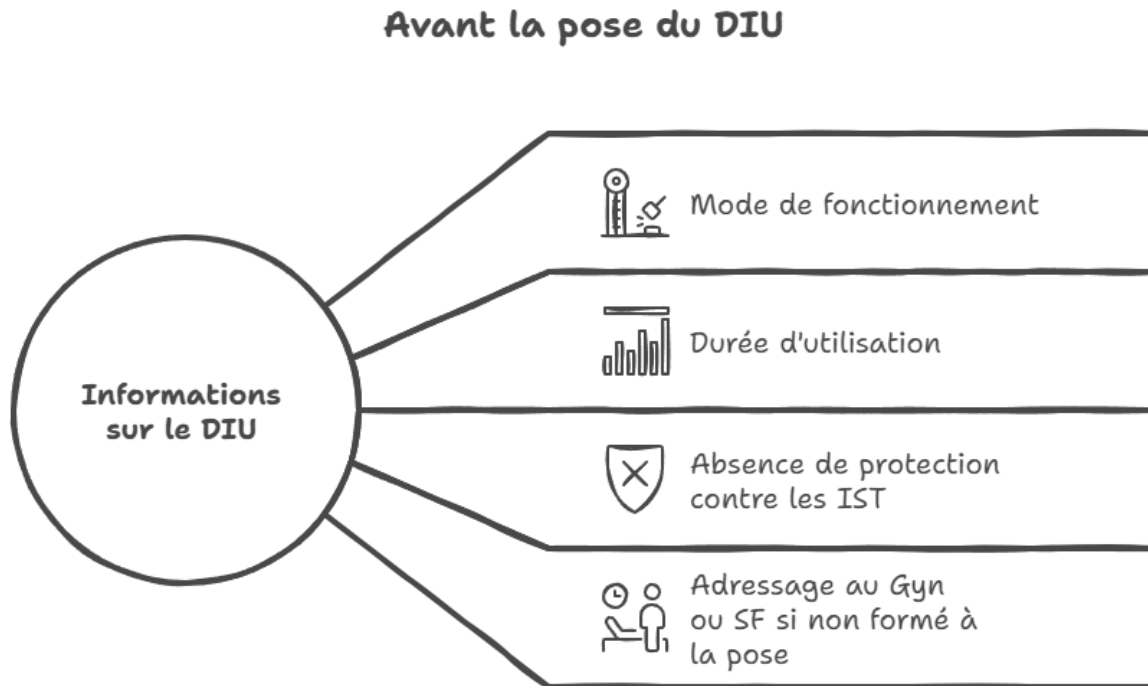
Made with Napkin



Made with Napkin

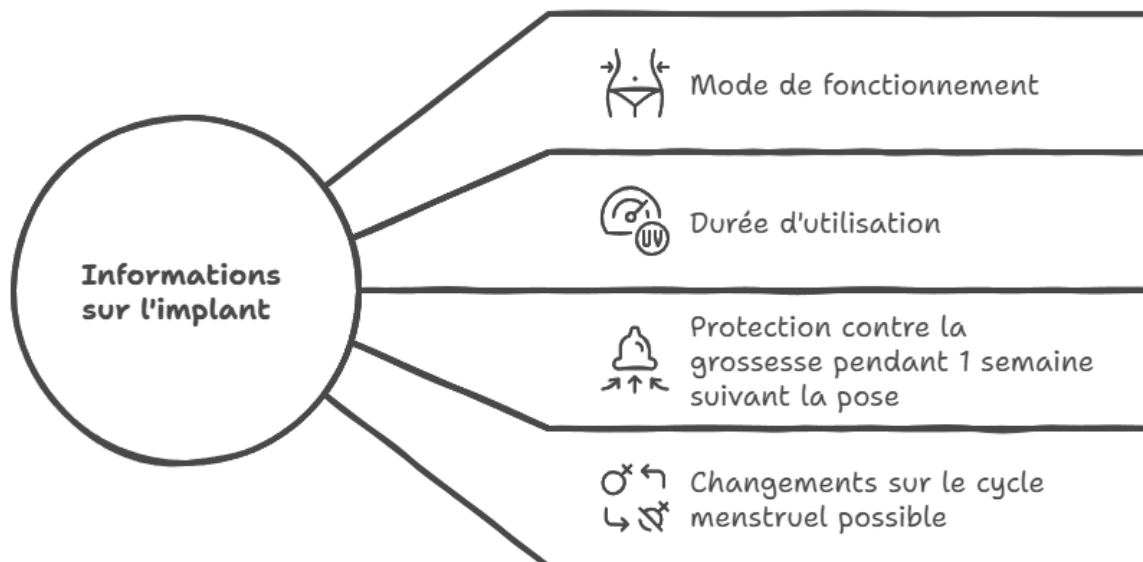
La contraception

Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :



Made with Napkin

Avant la pose de l'implant



Made with  Napkin

Pour la pilule contraceptive, vous proposez la **méthode du Quick Start pour la débiter.**

En cas de refus, je propose au patient de se rendre sur : questionsexualite.fr/choisirsacontraception.fr.

III. Troisième tour de ronde.

Le troisième tour de ronde s'est déroulé du 28.02.2025 au 05.04.2025. Un mail de rappel a été envoyé le 17.03.2025.

Les questions étaient volontairement fermées, sans possibilité de laisser un commentaire afin de clôturer cette ronde.

Sur 40 items ;

- 17 ont été validés cependant, 14 items figureront dans l'outil car 3 items

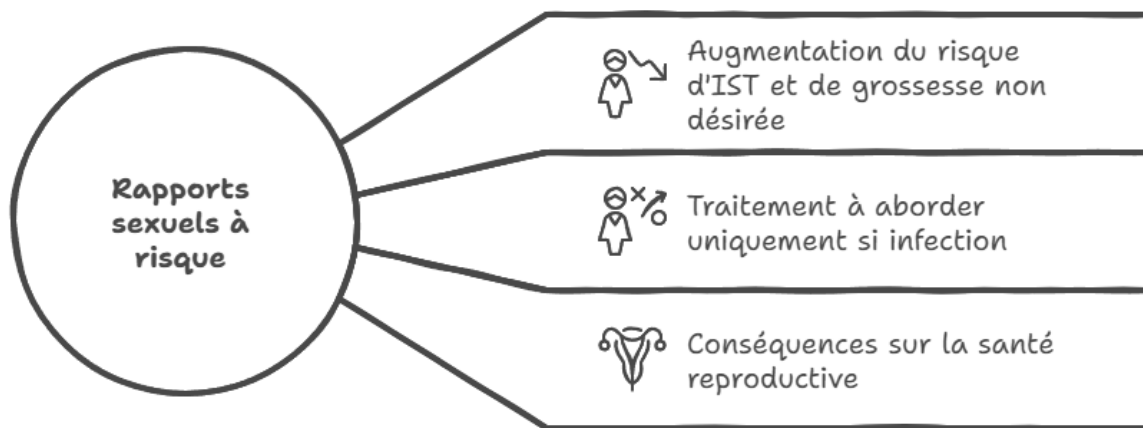
dépendent d'un item n'ayant pas fait consensus (signes évocateurs d'IST).

- Sur les 14 items : 3 items ont été validés par stabilité et 11 par accord relatif.

Les IST

Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :

Comprendre les dimensions des rapports sexuels à risque



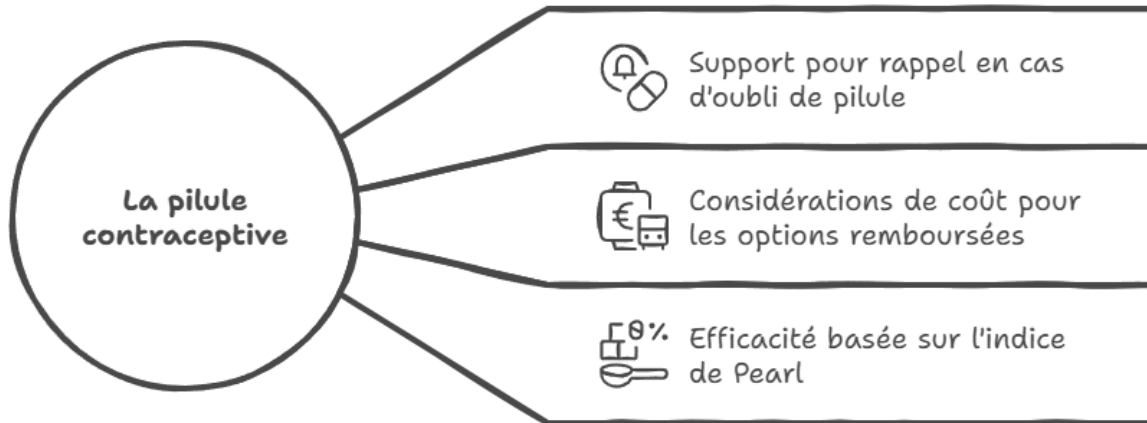
Made with Napkin

Le DIU

Vous présentez le DIU au cuivre.

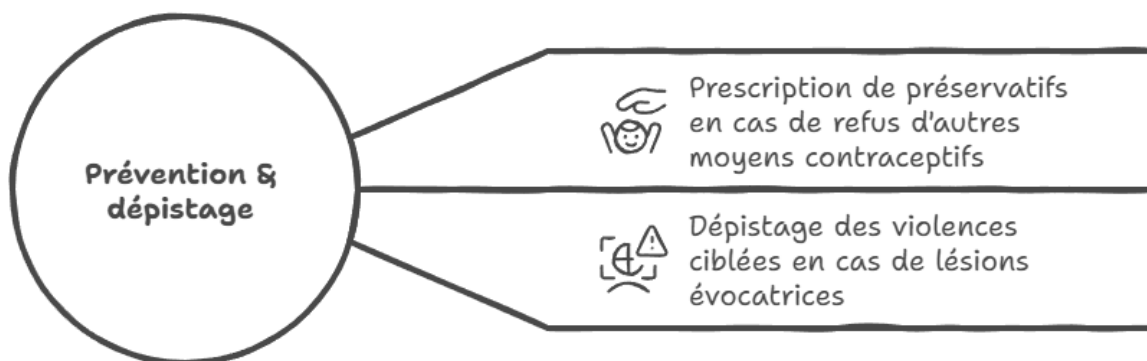
La pilule contraceptive

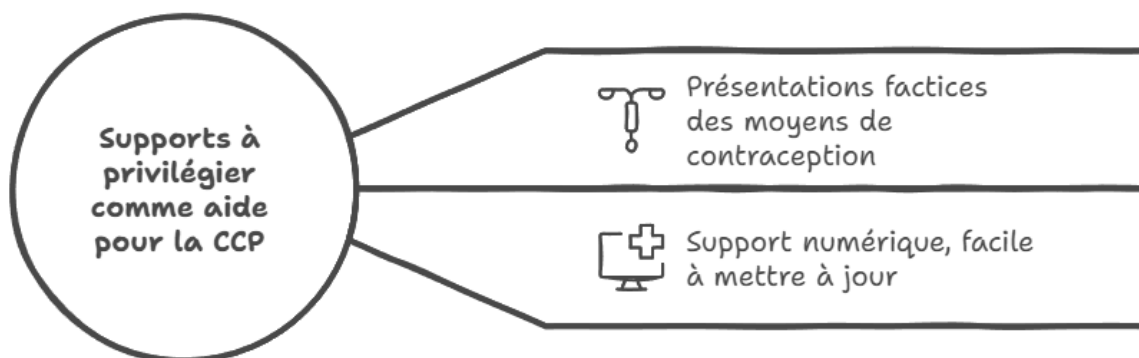
Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :



Communication

Voici une synthèse schématisée des idées consensuellement admises :



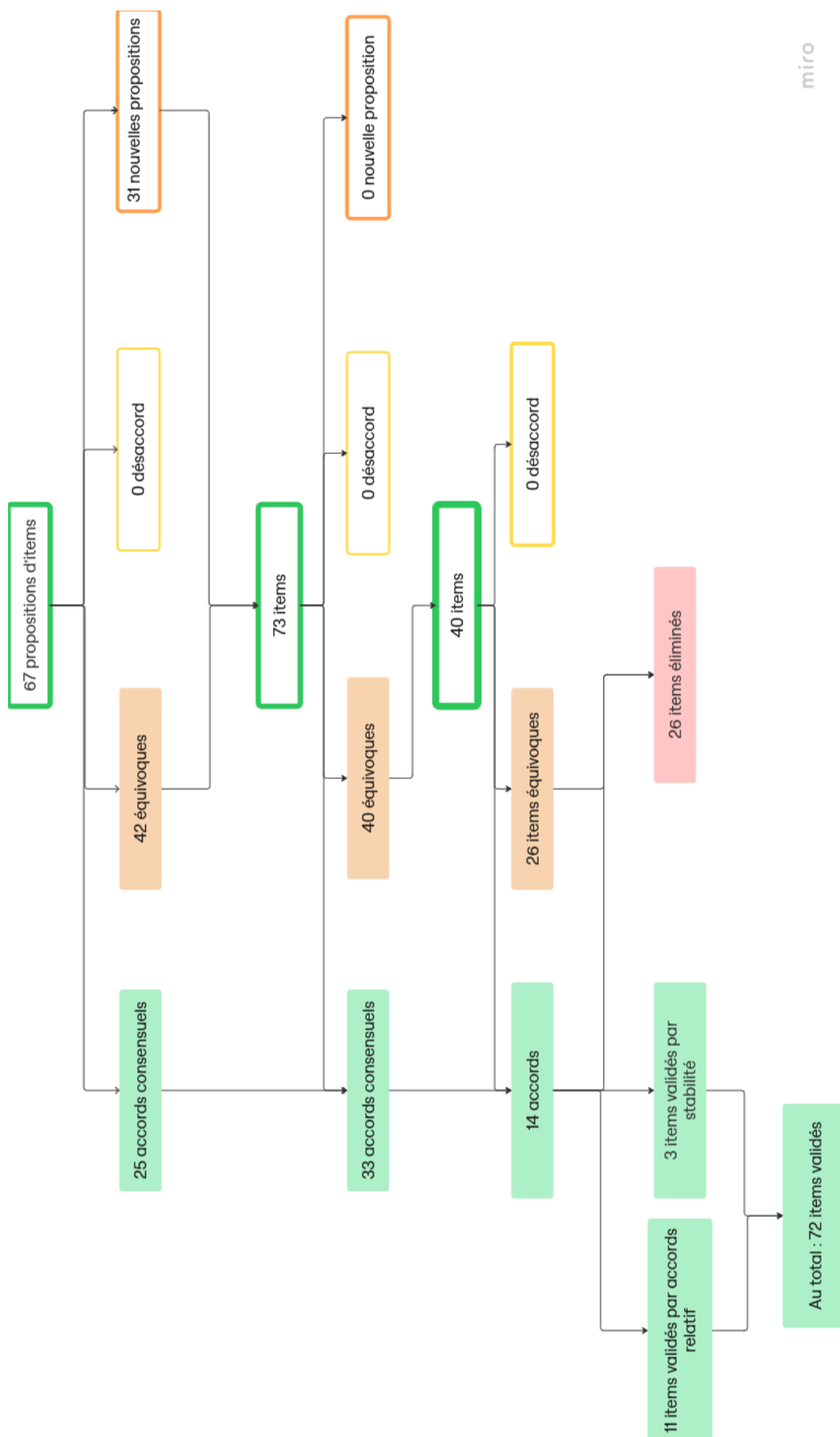


La CCP est un moment opportun pour faire un **point sur le sevrage tabagique** d'après vous.

Faisabilité

La CCP nécessite un créneau de **30 minutes**.

IV. Synthèse



miro

V. Modélisation de l'outil

L'objectif secondaire de ce travail de thèse était de réaliser un outil utilisable en soins primaires. En voici une ébauche :



DISCUSSION

I. Rappel du contexte et des objectifs

Pour rappel, l'objectif principal de cette étude était de synthétiser dans un seul et unique outil les informations les plus pertinentes à délivrer au cours de la CCP.

Afin d'y arriver, la méthode Delphi a été choisie. Elle a permis d'obtenir un consensus d'experts pour explorer et cibler les items les plus importants de cette vaste thématique.

II. Les forces de l'étude

A. Une méthode validée

La méthode Delphi est une méthode validée sur le plan scientifique, méthodologique et pratique. C'est une méthode définie, notamment par la HAS (40), qui permet une reproductibilité. Sa validité a été confirmée dans des revues systématiques de la littérature (43).

B. Un recrutement qualitatif

Le recrutement constitue l'un des points forts de cette étude, tant par le nombre de participants que par la qualité des experts impliqués. Le nombre de participants est resté supérieur à 9 tout au long de l'étude (13 participants pour les 2 premiers tours et 12 au dernier). Tous les experts étaient qualifiés et intéressés par la thématique proposée grâce à leurs compétences médicales et paramédicales. Par ailleurs, la diversité de leurs pratiques professionnelles a contribué à enrichir la portée et la qualité

de ce travail.

C. Une échelle validée

L'échelle de Likert est une échelle de mesure validée permettant de mesurer l'intensité d'un accord ou d'un désaccord par rapport à une affirmation. Cette échelle permet une analyse statistique robuste : médiane, quartiles, écarts interquartiles. C'est une échelle simple d'utilisation.

D. Respect de l'anonymat

En conservant l'anonymat, par l'absence de rencontre entre les différents experts durant le processus, et par des réponses numériques anonymes, le biais de conformité est limité, ainsi que celui de "désirabilité sociale", qui consisterait à donner des réponses conformes aux attentes perçues.

De plus, cela permettait aux experts de se sentir plus libres au moment de la rédaction de réponses qualitatives.

E. Faible proportion de perdus de vue

L'étude comporte uniquement un seul et unique perdu de vue entre le 2ème et le 3ème tour.

F. Nombre de tours

Le nombre minimum requis de tours est de 2.
3 tours de ronde ont été réalisés, afin de pouvoir mesurer l'évolution vers le consensus et la stabilité des réponses.

G. L'apport de nouvelles idées

Le 1er tour de ronde comprenait de nombreuses zones d'expression libre où les experts pouvaient s'exprimer.

Cela était fructueux : 31 nouvelles propositions ont vu le jour.

III. Les limites de l'étude

A. L'absence de définition de consensus

L'absence de définition explicite du consensus représente une limite importante dans le cadre de l'étude Delphi. En effet, l'un des principes fondamentaux de cette méthode repose sur l'identification progressive d'un accord entre experts.

Sans seuil prédéfini, l'évaluation de ce consensus devient sujette à interprétation : surinterpréter un accord apparent ou sous-estimer les désaccords.

De plus, en l'absence de critère déterminant, il devient difficile de distinguer un véritable consensus d'un simple regroupement ponctuel d'opinions.

Cette limite, bien connue de la méthode Delphi, a été en partie maîtrisée par l'ajout de marqueur comme : la proportion minimale d'accord global et l'écart interquartile afin de mesurer la dispersion des réponses.

B. Recrutement des experts et petit échantillonnage

Nonobstant la sollicitation d'un grand nombre de praticiens hospitaliers, du CPEF/PMI, des libéraux, la plupart des répondants se sont avérés être des connaissances. Cette qualité n'influe cependant en rien sur les résultats et leur connaissance. Leur nombre s'est limité à 12 experts au dernier tour de ronde. La PMAG est directement influencée par la taille du panel.

Dans un panel restreint, chaque avis individuel a un poids élevé dans le calcul de l'accord global. Ainsi, pour un seuil de consensus fixé à 75 %, l'accord de 9 experts suffit, et une seule réponse différente peut faire basculer le consensus. Cette sensibilité réduit la stabilité du résultat et peut fragiliser la validité du consensus atteint.

Par ailleurs, le recrutement s'est limité au Nord-Pas-de-Calais.

C. Délai de mise en application

Les délais de réponse au questionnaire étaient plutôt longs, afin de couvrir les éventuelles périodes de congés, de maladie, ou d'indisponibilité. Cependant, malgré les rappels, peut-être que les délais étaient trop longs et que le mail de participation a perdu en visibilité.

En raison d'une charge importante en lien avec un stage hospitalier, l'envoi des questionnaires a parfois été effectué en décalage par rapport au calendrier initialement prévu, ce qui a pu impacter le rythme de collecte des données et entraîner un essoufflement des participants.

D. Interprétation des résultats qualitatifs

Les nouvelles propositions rédigées au premier tour ont fait l'objet d'une synthèse et d'une reformulation, qui ont peut-être subi une forme d'interprétation et

donc n'ont pas réellement rendu compte de l'idée initialement émise.

E. Une méthode “simplifiée”

Dans cette étude, la méthode Delphi a été adaptée et simplifiée par rapport à son application classique. Contrairement à la procédure habituelle, il n'y a pas eu de retour des réponses individuelles et des résultats collectifs entre le premier et le deuxième tour. Cette modification a été motivée par l'étendue des questions et propositions traitées lors du premier tour, ainsi que par la volonté de réduire le biais de conformité.

IV. Des pistes d'amélioration

A. Diversification du panel

Il serait intéressant de réussir à recruter d'autres professionnels de santé comme les pédiatres, ou des professionnels en lien étroit avec les femmes comme les conseillers familiaux et conjugaux.

B. Adapter le format de l'outil

Il serait bénéfique de développer une version web ou mobile de l'outil, permettant non seulement de transmettre des informations essentielles, mais aussi d'intégrer d'autres éléments pédagogiques tels que des schémas, des liens et des ressources fiables. Par exemple, un raccourci vers les ressources sectorielles à mobiliser en cas de dépistage de violences pourrait être inclus.

C. Prévoir une actualisation régulière

Les recommandations en matière de contraception, comme beaucoup d'autres, évoluent rapidement. Un outil numérique pourrait faciliter une veille scientifique et un processus de mise à jour régulier. Par exemple, un panel Delphi pourrait être consulté tous les trois ans.

D. Prise en compte de la disponibilité émotionnelle

Comme l'a souligné Madame Nathalie Piqué, le manque de disponibilité émotionnelle peut rendre les patients presque insensibles à tous les messages de prévention. Il serait donc judicieux d'évaluer cette disponibilité psychique avant d'entamer cette longue consultation durant laquelle de nombreuses informations clés doivent être transmises.

V. Ouvertures et pistes futures

A. Tester la validité externe

L'outil pourrait être testé, en pratique, auprès des professionnels de santé concernés par cette CCP. Cela permettrait d'évaluer sa pertinence, sa praticité et son impact réel en consultation.

Il serait également intéressant de recueillir le retour des patients afin de vérifier la clarté de l'outil.

B. Utilisation par les infirmières ASALEE

Les infirmiers ASALEE (Action de SANTé Libérale En Équipe) jouent un rôle

central et majeur dans l'amélioration de la prévention, du suivi des maladies chroniques et de l'éducation thérapeutique en médecine libérale. Ils travaillent étroitement avec les médecins généralistes.

On pourrait tout à fait envisager que les infirmiers ASALEE réalisent une partie de la CCP, notamment les aspects liés à la prévention et au dépistage. Le médecin généraliste se concentrerait alors sur la partie prescription, en se basant sur les informations recueillies précédemment

C. Choix des photographies

Les photographies choisies pour illustrer les différents axes de la CCP pourraient faire l'objet également d'une ronde Delphi.

CONCLUSION

La CCP est une consultation à la fois longue et complexe.

La nécessité de synthétiser et de regrouper en un seul outil les informations clés à transmettre au cours de la CCP répond à un besoin exprimé par les médecins généralistes. Ce travail novateur était nécessaire en raison de l'absence d'équivalent retrouvé dans la littérature.

Une première ébauche de cet outil a été rendue possible grâce à une recherche impliquant la contribution de 13 experts au cours d'une ronde Delphi.

Il convient désormais de veiller à régulièrement mettre à jour les informations basées sur l'Evidence Based Medicine afin notamment de tenir compte d'éventuels changements dans les normes ainsi que dans les représentations de l'intime.

Cet outil permettra de contribuer à lever les freins évoqués par les médecins généralistes et de répondre aux attentes des patients en rendant la consultation plus fluide et de meilleure qualité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2017. Disponible sur : [https : //solidarites-sante.gouv.fr](https://solidarites-sante.gouv.fr).
2. 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. JORF n°0213 du 12 septembre 2017
3. France. Code de la sécurité sociale, article L.162-1-7, article 7.2. Décision UNCAM relative aux actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Journal officiel de la République française
4. Union nationale des caisses d'assurance maladie. Décision du 13 janvier 2022 relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie . NOR : SSAU220 [https : //www.legifrance.gouv.fr/eli /décision /2022/1/13/SSAU2203943S /jo](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2022/1/13/SSAU2203943S/jo)
5. Application maïeutique. Revalorisation des cotations sage-femme grâce à l'avenant 7 dès le 22 février [Internet]. 2024 [cité 2025 févr 4]. Disponible sur : [https : //\[www.maieuticapp.com/blog/revalorisation\]\(https://www.maieuticapp.com/blog/revalorisation-des-cotations-sage-femme-grace-a-lavenant-7-des-le-22-fevrier\) -des -cotations -sage -femme -grace -a -lavenant -7 -des -le -22 -fevrier](https://www.maieuticapp.com/blog/revalorisation-des-cotations-sage-femme-grace-a-lavenant-7-des-le-22-fevrier)
6. Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF). Vaccinations : ouverture des compétences des sages-femmes pour toute la population [Internet]. 2023 sept 11 [cité 2025 févr 4]. Disponible sur : [https : //\[unssf.org\]\(https://unssf.org/2023/09/11/vaccinations-ouverture-des-competences-des-sages-femmes-pour-toute-la-population\) /2023/09/11/vaccinations -ouverture -des -competences -des -sages -femmes -pour -toute -la -population](https://unssf.org/2023/09/11/vaccinations-ouverture-des-competences-des-sages-femmes-pour-toute-la-population)
7. Assurance Maladie. Tarifs conventionnels des médecins généralistes et

spécialistes [Internet]. 2025 . Disponible sur : <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-conventionnels-medecins-generalistes-specialistes>

8. Murielle Thazar. Élargissement de la première consultation de contraception et de prévention “ CCP” : état des lieux de la pratique des médecins généralistes depuis janvier 2022. Médecine humaine et pathologie. 2023.
9. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. Juillet 2021. Numéro 1197
10. Clara Lespes. La première consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle chez les jeunes, jusqu'à 25 ans révolus, réalisée par les médecins généralistes : freins et leviers. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03828731
11. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
12. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique France, 2017. 8p.
13. INSERM. Premiers résultats de la grande enquête nationale « Contexte des sexualités en France 2023 » . Santé publique 13 novembre 2024.
14. Assemblée mondiale de la Santé, 69. (2016). Stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2016-2021. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/253000>
15. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2022. [Internet]. www.santepubliquefrance.fr.

16. World. Chlamydieuse (infection à Chlamydia) [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>
17. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023. [Internet].
www.santepubliquefrance.fr. Available from:
18. Ongaro M, Negro F. Hépatite B et C : une mise à jour sur l'hépatite virale chronique. Schweizer Gastroenterologie [En ligne]. 1 mars 2022 ; 3(1) : 19-27.
Disponible : <https://doi.org/10.1007/s43472-022-00062-6>
19. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834. Epub 2024 Apr 4. PMID: 38572751.
20. Soliman M, Oredein O, Dass CR. Update on Safety and Efficacy of HPV Vaccines: Focus on Gardasil. Int J Mol Cell Med. 2021 Spring;10(2):101-113. doi: 10.22088/IJMCM.BUMS.10.2.101. Epub 2021 Sep 1. PMID: 34703794; PMCID: PMC8496244.
21. Annick Vilain, avec la collaboration de Jeanne Fresson (DREES) (2023, septembre). Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. Études et résultats, 1281.
22. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1)
NOR : SSAX2027978L ELI :
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2022/3/2/SSAX2027978L/jo/texte_JORF_n°0052_du_3_mars_2022 Texte n° 1
23. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE 13 novembre

2024

24. ONU Femmes France [En ligne]. Les violences sexuelles — ONU Femmes France. Disponible : <https://www.onufemmes.fr/violences-sexuelles>
25. European Union Agency For Fundamental Rights [En ligne]. La violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE – Les résultats en bref ; 18 juin 2021. Disponible : <https://fra.europa.eu/fr/publication/2014/la-violence-legard-des-femmes-une-enquete-lechelle-de-lue-les-resultats-en-bref>
26. European Union Agency For Fundamental Rights [En ligne]. Une femme sur trois dans l'UE a subi des violences ; 25 nov 2024. Disponible : <https://fra.europa.eu/fr/news/2024/une-femme-sur-trois-dans-lue-subi-des-violences>
27. Les Services de L'État En Morbihan [En ligne]. Étude sur les morts violentes au sein du couple. Disponible : <https://www.morbihan.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Droits-des-femmes-et-egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/Violences-sexuelles-et-sexistes/Etude-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple>
28. Sénat [En ligne]. Projet de loi de finances pour 2021 : Santé - Sénat ; 19 nov 2020. Disponible : <https://www.senat.fr/rap/a20-141-6/a20-141-61.html>
29. ROLAND, Noémie, JOURDAIN, Hugo, WEILL, Alain, *et al.* État des lieux de la pratique de la vasectomie en France entre 2010 et 2022. 2024.
30. Ameli.fr. L'efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. Paris : Caisse nationale de l'assurance maladie; [cité 2025 avr 15].
31. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Repères statistiques. Santé, droits sexuels et reproductifs. [Internet]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et->

[reproductifs/reperes-](#)

[statistiques/​;:contentReference\[oaicite:6\]{index=6}](#)

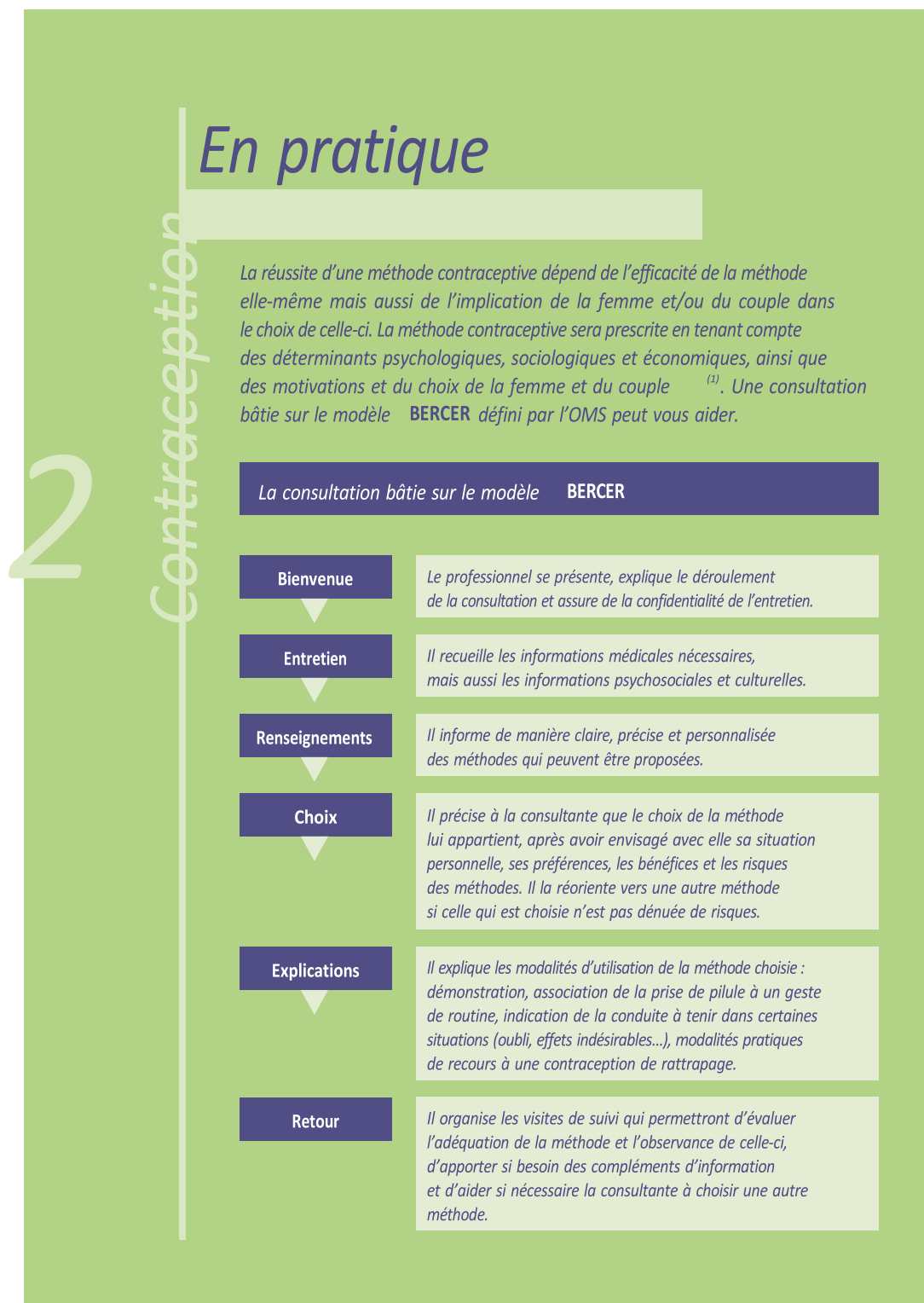
32. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Dossier thématique - Contraception - Données 2020. [Internet]. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/contraception-donnees-2020​;:contentReference\[oaicite:7\]{index=7}](https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/contraception-donnees-2020​;:contentReference[oaicite:7]{index=7})
33. Haute Autorité de Santé. Implant contraceptif : Avis sur l'efficacité et les recommandations d'utilisation. HAS, 2023. Disponible sur :
34. ANSM. Implant contraceptif : informations pour les patients. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, 2022. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/>
35. Haute Autorité de Santé. Dispositifs intra-utérins : recommandations de bon usage. Paris: HAS; 2022.
36. Roland N. Étude des contraceptions réversibles de longue durée d'action en France à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) en 2019-2021 [thèse]. Université Paris-Saclay; 2022.
37. Univadis [En ligne]. WONCA 2023 - Parler de sexualité : les réflexions de la médecine générale. Disponible : <https://www.univadis.fr/viewarticle/wonca-2023-parler-de-sexualit%25C3%25A9-les-r%25C3%25A9flexions-de-2023a1000de>
38. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. (Consulté le 3 mai 2020). Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly [Internet]. 2011;141(0910). Available from: <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178>
39. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par

- un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*. 2017;3(26):136-45
40. Introductory Learning of Inclusive Sexual History Taking: An E-Lecture, Standardized Patient Case, and Facilitated Debrief. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6440490/>
41. Curie J, Derkaoui A, Goubet C, et al. **Photolangage: Une méthode pour communiquer en groupe par la photo**. Lyon: Chronique Sociale; 1979.
42. Karrer, M., Buttet, P., Vincent, I. et Ferron, C. (2004) . Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. *Santé Publique*, Vol. 16(3), 471-486. <https://doi.org/10.3917/spub.043.0471>.
43. Ministère des Solidarités et de la Santé. **Les 1000 premiers jours : là où tout commence**. Rapport de la commission d'experts présidée par Boris Cyrulnik. Septembre 2020. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
44. Piquée N. La cartographie Urkind®, un outil novateur au service des parents et des professionnels de périnatalité. *Profession Sage-Femme*. 2021;275:27-36.
45. Dalkey N, Helmer O. *An experimental application of the Delphi method to the use of experts*. *Manage Sci*. 1963;9(3):458–67.
46. Dalkey NC, Rourke DL, Lewis R, Snyder D. *Studies in the quality of life: Delphi and decision-making*. Lexington, MA: Lexington Books; 1972
47. Linstone HA, Turoff M, editors. *The Delphi method: Techniques and applications*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.

48. Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique
- Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». mars 2015;
49. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to
decide its appropriateness. *World J Methodol.* 2021 Jul 20;11(4):116-129. doi:
10.5662/wjm.v11.i4.116. PMID: 34322364; PMCID: PMC8299905.
50. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey
technique. *J Adv Nurs.* 2000;32(4):1008-15
51. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et
al. Définition du consensus : une revue systématique de la littérature. *J Clin
Epidemiol.* 2014;67(4):401-9

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA METHODE BERCER



ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION

Bonjour Madame, Monsieur,

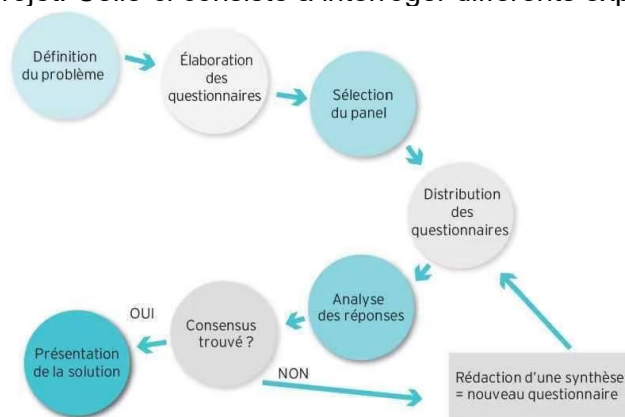
Léa Demaret, interne de médecine générale, je permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse.

Mon travail consiste en la création d'un outil pédagogique, à destination des médecins généralistes, (puis élargir potentiellement aux sage-femmes et gynécologues), pour les aider à mener à bien et à systématiser la Consultation Contraception et Prévention (CCP). Pour créer cet outil, nous nous inspirerons de la méthode URKIND® qui s'appuie sur l'utilisation du photo - langage.

En effet, le médecin généraliste est l'acteur de choix pour réaliser cette consultation. Cependant, dans la littérature, les différents travaux montrent que les médecins ont connaissance de cette consultation mais ne la réalisent pas. Les principales raisons évoquées sont le manque de temps et l'absence de support adapté.

L'utilisation d'un outil intégrant le photo langage va nous permettre de communiquer de manière transversale, en systématisant la consultation, tout en répondant aux pré requis établis par les dernières recommandations.

Afin d'atteindre notre objectif, la méthode Delphi, méthode de conférence de consensus a été retenue pour notre projet. Celle-ci consiste à interroger différents experts sur



différentes propositions.

En pratique, l'étude va se dérouler en 3 étapes (appelées "rondes" selon la méthode). A chacune d'elle, vous aurez à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée de 30 minutes. Vous aurez à apprécier les propositions en les numérotant selon l'échelle de Likert : (de 1 à 5 : 1 : pas d'accord du tout, 5 tout à fait d'accord).

Selon notre calendrier prévisionnel, l'étude se déroule de juin à septembre 2024.

Les rondes itératives et anonymes permettent de dégager un consensus final pour la construction de l'outil. **Aucune séance en présentiel n'est nécessaire.**

En espérant que mon travail retienne votre attention, je vous remercie par avance de confirmer votre participation à l'intégralité de l'étude en répondant à ce mail.

ANNEXE 3 : DOSSIER CRD2M POUR COMMISSION RGPD



BUYSSECHAERT ANNE <Anne.BUYSSECHAERT@univ-catholille.fr>

À moi ▼

Bonjour Madame,

Grand merci.

J'ajoute ce document modifié au registre.

Bien cordialement,

Anne BUYSSECHAERT



Maître de conférence en droit canonique



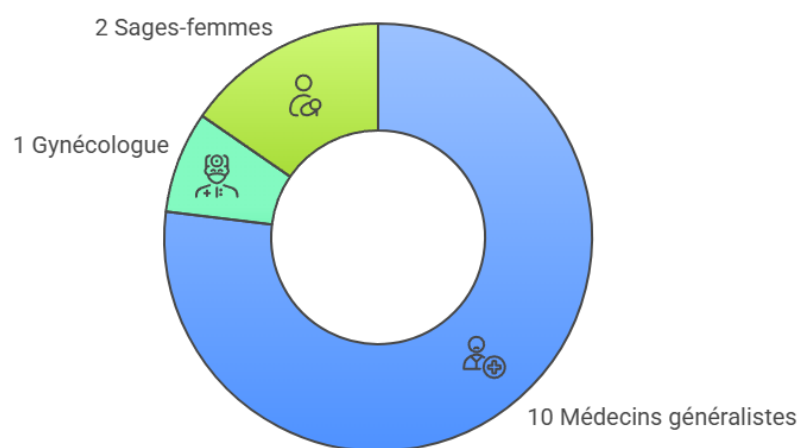
**Déléguee à la protection
des données**

Document complet disponible :

<https://www.dropbox.com/scl/fo/4vboqi1bl9hbsyntayto2/AJqDwqFQq6XdYtOaREodWtE?rlkey=x783mao9i81ejno0ana0jywez&st=be9ohf6b&dl=0>

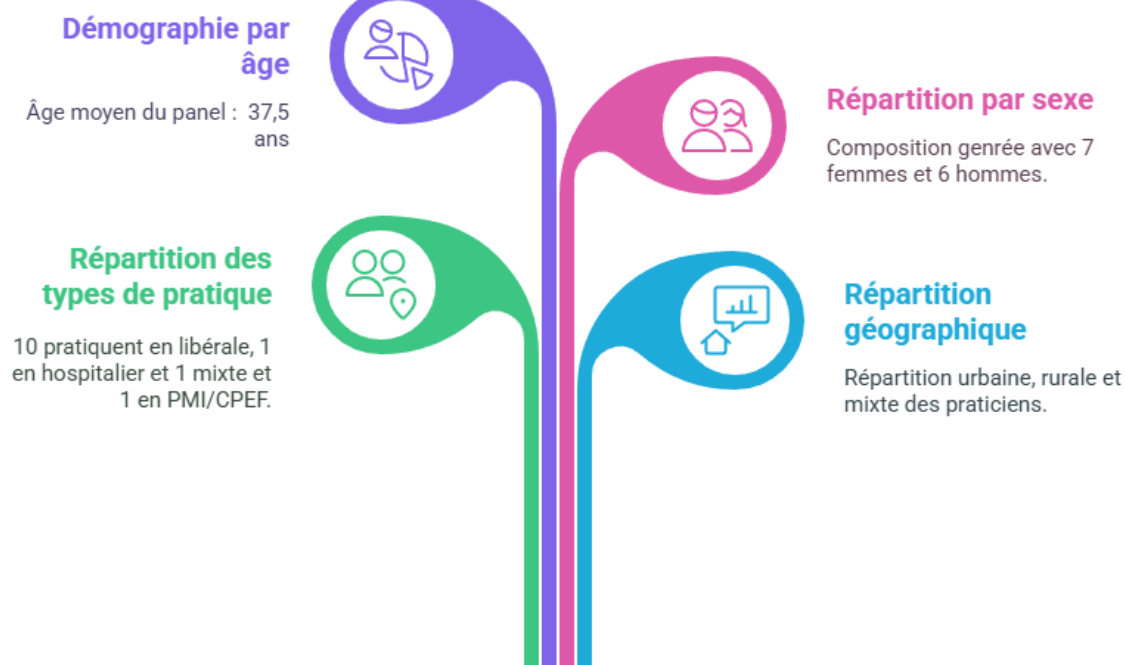
ANNEXE 4 : LE PANEL

Composition du panel



Made with Napkin

Caractéristiques du panel



Made with Napkin

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRES ET RESULTATS

Pour des raisons de facilité d'impression, et environnementale, les 3 questionnaires ainsi que leurs résultats sont disponibles sur le lien suivant :

<https://www.dropbox.com/scl/fo/4vboqi1bl9hbsyntayto2/AJqDwqFQq6XdYtOaREodWtE?rlkey=x783mao9i81ejno0ana0jywez&st=be9ohf6b&dl=0>

ANNEXE 6 : TABLEAU RECAPITULATIF DERNIER TOUR

Questions		Médian e	IQR	PMA G en %	PMA G 2 ^{ème} tour	Décisio n
A1		4.5	2	66.67	62	Exclusio n
B1.	Trichomonas	2	3	33.33	46	Exclusio n
	Herpes	3.5	1	50	69	Exclusio n
	Mycoses	2.5	2.2 5	25	46	Exclusio n
B2.		4.5	1	91.67	77	Inclus par stabilité
B3.		4	1.2 5	66.67	31	Exclusio n
B4. Exclusio n	SFU	4	1	91.67	54	
	Fièvre	3	1.2 5	41.67	38	Exclusio n
	Douleurs/pelviennes Dyspareunies	4.5	1	100	77	
	Métrorragies	3.5	1	50	46	Exclusio n
	Lésions cutanées	4.5	1	91.67	62	
B5		4	1.2 5	75	62	Inclus par accord relatif
B6		4.5	1.2 5	75	62	Inclus par accord relatif
C1		3.5	3.2 5	50	38	Exclusio n
C2		4.5	1	83.33	62	Inclus par accord relatif
C3		3	1.2 5	41.67	46	Exclusio n
D1		5	1	83.33	62	Inclus par accord relatif
D2		3	1.2 5	25	31	Exclusio n
D3	Remboursement/précari	4	1	100	38	Inclus

	té					par accord relatif
	Indice de Pearl	4.5	1.2 5	75	85	Inclus par stabilité
E1	Prescription de préservatifs	4	0.2 5	91.67	69	Inclus par accord relatif
	Questionnaire pour consultation suivante	3.5	2	50	54	Exclusion
E2	Discours non genré	3	3.5	33.33	38	Exclusion
	Fournir des supports	3.5	1.2 5	50	46	Exclusion
E3		4	1.2 5	75	38	Inclus par accord relatif
E4		5	1	91.67	38	Inclus par accord relatif
E5	Brochure/ Format papier	4	1	58.33	62	Exclusion
	Présentations factices de moyens de contraceptions	4	1	91.67	69	Inclus par accord relatif
	Support pédagogique numérique	4.5	1	83.33	77	Inclus par stabilité
	Schéma hormonal	3	1.2 5	41.67	46	Exclusion
	Planche anatomique	3.5	1.2 5	50	46	Exclusion
	Livret INPES	3	1.2 5	25	23	Exclusion
E6	Identité de genre	2.5	1.2 5	16.67	31	Exclusion
	Prévention pornographie	3.5	2	50	62	Exclusion
	Anatomie (F et M)	4	2	58.33	69	Exclusion
	Sevrage tabagique	4	0.5	75	62	Inclus par accord relatif

	Santé mentale	4	2	58.33	62	Exclusion
F1	Créneau particulier de 30 minutes	4	1.25	75	62	Inclus par accord relatif
	Impossibilité de bloquer 30 min	2	2	16.67	15	Exclusion
	Questionnaire préconsultation	3	3	33.33	46	Exclusion

AUTEURE : Nom : DEMARET

Prénom : Léa

Date de soutenance : 26 juin 2025

Titre de la thèse : Elaboration par la méthode Delphi d'un outil d'aide à la consultation

Contraception Prévention

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Contraception – Prévention – Communication- Education

Résumé :

Dans un **contexte** de santé publique marqué par l'engagement de la France à mettre fin à l'épidémie de VIH à l'horizon 2030, et face à l'augmentation du dépistage et du diagnostic d'infections sexuellement transmissibles (IST), notamment à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*, cette thèse vise à renforcer la prévention en santé sexuelle. Cependant, les médecins généralistes rencontrent souvent des difficultés à aborder la sexualité avec leurs patients : en raison d'un manque de connaissance, de temps et d'aisance avec le sujet ; ce qui constitue un frein majeur à une prévention efficace. L'**objectif** de ce travail est d'établir, de manière consensuelle, un inventaire des informations les plus pertinentes à transmettre à nos patients concernant leur santé sexuelle. Une fois cet inventaire établi, il est possible d'élaborer un outil d'assistance pour les consultations contraception et prévention. Cet outil repose sur la technique du photolangage, utilisant des photographies pour faciliter l'expression, lever les tabous et engager un dialogue centré sur les sujets liés à la sexualité. L'élaboration de cet outil s'appuie sur **la méthode Delphi**, une approche itérative visant à obtenir un consensus d'experts. Elle repose sur l'interrogation répétée et anonyme d'un panel d'experts. **Au terme de ce processus**, 72 items ont été validés par les experts pour structurer les échanges lors des consultations de contraception et de prévention. Ces items couvrent plusieurs dimensions de la CCP : contraception, IST, vaccination, dépistage des violences. Le tout dans une volonté de s'inscrire dans une approche systématique, ordonnée et bienveillante de la santé sexuelle. Cette thèse propose ainsi une innovation concrète, adaptée aux pratiques de soins primaires, tout en intégrant les enjeux de santé publique actuels.

Composition du Jury :

Président : Pr Sophie JONARD CATTEAU

Assesseurs : Dr Judith OLLIVON et Dr. Delphine DUCHATELLE

Directeur de thèse : Dr Olivia Guieu