



HAL
open science

La cotation “ Consultation de Contraception et de Prévention ” : enquête de pratique auprès de 1138 médecins généralistes libéraux installés en France

Amélie Fèvre

► To cite this version:

Amélie Fèvre. La cotation “ Consultation de Contraception et de Prévention ” : enquête de pratique auprès de 1138 médecins généralistes libéraux installés en France. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03152385

HAL Id: dumas-03152385

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03152385v1>

Submitted on 25 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
Amélie FEVRE

le 17 Juin 2020

**La cotation « Consultation de Contraception et de Prévention » :
enquête de pratique auprès de 1138 médecins généralistes libéraux
installés en France.**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Bernard CLARY

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Madame le Docteur Pascale FABBRO-PERAY
Monsieur le Professeur Bernard CLARY
Madame le Docteur Sandrine CALONNE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
Amélie FEVRE

le 17 Juin 2020

**La cotation « Consultation de Contraception et de Prévention » :
enquête de pratique auprès de 1138 médecins généralistes libéraux
installés en France.**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Bernard CLARY

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Madame le Docteur Pascale FABBRO-PERAY
Monsieur le Professeur Bernard CLARY
Madame le Docteur Sandrine CALONNE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DE LAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médical
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TAOUREL Patrice

Radiologie et imagerie médicale

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{er} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul

Radiologie et imagerie médicale

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOULOT Pierre

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérard

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COSTES Valérie

Anatomie et cytologie pathologiques

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CYTEVAL Catherine

Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier

Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane

Urologie

DUCROS Anne

Neurologie

DUPEYRON Arnaud

Médecine physique et de réadaptation

FESLER Pierre

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement,
 médecine générale, addictologie
 Oto-rhino-laryngologie

GARREL Renaud

GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
<u>PU-PH de 2ème classe</u>	
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{er} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{er} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{er} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury et de juger ce travail. Je vous remercie pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale de l'Université de Montpellier. Veuillez accepter toute ma gratitude et l'expression de mon profond respect.

À Madame le Docteur Pascale FABBRO-PERAY,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Bernard CLARY,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner ainsi que pour votre disponibilité et votre soutien à chaque étape de ce travail. Je vous remercie pour votre implication dans le département de médecine générale et d'avoir contribué à ma formation de médecin généraliste. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Sandrine CALONNE,

Je te remercie de m'avoir accueillie dans ton cabinet pour mon stage SASPAS. Merci pour ta confiance et ton soutien durant ce stage. Tu m'as permis de m'autonomiser et de prendre de l'assurance dans ma pratique.

C'est un honneur pour moi que tu aies accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je te prie de croire en ma sincère reconnaissance.

À tous les médecins qui ont contribué à ma formation,

Aux enseignants, Professeurs, Docteurs de la Faculté Paris VII,

Au département de médecine générale de la Faculté de Médecine de Montpellier,

Aux Docteurs BEAUFIGEAU, CAPDET-TISSEYRE et DURAND,

Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre cabinet médical. Vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale. Merci pour votre accompagnement et votre bienveillance dans mes premiers pas de médecin généraliste.

Au Docteur TRIOULEYRE,

Je te remercie pour ton soutien et ton accompagnement au cours de mon stage dans ton cabinet. Tu m'as permis de m'autonomiser sereinement au cours de mon stage SASPAS.

Au Docteur LE GUILLOU et à toute l'équipe de médecine gériatrique de Nîmes,

Je vous remercie pour la formation que vous m'avez donnée et pour votre accompagnement. Je vous suis reconnaissante de la confiance que vous m'accordez et de la chance que vous m'offrez de pouvoir continuer à travailler et à apprendre à vos côtés.

À l'équipe de médecine polyvalente de Nîmes : au Docteur RAY, à Dora, Marion, Marie-Laure et Élodie,

Je vous remercie pour ce semestre à vos côtés. Merci de croire en moi et merci pour votre soutien, votre confiance et votre bienveillance. Votre bonne humeur rend les journées (parfois difficiles) toujours plus belles.

Je resterai éternellement reconnaissante envers vous tous d'avoir contribué à ma formation et d'avoir fait de moi le médecin en devenir que je suis.

À toute ma famille,

Je vous remercie pour tous ces moments avec vous et pour votre soutien.

À mes parents,

Maman et Papa, je vous remercie pour votre soutien inconditionnel. Je vous remercie d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir tiré vers le haut. Vous m'avez toujours accompagnée pour aller au bout de mes passions. Merci d'avoir été et d'être là dans toutes les étapes de ma vie.

Et, merci pour votre aide dans l'élaboration de cette thèse (Papa, pour tes qualités d'informaticien et Maman, pour toutes ces relectures à traquer les fautes d'orthographe).

À mes grands-parents,

Merci pour tous ce que vous m'avez apporté. Merci pour tous ces moments avec vous et cet amour.

À Adrien, Julie, Fabienne et Jean-Luc, Tata, Guégué et Laëticia,

Merci pour votre bienveillance et pour tous ces beaux moments de retrouvailles.

À Marc,

Merci pour ta présence et ton soutien. Merci de me supporter chaque jour et pour tous ces beaux moments à tes côtés.

À mes amies,

À Chloë,

Merci pour ton amitié depuis toujours, ton sourire et ta joie de vivre. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir été là dans toutes les étapes de ma vie.

À Cam et Jess,

À toutes ces années d'amitiés à vos côtés. Même s'ils se font rares, merci pour ces doux moments de retrouvailles si réconfortants.

À Ori, Svetie, Lau, Tiffou, Auré, Myl, Béné et Léna

Avec vos particularités propres à chacune, vous rendez les moments passés avec vous si beaux. Merci pour cette amitié. Je suis si heureuse de vous voir évoluer depuis toutes ces années.

À tous les copains de l'internat, à tous mes co-internes,

À Fanny, Marie-Anne, Marion, Anaïs, Cécile, Isabel, Valentin, Édouard, Chloé,

Merci pour ces 3 belles années à vos côtés.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	17
1 INTRODUCTION	18
1.1 Définition des termes.....	18
1.1.1 Adolescence et puberté.....	18
1.1.2 Santé sexuelle.....	18
1.2 Contexte épidémiologique	18
1.2.1 La contraception.....	18
1.2.2 Grossesses non prévues et interruptions volontaires de grossesses	19
1.2.3 Infections sexuellement transmissibles.....	19
1.2.4 Vaccination contre les infections à papillomavirus humains.....	19
1.3 Les sources d'information sur la santé sexuelle des adolescents.....	20
1.3.1 Les sources mentionnées par les adolescents.....	20
1.3.2 La place du médecin généraliste	21
1.4 Les cotations	22
1.4.1 Le mode de rémunération des médecins généralistes.....	22
1.4.2 La cotation CCP.....	22
1.5 Les études qualitatives réalisées	23
1.6 Problématique	24
1.7 Objectifs de l'étude.....	24
2 MATERIEL ET MÉTHODE	25
2.1 Type d'étude.....	25
2.2 Sélection	25
2.2.1 Critères d'inclusion	25
2.2.2 Critères de non-inclusion.....	25
2.2.3 Calcul du nombre de sujets nécessaires.....	25
2.3 Élaboration du questionnaire.....	25
2.3.1 Bibliographie.....	25
2.3.2 Contenu du questionnaire.....	26
2.3.3 Phase de pré-test.....	28
2.3.4 Diffusion du questionnaire	28
2.4 Saisie des données et analyse statistique	28
2.4.1 Anonymisation.....	28
2.4.2 Saisie des données.....	28
2.4.3 Analyse statistique	29
3 RESULTATS	31
3.1 Effectifs.....	31
3.2 Caractéristiques de la population étudiée	31
3.3 Objectif principal : pourcentage de médecins connaissant et pourcentage de médecins ayant déjà utilisé la cotation	33
3.3.1 Analyse descriptive.....	33
3.3.2 Analyse univariée	34
3.4 Les thèmes abordés	35
3.5 Connaissances des modalités d'application de la cotation	37
3.5.1 Moyen de connaissance	37
3.5.2 Connaissances des modalités d'application	38

3.6	Modalités d'utilisation de la cotation	39
3.6.1	Utilisation du tiers-payant intégral.....	39
3.6.2	Utilisation de l'anonymisation.....	40
3.6.3	Avis sur la rémunération	40
3.6.4	Fréquence d'utilisation de la cotation.....	41
3.6.5	Niveau de difficulté de réalisation de la cotation sur le plan informatique	41
3.6.6	La mise en place de la cotation a-t-elle changé votre pratique ?.....	43
3.6.7	Comment les médecins proposent-ils la consultation aux adolescentes ?	43
3.6.8	Fréquence de l'utilisation de la cotation au cours d'une consultation dédiée.....	44
3.7	Les freins et les perspectives d'amélioration	45
3.7.1	Les freins.....	45
3.7.2	Les perspectives d'amélioration	53
4	DISCUSSION	56
4.1	Résultats de l'objectif principal	56
4.2	Comparabilité de notre échantillon à la population générale	56
4.2.1	Répartition selon le sexe et l'âge.....	56
4.2.2	Données SNIIRAM sur la cotation CCP	58
4.3	Limites et forces de l'étude	58
4.3.1	Forces	58
4.3.2	Limites	59
4.3.3	Entre limites et forces.....	61
4.4	Les thèmes abordés	62
4.4.1	La contraception.....	62
4.4.2	Les infections sexuellement transmissibles.....	63
4.4.3	Vaccination contre le papillomavirus	63
4.4.4	Physiologie du cycle, anatomie et puberté	64
4.4.5	Autres sujets concernant la santé sexuelle	64
4.5	Conséquence de la création de la cotation sur la pratique des médecins.....	66
4.6	Pistes d'amélioration	66
4.6.1	Élargir la population cible	66
4.6.2	Mise en place d'une consultation de prévention globale de l'adolescent	68
4.6.3	Diffuser l'information sur l'existence et les modalités de la cotation	69
4.6.4	Formation pour les médecins sur l'abord de la santé sexuelle	71
4.6.5	Faciliter la réalisation informatique de la cotation	72
4.6.6	Création d'un support annexe à donner en fin de consultation aux adolescentes	73
4.6.7	D'autres freins mis en évidence	73
5	CONCLUSION	75
6	BIBLIOGRAPHIE	77
7	ANNEXES.....	82
7.1	Annexe I : Questionnaire.....	82
7.2	Annexe II : Caractéristiques des médecins associées au fait de connaître la cotation CCP (effectif total = 1138).....	88
7.3	Annexe III : Caractéristiques des médecins associées au fait d'utiliser la cotation CCP, dans le groupe de médecins connaissant la cotation (effectif total = 859).....	88
7.4	Annexe IV : Répartition des médecins en fonction de la fréquence de l'abord des thèmes proposés au cours de la consultation.....	89
7.5	Annexe V : Commentaires libres - « Quels autres thèmes abordez-vous au cours de cette consultation ? ».....	90

7.6	Annexe VI : Caractéristiques des médecins associées au fait d’avoir déjà utilisé le tiers-payant intégral (n=582).....	92
7.7	Annexe VII : Caractéristiques des médecins associées au fait d’avoir déjà réalisé une anonymisation (n=582).....	93
7.8	Annexe VIII : Caractéristiques des médecins associées au fait de trouver la réalisation informatique de la cotation « facile » ou « difficile » (n=582)	94
7.9	Annexe IX : Commentaires libres - « Comment proposez-vous cette consultation aux adolescentes ? »	95
7.10	Annexe X : Caractéristiques des médecins associées aux freins choisis (n=859)	96
7.11	Annexe XI : Commentaires libres - « Quels sont selon vous les principaux freins à l’utilisation de la cotation ? »	99
7.12	Annexe XII : Commentaires libres - « Quelles sont selon vous les perspectives d’amélioration les plus intéressantes ? »	101
7.13	Annexe XIII : Comparaison de la répartition des médecins en fonction de leur tranche d’âge : données de l’échantillon par rapport aux données DRESS (France, 2018)	102
8	RÉSUMÉ	104

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CCP	Consultation de Contraception et de Prévention
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EI	Espace Interquartile
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
HAS	Haute Autorité de Santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HCE	Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes
HPV	Human Papillomavirus
IC	Intervalle de Confiance
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MG	Médecin(s) Généraliste(s)
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
SNIIRAM	Système Nationale d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
TPI	Tiers Payant Intégral

1 INTRODUCTION

1.1 Définition des termes

1.1.1 Adolescence et puberté

L'adolescence (du latin *adolescere* : grandir) est définie par l'OMS comme la « période de croissance et de développement humain entre l'enfance et l'âge adulte » (1). Son début est marqué par l'apparition de la puberté qui se définit comme « l'ensemble des phénomènes physiques, psychiques, mentaux et affectifs caractérisant la transition entre l'enfance et l'âge adulte ». L'âge d'entrée dans la puberté est variable, il est en moyenne de 10,5 ans chez la fille et de 12 ans chez le garçon (2).

La limite d'âge de l'adolescence est difficile à définir tant par la variabilité d'âge d'entrée dans la puberté que par la variabilité de progression vers l'âge adulte. La limite définie par l'OMS est entre 10 et 19 ans (1).

1.1.2 Santé sexuelle

La santé sexuelle a été définie par l'OMS en 1974, comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité » (3). Elle ne se limite pas à l'absence de maladie. L'OMS précise aussi qu'elle « requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence » (3).

1.2 Contexte épidémiologique

1.2.1 La contraception

Selon l'étude Baromètre santé 2016 (4), parmi les femmes concernées par la contraception (c'est-à-dire âgées de 15 à 49 ans, non enceintes, non stériles, ayant eu un rapport sexuel avec un homme dans les 12 derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant), 92 % déclarent utiliser un moyen de contraception.

Ce taux est plus élevé chez les adolescentes de 15 à 19 ans : 97,7 % déclarent utiliser un moyen de contraception. La pilule est utilisée dans 44,4 % des cas, le préservatif seul dans 29,6 % et l'association pilule et préservatif dans 16 % des cas (4).

1.2.2 Grossesses non prévues et interruptions volontaires de grossesses

Malgré une prévalence contraceptive élevée, il existe un nombre important d'échec de contraception. Une grossesse sur trois est déclarée comme non prévue, 2/3 des grossesses non prévues le sont sous contraception (5).

Selon la DRESS, en France, en 2017, le nombre d'IVG estimé était de 216 700 (6). Ce chiffre est stable depuis 2001. C'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes (26,7 femmes/1000). Chez les moins de 20 ans, le taux d'IVG est en baisse depuis 2010 (7,6/1000 chez les 15-17 ans et 19,5/1000 chez les 18-19 ans) (6).

1.2.3 Infections sexuellement transmissibles

L'enquête LaboIST (7) montre qu'en 2016, le nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia Trachomatis et Gonocoque a été multiplié par 3 par rapport aux estimations de l'année 2012 et les 15-24 ans représentent la population la plus touchée.

Le nombre de personnes diagnostiquées pour une infection à Chlamydia a été estimé à 267 097 avec un taux d'incidence de 2 271/100 000 pour les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Le nombre de personnes diagnostiquées pour une infection à Gonocoque a été estimé à 49 628 avec un taux d'incidence de 181/100 000 pour les 15-24 ans (7).

1.2.4 Vaccination contre les infections à papillomavirus humains

Les infections à HPV représentent l'IST la plus fréquente. Il est estimé que 70 à 80 % des hommes et des femmes sexuellement actifs sont exposés au cours de leur vie à l'HPV (8). En France, il a été estimé en 2015, 6333 nouveaux cas de cancers imputables à l'HPV (col de l'utérus, vulve, vagin, anus, pénis et voies aéro-digestives supérieures) (9). En 2018, l'incidence du cancer du col utérin était de 2920 cas par an avec 1117 décès par an (10).

Plus de 10 ans après l'obtention de l'AMM des vaccins contre l'HPV, la couverture vaccinale a tendance à la hausse sur les 3 dernières années mais reste insuffisante. Chez les jeunes filles nées en 2002, 26,2 % ont reçu une dose à 15 ans et 23,7 % ont reçu le schéma complet à 16 ans (11). La couverture vaccinale est nettement supérieure en Australie. Il s'agit de l'un des premiers pays à avoir mis en place, en 2007, un programme national de vaccination, incluant les filles et les garçons. La vaccination est prise en charge à 100 % et passe par l'intermédiaire des écoles. En 2017, 80,2 % des filles et 75,9 % des garçons âgés de 15 ans avaient reçu 3 doses du vaccin (12).

1.3 Les sources d'information sur la santé sexuelle des adolescents

1.3.1 Les sources mentionnées par les adolescents

La période de transition qu'est l'adolescence entraîne de nombreux questionnements et notamment dans le domaine de la santé sexuelle. Ils se tournent vers diverses sources d'informations afin d'obtenir des réponses à leurs questionnements.

Une revue systématique de la littérature sur la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des adolescents en France a été réalisée par J. Bouladour (13).

Les sources d'informations mentionnées par les adolescents étaient :

- Internet (sites, forum)
- Les médias (télévision, campagnes de préventions, presse, radio, livres)
- L'entourage : ami(s), famille, le(la) petit(e) ami(e)
- Les séances d'éducation sexuelle en milieu scolaire

L'article L312-16 de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception (14), prévoit la mise en place de séances obligatoires d'informations et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées, à raison d'au moins 3 séances par an, et par groupe homogène.

Mais, selon une enquête réalisée par le HCE, 25 % des écoles répondantes déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance. Les principaux freins mis en évidence étaient le manque de moyens financiers, de disponibilité du personnel et la difficulté de gestion des emplois du temps (15).

- Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)
Il s'agit de lieux pour s'informer sur la sexualité, la contraception ou encore les IST avec la possibilité de consultation anonyme et gratuite. Ils donnent la possibilité aux mineures d'accéder gratuitement, sans autorisation parentale, à un moyen de contraception. Mais, la répartition sur le territoire reste inégale (16).
- Les numéros de téléphone dédiés
- Les professionnels de santé : médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, sages-femmes et pharmacies étaient cités.

1.3.2 La place du médecin généraliste

Le médecin généraliste (MG), acteur de soin de premier recours prenant en charge le patient dans sa globalité, a un rôle important dans la prévention et l'éducation pour la santé.

Selon l'enquête Baromètre santé 2010 sur les comportements de santé des jeunes (17), le MG est le professionnel de santé le plus consulté des 15-30 ans. 75,8 % des 15-19 ans déclaraient avoir consulté un MG au moins une fois dans l'année.

Une étude ancillaire (18) de l'étude ECOGEN (19) a été réalisée et avait pour objectif de déterminer la proportion de consultation chez le médecin généraliste aboutissant à un acte de prévention chez les patients de 13 à 24 ans. 24,1 % des motifs de consultation avaient un lien avec de la prévention. En fin de consultation, 42,7 % des consultations avaient abouti à un acte de prévention.

Le MG peut donc avoir un rôle important dans l'éducation à la santé sexuelle des adolescents. Plusieurs thèses qualitatives et quantitatives ont interrogé les adolescents sur la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle.

Le MG est considéré comme une « personne fiable » (20)(21) avec qui ils peuvent avoir une « relation privilégiée de confiance et de proximité » (21). Il est considéré par les adolescents comme le professionnel de « premier recours en cas de problème ou de nécessité d'informations » (21). Il a une place importante dans la prescription de contraception. En effet, dans une étude quantitative (22), 42,8 % des adolescentes ayant déjà eu une contraception déclaraient qu'elle leur avait été prescrite par le médecin traitant.

En revanche, peu d'adolescents ont déjà abordé le sujet de la sexualité avec leur médecin traitant : dans l'étude de J. Labudova (23), sur 172 adolescents, 12,9 % ont déjà parlé de sexualité et 15,9 % ont déjà parlé de contraception avec lui. Dans l'étude de M. Courtois (24), sur 356 adolescents, 20,8 % ont déjà abordé la sexualité avec lui.

Il n'est pas l'interlocuteur privilégié car son rôle dans la santé sexuelle est méconnu (20)(25). Les freins évoqués par les adolescents étaient la difficulté d'accès due à la nécessité de passer par les parents (20), la gêne à aborder le sujet avec le médecin (20)(26), la peur de jugement (20) et la peur du non-respect du secret médical (21)(26).

1.4 Les cotations

1.4.1 Le mode de rémunération des médecins généralistes

Le mode de rémunération des médecins est mixte (27) :

- La rémunération à l'acte représente la principale part de la rémunération. Chaque acte est identifié par un code rémunéré selon un tarif unique. Il existe deux nomenclatures : la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).
- La rémunération forfaitaire, qui permet de rémunérer certaines activités, notamment le suivi au long cours des patients. Le Forfait Patientèle Médecin Traitant est calculé en tenant compte de la patientèle du médecin traitant au regard de son âge, de ses pathologies et de son niveau de précarité (28).
- La ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique), qui est un dispositif qui repose sur le suivi d'indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.

1.4.2 La cotation CCP

La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (27), vise notamment à revaloriser certains actes médicaux. Dans ce contexte, il a été créé les « consultations complexes ». Elles correspondent à la « prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable ainsi que les situations cliniques à fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention ...) » (27).

Les consultations dédiées à la santé sexuelle des adolescents sont des consultations longues avec un fort enjeu de santé publique. Il a été mis en place une cotation nommée « Consultation de Contraception et de Prévention (CCP) » pour les adolescentes de 15 à 18 ans. Il s'agit d'une cotation applicable depuis novembre 2017, au cours de la première consultation de contraception et de prévention. Elle est anonymisable à la demande de la patiente en utilisant un NIR anonyme. Le tarif est de 46 euros avec possibilité de réaliser un tiers payant intégral, car prise en charge à 100 % par l'assurance maladie (27)(29). Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un pédiatre, un gynécologue ou une sage-femme.

Cette cotation CCP s'ajoute aux mesures mises en place par la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, concernant les jeunes filles de 15 ans à 18 ans révolus. Il avait été mis en place une prise

en charge à 100% dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais avec possibilité d'anonymat pour (30) :

- Une consultation annuelle (médecin ou sage-femme)
- Une consultation de suivi la première année d'accès à la contraception
- Les actes liés à la pose, au changement ou au retrait d'un dispositif contraceptif
- Certains examens de biologie médicale (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois par an si nécessaire
- Les contraceptifs remboursables

1.5 Les études qualitatives réalisées

Trois études qualitatives par entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisées antérieurement sur la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention ».

Les deux premières études ont été réalisées auprès de 16 médecins généralistes dans les Hauts de France (31)(32). L'une avait pour objectif de décrire comment les médecins généralistes abordaient la santé sexuelle avec les adolescentes avant l'instauration de la cotation (31) et la seconde visait à connaître l'opinion de ces mêmes médecins généralistes sur cette cotation 5 à 7 mois après sa mise en place (32). La deuxième étude montrait que les médecins avaient une opinion positive de la cotation mais qu'elle avait peu changé leur pratique et qu'ils l'avaient peu utilisée. Il y avait de nombreux freins à la réalisation de cette consultation, notamment le « manque d'information sur son existence et ses modalités », les « difficultés à la cotation, à la réalisation du tiers payant intégral et à son anonymisation » et « le sujet de la sexualité » du fait de la gêne qu'il peut entraîner. Les médecins interrogés ont aussi proposé des perspectives d'amélioration : améliorer « l'information sur son existence et ses modalités », organiser une « consultation dédiée », avoir une « formation à l'abord de la sexualité », faciliter la réalisation de l'anonymisation et du tiers payant intégral et un « élargissement de la cotation aux garçons et de la tranche d'âge » (32).

Dans la troisième thèse (25), l'investigateur a interrogé 15 adolescentes d'une classe de seconde en Bourgogne et avait pour objectif de connaître les attentes des adolescentes sur les thèmes à aborder durant la consultation CCP mais aussi sur ses modalités organisationnelles. Les adolescentes trouvaient que cette consultation était « utile et nécessaire », la majorité souhaitait en bénéficier. Elles attendaient « des informations, des conseils et une éducation de qualité » mais aussi d'être « rassurées et préparées à leur vie sexuelle » (25).

1.6 Problématique

On peut faire le constat que les adolescentes souhaitent être informées sur la sexualité et la santé sexuelle. Elles ont des sources multiples mais l'accès aux professionnels peut être inégal sur le territoire (CPEF, éducation en milieu scolaire). Le médecin généraliste en étant acteur de soin de première ligne a un rôle important dans la prévention mais son rôle reste méconnu par la population. Les études préalables réalisées sur le sujet sont des études qualitatives interrogeant des médecins généralistes et des adolescentes.

Il a paru intéressant d'interroger les médecins généralistes avec une approche quantitative sur la France entière à propos de l'utilisation de cette cotation en utilisant les résultats des études qualitatives afin de collecter des données concrètes. Ces statistiques pourraient permettre de confirmer les problématiques et les perspectives d'amélioration retrouvées dans les études précédentes.

1.7 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la proportion de médecins généralistes connaissant et la proportion de médecins généralistes ayant déjà utilisé la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention (CCP) ». Déterminer s'il existe des caractéristiques associées à la connaissance et à l'utilisation de cette cotation.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Décrire les sujets abordés au cours des consultations traitant de contraception et de prévention de manière générale.
- Analyser les connaissances des modalités d'application de la cotation CCP par les médecins généralistes.
- Analyser les modalités d'utilisation de la cotation CCP par les médecins généralistes.
- Identifier les principaux freins à l'utilisation de cette cotation. Rechercher des facteurs influençant ces freins.
- Identifier les perspectives d'amélioration les plus pertinentes.

2 MATERIEL ET MÉTHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, épidémiologique, descriptive et transversale d'enquête de pratique par questionnaire diffusé en ligne.

2.2 Sélection

2.2.1 Critères d'inclusion

- Être médecin généraliste thésé ayant une activité libérale, installé en France.

2.2.2 Critères de non-inclusion

- Être médecin généraliste remplaçant.
- Être médecin généraliste salarié.
- Être médecin spécialiste (gynécologue, pédiatre) ou sage-femme.

2.2.3 Calcul du nombre de sujets nécessaires

Le critère de jugement principal était le pourcentage de médecins généralistes ayant déjà utilisé la cotation.

Le nombre de sujets nécessaires était estimé à 384 avec une estimation p de la proportion à 0,5, une marge d'erreur à 5 et un risque alpha à 0,05.

2.3 Élaboration du questionnaire

2.3.1 Bibliographie

Une bibliographie a été réalisée au préalable en consultant les bases de données Sudoc, PubMed et EMC-consulte avec les mots-clés suivants : « Contraception », « Prévention », « Infections sexuellement transmissibles », « Adolescente », « Santé sexuelle », « Médecine générale ». Les documents de l'assurance maladie, de la HAS, de la DREES et de Santé Publique France ont été consultés.

2.3.2 Contenu du questionnaire

Le questionnaire (Annexe I) a été créé et a été mis en ligne sur le logiciel « Google Forms ».

Il était composé de cinq parties :

➤ Première partie :

Elle interrogeait les médecins sur leur caractéristiques sociodémographique : âge, sexe, mode et milieu d'exercice, nombre moyen d'actes par jour, être maître de stage ou non. Elle se terminait sur une question générale afin de savoir si les médecins abordaient la contraception et la prévention des IST en consultation dans leur pratique courante.

➤ Deuxième partie :

Elle interrogeait les médecins abordant la contraception et la prévention des IST dans leur pratique courante. Les questions traitaient des thèmes abordés au cours de la consultation de contraception et de prévention en règle générale (c'est-à-dire toutes consultations comprises, que les médecins aient déjà réalisé ou non une consultation).

La première question était composée de 7 échelles de Likert qui interrogeaient les médecins sur la fréquence d'abord de 7 thèmes concernant la contraception et la prévention des IST. Ces thèmes ont été choisis à partir des études qualitatives préalables et des recommandations HAS sur la prescription de contraception (25)(31)(33).

La seconde question avait pour objectif de savoir s'ils abordaient d'autres thèmes que ceux cités précédemment.

Pour ceux répondant oui, venait ensuite une question à choix multiples proposant une liste de 6 grands thèmes de prévention globale avec la possibilité de répondre par une réponse ouverte.

Les grands thèmes proposés étaient issus du travail réalisé par le Docteur Million et de plusieurs internes de médecine générale de la faculté de Montpellier, de 2015 à 2019. Il a été réalisé une revue de la littérature sur les champs de prévention spécifiques à l'adolescent et au jeune adulte.

En ressortait 8 thèmes notables :

- La vaccination
- Les relations sociales, la scolarité
- Le sport, l'orthopédie
- L'humeur, le sommeil, la santé mentale
- La contraception, les infections sexuellement transmissibles

- L'alimentation, les troubles des conduites alimentaires, la nutrition
- Les toxiques, les addictions, les prises de risques
- La puberté

Cinq revues de la littérature ont été réalisées afin de développer ces 8 thèmes par M. Rahoui (34), E. Magat (35), S. Malosse (36), C. Guigaut (37) et C. Guerin (38).

Les thèmes contraception/IST et puberté n'étaient pas cités dans cette question car déjà proposés précédemment.

➤ Troisième partie :

Elle commençait par une question visant à savoir si les médecins connaissaient la cotation CCP. Les médecins qui connaissaient la cotation étaient ensuite interrogés sur le mode de prise de connaissance de cette cotation puis sur leurs connaissances des modalités d'application de la cotation.

Cette partie se terminait sur une question leur demandant s'ils avaient déjà utilisé la cotation.

➤ Quatrième partie :

Elle traitait des modalités d'utilisation de la cotation par les médecins. Elle était composée de 3 échelles de Likert. La première interrogeait les médecins sur le niveau de difficulté de réalisation de la cotation. La deuxième avait pour objectif de savoir si la mise en place de la cotation avait changé leur pratique et la troisième les interrogeait sur la fréquence d'utilisation de la cotation au cours d'une consultation dédiée.

Il leur était demandé s'ils avaient déjà réalisé un tiers-payant intégral, une anonymisation et s'ils trouvaient que la rémunération était adaptée.

Ils étaient ensuite interrogés sur la fréquence d'utilisation de la cotation et sur la façon dont ils proposaient la consultation aux adolescentes.

➤ Cinquième partie :

Tous les médecins généralistes connaissant la cotation (l'ayant déjà utilisée ou non) étaient interrogés dans cette partie. Elle était composée de 2 questions à choix multiples sur les freins et les perspectives d'amélioration avec possibilité de mettre un commentaire libre pour chacune.

Les propositions étaient issues des freins et des perspectives d'amélioration cités par les médecins généralistes dans la thèse qualitative réalisée par M. Hakopian sur ce sujet (32). Pour ces deux questions le nombre de réponse maximale était de 3. Répondre par un commentaire libre comptait comme une réponse.

Le questionnaire se terminait sur une réponse ouverte qui visait à savoir, selon les médecins, qu'elle était la tranche d'âge idéale pour réaliser la cotation. Il pouvait répondre « 0 » s'ils pensaient qu'il ne fallait pas de tranche d'âge.

2.3.3 Phase de pré-test

Le questionnaire a été testé sur un échantillon de 7 médecins généralistes afin d'évaluer la compréhension et la durée de remplissage. Il a été modifié au fur et à mesure. Le temps de remplissage était estimé entre 3 minutes et 30 secondes et 5 minutes.

2.3.4 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par mail par l'intermédiaire de la Fédération Française des Médecins (FMF) le 28/10/2019 à 32 160 médecins généralistes. Les médecins ayant répondu au questionnaire entre le 28/10/2019 et le 19/11/2019 ont été inclus.

2.4 Saisie des données et analyse statistique

2.4.1 Anonymisation

Les données ont été recueillies avec le logiciel de questionnaire en ligne « Google Forms » de manière anonyme. Les répondants étaient identifiés par horodateur.

2.4.2 Saisie des données

Les données ont été récupérées de Google Forms® sous forme de tableur Excel. Un programme a été créé avec l'aide d'un informaticien afin d'extraire les données et de rendre le tableur exploitable notamment en ce qui concerne les questions à choix multiples.

2.4.3 Analyse statistique

Pour l'analyse statistique, l'investigateur a assisté à un atelier de thèse sur les études quantitatives et a été aidé sur la méthodologie par un biostatisticien du BESPIM (Laboratoire de Biostatistique, Épidémiologie clinique, Santé Publique, Innovation et Méthodologie) du Centre Hospitalo-Universitaire de Nîmes.

2.4.3.1 Analyse descriptive

Les variables qualitatives étaient exprimées en pourcentages et intervalles de confiance à 95 %. La variable quantitative (l'âge) était exprimée en moyennes et écarts-types.

2.4.3.2 Analyse statistique univariée

L'outil de statistiques en ligne Biostat TGV, a été utilisé pour la réalisation des tests statistiques. Un test du Chi-Deux a été utilisé pour comparer deux variables qualitatives lorsque les effectifs attendus pour chaque sous-groupe étaient supérieurs à 5. Un test de Fisher était réalisé si les effectifs attendus étaient inférieurs à 5.

Un test de Student a été réalisé pour comparer une variable qualitative et une variable quantitative.

Une analyse univariée a été réalisée pour :

- Comparer les caractéristiques des médecins en fonction de leur sexe.
- Rechercher des caractéristiques associées au fait de connaître la cotation en comparant les caractéristiques des médecins connaissant la cotation et celles des médecins ne la connaissant pas.
- Rechercher des caractéristiques associées au fait d'avoir déjà utilisé la cotation en comparant les caractéristiques des médecins ayant déjà utilisé la cotation et celles des médecins ne l'ayant jamais utilisé.
- Rechercher des caractéristiques associées au fait d'avoir déjà utilisé le tiers-payant intégral et d'avoir déjà réalisé une anonymisation.
- Comparer les caractéristiques des médecins en fonction du niveau de difficulté de réalisation de la cotation qu'ils ont déclaré. Analyse réalisée en 2 groupes : le premier regroupant les médecins la trouvant « très facile » et « facile » et le deuxième regroupant les médecins la trouvant « difficile » et « très difficile ».

- Rechercher des facteurs associés aux freins en comparant, pour chaque frein, les médecins ayant choisi le frein et le reste de la population de l'étude.

2.4.3.3 Spécificité de l'analyse de la question sur la connaissance des modalités d'application

L'analyse de la question traitant de la connaissance des modalités d'application de la cotation a été réalisée en plusieurs temps. Il était proposé aux médecins une question à choix multiples avec 6 propositions, ils devaient cocher les propositions qu'ils pensaient vraies. Les 6 réponses proposées étaient vraies.

Dans un premier temps, il a été réalisé une analyse descriptive avec calcul du pourcentage de médecins ayant répondu juste à chaque proposition.

Dans un second temps, il a été calculé le pourcentage de médecins ayant 1 à 6 réponses justes. Ce pourcentage a été calculé sur l'effectif total puis la population de l'étude a été divisée en deux sous-groupes : les médecins ayant déjà utilisé la cotation et ceux ne l'ayant jamais utilisé. Les proportions de médecins ayant 1 à 6 réponses justes dans chaque sous-groupe ont été comparées en réalisant un test du Chi-Deux.

En parallèle, la médiane de bonnes réponses avec l'espace interquartile a été calculée sur l'effectif total et sur les 2 sous-groupes. Les médianes de chaque sous-groupe ont été comparées en réalisant un test de Wilcoxon-Mann Whitney.

2.4.3.4 Analyse des commentaires libres

L'étude comprend 4 questions avec possibilité de répondre par un commentaire libre :

- Les thèmes abordés au cours de la consultation
- Les modes de proposition de la consultation aux adolescentes
- Les freins à la réalisation de la cotation
- Les perspectives d'amélioration

Pour étudier ces réponses, une analyse thématique des verbatims a été réalisée.

3 RESULTATS

3.1 Effectifs

Le questionnaire a été diffusé par mail à 32 160 médecins généralistes.

13 183 ont ouvert le mail, 1378 ont ouvert le questionnaire.

L'effectif de répondants était de 1138, soit un taux de réponse de 3,5 %.

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 1 : Description des caractéristiques de la population et comparaison des caractéristiques en fonction du sexe

	Effectif total	Homme	Femme	P-value
	n=1138 n(%) ^a	n=414 n(%) ^a	n=724 n(%) ^a	
Âge (années), moyenne (SD)				
	48,8 (11,6)	53,9 (11,1)	45,9 (10,8)	<0,001
Sexe				
Homme	414 (36,4)	-	-	
Femme	724 (63,6)	-	-	
Mode d'exercice				
Seul	301 (26,4)	146 (35,3)	155 (21,4)	
En groupe	837 (73,6)	268 (64,7)	569 (78,6)	< 0,001
Milieu d'exercice				
Rural	158 (13,9)	67 (16,2)	91 (12,6)	
Semi-rural	417 (36,6)	137 (33)	280 (36,7)	
Urbain	563 (49,5)	210 (50,8)	353 (48,8)	0,08
Nombre d'actes par jour				
< 15	46 (4)	14 (3,4)	32 (4,4)	
15-20	266 (23,4)	72 (17,4)	194 (26,8)	
20-30	590 (51,9)	181 (43,7)	409 (56,5)	
>30	236 (20,7)	147 (35,5)	89 (12,3)	< 0,001
Maître de stage				
Oui	457 (40,2)	167 (40,3)	290 (40)	
Non	681 (59,8)	247 (59,7)	434 (60)	0,92
Aborder la contraception et la prévention dans la pratique courante				
Oui	1081 (95)	377 (91)	704 (97,2)	
Non	57 (5)	37 (9)	20 (2,3)	<0,001

^a Pourcentages calculés par rapport à l'effectif total (n/1138), sauf pour les sous-groupes (n/effectif du sous-groupe)

Sur les 1138 répondants de l'étude, 63,6 % (IC 95 % = [60,8 ; 66,4]) étaient des femmes et 36,4 % (IC 95 % = [33,6 ; 39,2]) étaient des hommes.

La moyenne d'âge des répondants était de 48,8 ans (écart-type 11,6) et la médiane était de 50 ans (espace interquartile 21). Les femmes étaient significativement plus jeunes que les hommes avec des moyennes d'âges respectives de 45,9 ans et de 53,9 ans ($p < 0,001$).

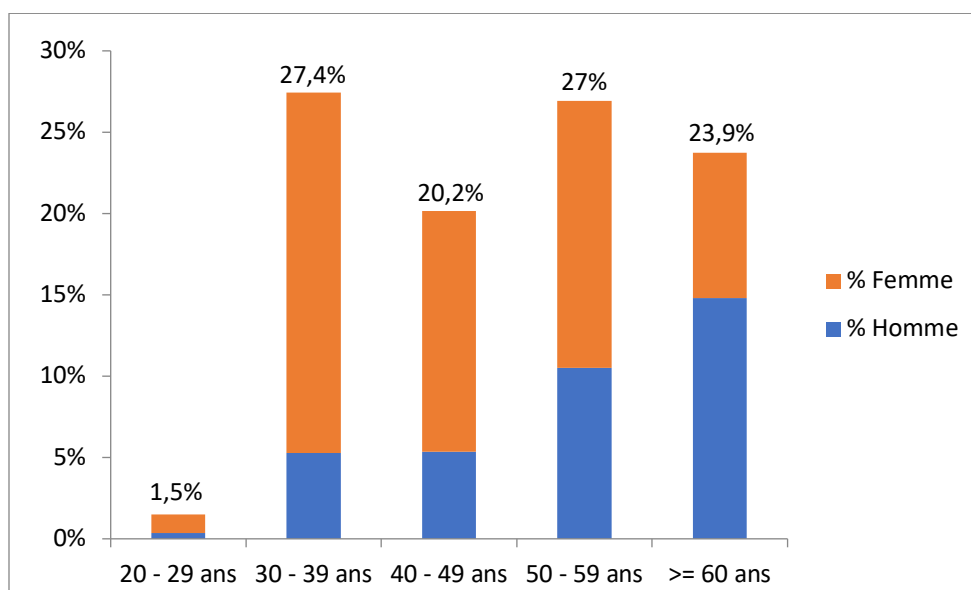


Figure 1 : Pourcentage de médecins en fonction de l'âge et du sexe

La proportion de femmes était plus importante dans toutes les tranches d'âges sauf chez les plus de 60 ans. Les femmes représentaient 76 % des moins de 30 ans, 81 % des 30-39 ans, 73 % des 40-49 ans puis la proportion diminuait à 61 % chez les 50-59 ans pour s'inverser chez les plus de 60 ans, où elles représentaient 39 % du sous-groupe.

La majorité des répondants étaient installés en groupe (73,6 %) et presque la moitié (49,5 %) travaillaient en milieu urbain.

Les femmes exerçaient significativement plus en groupe que les hommes : 78,6 % contre 64,7 % ($p < 0,001$).

51,9 % des médecins généralistes réalisaient entre 20 et 30 actes par jour.

La proportion de médecins réalisant plus de 30 actes par jour était significativement plus élevée chez les hommes : 35,5 % des hommes contre 12,3 % des femmes ($p < 0,001$).

40,2 % des médecins répondants étaient maîtres de stage.

95 % des répondants déclaraient aborder la contraception et la prévention avec les adolescentes dans leur pratique courante. Les femmes abordaient significativement plus ce sujet que les hommes (97,2 % contre 91 %, $p < 0,001$).

3.3 Objectif principal : pourcentage de médecins connaissant et pourcentage de médecins ayant déjà utilisé la cotation

3.3.1 Analyse descriptive

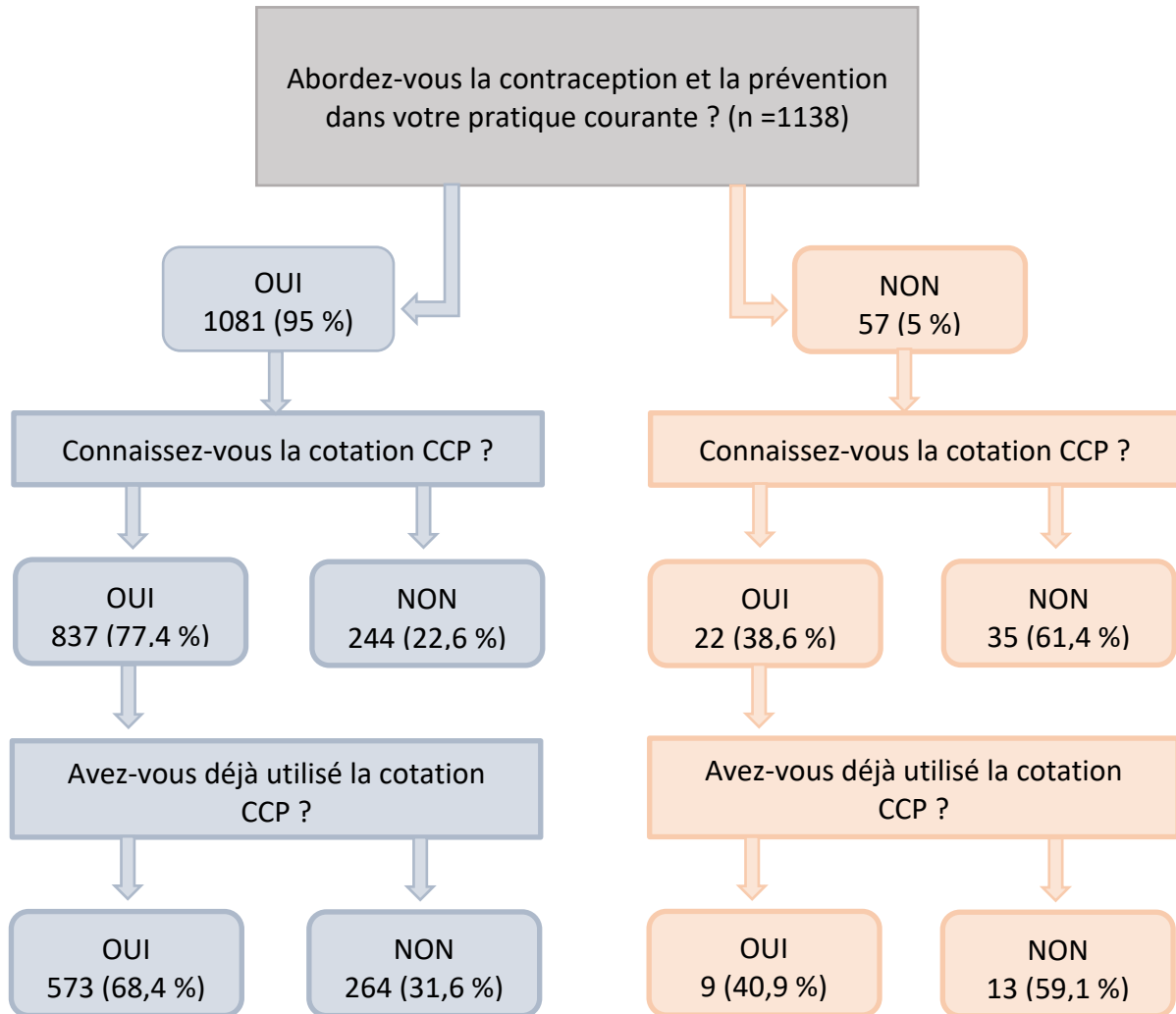


Figure 2 : Organigramme décrivant les pourcentages de médecins généralistes abordant la contraception et la prévention dans leur pratique courante, connaissant la cotation CCP et ayant déjà utilisé la cotation CCP.

95 % (IC 95 % = [94 ; 96]) des médecins généralistes déclaraient aborder la contraception et la prévention dans leur pratique courante.

75,4 % (859/1138, IC 95 % = [72,9 ; 77,9]) des médecins généralistes connaissaient la cotation CCP.

Sur les 75,4 % connaissant la cotation CCP, 67,8 % (582/859, IC 95 % = [64,7 ; 70,9]) déclaraient l'avoir déjà utilisée, soit 51,1 % (582/1138, IC 95 % = [48,2 ; 54]) du total des médecins de l'étude.

Sur les 279 médecins généralistes ne connaissant pas la cotation, 69,5 % (194/279, IC 95 % = [64,1 ; 74,9]) pensaient l'utiliser après avoir reçu les informations sur les modalités d'application.

3.3.2 Analyse univariée

3.3.2.1 Caractéristiques associées au fait de connaître la cotation

Dans le groupe de médecins connaissant la cotation CCP (Annexe II) :

- Les médecins étaient plus jeunes avec une moyenne d'âge de 46,9 ans (écart-type 11,3) contre 54,7 ans (écart-type 10,6) chez les médecins ne la connaissant pas ($p < 0,001$).
- Les femmes étaient plus représentées : 71 % contre 42 % ($p < 0,001$).
- La proportion de médecins exerçant en groupe était plus élevée : 77 % contre 62 % ($p < 0,001$).
- La proportion de médecins généralistes exerçant en milieu semi-rural était plus élevée : 39 % contre 29 %. Inversement, la proportion de médecins exerçant en milieu rural et urbain était plus faible : respectivement 14 % contre 15 % et 47 % contre 56 % ($p = 0,008$).
- La proportion de médecins généralistes réalisant 20 à 30 actes par jour était plus élevée : 55 % contre 44 % ($p = 0,007$).
- La proportion de maîtres de stage était plus élevée : 43 % contre 30 % ($p < 0,001$).
- La proportion de médecins abordant la contraception et la prévention dans leurs pratiques courantes était plus élevée : 97 % contre 87 % ($p < 0,001$).

3.3.2.2 Caractéristiques associées au fait d'avoir déjà utilisé la cotation

Parmi les médecins connaissant la cotation, dans le groupe de médecins ayant déjà utilisé la cotation CCP (Annexe III) :

- Les médecins étaient plus jeunes avec une moyenne d'âge de 45,5 ans (écart-type 10,7) contre 49,8 ans (écart-type 11,8) dans le groupe de médecins ne l'ayant jamais utilisé ($p < 0,001$).
- Les femmes étaient plus représentées : 76 % contre 60 % ($p < 0,001$).
- La proportion de médecins exerçant en groupe était plus élevée : 81 % contre 70 % ($p < 0,001$).
- La proportion de médecins exerçant en milieu semi-rural était plus élevée : 45 % contre 28 %. Inversement, la proportion de médecins exerçant en milieu rural et urbain était plus faible : respectivement 12 % contre 17 % et 43 % contre 55 % ($p < 0,001$).

- La proportion de médecins généralistes réalisant 20 à 30 actes par jour était plus élevée : 57 % contre 49 % (p=0,04).
- La proportion de maître de stage était plus élevée : 47 % contre 35 % (p=0,01).

3.4 Les thèmes abordés

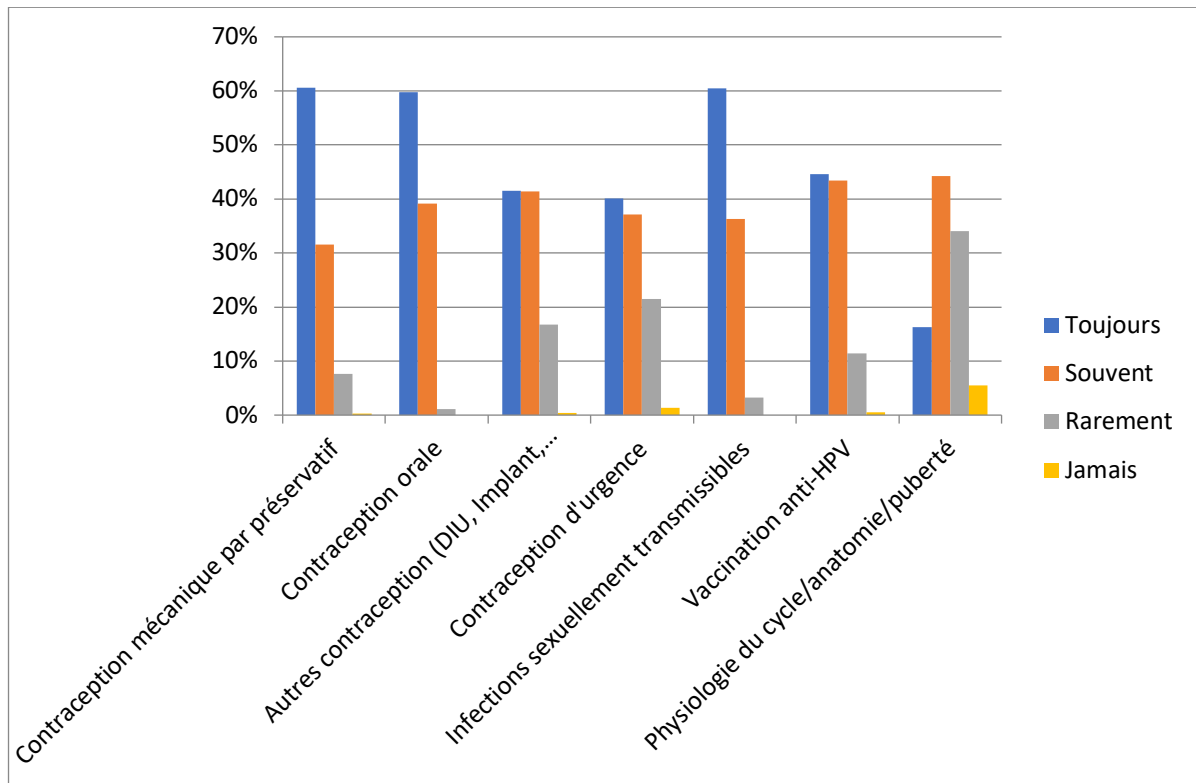


Figure 3 : Proportion de médecins généralistes en fonction de la fréquence d'abord des thèmes au cours de la consultation (n=1081)

Chez les 1081 médecins généralistes ayant déclaré aborder la contraception et la prévention avec les adolescentes dans leur pratique courante, les thèmes « contraception mécanique par préservatif », « contraception orale » et « infections sexuellement transmissibles » étaient les thèmes les plus fréquemment abordés « toujours ». Pour chacun de ces thèmes, le pourcentage de réponses « toujours » était de 60 %.

La fréquence « souvent » a été cochée par 32 à 44 % des médecins pour les 7 thèmes proposés. Le thème « physiologie du cycle/anatomie/puberté » était celui le plus fréquemment abordé « rarement » par 34 % des médecins, venait ensuite les thèmes « contraception d'urgence » (21 %), « autres contraceptions » (17 %), « vaccination anti-HPV » (11 %) et « contraception mécanique » (8 %).

La fréquence « jamais » a été très peu cochée. Au cours de cette consultation, 1 % des médecins n'abordaient jamais les thèmes « contraception d'urgence » et « vaccination anti-HPV » et 5 % n'abordaient jamais le thème « physiologie du cycle/anatomie/puberté ».

Le tableau de la répartition détaillée des réponses à cette question est disponible en [Annexe IV](#).

52,5 % (IC 95 % [50 ; 55]) des médecins déclarant aborder la contraception et la prévention dans leur pratique courante déclaraient aborder d'autres thèmes au cours de cette consultation.

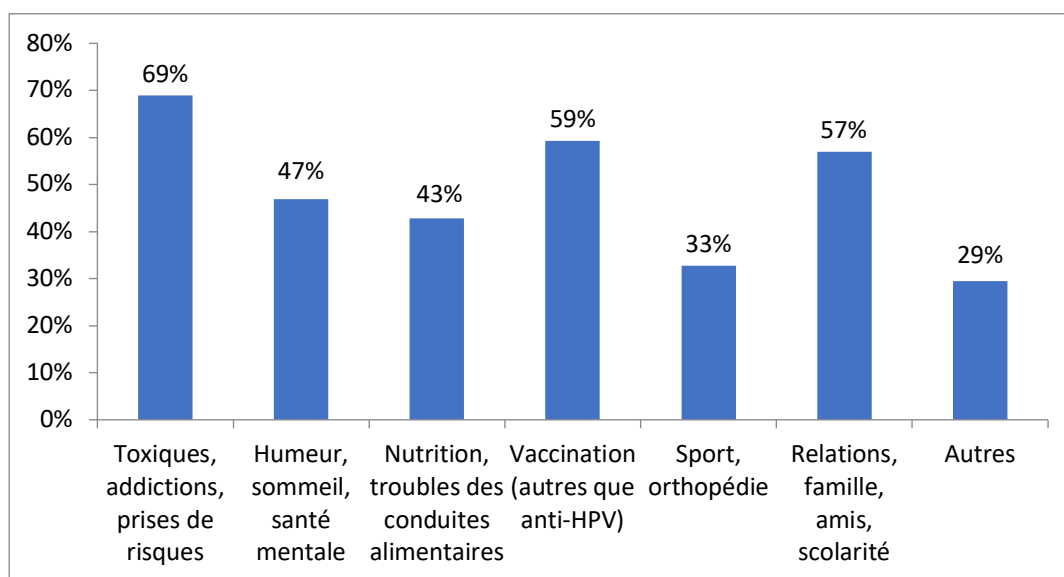


Figure 4 : Fréquence d'abord des « autres thèmes » au cours de la consultation (n=567)

Sur les 567 médecins déclarant aborder d'autres thèmes que les 7 thèmes proposés, 29 % (soit 167 médecins) ont coché la proposition « autres thèmes ».

L'analyse des verbatims a fait ressortir plusieurs grands thèmes (liste des commentaires libres en [Annexe V](#)) :

- La sexualité, abordée 34 fois
- Les violences, abordées 30 fois
- Le consentement, cité 19 fois et le respect, cité 17 fois
- Le suivi par FCV (cité 14 fois), le suivi gynécologique (cité 6 fois) et l'examen gynécologique (cité 5 fois)
- Le risque cardio-vasculaire (cité 6 fois) et le tabac (cité 7 fois)
- La variabilité en fonction de l'adolescente, abordée 10 fois (en fonction de ses questions, de ses besoins)
- La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, citée 7 fois

3.5 Connaissances des modalités d'application de la cotation

3.5.1 Moyen de connaissance

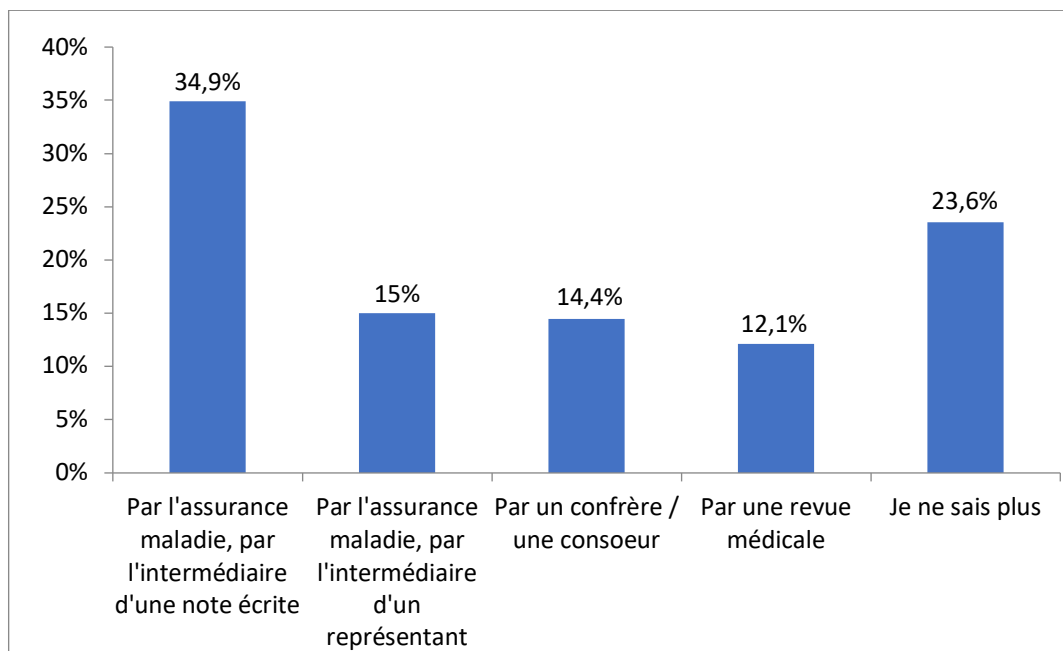


Figure 5 : Répartition des médecins généralistes en fonction du moyen de connaissance de la cotation

49,9 % (IC 95 % = [47 ; 52,8]) des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire ont eu connaissance de la cotation par l'intermédiaire de l'assurance maladie (34,9 % par l'intermédiaire d'une note écrite et 15 % par l'intermédiaire d'un représentant).

3.5.2 Connaissances des modalités d'application

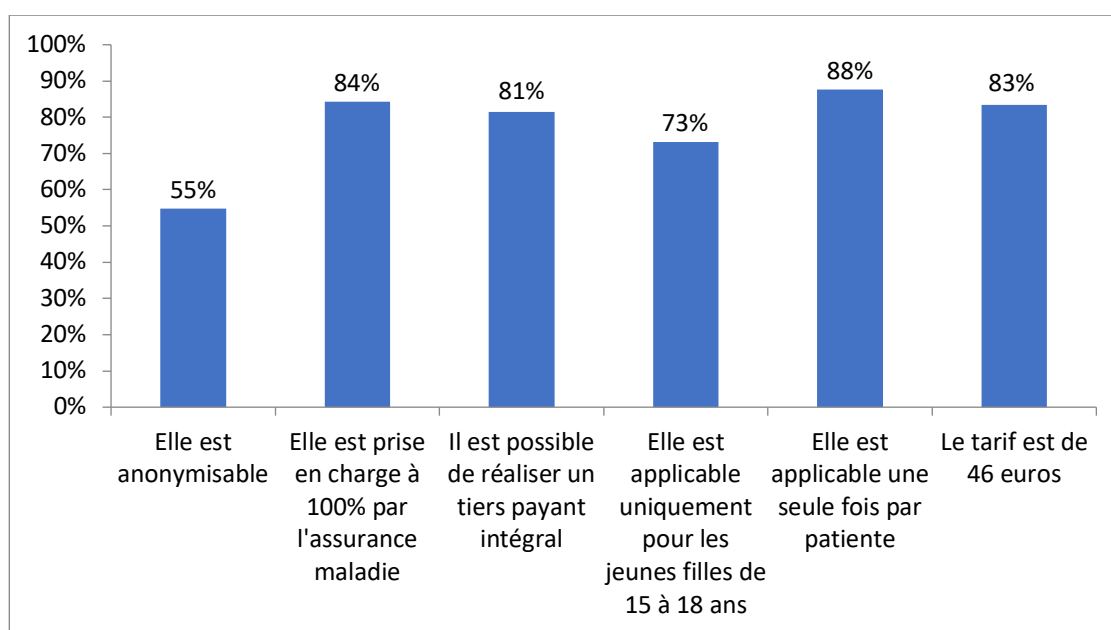


Figure 6 : Pourcentage de réponses justes en fonction des modalités d'application de la cotation

Tableau 2 : Proportion de médecins généralistes en fonction du nombre de réponses justes concernant les modalités d'application de la cotation

Réponses justes (nombre/6)	Effectif total (n=859) n (%)	Oui ^a (n=582) n (%)	Non ^b (n=277) n (%)	P-value
1	41 (4,8)	4 (0,7)	37 (13,4)	
2	47 (5,5)	10 (1,7)	37 (13,4)	
3	85 (9,9)	41 (7,1)	44 (15,9)	
4	132 (15,4)	76 (13)	56 (20,2)	
5	250 (29,1)	199 (34,2)	51 (18,4)	
6	304 (35,4)	252 (43,3)	52 (18,8)	p<0,001

Pourcentage calculé sur l'effectif total et en fonction du fait d'avoir déjà utilisé la cotation ou non

^a Oui = avoir déjà utilisé la cotation

^b Non = n'avoir jamais utilisé la cotation

La médiane de réponses justes des 859 médecins connaissant la cotation était de 5 (espace interquartile 2). Elle était plus élevée dans le groupe de médecins ayant déjà utilisé la cotation : elle était de 5 (espace interquartile 1) contre 4 (espace interquartile 3) dans le groupe de médecins ne l'ayant jamais utilisé ($p<0,001$).

3.6 Modalités d'utilisation de la cotation

3.6.1 Utilisation du tiers-payant intégral

3.6.1.1 Analyse descriptive

Sur les 582 médecins ayant déjà utilisé la cotation, 85,6 % (IC 95 % = [83 ; 88]) avaient déjà utilisé le tiers-payant intégral.

3.6.1.2 Analyse univariée (Annexe VI)

- Les médecins généralistes déclarant avoir déjà utilisé le tiers-payant intégral étaient significativement plus jeunes (44,9 ans, écart-type 10,8) que ceux ne l'ayant jamais utilisé (48,7 ans, écart-type 10) ($p=0,001$).
- La proportion de médecins exerçant en groupe était significativement plus élevée chez les médecins ayant déjà utilisé le tiers-payant intégral : 82 % contre 71 % ($p=0,002$).
- Les médecins ayant déjà utilisé le tiers-payant intégral connaissaient significativement mieux les modalités d'application de la cotation (médiane de bonnes réponses à 5, espace interquartile 1) que ceux ne l'ayant jamais utilisé (médiane à 4, espace interquartile 2) ($p<0,001$).
- Les médecins trouvant la réalisation de la cotation « très facile » étaient plus représentés dans le groupe ayant déjà utilisé le tiers-payant intégral : 44 % contre 31 % ($p=0,001$).
- Avoir déjà réalisé une anonymisation était lié au fait d'avoir déjà utilisé le tiers-payant intégral : 16 % des médecins ayant déjà réalisé un tiers payant intégral avaient déjà réalisé une anonymisation contre 1 % des médecins ne l'ayant jamais utilisé ($p<0,001$).
- La proportion de médecins trouvant que la rémunération de cette cotation est adaptée était significativement plus élevée dans le groupe ayant déjà utilisé le tiers-payant intégral : 92 % contre 85 % ($p=0,01$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le sexe, le milieu d'exercice, le nombre d'actes réalisés par jour, le fait d'être maître de stage et la fréquence d'utilisation de la cotation.

3.6.2 Utilisation de l'anonymisation

3.6.2.1 Analyse descriptive

Sur les 582 médecins ayant déjà utilisé la cotation, 13,9 % (IC 95 % = [11 ; 17]) avaient déjà réalisé une anonymisation.

3.6.2.2 Analyse univariée (Annexe VII)

- Les médecins ayant déjà réalisé une anonymisation connaissaient significativement mieux les modalités d'application de la cotation (médiane de bonnes réponses à 6, espace interquartile 0) que ceux n'ayant jamais réalisé d'anonymisation (médiane à 5, espace interquartile 2) ($p < 0,001$).
- La proportion de médecins trouvant la réalisation de la cotation « difficile » et « très difficile » était significativement plus élevée chez les médecins ayant déjà réalisé une anonymisation (respectivement 25 % et 3 %) que chez ceux ne l'ayant jamais réalisé (respectivement 12 % et 2 %) ($p = 0,01$).
- La proportion de médecins ayant déjà réalisé le tiers-payant intégral était significativement plus élevée chez les médecins ayant déjà réalisé une anonymisation (99 %) que chez ceux n'ayant jamais réalisé une anonymisation (83 %) ($p < 0,001$).
- La proportion de médecins trouvant que la rémunération de la cotation est adaptée était moins élevée dans le groupe ayant déjà réalisé une anonymisation (85 %) que dans le groupe n'en ayant jamais réalisé (92 %) ($p = 0,03$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant l'âge, le sexe, le mode d'exercice, le milieu d'exercice, le nombre d'actes par jour, le fait d'être maître de stage et la fréquence d'utilisation de la cotation.

3.6.3 Avis sur la rémunération

Sur les 582 médecins ayant déjà utilisé la cotation, 91,2 % (IC 95 % = [89 ; 94]) trouvait que la rémunération de 46 euros est adaptée.

3.6.4 Fréquence d'utilisation de la cotation

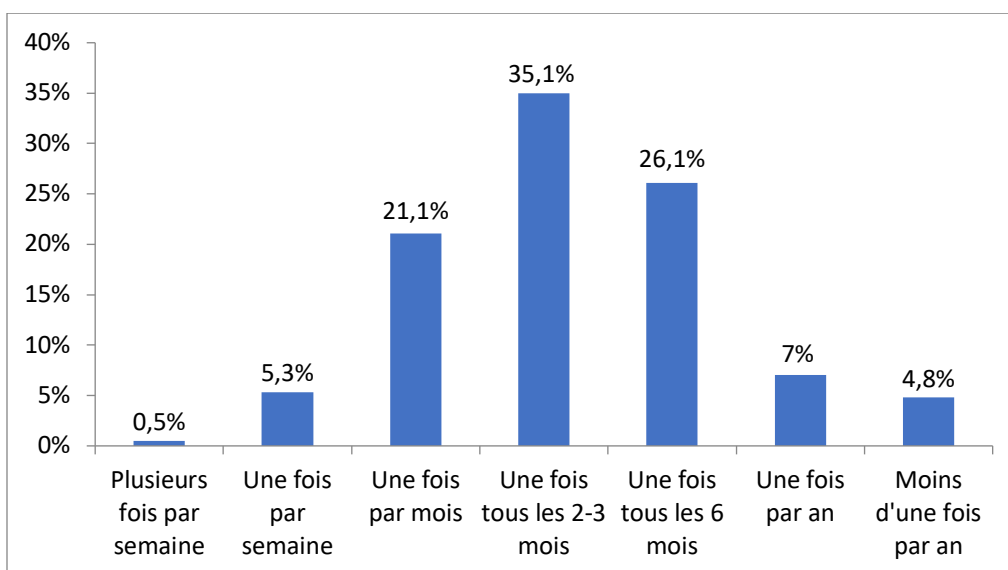


Figure 7 : Pourcentage de médecins généralistes en fonction de la fréquence d'utilisation de la cotation (effectif = 582)

3.6.5 Niveau de difficulté de réalisation de la cotation sur le plan informatique

3.6.5.1 Analyse descriptive

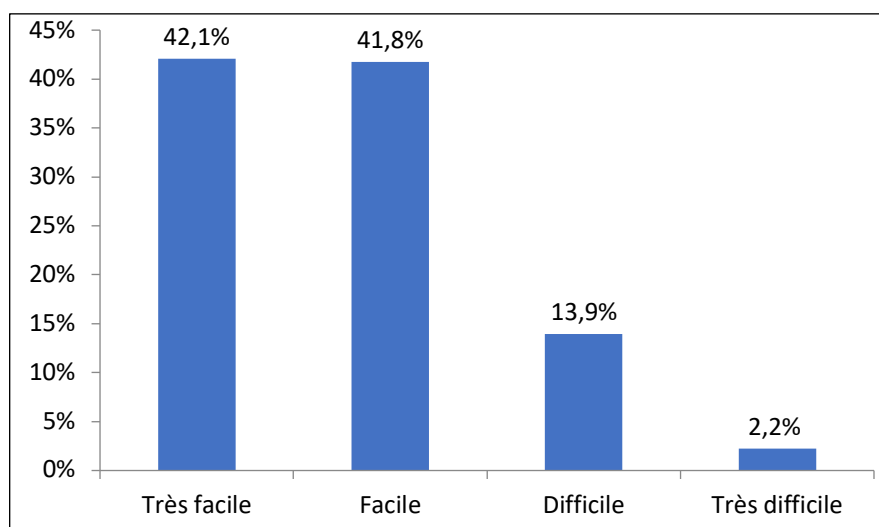


Figure 8. Pourcentage de médecins en fonction du niveau de difficulté de réalisation de la cotation sur le plan informatique (Effectif = 582)

3.6.5.2 Analyse univariée (Annexe VIII)

Les 582 médecins ayant répondu à cette question ont été divisés en 2 groupes :

- « Facile » regroupant les médecins ayant répondu « très facile » et « facile », soit 488 répondants.
- « Difficile » regroupant les médecins ayant répondu « difficile » et « très difficile », soit 94 répondants.

Avoir déjà utilisé le tiers-payant intégral était associé au fait de trouver la réalisation de la cotation « facile ». La proportion de médecins ayant déjà utilisé le tiers-payant intégral était de 87,1 % dans le groupe « facile » contre 77,7 % dans le groupe « difficile » ($p=0,017$).

Au contraire, avoir déjà réalisé une anonymisation était associé au fait de trouver la réalisation de la cotation « difficile ». La proportion de médecins ayant déjà réalisé une anonymisation était de 11,9 % dans le groupe « facile » contre 24,5 % dans le groupe « difficile » ($p=0,001$).

Les proportions de médecins utilisant la cotation plus que tous les 2-3 mois et une fois tous les 2-3 mois étaient plus élevée dans le groupe de médecins trouvant la réalisation de la cotation « facile » : 29,3 % contre 14,9 % pour une fréquence supérieure à tous les 2-3 mois et 36,5 % contre 27,7 % pour une fréquence d'une fois tous les 2-3 mois. Au contraire, la proportion de médecins utilisant la cotation tous les 6 mois et moins était plus faible dans le groupe trouvant la réalisation « facile » : 34,2 % contre 57,4 % ($p<0,001$).

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'âge, le sexe, le mode et le milieu d'exercice, le nombre d'actes réalisés par jour, le fait d'être maître de stage et sur la connaissance des modalités d'application.

3.6.6 La mise en place de la cotation a-t-elle changé votre pratique ?

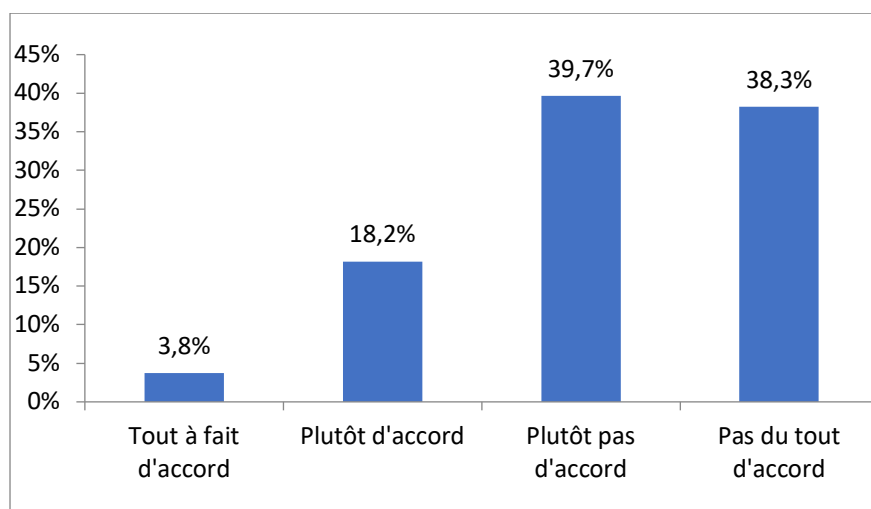


Figure 9. Répartition des réponses des médecins à la proposition « la mise en place de la cotation a changé votre pratique »

3.6.7 Comment les médecins proposent-ils la consultation aux adolescentes ?

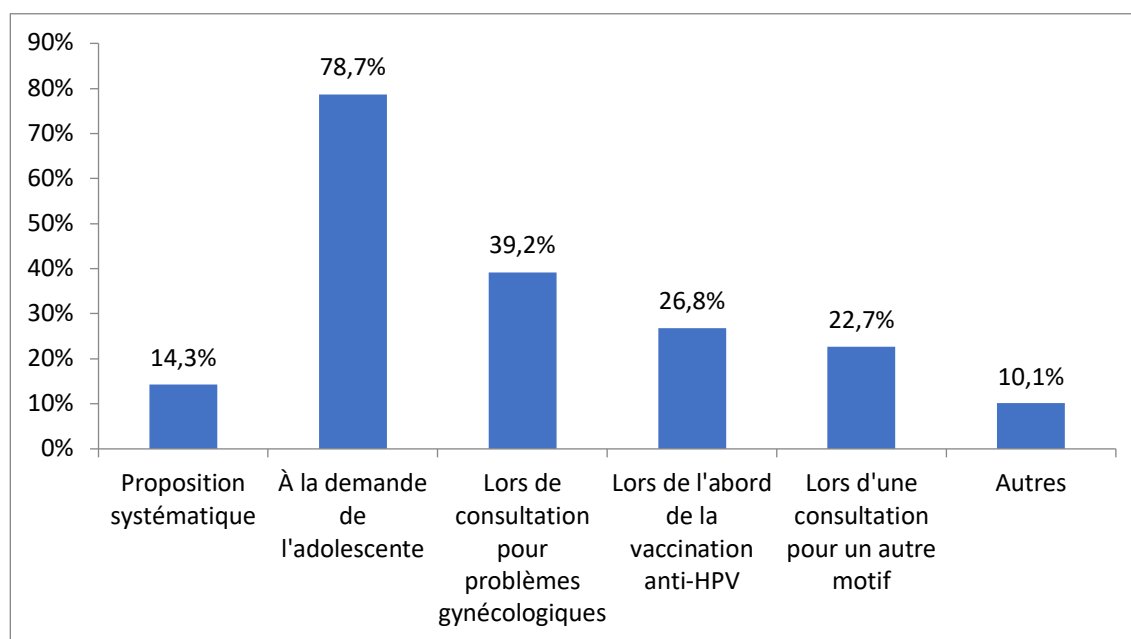


Figure 10. Proportion de médecins en fonction du moyen de proposition de la consultation aux adolescentes (n=582).

- 78,7 % (IC 95 % = [75 ; 82]), soit 458 médecins sur les 582 répondants déclaraient réaliser la consultation à la demande de l'adolescente.
- 14,3 % (IC 95 % = [11 ; 17]), soit 83 médecins sur les 582 répondants déclaraient proposer la consultation en systématique.
- 10,1 % des répondants ont répondu à la proposition « autres ». Dans ces commentaires libres (Annexe IX), la réponse revenant le plus souvent était la demande de contraception, citée par 37 médecins.

3.6.8 Fréquence de l'utilisation de la cotation au cours d'une consultation dédiée

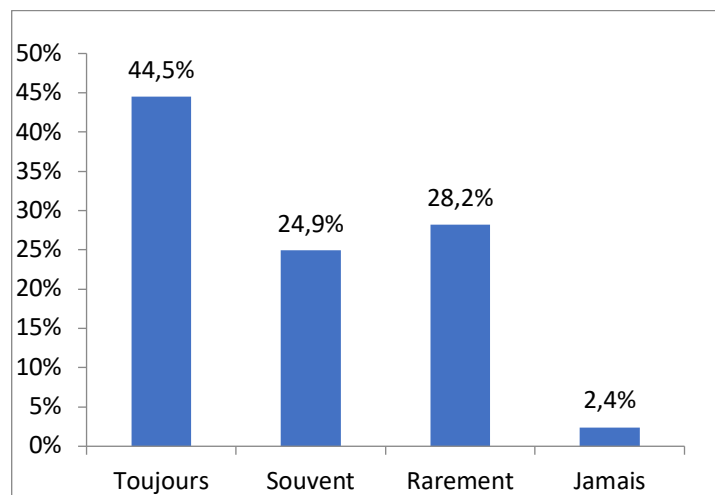


Figure 11 : Proportion de médecins en fonction de la fréquence d'utilisation de la cotation CCP au cours d'une consultation dédiée (n=582).

3.7 Les freins et les perspectives d'amélioration

Tous les médecins généralistes connaissant la cotation ont été interrogés, qu'ils l'aient déjà utilisé ou non, soit 859 sur les 1138 répondants. Pour rappel, trois propositions pouvaient être cochées au maximum, la proposition « autre » comprise.

3.7.1 Les freins

3.7.1.1 Analyse descriptive

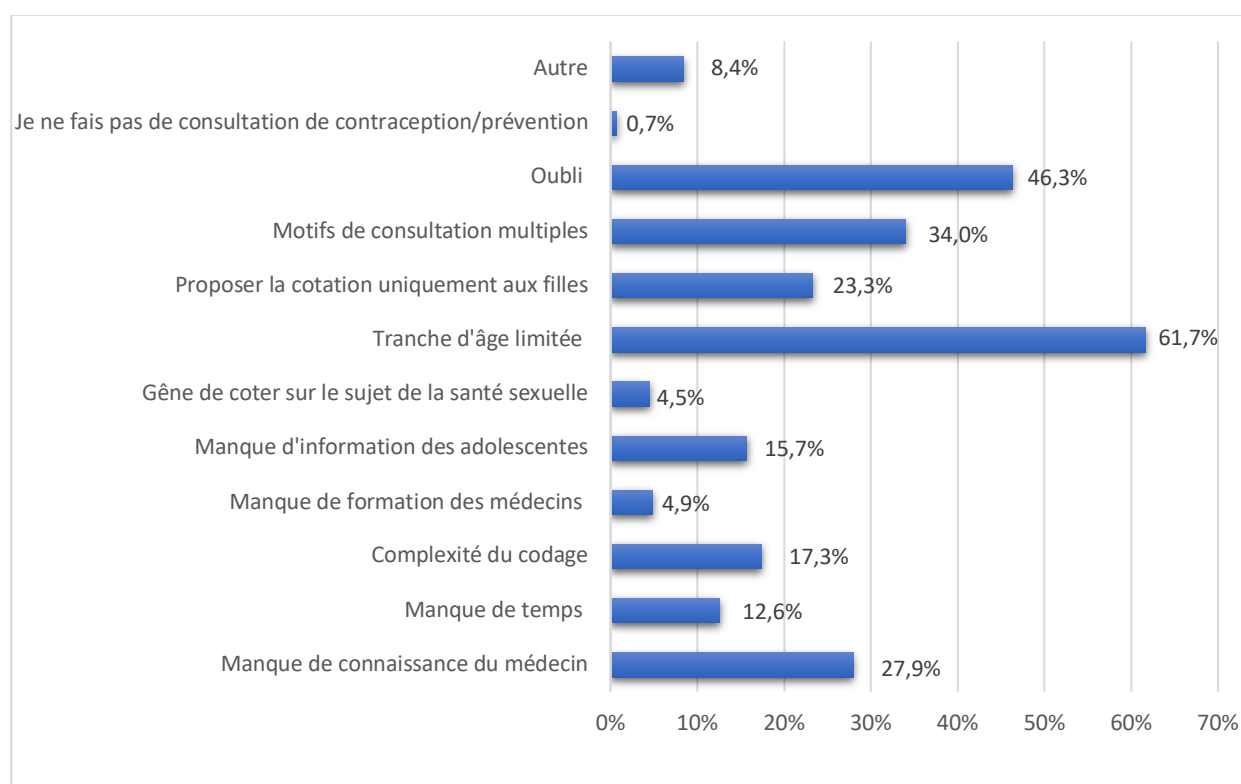


Figure 12 : Proportion de médecins généralistes ayant choisis chaque frein

3.7.1.2 Analyse univariée (Annexe X)

1) La tranche d'âge limitée :

61,7 % (IC 95 % = [58,4 ; 65]) des médecins ont choisi le frein « la tranche d'âge limitée de la cotation ». Il a été le frein le plus choisi.

Les caractéristiques des médecins associées à ce frein étaient les suivantes :

- La moyenne d'âge des médecins était plus jeune : 44,6 ans (écart-type 10,7) contre 50,6 ans (écart-type 11,3) chez les médecins n'ayant pas choisi ce frein (<0,001).

- La proportion de femmes était plus élevée : 77,5 % contre 59,3 % dans le reste de la population (OR = 2,37, IC95 % = [1,76 ; 3,19], $p < 0,001$).
- La proportion de médecins exerçant en groupe était plus élevée que dans le reste de la population : 80,6 % contre 72 % (OR = 1,61, IC95 % = [1,17 ; 1,22], $p = 0,004$).
- La proportion de médecins qui déclaraient aborder la contraception et la prévention dans leur pratique courante était plus élevée dans ce groupe que dans le reste de la population : 98,3 % contre 96 % (OR = 2,38, IC95 % = [1,03 ; 5,49], $p = 0,04$).
- La proportion de médecins ayant déjà utilisé la cotation était plus élevée dans ce groupe que dans le reste de la population : 81,7 % contre 41,3 % (OR = 5,39, IC95 % = [4 ; 7,26], $p < 0,001$).
- Les médecins de ce groupe avaient une meilleure connaissance des modalités d'application.

La médiane de bonnes réponses était de 5 (espace interquartile 1) contre 4 (espace interquartile 2). Les proportions de médecins ayant 5 ou 6 réponses justes étaient plus élevées dans ce groupe : 33 % contre 22,8 % pour 5 réponses, 43,6 % contre 22,2 % pour 6 réponses (OR = 4,36, IC95 % = [3,25 ; 5,84], $p < 0,001$).

2) L'oubli

Le second frein le plus choisi était « l'oubli de réaliser la cotation ». 46,3 % (IC 95 % = [43 ; 49,6]) des médecins l'ont choisi.

Les caractéristiques des médecins associées à ce frein étaient les suivantes :

- La moyenne d'âge était plus élevée dans ce groupe : 48,1 ans (écart-type 10,7) contre 45,9 ans (écart-type 11,7) chez les médecins n'ayant pas choisi ce frein ($p = 0,004$).
- La proportion de médecins déclarant avoir déjà utilisé la cotation était plus basse dans ce groupe (60,8 %) que dans le reste de la population (73,8 %) ($p < 0,001$).
- Il existait une différence significative ($p < 0,001$) concernant la connaissance des modalités d'application.

La médiane dans les deux groupes était de 5 (espace interquartile 2) mais la proportion de médecins ayant 6 réponses justes était moins élevée dans ce groupe (27,4 %) que dans le reste de la population (42,3 %) ($p < 0,001$). En revanche, la proportion de médecins ayant 5 réponses justes était légèrement plus élevée dans ce groupe : 30,2 % contre 28,2 %.

3) Les motifs de consultation multiples :

34 % (IC 95 % = [30,8 ; 37,2]) des médecins ont choisi le frein « les motifs de consultation multiples ». Il était le troisième frein le plus choisi.

Il n'a pas été mis en évidence de caractéristiques associées de manière significative à ce frein.

4) Le manque de connaissance du médecin :

27,9 % (IC 95 % = [24,9 ; 27,9]) des médecins ont choisi le frein « le manque de connaissance du médecin sur les modalités d'application ».

Les facteurs associés à ce frein étaient les suivants :

- La moyenne d'âge était plus élevée dans ce groupe : 48,6 ans (écart-type 11,6) contre 46,2 ans (écart-type 11,2) chez les médecins n'ayant pas choisi ce frein ($p=0,005$).
- La proportion de médecins ayant déjà utilisé la cotation était moins élevée dans le groupe ayant choisi ce frein : 57 % contre 71,9 % (OR = 0,52, IC95 % = [0,38 ; 0,71] $p<0,001$).
- Les médecins ayant choisi ce frein connaissaient significativement moins bien les modalités d'application de la cotation.

La médiane de bonnes réponses était de 5 (espace interquartile 2,25) contre 5 (espace interquartile 2). La proportion de médecins ayant 5 ou 6 bonnes réponses était moins élevée dans ce groupe (respectivement 26,7 % et 25 %) que dans le reste de la population de l'étude (respectivement 30 % et 39,4 %) (OR = 0,51, IC95 % = [0,34 ; 0,76], $p=0,003$).

5) Proposer la cotation uniquement aux filles :

23,3 % (IC 95 % = [20,6 ; 26,1]) des médecins ont choisi le frein « proposer la cotation uniquement aux filles ».

Les caractéristiques des médecins associées à ce frein étaient les suivantes :

- Les médecins ayant choisi ce frein étaient significativement plus jeunes : moyenne d'âge de 44,3 ans (écart-type 10,8) contre 47,7 ans (écart-type 11,4) chez les médecins n'ayant pas choisi ce frein ($p<0,001$).
- La proportion de femmes était significativement plus élevée : 82 % contre 67,1 % (OR = 2,24, IC95 % = [1,52 ; 3,31], $p<0,001$).
- La proportion de médecins exerçant en groupe était significativement plus élevée : 85,5 % contre 74,8 % (OR = 1,99, IC95 % = [1,3 ; 3,05], $p=0,001$).

- La proportion de médecins déclarant aborder la contraception et la prévention dans leur pratique courante était significativement plus élevée dans ce groupe : 99,5 % contre 96,8 % (OR = 6,55, IC95 % = [1,24 ; 7,63], p=0,0035).
- La proportion de médecins déclarant avoir déjà utilisé la cotation était plus élevée : 85 % contre 62,5 % (OR = 3,4, IC95 % = [2,27 ; 5,09], p<0,001).
- Les médecins ayant choisi ce frein connaissaient significativement mieux les modalités d'application de la cotation. La médiane de réponses justes était de 5 (espace interquartile 1) dans ce groupe contre 5 (espace interquartile 2) dans le reste de la population d'étude. La proportion de médecins ayant 5 ou 6 réponses justes était plus élevée dans ce groupe (respectivement 32,5 % et 48 %) que dans le reste de la population (respectivement 28,1 % et 31,6 %) (OR = 3,4, IC 95 % = [2,24 ; 4,68], p<0,001).

6) La complexité du codage :

17,3 % (IC 95 % = [14,8 ; 19,8]) des médecins ont choisi le frein « la complexité du codage ».

Les caractéristiques associées à ce frein étaient les suivantes :

- La moyenne d'âge des médecins ayant choisi ce frein était significativement plus élevée : 49,4 ans (écart-type 11,8) contre 46,4 ans (écart-type 11,2) chez les médecins n'ayant pas choisi ce frein (p=0,005).
- La proportion de femme était moins élevée dans ce groupe : 61,1 % contre 72,5 % (OR = 0,59, IC95 % = [0,41 ; 0,85], p=0,005).
- La proportion de médecins ayant déjà utilisé la cotation était moins élevée dans ce groupe : 32,2 % contre 72,5 % (OR = 0,16, IC95 % = [0,11 ; 0,23], p<0,001).
- Les modalités d'application de la cotation étaient moins bien connues dans ce groupe. La médiane de réponses justes était de 5 (espace interquartile 3) contre 5 (espace interquartile 2). La proportion de médecins ayant 5 ou 6 réponses justes était moins élevée dans ce groupe (respectivement 24,2 % et 26,8 %) que dans le reste de la population (respectivement 30,1 % et 37,2 %) (OR = 0,51, IC95 % = [0,36 ; 0,72], p<0,001).

7) Le manque d'information des adolescentes :

15,7 % (IC 95 % = [11,1 ; 20,3]) des médecins ont choisi le frein « le manque d'information des adolescentes ».

Les caractéristiques associées à ce frein étaient les suivantes :

- La proportion de médecins déclarant avoir déjà utilisé la cotation était plus élevée dans ce groupe : 83 % contre 64,9 % (OR = 2,63, IC 95% = [1,66 ; 4,17], $p < 0,001$).
- Les médecins ayant choisi ce frein connaissaient significativement mieux les modalités d'application de la cotation ($p = 0,005$).

La médiane de réponses justes était de 5 (espace interquartile 1,5) contre 5 (espace interquartile 2). La proportion de médecins ayant 6 réponses justes était plus élevée dans ce groupe : 48,1 % contre 33 %. La proportion de médecins ayant 5 réponses justes était légèrement moins élevée dans ce groupe : 26,7 % contre 29,6 %.

8) Le manque de temps :

12,6 % (IC 95 % = [10,4 ; 14,8]) des médecins ont choisi le frein « le manque de temps du médecin ».

Les caractéristiques associées à ce frein étaient les suivantes :

- La moyenne d'âge des médecins était plus élevée dans le groupe ayant choisi ce frein : 51 ans (écart-type 11) contre 46,3 (écart-type 11,3) chez les médecins n'ayant pas choisi ce frein ($p < 0,001$).
- La proportion de femmes était moins élevée : 61,1 % contre 71,9 % (OR=0,61, IC95 % = [0,4 ; 0,93], $p = 0,02$).
- La proportion de maître de stage était moins élevée : 34,3 % contre 44,6 % (OR = 0,65, IC95 % = [0,43 ; 0,99], $p = 0,04$).
- La proportion de médecins déclarant aborder la contraception et la prévention dans leur pratique courante était moins élevée : 92,6 % contre 98,1 % (OR = 0,24, IC95 % = [0,11 ; 0,55], $p = 0,003$).
- La proportion de médecins ayant déjà utilisé la cotation était moins élevée dans ce groupe : 56,5 % contre 69,4 % (OR = 0,57, IC95 % = [0,38 ; 0,86], $p = 0,007$).
- Les médecins ayant choisi ce frein connaissaient significativement moins bien les modalités d'application de la cotation.

La médiane de réponses justes était de 5 (espace interquartile 3) contre 5 (espace interquartile 2). La proportion de médecins ayant 5 ou 6 réponses justes était moins

élevée dans ce groupe (respectivement 22,2 % et 28,7 %) que dans le reste de la population (respectivement 30,1 % et 36,4 %) (OR = 0,51, IC95 % = [0,34 ; 0,76], p=0,003).

9) Le manque de formation des médecins :

4,9 % (IC 95 % = [3,5 ; 6,3]) des médecins ont choisi le frein « le manque de formation des médecins à l'abord de la santé sexuelle ».

Les caractéristiques associées à ce frein étaient les suivantes :

- Les médecins exerçant en milieu semi-rural étaient significativement plus représentés dans ce groupe : 59,5 % contre 38,1 % chez les médecins n'ayant pas choisi ce frein (p=0,02) (Semi-rural contre rural : OR = 2,27, IC 95 % = [0,79 ; 6,49], semi-rural contre urbain : OR = 2,43, IC 95 % = [1,25 ; 4,74]).
- La proportion de médecins déclarant avoir déjà utilisé la cotation était plus élevée chez les médecins ayant choisi ce frein : 83,3 % contre 66,7 % (OR = 2,47, IC 95 % = [1,11 ; 5,5], =0,03).

10) La gêne de coter sur le sujet de la santé sexuelle :

4,5 % (IC95 % = [3,1 ; 5,9]) des médecins ont choisi le frein « la gêne de coter sur le sujet de la santé sexuelle ».

Les caractéristiques associées à ce frein étaient les suivants :

- La proportion de médecins ayant déjà utilisé la cotation était significativement moins élevée dans ce groupe : 30,8 % contre 69,5 % chez les médecins n'ayant pas choisi ce frein (OR = 0,19, IC95 % = [0,1 ; 0,36], p<0,001).
- Les médecins ayant choisi ce frein connaissaient significativement moins bien les modalités d'application de la cotation.

La médiane de réponses justes était de 3 (espace interquartile 3,5) contre 5 (espace interquartile 2). La proportion de médecins ayant 5 ou 6 réponses justes était moins élevée (respectivement 7,7 % et 20,5 %) que dans le reste de la population (respectivement 30,1 % et 36,1 %) (OR = 0,13, IC 95 % = [0,07 ; 0,24], p<0,001).

11) Autres :

0,7 %, soit 6 médecins ont déclaré ne pas réaliser de consultation de contraception et de prévention dans leur pratique courante.

8,4 % des médecins ont répondu « autres ». L'analyse des verbatims a fait ressortir plusieurs grands freins (liste des commentaires libres en Annexe XI) :

- La limite d'âge, présente dans les propositions, a été citée de nouveau 9 fois
- Le tarif a été cité 7 fois (problème de chèques pré-remplis par les parents et si le tarif est différent, les parents peuvent se douter du motif de consultation)
- Problèmes informatiques : anonymisation difficile (cité 3 fois), tiers payant impossible (cité 1 fois), difficulté de réalisation (abordé 3 fois)
- Refus de paiement par la CPAM, abordé 9 fois
- Ne pas savoir s'il y a déjà eu une cotation (par le gynécologue par exemple), abordé 8 fois.

12) Tableau récapitulatif

Tableau 3 : Freins significativement plus ou moins représentés selon les caractéristiques des médecins généralistes

	Freins significativement plus choisis	Freins significativement moins choisis
Moyenne d'âge plus jeune	Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles	Oubli Manque de connaissance du médecin Complexité du codage Manque de temps
Moyenne d'âge plus âgée	Oubli Manque de connaissance du médecin Complexité du codage Manque de temps	Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles
Homme	Complexité du codage Manque de temps	Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles
Femme	Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles	Complexité du codage Manque de temps
Exerce en groupe	Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles	
Exerce seul		Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles
Milieu semi-rural	Manque de formation	
Milieu urbain		Manque de formation
Maître de stage		Manque de temps
Aborder contraception/prévention dans la pratique courante	Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles	Manque de temps
Avoir déjà utilisé la cotation	Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles Manque d'information des adolescentes Manque de formation	Oubli Manque de connaissance du médecin Complexité du codage Manque de temps Gêne de coter sur le sujet
Meilleure connaissance des modalités d'application	Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles Manque d'information des adolescentes	Oubli Manque de connaissance du médecin Complexité du codage Manque de temps Gêne de coter sur le sujet
Moins bonne connaissance des modalités d'application	Oubli Manque de connaissance du médecin Complexité du codage Manque de temps Gêne de coter sur le sujet	Tranche d'âge limitée Proposer uniquement aux filles Manque d'information des adolescentes

3.7.2 Les perspectives d'amélioration

3.7.2.1 Analyse descriptive des perspectives d'amélioration

Tableau 4. Proportions de médecins généralistes ayant choisis chaque perspective d'amélioration

	n	% (n/859)	IC 95%
Élargir la tranche d'âge	574	66,8	[63,7 ; 69,9]
Parler de cette consultation en milieu scolaire	355	41,3	[38 ; 44,6]
Envoi d'un courrier en systématique aux adolescentes	293	34,1	[30,9 ; 37,3]
Élargir la cotation aux garçons	292	34	[30,8 ; 37,2]
Création d'une consultation de prévention globale de l'adolescent	242	28,2	[25,2 ; 31,2]
Faciliter la saisie information	186	21,7	[18,9 ; 24,5]
Améliorer l'information à l'aide d'affiches et de messages chocs	141	16,4	[13,9 ; 18,9]
Création d'un support annexe à donner aux adolescentes	106	12,3	[10,1 ; 14,5]
Mise en place d'une formation obligatoire au cours de l'internat sur la santé sexuelle chez l'adolescent	91	10,6	[8,5 ; 12,7]
Autres	32	3,7	[2,4 ; 5]

La perspective d'amélioration la plus choisie était « élargir la tranche d'âge », choisie par 66,8 % (IC 95 % = [63,7 ; 69,9]) des médecins.

3,4 % des médecins ont répondu « autres » (liste des commentaires libres en [Annexe XII](#)). Les autres propositions qui en ressortaient étaient les suivantes :

- Majorer le tarif de la consultation de base du médecin généraliste (G) (abordé 5 fois)
- Arrêter les cotations multiples ou simplifier la nomenclature (abordé 4 fois)
- Rendre possible la cotation par le médecin généraliste même si elle a déjà été réalisée par le gynécologue (cité 1 fois)
- Rendre la cotation réalisable 1 fois par an (cité 1 fois)

3.7.2.2 Tranche d'âge idéale selon les médecins de l'étude

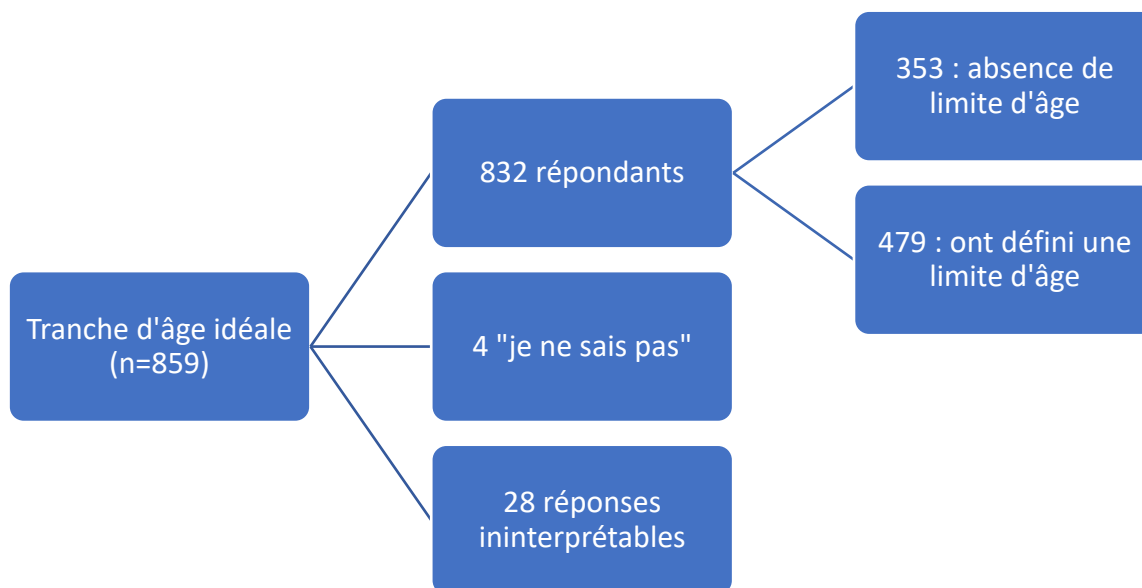


Figure 13 : Organigramme présentant les réponses à la question sur la tranche d'âge idéale à la réalisation de cette cotation

41,1 % (IC 95 % = [37,8 ; 44,4]) des médecins pensaient qu'il ne fallait pas que la réalisation de la cotation soit limitée par une tranche d'âge.

55,8 % (IC 95 % = [52,5 ; 59,1]) des médecins ont répondu la tranche d'âge qui, selon eux, serait la plus adaptée à cette cotation.

➤ Limite d'âge inférieure :

La moyenne d'âge était de 13,5 ans (écart-type à 1,4) et la médiane était de 14 ans (espace interquartile 2).

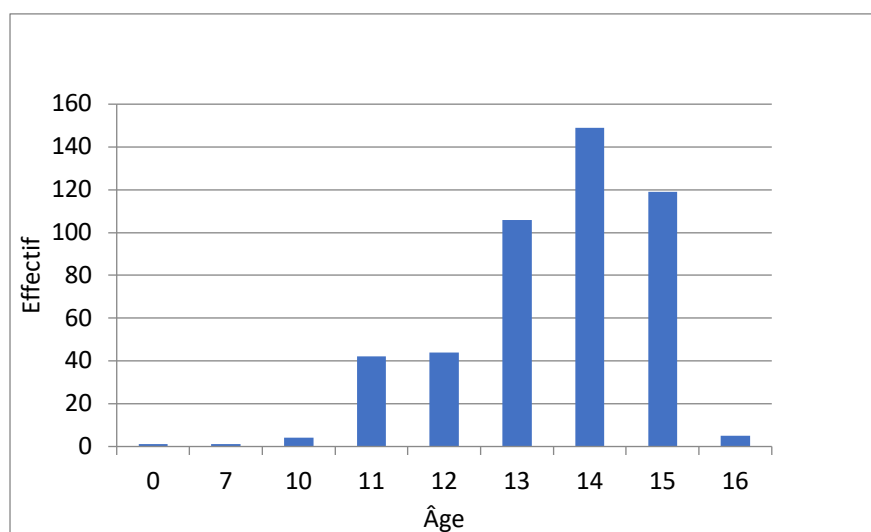


Figure 14. Effectif de médecins en fonction de la limite d'âge inférieure qu'il pense la plus adaptée

➤ Limite d'âge supérieure :

La moyenne d'âge était de 21,9 ans (écart-type 5,5) et la médiane était de 20 ans (espace interquartile 5).

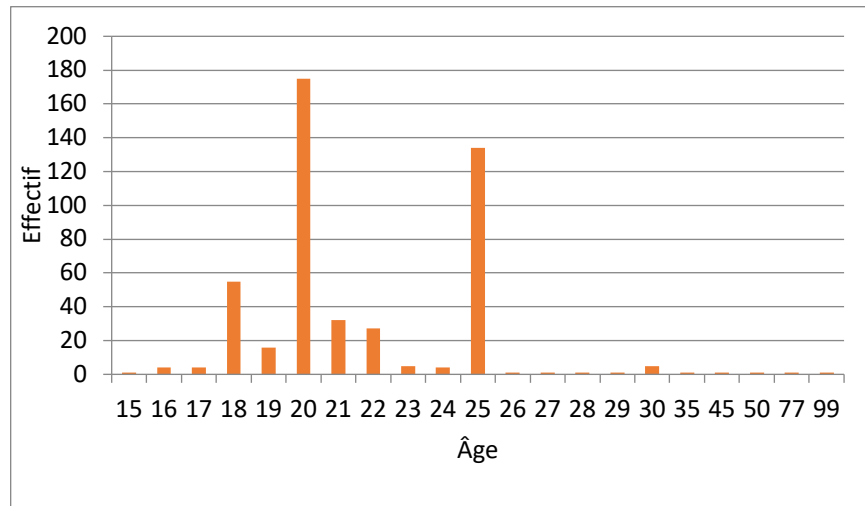


Figure 15. Effectif de médecins en fonction de la limite d'âge supérieure qu'il pense la plus adaptée

4 DISCUSSION

4.1 Résultats de l'objectif principal

Dans notre étude, la majorité des médecins (95 %) déclaraient aborder la contraception et la prévention dans leur pratique courante. 3/4 (75,4 %) connaissaient la cotation CCP. Sur ces 3/4, un peu plus que 2/3 (67,8 %) l'avaient déjà utilisée, ce qui représentait seulement la moitié (51,1 %) du total des médecins de l'étude.

Nous avons retrouvé plusieurs caractéristiques associées au fait de connaître et d'avoir déjà utilisé la cotation : être une femme, exercer en groupe, exercer en milieu semi-rural, réaliser 20 à 30 actes par jour, être maître de stage et aborder la contraception et la prévention dans sa pratique courante. De plus, la moyenne d'âge de ces médecins était significativement plus jeune en comparaison à celle du reste de la population de notre étude.

4.2 Comparabilité de notre échantillon à la population générale

4.2.1 Répartition selon le sexe et l'âge

➤ Sexe

La proportion de femmes était nettement plus importante dans notre échantillon que dans la population générale. En effet, selon les données de la DRESS (31), en 2018, les femmes représentaient 40,6 % (27 604/68 070) des médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte alors que dans notre étude, elles représentaient 63,6 % des répondants.

➤ Âge

La Figure 16, représente la répartition des médecins en fonction de leur tranche d'âge et de leur sexe dans notre étude en comparaison aux données de la DRESS. Nous pouvons constater que les tranches d'âge 30-39 ans et 40-49 ans étaient plus représentées dans notre étude que dans la population générale. De plus, dans chaque tranche d'âge, la proportion de femmes était plus élevée dans notre étude que dans la population générale (les données chiffrées sont disponibles en Annexe XIII).

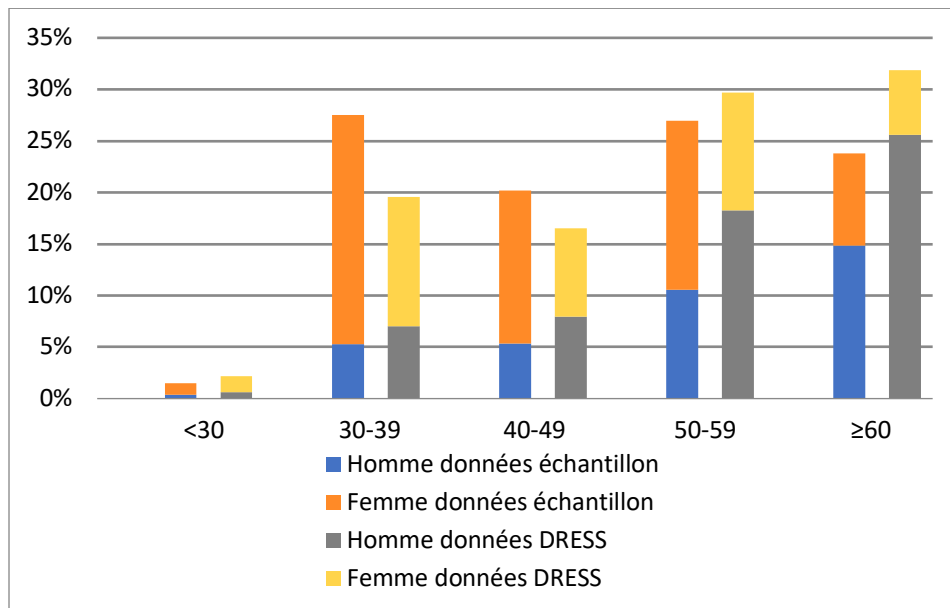


Figure 16. Proportion de médecins généralistes en fonction de la tranche d'âge et du sexe : données de l'échantillon comparées aux données DRESS (médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte, en France, en 2018)

La figure 17, issue de l'atlas de la démographie médicale en France en 2018 (40), représente la pyramide des âges des médecins en activité régulière. Nous pouvons remarquer la féminisation de la profession chez les jeunes médecins.

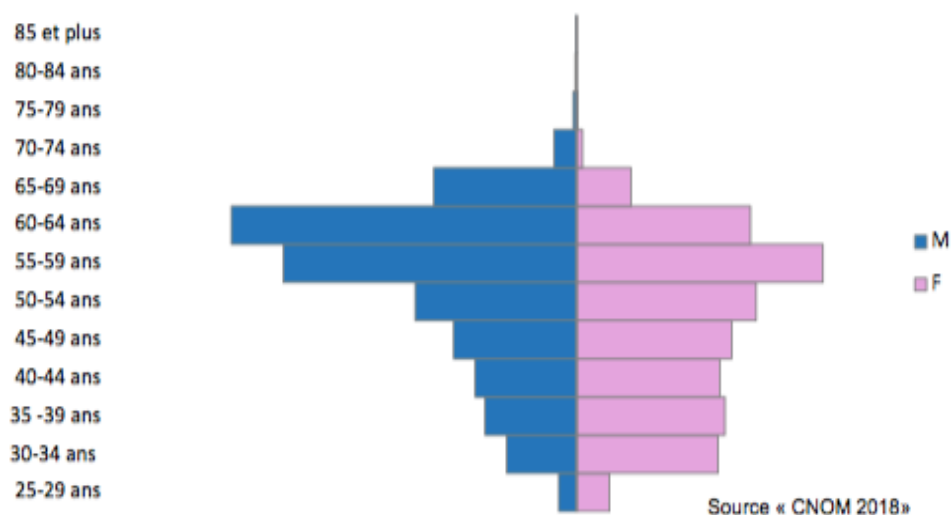


Figure 17. Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2018 (source « CNOM 2018 »)

4.2.2 Données SNIIRAM sur la cotation CCP

Selon les données SNIIRAM (obtenues par l'intermédiaire de Monsieur Mehdi Gabbas, exerçant à la Direction de la Stratégie, des Études et des Statistiques de la CNAM), 125 719 cotations ont été réalisées entre le 01/11/2017 et le 31/12/2019, dont 62 200 par des médecins généralistes. 16 371 médecins généralistes ont réalisé au moins une cotation sur la période, ce qui représente 24 % de la totalité des médecins généralistes (ayant une activité libérale ou mixte).

Dans notre étude, la proportion de médecins ayant déjà réalisé au moins un acte était de 51,1 %, donc supérieure à la proportion des données SNIIRAM.

Selon l'INSEE (41), au premier janvier 2020, la tranche d'âge des 15-19 ans représente 4 140 996 personnes, dont 2 016 553 de filles. Le nombre de cotations réalisées semble peu élevé en comparaison à ce chiffre.

4.3 Limites et forces de l'étude

4.3.1 Forces

4.3.1.1 Étude novatrice

Les travaux faits en amont de notre étude étaient des études qualitatives interrogeant des médecins généralistes et des adolescentes au niveau régional (31)(32)(25). Elles ont permis de recueillir des opinions et il paraissait intéressant de compléter ces résultats à l'aide d'une étude quantitative qui permettait de collecter des données statistiques concrètes.

Notre étude est novatrice de ce fait et du fait de son envergure nationale ainsi que de la grandeur de l'échantillon.

De plus, nous avons complété notre analyse descriptive par une analyse univariée afin de chercher des facteurs influençant l'utilisation de la cotation ou le choix de certains freins. L'objectif était de proposer des solutions adaptées afin d'améliorer l'utilisation de cette cotation.

4.3.1.2 Le questionnaire

L'envoi d'un questionnaire en ligne est pratique à la fois pour la facilité d'envoi mais aussi pour les répondants qui peuvent le remplir quand ils le souhaitent et le renvoyer facilement.

De plus, la possibilité, sur Google Form®, de préciser que les réponses sont obligatoires pour chaque question (impossibilité de passer à la question suivante en cas de réponse non remplie) permet de limiter grandement les questionnaires insuffisamment remplis.

Le questionnaire a été réalisé avec 3 types de questions :

- La grande majorité étaient des questions fermées ce qui permettait d'avoir une précision dans les réponses et facilitait ainsi l'analyse.
- L'utilisation d'échelles de Likert avec 4 propositions possibles permettait de limiter le biais de tendance centrale.
- Les 4 questions ouvertes permettaient aux médecins de s'exprimer et de faire ressortir des points que l'investigateur n'avait pas proposés.

4.3.2 Limites

4.3.2.1 Biais de sélection

La population de l'étude n'était pas représentative de la population générale, il existait un biais de sélection. Ce biais diminue la validité externe de notre étude. Plusieurs éléments ont pu contribuer à cela :

- Les réponses au questionnaire ont été réalisées sur la base du volontariat. Nous pouvons supposer que les femmes, les tranches d'âges 30-39 et 40-49 ans et les médecins connaissant et ayant déjà utilisé la cotation étaient plus intéressés par le sujet.
- Nous pouvons aussi supposer que les médecins ne connaissant pas la cotation ont été sous-représentés car ils ont pu être moins tentés de répondre au questionnaire.
- Le questionnaire ayant été envoyé en ligne via une boîte e-mail, les médecins n'étant pas informatisés étaient de ce fait exclus.
- Envoyer le questionnaire par l'intermédiaire de la Fédération Française des Médecins nous a permis d'obtenir un nombre de réponses important mais les médecins n'étant pas inscrits sur les listes du syndicat étaient eux aussi exclus.

4.3.2.2 Biais d'information

Les données de cette étude étant des données déclaratives, un biais d'information peut être induit, notamment un biais de mémorisation.

4.3.2.3 Biais d'analyse et d'interprétation

L'expérience relative en biostatistiques et dans l'utilisation de l'outil Biostat TGV du chercheur a pu entraîner un biais d'analyse et d'interprétation. Ce biais a essayé d'être limité tant que possible en réalisant un atelier de thèse quantitative à la faculté de médecine de Montpellier et en ayant eu une aide méthodologique par un biostatisticien du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes.

4.3.2.4 Biais de confusion

Dans l'analyse statistique univariée, il peut y avoir des différences significatives entre une variable dépendante et une variable indépendante due à un facteur de confusion. L'exemple le plus marquant est l'âge et le sexe. En effet, si on prend l'exemple des facteurs associés au fait de connaître la cotation, les médecins étaient significativement plus jeunes et les femmes étaient plus représentées. Les femmes de notre étude étant significativement plus jeune que les hommes, le sexe peut être un facteur de confusion sur le lien entre l'âge et le fait de connaître la cotation.

Une analyse multivariée aurait pu être intéressante pour pondérer ce facteur de confusion.

4.3.2.5 Questionnaire

La question traitant du moyen de connaissance de la cotation par les médecins était difficilement interprétable. En effet, l'investigateur a été contacté par mail par plusieurs médecins qui ne pouvaient pas répondre à la question car ils en avaient eu connaissance par l'intermédiaire d'un syndicat. Une proposition « autre » avec possibilité de mettre des commentaires libres aurait pu éviter ce problème.

4.3.3 Entre limites et forces

4.3.3.1 Taille de l'échantillon

Le taux de réponse de notre étude était faible. Il était de 3,5% sur la totalité des médecins à qui a été envoyé le mail, ce qui équivaut à 1,7 % des 68 070 médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte, selon les données DRESS en 2018 (39).

En revanche, notre échantillon d'étude était grand et cela augmente la puissance de l'étude et diminue les fluctuations d'échantillonnage.

4.3.3.2 Non-représentativité de l'échantillon

Le taux de médecins ayant déjà utilisé la cotation au moins une fois était plus élevé dans la population de notre étude (51,1 %) que dans la population générale (21,7 %). Cela peut avoir un impact dans l'interprétation des résultats aux questions sur les freins et sur les perspectives d'amélioration :

- Le fait que les médecins n'ayant jamais utilisé la cotation soient sous-représentés peut minimiser l'importance de certains freins tels que la gêne de coter sur le sujet, le manque de connaissance du médecin sur les modalités d'application de la cotation ou le manque de temps par exemple.
- Au contraire, le fait que les médecins ayant déjà utilisé la cotation soient surreprésentés peut faire ressortir davantage les freins concernant la réalisation de l'acte tels que la tranche d'âge limitée ou la complexité du codage.

4.3.3.3 Questionnaire

Concernant les questions sur les freins et sur les perspectives d'amélioration de la cotation, les médecins pouvaient cocher 3 propositions au maximum (proposition « autre » comprise).

Ceci était discriminant et permettait de faire ressortir les freins et les perspectives d'amélioration les plus marquants. Mais, à l'inverse, l'importance de certains freins et de certaines perspectives pouvait être minimisée.

4.4 Les thèmes abordés

4.4.1 La contraception

La contraception mécanique et la contraception orale étaient très souvent abordées : elles étaient abordées « toujours » ou « souvent » respectivement par 92,1 % et 98,9 % des médecins. En revanche, les autres moyens de contraception (DIU, implant...) et la contraception d'urgence étaient un peu moins abordés : respectivement 83 % et 77,2 % des médecins les abordaient « toujours » ou « souvent ».

Une étude qualitative, réalisée par M. Chastel, avait pour but d'évaluer les connaissances et les représentations des adolescentes dans le domaine de la sexualité (21). Dans cette étude, toutes les adolescentes avaient cité le préservatif et la contraception par pilule comme moyens de contraception. Mais les autres moyens étaient moins connus et les adolescentes avaient des idées reçues, notamment sur le DIU (mauvaise image, dangerosité, non recommandé chez les nullipares). En cas d'oubli de pilule ou de rapport à risque, elles pensaient à la pilule du lendemain mais elles ne connaissaient pas bien la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Dans l'étude qualitative interrogeant les adolescentes sur leurs attentes concernant la consultation CCP (25), ces dernières souhaitaient avoir des explications sur les différentes méthodes de contraception et les différentes pilules ainsi que sur les modalités pratiques et sur les bénéfices et les risques, de manière à faire un choix éclairé. De plus, elles voulaient être informées sur la contraception d'urgence, et « elles exprimaient d'importantes méconnaissances sur sa fonction, son délai de prise, son lieu et ses modalités de délivrance ».

Dans une étude quantitative, réalisée par P. Socchi, interrogeant les adolescentes sur leurs attentes vis-à-vis de leur première consultation de contraception (42), elles souhaitaient que toutes les méthodes contraceptives leurs soient présentées mais aussi avoir des « informations sur les effets secondaires » et sur les « causes d'échec de contraception ». De plus, elles souhaitaient aussi « se voir prescrire une contraception d'urgence à l'avance ».

Selon les recommandations HAS (33) et les recommandations du CNGOF (43) sur la contraception, il est recommandé d'informer les adolescentes sur l'ensemble des différentes méthodes de contraception. Il est précisé que « l'âge ne devrait pas limiter le choix de la méthode

contraceptive, en dehors de la stérilisation » (33). Il est aussi recommandé d'informer sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ainsi que sur la gratuité et l'anonymat de la délivrance de la contraception d'urgence en pharmacie.

4.4.2 Les infections sexuellement transmissibles

Les IST représentaient un sujet abordé « toujours » ou « souvent » par 96 % des médecins. Ceci était concordant avec les attentes des adolescents.

La connaissance sur les IST des adolescents reste insuffisante. Deux thèses quantitatives ont été réalisées à ce sujet. La première (44), interrogeait des jeunes de 18 à 30 ans et montrait que les infections à Chlamydia et à Gonocoque étaient connues par seulement 28 et 15 % des répondants. La seconde (45), interrogeait des adolescents dans un lycée et montrait que « la connaissance des IST était médiocre pour 24,8 % des garçons et 15 % des filles ».

Dans l'étude qualitative interrogeant les adolescentes sur leurs attentes concernant la consultation CCP (25), elles « exprimaient leur besoin personnel d'être informées sur ce sujet du fait d'importantes lacunes ».

4.4.3 Vaccination contre le papillomavirus

Le sujet était abordé « toujours » ou « souvent » par 88 % des médecins.

Dans l'étude qualitative interrogeant les adolescentes (25), la majorité d'entre elles était « favorable » à l'abord de ce thème et souhaitait avoir des explications.

Selon les recommandations du calendrier vaccinal (46), toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans doivent être vaccinées avec possibilité de rattrapage chez les jeunes filles de 15 à 19 ans (2 doses de vaccin entre 11 et 13 ans et 3 doses de vaccin entre 14 et 19 ans). Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), la vaccination est recommandée jusqu'à l'âge de 26 ans.

Au vu du faible taux vaccinal en France, la consultation de contraception et de prévention pourrait être le moment de proposer le rattrapage aux patientes non vaccinées.

4.4.4 Physiologie du cycle, anatomie et puberté

Ce sujet était moins abordé que les sujets précédents. En effet, 60 % des médecins déclaraient l'aborder « toujours » ou « souvent ».

Dans l'étude qualitative interrogeant les adolescentes sur les attentes concernant la consultation CCP (29), une majorité d'entre elles sentaient que leurs connaissances étaient insuffisantes et souhaiteraient que ce sujet soit abordé au cours de la consultation.

Il serait donc intéressant, de profiter de ce temps dédié, pour prendre le temps d'expliquer la physiologie aux adolescentes.

4.4.5 Autres sujets concernant la santé sexuelle

La sexualité, la violence et le consentement étaient les principaux thèmes qui ressortaient de l'analyse des commentaires libres.

4.4.5.1 La violence et le consentement

Selon l'enquête Virage réalisée en 2015, traitant des violences sexuelles (47), « 1 femme sur 7 (13,5 %) et 1 homme sur 20 (3,9 %) déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle (hors harcèlement et exhibitionnisme) au cours de leur vie ».

Il semble donc important d'aborder ce sujet et de dépister les patients victimes de violence qu'elles soient physiques, verbales ou sexuelles.

De plus, dans la thèse qualitative interrogeant les adolescentes sur leurs attentes concernant la consultation CCP, « une majorité des adolescentes jugeaient nécessaire le développement de ce sujet au sein de la consultation » (25).

4.4.5.2 La sexualité

La sexualité et les premiers rapports sexuels était l'autre grand thème ressortant de l'analyse des commentaires libres.

Ceci concorde avec l'étude qualitative interrogeant les adolescentes dans laquelle ce thème « est apparu spontanément chez une moitié des adolescentes (8/15) de façon positive, qui demandait son développement systématique. Elles souhaitaient un avis et des conseils » (25).

4.4.5.3 L'orientation sexuelle

L'orientation sexuelle n'était pas abordée dans notre étude mais il paraît intéressant d'aborder le sujet.

Selon l'enquête HBSC (48), chez 3,4 % des élèves de 4ème et de 3ème sexuellement initiés, le premier rapport avait eu lieu avec une personne de même sexe.

Ce thème ressortait de l'étude qualitative interrogeant les adolescentes sur leurs attentes. La majorité souhaitait que ce sujet soit abordé afin « d'impacter à grande échelle la vision qu'ont les français des homo-bisexuels et transgenres », « de favoriser leur intégration dans la société », « de voir diminuer les violences à leur égard » et « d'adapter les informations délivrées à l'orientation sexuelle de l'adolescente » (25).

4.4.5.4 Les interruptions volontaires de grossesses

Le thème IVG n'avait pas été proposé dans notre questionnaire, il a été précisé dans les commentaires libres par 2 médecins. Mais, dans l'étude interrogeant les adolescentes, la grande majorité souhaitait recevoir des informations sur le sujet (25).

4.4.5.5 Autres champs de prévention

Plus de la moitié (52,2 %) des médecins déclaraient aborder d'autres thèmes que ceux proposés sur le sujet de la contraception et la prévention des IST.

Ils abordaient des thèmes de prévention plus globaux tels que les toxiques, les relations ou la nutrition.

Ceci nous montre l'importance de la prévention chez l'adolescent et que les thèmes abordés ne se limitent pas aux thèmes touchant à la santé sexuelle. Chaque consultation a un contenu variable et il semble nécessaire de s'adapter à l'adolescent.

4.5 Conséquence de la création de la cotation sur la pratique des médecins

La thèse qualitative réalisée par M. Hakopian, interrogeant les médecins généralistes sur leur opinion depuis la mise en place de la cotation montrait que : « l'opinion des médecins généralistes était plutôt positive sur l'instauration de la cotation » mais « elle n'avait pas entraîné de réelle modification des pratiques » (32). Notre étude montre que, un an et demi après, leur avis n'a pas changé. En effet, la majorité (78 %) d'entre eux pensait que la mise en place de la cotation n'avait pas changé leur pratique.

4.6 Pistes d'amélioration

La cotation reste donc peu utilisée. Une thèse quantitative réalisée par C. Poissonnet interrogeant les médecins généralistes de la région des Pays de la Loire sur les freins à la cotation des actes en médecine générale (49) montre que, globalement, les cotations sont sous-utilisées par les médecins. Par exemple, « plus d'un tiers (34,8 %) des médecins réalisant les examens obligatoires du nourrisson déclaraient ne pas faire la cotation adéquate » (49).

Dans cette partie, nous allons proposer des pistes d'amélioration afin de permettre de promouvoir la santé sexuelle en facilitant l'accès à des consultations anonymes et sans avance de frais pour les adolescents.

4.6.1 Élargir la population cible

4.6.1.1 Étendre la tranche d'âge voire ne pas laisser de tranche d'âge limite

Le frein « la tranche d'âge limitée » était le frein le plus choisi par les médecins (61,7 %).

Le résultat des perspectives d'amélioration était concordant puisque la perspective la plus choisie, par 67,8 % des médecins, était « élargir la tranche d'âge ».

Concernant les bornes d'âge idéales définies par les médecins de l'étude :

- 41,3 % des médecins pensaient qu'il ne fallait pas de tranche d'âge limitative.

- Pour la borne inférieure, la moyenne d'âge était de 13,5 ans et la médiane était de 14 ans.
- Pour la borne supérieure, la moyenne d'âge était de 21,9 ans et la médiane était de 20 ans. En regardant l'histogramme, nous pouvions constater qu'il y avait 2 pics de fréquences d'âge : un premier à 20 ans et un second, un peu moins élevé, à 25 ans.

Selon l'enquête Baromètre Santé 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel était de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles (17).

Selon l'enquête HBSC sur la santé des collégiens en France en 2014 (48), 9,2 % des élèves de 4^{ème} et 18,2 % de ceux de 3^{ème} ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels. 62,2 % de ces élèves ont déclaré avoir eu leur premier rapport avant 15 ans et 1,4 % des collégiens interrogés ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avant 13 ans. De plus, la couverture contraceptive était moins fréquente chez les élèves ayant débuté une sexualité avant 13 ans (59,3 % contre 88,3 % après 13 ans) (48).

Cette perspective est renforcée par l'avis des adolescentes. Dans l'étude qualitative interrogeant les adolescentes sur leurs attentes concernant la consultation CCP (25), celles-ci pensaient que la limite d'âge était trop restrictive. De plus, trois études quantitatives ont abordé le sujet avec les adolescentes. Dans la première (22), 52,2 % des adolescentes pensaient que l'âge idéal pour parler de contraception était entre 13 et 14 ans. Dans la seconde (50), 61,8 % des adolescents souhaitaient parler de contraception avec leurs médecins « avant leur premières relations sentimentales, c'est-à-dire vers 13-14 ans » et dans la troisième (22), 89,8 % pensaient qu'il fallait aborder la contraception « à un âge inférieur de celui de la première prescription de contraception ».

La limite d'âge semble donc trop restrictive, il n'y a pas d'âge idéal pour réaliser cette cotation, le bon moment doit être évalué au cas par cas en fonction des besoins des patientes. Il semble nécessaire au minimum d'élargir les tranches d'âge de 13 à 25 ans, voire même de ne pas laisser de tranche d'âge en place.

4.6.1.2 Élargir la cotation aux garçons

23,3 % des médecins ont choisi le frein « proposer la cotation uniquement aux filles ». Ce résultat était aussi concordant avec le résultat des perspectives d'amélioration : 34 % des médecins pensaient qu'il fallait « élargir la cotation aux garçons ».

Selon l'enquête HBSC de 2014 (48), les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer avoir déjà eu des rapports sexuels (12,9 % contre 5,2 % en 4^{ème} et 23,0 % contre 13,5 % en 3^{ème}) (48). De plus, deux thèses quantitatives interrogeant les jeunes de 18-30 ans (44) et les adolescents d'un lycée (45), sur leurs connaissances des IST, montraient qu'être un garçon était associé à avoir une moins bonne connaissance des IST.

La santé sexuelle concerne les adolescents, tous sexes confondus. De ce fait, les garçons devraient avoir eux aussi accès à une consultation sur la santé sexuelle anonymisable et prise en charge à 100 %.

Dans la thèse qualitative de M. Hakopian (32), un médecin « pensait que proposer la CCP qu'aux filles pouvait en limiter la médiatisation. Elle interprétait ça comme de la ségrégation ».

Il en va de même dans l'étude qualitative interrogeant les adolescentes (25), la totalité des adolescentes étaient en désaccord avec cette limitation : « pour une partie des adolescentes, la situation était vécue comme injuste. Elles souhaitaient que les garçons soient responsabilisés et sensibilisés à la prévention des grossesses, aux risques pour la jeune fille ainsi qu'aux IST ».

4.6.2 Mise en place d'une consultation de prévention globale de l'adolescent

Cette proposition a été la 4^{ème} proposition la plus choisie (par 28,2 % des médecins). La santé sexuelle représente un champ de prévention et nous avons pu constater que les thèmes abordés au cours de la consultation avec les adolescents sont souvent multiples. Une consultation dédiée à la prévention de manière générale pourrait être intéressante et semblerait même plus proche de la réalité. Ainsi, la consultation serait adaptée aux besoins de chaque adolescent.

4.6.3 Diffuser l'information sur l'existence et les modalités de la cotation

4.6.3.1 Informer les adolescentes

15,7 % des médecins ont choisi le frein « le manque d'information des adolescentes ». Cela semble peu mais, comme dit précédemment, ce frein peut être minimisé par le nombre limité de réponses autorisées. Ce frein était d'autant plus fort que les médecins l'ayant choisi connaissaient significativement mieux les modalités d'application de la cotation et que la proportion de médecins ayant déjà utilisé la cotation était significativement plus élevée dans ce groupe.

Dans l'étude qualitative interrogeant les adolescentes (25), aucune avait connaissance de l'existence de cette consultation.

Dans les perspectives d'amélioration nous avons proposé aux médecins des moyens d'information.

- En parler en milieu scolaire paraissait être la perspective la plus pertinente (41,3 %). Il serait intéressant que des explications soient données au cours des séances d'éducation à la santé sexuelle et/ou par l'infirmière scolaire sur l'existence de cette consultation et sur ces modalités d'application ainsi que sur le rôle du médecin dans la prévention.
- L'envoi d'un courrier en systématique aux adolescentes (34,1 %). Comme dans le cadre du dépistage organisé pour le cancer colorectal ou pour le cancer du sein, les adolescentes recevraient au domicile un courrier les informant de cette consultation. Cette méthode semble malgré tout un peu moins intéressante car le courrier passerait souvent par l'intermédiaire des parents.
- Diffuser l'information à l'aide d'affiches et de messages chocs paraissait intéressante, bien que moins choisie que les 2 propositions précédentes (16,4 %).

Nous avons trouvé une brochure adressée aux mineures réalisée par l'assurance maladie « la contraception gratuite et protégée par le secret pour les mineures » (51) mais nous n'avons pas trouvé d'affiches ni de brochures concernant la cotation CCP.

Il pourrait être intéressant de créer une affiche sur ce sujet et de recueillir l'avis des adolescentes afin de l'améliorer. Cette affiche pourrait être exposée chez les médecins et dans les lieux publics (collèges, lycées ...).

- Il pourrait être intéressant aussi de diffuser l'information par l'intermédiaire des réseaux sociaux (abordé par un médecin en commentaire libre) ou sur les sites d'information traitant de la contraception et des IST.

4.6.3.2 Informer les médecins

Les modalités d'application de la cotation n'étaient pas parfaitement connues. Entre 81 et 88 % des médecins connaissant la cotation savaient qu'elle était prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, qu'il était possible de réaliser un tiers-payant intégral, qu'elle était applicable une seule fois et que le tarif était de 46 euros.

Un peu moins de médecins (73 %) savaient que la tranche d'âge d'applicabilité était entre 15 et 18 ans. Et à peine plus de la moitié (55 %) savaient qu'il était possible de réaliser une anonymisation.

Le frein « le manque de connaissance du médecin sur les modalités d'application » était le 4^{ème} frein choisi par les médecins (27,9 %).

Ce frein avait été mis en évidence dans la thèse quantitative interrogeant les médecins sur les freins à la cotation des actes (49), dans laquelle il avait été choisi par 60,9 % des médecins.

Ce frein est très marquant car il semble difficile d'utiliser la cotation si les médecins eux-mêmes n'en connaissent pas toutes les modalités.

Dans notre étude les médecins ayant déjà coté avaient une meilleure connaissance des modalités d'application que ceux ne l'ayant jamais coté.

Améliorer la connaissance de ces modalités et en améliorer la compréhension entraînerait une augmentation du nombre de cotation, de tiers-payant intégral et d'anonymisation.

Ainsi, l'accès à la consultation sur la santé sexuelle serait facilité pour les adolescentes. D'autant plus qu'une thèse interrogeant les adolescentes (22) montrait que « l'avance des frais et l'utilisation de la carte vitale » pouvait être un frein pour les adolescentes. Parmi les adolescentes ayant consulté au CPEF, 42,9 % y sont allées pour la gratuité et 33,3 % pour l'anonymat (22).

Pour pallier à cela, il serait intéressant de créer des fiches récapitulatives sur ces modalités ainsi que des fiches informatives simples et claires sur la réalisation.

4.6.4 Formation pour les médecins sur l'abord de la santé sexuelle

Le frein « le manque de formation des médecins à l'abord de la santé sexuelle » a été peu choisi (4,9 %). Les médecins qui avaient déjà utilisé la cotation avaient significativement plus choisi ce frein.

Ce résultat était contradictoire avec la thèse qualitative interrogeant les médecins généralistes sur leur opinion sur la CCP (32), dans laquelle « la majorité des médecins, essentiellement les hommes, souhaitait une formation à l'abord de la santé sexuelle chez les adolescentes ». De plus, dans une revue de la littérature portant sur le rôle et la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité des adolescents à l'international (52), les médecins souhaitaient une meilleure formation sur l'abord de la santé sexuelle et sur la communication avec les adolescents.

La perspective d'amélioration « mise en place d'une formation obligatoire au cours de l'internat sur la santé sexuelle chez l'adolescent » avait été choisie seulement par 10,6 % des médecins.

Un des objectifs de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (53), à l'horizon 2030, était de « revoir la formation des professionnels de santé dans une approche globale de santé sexuelle :

- Intégrer la thématique de la santé sexuelle dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études des professionnels de santé
- Élaborer des maquettes de formation en santé sexuelle pour la formation initiale des médecins, des pharmaciens, des sages-femmes et des infirmiers
- Développer l'offre de formation continue dans le champ de la santé sexuelle, des techniques de communication relative à la sexualité, sur la plateforme de l'agence nationale du développement continu des professionnels de santé
- Ouvrir les CeGIDD comme terrains de stage aux médecins, infirmiers, sages-femmes, CCF, à l'instar des CPEF, des services de PMI et centres d'orthogénie ;
- Former les professionnels de premier recours (dont les professionnels des urgences) sur les problèmes sexuels et mentaux des populations clés cumulant les risques
- Promouvoir les outils pédagogiques novateurs en matière de protection des victimes de violences. »

À l'heure actuelle, des diplômes universitaires et des formations dans le cadre du développement professionnel continu sont disponibles en France pour se former à l'abord de la santé sexuelle.

4.6.5 Facilité la réalisation informatique de la cotation

Le frein « la complexité du codage » a été choisi par 17,3 % des médecins. Dans l'étude quantitative interrogeant des médecins sur les freins à la cotation des actes, il était le frein le plus choisi par les médecins (49).

Dans notre étude, chez les médecins ayant choisi ce frein, ceux ayant déjà utilisé la cotation étaient significativement moins représentés. De plus, ils avaient une moins bonne connaissance des modalités d'application.

Dans notre étude, la majorité des médecins (83,7 %) trouvait la réalisation informatique de la cotation « très facile » ou « facile ». Les médecins ayant déjà utilisé le tiers-payant intégral trouvaient significativement plus facile la réalisation de la cotation que les médecins ne l'ayant jamais utilisé. Au contraire, les médecins ayant déjà utilisé l'anonymisation, trouvaient la réalisation de la cotation significativement plus difficile que les médecins ne l'ayant jamais réalisé.

L'anonymat est relativement compliqué à réaliser. Les médecins doivent réaliser une feuille de soins électronique sans carte vitale ou une feuille de soins papier (facturation dégradée) en utilisant un NIR anonyme et ce NIR anonyme est différent en fonction du lieu d'exercice.

La réponse à cette question minimise probablement le niveau de difficulté de réalisation de la cotation. La moitié des médecins ne sachant pas qu'il est possible de réaliser une anonymisation, ils n'ont pas essayé de le faire et n'ont donc pas trouvé la réalisation difficile.

Des syndicats de médecins généralistes ont réalisé des plaquettes récapitulatives sur la cotation des actes : MG France (54) et la Fédération Française des Médecins (55). Mais, ces plaquettes ne traitent pas du tiers-payant intégral ni de l'anonymisation. De plus, une aide à la facturation de l'ensemble du parcours de soins des mineurs d'au moins 15 ans avait été réalisée par l'assurance maladie (30) mais cette fiche ne traite pas de la cotation CCP.

Il serait intéressant qu'une fiche récapitulative simplifiée et synthétique soit réalisée et fournie à l'ensemble des médecins.

4.6.6 Création d'un support annexe à donner en fin de consultation aux adolescentes

Cette perspective n'a été choisie que par 12,3 % des médecins de notre étude.

Dans l'étude qualitative interrogeant les adolescentes (25), la majorité des adolescentes « avait souligné l'intérêt des supports annexes pour plusieurs raisons. La principale était l'oubli fréquent d'information. Elles ont pu constater que les informations données surtout lorsqu'elles sont abondantes étaient pour une partie oubliées ». De plus, dans une étude quantitative interrogeant les adolescentes sur leurs attentes (42), 76,5 % d'entre elles étaient tout à fait d'accord avec le fait de remettre un support écrit en fin de consultation.

4.6.7 D'autres freins mis en évidence

➤ L'oubli de réaliser la cotation

Choisi par 46,3 % des médecins, il a été le 2^{ème} frein le plus choisi. Nous avons pu constater que la moyenne d'âge des médecins ayant choisi ce frein était plus élevée, les médecins ayant déjà utilisé la cotation étaient significativement moins représentés et les médecins avaient une moins bonne connaissance des modalités d'application.

Nos résultats sont concordants avec les résultats de la thèse sur les freins à la cotation des actes (49), dans laquelle le frein « l'oubli de coter » était le 3^{ème} plus choisi (57,6 %).

Informar les médecins sur la cotation et ses modalités, leur envoyer des rappels soit par l'intermédiaire de leur logiciel, soit par courrier postal permettrait probablement de développer la réalisation de cette consultation.

➤ Les motifs de consultation multiples

Choisi par 34 % des médecins, ce frein apparaissait en 3^{ème} position.

Dans l'étude qualitative réalisée au préalable interrogeant les médecins généralistes (32) : « pour beaucoup, une consultation dédiée à distance était peu adaptée. Ils considéraient que la prescription de contraception était une semi-urgence ».

Le médecin généraliste est souvent confronté à des motifs de consultation multiples ce qui rend la possibilité de réaliser une consultation dédiée limitée. Dans le cas d'une demande de

contraception, il pourrait être intéressant de prescrire la contraception à l'adolescente et de la revoir afin pouvoir faire une consultation de prévention dédiée.

➤ Le manque de temps

Ce frein a été choisi par 12,6 % des médecins de l'étude.

Les caractéristiques associées au fait de choisir ce frein étaient les suivantes : les médecins avaient une moyenne d'âge plus élevée, les hommes étaient plus représentés, ils abordaient moins la contraception dans leur pratique courante et les médecins ayant déjà utilisé la cotation étaient moins représentés.

Il est difficile d'interpréter ce résultat car il existe deux possibilités. La première serait que les médecins ayant choisi ce frein ont un manque de temps et ne font donc pas de consultation de prévention sur ce sujet. La deuxième possibilité serait que les médecins font des consultations de contraception et de prévention mais ne la cote pas car les démarches administratives leur feraient perdre du temps.

➤ La gêne de coter sur le sujet de la santé sexuelle

Ce frein a été peu choisi, par 4,5 % des médecins. Les médecins ayant déjà utilisé la cotation étaient significativement moins représentés dans ce groupe et les médecins ayant choisi ce frein avaient une moins bonne connaissance des modalités d'application que le reste de la population. En améliorant l'information donnée aux adolescentes sur cette consultation et aux médecins sur les modalités d'application, la fréquence de ce frein pourrait être encore diminuée.

➤ La multiplicité des cotations et le souhait de revalorisation de l'acte de base

Dans l'analyse des commentaires libres, certains médecins évoquaient la multiplicité des cotations qui en rendait la réalisation complexe. Certains souhaitaient la majoration du tarif de la cotation de base G(S) plutôt que la création de multiples cotations.

Ceci avait aussi été mis en évidence dans la thèse qualitative réalisée en amont où « certains pensaient qu'une augmentation du tarif de la consultation en général serait plus adaptée. Cela aurait plus d'impact sur la prévention » (32) ainsi que dans la thèse quantitative sur les freins à la cotation des actes (49), dans laquelle, « les médecins ont mentionné à plusieurs reprises le souhait d'un acte unique et revalorisé financièrement ».

5 CONCLUSION

Les médecins généralistes ont une place centrale dans la prise en charge des adolescents et jouent un rôle important de prévention. Ils réalisent de nombreuses consultations de contraception et de prévention mais la cotation CCP reste peu utilisée.

Dans notre étude, 95 % des répondants abordaient la contraception et la prévention dans leur pratique courante, 3/4 connaissaient la cotation CCP et seulement la moitié l'avait déjà utilisée. Les caractéristiques associées au fait de connaître ou d'avoir déjà utilisé la cotation étaient les suivantes : être une femme, exercer en groupe, exercer en milieu semi-rural et être maître de stage. De plus, la moyenne d'âge de ces médecins était significativement moins élevée en comparaison au reste de la population de l'étude.

Concernant l'utilisation de la cotation, alors que la majorité des médecins avait déjà utilisé le tiers-payant intégral (85,6 %), seulement 13,9 % avaient déjà réalisé une anonymisation. Ceci peut être expliqué par la difficulté de réalisation de l'anonymisation mais aussi par un manque de connaissance des médecins sur les modalités d'application de la cotation. Les médecins ayant déjà utilisé la cotation, réalisé un tiers-payant intégral ou réalisé une anonymisation, avaient une meilleure connaissance des modalités d'application de la cotation que le reste de la population.

Notre thèse quantitative réalisée sur la France entière environ un an et demi après la thèse qualitative de M. Hakopian (32), rejoint et confirme les principaux freins mis en évidence par les 16 médecins qu'elle avait interrogés dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Les principaux freins étaient la tranche d'âge limitée, l'oubli, les motifs de consultation multiples, le manque de connaissance du médecin sur les modalités d'application et le fait de proposer la cotation uniquement aux filles.

C'est pourquoi, il serait intéressant de développer cette cotation en élargissant la tranche d'âge et en permettant aux garçons d'y avoir accès aussi.

Nous avons pu constater qu'au cours de cette consultation, les médecins abordent de nombreux sujets concernant la santé sexuelle mais aussi des thèmes de prévention plus globaux. Une cotation « consultation de prévention globale de l'adolescent » pourrait être mise en place, au

cours de laquelle les médecins pourraient discuter avec l'adolescent de plusieurs thèmes de prévention en s'adaptant au besoin du patient.

Il semble indispensable de développer les moyens de communication en informant les jeunes (par l'intermédiaire des collèges et lycées, d'un courrier systématique, d'affiches...) et les médecins ainsi que d'en faciliter la réalisation sur le plan informatique.

L'application de toutes ces propositions permettrait de faciliter l'accès aux consultations de prévention, de multiplier les consultations et ainsi de promouvoir la santé sexuelle.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents [En ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
2. Université Médicale Virtuelle Francophone. Puberté normale et pathologique [Internet]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/puberte_normale/site/html/1.html
3. Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle [Internet]. Disponible sur : https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
4. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception.
5. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Avril 2013.
6. Annick Vilain, avec la collaboration de Sylvie Rey (DREES). 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017, Études et Résultats, n°1081, Drees, septembre 2018. [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
7. Santé publique France. Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
8. Santé publique France. Infections à papillomavirus [Internet]. [Mis à jour le 17 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus/la-maladie/>
9. Shield KD, Marant Micallef C, de Martel C, Heard I, Megraud F, Plummer M, et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to infectious agents: a systematic review and meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2018;33(3):263-74.
10. Santé publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. [Mis à jour le 16 septembre 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
11. Santé publique France. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge [Internet]. [Mis à jour le 20 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-d-age>
12. National HPV Vaccination Program Register. Coverage data [Internet]. Disponible sur : <http://www.hpvregister.org.au/research/coverage-data>

13. Bouladour J. Revue systématique de la littérature sur la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des adolescents en France. [Thèse] Caen : Université de Caen Normandie. UFR Santé ; 2018.
14. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
15. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Rapport n°2016-06-13-SAN-021 publié le 13 juin 2016 [Internet]. Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf
16. Aubin C, Branchu C, Vieillerivière J-L, Sitruk P. Inspection générale des affaires sociales. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan. France ; juin 2011.
17. Beck F, Richard J-B. dir. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p
18. Vergne C. Les adolescents : prévention en cabinet de médecine générale [Thèse] Montpellier : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2017.
19. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guérin M-H, 5 Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer 2014;114:148-57.
20. Fortoul L, Escande J, Latrous L. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents. [Thèse] Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2017.
21. Chastel M. Évaluation des connaissances et des représentations des adolescentes dans le domaine de la sexualité et de la contraception. [Thèse] Marseille : Faculté de Médecine de Marseille ; 2017.
22. Gnechi Forgues A. La place du médecin généraliste dans la première prescription de contraception : point de vue des adolescentes et de leur mère. [Thèse] Toulouse : Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2012.
23. Labudova J. Les adolescents et la contraception : leurs connaissances et la place du médecin généraliste dans l'information et la prévention : enquête auprès de 172 adolescents du bassin aurillacois. [Thèse] Clermont-Ferrand : Université de Clermont I ; 2014.

24. Courtois M. Attentes des adolescents concernant l'abord de la sexualité avec leur médecin généraliste. [Thèse] Lyon : Université Claude Bernard ; 2012.
25. Baussart L. Attentes des jeunes filles concernant la Consultation Contraception et Prévention (CCP). [Thèse] Dijon : Université de Bourgogne ; 2019.
26. Chabot D. Vie affective sexuelle des adolescents : leurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste. Enquête qualitative auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième dans la Marne en 2013. [Thèse] Reims : Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2014.
27. Assurance Maladie. La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie : synthèse [Internet]. Disponible sur : https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf
28. Assurance Maladie. Forfait patientèle médecin traitant [Internet]. [28 novembre 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>
29. Syndicat MG France. La consultation CCP, Consultation de Contraception et Prévention [Internet]. [Création : 23 Octobre 2017]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1756-la-consultation-ccp-consultation-de-contraception-et-prevention>
30. Assurance Maladie. Contraception des mineures d'au moins 15 ans : aide à la facturation [Internet]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5375/document/contraception-mineures-aide-facturation_assurance-maladie.pdf
31. Paille S. Comment les médecins généralistes des Hauts-de-France abordent la santé sexuelle avec les adolescentes avant l'instauration de la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention » ? [Thèse] Lille : Université de Lille ; 2018.
32. Hakopian M. Opinion des médecins généralistes des Hauts-de-France sur la mise en place de la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention ». [Thèse] Lille : Université de Lille ; 2018.
33. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Janvier 2015, mise à jour juillet 2019.
34. Rahoui M. Prévention chez l'adolescent : contraception, infections sexuellement transmissibles, puberté, relations sociales : une revue de la littérature. [Thèse] Montpellier : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2015.
35. Magat E. La vaccination des adolescents : une revue de la littérature [Thèse]. Montpellier : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2015.

36. Malosse S. Prévention chez les adolescents : Troubles du sommeil, Addictions, Conduites à risque, Troubles mentaux Une revue de la Littérature. [Thèse] Montpellier : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2016.
37. Guigout C. Prévention de l'obésité chez l'adolescent : une revue de la littérature. [Thèse] Montpellier : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2018.
38. Guerin C. Dépistage et prévention en soins primaires des troubles orthopédiques chez l'adolescent et l'adulte jeune : une revue de la littérature. [Thèse] Montpellier : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2019.
39. DRESS. La démographie des médecins (RPPS) - TABLEAU 1. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792>
40. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018 [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
41. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges en 2020 : effectifs [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
42. Socchi P. Les attentes des adolescentes vis-à-vis de leur première consultation gynécologique de contraception. [Mémoire] Lyon : Université Claude Bernard. Ecole de sages-femmes ; 2016.
43. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : contraception. 2018 [Internet]. Disponible sur : <https://ansfl.org/document/cngof-2018-contraception/>
44. Cressant E. Les infections sexuellement transmissibles : connaissances, comportements sexuels, attitudes de prévention et leurs obstacles, des jeunes haut-normands consultant en médecine générale. [Thèse] Rouen : Université de Rouen ; 2017.
45. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Archives de Pédiatrie. Volume 20, Issue 8, August 2013, Pages 845-85
46. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019 [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf
47. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, Cromer S, Dupuis J. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>

48. Ehlinger V, Maillochon F, Godeau E. La santé des collégiens en France / 2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité.
49. Poissonnet C. Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des Pays de la Loire. [Thèse] Nantes : Université de Nantes ; 2017.
50. Mortain V. Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste ? : étude réalisée auprès d'adolescents de classes de quatrième, seconde et terminale au sein d'établissements publics des Yvelines. [Thèse] Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2013.
51. Assurance Maladie. La contraception gratuite et protégée par le secret pour les mineures [Internet]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4029/document/contraception-gratuite-mineures_assurance-maladie.pdf
52. Rallu A-L. Revue systématique narrative de la littérature portant sur la place et le rôle du médecin généraliste dans l'éducation à la santé sexuelle des adolescents à l'international. [Thèse] Caen : Université de Caen Normandie ; 2018.
53. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030 [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
54. Syndicat MG France. Cotation pratique du spécialiste en médecine générale [l'antisèche]. France métropolitaine, secteur 1, 1^{er} janvier 2018 [Internet]. Disponible sur : https://www.mgfrance.org/images/nomenclature/2018/plaquette_metropole_juillet18.pdf
55. Syndicat FMF. Actes utiles en médecine générale. Convention 2016. [Internet]. [Mise à jour novembre 2019]. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/Actes_CCAM_courants_generaliste_2_pages.pdf

7 ANNEXES

7.1 Annexe I : Questionnaire

Questionnaire de thèse sur la cotation consultation de contraception et de prévention (CCP)

Je m'appelle Amélie FEVRE, je suis interne en médecine générale à l'université de Montpellier. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à l'utilisation de la cotation "consultation de contraception et de prévention" mise en place par l'assurance maladie depuis Novembre 2017. Ce questionnaire est adressé aux médecins généralistes thésés et installés en France. L'objectif est d'analyser les modalités d'utilisation de la cotation par les médecins généralistes. Ce questionnaire se remplit en environ 5 minutes. Les résultats sont anonymisés et l'analyse des données portera uniquement sur des moyennes et non sur des résultats individuels. Votre participation permettrait de mieux comprendre l'utilisation de cette cotation dans le but de favoriser la santé sexuelle des adolescents.

En vous remerciant par avance de votre participation.
Cordialement,
FEVRE Amélie

*Obligatoire

Votre situation personnelle

1. **Vous êtes *** *Une seule réponse possible.*

- Un homme
 Une femme

2. **Quel âge avez-vous ? ***

3. **Vous exercez *** *Une seule réponse possible.*

- Seul(e)
 Dans un cabinet de groupe

4. **Vous exercez en milieu *** *Une seule réponse possible.*

- Rural
 Semi-rural
 Urbain

5. **Combien d'actes réalisez-vous en moyenne par jour ?** * *Une seule réponse possible.*

- Moins de 15
- Entre 15 et 20
- Entre 20 et 30
- Plus de 30

6. **Recevez-vous un étudiant (externe ou interne) dans votre cabinet ?** * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

7. **Abordez-vous la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles avec les adolescentes dans votre pratique courante ?** * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passez à la question 11.*

Vous abordez la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles dans votre pratique courante.

8. **À quelle fréquence abordez-vous les thèmes suivants au cours de cette consultation ?** * *Une seule réponse possible par ligne.*

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Contraception mécanique par préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraception orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre contraceptions (DIU, implant, anneau vaginal...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraception d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccination anti-HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiologie du cycle/anatomie/puberté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **Abordez-vous d'autres thèmes au cours de cette consultation ?** * *Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 10.*
- Non *Passez à la question*

Vous abordez d'autres thèmes au cours de cette consultation.

10. **Quels autres thèmes abordez-vous au cours de cette consultation ?** * *Plusieurs réponses possibles.*

- Toxiques, addiction, prise de risque
- Humeur, sommeil, santé mentale
- Nutrition, troubles des conduites alimentaires
- Vaccination (autres que anti-HPV)
- Sport, orthopédie
- Relations, famille, amis, scolarité
- Autre : _____

Cotation CCP

11. **Connaissez-vous la cotation "consultation de contraception et de prévention" (CCP) ?** * *Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 13.*
- Non *Passez à la question 12.*

Vous ne connaissez pas la cotation.

L'assurance maladie a mis en place une consultation de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles pour les adolescentes de 15 à 18 ans.

Il s'agit d'une cotation applicable depuis novembre 2017, au cours de la première consultation de contraception et de prévention des IST. Elle est adressée aux adolescentes de 15 à 18 ans. Elle est anonymisable à la demande de la patiente et le tarif est de 46 euros avec possibilité de tiers payant intégral, car prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

12. **Maintenant que vous avez eu connaissance de l'existence de cette cotation, pensez-vous l'utiliser ?** * *Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à "Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire."*
- Non *Passez à "Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire."*

Vous connaissez la cotation.

13. **Comment avez-vous eu connaissance de cette cotation ?** * *Une seule réponse possible.*

- Par l'assurance maladie, par l'intermédiaire d'une note écrite
- Par l'assurance maladie, par l'intermédiaire d'un représentant
- Par un confrère / une consœur
- Par une revue médicale
- Je ne sais plus

14. **Concernant les modalités d'application de cette cotation, laquelle ou lesquelles de ces propositions est / sont vraie(s) ?** * *Plusieurs réponses possibles.*

- Elle est anonymisable
- Elle est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie
- Il est possible de réaliser un tiers payant intégral
- Elle est applicable uniquement pour les jeunes filles de 15 à 18 ans
- Elle est applicable une seule fois par patiente
- Le tarif est de 46 euros

15. **Avez-vous déjà utilisé cette cotation ?** * *Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 16.*
- Non *Passez à la question 24.*

Vous avez déjà utilisé cette cotation.

Il s'agit d'une cotation applicable depuis novembre 2017, au cours de la première consultation de contraception et de prévention des IST pour les adolescentes âgées de 15 à 18 ans. Elle est anonymisable à la demande de la patiente et le tarif est de 46 euros avec possibilité de tiers payant intégral, car prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

16. **Sur cette échelle de difficulté, comment avez-vous trouvé la réalisation de la cotation sur le plan informatique ?** * *Une seule réponse possible par ligne.*

	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
Vous avez trouvé cela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. **À quelle fréquence utilisez-vous cette cotation ?** * *Une seule réponse possible.*

- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Une fois tous les 2-3 mois
- Une fois tous les 6 mois
- Une fois par an
- Moins d'une fois par an

18. **Avez-vous déjà utilisé le tiers-payant intégral ?** * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

19. **Avez-vous déjà réalisé une anonymisation ?** * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

20. **Trouvez-vous que la rémunération (46 euros) est adaptée ?** * *Une seule réponse possible.*

- Oui
 Non

21. **La mise en place de cette cotation a changé votre pratique. Êtes-vous d'accord avec cette proposition ?** * *Une seule réponse possible.*

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

22. **Comment proposez-vous cette consultation aux adolescentes ?** * *Plusieurs réponses possibles.*

- Proposition systématique
 À la demande de l'adolescente
 Lors de consultation pour problèmes gynécologiques
 Lors de l'abord de la vaccination anti-HPV
 Lors d'une consultation pour un autre motif
 Autre : _____

23. **A quelle fréquence utilisez-vous cette cotation au cours d'une consultation dédiée (c'est-à-dire consacrée uniquement au sujet de la santé sexuelle) ?** * *Une seule réponse possible par ligne.*

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Je l'utilise au cours d'une consultation dédiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À propos des freins et des perspectives d'amélioration de cette cotation.

24. **Quels sont selon vous les principaux freins à l'utilisation de cette cotation ? Cocher 1 à 3 propositions au maximum.** * *Plusieurs réponses possibles.*

- Le manque de connaissance du médecin sur les modalités d'application
 Le manque de temps du médecin
 La complexité du codage
 Le manque de formation des médecins à l'abord de la santé sexuelle
 Le manque d'information des adolescentes
 La gêne de coter sur le sujet de la santé sexuelle
 La tranche d'âge limitée de la cotation
 Proposer la cotation uniquement aux filles
 Les motifs de consultation multiples
 L'oubli de réaliser la cotation
 Je ne fais pas de consultation de contraception et de prévention dans ma pratique courante
 Autre : _____

25. **Quelles sont selon vous les perspectives d'amélioration les plus intéressantes ? Cocher 1 à 3 propositions au maximum. * Plusieurs réponses possibles.**

- Améliorer l'information à l'aide d'affiches et de messages chocs
- Envoi d'un courrier en systématique aux adolescentes
- Parler de cette consultation en milieu scolaire
- Mise en place d'une formation obligatoire au cours de l'internat sur l'abord de la santé sexuelle chez l'adolescent
- Faciliter la saisie informatique de cette cotation
- Élargir la tranche d'âge
- Élargir la cotation aux garçons
- Création d'un support annexe à donner aux adolescentes
- Création d'une consultation de prévention globale de l'adolescent
- Autre : _____

26. **Quelle serait selon vous la tranche d'âge la plus adaptée à la réalisation de cette cotation? Si vous pensez qu'il ne faut pas de tranche d'âge, inscrivez le chiffre zéro. ***

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Fourni par



7.2 Annexe II : Caractéristiques des médecins associées au fait de connaître la cotation CCP (effectif total = 1138)

		Oui (n=859) n (%) ^b	Non (n=279) n (%) ^b	P-value
Âge (années), moyenne (SD)		46,9 (11,3)	54,7 (10,6)	< 0,001
Sexe	Femme	606 (71)	118 (42)	< 0,001
Mode d'exercice	En groupe	664 (77)	173 (62)	< 0,001
Milieu d'exercice	Rural	117 (14)	41 (15)	
	Semi-rural	336 (39)	81 (29)	
	Urbain	406 (47)	157 (56)	0,008
Nombre d'actes par jour	<15	28 (3)	18 (6)	
	15-20	192 (22)	74 (27)	
	20-30	467 (55)	123 (44)	
	>30	172 (20)	64 (23)	0,007
Maître de stage	Oui	372 (43)	85 (30)	< 0,001
Aborder la contraception ^a	Oui	837 (97)	244 (87)	< 0,001

^a Variable : aborder la contraception et la prévention dans la pratique courante

^b Pourcentages calculés par rapport à l'effectif par sous-groupes (n/effectif du sous-groupe)

7.3 Annexe III : Caractéristiques des médecins associées au fait d'utiliser la cotation CCP, dans le groupe de médecins connaissant la cotation (effectif total = 859)

		Oui (n=582) n (%) ^b	Non (n=277) n (%) ^b	P-value
Âge (années), moyenne (SD)		45,5 (10,7)	49,8 (11,8)	<0,001
Sexe	Femme	440 (76)	166 (60)	<0,001
Mode d'exercice	En groupe	469 (81)	195 (70)	<0,001
Milieu d'exercice	Rural	71 (12)	46 (17)	
	Semi-rural	259 (45)	77 (28)	
	Urbain	252 (43)	154 (55)	<0,001
Nombre d'actes par jour	<15	14 (2)	14 (5)	
	15-20	123 (21)	69 (25)	
	20-30	332 (57)	135 (49)	
	>30	113 (19)	59 (21)	0,04
Maître de stage	Oui	274 (47)	98 (35)	0,01
Aborder la contraception ^a	Oui	837 (97)	244 (87)	< 0,001

^a Variable : aborder la contraception et la prévention dans la pratique courante

^b Pourcentages calculés par rapport à l'effectif par sous-groupes (n/effectif du sous-groupe)

7.4 Annexe IV : Répartition des médecins en fonction de la fréquence de l'abord des thèmes proposés au cours de la consultation

	Toujours (%)	Souvent (%)	Rarement (%)	Jamais (%)
Contraception mécanique par préservatif	60,6	31,5	7,6	0,3
Contraception orale	59,8	39,1	1,1	0,0
Autres contraception (DIU, Implant, anneau vaginal ...)	41,5	41,4	16,7	0,4
Contraception d'urgence	40,1	37,1	21,5	1,3
Infections sexuellement transmissibles	60,5	36,3	3,2	0,0
Vaccination anti-HPV	44,6	43,4	11,5	0,6
Physiologie du cycle/anatomie/puberté	16,3	44,2	34,0	5,5

7.5 Annexe V : Commentaires libres - « Quels autres thèmes abordez-vous au cours de cette consultation ? »

Violence	« Violences » x20, « Violences sexuelles » x2, « Dépistage violence/traumatisme », « Antécédent de violences ? », « Dépistage et prévention violences faites aux femmes », « Violence conjugale », « Prévention agressions sexuelles », « Prévention des violences », « Maltraitance possible et attouchements sexuels », « Réaction à adopter en cas de violences sexuelles ou violences tout court »
Consentement	« Consentement » x16, « Le droit de dire non », « Ce que l'on peut accepter ou non », « Son droit à dire non et à refuser les pratiques qu'elle ne souhaite pas »
Respect	« Respect » x2, « Respect de soi » x3, « Respect de son corps » x3, « Leur intégrité » x2, « Faire respecter son intimité », « Respect du corps de la femme », « Amour et respect de soi dans la sexualité », « L'image de soi », « Respect par le partenaire », « Respect de l'autre » x2
Sexualité	« Sexualité » x 22, « Comportement dans le domaine de la sexualité », « Première relation sexuelle, ressenti, attentes », « Les premiers rapports sexuels », « Leur histoire dans la vie sexuelle », « Sexualité et "normalité" », « Je leur parle de sexualité, la "norme" et "internet" », « Vécu ou représentation de la sexualité », « Expérience difficile lors de sa sexualité », « Libido » x2, « Désir », « Plaisir sexuel », « Santé sexuelle » x2, « Dyspareunie », « Vaginisme »
Risque cardio-vasculaire Tabac Antécédents	« Risque cardio-vasculaire » x8, « Facteurs de risque cardiovasculaires » x2, « Tabac » x6, « Nocivité du tabac aggravée par contraception », « Dyslipidémie », « Thrombose veineuse », « Phlébite, trouble de coagulation », « Céphalées », « Acné », « Antécédent personnel » x2, « Antécédents familiaux » x8
Suivi gynécologique FCV	« Frottis cervico-vaginal » x14, « Suivi gynécologique » x6, « Examen gynécologique » x5, « Bilan biologique » x4, « « Auto-examen » x 2
Cycles menstruels	« Description des cycles », « Cycle menstruel », « Règles douloureuses », « Les règles : régularité, douleurs ... », « Règles : sont-elles douloureuses ou trop abondantes ? »
Variabilité en fonction de l'adolescente	« Cela dépend de la demande et du profil de la patiente », « En fait c'est selon le cours de la consultation », « Selon les questions », « En fonction de la situation », « Souvent il ne s'agit pas d'un motif poussé par le patient, il faut également traiter sa demande », « Selon les questions que se pose la patiente (sexualité, risques divers) », « En fonction de l'orientation donnée par la consultation », « Dépend du motif de consultation », « Tout ça et d'autres choses si le temps et les circonstances le permettent : il est rare que le sujet soit le motif de consultation », « Cela dépend de ta tournure que prend cette consultation, de ce que je sais de la patiente ou que j'aimerais savoir pour lui proposer des conseils médicaux »
Relation Homme-Femme	« Implication du partenaire », « Relation garçon fille (prise en charge équitable de la contraception !) », « Respect dans le couple, partage de la charge mentale de la contraception », « Rapport homme femme »
Contraception	« Oubli de pilule » x7, « Suivi de contraception », « Motif de la contraception (acné, règles douloureuses, irrégulières, abondantes, contraception) », « Risques des contraceptifs », « Contre-indications aux COP », « Historique de la contraception », « Règle des 7 jours COP »

Ressources	« Ressources possibles en cas de problèmes : numéro vert, fil santé jeune, MDA », « Info sur le site j'ai oublié ma pilule », « Centre de planning familial »
Autres	« Grossesse » x2, « Maternité », « IVG » x2, « Hygiène » x3, « Stérilité, Fertilité », « Importance du préservatif et différence entre contraception et prévention d'IST », « Pornographie, prostitution », « Perturbateurs endocriniens », « Utilisation de tampon, serviette, cup », « Les fakes news d'internet, la désinformation », « Précautions à prendre avant d'ôter le préservatif », « Interaction médicamenteuse, interprétation des résultats sérologiques », « sextape », « Avenir » x2, « Bien être, Épanouissement personnel », « Infections urinaires et vaginales », « Prévention autre », « Je suis sexologue et médecin du sport », « Le monde adulte », « Combat féministe », « Affectif »

7.6 Annexe VI : Caractéristiques des médecins associées au fait d'avoir déjà utilisé le tiers-payant intégral (n=582)

		Oui (n=498) n (%) ^a	Non (n=84) n (%) ^a	P-value
Âge (années), moyenne (SD)		44,9 (10,8)	48,7 (10)	0,001
Sexe	Femme	409 (75)	66 (79)	0,49
Mode d'exercice	En groupe	409 (82)	60 (71)	0,002
Milieu d'exercice	Rural	61 (12)	10 (12)	0,92
	Semi-rural	220 (44)	39 (46)	
	Urbain	217 (44)	35 (42)	
Nombre d'actes par jour	<15	10 (2)	4 (5)	0,46
	15-20	106 (21)	17 (20)	
	20-30	286 (57)	46 (55)	
	>30	96 (19)	17 (20)	
Maître de stage	Oui	23 (48)	37 (44)	0,54
Connaissance des modalités, médiane (EI)		5 (1)	4 (2)	<0,001
Niveau de difficulté	Très facile	219 (44)	26 (31)	0,01
	Facile	206 (41)	37 (44)	
	Difficile	65 (13)	16 (19)	
	Très difficile	8 (2)	5 (6)	
Fréquence d'utilisation	< /2-3 mois ^b	139 (28)	18 (21)	0,35
	Tous les 2-3mois ^b	175 (35)	29 (35)	
	< /2-3 mois ^b	184 (37)	37(44)	
Avoir déjà réalisé une anonymisation	Oui	80 (16)	1 (1)	< 0,001
Trouver que la rémunération est adaptée	Oui	460 (92)	70 (85)	0,01

^a Pourcentages calculés par rapport à l'effectif par sous-groupes (n/effectif du sous-groupe)

^b Moins fréquent que tous les 2-3 mois, une fois tous les 2-3 mois et plus fréquent que tous les 2-3 mois

7.7 Annexe VII : Caractéristiques des médecins associées au fait d'avoir déjà réalisé une anonymisation (n=582)

		Oui (n=81) n (%) ^a	Non (n=501) n (%) ^a	P-value
Âge (années), moyenne (SD)		45,5 (10,8)	45,7 (10,5)	0,82
Sexe	Femme	57 (70)	383 (76)	0,23
Mode d'exercice	En groupe	70 (86)	399 (80)	0,15
Milieu d'exercice,	Rural	10 (12)	61 (12)	0,2
	Semi-rural	29 (36)	230 (46)	
	Urbain	42 (52)	210 (42)	
Nombre d'actes par jour	<15	2 (2)	12 (2)	0,81
	15-20	20 (25)	103 (21)	
	20-30	45 (56)	287 (57)	
	>30	14 (17)	99 (20)	
Maître de stage	Oui	42 (52)	232 (46)	0,35
Connaissance des modalités, médiane (EI)		6 (0)	5 (2)	<0,001
Niveau de difficulté	Très facile	28 (35)	217 (43)	0,01
	Facile	30 (37)	213 (43)	
	Difficile	20 (25)	61 (12)	
	Très difficile	3 (3)	10 (2)	
Fréquence d'utilisation	> /2-3 mois ^b	23 (28)	134 (27)	0,64
	Tous les 2-3 mois ^b	31 (38)	173 (34)	
	< /2-3 mois ^b	27 (34)	194 (39)	
Avoir déjà utilisé le TPI ^c	Oui	80 (99)	418 (83)	< 0,001
Trouver que la rémunération est adaptée	Oui	69 (85)	462 (92)	0,03

^a Pourcentages calculés par rapport à l'effectif par sous-groupes (n/effectif du sous-groupe)

^b Plus fréquent que tous les 2-3 mois, une fois tous les 2-3 mois et moins fréquent que tous les 2-3 mois

^c TPI : tiers-payant intégral

7.8 Annexe VIII : Caractéristiques des médecins associées au fait de trouver la réalisation informatique de la cotation « facile » ou « difficile » (n=582)

		Facile (n=488) n (%) ^a	Difficile (n=94) n (%) ^a	P-value
Âge (années), moyenne (SD)		45,5 (10,8)	45,7 (10,6)	0,87
Sexe	Femme	370 (75,8)	70 (74,5)	0,78
Mode d'exercice	En groupe	392 (80,3)	77 (81,9)	0,72
Milieu d'exercice	Rural	59 (12,1)	12 (12,8)	0,19
	Semi-rural	225 (46,1)	34 (36,2)	
	Urbain	204 (41,8)	48 (51,1)	
Nombre d'actes par jour	<15	11 (2,3)	3 (3,2)	0,22
	15-20	96 (19,7)	27 (28,7)	
	20-30	285 (58,4)	47 (50)	
	>30	96 (19,7)	17 (18,1)	
Maître de stage	Oui	221 (45,3)	53 (56,4)	0,048
Avoir déjà utilisé le tiers-payant intégral	Oui	425 (87,1)	73 (77,7)	0,017
Avoir déjà réalisé une anonymisation	Oui	58 (11,9)	23 (24,5)	0,001
Connaissance des modalités (médiane, espace interquartile)		5 (1)	5 (1)	0,67
Nombre de réponses justes /6	1	2 (0,4)	2 (2,1)	0,03
	2	6 (1,2)	4 (4,3)	
	3	38 (7,8)	3 (3,2)	
	4	62 (12,7)	14 (14,9)	
	5	173 (35,5)	26 (27,7)	
	6	207 (42,4)	45 (47,9)	
Fréquence d'utilisation	> /2-3 mois ^b	143 (29,3)	14 (14,9)	<0,001
	Tous les 2-3 mois ^b	178 (36,5)	26 (27,7)	
	< /2-3 mois ^b	167 (34,2)	54 (57,4)	

^a Pourcentages calculés par rapport à l'effectif par sous-groupes (n/effectif du sous-groupe). Le groupe facile regroupe les médecins ayant répondu facile et très facile et le groupe difficile regroupe les médecins ayant répondu difficile et très difficile

^b Plus fréquent que tous les 2-3 mois, une fois tous les 2-3 mois et moins fréquent que tous les 2-3 mois

7.9 Annexe IX : Commentaires libres - « Comment proposez-vous cette consultation aux adolescentes ? »

Demande de contraception	<p>« Demande de contraception » x36 « Lors de l'abord de la sexualité et du besoin de contraception » « Dès qu'elles le veulent ce qui fait que la prévoir plus tard n'est pas adapté, elles ont besoin de contraception au moment où elle l'aborde, du coup je suis toujours autant en retard après ce genre de consultation »</p>
N'y pense pas	<p>« Je n'y pense pas ou quand elles ont plus de 18 ans » « Je n'y pense pas, pourquoi faire des tarifs et cotation pour de nombreux actes effectués très régulièrement et non augmenter le tarif de la consultation ! » « Je n'y pense pas, trop restrictif, trop difficile à mettre en place sur le plan pratique » « Quand j'y pense, j'oublie d'appliquer cette cotation »</p>
A la demande des parents	<p>« À la demande des parents » x2 « Je la propose aux parents »</p>
Ne la propose pas	<p>« Je ne la propose pas » x2 « Non proposée, uniquement si le RV rentre dans cette demande »</p>
Autres	<p>« Certificat de sport » x2 « Voyage » « Lors de la consultation annuelle de suivi » « En fonction du motif initial de consultation, de la présence ou non des parents » « Si elle est en couple depuis peu » « À chaque occasion où je les vois pour couvrir le plus de personnes » « Selon la patiente » « Information affichée dans la salle d'attente de l'existence d'une consultation pour 1ere contraception chez les 15 18 ans avec prise en charge à 100 % » « prévention IST »</p>

7.10 Annexe X : Caractéristiques des médecins associées aux freins choisis (n=859)

		Tranche d'âge limitée			Oubli de réaliser la cotation			Motifs de consultation multiples		
		Oui, n=530 n (%)	Non, n=329 n (%)	P-value	Oui, n=398 n (%)	Non, n=461 n (%)	P-value	Oui, n=292 n (%)	Non, n=567 n (%)	P-value
Âge (années), moyenne (SD)		44,6 (10,7)	50,6 (11,3)	<0,001	48,1 (10,7)	45,9 (11,7)	0,004	47,4 (11,3)	46,7 (11,4)	0,38
Sexe	Femme	411 (77,5)	195 (59,3)	<0,001	105 (26,4)	148 (32,1)	0,07	196 (67,1)	410 (72,3)	0,11
Mode d'exercice	En groupe	427 (80,6)	237 (72)	0,004	301 (75,6)	363 (78,7)	0,28	219 (75)	445 (78,5)	0,25
Milieu d'exercice	Rural	64 (12,1)	53 (16,1)		63 (15,8)	54 (11,7)		31 (10,6)	86 (15,2)	
	Semi-rural	215 (40,6)	121 (36,8)		146 (36,7)	190 (41,2)		123 (42,1)	213 (37,6)	
	Urbain	251 (47,4)	155 (47,1)	0,2	189 (47,5)	217 (41,1)	0,15	138 (47,3)	268 (47,3)	0,14
Nombre d'actes par jour	<15	18 (3,4)	10 (3)		11 (2,8)	17 (3,7)		9 (3,1)	19 (3,4)	
	15-20	124 (23,4)	68 (20,6)		88 (22,1)	104 (22,6)		77 (26,4)	115 (20,3)	
	20-30	298 (56,2)	169 (51,4)		218 (54,8)	249 (54)		153 (52,4)	314 (55,4)	
	>30	90 (17)	82 (24,9)	0,05	81 (20,4)	91 (19,7)	0,64	53 (18,2)	119 (21)	0,23
Maître de stage	Oui	236 (44,5)	136 (41,3)	0,36	169 (42,5)	203 (44)	0,64	117 (40,1)	255 (45)	0,17
Aborder contraception/prévention dans la pratique courante	Oui	521 (98,3)	316 (96)	0,04	389 (97,7)	448 (97,2)	0,6	282 (96,6)	555 (97,9)	0,25
Avoir déjà utilisé la cotation	Oui	433 (81,7)	149 (45,3)	<0,001	242 (60,8)	340 (73,8)	<0,001	193 (66,1)	299 (52,7)	0,34
Connaissance des modalités (médiane, espace interquartile)		5 (1)	4 (2)		5 (2)	5 (2)		5 (2)	5 (2)	
Nombre de réponses justes /6	1	6 (1,1)	35 (10,6)		19 (4,8)	22 (4,8)		9 (3,1)	31 (5,5)	
	2	13 (2,5)	34 (10,3)		29 (7,3)	18 (3,9)		22 (7,5)	49 (8,6)	
	3	37 (7)	48 (14,6)		51 (12,8)	34 (7,4)		32 (11)	53 (9,3)	
	4	68 (12,8)	64 (19,5)		70 (17,6)	62 (13,4)		57 (19,5)	75 (13,2)	
	5	175 (33)	75 (22,8)		120 (30,2)	130 (28,2)		83 (28,4)	167 (29,5)	
	6	231 (43,6)	73 (22,2)	<0,001	109 (27,4)	195 (42,3)	<0,001	89 (30,5)	215 (37,9)	0,05

		Manque de connaissance du médecin								
		Manque de connaissance du médecin			Proposer uniquement aux filles			Complexité du codage		
		Oui, n=240 n (%)	Non, n=619 n (%)	P-value	Oui, n=200 n (%)	Non, n=659 n (%)	P-value	Oui, n=149 n (%)	Non, n=710 n (%)	P-value
Âge (années), moyenne (SD)		48,6 (11,6)	46,2 (11,2)	0,005	44,3 (10,8)	47,7 (11,4)	<0,001	49,4 (11,8)	46,4 (11,2)	0,005
Sexe	Femme	170 (70,8)	436 (70,4)	0,9	164 (82)	442 (67,1)	<0,001	91 (61,1)	515 (72,5)	0,005
Mode d'exercice	En groupe	178 (74,2)	486 (78,5)	0,17	171 (85,5)	493 (74,8)	0,001	111 (74,5)	555 (78,2)	0,21
Milieu d'exercice	Rural	35 (14,6)	82 (13,2)		24 (12)	93 (14,1)		25 (16,8)	92 (13)	
	Semi-rural	90 (37,5)	246 (39,7)		81 (40,5)	255 (38,7)		33 (22,1)	283 (39,9)	
	Urbain	115 (47,9)	291 (47)	0,47	95 (47,5)	311 (47,2)	0,72	71 (47,7)	335 (47,2)	0,38
Nombre d'actes par jour	<15	11 (4,6)	17 (27)		6 (3)	22 (3,3)		7 (4,7)	21 (3)	
	15-20	53 (22,1)	139 (22,5)		52 (26)	140 (21,2)		33 (22,1)	159 (22,4)	
	20-30	124 (51,7)	343 (55,4)		111 (55,5)	356 (54)		71 (47,6)	396 (55,8)	
	>30	52 (21,7)	120 (19,4)	0,44	31 (15,5)	141 (21,4)	0,23	38 (25,5)	134 (18,9)	0,14
Maître de stage	Oui	104 (43,4)	268 (43,3)	0,99	94 (47)	278 (42,2)	0,23	67 (45)	305 (43)	0,65
Aborder contraception/prévention dans la pratique courante	Oui	233 (97,1)	604 (97,6)	0,68	199 (99,5)	638 (96,8)	0,035	145 (97,3)	692 (97,5)	0,91
Avoir déjà utilisé la cotation	Oui	137 (57)	445 (71,9)	<0,001	170 (85)	412 (62,5)	<0,001	48 (32,2)	534 (75,2)	<0,001
Connaissance des modalités (médiane, espace interquartile)		5 (2,25)	5 (2)		5 (1)	5 (2)		5 (3)	5 (2)	
Nombre de réponses justes /6	1	16 (6,7)	25 (4)		2 (1)	38 (5,8)		18 (12,1)	23 (3,2)	
	2	25 (10,4)	22 (3,6)		3 (1,5)	87 (13,2)		10 (6,7)	37 (5,2)	
	3	32 (13,3)	53 (8,6)		10 (5)	75 (11,4)		17 (11,4)	68 (9,6)	
	4	43 (17,9)	89 (14,4)		24 (12)	108 (16,4)		28 (18,8)	104 (14,6)	
	5	64 (26,7)	186 (30)		65 (32,5)	185 (28,1)		36 (24,2)	214 (30,1)	
	6	60 (25)	244 (39,4)	<0,001	96 (48)	208 (31,6)	<0,001	40 (26,8)	264 (37,2)	<0,001

		Manque d'information des adolescentes			Le manque de temps			Le manque de formation			Gêne de coter sur le sujet de la santé sexuelle		
		Oui, n=135 n (%)	Non, n=724 n (%)	P-value	Oui, n=108 n (%)	Non, n=751 n (%)	P-value	Oui, n=42 n (%)	Non, n=817 n (%)	P-value	Oui, n=39 n (%)	Non, n=820 n (%)	P-value
Âge (années), moyenne (SD)		46 (11,5)	47,1 (9,2)	0,3	51 (11)	46,3 (11,3)	<0,001	46,6 (10,8)	46,9 (11,4)	0,86	47,8 (12,4)	48,9 (11,3)	0,65
Sexe	Femme	88 (65,2)	518 (71,5)	0,14	66 (61,1)	540 (71,9)	0,02	27 (64,3)	579 (70,9)	0,36	23 (59)	583 (71,1)	0,1
Mode d'exercice	En groupe	105 (77,8)	559 (77,2)	0,89	80 (74,1)	584 (77,8)	0,39	34 (81)	630 (77,1)	0,56	26 (66,7)	638 (77,8)	0,1
Milieu d'exercice	Rural	16 (11,9)	101 (14)		12 (11,1)	105 (14)		4 (9,5)	113 (13,8)		7 (17,9)	110 (13,4)	
	Semi-rural	59 (43,7)	277 (38,3)		42 (38,9)	294 (39,1)		25 (59,5)	311 (38,1)		15 (38,5)	321 (39,1)	
	Urbain	60 (44,4)	346 (47,8)	0,47	54 (50)	352 (46,9)	0,68	13 (31)	393 (48,1)	0,02	17 (43,6)	389 (47,4)	0,71
Nombre d'actes par jour	<15	4 (3)	24 (3,3)		4 (3,7)	24 (3,2)		3 (7,1)	25 (3,1)		0 (0)	28 (3,4)	
	15-20	32 (23,7)	160 (22,1)		19 (17,6)	173 (23)		11 (26,2)	181 (22,2)		4 (10,3)	188 (22,9)	
	20-30	76 (56,3)	391 (54)		58 (53,7)	409 (54,5)		21 (50)	446 (54,6)		22 (56,4)	445 (54,3)	
	>30	23 (17)	149 (20,6)	0,8	27 (25)	145 (19,3)	0,41	7 (16,7)	165 (20,2)	0,36	13 (33,3)	159 (19,4)	0,06
Maître de stage	Oui	62 (45,9)	310 (42,8)	0,5	37 (34,3)	335 (44,6)	0,04	23 (54,8)	349 (42,7)	0,12	11 (28,2)	361 (44)	0,05
Aborder contraception/prévention dans la pratique courante	Oui	132 (97,8)	705 (97,4)	0,8	100 (92,6)	737 (98,1)	0,003	42 (100)	795 (97,3)	0,62	36 (92,3)	801 (97,7)	0,07
Avoir déjà utilisé la cotation	Oui	112 (83)	470 (64,9)	<0,001	61 (56,5)	521 (69,4)	0,007	35 (83,3)	547 (66,7)	0,03	12 (30,8)	570 (69,5)	<0,001
Connaissance des modalités (médiane, espace interquartile)		5 (1,5)	5 (2)		5 (3)	5 (2)		5 (1)	5 (2)		3 (3,5)	5 (2)	
Nombre de réponses justes /6	1	2 (1,5)	39 (5,4)		11 (10,2)	30 (4)		1 (2,4)	40 (4,9)		10 (25,6)	31 (3,8)	
	2	2 (1,5)	45 (6,2)		8 (7,4)	39 (5,2)		2 (4,8)	45 (5,5)		2 (5,1)	45 (5,5)	
	3	11 (8,1)	74 (10,2)		17 (15,7)	68 (9,1)		4 (9,5)	81 (9,9)		9 (23,1)	76 (9,3)	
	4	19 (14,1)	113 (15,6)		17 (15,7)	115 (15,3)		3 (7,1)	129 (15,8)		7 (17,9)	125 (15,2)	
	5	36 (26,7)	214 (29,6)		24 (22,2)	226 (30,1)		14 (33,3)	236 (28,9)		3 (7,7)	247 (30,1)	
	6	65 (48,1)	239 (33)	0,005	31 (28,7)	273 (36,4)	0,006	18 (42,9)	286 (35)	0,17	8 (20,5)	296 (36,1)	<0,001

7.11 Annexe XI : Commentaires libres - « Quels sont selon vous les principaux freins à l'utilisation de la cotation ? »

Limite d'âge	« La consultation ne concerne jamais des filles de cette tranche d'âge ? Pourquoi limiter à cette tranche d'âge ??? », « Limite à 18 ans pile... », « Souvent première consultation de prévention avant 15 ans, dès la discussion du vaccin HPV vers 12-13 ans. Puis une fois par an on vérifie les acquis et on explique de nouveaux sujets. », « Pourquoi 15 18 ans, et les autres », « Avant 15 ans ??? Comment fait-on ? », « A chaque fois que je veux la coter je me trouve hors cadre (femmes musulmanes mariées à 20 ans par exemple, jeune de 14 ans la dernière fois avec déjà des rapports depuis 3 mois...). La fenêtre de tir n'est pas adaptée à l'ensemble des catégories socio professionnelles et culturelles. Finalement je crois que je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de réaliser cette consultation entre 15 et 18 ans dans mon quartier pour l'instant ! », « la tranche d'âge est trop limitée », « que fait-on avant 15 ans, et c'est une réalité !! », « l'âge est trop restrictif, je suis toujours en dehors »
Tarif	« Le tarif », « quand parent dans la salle d'attente est là pour payer, si cotation spéciale (TP ou 46 euros), il va se douter du motif de consultation », « Demander 46 € à une jeune fille qui vient avec un chèque pré rempli par sa mère... », « Je n'aime pas pratiquer systématiquement le tiers payant et je trouve que le tarif de cette cotation est excessif pour le budget de la plupart des jeunes filles concernées », « le prix de la consultation pour des adolescentes qui n'ont pas toujours les moyens et le fait que ce soit plus coté que le gynéco », « les jeunes viennent souvent avec 25 euros donnés par leur parents », « patient qui pense que toutes les consultations sont à 25€ »
Présence des parents	« Presque toujours vu avec les parents. Même si on fait sortir les parents, viennent pour un autre motif et dure d'expliquer la cotation », « Présence des parents »
Informatique	. <u>Anonymisation</u> : « la complexité d'anonymisation », « anonymisation complexe », « Impossibilité de mettre en pratique anonymat ensuite car les jeunes ne peuvent pas aller faire bilan biologique sans leurs parents et prendre leur contraception sans que les parents le voit. Donc consultation uniquement informations » . <u>Tiers-payant intégral</u> : « tiers payant intégral impossible » . <u>Informatique</u> : « Limite informatique avec non reconnaissance de l'acte », « Pour introduire la cotation dans le listing de nos codifications préétablies il faut avoir sous la main une carte d'une jeune femme entre 15 et 18 ans, soit-on ne l'a pas, soit on n'a pas le temps !!! », « nécessite une mise à jour complexe du logiciel de télétransmission »
Non payé par la CPAM	« Expérience d'un échec du tiers-payant », « 1/3 payant jamais paye », « le risque de refus de paiement lors du tiers payant Règlement refusé par la CPAM ! », « si mauvaise cotation= refus sécurité sociale=>acte gratuit on est sûr d'être payé avec 1 G(S) », « Je l'ai souvent faite pour des filles de 18 ans, ça m'a été refusé par la sécu au motif " ne correspond pas aux critères d'âge". C'est donc 15 à 18 ans exclus ? », « En Haute Savoie, nous ne sommes jamais payés en tiers payant intégral. Les caisses ne savent pas gérer cette cotation. Rejet systématique ! », « parfois refus de prise en charge par la CPAM alors que les critères sont réunis », « J'ai eu un Bug avec mon logiciel pour saisir la cotation qui a occasionné un refus de remboursement ! », « retour négatif des CPAM sur les premières cotations pas de carte vitale des ados »
Ne pas savoir s'il y a déjà eu une cotation	« Ne pas savoir si cela a déjà été coté une fois ! », « Avoir déjà utilisé cette cotation pour la même patiente », « si voit autre médecin qui a déjà coté, impossible le savoir et impossible de re-coter alors que l'on a réalisé une vraie consultation de prévention tant en termes de temps que de contenu », « Déjà vue par Gynécologue donc pas 1ère consultation », « Motif de consultation non exclusivement gynécologique : ne viendra pas expressément La 1ère consultation a déjà été codée par le gynécologue mais la consultation a été bâclée, de nombreux sujets n'ont pas été abordés », « Savoir si cela n'a pas déjà été coté ailleurs », « Le fait de ne pas savoir si ça a déjà été coté par un consœur ou un confrère avant moi », « Impossibilité de savoir si cette cotation a déjà été utilisée chez cette même patiente ? Dans le doute, je ne cote pas »

N'est cotable qu'une seule fois	« Le fait qu'elle ne soit notable qu'une seule fois !! », « utilisation une seule fois entre 15 et 18 ans... », « le fait de ne pouvoir coter que sur la 1ere prescription de pilule », « la contraception, ce n'est pas que la première consultation. Il y a tant d'information d'un coup pour la patiente qu'il faut y revenir au moins deux fois dessus voir 3 »
Gêne de coter	« Gêne de coter 46€ », « gêne de coter "aujourd'hui, j'ai mieux travaillé alors c'est plus cher" sous-entendu, d'habitude, je travaille moins bien car la consultation est sous cotée... »
Ne fais pas de cotation	« Je ne fais que des G(S) je ne fais jamais aucune cotation spécifique j'étais contre toutes ces cotations différentes trucs annuels etc », « La médecine générale ce n'est pas un moment contraception scindé d'un autre moment.... Tout y est imbriqué et on ne sait pas à l'avance quand le sujet tombera et si on le traitera en entier... », « I prefer not to do », « Je fais TRES peu de consultation gynécologique », « je ne pratique pas cette cotation difficile en milieu rural »
Pas de freins	Pas de freins x6
Autres	« Non réalisable sous un numéro de sécu avec parent masculin référent », « la consultation est faite pour penser au patient, pas pour passer 1/4 h à réfléchir à un problème de cotation », « CCP applicable pour la 1° consultation de contraception je crois. Or CCP n'existait pas avant donc beaucoup ont déjà leur contraception ou ont vu un gynéco ou planning familial. Peu de jeunes filles viennent directement nous voir pour une 1° contraception car de toute façon elles partent étudier ailleurs et changent de médecin, on est en milieu rural... », « le MG semble plutôt dévalorisé par les médias pour ce type de consultation », « déclaration médecin traitant faite », « je croyais que c'était uniquement pour la contraception », « la possibilité de reconvoquer la patiente sur un temps de consultation plus long », « Pénibilité du nombre de cotations a connaître et à appliquer... Tout cela pour ne pas avoir à majorer le G », « l'inclusion du sujet de la contraception dans plusieurs consultations où d'autres motifs sont aussi abordés », « il faut que ce soit une première consultation sur ce thème », « encore difficile de faire revenir les gens pour un motif sur lequel ils ne sont pas forcément demandeur, qui plus est des ados... », « Je pensais que la cotation ne concernait qu'une 1 ère prescription contraception », « Les adolescentes ne viennent pas spontanément le consulter pour ce motif à ces âges la »

7.12 Annexe XII : Commentaires libres - « Quelles sont selon vous les perspectives d'amélioration les plus intéressantes ? »

<p>Tarif</p>	<p>« Modérer le tarif de cette cotation » « Augmenter le prix de toutes les consultations à 46 euros » « Coter toutes les consultations à 50 € » « Par pitié arrêter de réaliser des pseudos augmentations tarifaires avec quasi nécessité d'effectuer des enseignements postuniversitaires pour coder des actes et revaloriser le C qui reste l'acte basique du généraliste » « Augmentation du tarif de la consultation de base (GS) » « Arrêter de saucissonner les cotations en médecine générale » « Relever le tarif de toutes les consultations et arrêter de nous » mettre « 36 cotations » « Simplifier les cotations : c'est un vrai labyrinthe »</p>
<p>Simplification de réalisation</p>	<p>« S'autoriser à faire du tiers payant (permettant de coter sans gêne financière pour la patiente) » « Tiers-payant intégral » x2 « Facilité l'anonymisation » « Simplifier les conditions »</p>
<p>Autres</p>	<p>« La formation est faite pendant l'internat ! » « Information et formation des médecins » « Informer les parents » « Garçons et filles pour le courrier » « Voir twitter » « Soit établir une check-list des sujets à aborder, soit rendre possible la cotation par le MG même si la consultation a déjà été faite par le gynécologue » « A déjà une contraception par un spécialiste ou généraliste mais les explications n'ont pas été données ou oubliées par la patiente » « Cotable 1x/ an chez l'ado » « Le dernier point me parait le meilleur, garçons et filles ! » « J'ai envie de tout cocher ! » « Aucune idée » x 3</p>

7.13 Annexe XIII : Comparaison de la répartition des médecins en fonction de leur tranche d'âge : données de l'échantillon par rapport aux données DRESS (France, 2018)

Tranches d'âges (années)	< 30	30-39	40-49	50-59	>= 60
Hommes données échantillon, n(%)	4 (24)	60 (19)	61 (27)	120 (39)	169 (62)
Hommes données DRESS, n(%)	417 (28)	4798 (36)	5415 (48)	12418 (61)	17418 (80)
Femmes données échantillon, n(%)	13 (76)	253 (81)	169 (73)	187 (61)	102 (38)
Femmes données DRESS, n(%)	1073 (72)	8522 (64)	5844 (51)	7788 (39)	4277 (20)
Effectif total données échantillon, n(%)	17 (1)	313 (28)	230 (20)	307 (27)	271 (24)
Effectif total données DRESS, n(%)	1490 (2)	13320 (20)	11359 (17)	20206 (30)	21695 (32)

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *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.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *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.*

8 RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les consultations dédiées à la santé sexuelle sont des consultations longues et complexes. L'assurance maladie a mis en place la cotation Consultation de Contraception et de Prévention (CCP) pour les adolescentes de 15 à 18 ans.

L'objectif principal était d'évaluer les proportions de médecins généralistes connaissant et ayant déjà utilisé la cotation. Les objectifs secondaires étaient : analyser les connaissances des modalités d'application, analyser les modalités d'utilisation et identifier les principaux freins et perspectives d'amélioration.

METHODE : Étude quantitative, descriptive et transversale par questionnaire diffusé en ligne à 32 160 médecins généralistes en France. Une analyse descriptive puis une analyse univariée des données ont été réalisées.

RÉSULTATS : 1138 réponses ont été analysées. 95 % des médecins abordaient la contraception et la prévention dans leur pratique courante. 75,4 % connaissaient la cotation CCP et 51,1 % l'avaient déjà utilisée. Les médecins ayant déjà utilisé la cotation connaissaient significativement mieux les modalités d'application. 85,6 % avaient déjà utilisé le tiers-payant intégral et 13,9 % avaient déjà réalisé une anonymisation. Les principaux freins étaient : la tranche d'âge limitée (61,7 %), l'oubli (46,3 %), les motifs de consultation multiples (34 %), le manque de connaissance sur les modalités (27,9 %) et le fait qu'elle soit proposée uniquement aux filles (23,3 %).

CONCLUSION : La cotation CCP reste peu utilisée. Il semble indispensable d'élargir les critères d'application, d'informer davantage les adolescentes et les médecins, de faciliter sa réalisation et de former les médecins sur l'abord de la santé sexuelle.

MOTS-CLÉS : Adolescente, Prévention, Contraception, Infections sexuellement transmissibles, Santé sexuelle, Cotation, Consultation CCP, Médecine générale