

## PARTIE II : PRESENTATION DE L'ETUDE

### I. Objectifs de l'étude

#### 1. Motivations

Des recommandations nationales émergent maintenant depuis plusieurs années afin de personnaliser le parcours contraceptif de chaque femme dans un contexte où la pilule contraceptive occupe encore une place prédominante. L'objectif principal est de réduire les échecs contraceptifs et le taux d'IVG qui restent élevés en France et notamment chez les 20-24 ans.

C'est dans cette optique que l'OMS propose d'utiliser la méthode BERCER comme carnet de route pour les consultations de contraception. Connaître le déroulement de celles-ci afin d'apporter des pistes d'amélioration semble primordial en tant qu'acteur en gynécologie de prévention mais aussi en tant qu'intervenant privilégié auprès des femmes.

#### 2. Problématique

Nous sommes donc arrivés à la problématique suivante : « **D'après les propos des femmes, dans quelle mesure la méthode BERCER est-elle appliquée par les professionnels de santé dans le cadre de la primo-prescription de pilule ?** »

L'enquête permet ainsi de réaliser un état des lieux des pratiques et déterminer les limites et points forts concernant le cadre de la primo-prescription de pilule chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans.

La finalité de cette étude est de savoir si, à partir du point de vue des participantes, le modèle BERCER recommandé par l'OMS est suivi dans le cadre de la consultation amenant à la première prescription de pilule.

### II. Matériel et Méthode

#### 1. Le type d'étude

Il s'agit d'une enquête quantitative, descriptive et transversale.

#### 2. L'outil de recherche [annexe 2]

Le questionnaire a été la méthode d'enquête choisie afin de répondre au mieux à la problématique posée. Il a été établi de façon informatisée grâce au site Google Forms. Ce type de méthode quantitative permet de recueillir des informations dans le but de comprendre, d'expliquer des faits et de décrire des pratiques. Le nombre de réponses récoltées assure au questionnaire sa validité et permet aux résultats obtenus d'être jugés dignes de confiance. Les chiffres ainsi produits tentent de se rapprocher au plus près de résultats objectifs et exhaustifs. (22)

La réalisation du questionnaire s'est déroulée en deux temps. Tout d'abord, une enquête exploratoire a été soumise à une dizaine de femmes correspondant aux critères d'inclusion et faisant partie d'un entourage proche. L'objectif était d'améliorer sa compréhension auprès des participantes. Une rapide définition de la contraception d'urgence a donc été ajoutée, le terme « soignant », moins connu du public, a été remplacé par « professionnel de santé » et la question portant sur l'intérêt d'une nouvelle consultation a été davantage détaillée. Dans le but d'obtenir un temps de réponse nécessaire n'excédant pas 10 minutes, les items abordant la place du compagnon dans la contraception ont également été supprimés. Le questionnaire définitif a pu être établi courant du mois d'août.

Ce dernier comprenait au total 48 questions, en majorité fermées et partagées en trois parties. La première reprenait les critères d'inclusion de l'étude, la deuxième partie portait sur les différentes étapes de la méthode BERCER. Chacune des lettres de l'acronyme était représentée par une ou plusieurs questions. Et pour finir, la dernière partie permettait d'obtenir un rapide profil des participantes de l'étude.

A noter qu'il n'existe volontairement aucune question abordant la réalisation de l'examen clinique bien que ce dernier fasse partie de l'étape de l'« Entretien ». Dans la mesure où notre axe de recherche s'est révélé suite aux chiffres importants d'échecs contraceptifs et l'utilisation massive de la pilule chez les 20-24 ans, l'étude s'intéresse uniquement aux points pouvant avoir un impact sur le choix et l'observance de la patiente. De plus, les recommandations actuelles considèrent, en l'absence de facteurs de risques, l'examen génital et l'examen des seins comme « *ne jouant pas un rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'emploi de la méthode contraceptive* ». (23)

Cette enquête respectait entièrement l'anonymat des femmes désirant y participer. Seules les 4 premières questions et celles des renseignements personnels étaient obligatoires, uniquement afin de s'assurer du respect des critères d'inclusion et d'avoir un rapide profil des participantes. L'introduction à l'enquête mentionnait cette garantie de confidentialité des données.

Une démarche auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avait été entreprise, cependant, après envoi du questionnaire à l'un des correspondants, il s'est avéré qu'une déclaration auprès de l'organisme n'était pas nécessaire.

### **3. La population étudiée**

#### **a. Critères d'inclusion**

L'étude était destinée aux femmes âgées de 20 à 24 ans. Ce choix de tranche d'âge correspond à un nombre important de grossesses non désirées et d'IVG dans cette population, utilisant majoritairement une contraception orale.

Afin de limiter les biais de mémorisation, les participantes devaient également utiliser la même pilule depuis toujours. En effet, l'étude s'intéressait à l'application du modèle BERCER lors de la primo-prescription. Or, les informations et explications apportées lors d'un changement de contraception orale peuvent être différentes en fonction du schéma de la pilule par exemple ou du prescripteur si la femme avait consulté un autre professionnel de santé.

### **b. Critères d'exclusion**

Étaient exclues les femmes utilisant la pilule dans un autre but que la contraception et celles associant un autre moyen contraceptif (préservatif ou autre). Ce dernier critère pouvait biaiser les résultats car les informations données par le praticien pouvaient être moins complètes que celles données lorsque la pilule est le seul moyen contraceptif utilisé.

### **4. Le recueil de données**

L'enquête s'est déroulée du 1 septembre 2017 au 31 octobre 2017. Le questionnaire établi grâce à la plateforme Google Forms a été diffusé sur le réseau social « Facebook » par le biais de différents contacts : le modérateur de la page officielle du Planning Familial, les groupes de discussions sur la santé des femmes, sur la contraception et via les groupes d'étudiants sages-femmes de France.

La population source étant celle des 20-24 ans, une diffusion via internet semblait être la plus appropriée par l'utilisation massive de cet outil. Par ailleurs, après plus de renseignements sur l'utilisation de réseaux sociaux dans le cadre d'enquêtes, il s'avère qu'en peu de temps, un nombre important de questionnaires peut être récolté.

### **5. L'analyse de données**

Les questionnaires incomplets ou ne correspondant pas aux critères d'inclusion n'ont pas été pris en compte dans l'analyse statistique.

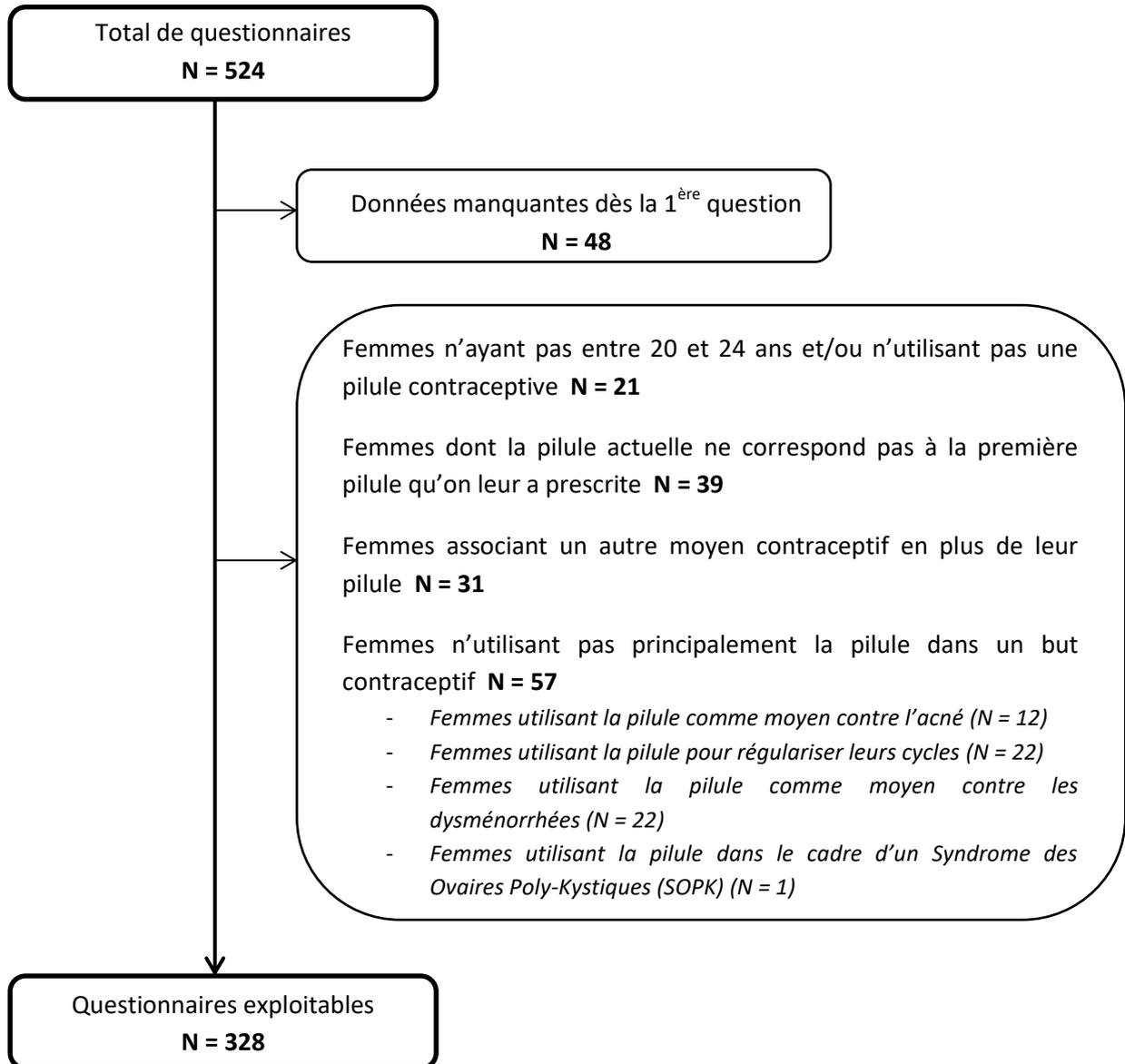
Le logiciel Excel® a été utilisé pour l'organisation des données en mode binaire. Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique du CHRU de Lille à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute Version 9.4).

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquences et de pourcentages. Les comparaisons des différentes étapes de la méthode BERCER ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux ou de Fisher exact (lorsque les conditions de validité du test du Chi-deux n'étaient pas vérifiées) pour les paramètres qualitatifs, et à l'aide d'un test de Cochran Armitage pour les paramètres ordinaux. Des tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%.

Afin de réaliser les calculs et tests statistiques, il a aussi été nécessaire d'établir un guide détaillant la « parfaite » utilisation de la méthode BERCER. Nous avons créé ce guide en nous basant uniquement sur les questions de notre enquête. (ANNEXE 3)

### III. Résultats

#### 1. Diagramme d'inclusion



## 2. Présentation de la population

<b>Tableau n°1 – Caractéristiques générales de la population</b>		
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Situation familiale</b>		
- Célibataire	54	16,46
- En couple	254	77,44
- Mariée/Pacsée	20	6,10
<b>TOTAL</b>	<b>N = 328</b>	<b>100%</b>
<b>Situation professionnelle</b>		
- Sans profession	5	1,52
- En études	234	71,34
- En activité	83	25,30
- Au chômage	6	1,83
<b>TOTAL</b>	<b>N = 328</b>	<b>100%</b>
<b>Niveau d'études</b>		
- Aucun diplôme	1	0,30
- Brevet	0	0,00
- CAP/BEP	1	0,30
- Baccalauréat	36	10,98
- Bac +2	91	27,74
- Bac +3	130	39,63
- Bac +4	4	1,23
- Bac +5 ou plus	65	19,82
<b>TOTAL</b>	<b>N = 328</b>	<b>100%</b>

Dans notre enquête, plus des trois quarts de la population (77,44%) sont en couple et la majorité des femmes interrogées (71,34%) sont étudiantes. Concernant leur niveau d'études, 99,40% ont au minimum le baccalauréat et une seule participante n'a aucun diplôme (0,30%).

### 3. Cadre de la primo-prescription

<b>Tableau n°2 – Caractéristiques générales de la consultation</b>		
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Ancienneté de la consultation</b>		
- Moins de 6 mois	10	3,06
- Entre 6 mois et 1 an	17	5,20
- Entre 1 an et 2 ans	52	15,90
- Plus de 2 ans	248	75,84
<b>TOTAL</b>	<b>N = 327</b>	<b>100%</b>
<b>Lieu de la consultation</b>		
- Cabinet libéral	286	87,46
- Milieu hospitalier	20	6,12
- Planning familial / Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)	18	5,50
- Autre	3	0,92
<b>TOTAL</b>	<b>N = 327</b>	<b>100%</b>
<b>Professionnel réalisant la consultation</b>		
- Médecin généraliste	177	53,96
- Gynécologue	136	41,46
- Sage-femme	13	3,96
- Autre	2	0,61
<b>TOTAL</b>	<b>N = 328</b>	<b>100%</b>
<b>Durée de la consultation</b>		
- Ne sait plus	14	4,27
- Moins de 5 minutes	18	5,49
- Entre 5 et 10 minutes	91	27,74
- Entre 10 et 20 minutes	165	50,30
- Plus de 20 minutes	40	12,20
<b>TOTAL</b>	<b>N = 328</b>	<b>100%</b>

La primo-prescription de pilule date de plus de 2 ans pour 75,84% des femmes interrogées et pour 10 participantes uniquement (3,06%), celle-ci a eu lieu il y a moins de 6 mois.

La consultation a lieu en grande partie en milieu libéral (87,46%) et a été réalisée par un médecin généraliste pour 53,96% des femmes, par un gynécologue pour 41,46% et par une sage-femme dans 3,96% des cas.

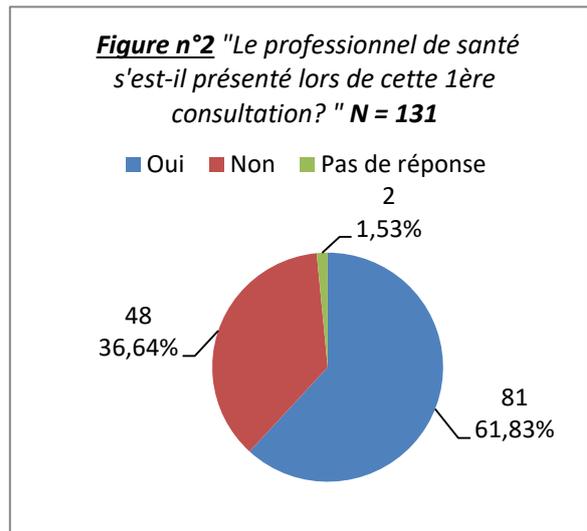
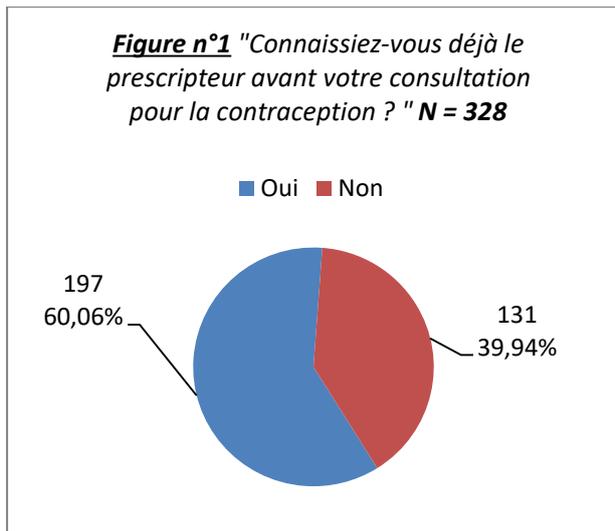
Les autres lieux de consultation cités par les participantes sont le Centre Polyvalent de la Santé Universitaire (CPSU) et le centre municipal de santé, représentant 0,92% des réponses. On constate également que deux autres professionnels de santé ont réalisé la consultation de contraception, il s'agit d'un dermatologue et d' « une dame du planning familial ».

Pour environ la moitié des femmes (50,30%), la consultation a duré entre 10 et 20 minutes. Pour 33,23% de la population interrogée, la durée était inférieure à 10 minutes et, pour 12,20%, supérieure à 20 minutes.

#### 4. Le modèle BERCER en détails

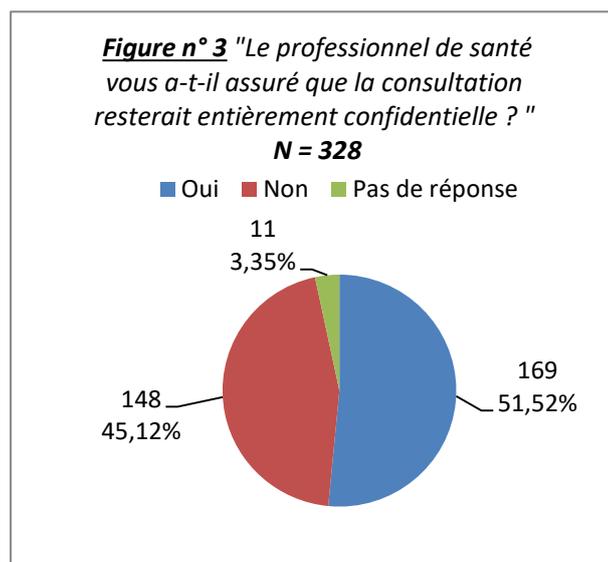
##### a. Bienvenue

Parmi les 131 personnes de la figure n°1 ayant répondu « non » :

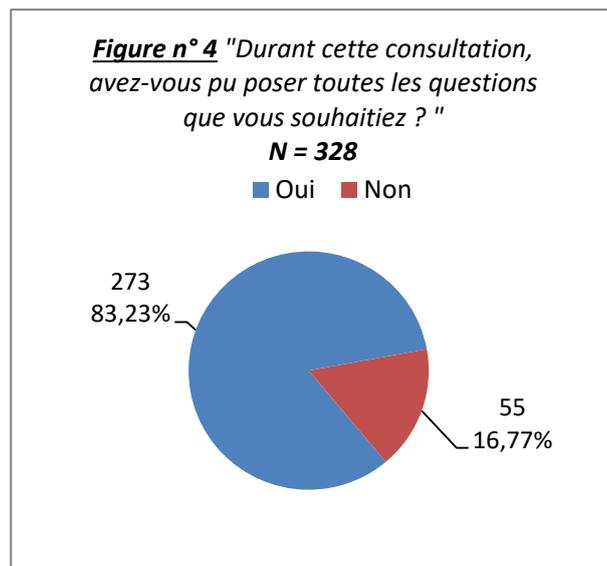


Sur les 328 femmes de l'étude, 197 ont déclaré déjà connaître le professionnel de santé avant cette consultation (figure n°1).

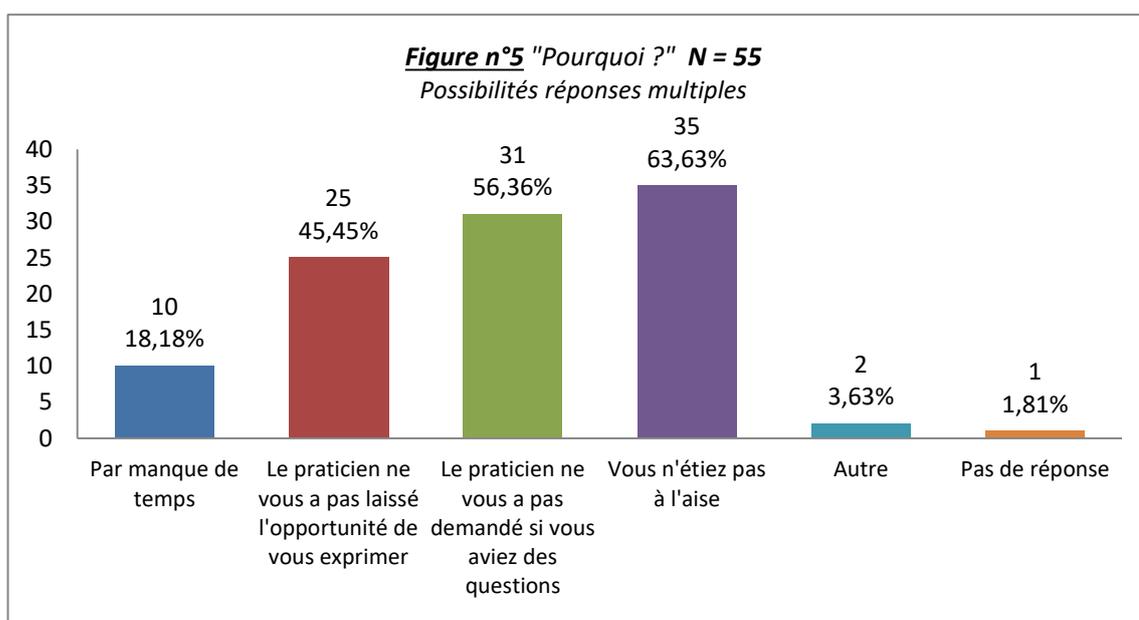
Ce dernier s'est présenté auprès de la patiente dans 61,83% des cas lorsqu'il s'agissait de leur première rencontre (figure n°2).



51,52% des praticiens ont prévenu la patiente que la consultation serait confidentielle.



Parmi les 55 personnes de la figure n°4 ayant répondu « non » :

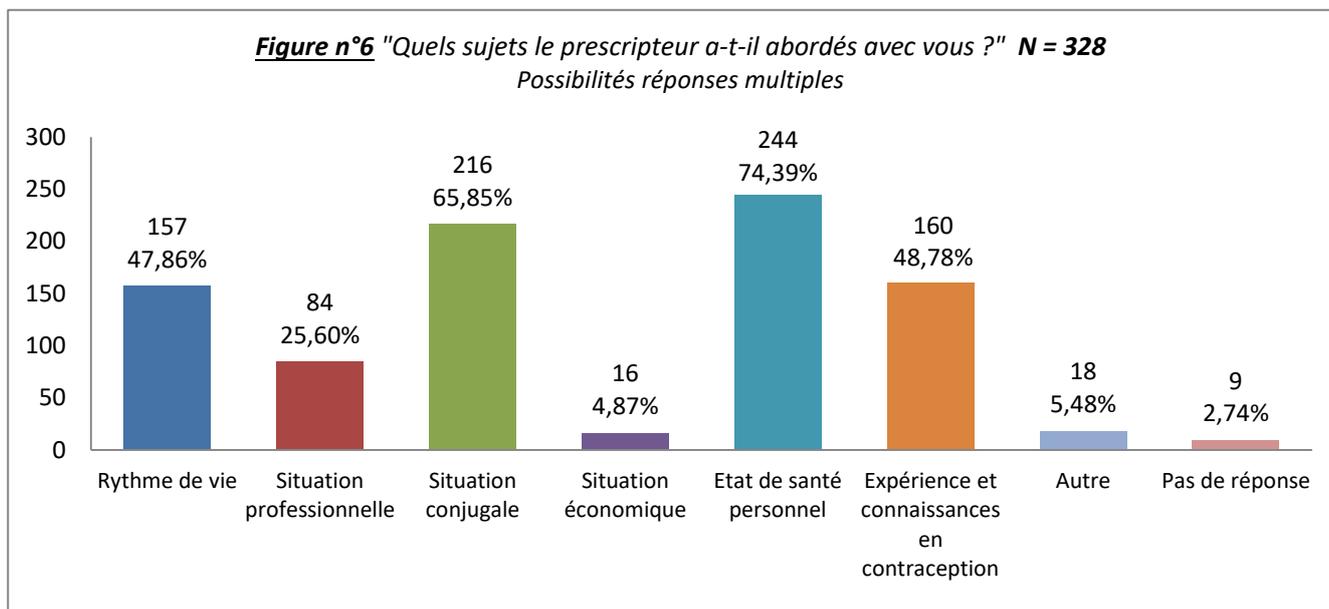


Sur l'ensemble de l'échantillon, 16,77% des femmes n'ont pas pu poser toutes les questions qu'elles souhaitaient durant la consultation (figure n°4).

Pour ces femmes (N=55), nous pouvons citer trois causes principales. Tout d'abord, elles confient de pas se sentir à l'aise lors de la consultation (N=35). Ensuite, le praticien ne leur a pas demandé si elles avaient des questions (N=31). Enfin, pour près de la moitié d'entre elles, le professionnel ne leur a pas laissé l'opportunité de s'exprimer (N=25) (figure n°5).

Dans la catégorie « Autre », la présence d'un parent est citée par deux participantes (figure n°5).

## b. Entretien



Durant l'étape de l'entretien, l'état de santé personnel est un sujet abordé par le prescripteur chez presque trois quarts des femmes (74,39%).

La situation conjugale est abordée dans 65,85% des cas et près d'une fois sur deux, le soignant interroge la femme sur son rythme de vie (47,86%) et sur son expérience et ses connaissances en matière de contraception (48,78%).

En revanche, les professionnels parlent peu de la situation économique lors de cette consultation (4,87%).

Dans la catégorie « Autre », les femmes citent le tabagisme, les antécédents familiaux, l'examen clinique et le rapport au corps.

**Tableau n°3 – Sujets abordés en fonction des prescripteurs - N = 328**

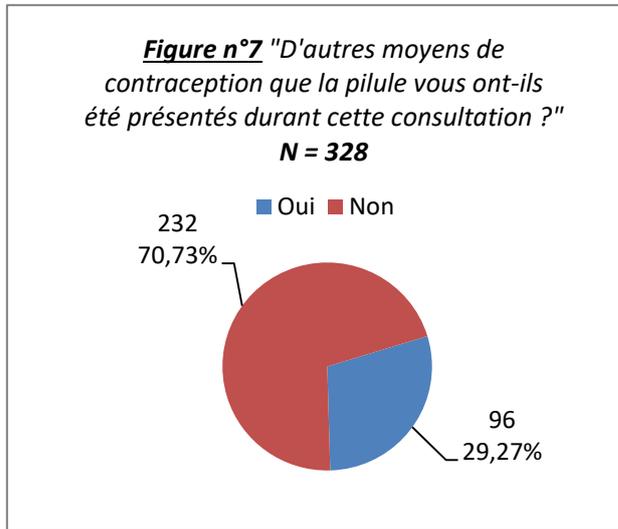
	Rythme de vie N = 157	Situation professionnelle N = 84	Situation conjugale N = 216	Situation économique N = 16	Etat de santé personnel N = 244	Expérience et connaissances en contraception N = 160
% de Médecins Généralistes	44,63	11,86	57,63	2,82	66,66	49,15
% de Gynécologues	50	38,97	75,74	5,88	82,35	44,12
% de Sages-Femmes	76,92	69,23	76,92	23,08	92,31	92,31

Parmi l'ensemble des sages-femmes, 76,92% ont abordé le rythme de vie de la patiente lors de cette consultation, contre 50% des gynécologues et 44,63% des médecins généralistes.

Concernant la situation économique, seuls 2,82% des médecins généralistes en parlent, contre 23,08% des sages-femmes.

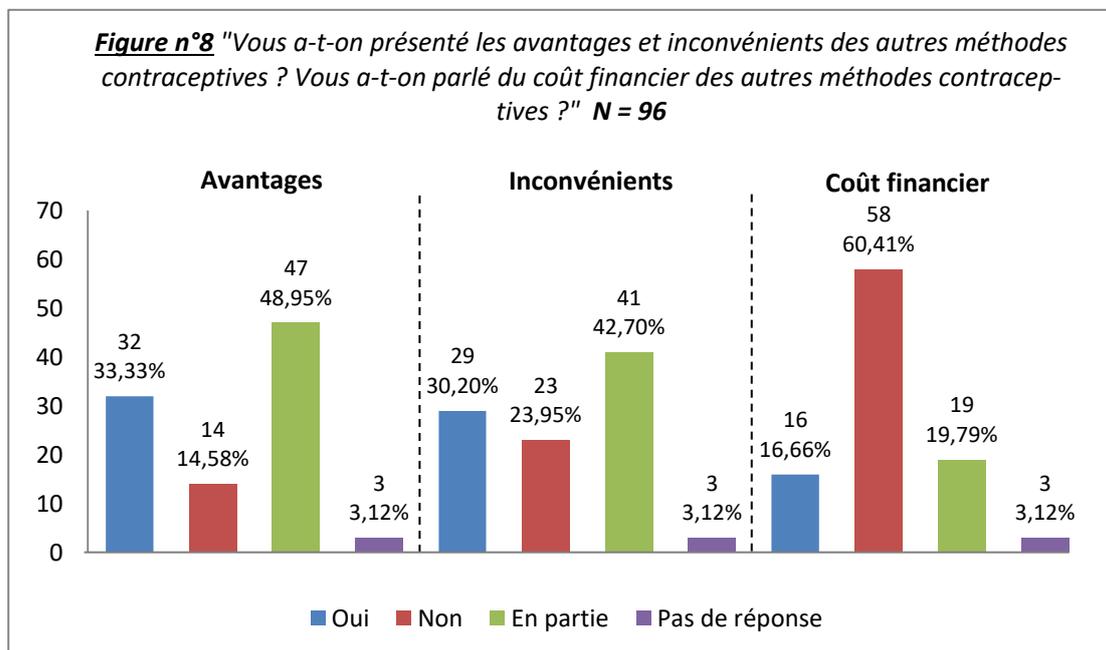
Globalement, on constate que les sages-femmes sont proportionnellement plus nombreuses à aborder les différents sujets, suivi des gynécologues puis des médecins généralistes.

**c. Renseignement**



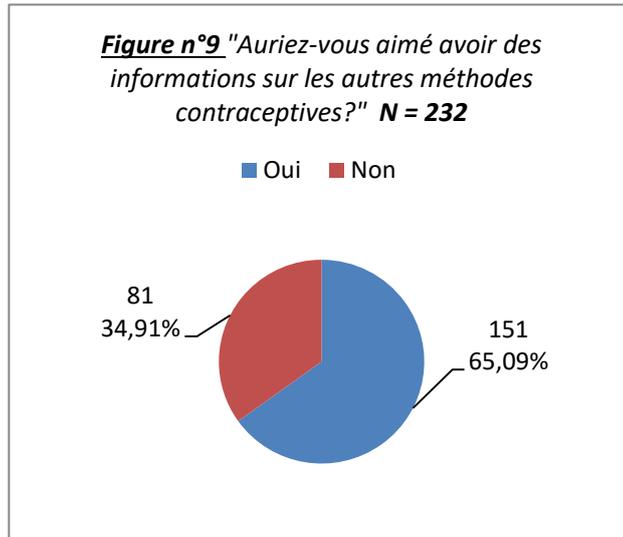
Les professionnels de santé ont présenté d'autres moyens contraceptifs que la pilule à moins d'un tiers des femmes de l'étude (29,27%).

Parmi les 96 personnes de la figure n°7 ayant répondu « oui » :



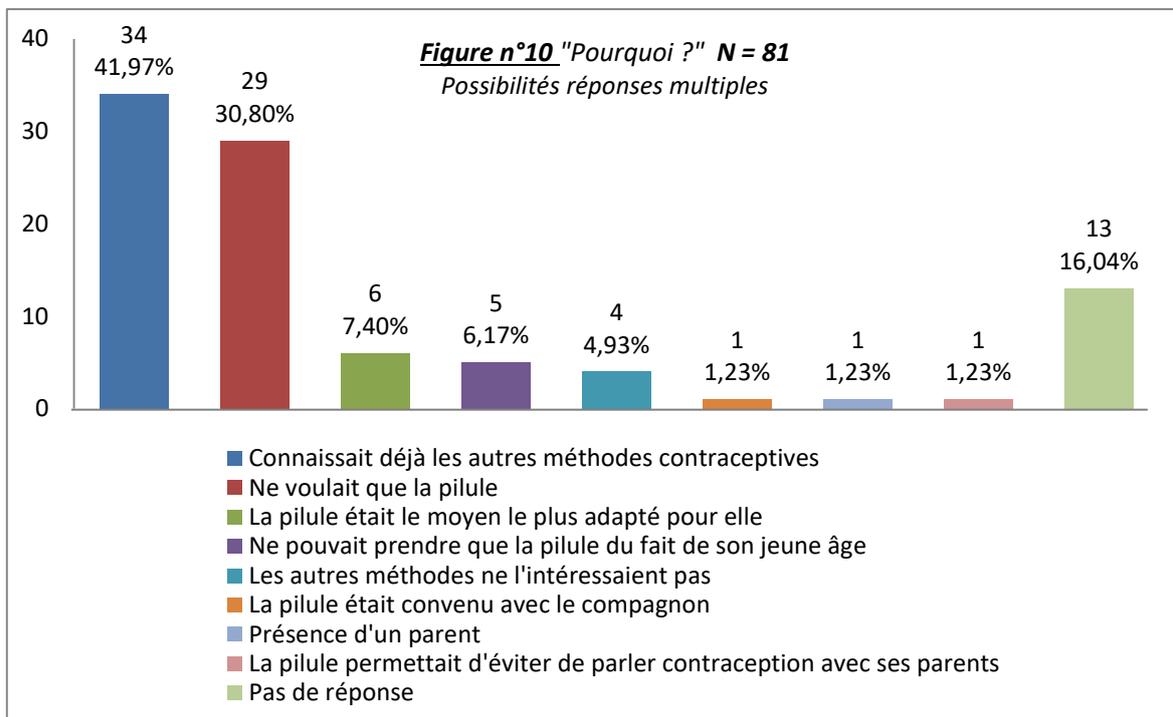
Parmi les 96 femmes à qui d'autres moyens contraceptifs ont été exposés, les avantages ont en partie été présentés pour 48,95% d'entre elles et les inconvénients pour 42,70%. En revanche, chez 60,41% d'entre elles, le coût financier des autres méthodes n'a pas été abordé par le prescripteur.

Parmi les 232 personnes de la figure n°7 ayant répondu « non » :



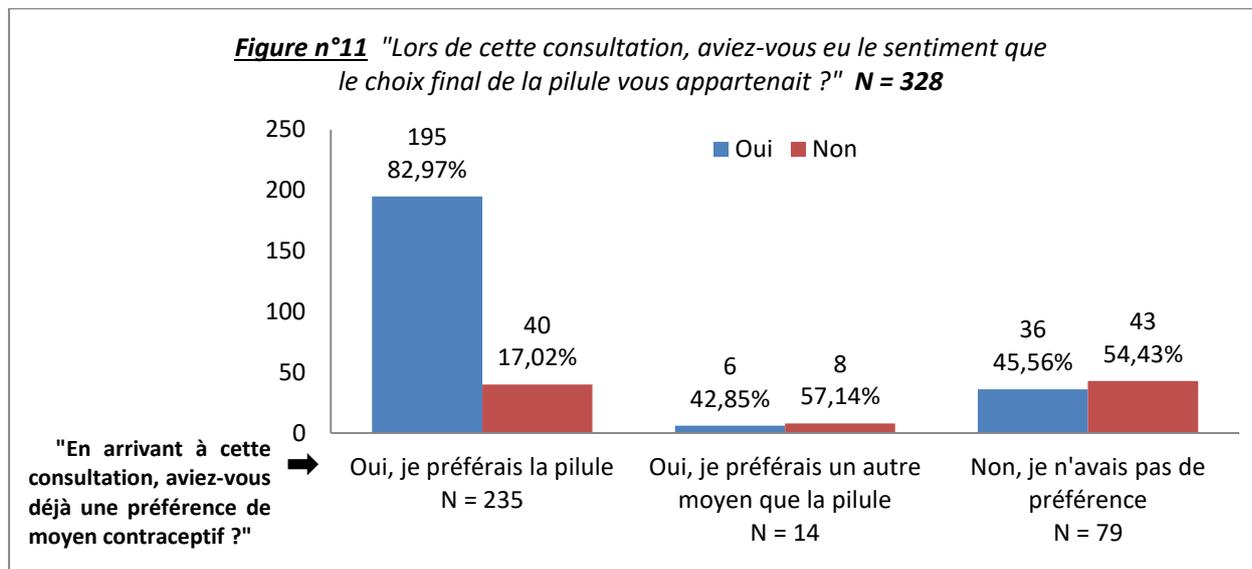
Parmi les femmes n'ayant pas reçu d'informations sur les autres moyens contraceptifs existants (N=232), 65,09% auraient aimé en avoir.

Parmi les 81 personnes de la figure n°9 ayant répondu « non » :



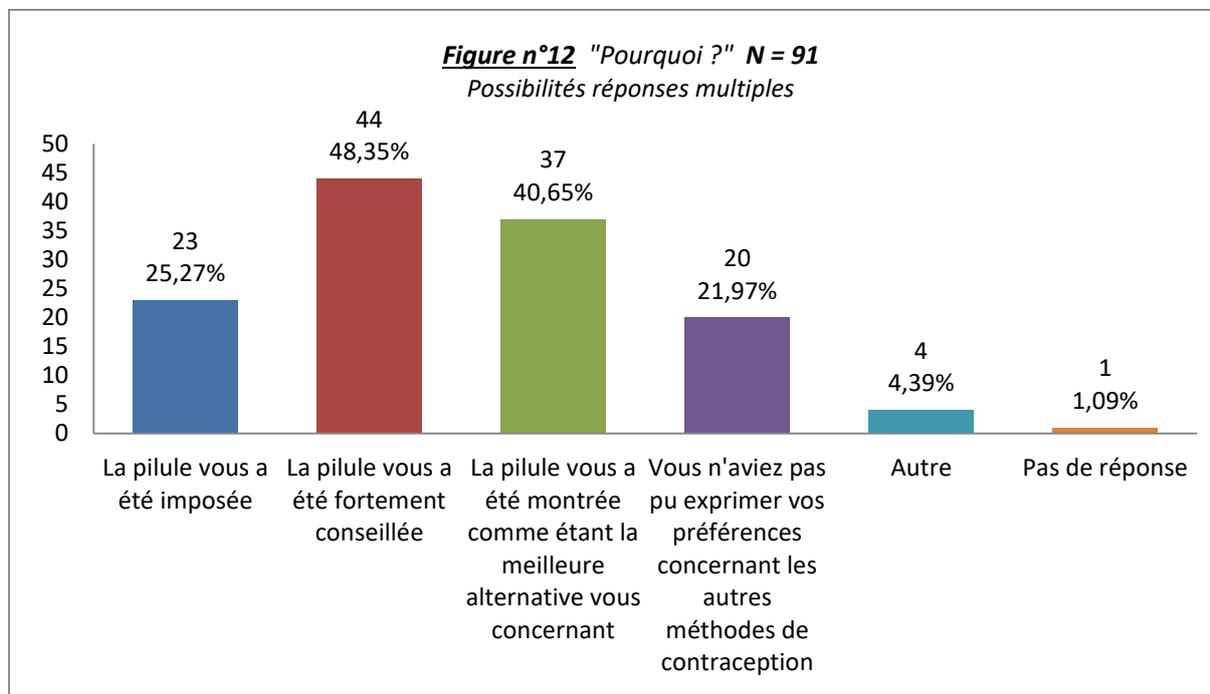
Les deux principales raisons pour lesquelles les femmes n'auraient pas souhaité avoir d'informations sur les autres méthodes contraceptives existantes (N=81) sont le fait de déjà connaître ces méthodes, cité 34 fois, et le fait de vouloir uniquement la pilule comme contraception, cité 29 fois.

#### d. Choix



Parmi les femmes ayant déjà une préférence pour la pilule avant la consultation (N=235), 82,97% d'entre elles disent avoir eu le sentiment que le choix final de la pilule leur appartenait. En revanche, dans les autres cas (N=93), plus d'une femme sur deux estime ne pas avoir eu ce choix (54,83%).

Parmi les 91 personnes de la figure n°11 ayant répondu « non » :

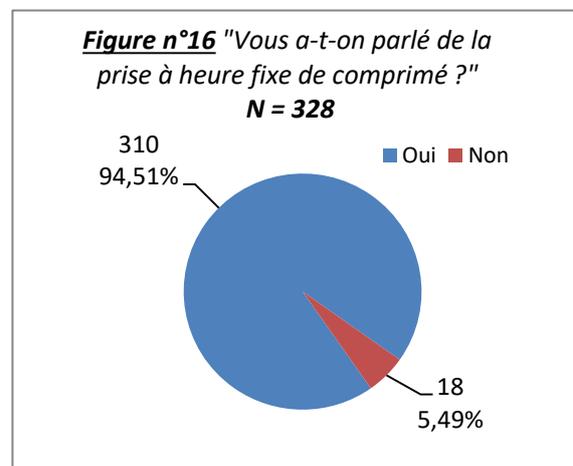
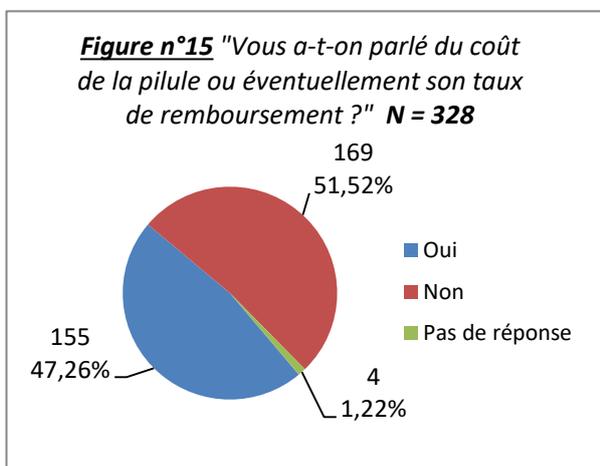
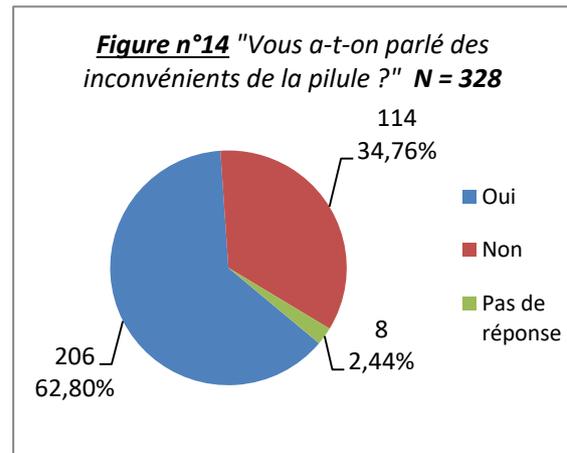
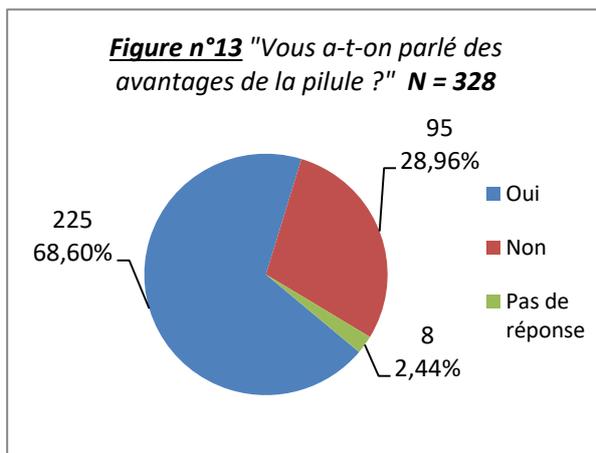


Les femmes n'ayant pas eu le sentiment que le choix final de la pilule leur appartenait (N=91) apportent plusieurs explications à cela.

La principale raison, citée par 44 femmes, est que la pilule a fortement été conseillée par le praticien. Ensuite, ce moyen contraceptif a été montré comme étant la meilleure alternative pour 37 femmes et a été imposé pour 23 d'entre elles. Enfin, 20 femmes citent le fait de ne pas avoir pu exprimer leurs préférences vis-à-vis des autres méthodes existantes.

Dans la catégorie « Autre », les femmes soulignent le fait que le professionnel de santé n'a abordé que la pilule mais sans pour autant l'imposer et qu'elles n'ont pas fait la demande d'informations supplémentaires concernant les autres méthodes contraceptives existantes.

**e. Explication**

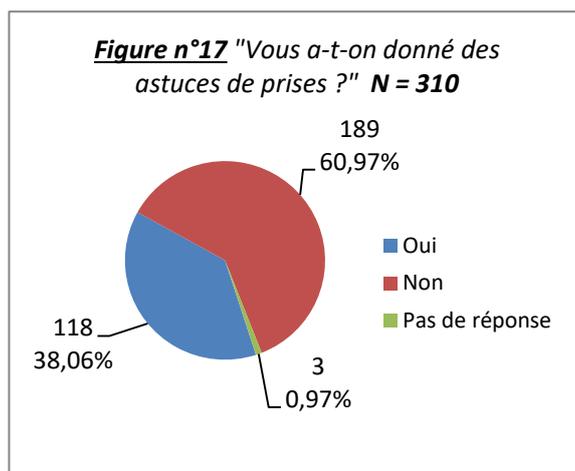


Sur l'ensemble de l'échantillon (N=328), 68,60% des femmes ont reçu des informations concernant les avantages de la pilule et 62,80% concernant les inconvénients (*figures n°13 et n°14*).

Environ la moitié des participantes (51,52%) n'a pas eu d'indications sur le coût de la pilule ou le taux de remboursement (*figure n°15*).

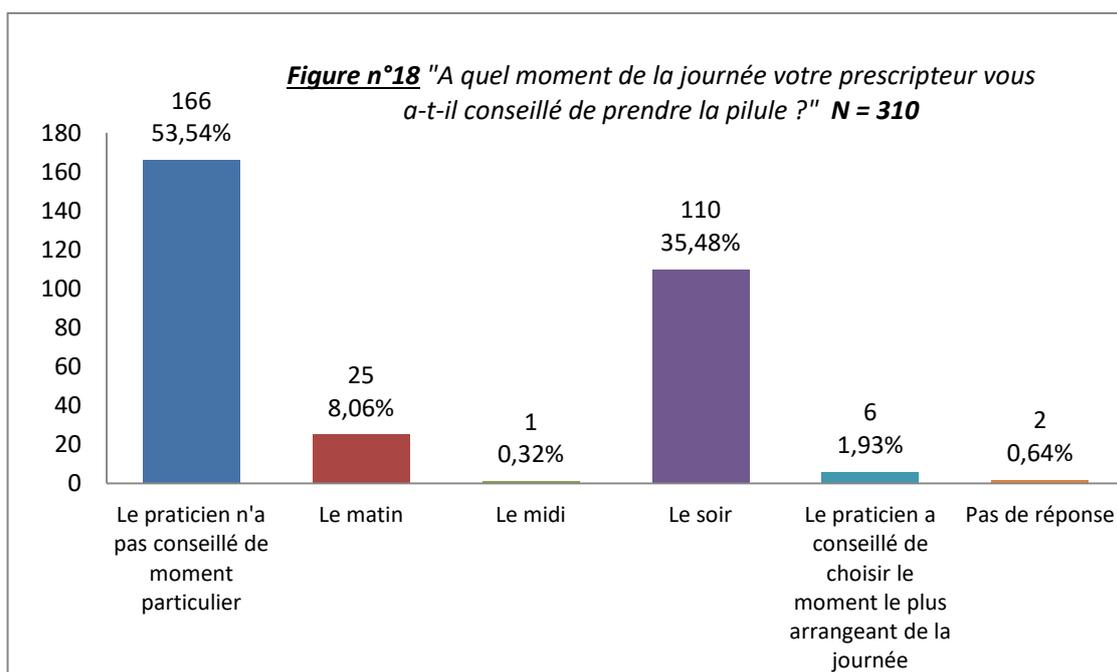
Le professionnel de santé a abordé la prise à heure fixe de comprimés chez 94,51% des femmes (*figure n°16*).

Parmi les 310 personnes de la figure n°16 ayant répondu « oui » :



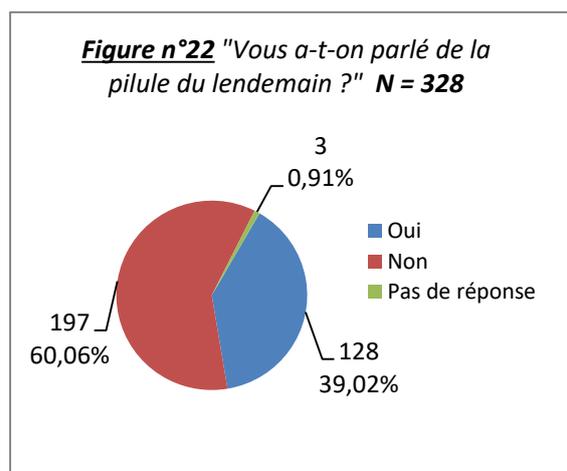
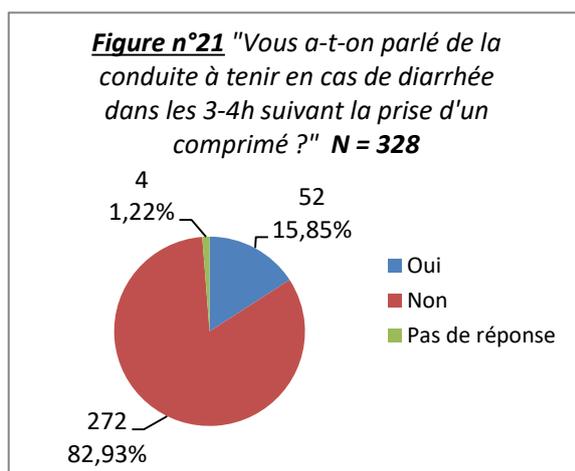
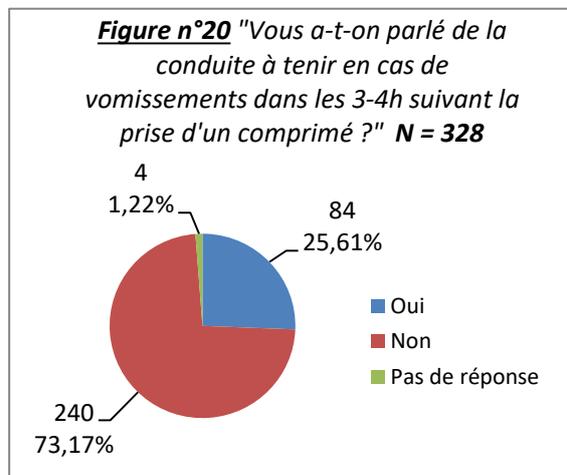
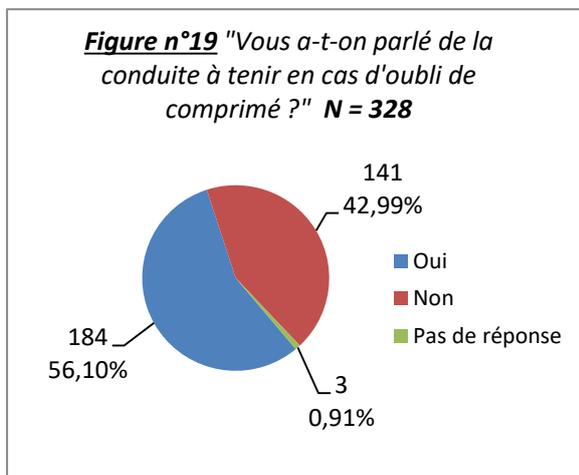
Pour 38,06% des femmes ayant eu l'information sur la nécessité de prendre les comprimés à heure fixe, le professionnel de santé a également donné des astuces de prises comme par exemple, mettre la plaquette de comprimés dans son sac à main, sur sa table de chevet, à côté de sa brosse à dent...

Parmi les 310 personnes de la figure n°16 ayant répondu « oui » :



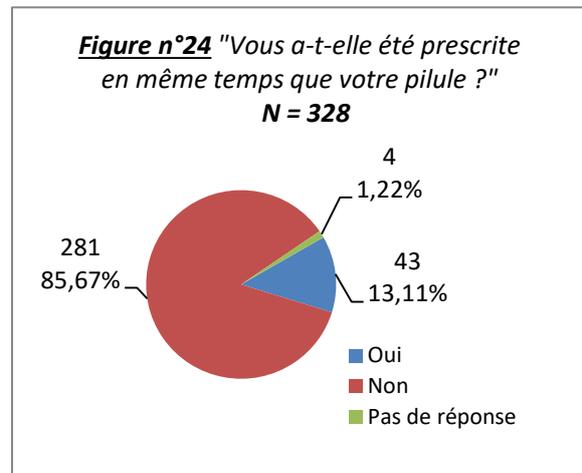
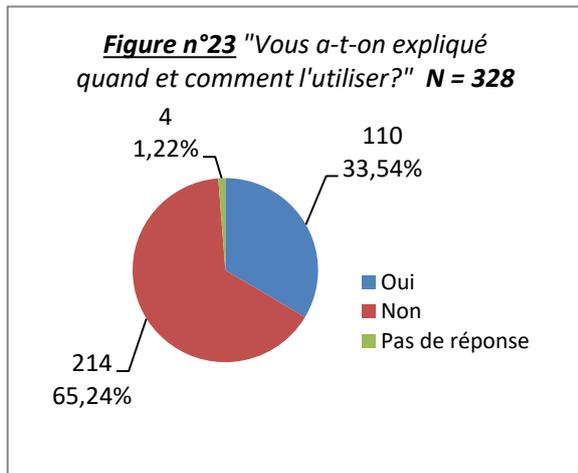
Pour environ la moitié des femmes (53,54%) ayant eu l'information sur la nécessité de prise de comprimés à heure fixe, le prescripteur n'a pas préconisé de moment particulier dans la journée pour prendre la pilule.

La prise au soir a été conseillée pour 35,48% d'entre elles et pour 1,93%, le praticien a recommandé de choisir le moment de la journée le plus arrangeant.

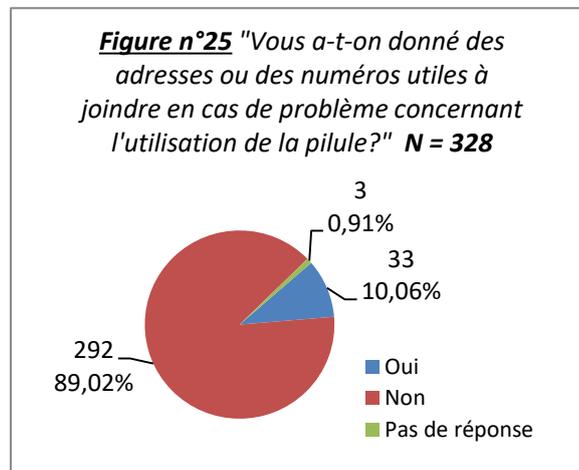


La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule a été donnée à 56,10% des femmes de l'enquête (figure n°19). En revanche 73,17% n'ont pas eu d'informations sur la marche à suivre en cas de vomissements dans les 3-4h suivant la prise de comprimé (figure n°20), ni en cas de diarrhée pour 82,93% d'entre elles (figure n°21).

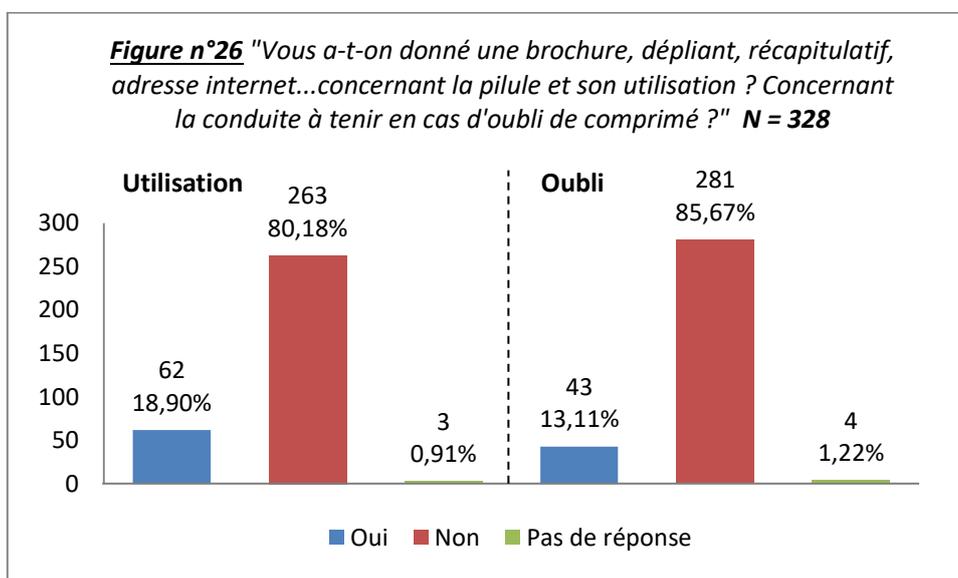
Les professionnels de santé ont parlé de la contraception d'urgence à 39,02% des consultantes (figure n°22).



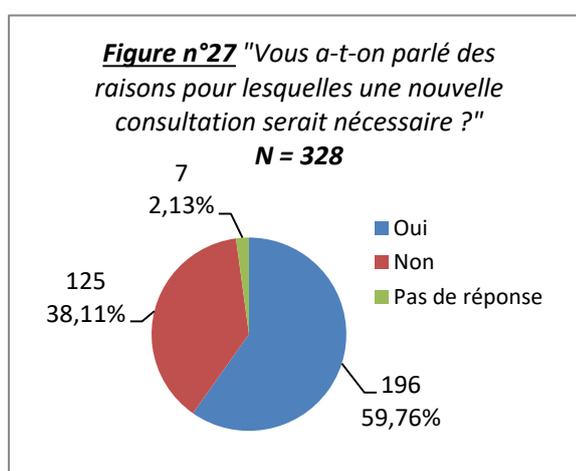
Des explications sur son utilisation ont été données à un tiers des femmes (33,54%) (figure n°23) et elles sont 13,11% à avoir obtenu sa prescription en même temps que leur pilule lors de cette première consultation (figure n°24).



Seulement 10,06% des femmes ont obtenu des adresses ou numéros utiles à joindre en cas de difficultés liées à l'utilisation de la pilule.

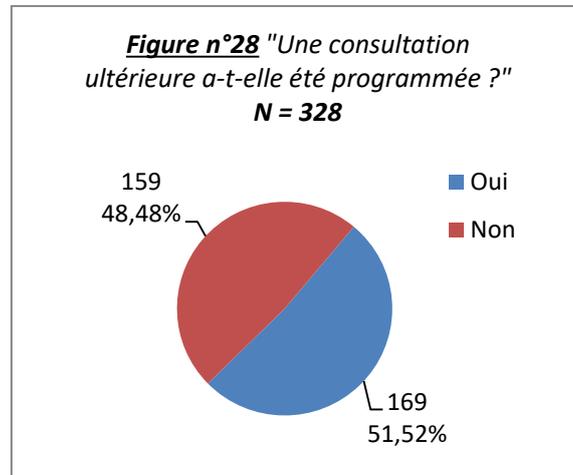


Aucun support (papier ou site internet) rappelant l'utilisation de la pilule n'a été donné pour 80,18% des femmes de l'étude. De même, elles sont 85,67% à n'avoir eu aucun document concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

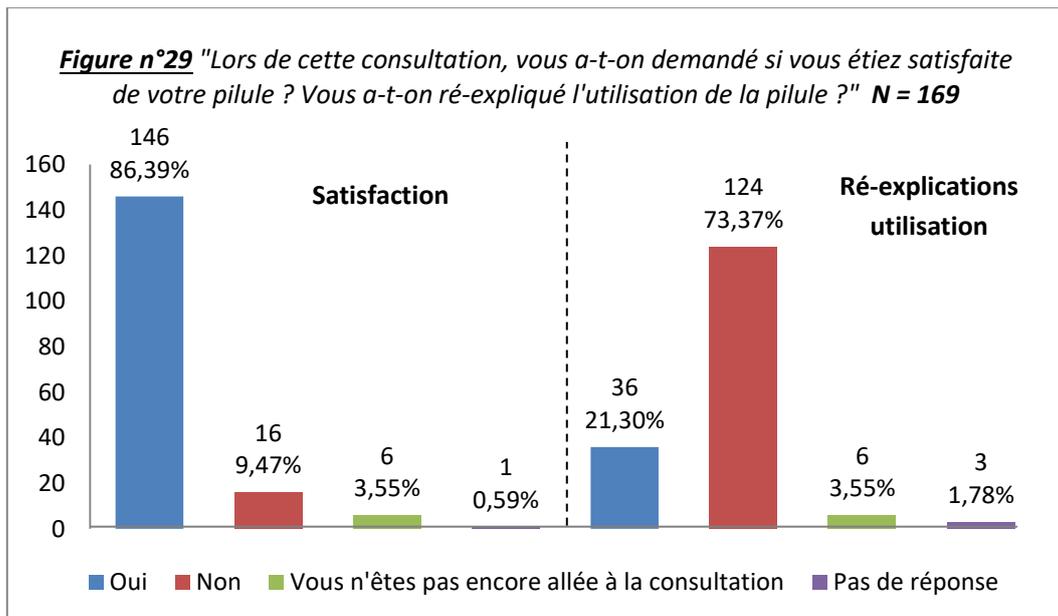


La question d'une nouvelle consultation a été abordée chez plus de la moitié des femmes de l'étude (59,76%). Par exemple à cause d'effets indésirables, d'oublis de comprimés fréquents, de la non-satisfaction vis-à-vis de la pilule... ou encore dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier.

**f. Retour**



Parmi les 169 personnes de la figure n°28 ayant répondu « oui » :



Lorsqu'une consultation ultérieure a été programmée (N=169) (figure n°28), 86,39% des femmes ont été interrogées sur leur satisfaction vis-à-vis de la pilule et 21,30% ont pu bénéficier de ré-explications sur l'utilisation de cette contraception (figure n°29).

## 5. L'ensemble du modèle BERCER

**N.B. :** Dans cette partie, les calculs et tests statistiques ont été réalisés à l'aide d'un guide détaillant l'utilisation optimale de la méthode BERCER lors d'une consultation de primo-prescription de pilule. Nous avons créé ce guide en nous basant uniquement sur les questions de notre enquête. (ANNEXE 3)

### a. Point de vue global

		Etape parfaitement réalisée	Etape non parfaitement réalisée	TOTAL
Bienvenue	Effectif	145	183	328
	%	44,21	55,79	100
Entretien	Effectif	4	324	328
	%	1,22	98,78	100
Renseignement	Effectif	10	318	328
	%	3,05	96,95	100
Choix	Effectif	237	91	328
	%	72,26	27,74	100
Explication	Effectif	5	323	328
	%	1,52	98,48	100
Retour	Effectif	36	292	328
	%	10,98	89,02	100

D'après notre guide détaillant l'application optimale du modèle BERCER en théorie (ANNEXE 3), on constate que l'étape *parfaitement* réalisée la plus fréquente est celle du « Choix », pour 72,26% des femmes de l'étude. Arrive ensuite les étapes de « Bienvenue » et de « Retour », suivies correctement dans respectivement 44,21% et 10,98% des cas.

En revanche, les étapes de « Renseignement », « Entretien » et « Explication » sont *parfaitement* réalisées dans moins de 5% des consultations de primo-prescription de pilule de notre enquête.

	Effectif	%	Effectif cumulé	% cumulé
Aucune étape	68	20,73	68	20,73
1 étape	121	36,89	189	57,62
2 étapes	108	32,93	297	90,55
3 étapes	26	7,93	323	98,48
4 étapes	4	1,22	327	99,70
5 étapes	0	0,00	327	99,70
6 étapes	1	0,30	328	100,00

Ce tableau montre que plus le nombre d'étapes réalisées conformément à la théorie augmente, plus les effectifs retrouvés sont faibles.

En effet, lors de 121 consultations, une seule étape a *parfaitement* été réalisée et il n’y a, dans notre étude, qu’une consultation pour laquelle l’ensemble de la méthode (soit les six étapes) a été suivie selon le déroulement théorique du modèle BERCER.

Dans 90,55% des cas, deux étapes au maximum ont été suivies par les professionnels de santé.

→ De façon plus détaillée, l’unique consultation pour laquelle la méthode BERCER a correctement été suivie dans son intégralité a duré plus de 20 minutes et été réalisée en libéral par une sage-femme.

→ Les consultations durant lesquelles 4 étapes du modèle BERCER ont correctement été suivies ont duré soit entre 5 et 10 minutes, soit entre 10 et 20 minutes ou plus de 20 minutes pour deux d’entre elles. Elles se sont déroulées, pour la moitié, en milieu libéral et pour l’autre partie en CPEF. Une patiente a rencontré un médecin généraliste et dans les trois autres cas, il s’agissait d’un gynécologue.

#### **b. Lien avec la durée de la consultation**

<b>Tableau n°6 – Nombre d’étapes de la méthode BERCER parfaitement réalisées et durée de consultation – N = 314</b>						
		<b>&lt; 5 min</b>	<b>Entre 5 et 10 min</b>	<b>Entre 10 et 20 min</b>	<b>&gt; 20 min</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&lt; 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	18	86	153	27	<b>284</b>
	<i>%</i>	6,34	30,28	53,87	9,51	<b>100</b>
<b>≥ 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	0	5	12	13	<b>30</b>
	<i>%</i>	0,00	16,67	40,00	43,33	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>18</b>	<b>91</b>	<b>165</b>	<b>40</b>	<b>314</b>
<i>Données manquantes = 14</i>						

<b>Test de Cochran Armitage</b>	
Significativité	p < 0,0001

Les 14 données manquantes représentent les femmes ayant répondu « *ne sait plus* » à la question portant sur la durée de la consultation.

Dans les cas où au moins 3 étapes de la méthode BERCER ont été *parfaitement* réalisées, 16.67 % des consultations avaient une durée comprise entre 5 et 10 minutes, 40% entre 10 et 20 minutes et 43.33% plus de 20 minutes. On remarque également qu’aucune consultation n’a duré moins de 5 minutes dans cette situation.

En revanche, lorsque moins de 3 étapes ont correctement été suivies, 6,34% des consultations ont duré moins de 5 minutes et seulement 9,51% plus de 20 minutes.

Les différences sont significatives (p<0,001). On peut donc affirmer dans l’ensemble que lorsque la consultation dure plus de 20 minutes, le nombre de professionnels de santé réalisant correctement au moins 3 étapes de la méthode BERCER est plus important.

**N.B.** : Le détail étape par étape n'était pas possible ici car les tests statistiques utilisés nécessitent un effectif  $\geq 8$ . Or les effectifs représentant 4, 5 et 6 étapes *parfaitement* réalisées sont respectivement de 4, 0 et 1 (Cf. *tableau n°5*). Il a donc été décidé de créer deux groupes : un pour lequel moins de 3 étapes ont été correctement suivies lors de la consultation et pour l'autre au moins 3 étapes. Il en est de même pour les *tableaux n°9, n°10, n°11 et n°12*.

		< 5 min	Entre 5 et 10 min	Entre 10 et 20 min	> 20 min	TOTAL
<b>Médecin généraliste</b>	<i>Effectif</i>	14	63	87	7	<b>171</b>
	<i>%</i>	8,19	36,84	50,88	4,09	<b>100</b>
<b>Gynécologue</b>	<i>Effectif</i>	3	26	74	26	<b>129</b>
	<i>%</i>	2,33	20,16	57,35	20,16	<b>100</b>
<b>Sage-femme</b>	<i>Effectif</i>	0	2	4	7	<b>13</b>
	<i>%</i>	0,00	15,38	30,77	53,85	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>17</b>	<b>91</b>	<b>165</b>	<b>40</b>	<b>313</b>

Aucune sage-femme n'a réalisé de consultation en moins de 5 minutes mais plus de la moitié d'entre elles (53,85%) ont mené leur consultation en plus de 20 minutes.

Pour environ la moitié des généralistes (50,88%) et des gynécologues (57,36%), l'entretien a duré entre 10 et 20 minutes.

Seulement 4,09% des médecins généralistes ont dépassé les 20 minutes lors de ce rendez-vous contre 20,15% des spécialistes.

		< 5 min	Entre 5 et 10 min	Entre 10 et 20 min	> 20 min	TOTAL
<b>Cabinet libéral</b>	<i>Effectif</i>	18	78	146	33	<b>275</b>
	<i>%</i>	6,55	28,36	53,09	12,00	<b>100</b>
<b>Milieu hospitalier</b>	<i>Effectif</i>	0	8	10	1	<b>19</b>
	<i>%</i>	0,00	42,11	52,63	5,26	<b>100</b>
<b>Planning familial/CPEF</b>	<i>Effectif</i>	0	4	8	4	<b>16</b>
	<i>%</i>	0,00	25,00	50,00	25,00	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>18</b>	<b>90</b>	<b>164</b>	<b>38</b>	<b>310</b>

Seules les primo-prescriptions réalisées en cabinet libéral ont duré moins de 5 minutes.

Pour environ la moitié des consultations menées en milieu libéral, hospitalier ou au sein d'un CPEF ou d'un planning, la durée du rendez-vous était comprise entre 10 et 20 minutes.

Un quart des entretiens effectués dans un planning ou un CPEF ont une durée dépassant les 20 minutes (25%) contre seulement 5% de ceux effectués en milieu hospitalier et 12% en libéral.

**c. Lien avec l'ancienneté de la consultation**

<b>Tableau n°9 – Nombre d'étapes de la méthode BERCER parfaitement réalisées et ancienneté de la consultation – N = 327</b>						
		< 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 ans	> 2 ans	TOTAL
<b>&lt; 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	10	14	48	224	<b>296</b>
	<i>%</i>	3,38	4,73	16,22	75,68	<b>100</b>
<b>≥ 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	0	3	4	24	<b>31</b>
	<i>%</i>	0,00	9,68	12,90	77,42	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>	<b>17</b>	<b>52</b>	<b>248</b>	<b>327</b>
<i>Donnée manquante = 1</i>						

<b>Test de Cochran Armitage</b>	
Significativité	p = 0,7934

Dans le cas où au moins 3 étapes de la méthode BERCER ont été *parfaitement* réalisées, 9.68 % des consultations remontent à entre 6 mois et 1 an, 12.9% entre 1 et 2 ans et 77.42% à plus de 2 ans. On remarque également qu'aucune primo-prescription ne date de moins de 6 mois dans cette situation.

Lorsque moins de 3 étapes ont correctement été suivies, 3,38% des consultations remontent à moins de 6 mois et 75,68% à plus de 2 ans.

Les différences ne sont pas significatives (p=0,7934). On ne peut pas affirmer qu'il existe un lien entre la bonne réalisation du modèle BERCER et l'ancienneté de la consultation. En d'autres termes, on ne peut rien dire à propos de la mémorisation des femmes à plus ou moins long terme du déroulement de la consultation et l'application plus ou moins complète du modèle BERCER.

**d. Lien avec le lieu de la consultation**

<b>Tableau n°10 – Nombre d'étapes de la méthode BERCER parfaitement réalisées et lieu de la consultation – N = 324</b>					
		Cabinet libéral	Milieu hospitalier	Planning familial ou CPEF	TOTAL
<b>&lt; 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	263	18	13	<b>294</b>
	<i>%</i>	89,46	6,12	4,42	<b>100</b>
<b>≥ 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	23	2	5	<b>30</b>
	<i>%</i>	76,67	6,67	16,67	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>286</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>324</b>
<i>Données manquantes = 4</i>					

<b>Test de Fisher exact</b>	
Significativité	p = 0,0255

Les 4 données manquantes représentent les femmes ayant répondu « *autre* » ou n'ayant pas répondu du tout à la question portant sur le lieu de la consultation.

Dans le cas où au moins 3 étapes de la méthode BERCER ont été parfaitement réalisées, 76,67% des prescriptions ont été faites en cabinet libéral, 6,67% en milieu hospitalier et 16,67% dans un planning familial ou un CPEF.

Lorsque moins de 3 étapes ont correctement été suivies, 4,42% des consultations se sont déroulées dans un planning familial ou un CPEF.

Cette différence est significative ( $p=0,0255$ ). On peut donc affirmer que dans le cas où la primo-prescription de pilule est réalisée au sein d'un planning familial ou d'un CPEF par exemple, le nombre de consultations durant lesquelles au moins 3 étapes de la méthode BERCER sont correctement réalisées est plus important.

**e. Lien avec le professionnel de santé réalisant la consultation**

<b>Tableau n°11 – Nombre d'étapes de la méthode BERCER parfaitement réalisées et professionnel de santé réalisant la consultation – N = 326</b>					
		<b>Médecin généraliste</b>	<b>Gynécologue</b>	<b>Sage-femme</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&lt; 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	166	121	8	<b>295</b>
	<i>%</i>	56,27	41,02	2,71	<b>100</b>
<b>≥ 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	11	15	5	<b>31</b>
	<i>%</i>	35,48	48,39	16,13	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>177</b>	<b>136</b>	<b>13</b>	<b>326</b>
<i>Données manquantes = 2</i>					

<b>Test du Chi-deux</b>	
Significativité	p = 0,0005

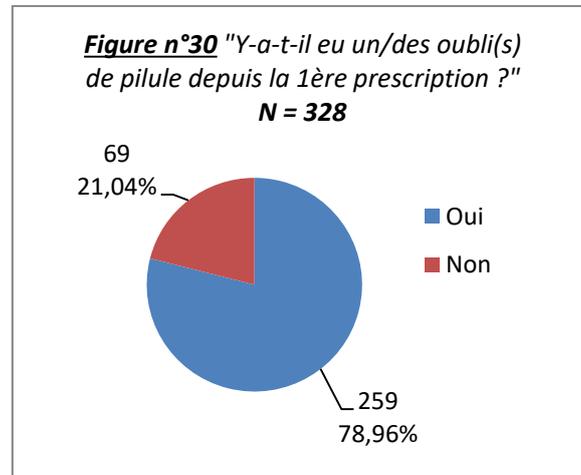
Les 2 données manquantes représentent les femmes ayant répondu « *autre* » à la question portant sur le praticien réalisant la consultation.

Dans le cas où au moins 3 étapes de la méthode BERCER ont été *parfaitement* réalisées, 35,48% des prescripteurs étaient des médecins généralistes, 48,39% des gynécologues et 16,13% des sages-femmes.

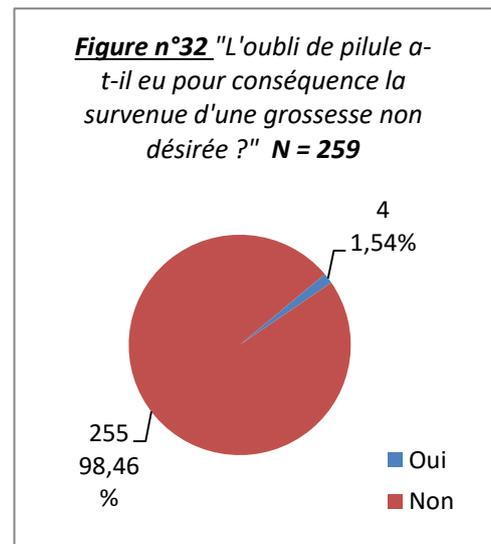
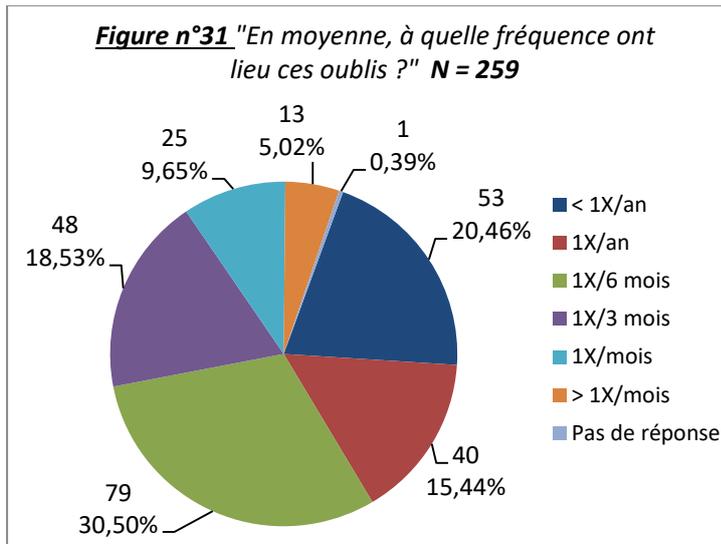
Lorsque moins de 3 étapes ont correctement été suivies, 2,71 % des consultations ont été réalisées par des sages-femmes.

Cette différence est significative ( $p=0,0005$ ). On peut donc affirmer que lorsque la primo-prescription de pilule est réalisée par une sage-femme par exemple, le nombre de consultations durant lesquelles au moins 3 étapes de la méthode BERCER sont correctement réalisées est plus important.

## 6. Focus sur l'oubli de pilule



Parmi les 259 personnes de la figure n°30 ayant répondu « oui » :



78,96% des utilisatrices de pilule de l'enquête ont déjà eu un ou des oubli(s) depuis la première prescription (figure n°30).

Parmi elles, 30,50% l'oublent en moyenne une fois tous les six mois, 20,46% moins d'une fois par an, 18,53% une fois tous les trois mois et 15,44% environ une fois par an (figure n°31).

Dans l'ensemble de l'échantillon, quatre femmes ont été enceintes suite à un oubli de pilule (figure n°32). Pour trois d'entre elles, ces oublis avaient lieu plus d'une fois par mois et pour une seule, une fois tous les six mois.

<b>Tableau n°12 – Nombre d'étapes de la méthode BERGER parfaitement réalisées et oubli de pilule – N = 328</b>				
		<b>Ø oubli</b>	<b>Un ou des oubli(s)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&lt; 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	64	233	<b>297</b>
	<i>%</i>	21,55	78,45	<b>100</b>
<b>≥ 3 étapes parfaitement réalisées</b>	<i>Effectif</i>	5	26	<b>31</b>
	<i>%</i>	16,13	83,87	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>69</b>	<b>259</b>	<b>328</b>

<b>Test du Chi-deux</b>	
Significativité	p = 0,4811

Dans le cas où au moins 3 étapes de la méthode BERGER ont été *parfaitement* réalisées, 83,87 % des femmes ont eu un ou des oubli(s) de comprimé depuis la primo-prescription de pilule.

Lorsque moins de 3 étapes ont correctement été suivies, 78,45 % des femmes ont au moins eu un oubli.

Cette différence n'est pas significative (p=0,4811). On ne peut donc pas affirmer qu'il existe un lien entre le nombre d'étapes de la méthode BERGER parfaitement réalisées et la survenue d'oublis de pilule.

<b>Tableau n°13 – Oubli et professionnel de santé – N = 328</b>				
		<b>Ø oubli</b>	<b>Un ou des oubli(s)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Médecin généraliste</b>	<i>Effectif</i>	30	147	<b>177</b>
	<i>%</i>	17,00	83,00	<b>100</b>
<b>Gynécologue</b>	<i>Effectif</i>	35	101	<b>136</b>
	<i>%</i>	25,74	74,26	<b>100</b>
<b>Sage-femme</b>	<i>Effectif</i>	4	9	<b>13</b>
	<i>%</i>	30,77	69,23	<b>100</b>
<b>Autre</b>	<i>Effectif</i>	0	2	<b>2</b>
	<i>%</i>	0	100	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>69</b>	<b>259</b>	<b>328</b>

On constate que 83% des femmes ayant consulté un médecin généraliste pour la première prescription de leur pilule ont eu un ou des oubli(s) depuis cette consultation. Lorsque qu'il s'agit d'un gynécologue ce taux est à 74,26% et à 69,23% quand la consultation a été menée par une sage-femme.

<b>Tableau n°14 – Oubli et lieu de consultation – N = 327</b>				
		<b>Ø oubli</b>	<b>Un ou des oubli(s)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Cabinet libéral</b>	<i>Effectif</i>	57	229	<b>286</b>
	<i>%</i>	19,93	80,07	<b>100</b>
<b>Milieu hospitalier</b>	<i>Effectif</i>	6	14	<b>20</b>
	<i>%</i>	30,00	70,00	<b>100</b>
<b>Planning familial / CPEF</b>	<i>Effectif</i>	4	14	<b>18</b>
	<i>%</i>	22,22	77,78	<b>100</b>
<b>Autre</b>	<i>Effectif</i>	2	1	<b>3</b>
	<i>%</i>	66,66	33,33	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>69</b>	<b>258</b>	<b>327</b>

On constate que 80,07% des femmes ayant consulté en cabinet libéral pour la première prescription de leur pilule ont eu un ou des oubli(s) depuis cette consultation. Lorsque cette dernière a eu lieu dans un planning familial ou CPEF, ce taux est à 77,78% et à 70% quand la consultation a été réalisée en milieu hospitalier.

<b>Tableau n°15 – Oubli et durée de consultation – N = 328</b>				
		<b>Ø oubli</b>	<b>Un ou des oubli(s)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Moins de 5 min</b>	<i>Effectif</i>	2	16	<b>18</b>
	<i>%</i>	11,11	88,88	<b>100</b>
<b>Entre 5 et 10 min</b>	<i>Effectif</i>	20	71	<b>91</b>
	<i>%</i>	21,98	78,02	<b>100</b>
<b>Entre 10 et 20 min</b>	<i>Effectif</i>	40	125	<b>165</b>
	<i>%</i>	24,24	75,76	<b>100</b>
<b>Plus de 20 min</b>	<i>Effectif</i>	6	34	<b>40</b>
	<i>%</i>	15,00	85,00	<b>100</b>
<b>Ne sait plus</b>	<i>Effectif</i>	1	13	<b>14</b>
	<i>%</i>	7,12	92,88	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>69</b>	<b>259</b>	<b>328</b>

Lorsque la consultation a duré moins de 5 minutes, 88,88% des femmes ont eu un ou des oubli(s) de pilule. Ce taux diminue ensuite et passe à 78,02 % lorsque que la durée était comprise entre 5 et 10 minutes et 75,76% entre 10 et 20 minutes. En revanche, lorsque la rencontre a duré plus de 20 minutes, 85% des femmes ont eu un ou des oubli(s) depuis la prescription.

## PARTIE III : ANALYSE DES RESULTATS ET PROPOSITIONS

### **I. Atouts, limites et biais de l'étude**

#### **1. Les limites de l'étude**

En plus d'obtenir des réponses purement subjectives, cette étude est basée sur la mémorisation qu'ont les femmes du déroulement de leur primo-prescription de pilule. Les consultations datent de plusieurs mois voire de plusieurs années parfois et bien que certaines informations ont été délivrées lors de cette consultation, elles ont pu être oubliées par les femmes. C'est pourquoi le faible suivi de la méthode BERGER retrouvé dans cette enquête a pu être surestimé et que ce biais de mémorisation limite la fiabilité de cette étude. En revanche, les résultats obtenus peuvent correspondre à ce dont les femmes se souviennent réellement à long terme.

La longueur du questionnaire étant conséquente, tous les points de la méthode BERGER détaillée dans le rapport de l'ANAES n'ont pas été étudiés ou reformulés dans le questionnaire. Nous avons fait le choix, par exemple, de ne pas poser de questions précises sur la place du compagnon dans le choix de la contraception. Seul l'item « situation conjugale » de la question 12, abordait ce sujet.

De même, par soucis d'un temps de réponse acceptable, nous avons limité les questions portant sur les données personnelles des participantes. Le lieu d'habitation n'a pas été demandé, ce qui aurait pourtant permis d'obtenir une répartition géographique de la population, reflet de la diffusion du questionnaire via les réseaux sociaux. Le niveau et le domaine d'étude au moment de la prescription de pilule n'ont pas fait l'objet d'une question mais auraient permis de mieux analyser certains résultats. Il aurait par exemple été intéressant et judicieux de connaître le domaine d'études des femmes n'ayant pas reçu d'informations complètes de la part du professionnel. Etait-ce parce que ces femmes avaient déjà des bases en matière de contraception via leurs études ?

Pour l'analyse, il nous a été difficile de comparer nos résultats concernant l'application du modèle BERGER avec les données de la littérature puisqu'il n'existe pas un guide précis de la bonne application de cette méthode lors d'une consultation de contraception. C'est pourquoi nous avons dû créer nous-même un guide en ANNEXE 3 afin de pouvoir établir un niveau de suivi. Par ailleurs, les seules études retrouvées concernant le déroulement d'une primo-prescription de pilule concernent les médecins généralistes uniquement. Les comparaisons avec nos résultats sont donc difficiles à interpréter puisque notre population a aussi consulté des gynécologues et sages-femmes.

De plus, dans notre analyse, des croisements simples sans tests statistiques ont été réalisés concernant les différents professionnels et lieux de consultations. Or les effectifs ne sont pas tous égaux : nous n'avons que 13 consultations menées par une sage-femme et les entretiens réalisés en milieu libéral représentent plus des trois quarts de notre échantillon. Les résultats de ces croisements devront donc prendre en compte l'inégale répartition des données. Il s'agit notamment des tableaux n°3, n°7, n°8, n°13 et n°14.

## **2. Les points forts de l'étude**

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas retrouvé, jusqu'à aujourd'hui, d'études relatives à l'application de la méthode BERCER réalisées en interrogeant des femmes. Certaines y font quelque peu référence mais se placent du côté des soignants. Notre enquête permet donc d'éviter un éventuel biais de déclaration de la part des professionnels de santé.

D'autre part, le fait que le questionnaire ait été rempli par les femmes elles-mêmes permet d'obtenir une représentation de ce qu'elles ont réellement retenu lors de cette consultation car recevoir une information ne signifie pas forcément l'avoir intégrée. Les résultats doivent donc prendre en compte cette notion importante.

Le choix de diffusion de cet auto-questionnaire par internet a permis de recueillir des données de façon anonyme, favorisant un sentiment d'intimité aux participantes de l'étude qui ont ainsi pu répondre de façon plus sincère aux questions.

De plus, ce mode de recueil a permis d'obtenir rapidement un échantillon de 524 réponses, dont 328 exploitables. Cet échantillon conséquent a permis à l'équipe de Biostatistiques d'obtenir un seuil de significativité élevé ( $p < 0,05$ ) lors des certains tests.

## **II. Analyse et discussion des résultats**

### **1. Présentation brève de l'échantillon**

Sur les 328 participantes éligibles de notre étude, 99,40% des femmes ont le baccalauréat et 71,34% sont encore en études, période où le désir d'enfant n'est bien souvent pas une priorité. Cela se confirme puisque la grande majorité de notre population (83,54%) est en couple (union libre, mariée ou pacsée) et utilise une contraception.

### **2. Les professionnels de santé**

Actuellement, les sources d'informations sur la contraception sont multiples : corps médical et paramédical, internet, télévision, presse féminine, milieu scolaire... Mais la spécificité de chaque femme nécessite des informations spécifiques elles-aussi, qui peuvent ne pas être expliquées ou concrètement détaillées dans la presse ou les médias.

En France, les textes de lois prévoient trois séances d'éducation à la vie sexuelle et affective par an dans les collèges et lycées. Celles-ci ne sont qu'exceptionnellement organisées et quand bien même, tous les sujets ne sont pas abordés et la mémorisation à long terme des informations transmises peut faire défaut. (6)

Il existe donc un rôle fondamental de la consultation de contraception et des messages délivrés par les professionnels de santé.

Dans notre échantillon, la majorité des femmes (53,96%) ont consulté un médecin généraliste pour la prescription de leur première pilule, 41,46% un gynécologue et 3,96% une sage-femme. Nos chiffres diffèrent d'une étude nationale intitulée EPILULE datant de 2003 révélant que dans 51,9% des cas, la prescription initiale a été réalisée par un spécialiste et par un généraliste pour globalement le reste des cas. (14)

Cette dissemblance peut s'expliquer par le fait que l'étude date de plus de 10 ans. Depuis, la démographie médicale des gynécologues est en baisse et le champ de compétences des sages-femmes s'est élargi, leur laissant une place dans le suivi gynécologique des femmes.

L'arrêt du 11 mars 2013 paru au Journal Officiel fixe le programme des études de sages-femmes en prenant en compte leurs nouvelles compétences suite à la loi HPST. Une unité d'enseignement (UE) a été créée, s'intitulant « Gynécologie, santé génésique des femmes et aide médicale à la procréation » dont l'un des objectifs est d'informer et de conduire une consultation de contraception. Cette UE comporte 4 à 6 « *European Credits Transfer System* » (ECTS). La charge de travail d'un ECTS représente 25 à 30h comprenant le nombre d'heures d'enseignement (cours magistraux, travaux dirigés (TD) et travaux pratiques(TP)) ainsi que le travail en autonomie fourni par l'étudiant. A cela se rajoute 8 à 14 ECTS de formation clinique. Ici, 1 ECTS correspond à 30h de stage. Ce dernier peut se dérouler en CPEF, centre d'orthogénie, cabinet libéral ou établissement public ou privé de santé réalisant des consultations gynécologiques. (24,25)

Les écarts d'ECTS laissent une certaine latitude aux écoles de sages-femmes dans la dispensation de cette UE. A l'école du Centre Hospitalier Régional de Lille, les enseignements sur la contraception abordent certes les différentes méthodes existantes mais également la démarche de counseling et la méthode BERCER. Des TD, TP sur la pose/retrait de DIU et d'implants ainsi que des jeux de rôles sont également mis en place afin d'appuyer les connaissances théoriques.

Toujours est-il qu'à l'issue de sa formation, l'étudiant sage-femme se doit d'être compétent dans la réalisation d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

De nos jours, 54% des françaises savent qu'elles peuvent consulter une sage-femme pour leur contraception contre 49% en 2014. En 2017, 69% se disaient prêtes à se faire prescrire une contraception par une sage-femme contre 59% en 2014. (26)

D'ailleurs, dans notre étude, les sages-femmes se démarquent à plusieurs reprises. La seule consultation pour laquelle le modèle BERCER a parfaitement été suivi dans son intégralité a été réalisée par une sage-femme libérale et lorsque la primo-prescription est réalisée par ce professionnel, le nombre de consultations durant lesquelles au moins 3 étapes de la méthode BERCER sont correctement réalisées est plus important que chez les gynécologues ou médecins généralistes.

En revanche, les médecins généralistes ne se placent pas en favoris dans notre enquête : lorsque la primo-prescription de pilule est réalisée par ce professionnel, le nombre de consultations durant lesquelles au moins 3 étapes de la méthode BERCER sont correctement réalisées est plus faible par rapport aux gynécologues ou aux sages-femmes de notre échantillon.

Un sondage INPES BVA réalisé auprès d'hommes et de femmes estime pourtant légitime la place du médecin généraliste en matière de contraception. D'après une autre étude nationale datant de

2003, 86% des généralistes se sentent à l'aise pour s'occuper de ce domaine et seul 10% préfèrent que le suivi soit assuré par un gynécologue, par manque de formation. (14)

En effet, la gynécologie n'occupe pas une place majeure dans le cursus d'études des médecins généralistes. Ce n'est qu'à partir de la quatrième année qu'est réellement abordée la contraception, au cours de l'item n°35. Les étudiants doivent savoir la prescrire et l'expliquer lors de la fin de leur deuxième cycle d'études aboutissant à l'obtention du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM). A noter que la contraception ne fait l'objet que d'un item sur les 362 au total. Ensuite, durant leurs trois ans d'internat, la formation pratique comprenait jusqu'à récemment, trois stages obligatoires : un en médecine de l'adulte, un en médecine d'urgence et un en pédiatrie ou gynécologie. Une réforme est apparue courant 2017, rendant obligatoire le stage dans le domaine de santé de la femme afin de mieux prendre en compte la place de la gynécologie et notamment de la prescription contraceptive. Pour les médecins déjà en exercice, la formation continue apparaît primordiale pour permettre une actualisation des connaissances dans ce domaine. (27–29)

### **3. CPEF et Planning Familial**

Le Planning Familial est une structure associative où travaillent salariés (médecins, sages-femmes, conseillères conjugales..) et bénévoles ayant reçu une formation interne. Les CPEF, eux, dépendent du conseil départemental pour la majorité et les personnels qui y travaillent sont des salariés.

Ces deux services ont des fonctionnements plutôt similaires et les délais de rendez-vous sont généralement plus courts qu'en milieu hospitalier ou libéral. Ils abordent la sexualité dans sa globalité et offrent des prestations diverses : accueil, écoute, conseils, informations en contraception, sensibilisation à la prévention des risques mais aussi accompagnement dans les démarches de demande d'IVG, interventions en établissements scolaires, auprès de professionnels du médico-social...

La grande différence entre ces deux structures est que seuls les CPEF proposent des consultations médicales (suivi gynécologique, suivi de contraception, dépistage voire réalisation d'IVG) et peuvent donc délivrer des moyens contraceptifs, traitements ou encore la pilule du lendemain. Les confusions entre ces deux centres sont nombreuses car certains conseils départementaux ont délégué le fonctionnement des CPEF au Planning Familial qui peut donc, par ce biais, réaliser des consultations médicales. (6)

Bien que dans notre étude la majorité des consultations se sont déroulées dans un cabinet en libéral, les plannings familiaux et les CPEF sortent du lot. En effet, dans le cas où la primo-prescription de pilule est réalisée au sein d'une de ces structures, le nombre de consultations durant lesquelles au moins 3 étapes de la méthode BERCER sont correctement réalisées est plus important, comparativement au milieu hospitalier ou libéral.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cela. Les personnes ayant choisi de travailler dans ces structures sont très probablement plus sensibles et intéressées au sujet de la contraception mais également plus à même d'être attentifs aux besoins des femmes puisque, comme dit ci-dessus, ce sont avant tout des centres d'accueil et d'écoute. Le counseling et la démarche éducative

caractérisant la méthode BERCER font probablement partie des principes défendus par les professionnels et bénévoles travaillant au sein des plannings familiaux et des CPEF.

Mais on peut également penser au phénomène dit de « compagnonnage » : travailler en collectif permet de pallier l'absence de formation par la circulation d'informations et de savoir-faire entre collègues. Un article publié dans *Sciences Sociales et Santé* mentionne par exemple que les médecins généralistes donnent plus de recommandations variées en termes de méthodes contraceptives quand ils travaillent dans des structures collectives que ceux qui travaillent seuls en cabinet. (7)

Dans notre enquête, les trois catégories de professionnels sont présentes dans ces structures, même si on y retrouve à plus forte raison des gynécologues. Chacun peut donc apporter une partie de son savoir et de ses connaissances aux autres afin de parfaire ensemble leurs pratiques et d'aborder au mieux chaque femme dans sa spécificité.

En revanche, au vu des résultats plutôt positifs des CPEF et des plannings dans notre enquête, on peut être déçu du faible nombre de consultations de primo-prescription de pilule réalisées dans ces structures. L'inégale répartition géographique des CPEF sur le territoire français ainsi que l'appellation de ces centres, possiblement mal comprise et adaptée aux jeunes générations, peuvent être en partie responsable.(6)

**N.B.** : Nous tenons à faire remarquer que la question portant sur le lieu de la consultation aurait mérité d'être plus précise afin de réellement faire un distinguo entre milieu hospitalier et CPEF. En effet, dans certains cas les CPEF peuvent être intégrés au sein de structures hospitalières.

#### **4. La méthode BERCER en détail**

##### **a. Bienvenue**

Le premier contact est primordial car l'essentiel de la relation se joue à ce moment. La qualité de l'accueil permet d'établir un climat respectueux, chaleureux et rassurant pour la patiente pouvant ainsi parler librement et aisément de contraception. La réussite de cette première rencontre est également nécessaire pour son adhésion à la méthode contraceptive choisie et pour mettre en place, par la suite, son suivi gynécologique régulier. (18,20)

##### **Présentation du professionnel de santé**

Concernant notre étude, environ un tiers des participantes (36,64%) affirment que le professionnel de santé n'a ni précisé son nom ni sa fonction au début l'entretien.

Pourtant, le fait de se présenter permet une invitation au dialogue, aux interactions. Dans le cas inverse, on peut penser que les femmes se sentent gênées ou embarrassées et encore plus lorsque le motif de consultation touche un domaine de l'intime comme la contraception.

Cette hypothèse ne se confirme que partiellement dans notre étude. En effet, la principale raison citée par les femmes n'ayant pas pu poser leurs questions durant la consultation est le fait de se sentir mal à l'aise. La deuxième cause mentionnée par les femmes est que le praticien ne leur a

pas laissé l'opportunité de s'exprimer. On constate ici un défaut majeur de communication, un clivage dans la relation soignant-soigné où la notion d'équivalence a du mal à s'installer. Mais en revanche, si l'on s'attarde de plus près aux femmes mentionnant qu'elles n'étaient pas suffisamment à l'aise pour poser leurs questions, on remarque que la moitié (51,43%) connaissait pourtant le professionnel de santé avant cette consultation et que pour les autres, il s'était présenté dans la moitié des cas (52,94%).

Ces résultats peuvent trouver une raison logique dans le fait que la contraception s'inscrit dans le domaine de la sexualité qui est un sujet délicat pour certaines et encore plus lorsque le soignant nous est familier, par exemple dans le cas où le médecin généraliste est également le médecin traitant.

A noter cependant que la question 11, intitulée « *Durant cette consultation, avez-vous pu poser toutes les questions que vous souhaitiez ?* » ainsi que les réponses données nous ont posé souci dans l'analyse des résultats. Car que signifie réellement le « oui » à cette question ? La femme a-t-elle posé uniquement des questions d'ordre général ? A-t-elle osé parler de sexualité ? Le questionnaire n'apparaît pas être ici le meilleur outil pour savoir ce qu'il se cache réellement derrière ce « Oui », des entretiens qualitatifs auraient permis d'obtenir des réponses plus précises et concrètes.

#### Confidentialité de la consultation

Poser le cadre de l'entretien et expliquer son déroulement permet de rassurer la patiente. L'aspect confidentiel n'a été abordé qu'auprès de la moitié de femmes (51,52%). Cela paraît peut-être logique pour le soignant car le secret professionnel est l'une de ses obligations majeures dans l'exercice de ses fonctions. Mais les femmes n'en n'ont peut-être pas connaissance, d'où l'importance de préciser la totale confidentialité en début consultation ce qui favorisera un climat de confiance.

#### Temps de consultation

Le modèle BERCER inscrit l'entretien dans la durée. Les recommandations préconisent de dédier une consultation spécifiquement à la primo-prescription de contraception. Aucune indication de temps n'est clairement posée mais certaines estimations placent la durée de la consultation à 30 minutes. (18)

Ce temps n'est pas toujours facile à manager en pratique courante. Les plages horaires des professionnels sont souvent d'une vingtaine de minutes et il se peut que les patientes ne viennent pas spécialement pour la contraception mais donnent une excuse pour aborder ce sujet chronophage.

Dans notre étude, la moitié des femmes interrogées estiment la durée de la consultation entre 10 et 20 minutes, seuls 12,20% des femmes ont bénéficié d'une consultation de plus de 20 minutes.

Nos résultats montrent que les sages-femmes représentent le corps de métiers passant le plus de temps en consultation, suivies des gynécologues puis des médecins généralistes. Les CPEF et

plannings familiaux sont, dans notre étude, les lieux où la durée de consultation dépasse le plus souvent les 20 minutes. Cela concorde avec les caractéristiques propres à ces structures, détaillées dans la partie précédente de ce mémoire : ce sont des centres d'accueil et d'écoute spécialisés dans le domaine de la contraception.

On peut alors se demander quelles informations les professionnels de santé ont eu le temps de transmettre aux patientes sur un sujet aussi vaste que la pilule, lorsque la consultation a duré moins de 20 minutes et encore plus lorsque la durée était inférieure à 5 minutes. Et qu'ont retenu ces patientes au final avec un temps d'entretien si court ?

Le manque de temps est un réel obstacle à la bonne communication. D'ailleurs, parmi les femmes de l'échantillon n'ayant pas pu poser leurs questions durant le rendez-vous, 18,18% citent le manque de temps comme cause.

### **b. Entretien**

L'étape de l'Entretien se veut interactive, permettant d'élaborer un « *diagnostic éducatif* » : avec l'aide du soignant, la femme identifie ses besoins et ils explorent tout deux « *ce qu'elle a* » (état de santé, facteurs de risques familiaux ou personnels...), « *ce qu'elle fait* » (rythme de vie, situation professionnelle, familiale, niveau de ressource...), « *ce qu'elle sait ou croit* » (croyances, connaissances et expériences en contraception) et « *ce dont elle a envie* » afin d'établir les méthodes contraceptives les plus adaptées pour elle et de l'aider dans son choix. (30)

Près d'un quart des femmes de notre étude (25,61%) n'ont pas été questionnées sur leur état de santé. Cela nous laisse perplexe au vu des contre-indications absolues d'une méthode hormonale à rechercher impérativement chez toute patiente. La responsabilité médicale peut être remise en cause si une prescription a été réalisée à tort suite aux éventuelles conséquences néfastes des hormones sur la santé de la femme.

Toutefois, il ne faut pas omettre le biais de mémorisation important dans ce travail et il aurait été judicieux de détailler davantage la formulation de la proposition de réponse « état de santé ».

En comparaison, dans une thèse d'A. DUPUIS réalisée en 2016, 100% des médecins généralistes interrogés affirment prendre en compte les antécédents de la patiente avant la primo-prescription contre 66,66% dans notre enquête pour l'item « état de santé ». (31)

Dans notre étude, les sujets tels que le rythme de vie et les expériences et connaissances en contraception ne sont abordés que pour une petite moitié des femmes, la situation professionnelle pour un quart d'entre elles et la situation économique pour moins de 5% des participantes.

Dans la littérature, nous n'avons trouvé uniquement des travaux portant sur la pratique des médecins généralistes réalisés par le biais d'un questionnaire directement distribué aux professionnels. Leurs résultats ne sont pas en accord avec les nôtres :

- Selon la thèse de G. EURIN menée en 2012, 94% des médecins interrogent la patiente sur son expérience en matière de contraception contre 49,15% dans notre échantillon (21)
- Selon celle de A. DUPUIS, 72% des généralistes s'intéressaient au contexte économique contre 11,86% dans notre échantillon (31)

Toujours dans notre enquête, on constate que les sages-femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les autres professionnels à aborder différents sujets lors de cette étape. On pourrait supposer que leur formation aborde davantage l'importance et la nécessité d'une prise en charge globale des patientes en demande de contraception.

### **c. Renseignement**

La patiente vient parfois consulter avec une idée bien précise du mode contraceptif qu'elle souhaite et tient ses informations de son entourage, les médias ou internet. Mais de nombreuses fausses idées et croyances circulent autour des différents moyens existants et c'est ici l'occasion pour le professionnel de rétablir la réalité et de présenter de façon objective le panel contraceptif s'offrant à la patiente. Il convient donc de détailler notamment les avantages, inconvénients et coût des différentes méthodes adaptées à la situation personnelle de la patiente.

Il faut savoir que les caractéristiques du prescripteur peuvent influencer la diffusion d'informations.

Par exemple, les gynécologues présentent une pluralité de moyens contraceptifs plus importante que les médecins généralistes. Cela se confirme dans notre étude où 33,82% des spécialistes présentent d'autres méthodes que la pilule contre 22,03% des généralistes.

Les généralistes de sexe masculin ont plus tendance à donner la pilule alors que les femmes abordent davantage la diversité des méthodes existantes.

Et quel que soit le prescripteur, son expérience personnelle et sa propre utilisation de contraception dans son couple influence la prescription et les informations délivrées. (7)

#### **Quand d'autres méthodes ont été proposées : avantages et inconvénients**

Lorsque d'autres méthodes sont développées, les avantages et inconvénients sont détaillés de façon complète pour environ un tiers des femmes et en partie détaillés pour la moitié des femmes.

On retrouve dans la littérature des données qui diffèrent de nos résultats mais qui ne concernent une fois encore qu'une catégorie de professionnels :

- 74,8% des médecins généralistes de l'étude de A. DUPUIS affirment prendre le temps d'expliquer aux patientes les avantages et inconvénients de chaque méthode (31)
- 90% des médecins généralistes de la thèse de G. EURIN détaillent les différentes contraceptions et 81% d'entre eux s'attardent uniquement sur celles qui intéressent ou sont adaptées à la patiente (21)

#### **Quand d'autres méthodes ont été proposées : coût**

« La meilleure contraception est celle que l'on choisit »... et qui rentre dans notre budget ! Les moins de 25 ans représentent la deuxième tranche d'âge des ménages les plus pauvres après les 45-54 ans, c'est pourquoi le coût est souvent évoqué comme un frein à l'utilisation de méthodes contraceptives dans cette tranche d'âge.

Par exemple, le patch et l'anneau ne sont pas remboursés et représentent un budget d'une quinzaine d'euros par mois. Toutefois, ce sont des produits dont l'efficacité n'est pas contestée et qui conviennent très bien à certaines femmes, notamment en alternative à la pilule que l'on doit s'astreindre à prendre quotidiennement.

Dans notre étude, 60% des femmes n'ont pas bénéficié d'informations sur le coût financier ou le taux de remboursement des autres méthodes présentées, informations jouant pourtant un rôle important dans la balance du choix contraceptif. (18,32)

#### Quand aucune autre méthode n'a été proposée

Aucun autre moyen contraceptif que la pilule n'a été présenté pour environ 70% des femmes de notre enquête.

***Etait-ce par manque de temps ?*** Probablement puisque pour toutes les femmes dont la durée de consultation était inférieure à 5 minutes, aucune n'a bénéficié d'informations sur les autres méthodes. Pour la moitié d'entre elles, le choix de la pilule avait déjà été fait avant cette consultation et aucune n'aurait souhaité avoir d'informations sur les autres méthodes. En revanche, pour l'autre moitié, elles sont arrivées sans idée précise de la contraception qu'elles voulaient mais auraient toutes souhaité avoir des informations !

***Etait-ce par méconnaissance de la part des professionnels de santé ?*** Peut-être puisque dans son rapport, la HAS décrit plusieurs freins du côté du corps médical pouvant limiter l'accès des femmes à certaines contraception. Par exemple des croyances erronées notamment concernant le DIU ou un manque de connaissances sur certains contraceptifs comme l'anneau vaginal ou encore une réticence à réaliser des gestes techniques comme la pose/retrait d'implants suite à une formation insuffisante ou à des contraintes matérielles et de temps. Et en l'absence de formation adaptée, c'est la méthode la plus connue et la plus facile à prescrire, à savoir la pilule, qui est recommandée. Les autres moyens sont souvent passés à la trappe. (6,7)

Parmi ces femmes n'ayant pas reçu d'autres informations que celles sur la pilule, 34,91% n'auraient pas souhaité en avoir sur les autres méthodes puisque qu'elles estimaient déjà les connaître ou ne voulaient que la pilule. Ici encore, il aurait été intéressant, via des entretiens qualitatifs, de se pencher sur ce que savent réellement ces femmes sur les autres méthodes : croyances ? « On-dit » ? Connaissances scientifiques fiables ?

En revanche, les 65,09% restant auraient aimé des informations sur d'autres méthodes. Et parmi elles, presque la moitié (47,68%) n'estime pas avoir eu le sentiment que le choix final de la pilule leur appartenait.

#### **d. Choix**

Dans le dictionnaire Larousse, le verbe choisir correspond à l'action de « *faire des comparaisons entre plusieurs choses, exercer son jugement, user de son goût, etc., pour prendre, adopter quelque chose de préférence à quelque chose d'autre* ».

Dans le modèle BERCER, le choix de la patiente est une étape clé. Une patiente ayant choisi sa méthode contraceptive sera plus impliquée, ce qui améliore la satisfaction et la bonne utilisation du contraceptif.(20)

Dans la thèse de G. EURIN, 95,2% des généralistes affirment laisser le choix du moyen contraceptif aux femmes. (21) En revanche, dans notre étude, 82,97% des femmes préférant la pilule avant la consultation ont eu ce sentiment de choix, contre environ 50% chez les femmes n'ayant aucune préférence ou alors attirance pour une autre méthode que la pilule.

D'après la définition ci-dessus, peut-on réellement qualifier cette décision de choix alors que 62,87% des femmes ayant eu ce sentiment n'ont pas bénéficié d'explications sur le panel contraceptif possible en alternative à la contraception orale ?

Même au XXI<sup>ème</sup> siècle, le dogme du médecin comme seul détenteur du savoir reste encore fort dans la relation soignant-patient. Le fait que les praticiens se présentent comme simples conseillers dans une décision revenant au patient remet en question le rapport de pouvoir entre le professionnel de santé et la femme, ce qui peut s'opposer aux principes de certains membres du corps médical.(7)

#### **e. Explication**

Cette étape permet à la patiente de recevoir des informations plus précises et orientées sur la méthode choisie : avantages, inconvénients, coût, emploi voire aide à la prise en routine de comprimés, méthodes de rattrapage...

#### **Informations sur les avantages, inconvénients et coût de la pilule**

Dans notre étude, les désavantages d'une contraception orale sont moins fréquemment abordés par les praticiens que les avantages. Ils sont pourtant tout aussi importants à mentionner car en effet, les inconvénients de la pilule comme les céphalées, les saignements intermittents ou les troubles de la libido peuvent n'être que transitoires. Il apparaît donc nécessaire de les expliquer aux utilisatrices afin d'éviter les arrêts prématurés ou intempestifs. Quant aux bénéfices de la pilule comme la régularisation des cycles ou la diminution des dysménorrhées, les citer ne peut que favoriser davantage l'adhésion de la patiente. (33)

Un sondage de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) de 2017 montre que 54% des femmes, contre 21,95% dans notre étude, estiment ne pas avoir reçu d'informations sur les avantages et inconvénients du moyen de contraception qu'elles allaient prendre et parmi elles, 22% le regrettent. (26)

Les modalités de suivi d'une prescription de pilule (renouvellements, bilans biologiques) associées aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie et d'une éventuelle complémentaire santé (remboursement à 65% ou non, franchise médicale de 50 centimes par boîte, reste à charge ou non) représentent un frein chez certaines patientes. Ainsi, le coût doit être expliqué à la patiente et donc pour cela, connu du prescripteur. (6)

### Informations sur l'utilisation de la pilule

La prise à heure fixe constitue la base du bon emploi d'une pilule et 5,49% des femmes de notre étude n'en n'ont pas été informées. La patiente avait-elle déjà notion de cette utilisation ? Ou le praticien pensait-il que la patiente le savait déjà ? Dans les deux cas une ré-explication est toujours utile et permet de s'assurer que la patiente possède une information fiable et de qualité. Parmi les participantes informées de la prise à heure fixe de comprimé, 35,48% ont reçu comme conseil de prendre leur pilule le soir. Il n'y a pas de bon ou mauvais moment pour la prendre, il s'agit pour la femme de choisir le moment le plus adapté dans son quotidien. Toutefois le soir peut parfois être découragé : le risque de dépasser le délai de 12 heures est plus important lors d'un éventuel levé tardif.

**N.B.** : En fonction de la pilule prescrite, il peut aussi paraître judicieux d'aborder les menstruations. Beaucoup de femmes se basent sur le premier jour de leurs règles pour reprendre le comprimé initial d'une nouvelle plaquette. En pratique la survenue des règles ne doit en rien changer la prise de comprimé.

Dans la thèse de A. DUPUIS, 66,7% des médecins généralistes affirment parler de la conduite à tenir en cas de vomissements et diarrhée dans les 3-4h suivant la prise d'un comprimé contre 15,83% de l'ensemble des professionnels de santé de notre étude. (31)

Une étude réalisée en 2009 auprès de médecins généralistes sous forme d'entretiens semi-directifs s'est intéressée à la prescription initiale et l'oubli de pilule. Les résultats diffèrent des nôtres et montrent que : (34)

- 60% des généralistes envisagent des moyens mnémotechniques pour favoriser l'observance contre 38,06% de l'ensemble des praticiens de notre étude
- 95,45% d'entre eux donnent une information orale sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contre 56,10% de l'ensemble des praticiens de notre étude
- 33,33% fournissent un document écrit sur la conduite à tenir en cas d'oubli en plus de l'information orale contre 13,11% des professionnels de notre étude
- 48% précisent leur disponibilité au téléphone pour répondre à leurs interrogations contre seulement 10,06% des prescripteurs de notre enquête qui donnent des adresses ou numéros utiles à joindre en cas de problème

Encore une fois on peut opposer le biais déclaratif au biais de mémorisation de ces deux enquêtes pouvant ainsi expliquer les discordances retrouvées.

Les astuces de prise comme mettre un réveil, poser la plaquette de comprimés dans un endroit stratégique ou la mettre dans son sac à main sont des aides à l'observance mais parce que l'erreur est humaine, la conduite à tenir en cas d'oubli est un message indispensable. L'important est de délivrer l'information qu'elle soit donnée à l'oral, à l'écrit, via une brochure ou même par l'intermédiaire du site gouvernemental [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr).

Les praticiens de notre étude ne l'ayant pas transmis lors de la primo-prescription de pilule l'ont peut-être toutefois communiquée lors d'une consultation ultérieure, jugeant la masse d'informations trop importante lors du premier rendez-vous.

### La contraception d'urgence

Peu importe l'efficacité théorique d'un moyen contraceptif, le risque zéro n'existe pas et des aléas sont susceptibles d'intervenir en pratique courante. La HAS recommande lors de la prescription d'une contraception que la femme soit informée préventivement des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé. Il s'agit de la contraception d'urgence hormonale, appelée populairement « pilule du lendemain » et du DIU au cuivre, dont l'utilisation dans ces conditions est nettement moindre. (12)

Dans la thèse de A. DUPUIS : (31)

- 86% des médecins généralistes évoquent la contraception d'urgence contre 39,02% des prescripteurs de notre échantillon, généralistes, spécialistes et sages-femmes réunis
- 13,2% prescrivent d'office une « pilule du lendemain », résultat proche de notre étude dans laquelle 13,11% de l'ensemble du corps médical réalise l'ordonnance d'emblée

L'oubli de comprimés fréquent chez les femmes laisse supposer la pertinence d'une prescription à l'avance d'une contraception d'urgence hormonale dans l'optique de réduire l'incidence des grossesses non prévues. Mais celle-ci devrait être réalisée au cas par cas selon la HAS et non de manière systématique car aucune étude n'a démontré l'efficacité d'une fourniture à l'avance sur la réduction des grossesses non désirées. La principale raison de ce constat est qu'un certain nombre de femmes peuvent avoir des difficultés à évaluer correctement leur risque de grossesse. (12)

Les situations particulières jugées propices à la délivrance à l'avance d'une « pilule du lendemain » sont les suivantes : les femmes utilisant des méthodes barrières, voyageant à l'étranger, ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence pour quelque raison que ce soit ou encore les adolescentes. (12)

Notons tout de même que suite à certaines interrogations du corps médical, la HAS précise dans son rapport qu'il est peu probable qu'une prescription systématique de contraception d'urgence entraîne une modification de l'observance des femmes et donc une augmentation des comportements à risque.

Bien qu'en 2010, environ une femme sur quatre en âge de procréer avait eu recours à la pilule d'urgence, il existe un réel manque de connaissance des femmes mais aussi des professionnels de santé à ce sujet quant à son délai d'utilisation, ses moyens d'accès et surtout un défaut de perception du risque de grossesses non désirées par les femmes. La contraception d'urgence reste sous-utilisée : d'après l'étude COCON, seules 11% des femmes à risque de grossesse non prévue ont utilisé une méthode de rattrapage. Les recommandations de la HAS insistent sur l'importance d'une information complète sur la contraception d'urgence. (35)

Dans notre étude, seul un tiers des femmes ont pu bénéficier de ces informations.

### Indications d'une nouvelle consultation

Au terme de la consultation, il convient d'expliquer aux patientes les raisons pour lesquelles il serait nécessaire de consulter à nouveau : effets indésirables, besoins de ré-explications, non-satisfaction du moyen de contraception, suivi gynécologique régulier...

L'entretien se termine également par la planification d'une consultation ultérieure qui sera l'occasion de réévaluer la méthode choisie ainsi qu'aborder les points qui n'auraient pu être évoqués lors de la primo-prescription. (20)

Dans notre étude, une nouvelle consultation a été programmée pour seulement 51,52 % des femmes alors que dans la thèse de A. DUPUIS, 67,90% des médecins généralistes interrogés prévoient une nouvelle consultation au terme de celle de primo-prescription.(31)

### **f. Retour**

Au vu de la multitude d'informations à transmettre aux patientes sur le sujet, la consultation de primo-prescription de pilule peut apparaître chronophage. C'est pourquoi il est important de faire le point et revenir sur quelques notions clés lors des rendez-vous ultérieurs comme la bonne observance de la méthode ou encore la conduite à tenir en cas d'oubli.

S'assurer de la satisfaction de la patiente vis-à-vis de cette méthode apparaît également essentiel lors des consultations ultérieures.

Dans l'enquête précédemment citée et réalisée par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes : (34)

- 36% interrogent systématiquement les femmes sur l'oubli de pilule contre 13,11% de l'ensemble des professionnels de notre étude
- 32% réitèrent quelques conseils sur l'utilisation de la pilule contre seulement 18,90 % des prescripteurs de notre enquête

## **5. Focus sur l'oubli de pilule**

Le sondage BVA réalisé en 2007 présente des fréquences d'oubli de pilule qui diffèrent quelque peu de nos résultats : (17)

- 34% des utilisatrices de pilule estiment n'avoir jamais d'oubli / 21,04% dans notre échantillon
- 11% des utilisatrices de pilule estiment avoir un oubli une fois par an / 15,44% dans notre échantillon
- 13% des utilisatrices de pilule estiment avoir un oubli une fois tous les 6 mois / 30,50% dans notre échantillon
- 21% des utilisatrices de pilule estiment avoir un oubli une fois tous les 3 mois / 18,53% dans notre échantillon
- 16% des utilisatrices de pilule estiment avoir un oubli par mois / 9,65% dans notre échantillon
- 5% des utilisatrices de pilule estiment avoir plusieurs oublis par mois / 5,02% dans notre échantillon

Selon nos résultats, plus de femmes oublient leur pilule qu'en 2007 mais on constate une évolution dans les fréquences : l'oubli de pilule de façon semestrielle est 2,5 fois plus fréquent actuellement mais l'oubli mensuel est 1,7 fois moins fréquent qu'en 2007.

D'après l'étude COCON, 60% des utilisatrices de pilules rapportent un ou plusieurs oublis ayant aboutis à la survenue d'une grossesse non désirée. (8) Nos résultats montrent que 4 femmes ont eu un ou des oubli(s) avec pour conséquence une grossesse non souhaitée, soit environ 1,2% des participantes.

Il aurait été intéressant d'interroger l'ensemble de notre population sur l'éventuelle survenue d'une grossesse indésirée mais dû à une autre cause que l'oubli.

Dans notre étude, les femmes sont plus nombreuses à avoir eu un ou des oubli(s) de pilule lorsque la primo-prescription a été réalisée en libéral ou par un médecin généraliste. A l'inverse, quand la contraception orale a été initiée par une sage-femme ou en milieu hospitalier, les femmes sont plus nombreuses à n'avoir jamais eu d'oubli de comprimé.

L'étude nationale EPILULE de 2003 démontre également que les oublis de comprimés sont plus fréquents lorsque la contraception a été initiée par un généraliste (médecin traitant ou non) par rapport à un gynécologue. Mais ce travail précise bien que seul le dernier prescripteur de pilule ainsi que l'âge de la patiente ont une influence significative sur les oublis : les oublis sont moins fréquents chez les femmes âgées et si le dernier renouvellement a été fait par un spécialiste. (36)

Lorsque l'on compare l'oubli de pilule et la durée de consultation de notre enquête, on constate paradoxalement que l'oubli est présent chez 85% des femmes dont la consultation a duré plus de 20 minutes et uniquement chez 75,76% quand la durée est comprise entre 10 et 20 minutes. On peut émettre l'hypothèse qu'une consultation de plus longue durée permet d'apporter un plus grand nombre de renseignements, mais d'autre part, qu'une surcharge d'informations risque d'entraîner une mauvaise intégration des notions essentielles relatives à l'utilisation d'une contraception.

### **III. Propositions**

#### **1. Etudes complémentaires**

Afin de diminuer les biais et d'obtenir des réponses d'une plus grande fiabilité, d'autres études pourraient venir compléter la nôtre et ainsi confirmer ou infirmer nos résultats.

Notre analyse a rencontré des difficultés à plusieurs reprises qui auraient pu être évitées en réalisant des entretiens semi-directifs auprès des femmes. En effet, certaines questions fermées auraient méritées d'être approfondies par l'utilisation d'une méthode qualitative permettant d'exploiter davantage les réponses fournies par les femmes.

Par exemple, la question portant sur l'information donnée par le praticien concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de comprimé ne permettait pas de savoir quelles informations ont été données précisément. Ont-elles la notion du délai de 12h ? Savent-elles comment reprendre leur pilule ? Si elles sont à risque de grossesse ?

Une méthode qualitative permettrait également de rendre compte du réel poids des paroles des professionnels de santé. Les messages clés à délivrer sont-ils réellement compris par les usagers ? Les explications étaient-elles claires et suffisantes ? Les résultats retrouvés remettraient peut-être en question la pratique des praticiens et les pousseraient à revoir le déroulement de leur

consultation et leur façon d'aborder la contraception afin de s'assurer d'une compréhension et d'une observance optimale de la part des utilisatrices de pilule.

On pourrait également réaliser une autre étude qui interrogerait simultanément les femmes utilisatrices de pilule et le professionnel de santé ayant réalisé leur primo-prescription dans le but de confronter leurs réponses, d'opposer le biais déclaratif au biais de mémorisation.

## **2. Améliorer la formation et la circulation d'informations**

Le modèle BERCER se pose comme une aide dans la pratique des professionnels de santé lors de la prescription d'une contraception. Mais une information en amont auprès des jeunes femmes serait intéressante et permettrait de pallier en partie la difficulté de temps restreint d'une consultation.

Malheureusement, les séances d'éducation à la santé et à la sexualité prévues dans les écoles ne tiennent pas toujours leurs promesses. L'Éducation Nationale peut pourtant trouver une place complémentaire voire primaire dans la diffusion d'informations. Un renforcement voire une modification de la législation sur ce sujet pourrait être mise en place. Pourquoi ne pas ancrer l'éducation à la santé et la sexualité comme une matière à part entière qui serait dispensée à hauteur de plus de 3 séances par an et mieux répartie au cours des années. Cela permettrait de créer une dynamique propice à la réflexion et à la répétition d'un discours qui n'a pas le même impact au même moment chez tous les adolescents, car en effet, ils ne sont pas tous concernés par l'entrée dans la vie sexuelle au même âge. A noter qu'une formation appropriée et actualisée auprès des enseignants apparaît également primordiale ici puisque les lois mentionnent que l'équipe éducative peut intervenir pour animer ces séances.

Dans une même logique, il pourrait être aussi judicieux de renforcer la visibilité et la mission des CPEF et plannings familiaux afin d'améliorer la mise en réseau des différents acteurs en contraception.

Par soucis économique actuel, la création de nouvelles structures dans le but de pallier une répartition géographique inégale paraît complexe. Cependant, un renforcement des campagnes publicitaires pourrait mettre en avant le rôle des CPEF et plannings et pourrait surtout démystifier leur appellation et a priori quant à leur fonctionnement. Dans notre ère devenue numérique, les réseaux sociaux pourraient également prendre le relais. Les professionnels de santé, enseignants ou tout autre intervenant auprès des jeunes devraient aussi pouvoir les informer sur l'existence de ces centres.