HAL
open science

Facteurs favorisant la prescription de contraception orale en dehors d'un moment de consultation dédié

Charles Vignères

To cite this version:

Charles Vignères. Facteurs favorisant la prescription de contraception orale en dehors d'un moment de consultation dédié. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02442979

HAL Id: dumas-02442979

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02442979v1

Submitted on 16 Jan 2020

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.

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019 **Thèse n°216**

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE
Présentée et soutenue publiquement
Le 05 Décembre 2019 à Bordeaux par

Charles VIGNERES
Né le 12 Juillet 1989 à La Teste de Buch (33)

FACTEURS FAVORISANT LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION ORALE EN DEHORS D'UN MOMENT DE CONSULTATION DEDIE

Directeur de thèse :
Docteur Sébastien CADIER

Rapporteur de thèse :
Docteur Christophe ADAM

Membres du jury :

Président :	Professeur Claude HOCKE
Juge :	Docteur Philippe CASTERA
Juge :	Docteur Céline LAJZEROWICZ
Juge :	Docteur Christophe ADAM
Juge :	Docteur Sébastien CADIER

REMERCIEMENTS

Au président de jury

A Monsieur le Professeur Claude HOCKE, qui a eu la gentillesse de répondre favorablement à la sollicitation. Le compter comme Président de thèse est un honneur.

Au rapporteur de thèse

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM, que je remercie pour sa disponibilité et l'intérêt porté à mon travail de thèse en acceptant d'en être le rapporteur et membre du jury de soutenance.

Aux juges

A Madame la Docteur Céline LAJZEROWICZ, qui a partagé avec moi l'aventure du tutorat, et qui me fait l'honneur de juger mon travail de thèse.

A Monsieur Philippe CASTERA, pour sa disponibilité et son aide apportée.

Au directeur de thèse

A Monsieur le Docteur Sébastien CADIER. Merci pour ta patience durant nos rendez-vous mensuels d'aide à la thèse, pour tes précieuses connaissances dans de multiples domaines qui ont rendu nos réflexions plus complètes, pour ton soutien lors des moments de doute. Un remerciement indissociable également aux collègues des jeudis matin (Dorothée, Maïa, Pierre, Xan) pour l'entraide lors de nos réunions.

Aux pharmaciennes et pharmaciens, qui ont joué le jeu et ont su se montrer disponibles et à l'écoute.

A vous

A Juliette. Envisager une seconde la vie sans toi n'est pas possible. Tu as su m'apporter tout ce que je désirais, et nous nous complétons si bien, que rien n'est plus agréable, excitant et ravissant que notre vie à deux. Tu m'offres le plus beau des cadeaux en portant notre enfant, avec qui il me tarde de partager notre joie quotidienne.

A Mes Parents, qui ont toujours su être là pour moi, m'accompagner et me soutenir, dans les bons moments ainsi que ceux plus durs, et dans les épreuves qu'ont parfois constitué mes études exigeantes. Vous m'avez construit une enfance et une vie incroyablement heureuse par votre amour et votre générosité. Je suis heureux de savoir que notre enfant pourra compter sur des grands parents aussi parfaits que le sont, l'ont été, et le seront mes parents.

A ma sœur Sarah, qui a toujours été un modèle pour moi. En souvenir à notre collocation qui a été pour moi un bonheur, à nos verres au Tojito, avant ton exil irlandais. Tu as construit une belle famille, et reste encore un modèle pour moi. A Marc, qui partage si bien ta vie. A la belle Léontine et au roi Justin, qui nous comblent de bonheur, et avec qui on profite de chaque moment passé.

A mes Grands Parents Mariette et Michel, qui ont contribué à mon enfance si heureuse. Aux voyages et vacances bouheyrotes, aux tonnes de Légos montés et démontés, aux quintaux de pièces de Légos manquantes ou disparues.

A Mamée, qui a beaucoup compté et su me transmettre beaucoup durant mes premières années, et qui n'est pas étrangère à ce que je suis devenu.

A mes Grands Parents Jeannette et Bernard, que je n'ai pas beaucoup fréquenté mais pour qui j'ai une grande affection.

A Christiane, à Marc, à Laetitia, à Aurélien, à Elisa et Louis. J'ai gagné, en plus d'une compagne idéale, une belle famille extraordinaire. Il est bon de vous compter auprès de moi, et tous les moments partagés sont géographiquement exigeants mais si bons.

A Sylvie et François, à Patrick et Mapy, à Bruno, à tous mes cousines et cousins, votre présence à chaque étape de ma vie a toujours été un bonheur et un réconfort.

A Armand et Camille, Manu et Mélissa, Gaétan. Il est bon d'avoir de tels collègues de beuveries !!

A Lucine et Julien, aka Marie-Thérèse et Jacques. A Augustin. A Oscar. Une amitié exceptionnelle et profonde, qui nous rempli de joie Juliette et moi. On est heureux et fiers que vous nous ayez permis d'être les témoins privilégiés des belles étapes de votre vie, que l'on vous souhaite être la meilleure.

A Laure et Alex, à Emma et Maxime. Vous avez été tellement importants, dans de nombreuses étapes de ma vie. Tellement de beaux souvenirs, de fous rires, de bons moments partagés qui font que vous gardez une place immense pour moi.

A tous les collègues de la musique, pour les bons moments passés.

A Coralie et Xavier, Enea et Xan, à Elodie et Nicolas, à Roxanne et Mathieu. Vous rencontrer a été un bonheur, tout comme partager notre vie bayonnaise. Bienvenue aux premiers pitchouns du groupe, qui font déjà la joie et les nuits courtes de leur papa et maman.

A tous ceux que j'ai pu croiser durant mon aventure étudiante. A Charlotte, ma première co-interne, et cette magnifique aventure orthésienne. A Matthieu, mon dernier co-interne, et aux incroyables souvenirs luziens.

A Vincent et Talal, qui ont su m'accorder leur confiance et qui m'offrent des débuts professionnels rêvés.

Au nouvel arrivant du mois de Mai, qui doit avoisiner les 10 cm de bonheur à l'heure actuelle ...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....9

I) LA CONTRACEPTION EN FRANCE.....9
A- Historique.....9
B- Les différentes méthodes contraceptives.....9
C- Evolution de la contraception et place de la pilule.....11
D- Efficacité de la pilule et grossesses non désirées.....14

II) LA PRESCRIPTION DE PILULE EN MEDECINE GENERALE.....16
A-La consultation de médecine générale : de nombreux motifs.....16
B-La médecine générale en première ligne dans le suivi de la contraception.....16
C- Le thème de la vie sexuelle : un sujet difficile à aborder pour les médecins généralistes.....17
D- La prescription de pilule en médecine générale souvent effectuée sans temps dédié.....18

III) LES DETERMINANTS DU MODE DE PRESCRIPTION DE LA PILULE.....19
A- Facteurs inhérents au prescripteur.....19
B- Facteurs inhérents aux utilisatrices de la pilule.....19
C- Facteurs inhérents au moyen contraceptif.....21
D- Facteur inhérents à la relation entre le prescripteur et l'utilisatrice.....21

METHODE.....24

I) TYPE D'ETUDE.....24

II) CRITERES D'INCLUSION, DE NON INCLUSION, D'EXCLUSION.....24

III) OBJECTIF PRINCIPAL.....25

IV) CONSTRUCTION DE L'ETUDE.....25
A- Questionnaire.....25
B- Recrutement des pharmacies.....26
C- Traitement des données et analyse statistique.....27

RESULTATS.....30

I) RECUEIL DES DONNEES.....30

II) CARACTERISTIQUES GENERALES DES PARTICIPANTES.....30

III) MODE DE PRESCRIPTION ET FACTEURS L'INFLUENCANT.....33
A- Mode de prescription.....33
B- Facteurs inhérents au prescripteur.....34
1- Profession du prescripteur.....34
2- Sexe du prescripteur.....35
3- Age du prescripteur.....35
4- Prescripteur habituel ou ponctuel.....36
5- Prescripteur effectuant ou non le suivi gynécologique régulier.....37
C- Facteurs inhérents aux utilisatrices.....38
1- Age de l'utilisatrice.....38
2- Antécédents gynécologiques.....38
3- Données socio-économiques.....40
4- Niveau de précarité de l'utilisatrice.....42
D- Facteurs inhérents au moyen contraceptif.....43
1- Primo-prescription ou renouvellement.....43
2- Durée de validité de l'ordonnance établie.....44
3- Ancienneté d'utilisation de la pilule actuelle.....45

E- Facteur inhérents à la relation entre le prescripteur et l'utilisatrice ***45***
1- Ancienneté du suivi *45*
2-Tutoiement et vouvoiement *47*
3- Facteurs de la relation prescripteur-patiente *47*

IV) LE CONTENU DE LA CONSULTATION **48**
A- Description du contenu des consultations ***48***
B- Contenu des consultations en fonction du mode de prescription ***49***
1- Sur l'ensemble des consultations *49*
2- En médecine générale *50*

V) CONNAISSANCES SUR LES REGLES A TENIR EN CAS D'OUBLI ***51***
A- Connaissances des participantes ***51***
B- Connaissances en fonction du mode de prescription ***51***
C- Connaissances en fonction de l'ancienneté de la consultation ***53***

VI) ANALYSE MULTIVARIEE PAR REGRESSION LOGISTIQUE BINAIRE **55**

DISCUSSION **60**

I) DISCUSSION DE LA METHODE **60**
A- Choix et pertinence du sujet d'étude ***60***
B- Schéma de l'étude ***61***
C-Biais potentiels de l'étude ***62***
1- Biais de sélection *62*
2- Biais de recrutement *62*
3- Biais de désirabilité *63*
4- Biais d'information *63*
D- Limites de l'étude ***64***

II) REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON **65**
A- Age des participantes ***65***
B- Nombre d'enfant des participantes ***65***
C- Statut professionnel des participantes ***66***
D- Niveau d 'études des participantes ***66***
E- Statut familial des participantes ***67***
F- Couverture complémentaire des participantes ***67***
G- Profession du prescripteur ***68***

III) DISCUSSION DES RESULTATS SUR L'OBJECTIF PRINCIPAL **68**
A- Le mode de prescription ***68***
B- Le mode de prescription en fonction des facteurs liés au prescripteur ***69***
C- Le mode de prescription en fonction des facteurs liés à l'utilisatrice ***72***
D- Le mode de prescription en fonction des facteurs liés au mode contraceptif ***75***
E- Le mode de prescription en fonction des facteurs liés à la relation prescripteur-patiente ***77***
F- Analyse multivariée : effets des variables explicatives du la variable à expliquer « mode de prescription » ***79***

IV) DISCUSSION DES RESULTATS SUR LES OBJECTIFS SECONDAIRES **82**
A- Contenu des consultations en fonction du mode de prescription ***82***
B- Connaissances des utilisatrices sur les conduites à tenir en cas d'oubli en fonction du mode de prescription ***84***

CONCLUSION **86**

BIBLIOGRAPHIE **89**

ANNEXES **93**

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale de l'Etat

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CMU-C : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

Cs : Consultation

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DGS : Direction Générale de la Santé

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

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités en Centre d'Examen de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

I – LA CONTRACEPTION ORALE EN FRANCE

A- Historique

La première Loi Neuwirth de 1967 permet la fabrication, l'importation et la vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, et avec autorisation parentale pour les mineurs, de la contraception orale. La seconde loi Neuwirth du 4 décembre 1974, concomitante de la Loi Veil, permet son remboursement ; l'autorisation parentale à la délivrance est supprimée. ***(1)***

La France est en Mai 1999 le premier pays à autoriser l'accès à la contraception d'urgence sans ordonnance, et rend cette délivrance gratuite pour les mineures souhaitant garder le secret par la Loi du 13 décembre 2000. ***(2)***

La Loi Aubry-Guigou de 2001 facilite encore l'accès à la contraception d'urgence pour les mineures sans autorisation parentale, puisqu'elle l'étend en médecine de ville, et plus seulement aux centres de planification. Les implants, anneaux vaginaux et patchs sont autorisés, de même que la stérilisation à visée contraceptive. ***(3)***

Depuis la Loi du 31 mars 2013, l'Assurance Maladie prend en charge 100% des frais des contraceptifs remboursables (pilules de 1ère et 2ème génération, dispositifs intra-utérins, implant) pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, sur présentation d'une ordonnance.

B- Les différentes méthodes contraceptives disponibles

Il existe de nombreuses méthodes contraceptives, qui sont classées de la façon suivante par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et l'HAS (Haute Autorité de Santé). ***(4)***

- Les méthodes hormonales oestroprogestatives :

Elles sont utilisables chez les patientes ne présentant pas de contre-indication (thromboemboliques, hépatiques, carcinologiques, migraine avec aura), et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (antécédent personnel ou familial, tabac, âge supérieur à 35 ans, thrombophilie connue, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, immobilisation prolongée, obésité, migraine sans aura).

On retrouve :

-les pilules de 1ère et 2ème générations

-les pilules de 3ème et 4ème génération, à réserver aux cas d'intolérance aux 1ère et 2ème génération, et lorsqu'un un autre type de contraception n'est pas possible

-les patchs contraceptifs (dont le progestatif est de 3ème génération)

-les anneaux vaginaux

- Les méthodes hormonales progestatives :

Elles sont utilisables chez les patientes ne présentant pas de contre-indication (accidents thromboemboliques évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, cancer du sein ou de l'utérus)

On retrouve :

-les pilules microprogestatives, au lévonorgestrel ou désogestrel

-l'implant sous-cutané, laissé en place durant 3 ans

-les injections d'acétate de médroxyprogestérone touts les 3 mois, à limiter dans le temps compte-tenu des risques potentiels, et limitées qu'aux femmes pour lesquelles il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives.

- Les dispositifs intra-utérins (DIU) :

Ils peuvent être proposés quelles que soient la parité et la gestité de la patiente. Les contre-indications en sont les malformations utérines, les infections génitales en cours et les saignement génitaux inexpliqués.

On retrouve :

-le DIU cuivre

-le DIU hormonal au lévonorgetrel.

- Les méthodes barrières :

On retrouve :

-les préservatifs masculins et féminins

-les diaphragmes, capes cervicales et spermicides

- Les méthodes naturelles

Ce sont les méthodes du retrait, d'abstinence périodique et d'auto-observation.

- Les méthodes de stérilisation :

La stérilisation peut être obtenue par ligature des trompes, électrocoagulation, ou pose d'anneaux ou de clips. Un délai de réflexion de 4 mois est nécessaire compte tenu de son irréversibilité.

Citons également la vasectomie, qui est une méthode de contraception définitive masculine.

C- Evolution de la contraception et place de la pilule

Le schéma contraceptif est longtemps resté figé malgré le développement progressif de multiples techniques contraceptives : usage du préservatif au moment de l'entrée dans la contraception, contraception orale au moment de la mise en couple, remplacée par le DIU après avoir eu des enfants ***(5)***.

Plusieurs études se sont intéressées aux habitudes contraceptives en France.

L'étude COCON en 2000 ***(6)***, puis l'étude FECOND en 2010 ***(5)*** retrouvent clairement ce schéma contraceptif historique, où la pilule est fortement majoritaire chez les patientes de moins de 25 ans. Les dispositifs intra-utérins (DIU) et autres techniques contraceptives en dehors du préservatif sont quasiment absents sur cette tranche d'âge.

La « crise de la pilule » de 2012 va modifier la place de la pilule et la confiance portée par ses utilisatrices. Elle est née d'une plainte déposée à l'encontre d'un laboratoire pharmaceutique allemand par une jeune patiente à la suite d'un accident thrombo-embolique qu'elle imputait à la prise d'une pilule contraceptive 3ème génération. S'en suivra une forte

médiatisation, et le dépôt de 130 autres plaintes visant 29 marques de pilules 3ème et 4ème génération, huit laboratoires et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) – affaire classée en Septembre 2017. ***(7)***

La conséquence en est le déremboursement des pilules de 3ème et 4ème génération en Mars 2013. ***(8)***

L'étude FECOND 2013 permet un premier bilan au lendemain de cette crise. Il est d'abord constaté un taux de couverture contraceptive aussi élevé qu'avant 2012. Le taux d'utilisation de la pilule a diminué, mais uniquement au dépend des pilules de 3e et 4e génération. Cet abandon a permis un report massif sur les pilules de 1ère et 2ème génération chez les moins de 25 ans, alors que les plus de 25 ans se sont tournées d'avantage vers les autres méthodes, notamment le DIU. Le schéma historique n'est pas remis en cause et ses grandes lignes persistent donc, puisqu'il n'est noté aucune évolution de la part du DIU chez les moins de 20 ans, ni chez les nullipares de 20 à 24 ans. ***(9)***

Il ressort également une polarisation socio-économique, puisque le déremboursement a entrainé un report des classes économiques aisées, et à haut niveau d'études vers la pilule de 2e génération ou le DIU, des classes défavorisées vers des méthodes moins sûres comme le retrait ou le préservatif.

Le dernier bilan disponible est celui de l'étude BAROMETRE SANTE 2016. ***(10)***

Très peu de changements ont été enregistrés chez les moins de 20 ans ; la pilule de 3ème ou 4ème génération est toujours remplacée par celle de 1ère ou 2ème, le DIU demeure absent, et l'entrée de l'implant dans cette catégorie observée en 2013 ne s'est pas confirmée.

Chez les 20-29 ans, catégories où l'on retrouve le plus grand taux d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), on constate toujours la présence d'une dualité socio-économique ; d'un côté le maintien du report vers des moyens contraceptifs plus sûrs, comme vers le DIU jusqu'en 2013 ce qui permet l'implantation de cette méthode chez les moins de 30 ans, puis vers l'implant à partir de 2013 ; mais d'un autre vers le préservatif, surtout chez les 20-24 ans appartenant aux classes les plus précaires et chez les 25-29 ans.

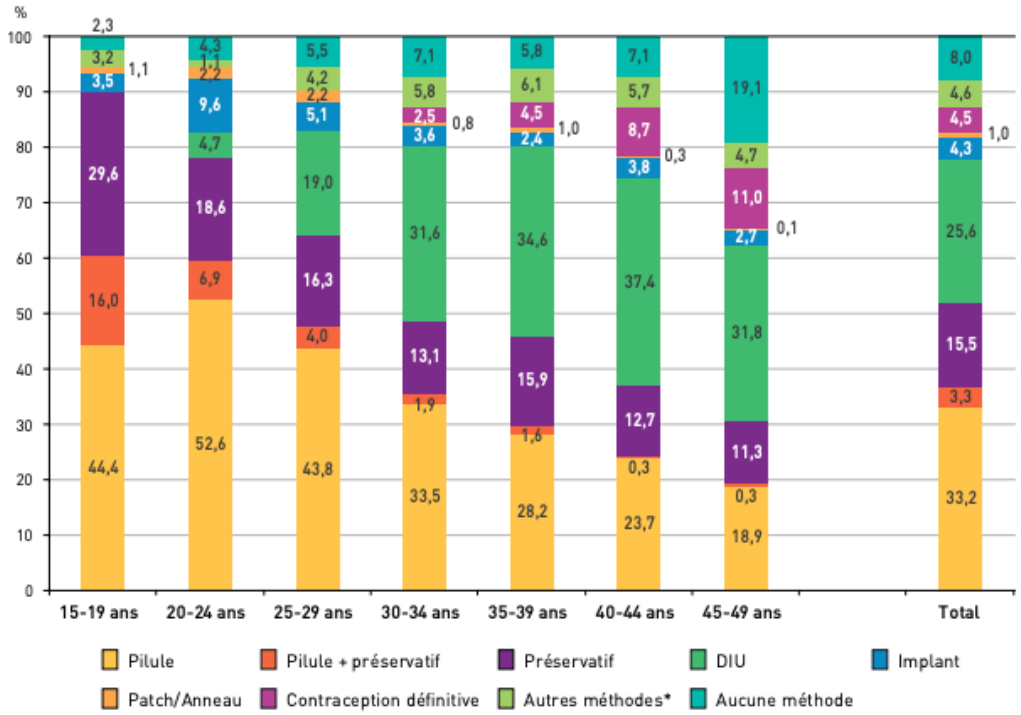
Tableau 1- Evolution de l'utilisation des méthodes contraceptives de 2010 à 2016 – Etude Baromètre 2016 ***(10)***

TABLEAU 1 | Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception

	2010[1]	2013[2]	2016[3]	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘
25-29 ANS				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘
30-44 ANS				
Pilule	37,3	31,8	28,2	↘
Pilule + préservatif	0,9	0,9	1,2	→
Préservatif	10,1	12,4	13,8	↗
DIU	25,6	29,4	34,7	↗
Implant	2,8	3,2	3,3	→
Patch/Anneau	1,1	0,9	0,8	→
Contraception définitive	4,0	3,9	5,4	→
Autres méthodes*	5,1	6,7	5,8	→
Aucune méthode	13,1	10,7	6,7	↘
TOTAL 15-49 ANS				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.
Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).
1. Enquête Fecond 2010.
2. Enquête Fecond 2013.
3. Enquête Baromètre santé 2016.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Graphe 1 – Méthodes contraceptives utilisées en France en 2016 – Baromètre santé 2016 ***(10)***



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

D- Efficacité de la pilule et grossesses non désirées

L'efficacité théorique des méthodes contraceptives est mesurée par l'indice de Pearl. Il correspond au pourcentage de grossesses non planifiées sur un an d'utilisation. Il est pour la contraception orale de 0,3, ce qui en fait une des méthodes les plus efficaces théoriquement.

Hors, son efficacité pratique est de 8, ce qui signifie qu'en utilisation pratique, on constate 8 grossesses sur 100 femmes utilisatrices pendant un an. Cela fait de la pilule une méthode contraceptive très dépendante de son mode d'utilisation. L'information délivrée, l'éducation thérapeutique, et l'adaptabilité de la méthode sont ainsi primordiales.

Tableau 2- Indices de Pearl et efficacité pratique des méthodes contraceptives

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	**Indice de Pearl**	**Efficacité pratique**
Œstroprogestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait)

Selon l'étude GRECO, 60,8% des grossesses survenant sous contraception orale étaient imputables à un oubli de prise, les autres causes étant les vomissements et les diarrhées. ***(11)***

Cette situation a un réel impact sanitaire et économique puisque 81,5% des femmes tombant enceinte sous contraceptif oral font le choix d'arrêter la grossesse. ***(11)***

En 2004, seules 28,1% des femmes ayant présenté une grossesse non désirée menant à une IVG n'avait pas de contraception. 23% étaient sous contraceptif oral au moment du développement de la grossesse, quand 22% employaient une méthode naturelle, 19% utilisaient le préservatif, et 7% étaient porteuses d'un DIU. ***(12)***

Cela pose donc deux problèmes ; d'une part, la nécessité de s'assurer que la contraception orale est adaptée au profil de la patiente et à son mode de vie. Des études existantes ont déjà ciblé les facteurs de risque de mauvais usage ou d'oublis de pilule ***(13)***. D'autre part, on doit porter un regard attentif sur l'information, l'éducation et la prévention

apportée aux patientes utilisatrices de pilule, dans la mesure où beaucoup d'oublis aboutissent aujourd'hui encore à des grossesses non désirées. Le temps de consultation est un des vecteurs nécessaires à cette information. La problématique de la consultation spécifiquement dédiée semble cruciale, puisque nous allons voir qu'elle est souvent mise à mal.

II – LA PRESCRIPTION DE PILULE EN MEDECINE GENERALE

A- La consultation de médecine générale : de nombreux motifs

Les motifs de consultation en Médecine Générale sont bien souvent variés, et multiples lors d'une même consultation. L'étude ECOGEN est une étude publiée dans la revue Exercer en 2014 qui portait sur les éléments de la consultation en médecine générale. Le recueil était réalisé par des internes de médecine générale en stage Niveau 1 dans les différentes facultés françaises, durant 1 an et demi.

Cette étude a recensé en moyenne 2,6 motifs par consultation, sur un nombre de 20 613 consultations étudiées. Le renouvellement de traitement médicamenteux est le motif le plus fréquent (21,3%). ***(14)***

B- Le médecin généraliste en première ligne dans le suivi de la contraception

La gynécologie médicale n'a pas connu de formation spécifique durant plus de 15 ans, jusqu'au rétablissement de postes d'internes en 2003. La même année, le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale demandait la formation de 120 gynécologues médicaux par an afin de pallier aux départs en retraite. Il était de 30 en 2012, et 69 en 2017. ***(15)***

Il existe ainsi un transfert du suivi de la contraception vers le médecin généraliste important. Il réalise 45% des initiations de pilule, et 58% des renouvellements, selon l'étude EPILULE de 2003. ***(13)***

La contraception représentait même en 2009 selon l'Observatoire de la Médecine Générale le motif le plus fréquent de consultation des patientes de 20 à 29 ans.

Tableau 3 – Motifs de consultation en Médecine Générale des femmes de 20 à 29 ans en 2009 – Observatoire Médecine Générale

Classement des 50 RC les plus fréquents

par patients pour les femmes de 20 à 29 ans pour l'année 2009

Rang	Résultat de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
1	CONTRACEPTION	1065	19.79
2	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	1034	19.22
3	ETAT FEBRILE	901	16.74
4	ETAT MORBIDE AFEBRILE	646	12.01
5	RHINOPHARYNGITE - RHUME	632	11.75
6	GROSSESSE	444	8.25
7	VACCINATION	355	6.60
8	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	324	6.02
9	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	300	5.58
10	DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	286	5.31
11	CYSTITE - CYSTALGIE	282	5.24
12	LOMBALGIE	274	5.09

C- Le thème de la vie sexuelle : un sujet difficile à aborder pour les médecins généralistes

Le rôle du médecin généraliste est essentiel dans l'information et l'éducation, comme l'indique la définition de la médecine générale selon la WONCA. ***(16)***

Selon le baromètre santé médecins généralistes de 2009, les médecins voient leur rôle de prévention plutôt orienté sur des thèmes biomédicaux, et moins sur les thèmes ayant trait à la vie sexuelle. 99,7% d'entre eux pensent que la prévention fait partie de leur rôle concernant le risque cardiovasculaire, 98% concernant la consommation d'alcool, l'activité physique ou l'alimentation, 90% concernant la consommation de cannabis, 79,7% concernant la vie sexuelle. ***(17)***

Il ressort aussi une difficulté à aborder les thèmes touchant à la vie sexuelle avec les patients. Si 96,5% s'accordent à dire qu'il est facile d'aborder la thématique des risques cardiovasculaires, 89,4% celle de l'activité physique ou 60,4% la question de l'alcool, seuls 58,7% jugent facile d'aborder les questions affectives et sexuelles.

Or, le travail d'information est essentiel dans ce domaine, puisque plusieurs études ont démontré qu'une connaissance correcte des conduites à tenir en cas d'oubli de pilule augmente la probabilité d'utilisation de la contraception d'urgence. ***(18)***

D- La prescription de pilule en médecine générale souvent effectuée sans temps dédié

Sarah Darriau a repris dans sa thèse de 2013 la base de donnée de l'étude ECOGEN vue auparavant, et a analysé les consultations qui contenaient une prescription de contraception. ***(19)***

La contraception était le seul motif de consultation dans seulement 20,2% des cas. Ainsi, la prescription de pilule se fait dans la grande majorité des cas sans moment réellement dédié.

Différents travaux de thèses, de méthodologie qualitative, font ressortir cette difficulté d'instaurer un suivi conforme aux recommandations de l'HAS, qui insiste notamment sur la nécessité de consultations dédiées. ***(20, 21)***

L'étude qualitative de Jeanne Zaoui de 2016 fait ressortir les raisons avancées par les utilisatrices de pilule au fait de recourir à une consultation non dédiée au renouvellement de contraception, selon leur propres représentations ***(22)***. Les raisons retrouvées sont :

- l'optimisation de la consultation, les patientes abordant les problèmes par hiérarchie
- la proximité de la relation à leur médecin généraliste ainsi que le sexe masculin
- la perception du généraliste comme polyvalent, non spécialiste d'organe
- la consultation dédiée justifiée seulement pour un examen gynécologique ou pour évoquer un problème relatif au moyen de contraception, et au désir d'en changer
- le suivi régulier par un gynécologue favorise la demande non dédiée
- le fait de ne pas considérer la contraception orale comme un médicament
- l'absence de besoin de rappel des infos et la non perception d'un risque de grossesse

Les patientes n'apparaissent pour autant pas opposées au principe de consultation dédiée, et s'y plieraient pour certaines si leur généraliste le leur proposait.

III – LES DETERMINANTS DU MODE DE PRESCRIPTION DE LA PILULE

Nous entendons par « mode de prescription » le fait de prescrire la pilule lors d'une consultation dédiée, ou en dehors d'un moment dédié (lors d'une consultation pour autre motif, ou bien ordonnance récupérée sans consultation).

Par l'analyse de la littérature disponible et par notre réflexion sur le sujet, nous avons retenu plusieurs facteurs semblant pouvoir déterminer le mode de prescription.

A- Facteurs inhérents au prescripteur

Nous pouvons émettre l'hypothèse que le sexe, l'âge, la profession et spécialité du prescripteur influence le mode de prescription. Le sexe et la profession ressortent notamment du travail de Jeanne Zaoui comme problématique qui touche les patientes ***(22)***. L'âge ressort quant à lui plus comme un problème côté prescripteur, dans l'étude de Claire Galichon, où les jeunes prescripteurs hommes peuvent trouver délicat d'aborder le sujet de la sexualité avec des personnes de même génération et de sexe opposé. ***(23)***

Le caractère habituel ou non, dans le sens où le prescripteur est celui qui prescrit habituellement la pilule à la patiente, semble aussi pouvoir jouer un rôle. Une étude qualitative fait ressortir la difficulté pour les médecins remplaçants de parler de sujets tels que la contraception et la vie sexuelle avec des patientes qu'ils ne connaissent pas bien. ***(23)***

La prescription par un médecin non-habituel est d'ailleurs l'un des deux plus gros facteurs de risque d'oubli de pilule selon l'étude EPILULE. ***(13)***

B- Facteurs inhérents aux utilisatrices de pilule

Les marqueurs socio-économiques et les antécédents gynécologiques personnels ressortent comme les principaux facteurs de risque de grossesse non désirée menant à une IVG, tandis que l'âge de l'utilisatrice paraît être le principal facteur d'oubli de pilule. ***(13)***

L'étude FECOND montre bien la corrélation entre la vulnérabilité et l'absence de suivi gynécologique régulier. Le taux de suivi gynécologique suit notamment la variation des taux de chômage, et les jeunes populations sont en ce domaine les plus exposées.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a publié en 2007 une étude comparant les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant eu recours à une IVG, à celles de l'ensemble des femmes de 15-49 ans disponibles sur l'enquête Emploi de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). ***(24)***

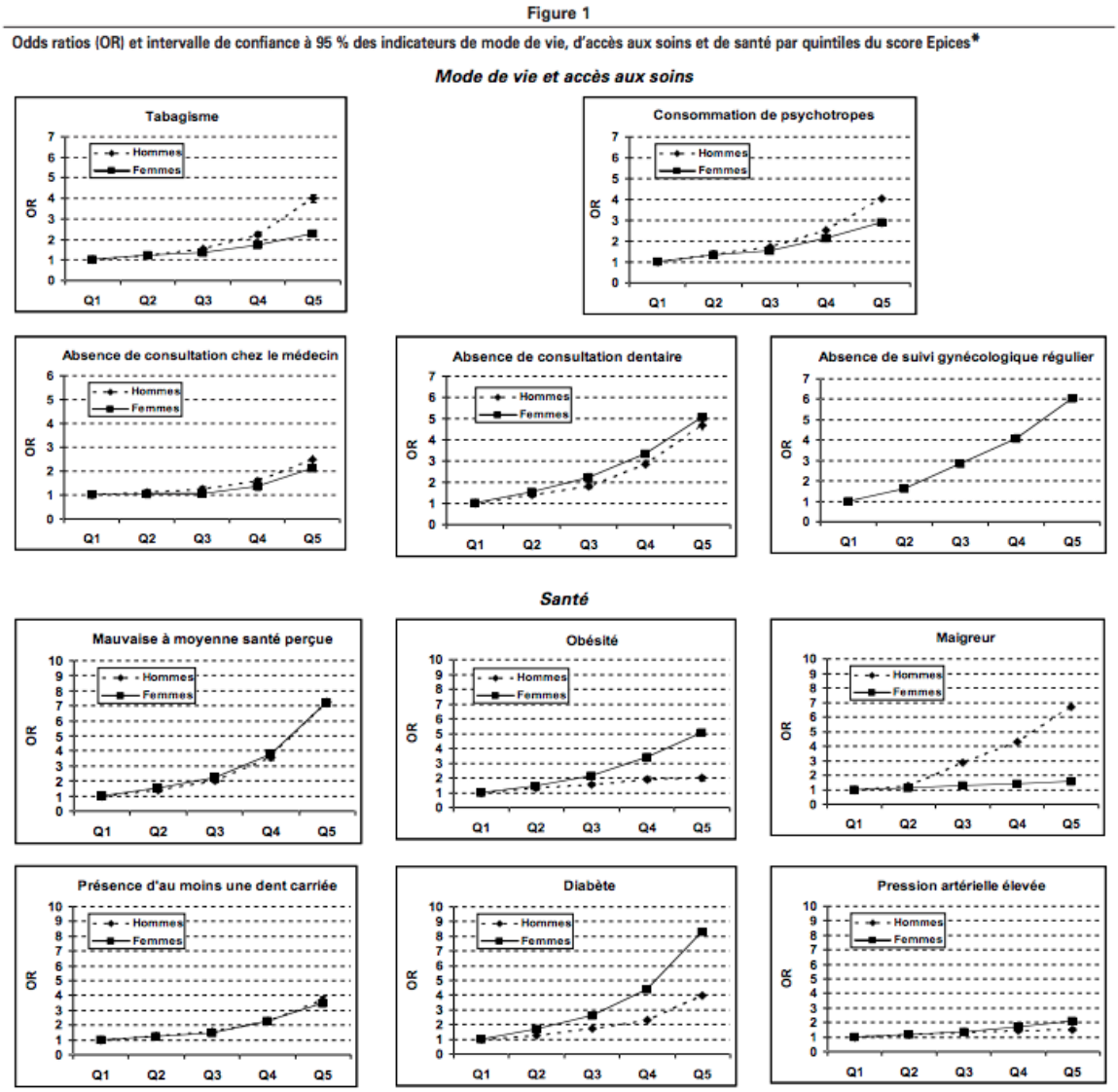
Les résultats rendent compte d'une vulnérabilité de ces patientes, vivant majoritairement seules (55% contre 41% dans la population générale), avec un plus fort taux de chômage (13,2% contre 7,7%), majoritairement titulaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou sans couverture complémentaire.

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) ***(Voir annexe 1)*** est un indicateur individuel développé à la demande de l'Assurance Maladie, qui évalue la précarité du sujet dans son caractère multidimensionnel, et qui a été validé comme outil performant de détection et quantification de la précarité. Il est construit de 11 questions, rattachées chacune à un coefficient, qui donnent un score continu de 0 (absence de précarité), à 100 (maximum de précarité). Le seuil de précarité considéré est de 30,17.

Il a été démontré l'association statistique significative entre le score EPICES et divers indicateurs de santé, notamment au non-suivi de soins, plus particulièrement dentaire et gynécologique. ***(25)***

Ce score EPICES a été mesuré chez les patientes réalisant une IVG en aquitaine en 2014 ***(26)***. Il ressort une plus grande proportion de patientes vulnérables que dans la population générale d'Aquitaine (48,9 contre 38,3).

Graphes 2a à 2k – Association du score EPICES à des indicateurs de santé et de mode de vie



C- Facteurs inhérents au moyen contraceptif

La durée d'utilisation est susceptible de modifier la connaissance que détient la patiente sur sa pilule et ainsi adapter sa façon de la gérer.

D- Facteurs inhérents à la relation entre le prescripteur et l'utilisatrice

Les données des études qualitatives disponibles sur le sujet de la consultation dédiée semblent faire ressortir l'ancienneté, la confiance, la proximité de la relation entre le prescripteur et l'utilisatrice comme influençant le mode de prescription établi ***(22,23)***.

La communication fait partie des compétences essentielles du médecin généraliste. Elle est d'ailleurs l'un des trois champs d'activités ciblés comme essentiels à acquérir au cours du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale, avec la démarche clinique et la gestion de l'outil professionnel, par un groupe de travail français partant des compétences définies par la WONCA. ***(27)***

Une bonne communication et une meilleure relation médecin – patient potentialise l'efficacité d'une consultation, et une méta-analyse a même pu mettre en évidence un effet significatif sur la réponse thérapeutique. ***(28)***

Ce sujet a donc été étudié, ce qui a permis dans un premier temps le recensement des critères de qualité de la relation médecin – patient, à la fois selon le point de vue du professionnel et des patients. ***(29)***

Une étude qualitative par réalisation de focus groups de médecins généralistes couplés à une revue de la littérature a permis en 2014 de dégager 39 critères de qualité de la communication. ***(30)***

Clément Boguet et Clémentine Ariot ont, par leur travail de thèse, repris ces données, et, par la méthode de consensus Delphi en trois rounds d'interrogation d'un panel d'experts, élaboré une grille d'évaluation de la relation médecin patient ***(Voir annexe 2). (31)***

Cet outil présente l'avantage d'être rigoureusement construit, facilement utilisable, et cohérente avec la grille réduite de Calgary-Cambridge, largement utilisée , notamment par les maîtres de stage afin d'évaluer la communication de l'interne avec le patient ***(32)***

* * *

La contraception orale est une méthode privilégiée dans l'arsenal contraceptif, notamment des populations les plus jeunes.

Or, son efficacité est intimement liée à la manière dont elle est utilisée, et il demeure actuellement de nombreux cas de grossesses non désirées liées à un mauvais usage ou une mauvaise gestion des situations de perte d'efficacité par oubli ou rejet. Cela a des conséquences, sur le plan de la santé des utilisatrices et sur le plan économique, avec de nombreuses interruptions de grossesses.

L'adéquation de la pilule avec le mode de vie de la patiente doit donc être régulièrement réévaluée. L'éducation de la patiente aux conduites à tenir en cas d'oubli, l'information et la prévention doivent aussi être maximisées.

La consultation de prescription est l'un des temps qui permettent de mettre en œuvre ces actions. Or, la prescription de pilule souffre d'un déficit de temps accordé, avec bien souvent une rédaction d'ordonnance sans consultation dédiée, en fin de consultation pour autre problématique, ou parfois même sans consultation.

Notre hypothèse est qu'il existe des facteurs qui favorisent la prescription de pilule en dehors d'une consultation dédiée, rattachées tant au prescripteur, à l'utilisatrice, à leur relation qu'au mode de contraception.

Quels facteurs favorisent la prescription de contraception orale en dehors d'une consultation qui lui est spécifiquement dédiée ?

L'objectif principal est de repérer les facteurs qui favorisent la prescription de contraceptif oral en dehors de consultation dédiée, afin de repérer les situations à risques et d'optimiser le temps essentiel qu'est la consultation de prescription de pilule.

Un objectif secondaire est de détailler le contenu des consultations sur les points semblants essentiels à l'usage sûr de la pilule, selon qu'elles soient établies sur un temps dédié ou non.

L'autre objectif secondaire est d'évaluer les connaissances des utilisatrices sur les conduites à tenir en cas de perte d'efficacité de leur pilule, selon que la prescription se fasse sur un temps dédié ou non.

METHODE

I) TYPE D'ETUDE

L'étude menée était une étude statistique quantitative, descriptive, multicentrique par questionnaires auto-administrés.

Elle s'est déroulée du 13 Février au 12 Avril 2019 au sein de 43 pharmacies participantes.

Elle a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL – déclaration n°2198353), ainsi qu'une demande d'avis au numéro d'enregistrement ID-RCB : 2018-A01733-52 auprès de la Commission de Protection des Personnes (CPP) de la Pitié Salpêtrière, désignée par tirage au sort de la Direction Générale de la Santé (DGS).

II) CRITERES D'INCLUSION, DE NON INCLUSION, D'EXCLUSION

Toute patiente de plus de 16 ans, se présentant en pharmacie pour délivrance d'un contraceptif oral, quel qu'il soit, hors contraception d'urgence, était incluables.

Etaient non inclues :

-les patientes de moins de 16 ans

-utilisant un autre mode contraceptif que la contraception orale

-ou n'ayant pas de contraception

Etaient exclues :

-les patientes n'ayant pas répondu à au moins une question relative au critère principal de recherche

Les patientes n'ayant pas répondu à une ou plusieurs questions relatives à des critères secondaires, mais ayant répondu à la totalité des questions relatives au critère principal n'étaient donc pas exclues de l'étude.

III) OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de notre étude était la mesure de l'incidence de la prescription de contraception orale effectuée au cours d'une consultation spécifiquement dédiée, et la mesure des facteurs influençant sa survenue.

IV) CONSTRUCTION DE L'ETUDE

A- Questionnaire

Le questionnaire se décomposait en plusieurs parties :

-Entête expliquant les motivations de l'étude, et rappelant son caractère anonyme et non obligatoire.

-Questions, regroupées en plusieurs thèmes :

- Informations générales permettant de caractériser la population étudiée, d'identifier la pilule utilisée (essentiel pour l'analyse des connaissances des conduites à tenir en cas d'oubli) sur les questions 1 à 3
- évaluation du mode de prescription (consultation dédiée ou non) sur les questions 4 et 5
- facteurs propres au prescripteur pouvant influencer le mode de prescription sur la question 6
- facteurs propres au moyen contraceptif pouvant influencer le mode de prescription sur la question 7
- facteurs propres à la relation médecin-patient pouvant influencer le mode de prescription sur la question 6 et 9
- facteurs propres à la patiente pouvant influencer le mode de prescription sur la question 10 à 19
- évaluation du contenu de la consultation sur la question 8
- évaluation des connaissances relatives aux conduites à tenir en cas d'oubli de pilule sur les questions 20 à 23.

-Question libre finale, où les patientes étaient invitées à inscrire les raisons qui, selon elles, pouvaient expliquer le fait de ne pas se faire prescrire sa contraception orale lors d'une consultation spécifiquement dédiée.

Le questionnaire a été élaboré et modifié lors des séances mensuelles d'aide à la thèse avec le directeur de thèse (Dr Sébastien CADIER) et mes collègues en cours de travail de thèse présents en séances (généralement groupe allant de 4 à 6 personnes), puis testé auprès d'un petit panel pour en tester sa compréhension, et chronométrage.

B- Recrutement des pharmacies

Les pharmacies ciblées étaient toutes celles présentes sur le territoire délimité par Bayonne et Boucau au sud ouest, remontant la côte Atlantique jusqu'à Hossegor au nord ouest, allant jusqu'à Saint Vincent de Tyrosse au nord est, descendant jusqu'à Urt au sud est, puis revenant sur Bayonne par la rive sud de l'Adour.

Les 48 pharmacies sondées étaient donc situées à :

- Bayonne : 22 pharmacies
- Boucau : 2 pharmacies
- Tarnos : 4 pharmacies
- Ondres : 1 pharmacie
- Labenne : 1 pharmacie
- Capbreton : 4 pharmacies
- Hossegor : 1 pharmacie
- Saint Vincent de tyrosse : 3 pharmacies

- Benesse-Maremne : 1 pharmacie
- Saint André de Seignanx : 2 pharmacies
- Saint Martin de hinx : 1 pharmacie
- Urt : 1 pharmacie
- Briscous : 1 pharmacie
- Urcuit : 1 pharmacie
- Mouguerre : 1 pharmacie
- Saint Pierre d'Irube : 2 pharmacies

Sur ces 48 pharmacies, 5 refus ont été enregistrés, ce qui portait le nombre de pharmacies participantes à 43.

- 3 refus sur Bayonne (titulaires non présents car en congés pour une, changement très récent de propriétaire pour une, peu de contraception orale pour une)
- 1 refus à Saint Pierre d'Irube (surcharge de travail)
- 1 refus à Saint André de Seignanx (changement très récent de propriétaire).

Un premier tour de visite de pharmacies a été réalisé du 28 au 30 Janvier 2019, afin de présenter le projet et recueillir l'adhésion des pharmacies.

Un second tour a été réalisé du 7 au 11 Février 2019, afin de remettre aux pharmacies 30 questionnaires, 30 enveloppes à autocollant avec inscription « thèse », et un court formulaire récapitulant les critères d'inclusion.

L'étude a débuté le 13 Février 2019. Un premier ramassage des questionnaires a été réalisé du 6 au 8 Mars 2019. Le dernier ramassage a été réalisé du 12 au 15 Avril 2019.

C- Traitement des données et analyse statistique

Les données ont été entrées sur Epi-Data Entry, puis la base de donnée a été exportée via Epi-Data Manager en fichier CSV.

Ces données ont ensuite été exploitées et analysées avec le logiciel R.

Des moyennes, médianes, quartiles, minimum et maximum ont été réalisées sur les variables quantitatives, avec comparaisons de moyennes par test t de student.

Les variables qualitatives ont été décrites par effectifs et pourcentage. La comparaison a été faite par test du Chi-2 lorsque les effectifs et les distributions le permettaient, ou bien par test exact de Fisher lorsque cela n'était pas possible. Une variable a nécessité l'emploi du test de Cochrane-Armitage ; il s'agissait de la comparaison du mode de prescription en fonction de l'âge du prescripteur, afin de tenir compte du caractère classé de la variable âge (4 classes de dizaine d'année).

Le risque alpha de première espèce choisi était de 5%.

Un premier tour d'analyse bivariée a été réalisé, comparant le mode de prescription en fonction de chaque facteur pouvant l'influencer.

Une analyse multivariée par régression logistique a ensuite été réalisée afin de mieux typer les facteurs associés à une prescription en dehors d'un moment de consultation spécifiquement dédié. Cela avait pour objectif d'isoler les effets résiduels de chaque variable explicative mise en évidence lors de l'analyse bivariée sur la variable d'intérêt, qui est le fait ou non d'avoir une prescription sur un moment spécifiquement dédié.

Le modèle choisi était donc une régression logistique binaire, puisque la variable d'intérêt était la présence ou l'absence de prescription sur consultation dédiée.

L'analyse a été réalisée sous logiciel R, à l'aide de la fonction GLM (*generalized linear models*) sous modèle *logit,* de la famille des modèles binomiaux.

Un second modèle réduit a été produit pour maximiser son efficacité. La réduction du premier modèle obtenu par analyse multivariée a été obtenue par la technique de sélection pas à pas, où nous retirions une variable à chaque tour, et réévaluions le modèle. Le processus se terminait lorsqu'il ne pouvait plus être amélioré par la suppression d'une variable.

Afin d'évaluer la qualité du modèle à chaque étape d'élimination, nous avons choisi l'étude du critère AIC (Akaike Information Criterion) ; plus il est faible, meilleur est le modèle.

Le modèle réduit obtenu contenait cinq variables, auquel nous avons décidé d'ajouter la variable « profession du prescripteur », compte tenu de sa présence importante dans la littérature disponible.

Afin de s'assurer de la validité de ce second modèle réduit, nous avons réalisé une analyse de variance entre le premier modèle d'analyse multivarié et le second modèle réduit à 6 variables. Nous l'avons effectué par méthode ANOVA sous logiciel R. Nous avons retrouvé

un coefficient de variance p=0,83, ce qui montre que ce second modèle resserré explique tout autant de variance que le premier, tout en étant plus parcimonieux.

RESULTATS

I) RECUEIL DES DONNEES

182 questionnaires ont été recueillis sur l'ensemble des 43 pharmacies participantes.

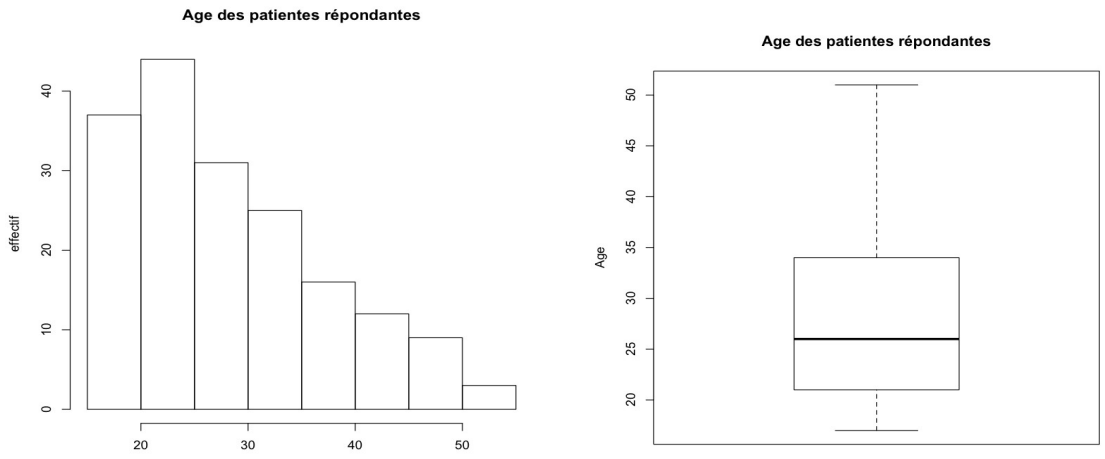
5 d'entre eux n'ont pas été retenus (4 car réponse manquante sur critère de jugement principal, et 1 car réponse incohérente sur critère de jugement principal). 177 questionnaires ont donc été inclus.

A noter que la participation des pharmacies a été inégale, avec 10 pharmacies sur lesquelles aucun questionnaire n'a été rempli. Le minimum de questionnaire recueilli par pharmacie est de 1, et le maximum est de 14. Sur les pharmacies où au moins un questionnaire a été rempli, la moyenne de questionnaire rempli recueilli est de 5,3 par pharmacie, avec médiane à 4.

II) CARACTERISTIQUES GENERALES DES PARTICIPANTES *(tableaux A1 à A8 en annexe 4)*

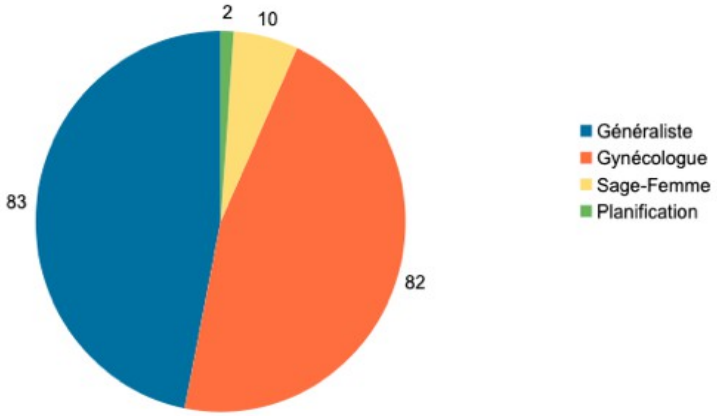
Les patientes avaient un âge moyen de 28,63 ans (Minimum 17 ; Maximum 51 ; Médiane 26 ans).

Graphe 3a et 3b – Age des participantes



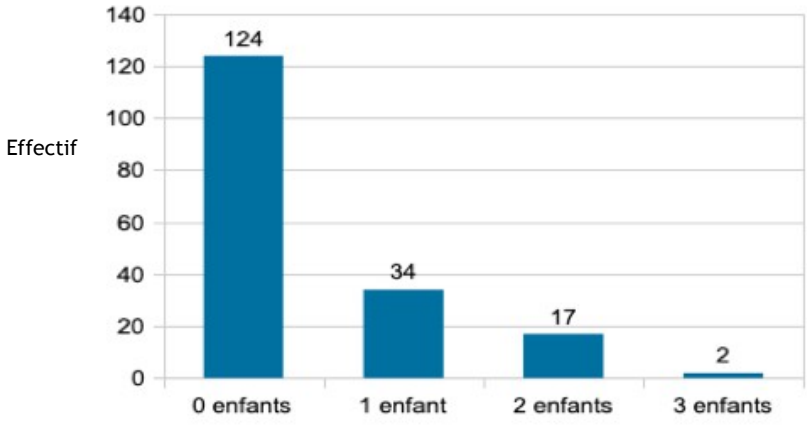
La prescription était réalisée par un médecin généraliste pour 83 patientes, par un gynécologue pour 82 patientes, par une Sage-Femme pour 10 patientes, et au sein d'un centre de planification pour 2 d'entre elles.

Graphe 4 – Profession du prescripteur

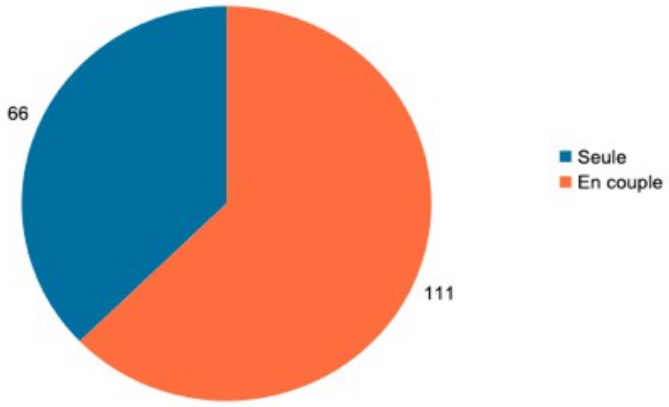


70% d'entre elles étaient nullipares, et 62,7% vivent en couple. Elles étaient en très grande majorité de nationalité française.

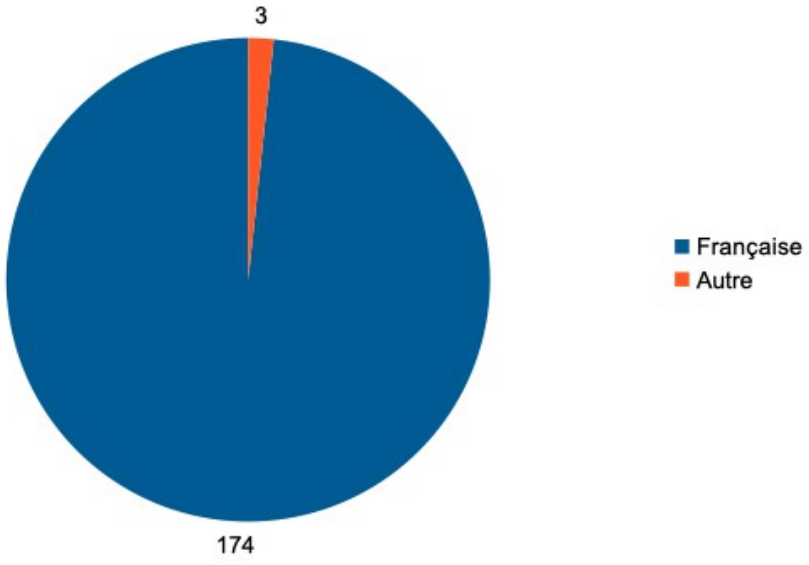
Graphe 5 – Nombre d'enfant par participante



Graphe 6 – Statut familial des participantes

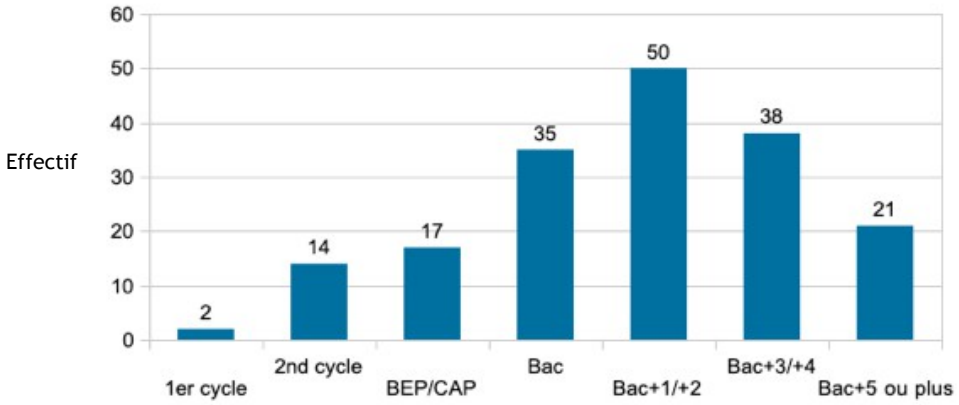


Graphe 7 – Nationalité des participantes

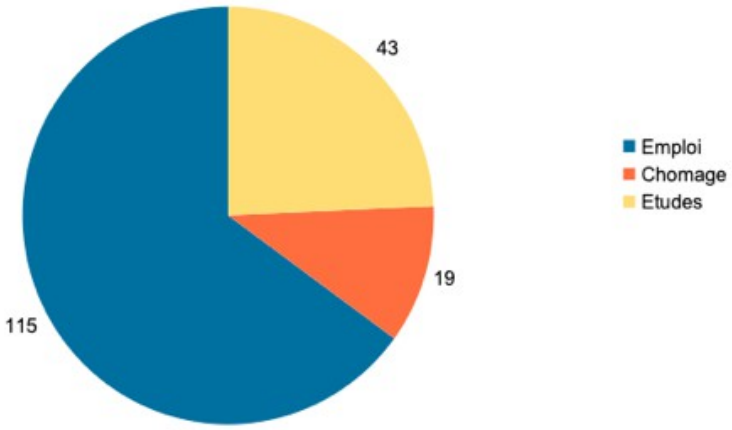


La majorité des patientes avaient un niveau d'études correspondant à Bac+1 ou Bac+2. Elles avaient un emploi pour 65% d'entre elles. 81,9% avaient une mutuelle.

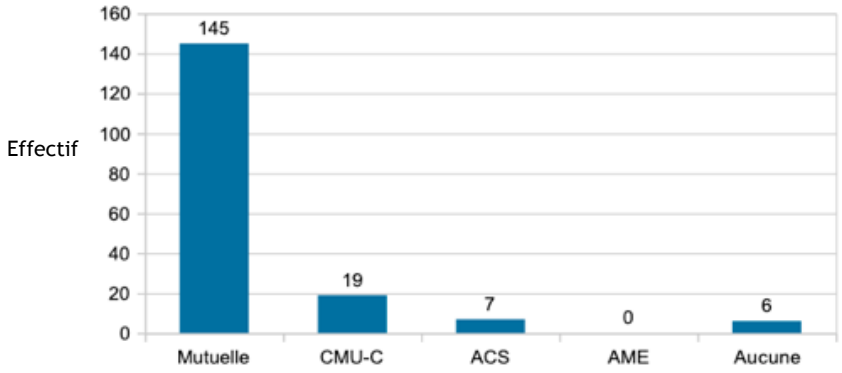
Graphe 8 – Niveau d'étude des participantes



Graphe 9 – Situation professionnelle des participantes



Graphe 10 – Couverture complémentaire des participantes

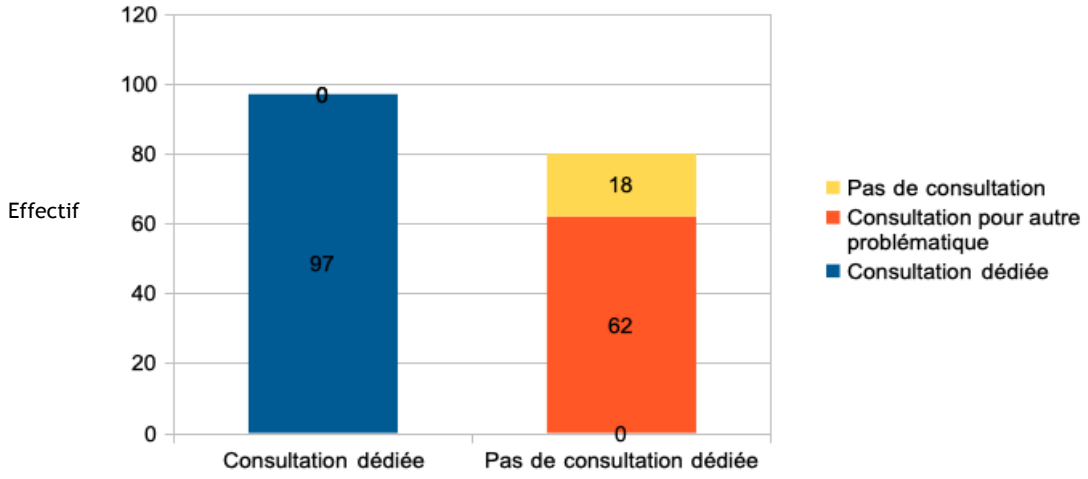


III) MODE DE PRESCRIPTION ET FACTEURS L'INFLUENCANT

A- Mode de prescription (tableau A9 en annexe 4)

Un peu plus de la moitié des patientes interrogées (54,8%) ont renouvelé leur pilule au cours d'une consultation dédiée, contre 35% qui l'ont réalisé au cours d'une consultation prévue pour une autre problématique, et 10,2% qui l'ont récupéré sans consultation.

Graphe 11 – Mode de prescription de la dernière ordonnance de pilule

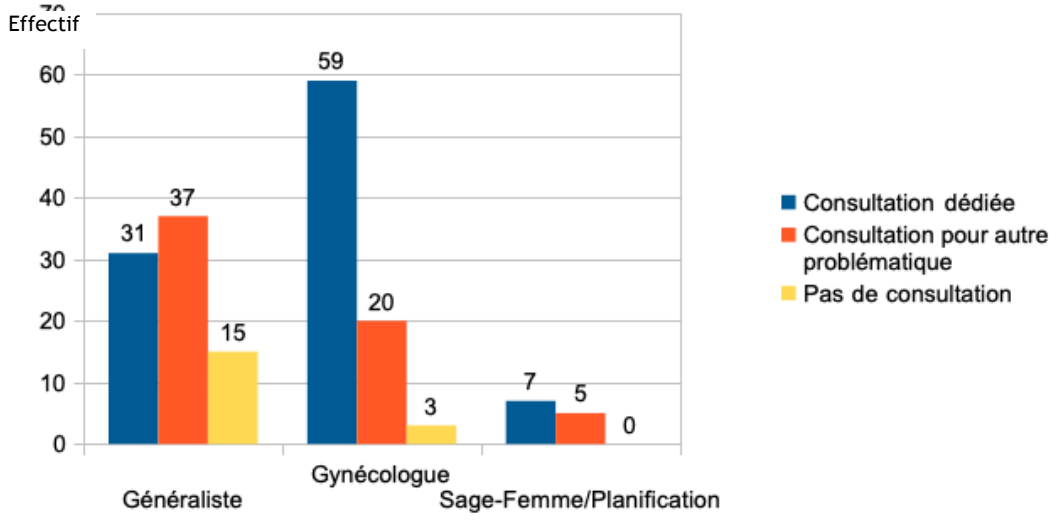


B- Facteurs inhérents au prescripteur

1- Profession du prescripteur ***(tableau A10 en annexe 4)***

La prescription hors consultation spécifique était plus marquée en médecine générale, où 62,8% des prescriptions avaient lieu sans moment spécifiquement dédié (p=3,496e-5).

Graphe 12 – Mode de prescription selon la profession du prescripteur



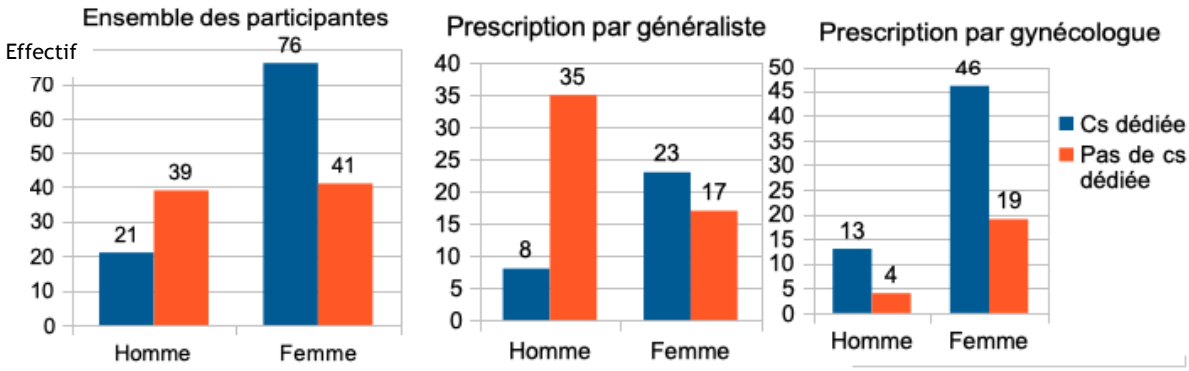
2- Sexe du prescripteur ***(tableaux A11a, A11b et A11c en annexe 4)***

Le sexe masculin du prescripteur était significativement plus rattaché à une prescription sans consultation spécifiquement dédiée (p=0,00015).

Ceci était nettement plus marqué en médecine générale, où 81,4% des prescription ayant été rédigées par un prescripteur homme l'étaient sans rendez-vous spécifique (p=0,0003).

En revanche, chez les gynécologues, le sexe du prescripteur n'imprimait pas de différence significative sur le mode de prescription (p=0,77)

Graphes 13a, 13b et 13c – Mode de prescription selon le sexe du prescripteur

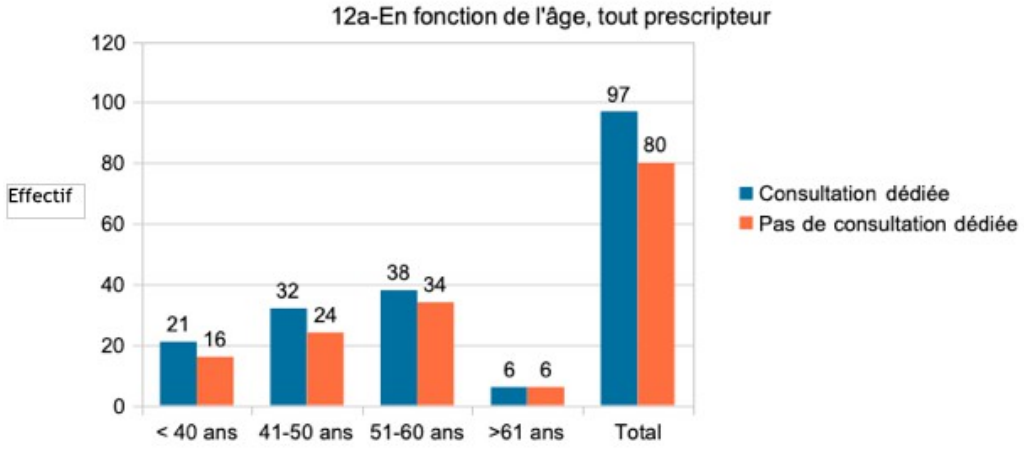


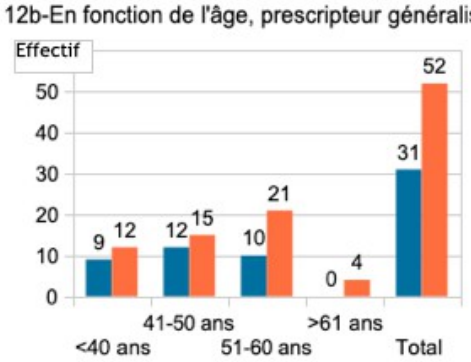
3- Age du prescripteur ***(tableau A12 en annexe 4)***

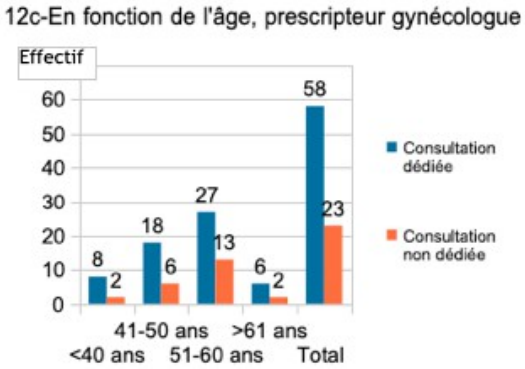
Il n'existait pas de différence significative dans la répartition du mode de prescription en fonction de l'âge du prescripteur (p=0,93). De plus, aucun test statistique (chi-2 ou Fisher en fonction des effectifs) réalisé séparément pour chaque classe d'âge ne trouvait une différence significative dans le mode de prescription, que l'on étudiait l'ensemble des participantes, ou bien par sous-groupe en fonction de la profession du prescripteur.

Nous avons réalisé une analyse supplémentaire par le test de Cochran-Armitage afin de tenir compte du caractère classé des classes d'âge. Elle confirme l'absence de différence significative avec un p=0,717

Graphes 14a, 14b et 14c - Mode de prescription selon l'âge du prescripteur



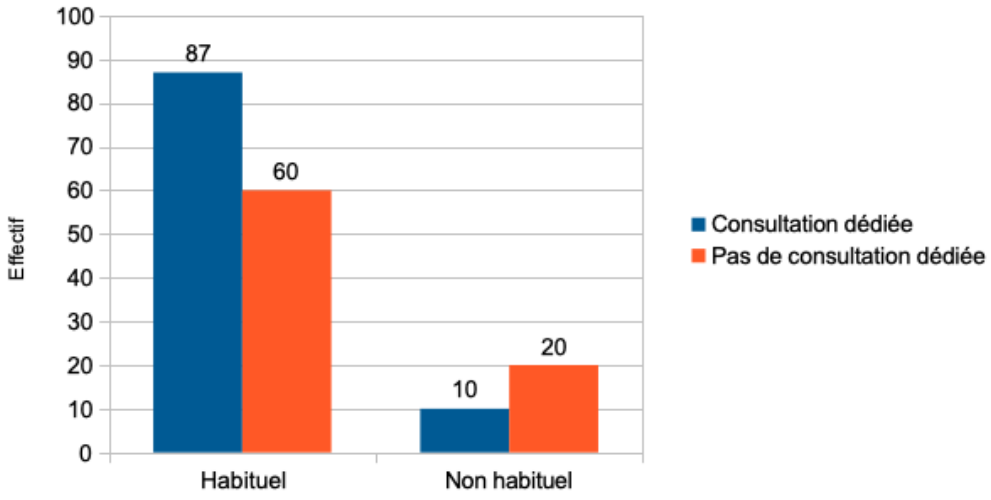




4- Prescripteur habituel ou ponctuel ***(tableau A13a et A13b en annexe 4)***

Il apparaissait que le mode de prescription était sensiblement différent selon que le prescripteur était ou non celui qui prescrivait habituellement la pilule : la consultation était dédiée dans 59,2% des cas quand la prescription était effectuée par le prescripteur habituel, contre 33,3% des cas lorsque l'effecteur ne s'occupait habituellement pas de la contraception de la patiente (p=0,0095).

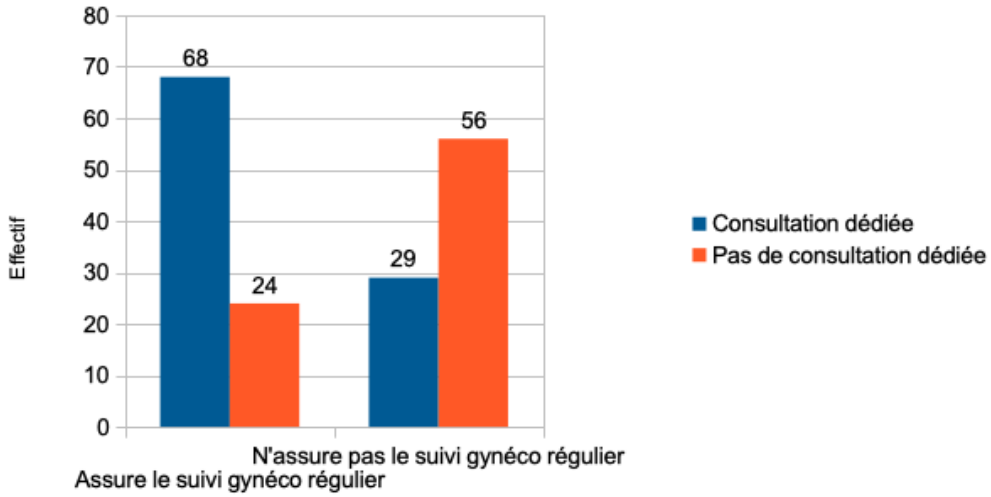
Graphe 15 - Mode de prescription selon que l'effecteur soit prescripteur habituel ou non



5- Prescripteur effectuant ou non le suivi gynécologique régulier ***(tableau A14a et A14b en annexe 4)***

Le professionnel effectuant la prescription, la rédigeait plus volontiers dans un temps spécifiquement consacré s'il s'occupait du suivi gynécologique régulier de la patiente (p=1,06e-7).

Graphe 16 - Mode de prescription selon que l'effecteur assure ou non le suivi gynécologique de la patiente

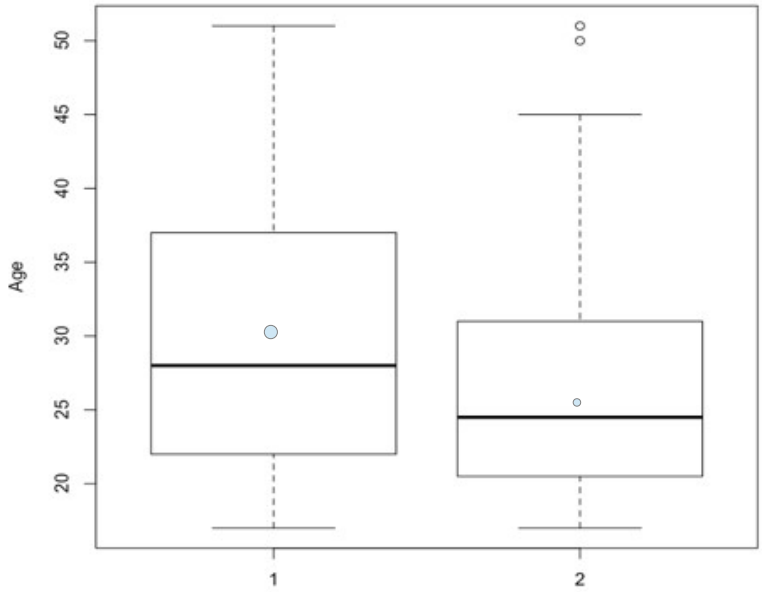


C- Facteurs inhérents à l'utilisatrice

1- Age de l'utilisatrice

Les patientes renouvelant leur pilule sans rendez vous spécifique étaient significativement plus jeunes (26,75 ans en moyenne contre 30,18 ans en consultation dédiée, (p=0,01)

Graphe 17 – Age des patientes en fonction du mode de prescription

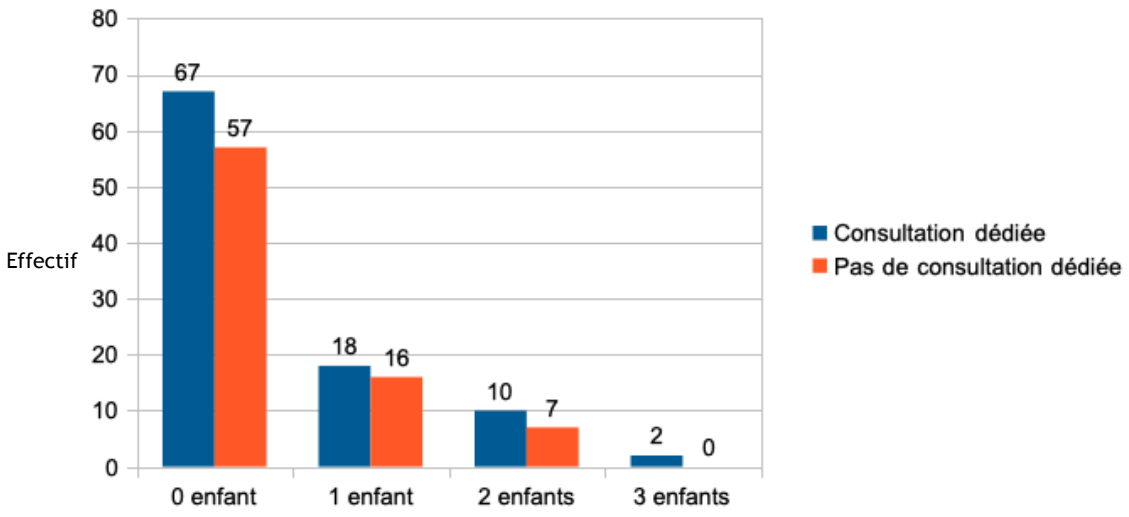


1 : Consultation spécifique - 2 : pas de consultation spécifique

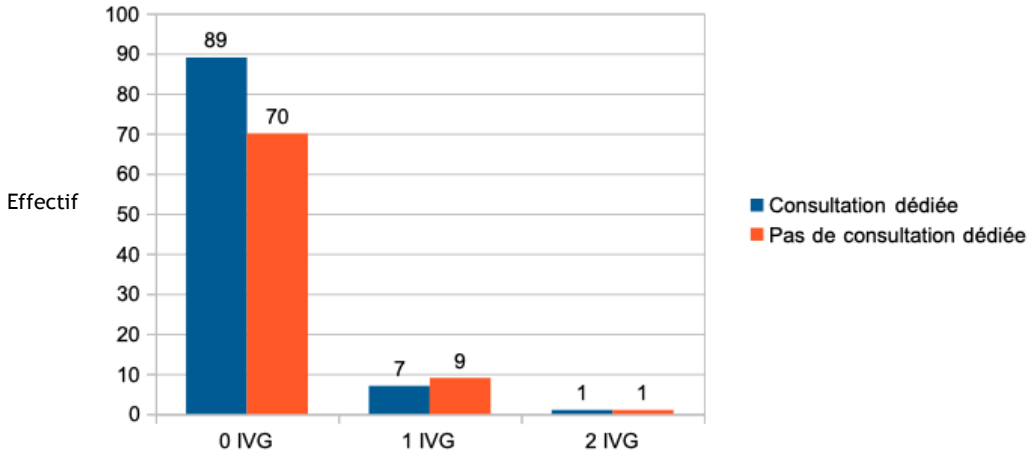
2- Antécédents gynécologiques ***(tableau A15 en annexe 4)***

Il n'y avait pas de différence significative sur le mode de prescription en fonction du nombre d'enfants (p=0,65), du nombre d'IVG réalisées (p=0,36), ni du nombre de fausses couches (p=0,51).

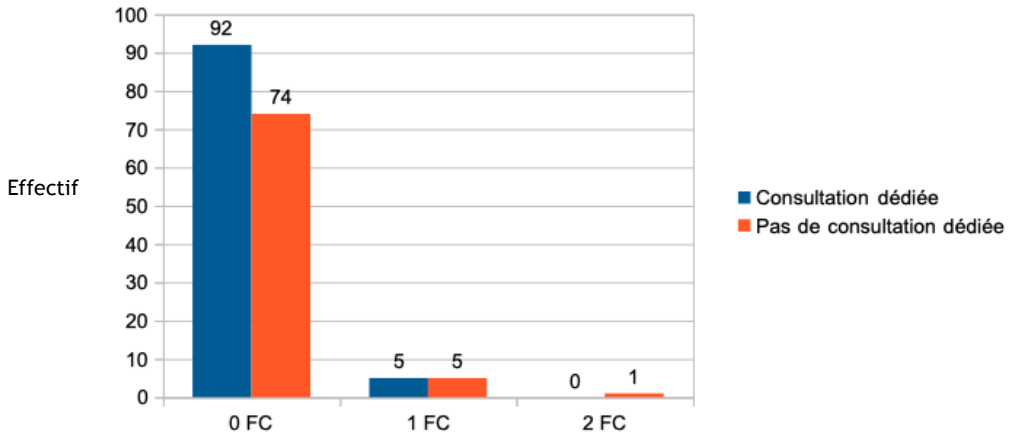
Graphe 18 – Mode de prescription en fonction du nombre d'enfant



Graphe 19 – Mode de prescription en fonction du nombre d'IVG réalisé



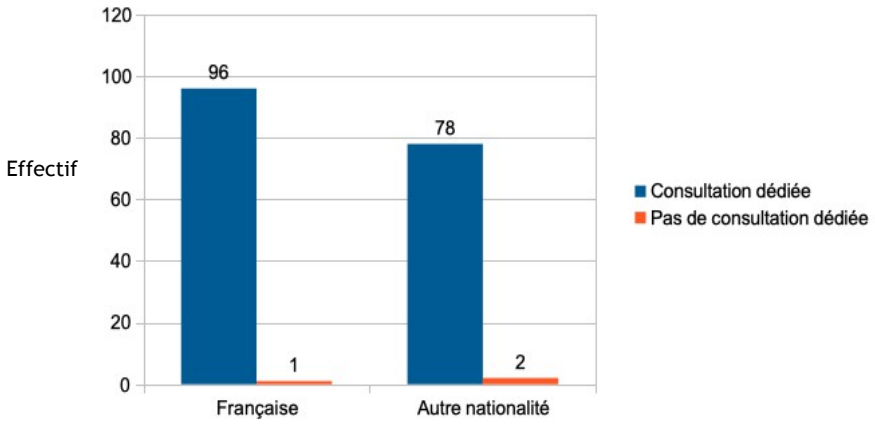
Graphe 20 – Mode de prescription en fonction du nombre de fausse-couche



3- Données socio-économiques ***(tableaux A16 à A19 en annexe 4)***

La nationalité de la patiente n'avait pas d'incidence significative sur le mode de prescription (p=0,59).

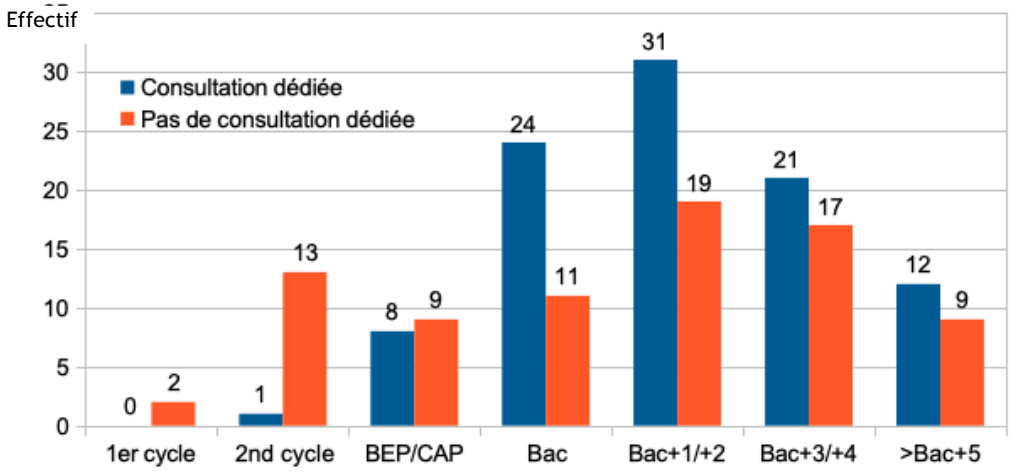
Graphe 21 – Mode de prescription en fonction de la nationalité



La distribution des niveaux d'études était sensiblement différente (p=0,003) selon le mode de prescription.

Si l'on regardait dans le détail, seul le niveau d'étude « second cycle » était significativement plus associé à une prescription hors moment dédié (p=0,0003). Il n'y avait pas de différence significative dans le mode de prescription sur l'ensemble des autres niveaux d'études.

Graphe 22- Mode de prescription en fonction du niveau d'études

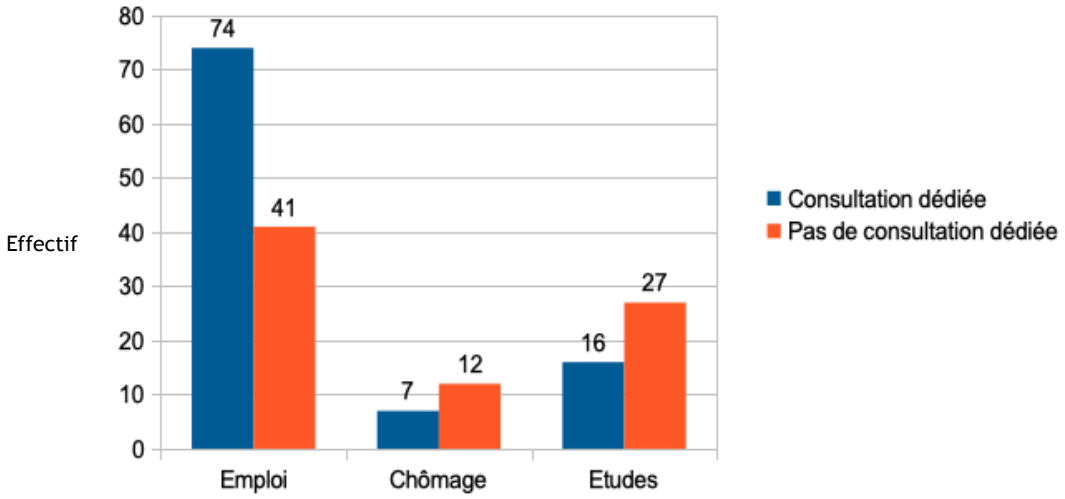


Le mode de prescription était également significativement différent selon la situation professionnelle de la femme. En effet, les patientes ayant un emploi avaient bénéficié plus souvent d'une prescription en consultation dédiée, que hors moment dédié (p=0,0005).

De plus, le statut étudiant était significativement plus lié à un mode de prescription hors consultation spécifiquement dédiée (p=0,008).

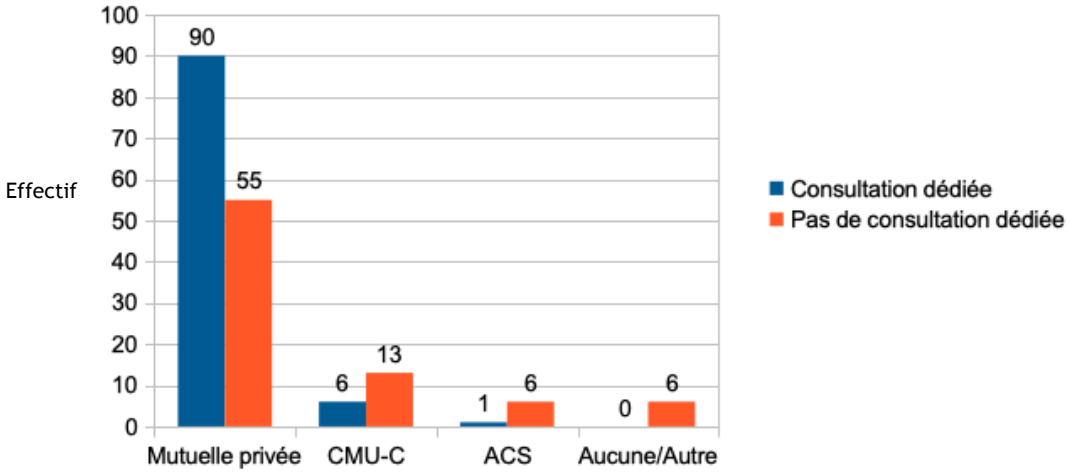
En revanche, le statut de chômeuse n'était pas significativement associé à une différence de mode de prescription au risque alpha de 5% (p=0,096).

Graphe 23 – Mode de prescription en fonction du statut professionnel



La prescription sur moment spécifiquement dédié était significativement majoritaire chez les patientes ayant une mutuelle privée (p=0,00004), alors qu'elle était significativement minoritaire sur les patientes ayant comme assurance complémentaire la CMU-C (p=0,03), l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) (p=0,047) ou n'ayant pas de complémentaire santé (p=0,008, à discuter au vue des très faibles effectifs).

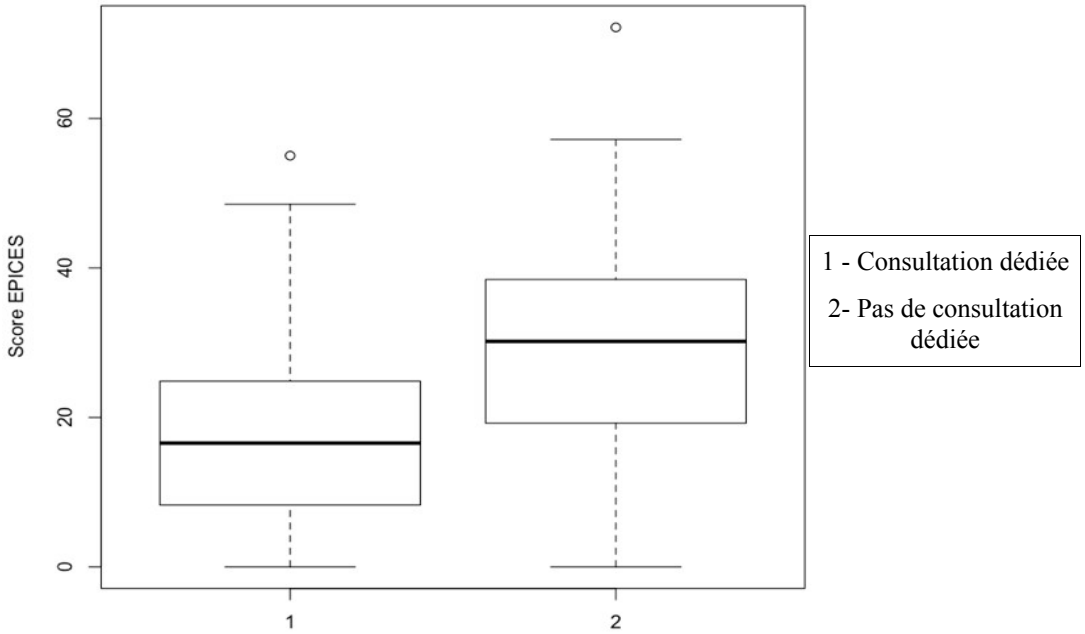
Graphe 24 – Mode de prescription en fonction de l'assurance complémentaire



4- Niveau de précarité de l'utilisatrice

Les marqueurs de précarité imprimaient une différence significative sur le mode de prescription utilisé par les patientes. En effet, les patientes ayant renouvelé leur pilule au cours d'une consultation dédiée avaient un score EPICES moyen de 17,39, contre 28,66 pour celles n'ayant pas pris un rendez-vous de consultation spécifique, et avaient donc un niveau de précarité plus faible. La différence apparaît hautement significative (p=1,109e-7).

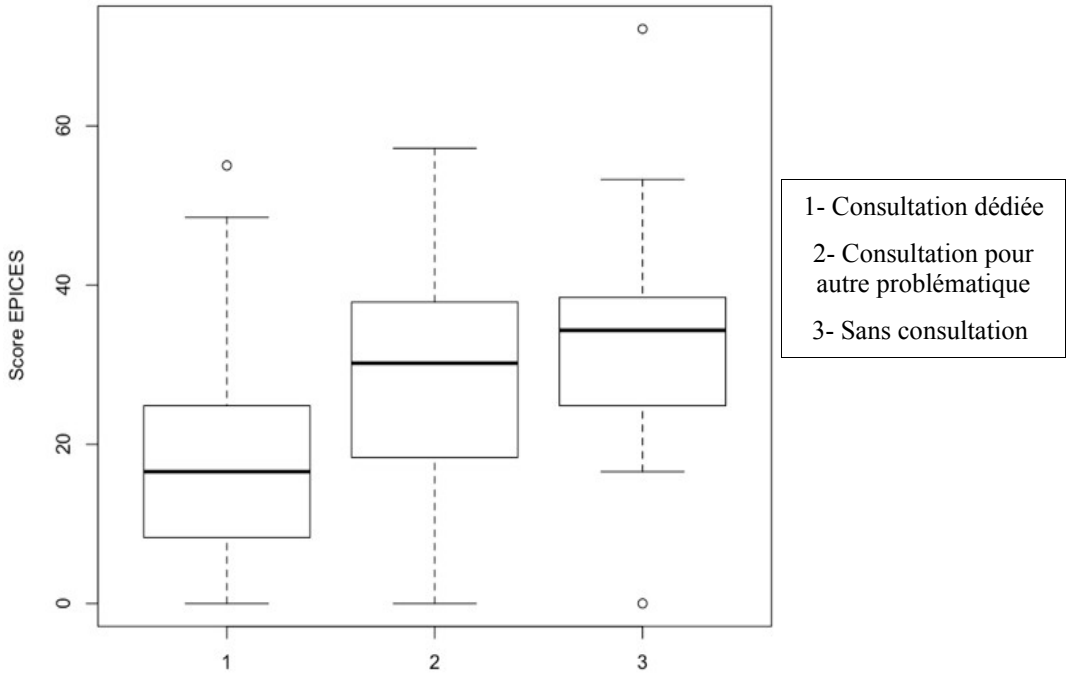
Graphe 25a – Score EPICES en fonction du mode de prescription



Cette situation était notamment très marquée sur les prescriptions établies en médecine générale (18,83 de moyenne contre 30,1, p=0,0005).

Il était à noter qu'il existait une différence importante des scores EPICES de précarité, au sein du groupe « prescription hors consultation spécifique », selon que la prescription avait eu lieu sur consultation pour autre problématique (EPICES 27,14), ou sans consultation (EPICES 33,89). Pour mémoire, le seuil de précarité considéré comme étant celui de précarité est de 30,17 comme vu dans l'introduction.

Graphe 25b – Score EPICES en fonction du mode de prescription, avec différenciation « consultation autre problématique » et « sans consultation »

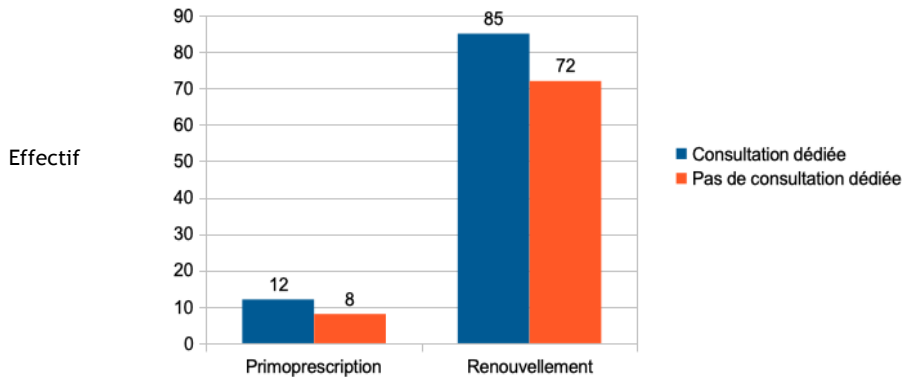


D- Facteurs liés au moyen contraceptif

1- Primo-prescription ou renouvellement ***(tableaux A20a-b en annexe 4)***

Il n'y avait pas de différence significative sur le mode de prescription selon que la pilule ait été prescrite pour la première fois ou non (p=0,79).

Graphe 26 – Mode de prescription selon qu'elle soit une primo-prescription ou un renouvellement



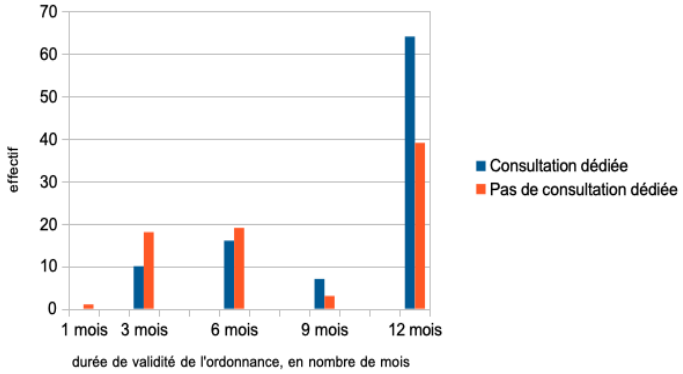
Cette absence de différence se confirmait lorsqu'on regardait spécifiquement sur la population ayant réalisé la prescription en médecine générale (p=0,09), ou chez un autre effecteur (p=0,45).

De plus, le facteur « primo-prescription ou renouvellement » ne faisait pas significativement varier le mode de prescription, si l'on comparait spécifiquement les prescriptions sur consultations dédiées aux consultations pour autre problématique (p=1), ou aux prescriptions sans consultations (p=0,68).

2- Durée de validité de l'ordonnance établie ***(tableau A22 en annexe 4)***

La durée de validité d'une ordonnance obtenue sans consultation spécifique était sensiblement plus courte qu'une ordonnance obtenue lors d'une consultation dédiée (p=0,006), avec en moyenne une ordonnance de 8,3 mois contre 9,9 mois. La différence était surtout marquée par le fait d'une immense proportion d'ordonnance établies pour 12 mois lorsqu'elles l'étaient dans un moment spécifiquement dédié.

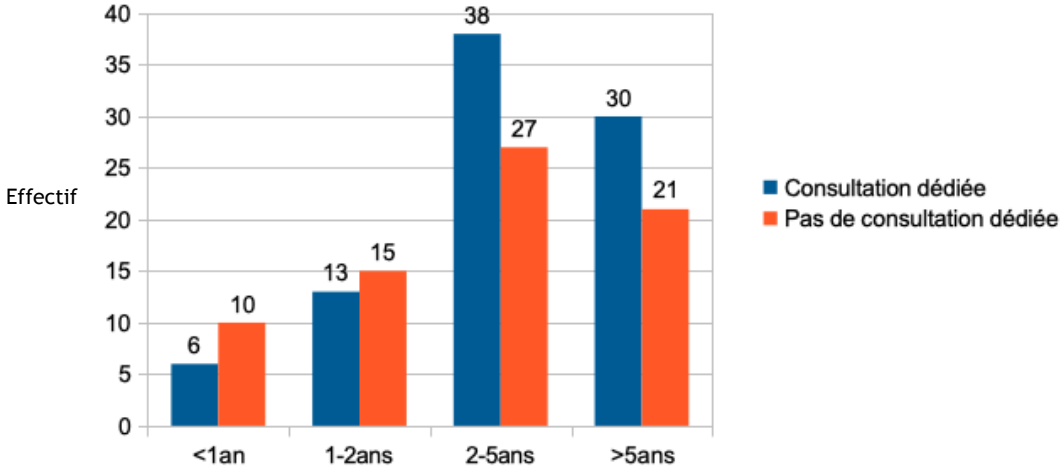
Graphe 27 – Durée de validité de l'ordonnance établie en fonction du mode de prescription



3- Ancienneté d'utilisation de la pilule actuelle ***(tableau A21 annexe 4)***

Il n'existait pas de différence de mode de prescription de la pilule en fonction de son ancienneté d'utilisation (p=0,33). En effet, même si les pilules utilisées depuis moins de deux ans semblaient être plus rattachées à un mode de prescription sans consultation spécifique, il ne ressortait pourtant pas de différence significative.

Graphe 28 – Mode de prescription en fonction de l'ancienneté d'utilisation

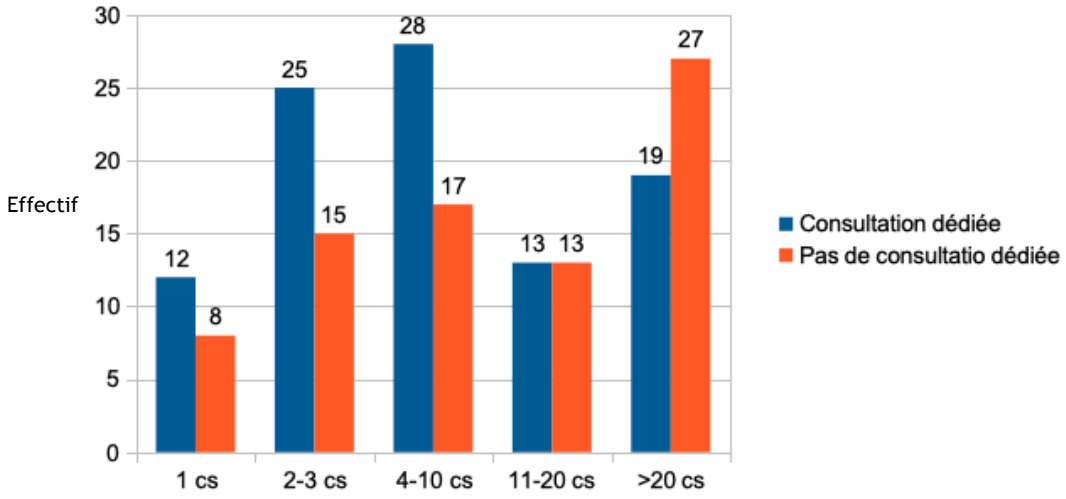


<u>E- Facteurs inhérents à la relation entre le prescripteur et l'utilisatrice</u>

1- Ancienneté du suivi ***(tableaux A23 et A24 en annexe 4)***

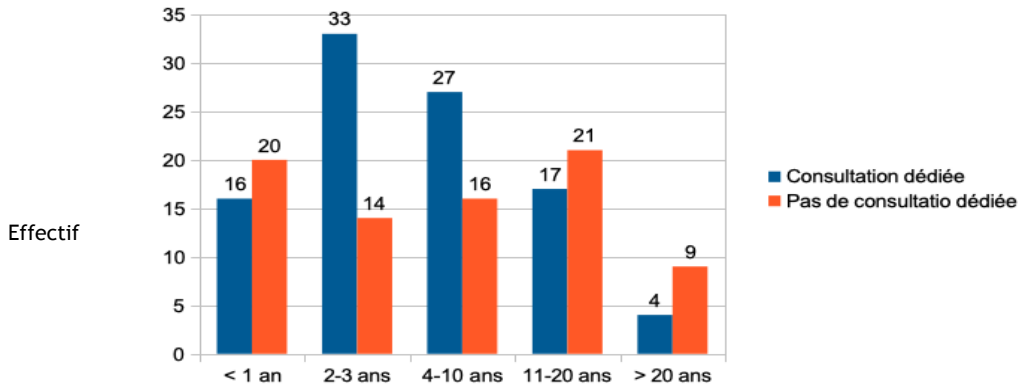
Les prescriptions sans consultation spécifiquement dédiées étaient significativement plus nombreuses lorsque la patiente avait consulté plus de 20 fois le professionnel (p=0,0,3). Il n'était pas retrouvé de différence significative pour un nombre de consultations inférieures à 20.

Graphe 29 – Mode de prescription en fonction du nombre de consultation effectué auprès du prescripteur



La prescription au cours d'un moment dédié paraissait significativement plus fréquente lorsque la patiente connaissait le prescripteur depuis 2 à 3 ans (p=0,013). Il semblait que les prescriptions établies sans moment dédié étaient plus nombreuses quand le prescripteur assurait le suivi depuis plus de 10 ans, et surtout plus de 20 ans, sans que le seuil de significativité ne soit toutefois dépassé (p=0,16 pour « 10-20 ans », p=0,086 pour « plus de 20 ans »).

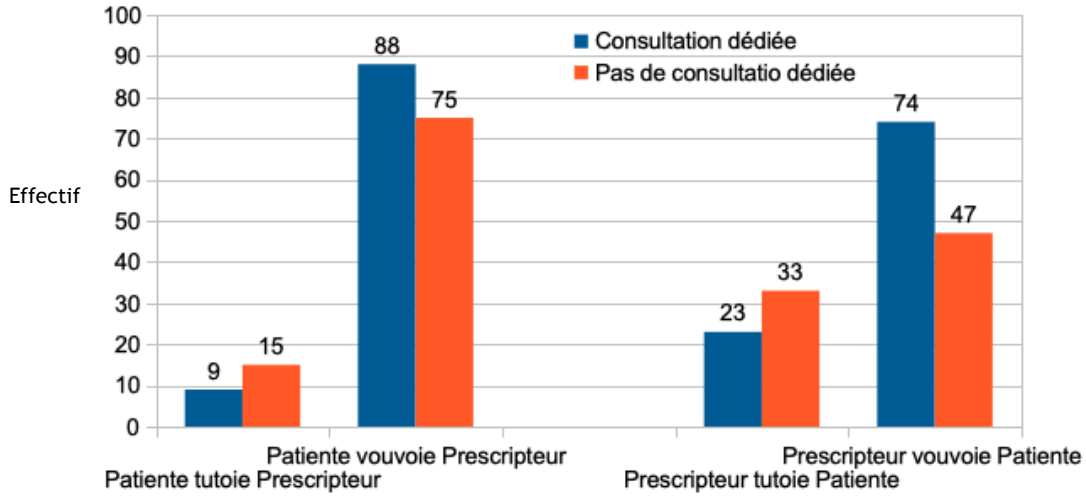
Graphe 30 – Mode de prescription en fonction de l'ancienneté du suivi



2- Tutoiement et vouvoiement ***(tableau A25 en annexe 4)***

On observait une réelle différence selon l'usage par le prescripteur du tutoiement ou vouvoiement (p=0,013) ; le tutoiement était rattaché à une majorité de prescription sans consultation dédiée, au contraire du vouvoiement. On observait la même tendance lorsqu'on étudiait la manière qu'avait la patiente de s'adresser au prescripteur, sans que cela soit significatif (p=0,07).

Graphes 31a et 31b – Mode de prescription en fonction du tutoiement/vouvoiement utilisé



3- Facteurs de la relation prescripteur-patiente

Il n'était pas retrouvé de différence significative sur le mode de prescription en fonction de chaque critère d'évaluation de la relation médecin patient, établis par les travaux de Clément Boguet et Clémentine Ariot.

Tableau 4 – Mode de prescription en fonction des critères de la relation médecin patient

		Sur l'ensemble des répondantes	**En médecine générale**
Accueil	Accueil chaleureux, attitude d'ouverture	p=0,98	p=1
	D'emblée à l'écoute	p=0,72	p=0,43
Communication	Laisse s'exprimer la patiente, n'interrompt pas sauf si nécessaire avec tact	p=0,88	p=0,91
	Facilite l'expression des plaintes, attentes et motifs cachés de la consultation	p=0,58	p=0,16
	Reformule et facilite la compréhension	p=0,93	p=0,78
	Exprime de façon adaptée son désaccord	p=0,64	p=0,50
Empathie	Utilise l'empathie, reconnaît les émotions et points de vue de la patiente	p=0,70	p=0,39
	Prends en compte la singularité de la patiente et s'adapte	p=0,65	p=0,70
	N'émet pas de jugement	p=0,46	p=0,54
Partage information	Définit et hiérarchise avec l'accord de la patiente ses souhaits, demandes et attentes	p=0,44	p=0,31
	Informe de façon claire, précise et adaptée	p=0,86	p=1
	Vérifie la compréhension	p=0,74	p=0,07
Partage décision	Incite à participer à la prise de décision	p=0,84	p=0,55

IV) LE CONTENU DE LA CONSULTATION

A- Description du contenu des consultations

Lorsqu'une consultation a eu lieu (en excluant donc les cas où l'ordonnance a été récupérée sans consultation), le prescripteur a interrogé la patiente sur sa satisfaction et sa tolérance envers la pilule dans 66,9% des cas.

Il l'a ensuite interrogé sur les éventuels oublis ou rejets de pilule dans 43,3% des cas.

Il a sondé la patiente sur ses connaissances des règles à tenir en cas d'oubli dans 35,7% des cas.

Enfin, il a rappelé ces règles dans 40,1% des cas.

B- Contenu des consultations en fonction du mode de prescription (tableau A26 en annexe 4)

1- Sur l'ensemble des consultations

Etudions maintenant le contenu de la consultation en fonction du mode de prescription, en ne considérant toujours que les prescriptions effectuées lors d'une consultation (dédiée ou pour autre problématique), les prescriptions effectuées sans consultation ayant par définition un contenu de consultation nul.

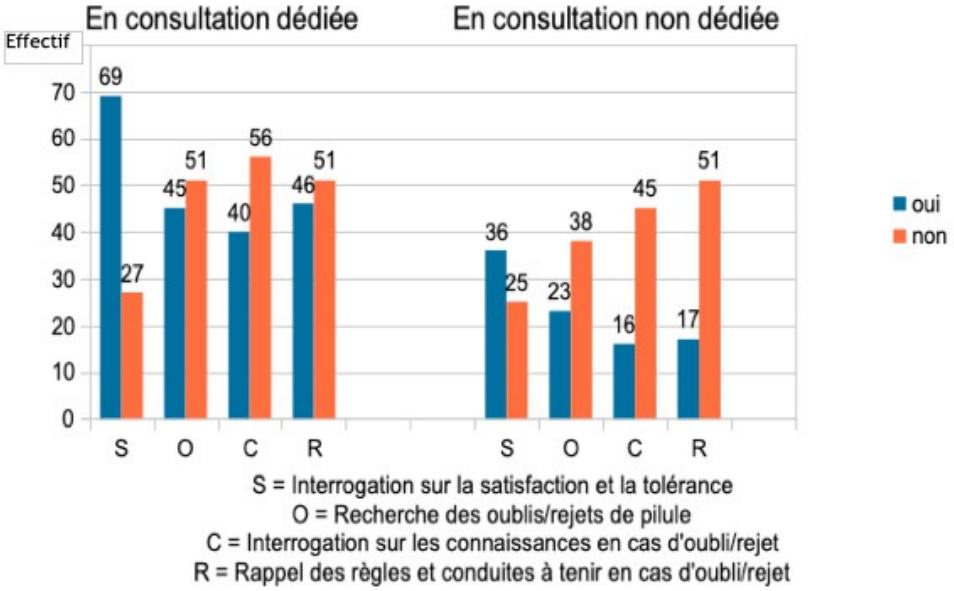
Le prescripteur s'est enquis d'avantage de la satisfaction et de la tolérance lors d'un rendez-vous spécifiquement dédié (71,9% des cas contre 59%), sans que cela ne soit significatif(p=0,1).

Il a interrogé la patiente sur les éventuels oublis ou rejets de pilule dans 46,9% des cas lors d'une consultation dédiée, contre 37,7% en cas de consultation non dédiée. Cette différence n'est pas non plus significative (p=0,26).

La différence était plus marquée et significative sur l'interrogatoire sur les conduites à tenir en cas d'oubli. 41,7% des prescripteurs ont demandé aux patientes si elles sauraient gérer un oubli en cas de consultation spécifiquement dédiée, contre 26,2% lors d'une consultation non dédiée (p=0,05)

Il existait une différence significative dans l'information délivrée à la patiente. 47,4% des prescripteurs ont rappelé les conduites à tenir en cas d'oubli au cours d'une consultation spécifiquement dédiée, contre seulement 27,9% en cas de consultation non dédiée (p=0,015).

Graphe 32a – Contenu de la consultation en fonction du mode de prescription, sur l'ensemble des participantes. En ordonnée, le nombre de fois où l'élément (S, O, C, R) a été abordé en consultation.



2- En médecine générale

Si l'on regardait la situation spécifiquement en médecine générale, le contenu de la consultation était bien plus dépendant du mode de prescription.

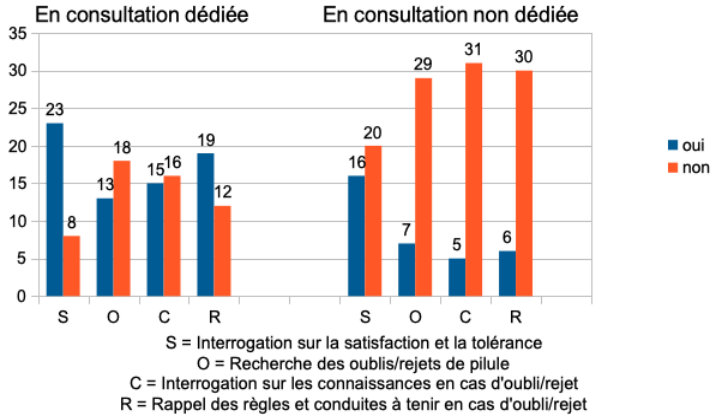
En effet, le prescripteur a significativement plus souvent interrogé la patiente sur sa satisfaction et sa tolérance envers la pilule en cas de consultation dédiée (74% contre 44%, p=0,027).

Il l'a également significativement moins souvent interrogé sur ses connaissances sur les règles à tenir en cas d'oubli à l'occasion d'un rendez-vous non dédié (14% contre 48% lors d'une consultation dédiée, p=0,005).

Enfin, il a bien moins souvent rappelé les règles à tenir lorsqu'il renouvelait la pilule au cours d'une consultation pour autre problématique (17% des fois, contre 61% lors de consultations dédiées, p=0,00004).

En revanche, il a un peu plus souvent recherché les oublis de pilule sur les mois passés au cours d'une consultation dédiée (42% contre 19%), sans que cette différence ne soit significative (p=0,08)

Graphe 32b – Contenu de la consultation en fonction du mode de prescription, en médecine générale. En ordonnée, le nombre de fois où l'élément (S, O, C, R) a été abordé en consultation.



V) CONNAISSANCES SUR LES REGLES A TENIR EN CAS D'OUBLI

A- Connaissances des participantes

Sur l'ensemble des participantes, 84,7% des patientes savaient qu'il faut prendre dès que possible la pilule oubliée.

58,2% connaissaient le délai d'oubli au delà duquel sa pilule n'est plus efficace.

Concernant le délai des 7 jours où le risque perdure à la suite de l'oubli, 45,8% le connaissaient. 50,2% d'entre elles ont répondu un délai incorrect, et 4% pensaient qu'il n'y avait pas de risque de grossesse sur les jours suivant l'oubli.

Enfin, 20,3% savaient que les rapports sexuels ayant eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli sont potentiellement à risque de grossesse. 44,1% ont répondu un mauvais délai, et 35,6% pensaient qu'il n'y avait pas de risque sur ces rapports.

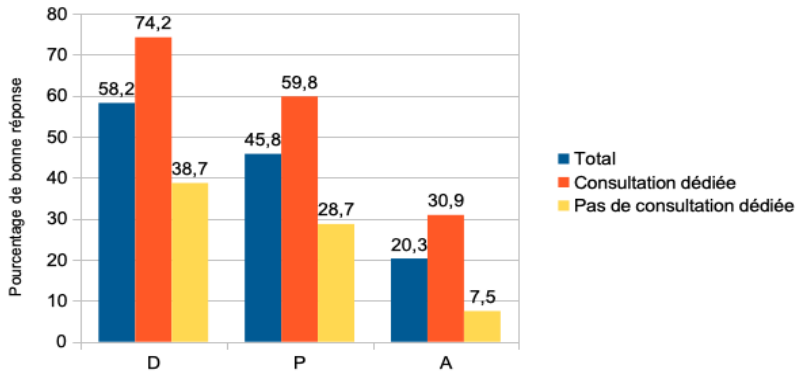
B- En fonction du mode de prescription (tableaux A27 et A28 annexe 4)

Les patientes ayant consulté spécifiquement étaient significativement plus nombreuses à savoir que la pilule oubliée doit être prise dès que possible (91,8%, contre 74,2% en cas de

consultation pour autre problématique et 84,7% sans consultation, p=0,001)

Il ressortait également une meilleure connaissance des délais d'efficacité (p=1,9e-6), des délais de protection nécessaires en cas de perte d'efficacité (p=3,7e-5) et des délais pour lesquels il existe un risque en cas de rapport durant les jours précédents l'oubli (p=1,2e-4), en cas de consultation spécifiquement dédiée.

Graphe 33 – Pourcentage de bonne réponse au test de connaissance en fonction du mode de prescriptions



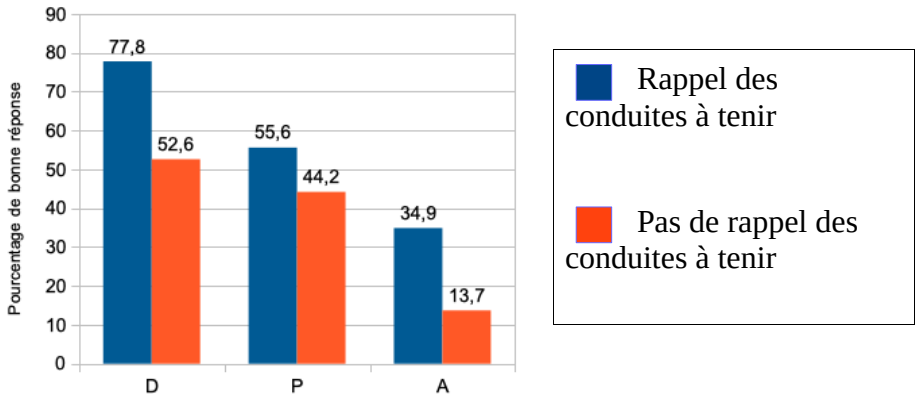
D = Connaissance sur le délai d'efficacité de la pilule

P = Connaissance sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, après oubli

A = Connaissance sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, avant oubli

Les connaissances étaient également significativement meilleures chez les patientes qui avaient bénéficié d'un rappel des conduites à tenir en cas d'oubli au cours de la consultation de prescription, pour ce qui est du délai maximal d'efficacité de la pilule (p=0,0014) et du nombre de jours sur lesquels il existe un risque de grossesse en cas de rapport antérieur à l'oubli (p=0,0016). En revanche, les connaissances n'étaient pas significativement meilleures sur le nombre de jours nécessitant une protection après oubli chez les patientes ayant bénéficié d'un rappel des conduites à tenir durant la consultation (p=0,16).

Graphe 34 - Pourcentage de bonne réponse au test de connaissance en fonction du contenu de la consultation, si rappel ou non des conduites à tenir en cas d'oubli

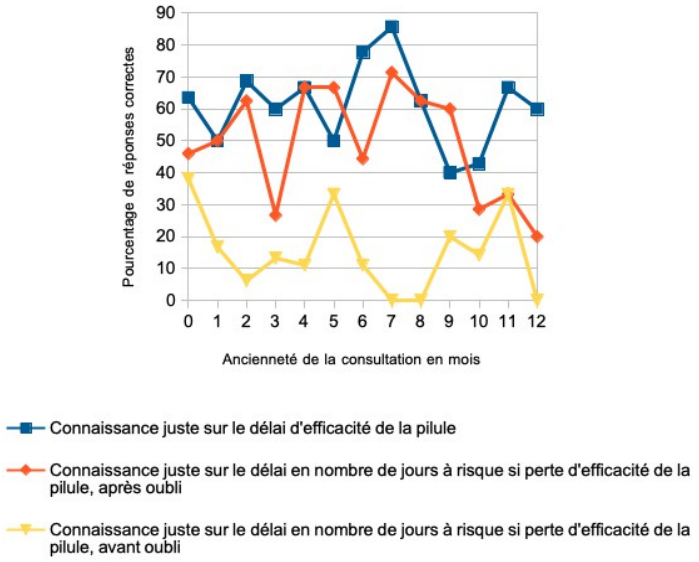


C- Connaissances en fonction de l'ancienneté de la consultation (tableaux A29a et A29b en annexe 4)

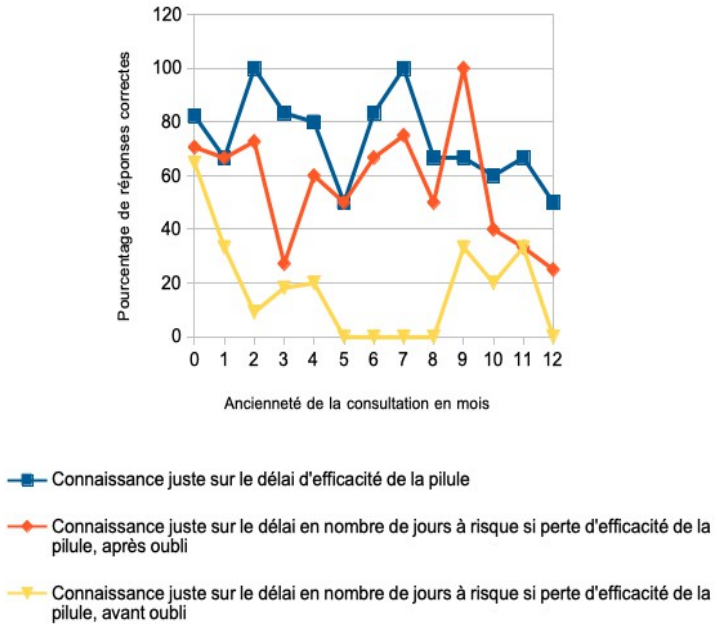
Si l'on regarde l'évolution des connaissances en fonction de l'ancienneté de la consultation, il n'apparaissait pas clairement de distribution dégressive en fonction du temps.

Toute analyse statistique fine était exclue au vue des faibles effectifs enregistrés pour chaque valeur d'ancienneté de la consultation.

Graphe 35a – Pourcentage de bonnes réponses au test de connaissance en fonction de l'ancienneté de l'ordonnance, sur l'ensemble des participantes



Graphe 35b – Pourcentage de bonnes réponses au test de connaissance en fonction de l'ancienneté de l'ordonnance, lorsqu'elle a été établie au cours d'une consultation dédiée



VI) ANALYSE MULTIVARIEE PAR REGRESSION LOGISTIQUE BINAIRE

Nous avons ensuite réalisé une analyse multivariée afin de mieux typer les facteurs associés à une prescription sans moment dédié. Nous avons procédé par une régression logistique binaire, comme détaillée dans la partie « METHODE ».

Les variables explicatives intégrées dans le modèle étaient celles qui ressortaient comme significatives lors des analyses bivariées :

-Age de la patiente
-Situation professionnelle de la patiente
-Niveau d'études de la patiente
-Couverture complémentaire de la patiente
-Score EPICES de la patiente
-Profession du prescripteur
-Sexe du prescripteur
-Prescripteur habituel ou non
-Prescripteur effectuant le suivi gynécologique régulier ou non
-Nombre de consultation avec le prescripteur
-Ancienneté du suivi
-Tutoiement ou vouvoiement du prescripteur envers la patiente.

Nous nous sommes interrogés sur la possibilité d'ajouter des variables n'ayant pas fait leur preuve de significativité dans notre premier tour d'analyse bivariée, mais dont nous ne pourrions pas nous passer compte-tenu de leur présence dans les données de la littérature ou de notre réflexion.

Il ressortait de la littérature certains points présents parmi les facteurs que nous avons intégrés (prescription du prescripteur, sexe du prescripteur), ce qui est un indicateur de cohérence externe.

En revanche, aucun facteur rejeté par notre étude bivariée ne figurait comme associé au mode de prescription dans la littérature disponible. Nous n'avons donc pas ajouté de variable supplémentaire.

Les deux seules variables paraissant associées à une différence significative sur le

mode de prescription au terme de cette analyse multivariée étaient le score EPICES (et donc le niveau de précarité de la patiente) et le fait que le prescripteur soit prescripteur habituel ou non de la pilule.

En effet, les patientes ayant une prescription de pilule sans consultation dédiée avaient un score EPICES significativement plus haut que les autres (qui est un indicateur d'une plus grande précarité) (p=0,000841).

Les ordonnances émanant de prescripteurs qui ne renouvelaient habituellement pas la pilule étaient majoritairement effectuées en dehors d'un moment dédié (p=0,037257).

On retrouvait ensuite des variables dont la significativité de l'association à un mode de prescription sans consultation dédiée était plus faible :

-la couverture complémentaire de la patiente (p=0,095033)

-le fait que le prescripteur assure le suivi gynécologique régulier (p=0,100123)

-le sexe du prescripteur (p=0,146532)

-le nombre de consultation avec le prescripteur (p=0,202333)

-le niveau d'étude de la patiente (p=0,313407)

-la situation professionnelle de la patiente (p=0,344617)

-le fait que le prescripteur tutoie la patiente (p=0,376459)

-âge de la patiente (p=0,470540)

-l'ancienneté du suivi par le prescripteur (p=0,748722)

-profession du prescripteur (p=0,935951).

Tableau 5 – Coefficients de significativité des variables explicatives sur la variable « mode de prescription »

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(>|z|)	
(Intercept)	-5.38925	2.49158	-2.163	0.030543	*
Age	-0.01904	0.02638	-0.722	0.470540	
Sexe_prescripeur	-0.63596	0.43803	-1.452	0.146532	
Profession_prescripteur	0.02376	0.29570	0.080	0.935951	
Situation_professionnelle	0.25625	0.27114	0.945	0.344617	
Niveau_etudes	0.14953	0.14833	1.008	0.313407	
Prescripteur_habituel	0.43330	0.20802	2.083	0.037257	*
Assure_suivi_gyneco_regulier	0.86783	0.52779	1.644	0.100123	
Couverture_complementaire	0.51220	0.30681	1.669	0.095033	.
Nombre_de_consultation	0.29356	0.23026	1.275	0.202333	
Anciennete_premiere_consultation	0.08131	0.25385	0.320	0.748722	
Prescripteur_vers_patiente	0.41036	0.46398	0.884	0.376459	
Score_EPICES	0.05067	0.01518	3.339	0.000841	***

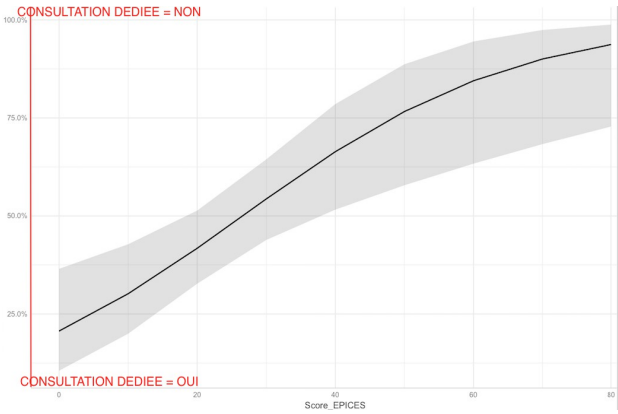
Voici la représentation des odds-ratio et de leur intervalle de confiance :

Tableau 6 – Odds Ratio et intervalles de confiance des variables explicatives sur la variable « mode de prescription »

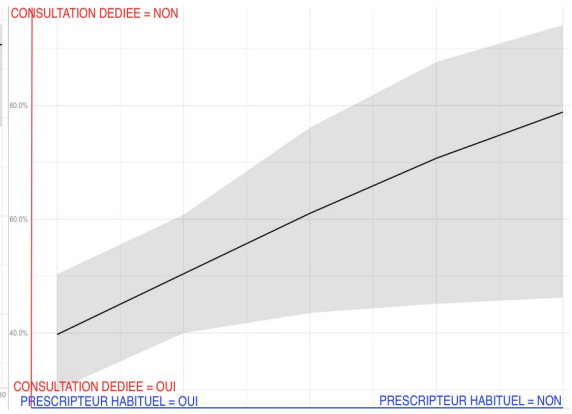
Variable	N	Odds ratio		p
Age	177		0.98 (0.93, 1.03)	0.47
Sexe_prescripeur	177		0.53 (0.22, 1.25)	0.15
Profession_prescripteur	177		1.02 (0.57, 1.85)	0.94
Situation_professionnelle	177		1.29 (0.76, 2.21)	0.34
Niveau_etudes	177		1.16 (0.87, 1.56)	0.31
Prescripteur_habituel	177		1.54 (1.04, 2.39)	0.04
Assure_suivi_gyneco_regulier	177		2.38 (0.85, 6.81)	0.10
Couverture_complementaire	177		1.67 (0.98, 3.44)	0.10
Nombre_de_consultation	177		1.34 (0.86, 2.13)	0.20
Anciennete_premiere_consultation	177		1.08 (0.66, 1.79)	0.75
Prescripteur_vers_patiente	177		1.51 (0.62, 3.87)	0.38
Score_EPICES	177		1.05 (1.02, 1.09)	<0.001
(Intercept)			0.00 (0.00, 0.51)	0.03

Voici les représentations graphiques des effets des variables explicatives ayant une incidence significative sur le mode de prescription :

GRAPHES 36a et 36b : Effets des variables explicatives sur le mode de prescription en consultation dédiée ou non



a- Effet du score EPICES sur le mode de prescription



b- Effet du caractère habituel du prescripteur sur le mode de prescription

Nous avons ensuite réduit notre modèle d'analyse multivariée afin d'en maximiser son efficacité, selon la méthode décrite dans la partie « METHODE ».

Les cinq critères retenus au terme de l'analye pas à pas étaient :

-score EPICES

-suivi gynécologique régulier assuré par le prescripteur

-couverture complémentaire de la patiente

-prescripteur habituel ou non

-nombre de consultations effectuées avec le prescripteur

Nous avons décidé d'ajouter à ces cinq variables obtenues par sélection statistique, la variable « profession du prescripteur ».

En effet, l'ensemble de la littérature disponible sur le sujet, notamment le travail de thèse qualitatif de Jeanne Zaoui ***(22)*** en 2016, faisait bien ressortir que les facteurs déterminants de la consultation non dédiée étaient très intimement lié à la profession même de médecin généraliste, que ce soit par la rapidité de l'accès, la proximité avec la patiente ou par son caractère non-spécialiste d'organe.

De plus, il existe souvent en médecine générale de nombreux motifs de consultation, parfois sur des thèmes très différents ***(14).*** On peut penser que l'information sur la contraception peut être différente lors d'une consultation à plusieurs motifs réalisée en médecine générale ou par un gynécologue, où les motifs restent en règle générale centrés sur le thème de la gynécologie.

La comparaison du modèle réduit obtenu au modèle multivarié initial a été faite par analyse de variance, qui retrouvait par méthode ANOVA un coefficient de variance p=0,83, ce qui validait notre modèle réduit.

Voici les odds-ratio, intervalles de confiance, et coefficients p des cinq variables terminales :

Tableau 7 – Odds-ratio, intervalles de confiance et coefficients p des variables explicatives sur le mode de prescription, modèle réduit

Variable	N	Odds ratio	p
Prescripteur_habituel	177	1.41 (0.98, 2.12)	0.08
Assure_suivi_gyneco_regulier	177	2.61 (1.03, 6.78)	0.04
Couverture_complementaire	177	1.73 (1.08, 3.35)	0.05
Nombre_de_consultation	177	1.29 (0.96, 1.76)	0.10
Score_EPICES	177	1.05 (1.02, 1.08)	<0.001
Profession_prescripteur	177	0.94 (0.54, 1.65)	0.83
(Intercept)		0.01 (0.00, 0.08)	<0.001

Les facteurs significativement associés à un mode de prescription sans consultation dédié étaient un niveau de précarité important par un score EPICES faible (p<0,001), un prescripteur n'effectuant habituellement pas le suivi gynécologique de la patiente (p=0,04), et une couverture complémentaire de la patiente par CMU-C ou ACS ou son absence (p=0,05).

DISCUSSION

Nous avons vu au terme d'une analyse facteur par facteur que de nombreux facteurs étaient reliés à un taux plus important de renouvellement en dehors d'un moment dédié :
Age de la patiente

-Situation professionnelle de la patiente (étudiante)

-Niveau d'études de la patiente (second cycle)

-Couverture complémentaire de la patiente (CMU-C, ACS, aucune)

-Score EPICES de la patiente (élevé)

-Profession du prescripteur (médecin généraliste)

-Sexe du prescripteur (homme)

-Prescripteur habituel ou non (non habituel)

-Prescripteur effectuant le suivi gynécologique régulier ou non (non régulier)

-Nombre de consultation avec le prescripteur (plus de 20)

-Tutoiement ou vouvoiement du prescripteur envers la patiente (tutoiement)

Nous avons ensuite mesuré l'impact réel de chaque facteur en tenant compte de leur interférence qu'ils exercent entre eux par élaboration d'un modèle réduit au maximum ; nous avons pu donc mettre en évidence que trois facteurs majeurs favorisaient la prescription de contraception orale sans moment dédié :

-Un score EPICES élevé, et donc un niveau de précarité important.

-Une couverture complémentaire par ACS, CMU-C ou son absence

-Le fait que le prescripteur ne réalise pas le suivi gynécologique régulier de la patiente.

I) DISCUSSION DE LA METHODE

A- Choix et pertinence du sujet d'étude

Le choix de ce sujet a été guidé par un constat tout d'abord personnel issu de ma pratique, où la prescription d'une contraception orale fait exception dans la manière de prescrire, en comparaison avec toute autre prescription.

La littérature confirme cette difficulté par quelques publications, et aborde la problématique de la prescription sans moment dédié, et de la demande de renouvellement en fin de consultation. ***(19, 22, 23)***

Ces réflexions personnelles semblaient partagées par beaucoup de mes confrères, et même au delà puisque mes discussions avec les pharmaciens lors de mes passages en officine pour programmer l'étude ont montré qu'ils étaient eux aussi confrontés de manière récurrente à la problématique, avec de nombreuses demandes de délivrance sans ordonnance.

Mais le sujet n'avait pas été plus exploré, se cantonnant à une mise en lumière des difficultés rencontrées par les médecins, ou bien des obstacles avancés par les patientes à la prescription sur temps dédié . ***(19, 22, 23)***

Au stade d'élaboration de notre travail, nous proposions alors un travail original, venant en complément de ces études, et envisagions l'une des seules études quantitatives existant sur le sujet à notre connaissance.

Un travail de thèse proposant une étude quantitative a été édité le 12 Mars 2019. Elle trouvait sa justification par les mêmes constatations que les miennes, mais a exploré un versant différent de celui de mon travail, en étudiant la conformité aux recommandations HAS concernant le renouvellement de pilule en fin de consultation, en cas de dépannage. Ce travail est donc complémentaire et permet une comparaison des résultats. ***(33)***

B- Schéma de l'étude

La méthode quantitative était adaptée à notre objectif. Elle nous a permis de quantifier des données issues de travaux qualitatifs précédents sur les facteurs déterminant la prescription hors consultation dédiée. Aussi, nous avons pu pour la première fois quantifier le contenu d'une consultation de prescription de pilule, qu'elle en soit dédiée ou non, et faire un premier bilan du rôle et de l'efficience de la consultation dédiée.

Le choix de recueillir les réponses en pharmacie a été motivé par la volonté d'obtenir un échantillon suffisamment large, tout en restant représentatif. De plus, le réaliser en dehors du lieu de prescription (bureau de consultation du prescripteur) était important dans la mesure

où l'on pouvait penser que la relation au prescripteur représentait un facteur potentiel intervenant dans le choix du mode de prescription.

Le choix de la zone d'étude s'est porté sur un bassin géographique continu, afin de recueillir les informations de toute les populations du territoire sans en omettre, à la fois en zones urbaines et rurales.

Le choix d'autoriser le remplissage au domicile, et le retour du questionnaire à la pharmacie dans une enveloppe cachetée a été pris dans le but de maximiser le nombre de réponses. En effet, après discussion avec les pharmaciens, remplir le questionnaire en officine n'apparaissait pas toujours facile.

C- Biais de l'étude

1- Biais de sélection

Par son caractère non obligatoire, l'étude a pu sélectionner de fait les patientes qui portent un certain intérêt à leur contraception, et donc présenter un biais de volontariat.

Les patientes ne sachant pas lire ou écrire le français, en particulier d'origine étrangère étaient exclues de fait ; il existe là un biais de sélection.

Aussi, la délivrance de contraception étant possible en centre de planification, le mode de recueil en pharmacie nous prive de cette frange de population.

Enfin, la contraception peut faire parti de sujets tabous, qui peut freiner la participation des femmes interrogées. Cela n'aurait cependant pas forcément sélectionné plus la population réalisant leur prescription sur temps dédié que celle sur temps non dédié, et est donc à relativiser.

2- Biais de recrutement

10 pharmacies sur 43 n'ont pas recueillis de questionnaire, ce qui peut laisser penser des niveaux d'implication et de motivation différents selon les centres participant. Cela n'a

pour autant pas forcément affecté la sélection des patientes, selon leur mode de prescription.

3- Biais de désirabilité

Le mode de recueil étant déclaratif auto-administré, il est possible que certaines patientes aient été tenté de déclarer bien faire, notamment sur le mode de prescription. Il était impossible de vérifier la véracité des déclarations.

Ce biais a pu être assez présent sur la question 9, où l'on évalue la relation médecin-patiente sous le prisme des facultés d'accueil, de communication, d'empathie, de partage de l'information et de la décision. Les réponses à cette question se sont avérées dans la plupart des cas très flatteuses, et ne donnent pas de résultats significatifs. Cette question a pu également paraître longue ou peu motivante, beaucoup de réponses s'étant soldées par « tout à fait d'accord » à chaque item.

Aussi, nous avions tenté de diminuer le biais de désirabilité dans la question 8, où l'on questionne sur le contenu de la consultation au cours de laquelle a été prescrite la pilule. Nous avions ajouté pour chaque critère, une question visant à voir, lorsque l'élément de consultation n'avait pas été réalisé lors de la dernière consultation, s'il l'avait été sur les trois dernières consultations. Cet élément n'a pas été intégré à l'analyse statistique, mais devait permettre d'éviter les réponses positives d'emblée.

Enfin, le fait que certaines patientes aient emporté le questionnaire chez elles nous exposent au risque que certaines aient obtenu de l'aide extérieure au test de connaissances des questions 20 à 23. Cependant, les taux de bonnes réponses semblent réalistes et laissent à penser que les répondantes ont été honnêtes. Ces questions ne rentraient pas dans notre critère principal de recherche, et n'a donc pas d'incidence sur la partie centrale de l'étude.

4- Biais d'information

On retrouve sur l'immense majorité des questionnaires recueillis une date de prescription récente par rapport à la date de délivrance, avec notamment beaucoup de dates de prescription et de délivrance identiques ou différentes de quelques jours. Nous trouvons deux facteurs qui peuvent l'expliquer ; d'une par un biais d'information, avec une mauvaise

formulation de notre questionnaire qui a généré une incompréhension : les répondantes ont pu confondre date d'établissement de l'ordonnance avec date du jour, même si nous avons explicité la date de l'ordonnance avec plusieurs formules différentes. Aussi, un biais de recrutement est possible, avec des pharmaciens qui auraient pu délivrer le questionnaire uniquement à des patientes se présentant avec une nouvelle ordonnance, et non lors des renouvellements en pharmacie. Cela serait donc dû à un défaut d'information de ma part.

Aussi, la question 16 a pu être jugée trop longue, ou confuse dans sa présentation, car il a été enregistré très peu de réponses, ou tout du moins des réponses partielles. Ne figurant pas parmi les questions ciblées comme liées au critère de jugement principal, nous n'avons pas exclu ces questionnaires, mais n'avons pas produit d'analyse sur cette question.

D- Limites de l'étude

Le caractère auto-administré de l'étude est un critère limitant, puisque installant un biais de désirabilité non négligeable, notamment sur la variable à expliquer qui est le mode de prescription. Il aurait été possible de s'en affranchir en faisant remplir les questions 4 et 5 par le prescripteur, mais cela aurait renforcé le biais de désirabilité envers la relation prescripteur-patiente, et aurait compliqué le schéma d'étude en risquant de diminuer fortement la participation et la puissance de l'étude. De plus, il aurait été difficile de préserver l'anonymat, qui nous semblait essentiel sur ce genre de sujet.

L'implication des pharmacies a été très hétérogène, et ce malgré plusieurs passages en amont de l'étude pour évaluer leur motivation, et un passage de relance à la moitié du recueil. Peut-être que cibler moins de pharmacies, mais sélectionnées sur leur motivation aurait permis un meilleur taux de réponse. Mais cela aurait entaché le caractère continu de la zone géographique. Hors, il apparaissait lors de la discussion avec les pharmaciens que chaque officine possède un propre profil de clientèle, qui peut être très différent de l'une à l'autre, et qui est dicté par plusieurs facteurs (zone géographique, lycée à proximité, tarif sur les contraceptions non remboursées, …). Sélectionner seulement quelques pharmacies auraient eu pour effet de sélectionner certaines populations, au détriment d'autres.

II) REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

A- Age des participantes

Notre échantillon de participantes est cohérent avec celui des françaises utilisant la contraception, selon les données du Baromètre Santé 2016. ***(10)***

Un calcul de représentativité est toutefois non possible, car les chiffres disponibles dans la littérature rendent compte pour chaque classe d'âge le pourcentage de chaque moyen contraceptif utilisé -dont celui de la pilule-, et non le pourcentage de patientes appartenant à chaque classe d'âge parmi l'ensemble des utilisatrices de pilule, ce que nous avons à disposition dans notre étude.

La distribution est cependant identique lorsqu'on regarde les patientes exclusivement sous pilule sans préservatif dans l'étude Baromètre 2016. Nous pouvons toutefois discuter d'une légère sous-représentation des moins de 20 ans ; en effet, si l'on considère les taux de femmes issus de l'étude baromètre santé exclusivement sous pilule, la distribution des âges de notre échantillon est similaire. En revanche, si nous y ajoutons les patientes sous pilule et préservatif, majoritairement jeunes, la catégorie des 15-19 ans se retrouve légèrement sous-représentée dans notre étude. ***(Voir Graphe 1 page 14)***

On peut avancer l'hypothèse que ces patientes peuvent être plus gênées à évoquer leur contraception et leur sexualité, ou qu'elles se sentent moins concernées par la problématique.

Si un recueil avait été réalisé en centre de planification lors des délivrances de contraception qui y sont effectuées, nous aurions peut-être eu cette classe des 15-19 ans mieux représentée.

L'âge moyen des patientes sous contraception orale retrouvé dans notre étude (28,63 ans) est également similaire à l'âge moyen des patientes françaises consultant pour prescription de pilule dans l'étude ECOGEN (29,1 ans). ***(19)***

B-Nombre d'enfants des participantes

Notre échantillon paraît sur ce critère là être représentatif de la population de femmes

utilisant la contraception orale en France.

En effet, on retrouve en majorité des patientes nullipares (70%), ce qui est cohérent avec l'ensemble de la littérature qui fait état d'un schéma contraceptif français avec une utilisation accrue de la pilule chez les femmes n'ayant pas encore eu d'enfant ***(5)***, et le fait que plus le nombre d'enfants nés est élevé, et moins l'utilisation de la pilule est importante. ***(34)***

C- Statut professionnel des participantes

Selon les derniers chiffres disponibles des taux d'emploi et de chômage au premier trimestre 2019 - qui est la période de notre étude - 62,9% des femmes de 15 à 64 ans sont en emploi, et 8,4% au chômage, contre 65% en emploi et 10,7% au chômage dans notre échantillon. ***(35)***

Les chiffres nationaux concernent les femmes françaises de 15 à 64 ans, quand notre échantillon a un âge maximal de 51 ans, et l'on retrouve un taux d'emploi ainsi qu'un taux de chômage légèrement supérieur dans notre échantillon. On peut considérer notre échantillon comme cohérent, dans la mesure où la part supplémentaire non comprise dans notre échantillon (52-64 ans) possède un taux d'activité moindre, avec la présence de retraitées.

Aucun test statistique ne peut être établi compte tenu que notre étude ne concerne que les patientes non ménopausées, et donc non représentées de 51 à 64 ans, comme c'est le cas dans les taux d'emploi.

D- Niveau d'études des participantes

Les derniers chiffres détaillés sur le niveau d'étude des femmes françaises datent de 2013, et établissaient le plus haut diplôme obtenu par les femmes françaises. ***(36)***

9,5% des françaises étaient sorties sans diplôme du premier cycle (1,1% dans notre échantillon) ; 7,1% étaient sorties en second cycle, avec le Diplôme national du Brevet (7,9% dans notre échantillon) ; 13% étaient titulaire d'un CAP ou BEP (9,6% dans notre échantillon) ; 20,3% du baccalauréat (19,8% dans notre échantillon). 12% d'un bac+1 ou bac+2 (28,2% dans notre échantillon) ; 21,8% d'un bac +3 ou +4 (21,5% dans notre

échantillon) ; 16,3% d'un bac +5 ou plus (11,9% dans notre échantillon).

Il y a donc dans notre échantillon une sous-représentation des femmes étant sorties sans diplôme du premier cycle, au dépend des femmes titulaires d'un bac+1 ou bac+2.

Nous pouvons évoquer le fait que les résultats datent de 6 ans pour expliquer cette différence, ainsi que le fait que notre échantillon concerne une population jeune, de moins de 51 ans. La part des personnes de plus de 51 ans dans la population générale concernée par les chiffres du rapport de l'Education Nationale a peut-être un taux de sortie sans diplôme plus important que les plus jeunes. Aussi, les patientes sans diplôme n'ont peut être pas la même proportion d'utilisation de la pilule que les patientes au niveau Bac+1 Bac+2.

E- Statut familial des participantes

L'INSEE a publié en 2015 dans Couples et Familles une étude qui retrouve que 63,5% des françaises de plus de 18 ans vivent en couple. Notre étude retrouve 62,7% de patientes en couple contre 37,3% vivant seules. ***(37)***

L'étude INSEE prend en compte les françaises majeures, sans limite d'âge. Puisque notre échantillon ne concerne que les femmes en âge de procréer, on peut regarder les pourcentages de femmes vivant en couple par tranche d'âge : 39% chez les 16-24 ans de notre échantillon contre 37,4% dans la population générale ; 79,7% chez les 25-34 ans de notre échantillon contre 74,2% dans la population générale ; 91,7% chez les 35-44 ans de notre échantillon contre 75,7% dans la population générale ; 68,8% chez les 45-54 ans de notre échantillon contre 72,9% dans la population générale.

Notre échantillon est donc globalement représentatif des femmes françaises en âge de procréer, au détail près que les patientes de 35-44 ans incluses dans notre étude sont plus en couple que dans la population française.

F- Couverture complémentaire de santé des participantes

L'enquête sur la santé et la protection sociale publiée par l'Institut en Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) en 2012 retrouve chez les femmes

françaises un taux de 89,2% de couverture par contrat d'assurance santé complémentaire, 6,5% par CMU-C, et 4,3% sans couverture complémentaire. Il s'agit des derniers chiffres disponibles concernant spécifiquement les femmes. ***(38)***

Les derniers taux sur la population générale, tout sexe confondus, de 2017 retrouvent 8,1% de français sous contrat de CMU-C et 2,2% sous contrat d'ACS. ***(39)***

Notre échantillon retrouvait quant à lui 81,9% de participantes ayant un contrat de mutuelle, 9,6% un contrat de CMU-C, 4% une couverture par ACS, et 3,4% sans couverture.

Notre échantillon est donc globalement, sinon représentatif (car pas tout à fait les mêmes populations en terme d'âges), cohérent.

G- Profession du prescripteur

Selon l'observatoire Thalès, 47,5% des prescriptions de pilule sont effectuées par les médecins généralistes, et 53% des renouvellements. ***(40)***

L'étude EPILULE retrouvait 3 ans plus tard une proportion un peu plus importante de renouvellements effectués par les médecins généralistes à 58,2%. Ils effectuaient 44,6% des prescriptions totales. ***(13)***

On retrouve pour notre part un taux de prescription (totales, et non de renouvellement) de 46,9% effectuées par un généraliste, pour 46,3% par les gynécologues, ce qui est en accord avec les études citées.

III) DISCUSSION DES RESULTATS SUR L'OBJECTIF PRINCIPAL

A- Le mode de prescription

On retrouve dans notre étude que 54,8% des prescriptions ont été réalisées sur un temps de consultation dédié, contre 45,2% (35% au cours d'une consultation motivée par un autre motif, et 10,2% sans consultation).

Il n'existe que le travail de thèse de E. Matchon, paru il y a quelques mois, qui permet une comparaison de nos chiffres ; il était trouvé que la prescription était réalisée sur un temps dédié dans 48,4%. ***(33)***

La seule étude puissante ne nous donne le taux de prescription en consultation dédiée ou non qu'en médecine générale. Nous le discuterons au prochain chapitre.

B- Le mode de prescription en fonction de facteurs liés au prescripteur

On a retrouvé dans notre étude une importante variation du mode de prescription en fonction de facteurs inhérents au prescripteur :

• *La profession du prescripteur*

Lorsqu'une prescription est effectuée par un médecin généraliste, elle l'est sur un moment dédié uniquement dans 37,3% des cas ; au contraire, lorsqu'elle est rédigée par un gynécologue, elle l'est dans 72% des cas sur un moment dédié.

Sarah Darriau a repris pour son travail de thèse en 2013 la base de donnée de l'étude ECOGEN -étude publiée dans la revue exercer et qui recensait les motifs de consultation en médecine générale-, et a analysé celles qui contenaient une prescription de contraception. Elle retrouvait que la prescription de pilule n'avait lieu lors d'un moment dédié que dans 20,2%. ***(19)***

Nous nous approchons de ces chiffres, mais il y a tout de même plus de prescriptions qui ont été réalisées sur un moment dédié dans notre étude. On peut supposer un biais de désirabilité, avec des participantes souhaitant déclarer bien faire, biais qui n'était pas présent du fait dans la méthodologie de l'étude de Sarah Darriau.

La récente étude de E.Matchon retrouvait quant à elle un taux de prescription sur consultation dédiée à 44,3% en médecine générale, et 53,1% chez un gynécologue. ***(33)***

Nos chiffres sont donc cohérents avec ces études sur les prescriptions effectuées chez le généraliste. En revanche, le taux de prescription sur consultation dédiée auprès des

gynécologues est supérieur dans notre étude que dans celle de E. Matchon. La perception de motif unique ou multiple lors d'une consultation chez le gynécologue a pu parfois être un peu floue, par exemple dans le cas où une patiente consulte pour renouvellement de contraception et examen gynécologique, ou frottis cervico-utérin.

Ces résultats confirment également l'ensemble des études qualitatives qui montrent que la prescription de contraception est particulièrement difficile en médecine générale.

Cela conforte les difficultés exprimées par les médecins qui portent notamment sur les demandes de renouvellement en fin de consultation pour autre motif, ou sans consultation. ***(19, 23)***

Jeanne Zaoui a aussi montré que le contexte de la consultation en médecine générale était propice à la demande de prescription de pilule non dédiée du point de vue des patientes. ***(22)***

Enfin, les chiffres de notre étude étaient plus modérés sur les prescriptions réalisées auprès de sages-femmes ou en centre de planification, mais sont difficilement discutables du fait des petits effectifs.

• *Le sexe du prescripteur*

Les prescriptions de pilule semblaient moins établies sur moment dédié lorsque le prescripteur était un homme (35%) qu'une femme (65%).

Ce facteur était identifié parmi les facteurs influençant la demande de renouvellement de pilule en dehors d'un moment dédié dans l'étude qualitative de Jeanne Zaoui ; les femmes interrogées évoquaient un sentiment de pudeur lié au genre masculin du médecin, qui selon elles modifiaient leur façon de gérer le renouvellement de leur pilule. ***(22)***

Du point de vue des médecins, interrogés par Claire Galichon lors de son travail de thèse, le genre du médecin ne constituait pas selon eux un frein à la discussion au sujet de la contraception, mais était plus problématique pour la mise en oeuvre d'un examen gynécologique. ***(23)***

Plus que la pudeur de parler de contraception avec un prescripteur homme, il est

possible que la demande de renouvellement soit faite en fin de consultation, ou sans moment dédié, afin d'éviter un potentiel examen gynécologique qui pourrait générer de la gêne pour la patiente.

• *L'âge du prescripteur*

Il ne semble pas dans notre étude faire varier le mode de prescription.

La littérature ne rapporte pas ce facteur comme particulièrement discriminant non plus, en dehors de l'expression par les jeunes médecins d'une difficulté à parler de sujets comme la contraception avec des personnes de sexe opposé et de même génération. ***(23)***

• *Le caractère habituel du prescripteur, et l'habituel effecteur du suivi gynécologique*

Le fait que le prescripteur ne soit pas celui qui s'occupe habituellement de la pilule de la patiente ressort comme étant un important facteur de risque de consultation non dédiée, qu'il soit remplaçant, consulté en urgence, ou en dehors du lieu d'habitation.

Ce point ressortait du travail de thèse qualitative de Claire Galichon, où les médecins remplaçants avançaient la difficulté induite par leur situation à parler de sujets comme la contraception. ***(23)***

Ce résultat est mis en relief par les résultats de la robuste étude EPILULE, menée sur des milliers de patientes, où les deux facteurs significatifs d'oubli de pilule qui ressortaient après étude multivariée étaient l'âge jeune de la patiente, et la prescription par un médecin non habituel ***(13)***.

Notre étude donne un élément de compréhension de l'origine de cette situation, avec probablement une étape d'information et d'éducation thérapeutique qui n'est pas optimale.

Le fait que notre étude mette en évidence que les consultations non dédiées sont plus nombreuses lorsqu'elles sont effectuées par un prescripteur n'assurant pas le suivi gynécologique régulier vient renforcer ce facteur « habitude », qui semble jouer un rôle prépondérant dans le mode de prescription.

C- Le mode de prescription en fonction de facteurs liés à l'utilisatrice

Les facteurs liés à la femme pour lesquels le mode de prescription a été différent sont surtout des facteurs socio-économiques : âge, niveau de précarité, niveau d'études, situation professionnelle, et complémentaire santé.

Les antécédents gynécologiques tels que le nombre de parité, de gestation, ou d'IVG réalisés ne semblaient pas modifier le mode de prescription.

- *L'âge de la patiente*

Les patientes ayant renouvelé leur pilule sans rendez-vous dédiées était sensiblement plus jeunes (26,7 ans contre 30,2 ans). Peu de contenu disponible dans la littérature permet de comparer nos résultats sur ce point. Cela semble logique, puisque allant dans le sens d'autres facteurs favorisant la consultation dédiée, comme le statut étudiant, ou le niveau d'étude correspondant au second cycle.

- *Le niveau d'études de la patiente*

Nos résultats retrouvent une part plus importante de prescriptions sans consultation dédiée chez les patientes au niveau BEP/CAP ou inférieur, et surtout chez celles sorties en second cycle sans baccalauréat.

Cependant, ces résultats sont à manipuler avec beaucoup de précautions compte tenu des faibles effectifs sur ces patientes-là.

- *La situation professionnelle de la patiente*

Il semble que les patientes étudiantes ou au chômage renouvellent leur pilule de manière non dédiée plus souvent que les patientes en activité (62,8% et 63,2% contre 35,7%).

L'enquête FECOND avait montré le lien de entre vulnérabilité et absence de suivi gynécologique, et notamment avait fait le parallèle entre la situation professionnelle des patientes et leur suivi gynécologique, avec un mauvais suivi des sujets au chômage, et

notamment les jeunes femmes de moins de 24 ans. ***(5)***

Une étude de la DREES qui comparait les données socio-économiques des patientes réalisant une IVG aux données nationales fournies par l'INSEE montrait bien que les femmes sans activité étaient plus vulnérables (taux de chômage de 13,2% contre 7,7% dans la population générale, et taux d'emploi de 55% contre 62,6%). ***(24)***

Ainsi, l'information et l'éducation thérapeutique parait cruciale dans ces situations.

• *La couverture complémentaire santé de la patiente*

Ce facteur semble également être un indicateur du mode de prescription, puisque l'on a retrouvé dans notre étude 68,4% de patientes titulaires de la CMU-C qui ont obtenu une prescription sans consultation dédiée, contre uniquement 35,7% des titulaires d'un contrat de mutuelle ou d'assurance privée.

Il apparaît dans la question libre qui clôt notre questionnaire à de très nombreuses reprises qu'un argument qui pourrait expliquer le fait de renouveler sa contraception sans consultation dédiée est celui d'avancer le prix d'une consultation.

On retrouve également cela dans le travail de thèse de Jeanne Zaoui , où les patientes avancent l'argument de la contrainte financière. ***(24)***

L'enquête de la DREES précédemment citée rend également compte d'une représentation plus importante de patientes titulaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME dans la population ayant effectué une IVG, témoignant de leur vulnérabilité.

• *Le niveau de précarité évalué par le score EPICES*

L'utilisation de ce score est pleinement justifié par le fait qu'il soit global, facilement évaluable, et surtout qu'il ait fait la preuve de son lien avec de nombreux indicateurs de santé, et notamment le suivi gynécologique.

Un travail de thèse avait enregistré le score EPICES des patientes réalisant une IVG en

Aquitaine, et il avait été retrouvée un plus grand niveau de précarité dans cette population que dans la population générale (48,9 contre 38,3). ***(26)***

Nous avons retrouvé dans notre étude que les patientes ayant renouvelé leur pilule en dehors d'une consultation dédiée ont un niveau de précarité significativement plus élevé que celles ayant eu une consultation dédiée (28,66 contre 17,39). Il est intéressant de voir que les patientes n'ayant pas eu de consultation ont un score EPICES de 33,89, et donc plus élevé que celles ayant renouvelé leur pilule au cours d'une consultation pour autre motif.

Ce score EPICES et le niveau de précarité paraissent alors très corrélés au mode de prescription, et ce de manière d'autant plus forte que cela est cohérent avec le reste des résultats, puisque nous avons vu que des critères additionnels tels la situation professionnelle, le niveau d'études ou la protection complémentaire sont des facteurs importants, et à prendre en compte.

Les deux études FECOND avaient mis en lumière l'importance du facteur économique dans l'utilisation de la contraception. En effet, de nombreuses femmes avaient abandonné les pilules de 3e et 4e générations au lendemain de la « crise de la pilule » et surtout après leur déremboursement. Si cela avait été compensé par un recours aux pilules de 2ème génération, ou au DIU pour les plus de 25 ans, les classes économiques basses et au niveau d'étude inférieur au baccalauréat s'étaient reportées sur des méthodes moins efficaces telles que le retrait, le calcul de cycle ou le préservatif. ***(5, 9)***

- *La nationalité*

Il est impossible de discuter les résultats de notre travail obtenus sur la nationalité, puisque seulement 3 patientes de nationalité étrangère ont été inclues, constituant un taux de femmes étrangères de 2,6% quand le taux d'étrangers en Aquitaine (chiffres de 2012) est de 10,2%. L'analyse statistique effectuée est d'ailleurs discutable compte tenu de cela.

En revanche, il s'agit certainement là d'un biais de sélection de notre étude ; certaines patientes dont celles ne maitrisant pas la lecture ou l'écriture française ont pu être exclues de fait.

• *Les antécédents gynécologiques de la patiente*

Ni le nombre d'enfants, ni le nombre de grossesses arrêtées ,volontairement ou non, ne semble modifier le mode de prescription.

D- Le mode de prescription en fonction de facteurs liés au mode contraceptif

• *Primo-prescription ou renouvellement*

Le fait que la prescription soit une primo-prescription ou un renouvellement ne semble pas modifier le mode de prescription.

Pourtant, les recommandations actuelles, qui sont celles de la HAS, préconisent que toute première prescription de contraception orale se fasse au cours d'une consultation dédiée, avec nécessité de repousser à un temps ultérieur si cela n'est pas possible. ***(20, 21)***

La primo-prescription est dans notre étude réalisée dans 60% des cas sur un moment dédié, contre 54,1% en cas de renouvellement.

L'analyse spécifique de la situation en médecine générale est peu informative, compte-tenu du très petit effectif de primo-prescriptions effectuées par un médecin généraliste (7 sur 83), Sur ces 7 primo-prescriptions, 5 étaient rédigées lors d'une consultation dédiée.

E. Matchon a étudié la conformité du contenu des consultations aux recommandations HAS sur les consultations non dédiées ; il apparaît que les objectifs – recherche d'antécédents, prise de tension, suivi et prochaine consultation fixés – n'étaient pas remplis plus d'une fois sur deux en cas de consultation non dédiée, et rappelle la nécessité de s'y conformer. ***(33)***

• *Ancienneté d'utilisation de la pilule*

La manière de renouveler sa pilule ne semble pas influencée par la durée d'utilisation que la patiente en a eu.

Notre étude n'en a pas démontré la significativité, même s'il semble ressortir que les

patientes utilisant depuis longtemps une même pilule consultent volontiers plus souvent de manière dédiée (58,8% de consultation dédiée si pilule utilisée depuis 5 ans, contre 37,5% si pilule utilisée depuis moins d'un an).

L'étude de Jeanne Zaoui faisait pourtant ressortir, parmi les facteurs influençant la prescription hors moment dédié, celui de l'habitude de sa pilule : le fait qu'une patiente ait intégré la pilule à sa routine de vie, la gère de façon machinale, pense la connaître, ne souhaite pas en changer, en est satisfaite. Cela sous-tend le fait que la patiente la prenne depuis un moment. ***(22)***

C'est pourtant l'inverse qui semble se dégager de notre étude, sans encore une fois en faire sa preuve. Il semble en effet intuitif qu'une patiente habituée à sa méthode contraceptive ressente moins le besoin d'information et donc de consultation dédiée. On peut émettre l'hypothèse que les patientes utilisant leur pilule depuis moins d'un an sont des patientes jeunes, étudiantes, et présentant de nombreux facteurs favorisant la consultation non dédiée.

• *Durée de validité de l'ordonnance*

Les ordonnances sont valables significativement plus longtemps quand elles sont rédigées au cours d'une consultation dédiée.

Si l'on analyse la répartition, on voit que les prescriptions en consultation dédiée sont établies à 66% d'entre elles pour 12 mois, contre 48,7% des consultations non dédiées. En revanche, les ordonnances rédigées au cours d'un moment non dédiée sont valables moins longtemps, et pour la plupart moins de 6 mois (47,5% pour moins de 6 mois en non dédié contre 26,8% en dédié).

Nous observons clairement là ce qui avait été évoqué dans les précédents travaux de thèse qualitatifs, à savoir que la demande de prescription en dehors d'un moment dédié, est parfois une demande de prescription de dépannage, afin d'attendre une consultation spécialisée, et donc avec une prescription pour faible durée. ***(22, 23, 33)***

E- Le mode de prescription en fonction de facteurs liés à la relation prescripteur-patiente

• *Ancienneté de la relation prescripteur-patiente*

On retrouve dans notre étude un taux de prescription en dehors de moment dédié significativement plus important lorsque la patiente a eu plus de 20 consultations avec le prescripteur.

Aussi, ce taux semble plus élevé lorsque la première consultation a eu lieu il y a plus de 10 ans, sans que la différence ne soit toutefois significative. Au contraire, la balance penche significativement en faveur de la consultation dédiée lorsque la patiente ne connait le prescripteur que depuis 2 à 3 ans. A noter un résultat plus étonnant sur la tranche de connaissance de moins de un an, où il y a majoritairement des consultations non dédiées, mais cependant sur un effectif faible donc à manipuler avec prudence.

Ainsi, il ressort clairement de l'analyse de ces deux données qu'une relation installée, tant sur la durée que sur le nombre de consultations, est propice à la prescription sans moment dédié.

Cela conforte les résultats obtenus de façon qualitative par Jeanne Zaoui, où les patientes interrogées avançaient l'hypothèse qu'une prescription sans moment dédié était rattachable à une relation ancienne avec son prescripteur, teintée d'une dimension familiale du médecin de famille très marquée en médecine générale. Il y était bien décrit une relation avec lien de confiance, tissé sur les années, où le médecin connait la patiente, où il n'a pas besoin de la revoir de façon systématique. ***(22)***

On peut y voir un prolongement avec la pudeur évoquée précédemment en lien avec le sexe masculin du prescripteur. Cette pudeur est aussi probablement présente du fait de la relation « familiale », où la patiente, d'autant plus jeune et juste sortie de l'adolescence, voit en son médecin de famille une figure patriarcale et protectrice, qui peut de fait rendre plus difficile l'abord de certains thèmes comme celui de la contraception.

Il ne faut cependant pas confondre ce facteur, où la profondeur et l'ancienneté de la relation qui lie le prescripteur à la patiente induit un risque de consultation non dédiée, avec le

fait que ce même risque est aussi présent lorsque le prescripteur est ponctuel et non habituel, comme nous l'avons vu précédemment.

• *Tutoiement et Vouvoiement*

Ce critère peut sembler futile, mais peut aussi paraître comme un bon prolongement d'évaluation de la relation prescripteur-patiente. S'il est un marqueur verbal de la relation prescripteur-patiente dans son environnement et son contexte, il l'est aussi des déterminants propre à la patiente, et au prescripteur. ***(41)***

On peut voir avec nos résultats que l'usage du tutoiement est associé à un plus fort taux de prescription hors consultation dédiée. Cela est d'autant plus vrai lorsque c'est le prescripteur qui tutoie la patiente (l'inverse n'a pas fait ses preuves statistiques, du fait notamment qu'il s'agisse d'une situation plus rare).

Cela est donc cohérent avec nos résultats discutés précédemment sur l'ancienneté de la relation, et montre qu'une relation de proximité, ancienne, installée dans la confiance, dans un cadre familial, est un facteur qui influence vers un mode de renouvellement non dédié.

Ce contexte est fortement présent en médecine générale.

• *Facteurs de la relation prescripteur-patiente*

Nous avions établi une liste de facteurs explorant plusieurs volets de la relation prescripteur-patiente d'après les travaux de Clément Boguet et Clémentine Ariot : l'accueil, la communication, l'empathie, le partage de l'information et de la décision. ***(31)***

Le biais de désirabilité était trop présent et nous empêche d'exploiter tout résultat sur cette question. En plus de ce biais là, la question a pu paraître longue et peu motivante, favorisant les réponses stéréotypées.

F- Analyse multivariée : effets des variables explicatives sur la variable à expliquer « mode de prescription »

Il ressortait de notre analyse bivariée des résultats intéressants, qui indiquaient que le mode de prescription variait en fonction de certains facteurs propres au prescripteur, à la patiente, à leur relation, et au mode de contraception.

Mais ces facteurs, en plus d'influencer le mode de prescription, s'influençaient indéniablement entre eux. Afin d'isoler l'effet propre et le poids de chaque facteur, nous avons décidé d'établir une analyse multivariée.

Nous avons intégré dans notre modèle initial l'ensemble des variables qui avaient montré en analyse bivariée une différence significative sur le mode de prescription.

Il ne nous ait pas paru nécessaire d'inclure des variables qui n'avaient pas fait preuve de leur significativité au tour d'analyse bivariée, dans la mesure où aucune d'entre elles ne nous paraissaient injustement éliminées au vue des données de la littérature ou de notre réflexion.

Nous n'avons pas intégré au modèle la variable « durée de validité de l'ordonnance », puisque, même si les résultats étaient significatifs, cela nous semblait plus être la conséquence que la cause, et exprimer qu'une prescription hors moment dédié est parfois expliquée par un dépannage de quelques mois.

Nous avons donc intégré :

- des variables propres au prescripteur :
  - -profession du prescripteur
  - -sexe du prescripteur
  - -prescripteur habituel ou non
  - -prescripteur assurant le suivi gynécologique régulier ou non
- des variables propres à la patiente :
  - -âge de la patiente
  - -situation professionnelle de la patiente
  - -niveau d'étude de la patiente
  - -couverture complémentaire de la patiente
  - -score de précarité EPICES de la patiente

• des variables propres à la relation prescripteur-patiente

-nombre de consultations effectuées avec le prescripteur

-ancienneté de la première consultation avec le prescripteur

-tutoiement de la patiente par le prescripteur

Au terme de cette première analyse, il ressort que les critères majeurs qui influent sur le mode de prescription sont des critères socio-économiques et de relation entre le prescripteur et la patiente. En effet, un niveau de précarité haut évalué par le score EPICES apparaît comme très clairement associé à un risque accru de prescription hors consultation dédiée, de même que le caractère non habituel d'un prescripteur.

Aussi, l'effet de la couverture complémentaire possédée par la patiente est significatif à un risque de 10%, mais pas de 5%. Cela renforce le résultat principal de ce premier tour d'analyse, qui est le critère socio-économique.

Afin de gagner en précision, nous avons réduit notre modèle à un nombre de six variables, selon la méthode que nous avons décrite dans la partie résultats ***(voir p. 59)***.

Nous avons obtenu par cette méthode statistique cinq variables, auquel nous avons rajoutés la variable « profession du prescripteur ».

En effet, même si elle n'apparaissait pas à la fin de la sélection par méthode de réduction pas à pas statistique, elle nous semblait fondamentale à deux titres ; tout d'abord, elle ressort de manière forte des données de la littérature, et notamment la littérature qui nous a dicté le choix de ce sujet. Toutes les études qualitatives réalisées au sujet de la consultation dédiée et des difficultés de gestion du renouvellement de la contraception orale font état que, de fait, la médecine générale est exposée à ce problème ***(13, 14, 15, 19, 22, 23, 24, 33)*** ; aussi, il nous semble logique et nécessaire qu'elle fasse parti du modèle final, dans la mesure où une consultation pour autre motif en médecine générale ou en gynécologie n'aboutit très certainement pas à la même chose en terme d'information – ce qui a été mis en lumière dans l'étude de nos critères de jugement secondaires – compte tenu de la multiplicité des thèmes possibles, et du nombre de motifs contenus dans une consultation de médecine générale.

Notre modèle réduit se limite ainsi à six variables que sont :

- des variables socio-économiques propres à la patiente :
  - -score de précarité EPICES de la patiente
  - -complémentaire santé de la patiente
- une variable propre à la relation prescripteur-patient
  - -nombre de consultations effectuées avec le prescripteur
- trois variables propres au prescripteur :
  - -prescripteur habituel ou non
  - -prescripteur assurant le suivi gynécologique régulier ou non
  - -profession du prescripteur

Il ressort trois variables significativement associées à un mode de prescription sans consultation dédiée au risque alpha de 5% : un score EPICES élevé, une couverture complémentaire par CMU-C ou ACS, et un prescripteur n'effectuant pas le suivi gynécologique régulier.

Deux autres variables sont significatives à un risque de 10%, mais pas de 5% : un prescripteur non habituel, et un nombre de consultation effectué avec le prescripteur supérieur à 20.

L'odds ratio de l'effet imprimé par le score de précarité EPICES est faible, à 1,05. Cependant, cette dimension socio-économique reste fondamentale dans la compréhension des habitudes des modes de consultation. En effet, le niveau de couverture complémentaire santé vient consolider ces résultats, avec un odds ratio non négligeable à 1,73, et une force d'association statistique importante inférieure à 5%.

Si la variable explicative de la profession du prescripteur que nous avons tenu à conserver dans notre modèle d'analyse terminal n'a pas fait la preuve de son lien significatif, on en retrouve tout de même le sens puisque l'on voit que le mode de prescription est très fortement lié au fait que le prescripteur assure ou non le suivi gynécologique de la patiente, avec un odds ratio fort à 2,61, et une association significative à 4%.

Le lien entre le prescripteur et l'utilisatrice de pilule a ainsi une place importante dans le déterminisme du mode de prescription, puisque outre l'importance du fait que le

prescripteur assure ou non le suivi gynécologique de la patiente, il ressort également l'importance d'autres composantes de cette relation.

Une relation ancienne, faite de plus de 20 consultations, apparait potentialiser un risque accru de prescription sans moment dédié, avec un odds ratio enregistré à 1,29. A l'opposé, on observe le même risque, lorsque le prescripteur n'est pas habituel, mais ponctuel (remplaçant, collaborateur ou associé, prescripteur consulté en urgence ou hors lieu de résidence), odds ratio 1,41. Cela montre bien l'intérêt de toujours garder à l'esprit que l'information prévaut toujours, quels que soient les rapports qui nous lient au patient.

Au final, notre étude retrouve deux grands facteurs qui favorisent la prescription sans moment dédiée ; d'une part des critères socio-économiques avec le niveau de précarité et la couverture complémentaire, et d'autre part une relation étroite, ancienne, non spécialiste d'organe, ou au contraire un prescripteur non habituel et nouveau.

Si ce facteur était très présent dans la littérature disponible, et notamment les travaux de Claire Galichon et Jeanne Zaoui ***(22, 23)***, il n'en était pas de même pour le versant socio-économique. Cela était certainement dû à la méthodologie qualitative, notamment lorsque il s'agissait des patientes qui étaient interrogées.

Néanmoins, cet axe de vulnérabilité et de précarité semble majeur, et à prendre en compte dans notre pratique, notamment en médecine générale, afin de cibler les populations à risque et de proposer un moment d'éducation et d'information dès que cela est possible. L'aspect financier était d'ailleurs la principale cause de prescription sans consultation dédiée évoquée à la fin de notre questionnaire en réponse libre.

Si les critères socio-économiques avait déjà toute leur place dans les facteurs à risque d'IVG, nous voyons qu'il est important de cueillir le problème à la racine et de replacer autant que possible notre rôle de prévention, d'information et de sensibilisation au premier plan.

IV) DISCUSSION DES RESULTATS SUR LES OBJECTIFS SECONDAIRES

A- Contenu des consultations en fonction du mode de prescription

Il ressort nettement que le contenu de la consultation est dépendant du temps imparti,

et donc du fait que le rendez-vous soit spécifiquement dédié.

Sur les quatre dimensions que nous avons sondé (interrogation sur la satisfaction et la tolérance, recherche d'éventuels oublis, interrogation sur les règles à tenir en cas d'oubli, et rappel des règles à tenir en cas d'oubli), il faut remarquer que la différence la plus marquée d'une consultation dédiée à une consultation non dédiée est observée sur le rappel des règles.

C'est donc l'étape d'information et de prévention qui souffre le plus du manque de temps imparti, alors que nous pouvons la penser essentielle dans l'emploi d'un mode contraceptif dont l'efficacité est très dépendante de son mode d'utilisation.

Les chiffres sont encore plus parlant lorsqu'on regarde la situation spécifiquement en médecine générale.

Les médecins interrogés pas Claire Galichon appuyaient bien sur le fait qu'une consultation où l'on aborde le thème de la contraception nécessite bien souvent plus de 15 minutes. ***(23)***

La reprise des données ECOGEN par Sarah Darriau retrouvait un temps moyen de consultation de 18,3 minutes en cas de consultation avec thème gynécologique, contre 15,7 minutes sans thème gynécologique. ***(19)***

La consultation dédiée trouve alors tout son sens.

Il ressort aussi du travail de thèse qualitative de Claire Galichon, que la recherche de la bonne observance et le rappel des règles à tenir en cas d'oubli n'est pas systématique. ***(23)***

Les médecins interrogés dans l'étude EPILULE recherchaient la fréquence des oublis dans 48,1% des cas de façon systématique, 35,4% des cas de temps en temps, et rarement dans 16,5% des cas. Dans notre étude, cela a été fait dans 43,3% des cas. ***(13)***

Dans cette même étude, seulement 33% des médecins rappelaient de façon systématique les règles à tenir en cas d'oubli, et la moitié de temps en temps. Nous avons retrouvé dans notre étude que cela avait été fait sur 40,1% des consultations.

Le défaut d'information est également mis en évidence dans d'autres travaux, comme le travail de thèse de Tiphaine Lamande, où 55% des patientes déclaraient ne jamais avoir été interrogées sur les potentiels oublis, et où elles étaient 40% à déclarer n'avoir jamais reçu de leur médecin des conduites à tenir en cas d'oubli. ***(42)***

L'impression qu'ont les patientes sur leur niveau d'information dans le domaine de la contraception est bon – 85% dans une étude de l'Institut Nation de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) de 2010, et 75% dans l'étude EPILULE.

Dans cette dernière étude, leur information provenait en majorité du médecin généraliste, suivi de près par le gynécologue, puis de façon plus anecdotique par l'entourage, les médias, et l'espace scolaire. A noter que l'étude n'avait pas inclus les sages femmes, l'autorisation de prescription étant arrivée pour elles 6 ans plus tard. On peut aussi noter l'absence du pharmacien comme source d'information. ***(13)***

On voit donc bien que le travail d'information n'est pas optimal, malgré la confiance accordée. Cette situation est d'autant plus critique que nos résultats montrent un delta d'information entre consultation dédiée ou non encore plus fort en médecine générale, pourtant premier interlocuteur cité par les patientes.

B- Connaissances des utilisatrices sur les conduites à tenir en cas d'oubli en fonction du mode de prescription

Les études sur les connaissances des règles à tenir en cas d'oubli de pilule sont nombreuses, et aux résultats disparates ***(13, 42, 43, 44)*** :

Tableau 8 – Taux de connaissance des conduites à tenir retrouvés dans les différents travaux disponibles

	Epilule ***(13)***	T. Lamande ***(42)***	G. Martel ***(43)***	A. Joulia ***(44)***	Notre étude
Taux de bonne réponses à « faut-il prendre le comprimé oublié dès que possible? »	92,7%	78,5%	79%	53,4%	84,7%
Taux de bonne réponse sur le délai maximal d'action de la pilule	43%	66,7%	40%	-	58,2%
Taux de bonnes réponses sur le délai de protection nécessaire de 7 jours après perte d'efficacité	-	74,6%	38%	18,8%	45,8%
Taux de bonnes réponses sur le délai à risque de grossesse de 5 jours avant perte d'efficacité	-	35,6%	52%	10,8%	20,3%

Nos chiffres semblent pour chaque critère cohérents, mais la disparité des résultats obtenus dans chaque étude limite la comparaison (variabilité probablement due aux différentes méthodologies ; par exemple l'étude de G. Martel était menée chez des patientes réalisant une IVG sur une grossesse obtenue sous pilule ; ou l'étude de T. Lamande où les questions sur le nombre de jours des délais n'étaient pas ouvertes, mais de type : « le délai de protection nécessaire est de 7 jours : vrai ou faux », et donc directif).

Cependant on trouve au sein de notre étude une réelle différence dans les profils de réponses selon que l'information ait été portée lors d'une consultation dédiée ou non, avec une significativité statistique importante.

Cette différence est renforcée par le fait qu'elle est également trouvée lorsqu'on s'intéresse au rappel ou non des règles à tenir durant la consultation ; les patientes qui ont bénéficié d'un rappel ont des connaissances significativement plus correctes que les autres.

Nous avons vu que le rappel des conduites à tenir est l'élément dont la présence au cours d'une consultation est le plus lié au fait qu'elle soit dédiée ou non. Ainsi la significativité de la différence des profils de réponse à la fois en fonction du mode de consultation, mais aussi du contenu de la consultation, renforce le poids du rôle de la consultation dédiée.

Bien sûr, de nombreux autres facteurs interfèrent et influent sur les réponses du test de connaissances ; on ne peut donc en aucun cas affirmer un lien de causalité. Une étude complémentaire, dont l'objectif principal serait centré sur le lien entre le mode de consultation et les connaissances des patientes, avec analyse multivariée, serait intéressante et permettrait peut être de confirmer nos constatations, qui restent très informatives.

CONCLUSION

Notre étude a permis une avancée de nos connaissances sur une problématique pourtant souvent évoquée, mais jusqu'alors jamais étudiée en profondeur : la mise en difficulté des professionnels, et en particulier des médecins généralistes, devant la demande de prescription de contraception orale sans moment dédié.

Ces difficultés peuvent être subies par le professionnel, qui ne parvient pas à délivrer toute l'information souhaitable devant un manque de temps contraint, mais il peut également y trouver un bénéfice, de gain de temps ou de facilité, l'organisation de consultation dédiée systématique pouvant parfois relever du parcours du combattant, dans un emploi du temps chargé.

Notre travail a donc permis d'identifier les facteurs qui favorisent un fonctionnement de prescription hors temps dédié, dans le but d'identifier les situations à risque et d'adapter nos pratiques.

La première des raisons qui peut favoriser cette sortie du circuit de prescription classique est indéniablement sociale et économique. Nous avons pu montrer que le score EPICES qui est un score de précarité connu, déjà corrélé à de nombreux indicateurs de santé dont le suivi gynécologique, est intimement lié au mode de prescription, et que les populations les plus fragiles et précaires sont à risque de ne pas se présenter sur un temps de consultation dédié.

Le critère socio-économique est renforcé par un second facteur trouvé comme intimement lié au mode de prescription, qui est le type de complémentaire santé de la patiente. Les femmes titulaires de la CMU-C et de l'ACS ressortent être plus à risque de ne pas consulter de façon dédiée.

Nous savions déjà que ces critères socio-économiques représentaient l'un des plus grands facteurs de risque d'interruption volontaire de grossesse. Dans un contexte dit du paradoxe français, où l'on retrouve un excellent taux de couverture contraceptive avec une stagnation des IVG, nos résultats sont éclairants dans la mesure où ils démontrent que l'origine du problème se situe bien en amont. Ils trouvent leur source dès le début de la chaine, dans nos cabinets, où l'on doit faire un travail d'information, d'éducation et de prévention

attentif et adapté à chacun. Mieux que l'accès à la contraception à tous, on doit maintenant veiller à l'utilisation sécuritaire et adaptée de la contraception. Cela passe par l'information, et l'éducation thérapeutique, qui est un réel domaine de savoir sur lequel le professionnel doit être formé.

Le deuxième facteur influençant le mode de prescription qui ressort de notre étude est incontestablement le lien entre le prescripteur et l'utilisatrice de la pilule. Le fait qu'une prescription soit rédigée par un professionnel qui n'est pas le prescripteur habituel renforce grandement le risque que cela se déroule hors d'un moment dédié. Ce point est important et une nouvelle fois intéressant puisque la prescription par un prescripteur non habituel est solidement identifié dans la littérature comme l'un des principaux facteurs de risque de l'oubli de pilule. A l'opposé, on observe ce même risque lorsque la relation entre le prescripteur et la patiente est ancienne et installée, avec des habitudes tenaces et une probable sensation de connaître la situation.

La prescription de pilule est donc, même hors parcours de santé - que ce soit justifié par un besoin de prescription de dépannage, un éloignement du domicile, un remplacement du prescripteur habituel, … - , ou bien chez les patientes que l'on connait le mieux, toujours un acte de prescription avant tout, avec une responsabilité d'informer et de répondre aux attentes des patientes. Il faut le garder à l'esprit, et s'attacher à remplir notre rôle pleinement, même si ces sujets impliquent une certaine pudeur devant un prescripteur inconnu, et un évitement parfois.

Enfin, si notre étude n'a pas montré de façon significative l'impact de la profession du prescripteur sur le mode de prescription, il n'en reste pas moins sûr que la médecine générale, par son organisation, son caractère de premier recours, sa sollicitation, est particulièrement exposée aux demandes de prescription sans moment dédié. Notre travail le prouve indirectement, puisque les consultations dédiées sont significativement plus liées au prescripteurs effectuant le suivi gynécologique régulier.

Pour terminer, notre étude a montré que l'information et le contenu essentiel à la consultation de prescription de pilule est significativement plus fourni lorsque celle-ci est effectuée sur un temps dédié. Les connaissances des patientes en ayant bénéficié sont également meilleures à celles ayant renouvelé leur contraception sur un temps non dédié ou

sans consultation. Une étude complémentaire serait intéressante pour poursuivre les investigations dans ce sens.

Il faut néanmoins garder en mémoire que la Médecine Générale reste un domaine unique et complexe. Il s'y joue au quotidien de grands enjeux, et les actions effectuées -dont la prescription- le sont dans un cadre parfois un peu irrationnel, où se mêlent négociations, liens affectifs, perte d'objectivité. Il est nécessaire en parallèle de comprendre cette part d'irrationnel, et de l'étudier par un travail d'observation in situ, pour faire évoluer et améliorer nos pratiques de terrain.

BIBLIOGRAPHIE

(1) *République française. Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. Journal officiel, 5 décembre 1974 : p. 12123.*
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000334817

(2) *République française. Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. Journal officiel, n° 289, 14 décembre 2000 : p. 19830.*
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000755450&categorieLien=id

(3) *République française. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Journal officiel, n° 156, 7 juillet 2001 : p. 10823.*
Disponible sur : https://www. legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id

(4) *HAS. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Juillet 2013*
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf

(5) *Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés, 2012 ; 492.*
Disponible sur :http://www.sages-femmes-orthogenistes.org/wp-content/uploads/2012/11/population_soci%C3%A9t%C3%A9_contraception_09_2012-2.pdf

(6) *Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. Introduction au dossier. Population. 2004;59(3):409-18.*
Disponible sur : http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=POPU&ID_NUMPUBLIE=POPU_403&ID_ARTICLE=POPU_403_0409

(7) *Favereau E. (page consultée le 24/11/2017). Plainte contre les pilules de troisième génération : le parquet classe l'affaire. Libération, [en ligne]. http://www.liberation.fr/france/2017/09/19/plainte-contre-les-pilules-de-troisieme-generation-le-parquet-classe-l-affaire_1597361*

(8) *République française. Arrêté du 28 février 2013 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Journal officiel, n° 0055, 6 mars 2013 p. 4055, texte n° 26.*
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027140575&dateTexte=&categorieLien=id

(9) *Bajos N, Rouzeau-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Equipe Fecond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés, n° 511, mai 2014 : 4 p.*
En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf

(10) *Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p.*
Disponible sur : http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/1806.pdf

(11) *Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. Gynécologie Obstétrique Fertil. févr 2006;34(2):120-6.*
Disponible sur : http://www.em-consulte.com/en/article/39460#N10987

(12) *Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? déc 2004;(407):1-4.*
Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf

(13) *Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. [Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine]. Nancy:université Henri Poincaré Nancy 1 Faculté de médecine; 2004.*
Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_MENIERE_RENAUD.pdf

(14) *Letrilliart L, Supper I, Schuers M. ECOGEN: Etude des éléments de COnsultation en médecine GENérale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2014;(114):148 à 157.*
Disponible sur : https://www.exercer.fr/numero/114/page/148/

(15) Nombre de postes d'internes en gynécologie médicale pour 2016-2017. Question écrite N°22076 de M Daniel Laurent. Réponse du Ministère des affaires sociales et de la santé (page consultée le 28/11/2017). Journal Officiel du sénat. [en ligne] https://www.senat.fr/questions/base/2016/qSEQ160622076.html

(16) *WONCA Europe. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE. 2002.*
Disponible sur http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

(17) *Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES. Juin 2011*
http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf

(18) *Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. Contraception. sept 2006;74(3):208-213.*

(19) *Darriau S. Les procédures de prévention lors des consultations avec prescription de contraception en médecine générale en France [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.*
Disponible sur :http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_DarriauSarah.pdf

(20) *Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Haute Autorité de la Santé. Paris ; 2013.*
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf

(21) *Haute Autorité de Santé. Contraception : prescription et conseils aux femmes. Janvier 2015.*

(22) *Zaoui J. Renouvellement de contraception orale en médecine générale : étude qualitative des facteurs déterminant la demande non dédiée des patientes de plus de dix-huit ans dans le Nord-Pas-de-Calais. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lille:université lille 2 droit et santé faculté de médecine Henri Warembourg;2016.*
Disponible sur : http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/5925d87a-0cae-446e-bb97-5a745373052c

(23) *Galichon C. La prescription et le suivi de la contraception: difficultés rencontrées par le médecin généraliste. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris Descartes;2014.*
Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01141153/document

(24) *Vilain A, Moisy M. Présentation méthodologique. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. Revue Française des Affaires Sociales 2011;1:69-85.*

(25) *Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score EPICES: un score individuel de précarité. Construction et évaluation du score dans une population de 197389 personnes. Bull Epidemiol Hebdo 2006;(14):93-6.*
Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2006/14/beh_14_2006.pdf

(26) *Arnaud A. Parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014, en fonction de la vulnérabilité selon le score EPICES. Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Bordeaux:Université de Bordeaux UFR des Sciences Médicales;2014*
Disponible sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01093073/document

(27) *Attali C, Bail P, Magnier A, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen. 2006;20(730/731):525.*
Disponible sur https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/competences.pdf

(28) *Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the PatientClinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS ONE. 9 avr 2014;9(4):e94207.*
Disponible sur http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0094207

(29) *Dedianne M-C, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients? Rev Prat Med Générale. 2003;(612):653- 6.*
Disponible sur http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/mg_611_dedianne.pdf

(30) *Guichard F, Philippe M. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecin générale. 24 avr 2014;279.*
Disponible sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00984460/document

(31) *Ariot C, Boguet C. Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale [Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine Diplôme d'Etat] Grenoble:université Jospeh Fournier Faculté de médecine de Grenoble;2015*
Disponible sur
http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/977/fichier_echelle_evaluation_relation_med_patient5b1e3.pdf

(32) *Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary - Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ. 1 mars 1996;30(2):83- 9.*

(33) *Matchon E. Sécurité de renouvellement ou de prescription de dépannage d'un contraceptif oral : enquête auprès de 223 femmes utilisatrices d'un contraceptif oral fréquentant les pharmacies de Bordeaux et de Bergerac. Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Bordeaux:Université de Bordeaux UFR des Sciences Médicales ;2018.*

(34) *Bajos N, Oustry P, Leridon H, Cocon E. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population & Sociétés. 2002;381.*
Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18750/pop_et_soc_francais_381.fr.pdf

(35) *INSEE.(page consultée le 06/06/2019). Chômage au sens du BIT et indicateurs sur le marché du travail (résultats de l'enquête emploi). Premier trimestre 2019, [en ligne] https://www.insee.fr/fr/statistiques/4136766*

(36) *Ministère de l'Education Nationale. (page consultée le 06/06/2019). Filles et garçons sur le chemin de l'égalité de l'école à l'enseignement supérieur, [en ligne] http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2013/73/5/DEPP-filles-garcons-2013_243697_253735.pdf*

(37) *INSEE. Fiche couple.Couples et familles. 2015*

(38) *Celant N, Guillaume S, Rochereau T (IRDES). Enquête sur la santé et la protection sociale en 2012.Paris:les rapports de l'IRDES;2014 juin. Rapport n°556*

(39) *Fond de financement de la CMU-C et de l'ACS. (page consultée le 06/06/2019). Satistiques, [en ligne] http://www.cmu.fr/statistiques.php*

(40) Observatoire Thalès. Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes. 2000

(41) *Laine A.L. Les déterminants de l'usage du tutoiement et du vouvoiement dans la relation médecin-patient en médecine générale. Université de Montpellier UFR Médecine. Diplôme d'Etat - Médecine : 2016.*
http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2016MONT1076

(42) *Lamande T. L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule ? Université de Nantes Faculté de médecine. Diplôme d'Etat de Docteur en médecine: 2013.*

(43) *Martel G. Connaissance de l'utilisation de la contraception orale chez les femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse sous contraception orale lors de la survenue de leur grossesse : état des lieux réalisé au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble. Université de Grenoble Alpes UFR de médecine de Grenoble Département de maïeutique. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme: 2017.*

(44) *Joulia A. Contraception orale : améliorer l'observance par le conseil minimal. Université Paris-Diderot Paris 7 Faculté de médecine. 2013*

ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille de Calcul du Score EPICES – Score de 0 à 100, précarité si supérieur à 30,17

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF…) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

ANNEXE 2 : grille d'évaluation de la relation médecin-patient par Clément Boguet et Clémentine Ariot

	ÉNONCÉ DES CRITÈRES	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Non satisfaisant
ACCUEIL				
1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture			
2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			
HABILETÉS DE COMMUNICATION				
3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre ou le fait avec tact quand cela s'avère nécessaire			
4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation			
5	Utilise la reformulation de façon adaptée			
6	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée			
EMPATHIE				
7	Utilise l'empathie : reconnait les émotions et les points de vue du patient			
8	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse			
9	N'émet pas de jugement			
PARTAGE DES INFORMATIONS				
10	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			
11	Informe le patient de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical			
12	Vérifie la compréhension du patient			
PARTAGE DES DÉCISIONS				
13	Incite le patient à participer à la prise de décision			
14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			

ANNEXE 3 : Questionnaire (4 pages)

Nous vous proposons de participer à une étude menée dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine Générale. Les données recueillies sont totalement anonymes et la confidentialité est assurée tout au long du processus. Cette étude vise à comprendre les modes de prescription de contraception et à améliorer les pratiques dans ce domaine. Votre concours est essentiel, et nous vous en remercions.

1- Veuillez indiquer la date du jour : _____

2- Veuillez indiquer votre âge : _____ ans

3- Veuillez indiquer le nom de la pilule (nom apparaissant sur la boite et/ou l'ordonnance), la date de rédaction de l'ordonnance (date figurant sur l'ordonnance), et la durée pour laquelle la pilule est prescrite

Nom de la pilule : _____

Date d'établissement de l'ordonnance : _____

La prescription est faite pour _____ mois (indiquer le nombre de mois).

Nous allons maintenant parler de la DERNIERE ordonnance de pilule qui vous a été faite.

4- La remise de cette DERNIERE ordonnance de pilule s'est-elle faite au cours d'un rendez-vous de consultation ?

☐ Oui, elle m'a été prescrite au cours d'une consultation avec un professionnel de santé

☐ Non, elle m'a été remise sans consultation, mais récupérée par un autre moyen (ordonnance demandée par téléphone auprès du secrétariat ou du médecin, récupérée par un de vos proches qui consultait, ...)

***5- Si elle a été remise au cours d'une consultation** (réponse OUI à la question 4)**, lors de la prise de rendez-vous pour cette consultation** (ne pas répondre si vous avez répondu NON à la question 4) :*

☐ Le renouvellement de pilule était le seul motif de prise de rendez-vous

☐ Le motif principal motivant la prise de rendez-vous était autre que le renouvellement de pilule (douleur, fièvre, infection, certificat, …), et vous avez profité de cette consultation pour renouveler votre pilule.

6- Concernant le prescripteur de cette DERNIERE ordonannce : Quelle était sa profession ?

☐ Médecin généraliste ☐ Gynécologue ☐ Infirmier(e) scolaire

☐ Sage femme libéral(e) ☐ Médecin ou sage femme de centre de planification ☐ Autre

Quel était son sexe ?

☐ Homme ☐ Femme

Age approximatif :

☐ Moins de 40 ans ☐ Entre 41 et 50 ans ☐ Entre 51 et 60 ans ☐ Plus de 60 ans

Est-ce lui qui prescrit habituellement votre pilule : ☐ Oui ☐ Non

Si réponse non et qu'il n'est pas le prescripteur habituel de votre pilule, il était alors :

☐ Collaborateur/associé au prescripteur habituel ☐ Remplaçant du prescripteur habituel

☐ Prescripteur consulté ponctuellement car urgence, ou loin de votre domicile ☐ Autre : précisez _____

Est-ce lui qui assure votre suivi gynécologique régulier (frottis, examen gynécologique) ☐ Oui ☐ Non

Vous avez consulté ce prescripteur en tout durant votre vie :

☐ Une fois ☐ Entre 2 et 3 fois ☐ Entre 4 et 10 fois ☐ Entre 11 et 20 fois ☐ Plus de 20 fois

La première fois que vous avez consulté ce prescripteur, c'était il y a :

☐ Moins d'un an ☐ Entre 1 et 3 ans ☐ Entre 4 et 10 ans ☐ Entre 10 et 20 ans ☐ Il y a plus de 20 ans

Vous le : ☐ Tutoyez ☐ Vouvoyez

Et lui vous : ☐ Tutoie ☐ Vouvoie

7- Cette DERNIERE ordonnance était-elle :

☐ Une première prescription : c'était la première fois qu'on vous prescrivait cette pilule

☐ Un renouvellement : on vous avait déjà prescrit cette pilule auparavant

S'il s'agit de la première prescription, veuillez indiquer quelle était la contraception que vous aviez juste avant cette pilule :

☐ Aucune ☐ Autre type de pilule ☐ Stérilet ☐ Implant ☐ Patch ☐ Autre : précisez _____

Si vous preniez déjà cette pilule, depuis combien de temps la prenez vous :

☐ Moins d'un an ☐ 1-2 ans ☐ Entre 2 et 5 ans ☐ Plus de 5 ans

8- Veuillez noter pour chacune des propositions, si cela a été réalisé au cours de la DERNIERE prescription (réponse NON si la dernière prescription s'est faite sans consultation). Si cela n'a pas été fait lors de la dernière prescription, veuillez noter si cela a été fait au moins une fois lors des 3 dernières prescriptions :

	Lors de la DERNIERE prescription		
	Oui	Non	
Interrogatoire par le prescripteur sur votre satisfaction et la tolérance envers votre pilule			Si réponse Non, cela a-t'il été fait au moins une fois au cours des 3 dernières prescriptions ? ☐ Oui ☐ Non
Interrogation par le prescripteur sur d'éventuels oublis ou rejets de pilule sur les mois précédents			Si réponse Non, cela a-t'il été fait au moins une fois au cours des 3 dernières prescriptions ? ☐ Oui ☐ Non
Interrogation par le prescripteur sur votre connaissance des règles à suivre en cas d'oubli ou rejet de pilule			Si réponse Non, cela a-t'il été fait au moins une fois au cours des 3 dernières prescriptions ? ☐ Oui ☐ Non
Rappel par le prescripteur des règles à suivre en cas d'oubli ou rejet de pilule			Si réponse Non, cela a-t'il été fait au moins une fois au cours des 3 dernières prescriptions ? ☐ Oui ☐ Non

9- Concernant votre ressenti sur l'attitude de ce prescripteur de façon générale (c'est à dire sur l'ensemble des consultations que vous avez pu effectuer avec lui, et non juste sur la dernière), et sur votre relation, veuillez noter votre accord sur ces différentes affirmations :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Il m'accueille chaleureusement, dans une attitude d'ouverture				
Il est d'emblée dans une disposition d'écoute				
Il me laisse m'exprimer sans m'interrompre, ou le fait avec tact si nécessaire				
Il me permets d'exprimer avec facilité mes plaintes, mes attentes, et les éventuels motifs cachés de la consultation				
Il sait reformuler les choses pour faciliter ma compréhension				
Il sait exprimer son désaccord de façon adaptée quand nécessaire				
Il utilise l'empathie et reconnaît mes émotions et mes points de vue				
Il sait prendre en compte ma singularité, mon point de vue, et s'adapte				
Il n'émet pas de jugement				
Il sait définir et hiérarchiser, avec mon accord, mes souhaits, mes demandes et mes attentes				
Je suis informée de façon claire, précise et adaptée, sans jargon médical				
Il vérifie ma compréhension durant les consultations				
Il m'incite à participer à la prise de décision et respecte mon autonomie				

10- Veuillez indiquer le nombre d'enfants que vous avez, le nombre d'IVG (interruption volontaire de grossesse) que vous avez eu, et le nombre de grossesses arrêtées spontanément (fausses couches)

Enfants : _____ IVG : _____ Fausses couches : _____

11- Vous vivez : ☐ En couple ☐ Seule

12- Quelle est votre nationalité ? ..... _____

13- Quel est votre niveau d'études ?

☐ Sortie en premier cycle (entre la 6e et la 3e) ☐ Sortie en second cycle (entre la 2nde et la terminale)

☐ BEP ou CAP ☐ Baccalauréat ☐ Bac+1 – Bac+2 ☐ Bac+3 – Bac+4 ☐ Bac+5 ou plus

14- Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

☐ Emploi ☐ Chômage ☐ Etudes ☐ Autre : précisez _____

15- De quelle couverture maladie complémentaire bénéficiez vous ?

☐ Mutuelle privée ☐ AME (Aide Médicale d'Etat) ☐ Je n'ai pas de couverture complémentaire

☐ CMU complémentaire ☐ ACS (Aide Complémentaire Santé) ☐ Je ne sais pas

16- Voici différentes sources possible d'information sur la contraception, son utilisation et les règles à suivre en cas d'oubli. Veuillez noter pour chacune d'elles votre degré d'accord pour chacune des propositions :

		Pas de tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Votre médecin traitant	Mon information en provient				
	Je fais confiance en son information				
	J'attends plus d'information de sa part				
Votre gynécologue	Mon information en provient				
	Je fais confiance en son information				
	J'attends plus d'information de sa part				
Votre pharmacien	Mon information en provient				
	Je fais confiance en son information				
	J'attends plus d'information de sa part				
Médias/Téléphone/internet	Mon information en provient				
	Je fais confiance en son information				
	J'attends plus d'information de sa part				
Votre entourage	Mon information en provient				
	Je fais confiance en son information				
	J'attends plus d'information de sa part				
Centre de plannification/ Sage femme	Mon information en provient				
	Je fais confiance en son information				
	J'attends plus d'information de sa part				

17- Répondez par oui ou non à ces propositions :

	Oui	Non
Vous arrive-t'il de rencontrer un travailleur social (au sein d'organisme de services sociaux, de protection de l'enfance, …)		
Etes vous propriétaire de votre logement ?		
Y-a-t'il dans le mois, des périodes où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (EDF, loyer, alimentation, examens médicaux, …) :		
En cas de difficultés, je peux compter sur des personnes de mon entourage pour m'héberger quelques jours		
En cas de difficultés, je peux compter sur des personnes de mon entourage pour m'apporter une aide matérielle		

18- Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de :

	Oui	Non
Faire du sport		
Aller voir un spectacle		
Partir en voyage		

19- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous :

	Oui	Non
Eu des contacts avec des membres de votre famille, autres que parents et enfants		
Pris selon vous des risques pour votre santé (drogue, alcool, ...)		
Eu plus d'un partenaire sexuel		
Eté en conflit avec votre partenaire		
Subi des violences physiques ou psychiques		

20- Selon vous, en cas d'oubli de pilule, faut-il prendre la pilule oubliée dès que possible ? ☐ Oui ☐ Non

21- Au bout de quel délai (nombre d'heures) un retard dans la prise de pilule expose-t'il à un risque de grossesse ?
…..... ..... _____ heures

22- Si ce délai est dépassé, existe-t'il un risque de grossesse en cas de rapport sexuel non protégé les jours suivant le retard ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de jours nécessitent une protection supplémentaire (type préservatif) : …..... _____ jours.

23- Si ce délai est dépassé, existe-t'il un risque de grossesse en cas de rapport sexuel non protégé les jours avant l'oubli ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le risque de grossesse est présent sur les rapports ayant eu lieu dans les _____ jours précédant l'oubli (indiquer le nombre de jours selon vous).

Nous vous remercions pour votre participation. Nous vous invitons si vous le souhaitez à marquer en bas de cette feuille les raisons qui peuvent expliquer, selon vous, que le renouvellement de pilule chez le généraliste se fasse parfois sans rendez-vous demandé spécifiquement, et uniquement dédié à cela.

ANNEXE 4 – TABLEAUX DES RESULTATS

Tableau A1 – Age des participantes

	Mini	1er quartile	médiane	moyenne	3ème quartile	Maxi
Age	17	21	26	28,63	34	51

Tableau A2 – Profession du prescripteur

	Généraliste	Gynécologue	Sage-Femme	Planification	TOTAL
Nombre	83	82	10	2	177
(%)	*(46,9)*	*(46,3)*	*(5,6)*	*(1,1)*	(100)

Tableau A3 – Nombre d'enfants

Nb	
0	124 *(70,1%)*
1	34 *(19,2%)*
2	17 *(9,6%)*
3	2 *(1,1%)*

Tableau A4 – Situation maritale

	Nombre
Seule	66 *(37,3%)*
En couple	111 *(62,7%)*

Tableau A5 - Nationalité

	Nombre
Française	174 *(98,3%)*
Autre	3 *(1,7%)*

Tableau A6 – Niveau d'études des participantes

	1er cycle	2nd cycle	BEP/CAP	Bac	Bac+1/+2	Bac+3/+4	Bac+5 ou plus
Effectif	2	14	17	35	50	38	21
(%)	*(1,1)*	*(7,9)*	*(9,6)*	*(19,8)*	*(28,2)*	*(21,5)*	*(11,9)*

Tableau A7 – Situation professionnelle des participantes

	Emploi	Chômage	Etudes
Effectif	115	19	43
(%)	*(65)*	*(10,7)*	*(24,3)*

Tableau A8 – Couverture complémentaire des participantes

	Mutuelle	CMU-c	ACS	AME	Aucune/NSP
Effectif	145	19	7	0	6
(%)	*(81,9)*	*(10,7)*	*(4)*	*(0)*	*(3,4)*

Tableau A9 – Mode de prescription de la dernière ordonnance de pilule

	Consultation dédiée	Consultation pour autre problématique	Sans consultation
Effectif	97	62	18
(%)	*(54,8)*	*(35)*	*(10,2)*

Tableau A10 – Mode de prescription en fonction de la profession du prescripteur

	Cs dédiée	**Pas de Cs dédiée**		**TOTAL**	**p**
		Cs pour autre problématique	**Sans cs**		
Généraliste	**31 *(37,3%)***	**37 *(44,6%)***	**15 *(18,1%)***	**83 *(100%)***	**1,17e-5**
Gynécologue	**59 *(72%)***	**20 *(24,4%)***	**3 *(3,6%)***	**82 *(100%)***	**2,05e-5**
Sage-Femme planification	7 *(58,3%)*	5 *(41,7%)*	0 *(0%)*	12 *(100%)*	0,8
Ensemble	97 *(54,8%)*	62 *(35%)*	18 *(10,2%)*	177 *(100%)*	

Tableau A11a – Mode de prescription en fonction du sexe du prescripteur

	Cs dédiée	**Pas de Cs dédiée**	**TOTAL**	**p**
Homme	**21 *(35%)***	**39 *(65%)***	**60 *(100%)***	**0,00015**
Femme	**76 *(65%)***	**41 *(35%)***	**117 *(100%)***	
Ensemble	97 *(54,8%)*	80 *(45,2%)*	177 *(100%)*	

Tableau A11b – Mode de prescription en fonction du sexe du prescripteur – Prescription par généraliste

	Cs dédiée	**Pas de Cs dédiée**	**TOTAL**	**p**
Homme	**8 *(18,6%)***	**35 *(81,4%)***	**43 *(100%)***	**0,0003**
Femme	**23 *(57,5%)***	**17 *(42,5%)***	**40 *(100%)***	
Ensemble	31 *(37,3%)*	52 *(62,7%)*	83 *(100%)*	

Tableau A11c – Mode de prescription en fonction du sexe du prescripteur – Prescription par gynécologue

	Cs dédiée	**Pas de Cs dédiée**	**TOTAL**	**p**
Homme	13 *(76,5%)*	4 *(23,5%)*	17 *(100%)*	0,77
Femme	46 *(70,8%)*	19 *(29,2%)*	65 *(100%)*	
Ensemble	59 *(72%)*	23 *(28%)*	82 *(100%)*	

Tableau A12 – Mode de prescription selon l'âge du prescripteur

	Cs dédiée	**Pas de cs dédiée**	**TOTAL**	**p**
Moins de 40 ans	21 (*56,8%)*	16 *(43,2%)*	37 *(100%)*	0,79
41-50 ans	32 *(57,1%)*	24 *(42,9%)*	56 *(100%)*	0,67
51-60 ans	38 *(52,8%)*	34 *(47,2%)*	72 *(100%)*	0,65
Plus de 60 ans	6 *(50%)*	6 *(50%)*	12 *(100%)*	0,73
ENSEMBLE	97 *(54,8%)*	80 *(45,2%)*	177 *(100%)*	

Tableau A13 – Mode de prescription selon le caractère habituel ou non du prescripteur

		Cs dédiée		Pas de cs dédiée		p
Habituel		**87**	***(59,2%)***	**60**	***(40,8%)***	***0,0095***
Non habituel	**Collaborateur/associé**	**10**	***(33,3%)***	**20**	***(66,7%)***	
			2		4	
	Remplaçant		1		2	
	Urgence/hors résidence		4		6	
	Autre		3		8	
ENSEMBLE		97	*(54,8%)*	80	*(45,2%)*	

Tableau A14 – Suivi gynécologique effectué ou non par le prescripteur et mode de renouvellement

	Consultation dédiée		Pas de consultation dédiée		TOTAL		p
Effectue le suivi gynécologique régulier	**68**	***(73,9%)***	**24**	***(26,1%)***	**92**	***(100%)***	**1,06e-7**
N'effectue pas le suivi gynécologique régulier	**29**	***(34,1%)***	**56**	***(65,9%)***	**85**	***(100%)***	
Ensemble	97	*(54,8%)*	80	*(45,2%)*	177	*(100%)*	

Tableau A15 – Antécédents gynécologiques fonction du mode de prescription

		Cs dédiée		Pas de Cs dédiée		TOTAL		p
Nombre d'enfants	**0**	67	*(54%)*	57	*(46%)*	124	*(100%)*	0,75
	1	18	*(52,9%)*	16	*(47,1%)*	34	*(100%)*	0,8
	2	10	*(58,8%)*	7	*(41,2%)*	17	*(100%)*	0,73
	3	2	*(100%)*	0	*(0%)*	2	*(100%)*	0,5
Nombre d'IVG	**0**	89	*(60%)*	70	*(40%)*	159	*(100%)*	0,35
	1	7	*(43,7%)*	9	*(56,3%)*	16	*(100%)*	0,35
	2	1	*(50%)*	1	*(50%)*	2	*(100%)*	1
Nombre de fausse-couche	**0**	92	*(55,4%)*	74	*(44,6%)*	166	*(100%)*	0,55
	1	5	*(50%)*	5	*(50%)*	10	*(100%)*	0,76
	2	0	*(0%)*	1	*(100%)*	1	*(100%)*	0,45

Tableau A16 – Mode de prescription en fonction de la nationalité

	Cs dédiée		Pas de Cs dédiée		TOTAL		p
Française	96	*(55,2%)*	78	*(44,8%)*	174	*(100%)*	0,59
Autre nationalité	1	*(33 ,3%)*	2	*(66,7%)*	3	*(100%)*	

Tableau A17 – Mode de prescription en fonction du niveau d'études

	Cs dédiée		Pas de Cs dédiée		TOTAL		p
1er Cycle	0	*(0%)*	2	*(100%)*	2	*(100%)*	0,2
2nd Cycle	**1**	***(7,1%)***	**13**	***(92,9%)***	**14**	***(100%)***	**0,0003**
BEP/CAP	8	*(47,1%)*	9	*(52,9%)*	17	*(100%)*	0,5
Baccalauréat	24	*(68,6%)*	11	*(31,4%)*	35	*(100%)*	0,067
Bac+1/+2	31	*(62%)*	19	*(38%)*	50	*(100%)*	0,23
Bac+3/+4	21	*(55,3%)*	17	*(44,7%)*	38	*(100%)*	0,95
Bac+5 ou plus	12	*(57,1%)*	9	*(42,9%)*	21	*(100%)*	0,81

Tableau A18 – Mode de prescription en fonction du statut professionnel

	Cs dédiée		Pas de Cs dédiée		TOTAL		p
Emploi	**74**	***(64,3%)***	**41**	***(35,7%)***	**115**	***(100%)***	**0,0005**
Chômage	7	*(36,8%)*	12	*(63,2%)*	19	*(100%)*	0,096
Etudes	**16**	***(37,2%)***	**27**	***(62,8%)***	**43**	***(100%)***	**0,008**

Tableau A19 – Mode de prescription en fonction de l'assurance complémentaire

	Cs dédiée		Pas de Cs dédiée		TOTAL		p
Mutuelle privée	**90**	***(64,3%)***	**55**	***(35,7%)***	**145**	***(100%)***	**0,00004**
CMU-C	**6**	***(31,6%)***	**13**	***(68,4%)***	**19**	***(100%)***	**0,03**
ACS	**1**	***(14,3%)***	**6**	***(85,7%)***	**7**	***(100%)***	**0,047**
Aucune/autre	**0**	***(0%)***	**6**	***(100%)***	**6**	***(100%)***	**0,008**

Tableau A20a – Mode de prescription selon que ce soit une primoprescription ou un renouvellement, sur l'ensemble des participantes

	Consultation spécifique		Pas de consultation spécifique		TOTAL		p
Primoprescription	12	(60%)	8 (40%)		20	(100%)	0,79
Renouvellement	85	(54,1%)	72 (45,9%)		157	(100%)	
EFFECTIF	97	(54,8%)	80	(45,2%)	177	(100%)	

Tableau A20b – Mode de prescription selon que ce soit une primoprescription ou un renouvellement, sur les prescriptions établies en médecine générale

	Consultation spécifique	**Pas de consultation spécifique**	**TOTAL**	**p**
Primoprescription	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7 (100%)	0,09
Renouvellement	26 (34,2%)	50 (65,8%)	76 (100%)	
EFFECTIF	31 (37,3%)	52 (62,7%)	83 (100%)	

Tableau A21 – Mode de prescription en fonction de l'ancienneté d'utilisation

	Cs dédiée		**Pas de Cs dédiée**		**TOTAL**		**p**
< 1 an	6	*(37,5%)*	10	*(62,5%)*	16	*(100%)*	0,15
1-2 ans	13	*(46,4%)*	15	*(53,6%)*	28	*(100%)*	0,35
2-5 ans	38	*(58,5%)*	27	*(41,5%)*	65	*(100%)*	0,39
> 5 ans	30	*(58,8%)*	21	*(41,2%)*	51	*(100%)*	0,44

Tableau A22 – Durée de validité de l'ordonnance en mois, en fonction du mode de prescription

	Cs dédiée		**Pas de Cs dédiée**	
1 mois	0	*(0%)*	1	*(1,3%)*
3 mois	10	*(10,3%)*	18	*(22,5%)*
6 mois	16	*(16,5%)*	19	*(23,7%)*
9 mois	7	*(7,2%)*	3	*(3,8%)*
12 mois	64	(66%)	39	(48,7)
TOTAL	97	(100%)	80	(100%)

Tableau A23- Mode de prescription en fonction du nombre de consultation effectué auprès du prescripteur

	Cs dédiée		**Pas de Cs dédiée**		**TOTAL**		**p**
1 cs	12	*(60%)*	8	*(40%)*	20	*(100%)*	0,62
2-3 cs	25	*(62,5%)*	15	*(37,5%)*	40	*(100%)*	0,27
4-10 cs	28	*(62,2%)*	17	*(37,8%)*	45	*(100%)*	0,25
11-20 cs	13	*(50%)*	13	*(50%)*	26	*(100%)*	0,59
Plus de 20 cs	**19**	***(41,3%)***	**27**	***(58,7%)***	**46**	***(100%)***	**0,03**

Tableau A24- Mode de prescription en fonction de l'ancienneté du suivi par le prescripteur

	Cs dédiée		Pas de Cs dédiée		TOTAL		p
< 1 an	16	*(44,4%)*	20	*(55,6%)*	36	*(100%)*	0,16
2-3 ans	**33**	***(70,2%)***	**14**	***(29,8%)***	**47**	***(100%)***	**0,013**
4-10 ans	27	*(58,7%)*	16	*(41,3%)*	46	*(100%)*	0,23
11-20 ans	17	(44,7*%)*	21	*(55,3%)*	38	*(100%)*	0,16
Plus de 20 ans	4	(30,8*%)*	9	*(69,2%)*	13	*(100%)*	0,086

Tableau A25- Mode de prescription en fonction du tutoiement/vouvoiement utilisé

	Cs dédiée		Pas de Cs dédiée		TOTAL		p
Patiente tutoie Prescripteur	9	*(37,5%)*	15	*(62,5%)*	24	*(100%)*	0,07
Patiente vouvoie Prescripteur	88	*(57,6%)*	65	*(42,4%)*	153	*(100%)*	
Prescripteur tutoie Patiente	**23**	***(41,1%)***	**33**	***(58,9%)***	**56**	***(100%)***	**0,013**
Prescripteur vouvoie Patiente	**74**	**(61,2*%)***	**47**	***(38,8%)***	**121**	***(100%)***	

Tableau A26 – Contenu de la consultation en fonction du mode de prescription. Nombre de fois où l'élément a été effectué en consultation, et entre parenthèse pourcentage de fois où l'élément a été abordé sur l'ensemble des consultations concernées. Est exclu le sous-groupe « sans consultation ».

	Consultation dédiée				Consultation pour autre problématique			
	MG (31 cs)	**Gynéco (58 cs)**	**SF/planif (7 cs)**	**Total (96 cs)**	**MG (36 cs)**	**Gynéco (20 cs)**	**SF/planif (5 cs)**	**Total (61 cs)**
S	23 (74,2%)	39 (67,2%)	7 (100%)	69 (71,9%)	16 (44,4%)	15 (75%)	5 (100%)	36 (59%)
O	13 (41,9%)	25 (43,1%)	7 (100%)	45 (46,9%)	7 (19,4%)	12 (60%)	4 (80%)	23 (37,7%)
C	15 (48,4%)	20 (34,5%)	5 (71,4%)	40 (41,7%)	5 (13,9%)	6 (30%)	5 (100%)	16 (26,2%)
R	19 (61,3%)	22 (37,9%)	5 (71,4%)	46 (47,9%)	6 (16,7%)	8 (40%)	3 (60%)	17 (27,9%)

S : Interrogatoire sur satisfaction et tolérance
O : Interrogatoire sur oublis/rejets des mois précédents
C : Interrogatoire sur les connaissances des règles à appliquer en cas d'oubli/rejet
R : Rappel des conduites à tenir en cas d'oubli/rejet
MG : médecin généraliste
SF/planif : sage femme ou centre de planification

Tableau A27 – Connaissances des conduites à tenir en fonction du mode de prescription

	Consultation dédiée (97 cs)	**Pas de consultation dédiée (80 cs)**	**p**
Connaissance juste sur le délai d'efficacité de la pilule	**72 (74,2%)**	**31 (38,7%)**	**1,9e-6**
Connaissance juste sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, après oubli	**58 (59,8%)**	**23 (28,7%)**	**3,7e-5**
Connaissance juste sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, avant oubli	**30 (30,9%)**	**6 (7,5%)**	**1,2e-4**

Tableau A28 – Connaissances des conduites à tenir en fonction du contenu de consultation

	Rappel des règles à tenir en cas d'oubli (63 cs)	**Pas de rappel des règles en cas d'oubli (95 cs)**	**p**
Connaissance juste sur le délai d'efficacité de la pilule	**49 (77,8%)**	**50 (52,6%)**	**0,0014**
Connaissance juste sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, après oubli	35 (55,6%)	42 (44,2%)	0,16
Connaissance juste sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, avant oubli	**22 (34,9%)**	**13 (13,7%)**	**0,0016**

Tableau A29a – Pourcentage de bonnes réponses sur le test de connaissances en fonction de l'ancienneté de la consultation

	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
D	63,5 (40/63)	50 (3/6)	68,7 (11/16)	60 (9/15)	66,7 (6/9)	50 (3/6)	77,8 (7/9)	85,7 (6/7)	62,5 (5/8)	40 (2/5)	42,9 (3/7)	66,7 (2/3)	60 (3/5)
P	46 (29/63)	50 (3/6)	62,5 (10/16)	26,7 (4/15)	66,7 (6/9)	66,7 (4/6)	44,4 (4/9)	71,4 (5/7)	62,5 (5/8)	60 (3/5)	28,6 (2/7)	33,3 (1/3)	20 (1/5)
A	38,1 (24/63)	16,7 (1/6)	6,2 (1/16)	13,3 (2/15)	11,1 (1/9)	33,3 (2/6)	11,1 (1/9)	0 (0/7)	0 (0/8)	20 (1/5)	14,3 (1/7)	33,3 (1/3)	0 (0/5)

D = Connaissance juste sur le délai d'efficacité de la pilule
P = Connaissance juste sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, après oubli
A = Connaissance juste sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, avant oubli

Tableau A29b – Pourcentage de bonnes réponses sur le test de connaissances en fonction de l'ancienneté de la consultation, en cas de consultation dédiée

	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
D	82,3 (28/34)	66,6 (2/3)	100 (10/11)	83,3 (5/11)	80 (4/5)	50 (1/2)	83,3 (5/6)	100 (4/4)	66,7 (4/6)	66,7 (2/3)	60 (3/5)	66,7 (2/3)	50 (2/4)
P	70,6 (24/34)	66,6 (2/3)	72,7 (8/11)	27,2 (3/11)	60 (3/5)	50 (1/2)	66,7 (4/6)	75 (3/4)	50 (3/6)	100 (3/3)	40 (2/5)	33,3 (1/3)	25 (1/4)
A	64,7 (22/34)	33,3 (1/3)	9,1 (1/11)	18,2 (2/11)	20 (1/5)	0 (0/2)	0 (0/6	0 (0/4	0 (0/6)	33,3 (1/3)	20 (1/5)	33,3 (1/3)	0 (0/4)

D = Connaissance juste sur le délai d'efficacité de la pilule
P = Connaissance juste sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, après oubli
A = Connaissance juste sur le délai en nombre de jours à risque si perte d'efficacité de la pilule, avant oubli