

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement  
le 8 novembre 2018 à Poitiers  
par Mme Ludivine MAGNAT

**Élaboration d'un outil à l'usage des étudiants de médecine générale pour mener une consultation de contraception.**

### Composition du Jury

**Président** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

**Membres** : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT  
Monsieur le Docteur Vincent JEDAT

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (retraite 09/2019)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCCO Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (retraite 09/2019)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Amaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (retraite 09/2019)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (en mission 1 an)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (en mission 1 an)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (pas avant janvier 2019)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

#### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

#### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

#### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

#### **Professeures émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

#### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECCQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## REMERCIEMENTS

### Au Président du jury

#### **A Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA**

*Professeur des Universités (Médecine Générale)*

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

### Aux membres du jury :

#### **A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT**

*Maitre de conférences associé de Médecine Générale*

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger mon travail et d'avoir participé au groupe d'expert. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

#### **A Monsieur le Docteur Vincent JEDAT**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

#### **A Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET**

*Maitre de conférences associé de Médecine Générale*

Merci de votre soutien et de votre disponibilité lors de l'élaboration de ce travail de thèse. Soyez assurée de mon grand respect et de ma profonde gratitude.

#### **A mes parents, Elisabeth et Frédéric**

Je ne vous remercierais jamais assez pour votre soutien inconditionnel, votre amour, votre aide inestimable, votre disponibilité permanente. Merci d'avoir fait celle que je suis aujourd'hui.

#### **A ma sœur Hélène,**

Vingt-huit ans que tu es entrée dans ma vie. Merci de ta présence bienveillante dans les joies comme dans les épreuves. Tu as toujours su être là pour moi. Ma vie serait bien triste sans une sœur comme toi.

#### **A Paul,**

Merci pour ta présence à mes côtés chaque jour, pour ton soutien, pour ton amour, pour ton optimisme et pour la vie que nous construisons ensemble et qui j'espère se poursuivra sous les érables

#### **A Thomas,**

Quinze ans d'amitié infaillible. Malgré la distance et nos appels téléphoniques trop espacés, tu as toujours su être là pour moi.

#### **A Vanessa,**

Merci d'avoir été présente toutes ces années, d'avoir toujours su trouver les mots. Que c'est précieux d'avoir une amie qui nous comprenne parfaitement.

#### **A Julie et à Anne-Blandine,**

De co-internes vous êtes devenues des amies. Merci pour votre amitié, votre soutien, vos conseils pour ma thèse et pour nos débriefings de remplaçantes.

**A Louna,**

Huit ans que tu partages ma vie. Tu as été la compagne silencieuse, affectueuse mais turbulente de mes études de médecine. Et à Aria aussi.

**A Maryse,**

Merci de votre gentillesse et de m'avoir accueillie à bras ouvert dans votre famille.

**A Benjamin,**

Merci de rendre ma sœur heureuse et d'avoir fabriqué avec elle un petit neveu ou une petite nièce à aimer.

**A ma famille,** en particulier à **Olivier et Fanny** qui me font l'honneur d'être présents.

Même si on ne se voit pas souvent, les bons moments partagés ensemble sont toujours présents.

**A Mémé, Pépé et Papi,** partis trop tôt, j'espère que vous êtes fiers de votre petite fille.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
HAS :	Haute Autorité de Santé
ECOGEN :	Elément de la Consultation en médecine GENérale
EMG :	Etudiant en Médecine Générale
DIU :	Dispositif intra-utérin
DES :	Diplôme d'Etude Spécialisé
DMG :	Département de Médecine Générale
MSU :	Maitre de Stage Universitaire
PMI :	Protection maternelle et infantile
CPFE :	Centre de Planification et d'Education Familiale
DIU :	Diplôme Inter-Universitaire
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales

## **TABLE DES ANNEXES**

- Annexe 1 : Modèle BERGER
- Annexe 2 : Schéma simplifié du Guide de Calgary-Cambridge
- Annexe 3 : Présentation de l'Etude
- Annexe 4 : Présentation de la méthode DELPHI
- Annexe 5 : Formulaire de consentement à l'intention des experts
- Annexe 6 : Tableau des conditions d'obtention d'un accord entre experts et jugement retenu, selon la valeur de la médiane et la répartition des cotations
- Annexe 7 : Grille définitive
- Annexe 8 : Résultats des trois tours DELPHI (sur CD-ROM)

# Table des matières

<b>1. RÉSUMÉ</b> .....	<b>9</b>
<b>2. ABSTRACT</b> .....	<b>10</b>
<b>3. INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1 Contraception</b> .....	<b>11</b>
3.1.1 Généralités.....	11
3.1.2 La consultation de contraception et le modèle BERCER.....	12
3.1.3 Le médecin généraliste et la contraception.....	12
<b>3.2 Communication</b> .....	<b>13</b>
3.2.1 Généralités <sup>(19)(20)</sup> .....	13
3.2.2 Le guide de Calgary-Cambridge <sup>(19)(21)</sup> .....	13
3.2.2.1 Généralités <sup>(19)(21)</sup> .....	13
3.2.2.2 Présentation <sup>(19)</sup> .....	13
3.2.2.3 Guide de Calgary-Cambridge et formation initiale <sup>(19)(21)</sup> .....	14
<b>3.3 Objectif de notre travail</b> .....	<b>14</b>
<b>4. MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 La méthode DELPHI</b> .....	<b>15</b>
4.1.1 Caractéristiques.....	15
4.1.1.1 Anonymat des experts.....	15
4.1.1.2 Suivi contrôlé.....	15
4.1.1.3 Processus itératif.....	15
<b>4.2 Elaboration de la grille</b> .....	<b>16</b>
<b>4.3 Recrutement des experts</b> .....	<b>16</b>
4.3.1 Déroulement.....	16
4.3.1.1 Obtention des adresses électroniques.....	16
4.3.1.2 Contact par courriel.....	16
4.3.1.3 Procédure d'inclusion.....	17
<b>4.4 Déroulement des tours DELPHI</b> .....	<b>17</b>
4.4.1 Recueil des données.....	17
4.4.2 Analyse des données.....	18
4.4.2.1 Analyse des données quantitatives.....	18
4.4.2.2 Analyse des données qualitatives.....	19
<b>5. RESULTAT</b> .....	<b>20</b>
<b>5.1 Les tours DELPHI</b> .....	<b>20</b>
5.1.1 Premier tour DELPHI.....	20
5.1.2 Deuxième tour DELPHI.....	20
5.1.3 Troisième tour DELPHI.....	20
5.1.4 La grille finale.....	20
<b>5.2 Caractéristique du groupe d'expert</b> .....	<b>20</b>
5.2.1 Sexe,âge et profession.....	20
5.2.2 Mode d'exercice.....	20

5.2.3	Durée d'exercice.....	21
5.2.4	Formation complémentaire.....	21
5.2.5	Pratique de la gynécologie.....	21
5.2.6	Pédagogie .....	21
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>22</b>
<b>6.1</b>	<b>Discussion du résultat principal .....</b>	<b>22</b>
6.1.1	Items éliminés apparaissant dans le modèle BERCER .....	22
6.1.1.1	<i>Les items « Son niveau de ressources et sa couverture sociale ».....</i>	<i>22</i>
6.1.1.2	<i>L'item « Son niveau socioculturel (loisir, mode de vie) » .....</i>	<i>22</i>
6.1.1.3	<i>L'item « Demande à la patiente si son partenaire s'est exprimé sur le type de contraception souhaité » .....</i>	<i>23</i>
6.1.1.4	<i>L'item « Fait manipuler la méthode à la patiente s'il s'agit de la pilule, d'un patch ou d'un anneau » .....</i>	<i>24</i>
6.1.1.5	<i>L'item « Ses projets et désir de grossesse ».....</i>	<i>25</i>
6.1.2	Les items en lien avec le dépistage d'antécédents de violences sexuelles .....	26
<b>6.2</b>	<b>Force et Limites .....</b>	<b>26</b>
6.2.1	Limites.....	26
6.2.1.1	<i>Le nombre peu élevé de sages-femmes .....</i>	<i>26</i>
6.2.1.2	<i>La pratique de la gynécologie .....</i>	<i>26</i>
6.2.1.3	<i>La longueur du questionnaire et la répétition de certains items .....</i>	<i>27</i>
6.2.1.4	<i>Une réponse automatique aux items :.....</i>	<i>27</i>
6.2.1.5	<i>Une mauvaise compréhension de la consigne initiale.....</i>	<i>28</i>
6.2.1.6	<i>La difficulté d'aborder certaines questions .....</i>	<i>28</i>
6.2.1.7	<i>Le manque de synthèse du résultat final.....</i>	<i>28</i>
6.2.2	Forces .....	29
6.2.2.1	<i>Le groupe d'experts .....</i>	<i>29</i>
6.2.2.2	<i>Validité de la grille .....</i>	<i>29</i>
6.2.2.3	<i>Force de la méthode DELPHI pour notre étude.....</i>	<i>29</i>
6.2.2.4	<i>L'originalité du travail .....</i>	<i>29</i>
<b>6.3</b>	<b>Perspective d'avenir .....</b>	<b>30</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>31</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>32</b>
<b>7.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>37</b>
<b>7.1</b>	<b>ANNEXE 1 : Modèle BERCER.....</b>	<b>37</b>
<b>7.2</b>	<b>ANNEXE 2 : Schéma simplifié du guide de Calgary-Cambridge.....</b>	<b>38</b>
<b>7.3</b>	<b>ANNEXE 3 : Présentation de l'étude.....</b>	<b>39</b>
<b>7.4</b>	<b>ANNEXE 4 : Présentation de la méthode DELPHI .....</b>	<b>41</b>
<b>7.5</b>	<b>ANNEXE 5 : Formulaire de consentement à l'intention des experts .....</b>	<b>44</b>
<b>7.6</b>	<b>ANNEXE 6 : Tableau des conditions d'obtention d'un accord entre experts et jugement retenu, selon la valeur de la médiane et la répartition des cotations prises en compte .....</b>	<b>46</b>
<b>7.7</b>	<b>ANNEXE 7 : Grille définitive .....</b>	<b>47</b>
<b>7.8</b>	<b>ANNEXE 8 : Résultats des trois tours DELPHI (sur CD-ROM).....</b>	<b>55</b>
<b>8.</b>	<b>SERMENT .....</b>	<b>56</b>

# 1. RÉSUMÉ

## Introduction

Les médecins généralistes sont confrontés régulièrement à des consultations de contraception.

Le modèle BERCER propose un déroulement de cette consultation en intégrant ses composantes bio psycho sociales.

Le guide Calgary Cambridge est une référence pour enseigner les habiletés communicationnelles de l'entrevue médicale.

Les EMG déclarent avoir une formation théorique et pratique insuffisante en santé de la femme. Avec la réforme du DES de MG, les stages ambulatoires femme/enfant se développent dans les DMG, l'élaboration d'outils pédagogiques spécifiques devient nécessaire.

Notre travail a consisté à construire une grille décrivant les différentes étapes d'une première consultation de contraception en s'inspirant du guide Calgary Cambridge avec les spécificités du modèle BERCER

## Méthode

La méthode DELPHI a été utilisée. 17 experts ont été recrutés.

Une grille des différentes tâches à accomplir lors de cette consultation a été construite à partir du modèle BERCER, des items spécifiques à l'adolescente ont été intégrés.

Trois tours anonymes, itératifs et contrôlés ont été nécessaires pour aboutir à un consensus.

## Résultats

Sur 155 items soumis initialement, 117 ont été inclus dans la grille définitive. Certains items de la méthode BERCER ainsi que le test de dépistage des antécédents de violences sexuelles destinée aux adolescentes n'ont pas été retenus.

## Discussion

Les items du modèle BERCER n'ayant pas fait consensus étaient :

- les caractéristiques socio-économiques et culturelles de la patiente,
- l'implication du partenaire dans le choix de la contraception,
- la manipulation des différentes méthodes au cours de la consultation,
- et les projets de grossesse.

Certains items spécifiques à l'adolescente ont été supprimés car ressentis difficiles à aborder au premier rendez-vous. Le côté chronophage et la surcharge de cette première consultation de contraception ont été avancés.

Le taux de participation qui s'est maintenu au cours des trois tours et la variété du groupe d'experts font la force de notre étude.

## Conclusion

Notre travail a permis l'élaboration d'une grille complète pour guider les EMG lors d'une consultation de contraception. L'ordre et l'intégralité de la grille seront à adapter selon le contexte de la consultation

La grille a vocation finale à être utilisée par les EMG en auto-évaluation et par leur MSU en hétéro-évaluation.

Elle est actuellement testée en stage.

## Mots clés

Contraception, communication, enseignement, EMG, modèle BERCER

## **2. ABSTRACT**

### **Introduction**

The general practitioner is often facing contraception consultation. The GATHER model can offer a full bio psycho social protocol for those consultations. The Calgary-Cambridge guide to the medical interview remains a reference in the communication process. However, many EMG state that their formation in women's health are insufficient. With the DES reform for general practitioner, the ambulatory internship women/children are increasing in the DMG and therefore, the creation of specific educational tools are a necessity. Our work here is to build a grid describing all the steps of a first contraception consultation guided by the Calgary-Cambridge guide with the specificity of the GATHER model.

### **Methodology**

The GATHER method has been used and 17 experts have been recruited. A grid of the different tasks to accomplish during consultation has been built from the GATHER model, taking special care for teenage girl. Three anonymous, iterative and controlled rounds were necessary to obtain a consensus.

### **Results**

On 155 items initially submitted, 117 have been included in the final grid. Some items of the GATHER model and the screening test in history of sexual violence destined for teenage girl have not been selected.

### **Discussion**

The GATHER model items that did not reach consensus were:

- the cultural and socio-economic characteristics of the patient,
- the partner implication in the contraception choice,
- the manipulation of different methods during consultation and
- finally the pregnancy project.

Some specific items for teenage girl have been removed because it seems to hard for a first consultation. The time consuming and overwhelming aspects of that first consultation has been noted. The participation rate which remained constant during the three round and the variety of the expert group are the strength of our study.

### **Conclusion**

Our study has permitted the creation of a complete grid to guide the EMG during a contraception consultation. Order and completeness of the grid will be adapted depending on the context of the consultation. At the end, the grid must be used in self evaluation by the EMG and their MSU. She is currently tested in internship.

### **Key words**

Contraception, communication, teaching, EMG, GATHER model.

### **3. INTRODUCTION**

#### **3.1 Contraception**

##### **3.1.1 Généralités**

En France, en 2016 le recours à la contraception est élevé (71,9% des femmes). Bien que la crise de la pilule survenue en 2013 ait modifié les pratiques contraceptives, ces dernières restent principalement médicalisées<sup>(1)(2)</sup>.

Cependant bien qu'on observe une légère tendance à la baisse des IVG depuis 2014, ces dernières restent encore relativement fréquentes (211 900 IVG pratiquées en France en 2016<sup>(3)</sup> contre 218 100 IVG en 2015<sup>(4)</sup>, soit un taux de recours de 13,9 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2016 contre un taux de recours de 14,4 IVG en 2015). Deux tiers des IVG résultent d'un échec de contraception<sup>(5)</sup>.

Plusieurs études, notamment l'étude COCON réalisée entre 2000 et 2004<sup>(4)(6)(7)</sup> ont analysé les raisons de l'échec contraceptif. Deux causes principales se dégagent, une mauvaise utilisation de la méthode contraceptive et une contraception inadaptée à la femme.

Dans cette étude, certaines femmes en situation d'échec contraceptif avançaient comme raison « *qu'elle n'avait pas accepté le choix de la méthode contraceptive qu'elles utilisaient* <sup>(7)</sup>. »

Depuis les années 2000, la contraception est devenue un enjeu de santé publique.

Plusieurs campagnes nationales ont ainsi vu le jour. Elles ont permis d'informer le grand public en leur rappelant la diversité des méthodes contraceptives disponibles et, l'importance de choisir une méthode adaptée à leur mode de vie.

Récemment depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, une nouvelle nomenclature CCP (Consultation de Contraception et de Prévention) est en vigueur pour une première consultation sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes filles de 15 à 18 ans. D'un montant de 46 euros, elle est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Elle est anonymisable si besoin. Cette décision montre bien que ce type de consultation est importante et qu'elle nécessite de prendre le temps nécessaire. Il est à signaler tout de même qu'elle ne s'adresse qu'à une seule tranche d'âge de 15 à 18 ans<sup>(8)</sup>.

En 2004, des recommandations pour la pratique clinique «*Stratégies de choix des méthodes contraceptives pour la femme*» de l'ANAES<sup>(9)</sup> ont été publiées. Elles préconisent d'impliquer la femme et le couple dans le choix d'une méthode contraceptive. Elles se résument en 15 points clés dont voici les principaux :

- La première consultation au cours de laquelle la contraception est abordée devrait autant que possible être une consultation spécifiquement dédiée à cette question.
- La littérature souligne l'importance pour chaque professionnel de santé :
  - D'adapter la prescription à chaque consultante ;
  - D'étendre le champ de son entretien au-delà de seuls critères médicaux en prenant en compte les déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ;
    - D'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ;
    - D'accompagner la consultante ou le couple à réfléchir et à choisir la forme de contraception la plus adaptée à sa situation personnelle.

Pour mener la consultation, le modèle BERCER de l'OMS est préconisé car il prend en

compte ces différentes dimensions<sup>(9)</sup>.

### 3.1.2 La consultation de contraception et le modèle BER CER

Selon la littérature, le choix de la contraception par les patientes et/ou le couple est associé à une plus grande satisfaction de ces derniers et à une optimisation de l'utilisation de la méthode choisie<sup>(10)</sup>.

L'HAS a retenu deux types d'approche pour favoriser le choix en matière de contraception : le counseling et la démarche éducative.

Ces deux approches ont fait la preuve de leur efficacité. En effet, elles sont associées à une meilleure connaissance de la méthode utilisée (niveau de preuve 1), à une meilleure observance des méthodes contraceptives (niveau de preuve 1) et à une durée d'utilisation plus longue de la méthode choisie<sup>(10)</sup>.

Le modèle BER CER est la traduction française du modèle GATHER de l'OMS<sup>(11)</sup> (Greet, Ask, Tell, Help, Explain, Return) qui est un guide de counseling mis au point à la fin des années 90. Il a été élaboré pour les professionnels de santé afin de leur permettre d'aider les patients à prendre des décisions sur leur contraception. Il propose un déroulement de la consultation de contraception et de son suivi en 6 étapes dont l'acronyme signifie (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour) Selon la patiente et ses besoins, chaque étape peut être plus ou moins approfondie<sup>(12)</sup>.

Le counseling est une démarche de conseil et d'accompagnement qui favorise l'expression des choix de la femme. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la personne, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et d'autre part il engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies<sup>(12)</sup>.

Ce counseling associe une démarche éducative par l'élaboration d'un diagnostic éducatif dans sa partie Entretien (« ce qu'elle a », « ce qu'elle fait », « ce qu'elle sait », « ce qu'elle croit » « ce qu'elle ressent », « ce dont elle a envie ») (Annexe 1)

### 3.1.3 Le médecin généraliste et la contraception

D'après l'observatoire de la médecine générale, la contraception est le 25<sup>ème</sup> résultat de consultation sur les 50 résultats de consultation les plus fréquents soit 1,88% des consultations en 2009<sup>(13)</sup>.

En 2009, plus de la moitié des contraceptifs remboursés par la sécurité sociale ont été prescrits par les médecins généralistes<sup>(14)</sup>.

Plus récemment, selon l'étude ECOGEN, 1,2% (252) de l'ensemble des consultations ont concerné la contraception et 20,2% (51) de ces mêmes consultations avaient la contraception comme seul motif de consultation<sup>(15)</sup>.

Les médecins généralistes sont donc des interlocuteurs privilégiés pour les femmes en matière de contraception et du fait de l'évolution de la démographie médicale, le seront de plus en plus<sup>(16)</sup>.

Cependant, la formation initiale dans le domaine de la gynécologie est jugée insuffisante par les EMG. En effet, il y a un manque de terrains de stage, et un défaut de connaissances théoriques et pratiques notamment pour les poses et retraits des DIU et des implants

contraceptifs. D'autre part, 90% des internes ne connaissent pas l'acronyme BERCER bien que la majorité d'entre eux aient déjà été amenés à prescrire une méthode contraceptive. Il existe également une méconnaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et de la technique du Quick Start<sup>(17)(18)</sup>.

## **3.2 Communication**

### **3.2.1 Généralités** <sup>(19)(20)</sup>

La communication professionnelle est une forme de communication interpersonnelle. Les auteurs canadiens RICHARD et LUSSIER ont décrit deux grandes fonctions de la communication qui sont l'échange d'information et l'établissement d'une relation. La communication est une compétence clinique de base essentielle du médecin. Plusieurs études ont établi qu'elle a une influence positive sur la santé des patients et sur leur taux de satisfaction.

Enfin, elle peut avoir également une incidence favorable sur la satisfaction du médecin. Notamment, elle peut accroître leur efficacité et ainsi leur faire gagner du temps.

### **3.2.2 Le guide de Calgary-Cambridge** <sup>(19)(21)</sup>

L'entrevue médicale est le principal outil de travail des professionnels de santé. Plusieurs chercheurs ont proposé divers modèles fonctionnels de l'entrevue médicale dont le guide de Calgary-Cambridge. (Annexe 2)

#### ***3.2.2.1 Généralités*** <sup>(19)(21)</sup>

Le guide a été élaboré par Kurtz et ses collaborateurs (2003) en se basant sur les données issues des recherches en communication et en pédagogie et en s'inspirant du modèle à trois fonctions de l'entrevue médicale qui sont selon Bird, Cohen-Cole puis Lazzare ; la collecte des données, le développement de la relation médecin-patient et l'information et l'éducation du patient.

Il propose un cadre élargi de l'entrevue médicale qui intègre les éléments classiques de l'entrevue médicale et les habilités communicationnelles.

Il intègre l'ensemble des éléments d'une approche biopsychosociale de l'entrevue médicale.

#### ***3.2.2.2 Présentation*** <sup>(19)</sup>

C'est un document exhaustif qui intègre 71 habilités communicationnelles observables qui sont utiles lors des entretiens médicaux. Ces habilités ne sont pas à appliquer systématiquement à chaque entrevue mais peuvent servir de repères aux médecins lors des consultations.

L'axe séquentiel au centre est organisé en 7 tâches (6 tâches communicationnelles et l'examen physique) qui reprennent les éléments classiques du contenu de l'entrevue médicale et qui sont indispensables à toute consultation.

De part et d'autre se trouvent les deux tâches transversales qui sont « structurer l'entrevue » et « construire la relation ».

Le guide a été traduit en français par RICHARD et LUSSIER.

Chaque tâche (numérotée en chiffres romains) est partagée en plusieurs objectifs (précédé d'une lettre majuscule) qui explique les tâches que le médecin doit effectuer. Chaque objectif

est lui-même divisé en plusieurs habilités communicationnelles (numéroté en chiffre arabes).

### 3.2.2.3 *Guide de Calgary-Cambridge et formation initiale*<sup>(19)(21)</sup>

Le guide de Calgary-Cambridge est utilisé comme un modèle de référence pour l'enseignement et la pratique de l'entrevue médicale. Il représente une base solide pour l'apprentissage des habilités communicationnelles.

Les habilités communicationnelles qui le composent ont toutes été reconnues comme étant associées à de meilleures résultats de soin.

Le guide de Calgary- Cambridge est utilisé dans les DMG au cours de l'enseignement de la communication médecin patient, il propose une structuration de l'entrevue médicale. Il peut également être utilisé en supervision directe pour évaluer les EMG en stage.

### **3.3 Objectif de notre travail**

Mener une consultation de contraception en ayant une communication de qualité fait partie des compétences attendues pour les EMG. En effet, la communication est au centre de la marguerite des compétences de la Médecine Générale<sup>(22)</sup>. La grille Calgary Cambridge est un outil permettant l'enseignement des habilités communicationnelles. Le référentiel métier de la Médecine Générale est regroupé en 11 familles de situations<sup>(23)</sup> que les EMG doivent savoir gérer afin d'être jugés compétents en fin de DES de Médecine Générale. La 5<sup>ème</sup> famille est intitulée «*Situation autour de la sexualité et de la génitalité* » et comporte le sous chapitre suivant «*Situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence ; en abordant la sexualité en fonction du contexte*<sup>(24)</sup>. »

La maquette du DES de Médecine Générale a mis en place depuis la réforme un stage santé de la femme<sup>(25)</sup> et des stages ambulatoires femme-enfant se développent dans les DMG<sup>(26)</sup>.

Il devient nécessaire de développer des outils pratiques à mettre à disposition des MSU et des EMG.

Il n'existe pas à ce jour d'outil pour les EMG qui reprenne les habiletés communicationnelles nécessaires pour mener une consultation de contraception selon le modèle BERCER.

L'objectif de notre travail est de construire cet outil en s'inspirant du guide Calgary Cambridge tout en y intégrant les spécificités du modèle BERCER.

## **4. MATERIEL ET METHODE**

### **4.1 La méthode DELPHI**

La méthode DELPHI appartient à la famille des méthodes de consensus. Elle permet de produire des estimations quantitatives à partir d'une approche qualitative<sup>(27)</sup>. Elle a pour but de regrouper l'avis d'un panel d'experts sur un sujet précis.

Elle consiste en l'administration successive de questionnaires structurés qui sont modifiés à chaque tour et conditionnés par les résultats et les commentaires des experts des tours précédents<sup>(28)</sup> afin d'aboutir à un avis final, unique et convergent du groupe<sup>(29)</sup>.

C'est une procédure anonyme, contrôlée et itérative.

#### **4.1.1 Caractéristiques**

##### *4.1.1.1 Anonymat des experts*

L'identité des experts est connue uniquement du groupe du pilotage. Les réponses sont anonymes pour le reste du groupe.

En effet, les experts ne sont jamais réunis physiquement et il y a une absence de communication entre eux. Cela leur permet de s'exprimer librement et d'éviter toute influence basée sur la personnalité ou le statut des participants<sup>(30)</sup> et d'éviter également le leader d'opinion et les conflits d'intérêt<sup>(27)</sup>.

Le questionnaire est envoyé de façon individuelle afin d'éviter les phénomènes d'influence liés au groupe<sup>(31)</sup>.

##### *4.1.1.2 Suivi contrôlé*

A chaque tour, les experts reçoivent les résultats du groupe sous la forme de données quantitatives (médiane et distribution des réponses) et qualitatives (commentaires ou justificatifs formulés par les experts de façon anonyme) mais aussi un rappel de leurs propres réponses pour les propositions dont le consensus n'a pas été obtenu afin de permettre une réévaluation de leur degré d'accord lors du questionnaire suivant.

##### *4.1.1.3 Processus itératif*

L'objectif est de réduire progressivement le nombre d'items présentés en ne retenant que ceux faisant consensus<sup>(32)</sup>.

A la fin de chaque tour, le comité de pilotage analyse et synthétise les réponses individuelles en sélectionnant ou en supprimant les items du questionnaire selon la règle de cotation<sup>(33)</sup>.

Ces résultats sont inclus dans une nouvelle version de la grille qui est de nouveau soumise selon la règle de cotation<sup>(27)</sup>.

A chaque tour, le questionnaire est donc modifié en fonction des réponses des experts afin d'aboutir à un consensus sur le sujet.

Afin de limiter l'épuisement des participants, le nombre de tours d'enquêtes est généralement limité à 3<sup>(32)</sup>.

La procédure DELPHI est interrompue lorsqu'une convergence d'opinion est atteinte (consensus), en cas de stabilité des réponses entre deux tours ou en cas de diminution du nombre de tours<sup>(27)</sup>.

## **4.2 Elaboration de la grille**

Pour la structure de la grille nous avons suivi celle du guide de Calgary Cambridge en remplaçant l'intitulé des sept tâches séquentielles par les six étapes de la méthode BERCER : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour.

Comme dans le guide de Calgary Cambridge, une étape Examen physique a été insérée entre l'Entretien et les Renseignement. Bien que non présente dans la méthode BERCER, cela nous semblait nécessaire car l'examen physique, en dehors du cas particulier de l'adolescente où il peut être reporté fait partie de la consultation lors d'une prescription de contraception. Chacune des sept étapes a été numérotée en chiffre romain.

Ces dernières ont été divisées en tâches précédées par une lettre. Ces tâches proviennent soit du guide de Calgary Cambridge, soit des « idées clés » de la méthode BERCER. A la fin de la grille, une partie Communication a été ajoutée qui reprenait les habilités transversales du guide de Calgary-Cambridge.

Dans chaque partie des items spécifiques aux adolescentes ont été proposés. En effet, bien que la méthode BERCER ne distingue pas les femmes adultes des adolescentes, cela nous paraissait pertinent d'y insérer des items spécifiques pour les adolescentes. Nous avons également ajouté des items en lien avec la prévention ainsi que le test « SSToP-Violences » qui permet le dépistage des antécédents de violences sexuelles<sup>(34)</sup>.

Des références bibliographiques ont été ajoutées pour proposer un contenu théorique aux EMG ainsi que des références validées utilisables par les patientes.

Après de multiples corrections, la grille a été finalisée en septembre 2017. Elle a été testée par deux médecins remplaçants en médecine générale. Celle-ci fut plutôt été bien reçue, le temps de remplissage a été estimé à 35 minutes.

## **4.3 Recrutement des experts**

### **4.3.1 Déroulement**

Le recrutement des experts s'est déroulé du 21 août 2017 au 29 novembre 2017.

Nous avons utilisé l'échantillonnage raisonné et l'échantillonnage par effet boule de neige<sup>(35)</sup>.

#### *4.3.1.1 Obtention des adresses électroniques*

- Appel des différents Centres de Protections Maternelles et Infantiles et des Centres de Planification et d'Education familiale de la région Poitou-Charentes du 21 août au 4 septembre 2017 afin d'obtenir les coordonnées électroniques des différents intervenants (sages-femmes et médecins)
- Obtention via la Directrice de Thèse d'une liste de coordonnées électroniques des MSU fléchés par les internes pour leur activité en gynécologie.
- Contact téléphonique pour obtenir les coordonnées électroniques d'anciens MSU de la thésarde afin d'obtenir leur coordonnée électronique.

#### *4.3.1.2 Contact par courriel*

Nous avons contacté les différents experts par courriel afin de leur proposer de participer à l'étude.

Nous avons eu des réponses négatives (manque de temps, activité à prédominance pédiatrique) mais certains médecins nous ont communiqué le nom de confrères qui avaient une activité de gynécologie.

Le mail envoyé leur présentait brièvement l'étude. Une fois leur accord obtenu pour participer à l'étude, nous leur avons envoyé dans un second mail une explication plus approfondie du travail avec plusieurs documents ; une présentation du modèle BERCER ([Annexe 1](#)), le guide de Calgary-Cambridge simplifié ([Annexe 2](#)), la présentation de notre étude ([Annexe 3](#)), la présentation de la méthode Delphi ([Annexe 4](#)) et un formulaire de consentement. ([Annexe 5](#))

#### 4.3.1.3 *Procédure d'inclusion*

Pour être inclus dans le groupe, les experts devaient avoir signé et renvoyé le formulaire de consentement par voie électronique ou postale avant le 16 décembre 2017.

Ils devaient également correspondre aux critères d'inclusion suivants :

- Etre titulaire du Diplôme de Docteur en Médecine ou être inscrit au conseil de l'ordre des sages-femmes
- Être confronté à des situations de consultation de contraception
- Avoir signé le formulaire de consentement et s'engager à poursuivre l'étude jusqu'à la fin
- Ne pas faire partie du comité de pilotage de l'étude.

Nous avons inclus 20 experts (soit 18 médecins et 2 sages-femmes).

### **4.4 Déroutement des tours DELPHI**

La grille finalisée a été insérée dans le logiciel ENALYZER.COM, version Basic, payante (23 euros par mois.)

Elle a été diffusée par voie électronique via le logiciel ENALYZER.COM.

Chaque tour durait un mois avec un rappel par mail 7 jours avant l'échéance pour les retardataires

#### 4.4.1 Recueil des données

La mise en place d'une échelle est nécessaire pour permettre les réponses statistiques, c'est uniquement sur cette base que les experts peuvent réviser leur opinion<sup>(36)</sup>.

Nous avons utilisé la règle de cotation utilisée par l'HAS : l'Echelle de Likert qui est une échelle numérique, discontinue, graduée de 1 à 9.

La cotation 1 signifie que le cotateur trouve la proposition totalement inappropriée.

La cotation 9 signifie que le cotateur trouve la proposition totalement appropriée.

Les cotations de 2 à 8 correspondent à des situations intermédiaires possibles

La cotation 5 correspond à l'indécision du cotateur.

Le cotateur doit donner impérativement une réponse en cochant l'un des chiffres entre 1 et 9. Les réponses situées entre deux chiffres ou englobant deux chiffres ne sont pas acceptées.

Pour chaque item, une case de texte libre était proposée pour recueillir les éventuels commentaires des experts.

Après l'analyse de l'ensemble des données, une nouvelle version du questionnaire était

élaborée. Au début de chaque tour, une analyse statistique des réponses du tour précédent était envoyée aux experts.

Chaque expert recevait par voie électronique le questionnaire suivant de manière personnalisée.

Pour chaque item à resoumettre apparaissait la médiane, la distribution des cotations avec leur position et l'ensemble des commentaires avec les leurs surlignés.

Les items ayant fait consensus apparaissaient également.

Pour le troisième et dernier questionnaire pour limiter l'effet de lassitude des experts du fait de la longueur du questionnaire, nous n'avons pas inséré les items ayant fait consensus.

Au total trois tours ont été nécessaires.

#### 4.4.2 Analyse des données

Le logiciel Enalyzer.com permet de créer un rapport avec le taux de réponses par cotation. Il permet aussi de recueillir les commentaires anonymisés par question.

De plus, il permet également d'exporter les données brutes quantitatives sur un fichier EXCEL.

##### 4.4.2.1 *Analyse des données quantitatives*

Les données quantitatives ont été analysées sur EXCEL afin d'obtenir la médiane ainsi que la distribution des réponses.

Dans notre étude, nous avons décidé d'utiliser comme règle d'analyse des réponses celle de l'HAS utilisé pour l'élaboration de recommandation par consensus formalisé<sup>(29)</sup>.

Un item était jugé approprié si la médiane était supérieure ou égale à 7, inapproprié si la médiane était inférieure ou égale à 3. Les autres situations étaient classées dans la catégorie incertaine.

Le degré d'accord du groupe d'expert était jugé sur la répartition des cotations ; accord fort lorsque les cotations étaient comprises entre 7 et 9 ou entre 1 et 3 ; accord relatif lorsque les cotations étaient comprises entre 5 et 7 ou entre 1 et 5. (Annexe 6)

Pour qu'un item fasse consensus et soit donc inclus dans la grille définitive, il devait être jugé comme « approprié avec un accord fort ». Les items « inappropriés avec accord fort » étaient supprimés définitivement de la grille.

Les autres items c'est-à-dire « appropriés avec accord relatif » « incertains avec indécision » « incertains avec absence de consensus » ou « inappropriés avec accord relatif » étaient resoumis au second tour après une analyse qualitative.

Lors du deuxième et troisième tour DELPHI, nous avons gardé les règles de l'HAS, elle-même inspirée de la RAND/ULCA. Un degré de tolérance dans la définition de l'accord et de sa force était accepté. Cela permettait d'éviter que le vote d'un expert bloque le processus de sélection d'un item. Ainsi selon les conditions, une ou deux valeurs extrêmes peuvent être exclues<sup>(29)</sup>.

Avant le troisième tour, nous avons exclu les items qui avaient été jugés comme « incertains avec indécision » et « incertains avec absence de consensus » ainsi que certains items « appropriés avec accord relatif » en fonction des commentaires des experts car certains étaient redondants ou surchargeaient la consultation. Nous n'avons resoumis que les items jugés pertinents et ceux présents dans le modèle BERCER.

A la fin du troisième tour, nous avons gardé uniquement les items ayant fait consensus, les

autres étaient définitivement éliminés de la grille finale.

#### 4.4.2.2 *Analyse des données qualitatives*

Chaque expert étaient identifiés par une lettre et un numéro (E1, E2, ect...)

Les commentaires anonymes étaient insérés dans un fichier WORD afin d'être analysés.

Ils ont permis ainsi de modifier (suppression ou rajout de mot, reformulation), de fusionner, de supprimer (en cas de redondance) ou de déplacer certains items.

## **5. RESULTAT**

### **5.1 Les tours DELPHI**

#### **5.1.1 Premier tour DELPHI**

Le premier tour DELPHI s'est déroulé du 16 décembre 2017 au 17 janvier 2018.

Le taux de participation a été de 89,5%. (17 questionnaires rempli sur 20 soumis.)

Sur 155 items, soumis 37 (24%) ont fait consensus et ont donc été inclus directement dans la grille définitive.

118 (76%) des items n'ont pas fait consensus. Après analyse qualitative des commentaires, 80 (67,7%) n'ont pas été modifiés, 27 (22,8%) ont été modifiés, 6 (5,1%) ont été déplacés, 4 (3,4%) ont été fusionnés et 1 (0,84%) a été supprimé.

Au total 115 items ont été soumis au second tour.

#### **5.1.2 Deuxième tour DELPHI**

Le deuxième tour DELPHI s'est déroulé du 18 février 2018 au 18 mars 2018.

Le taux de participation a été de 94%. (16 questionnaires remplis sur 17 soumis, un expert a décidé de quitter l'étude au début du second tour.)

Sur 115 items soumis, 70 (62%) des items ont fait consensus et ont donc été inclus dans la grille définitive. 45 (38,2%) des items n'ont pas fait consensus. Parmi ces 45 items, 12 ont été supprimés selon la méthode de l'HAS. Sur les 33 items restants, (après analyse qualitative, 16 ont été supprimés et cinq ont été fusionnés.)

Au total, 14 nouveaux items ont été soumis au troisième tour.

#### **5.1.3 Troisième tour DELPHI**

Le troisième tour DELPHI s'est déroulé du 29 avril 2018 au 27 mai 2018.

Le taux de participation était de 100%.

Sur 14 items soumis (71,4%) ont fait consensus et sont donc inclus dans la grille définitive. 4 (28,6%) n'ont pas fait consensus et ont donc été éliminés.

Au final, 10 nouveaux items ont rejoint la grille définitive.

#### **5.1.4 La grille finale**

La grille finale comporte 117 items.

37 des items sont issus du premier tour, 70 du second tour et 10 du troisième tour. (Annexe 7)

### **5.2 Caractéristique du groupe d'expert**

#### **5.2.1 Sexe, âge et profession**

Nous avons recruté 17 experts soit 11 femmes et 6 hommes.

L'âge moyen des experts est de 41,4 ans avec une distribution des âges entre 28 ans et 59 ans.

Parmi les 17 experts, il y a 16 médecins généralistes et 1 sage-femme.

#### **5.2.2 Mode d'exercice**

29,4% (5) experts travaillent dans différentes structures.

62,5% (10) travaillent dans un cabinet libéral de groupe, 25% (4) en maison de santé pluridisciplinaire, 12,5% (2) en centre de PMI, 12,5% (2) dans une autre structure, 6,25% (1) en centre de planning familial, 6,25% (1) en cabinet libéral seul et 6,25% (1) en Centre de santé.

La sage-femme travaille en centre de PMI et en CPFE.

11,7% (2) experts travaillent dans différents milieux.

56,25% (9) travaillent en semi rural, 31,25% (5) en milieu urbain et 25% (4) en milieu rural.

La sage-femme travaille en milieu rural.

10 travaillent dans la Vienne, 5 dans les Deux Sèvres, 1 Charente-Maritime pour les médecins.

La sage-femme travaille en Charente-Maritime.

### 5.2.3 Durée d'exercice

41,2% (7) avaient une durée d'exercice supérieure à 15 ans, 23,5% (4) entre 10 et 15 ans, 17,6% (3) entre 5-10 ans et 17,6% (3) de moins de 5 ans.

### 5.2.4 Formation complémentaire

64,7% (11) des experts possèdent des DIU ou DU (7 le DIU de gynécologie, 3 celui de nutrition, 2 le DIU de pédagogie médicale, 1 celui de gériatrie et soins palliatifs et 1 le DU d'oxyologie)

### 5.2.5 Pratique de la gynécologie

37,5% (6) pratiquent des consultations de gynécologie plusieurs fois par jour,

43,8% (7) plusieurs fois par semaine, et 18,75% (3) plusieurs fois par mois.

La sage-femme pratique des consultations de contraception plusieurs fois par mois.

100% des experts réalisent des frottis cervico-utérin 82,4% (14) posent des implants et 70,6% (12) des DIU.

64,7% (11) connaissent le modèle BERCER et parmi ces derniers 75% (9) déclare l'utiliser en consultation.

### 5.2.6 Pédagogie

68,75% (11) sont MSU. 62,5% (10) prennent en charge des internes de niveau 1 et/ou des internes en stage femme enfant. Un expert est MSU mais ne prend pas en charge d'interne.

## 6. DISCUSSION

### 6.1 Discussion du résultat principal

Notre objectif était d'élaborer un outil sous forme de grille à partir du modèle BERGER afin d'aider les EMG à mener une consultation de contraception.

A l'issue de notre travail certains éléments de la grille BERGER n'ont pas été retenus et ont donc été retirés de la grille définitive. Devant le nombre important d'items éliminés (33) nous avons décidé, de commenter uniquement ceux qui étaient présents dans le modèle BERGER ainsi que ceux en rapport avec le test « SSToP-Violence »<sup>(34)</sup>

#### 6.1.1 Items éliminés apparaissant dans le modèle BERGER

##### 6.1.1.1 *Les items « Son niveau de ressources et sa couverture sociale »*

Ces deux items sont présents dans la partie ENTRETIEN du modèle BERGER, dans la sous partie « ce qu'elle fait »

Pour les experts, ces questions ne sont pas systématiques. Certains les posent en cas de choix d'une contraception non remboursée. D'autres ne la posent pas. Parmi ces derniers, un expert « *indique toujours si le moyen est remboursé ou non* », un autre expert aborde la question du niveau de ressource uniquement si la question est abordée par la patiente et si cela représente un problème pour elle.

D'autres partent du principe qu'ils ne prescrivent que des contraceptions remboursées et que la question ne se pose pas.

Hors, l'un des freins à l'accès à une contraception adaptée est la contrainte économique<sup>(16)</sup>.

Le coût de certaines méthodes peu ou non remboursées par la sécurité sociale peut être un obstacle pour les femmes en difficulté financière<sup>(37)</sup>.

Selon les moyens de contraception, la part prise en charge par les patientes peut varier du simple au double.

Du fait de cette inégalité de prise en charge financière, les professionnels de santé peuvent être amenés à orienter leur prescription vers des méthodes prises en charge comme le font certains experts dans notre étude<sup>(38)</sup>.

Mais cela entraîne une baisse de la diversité de l'offre contraceptive. Certaines femmes pourraient s'en trouver privées, notamment celles qui désirent une contraception sans contrainte de prise quotidienne ou qui souhaitent une couverture contraceptive plus longue (patch ou anneau).

##### 6.1.1.2 *L'item « Son niveau socioculturel (loisir, mode de vie) »*

Cet item est également présent dans la partie ENTRETIEN, dans la sous partie « ce qu'elle fait ».

Pour certains experts, cela est trop intrusif notamment en début de consultation. Pour d'autres, cette question n'est pas systématique, un autre trouve de l'intérêt à questionner sur les activités extrascolaires ou extraprofessionnelles.

Pour d'autres, cela est « *pertinent dans la compréhension des explications* » et « *nécessaire pour comprendre son mode de vie, cela permet un regard sur les possibles conduites à risques, les messages de prévention éventuels et d'adapter la contraception si besoin. Cela participe aussi à nouer la relation au patient, d'évoquer ses loisirs, ses projets.* »

Dans une thèse portant sur « *L'évaluation de l'application du modèle BER CER chez les femmes en situations de difficultés contraceptives* », 67,3% des patientes avaient été interrogées par les praticiens sur leur contexte et mode de vie<sup>(39)</sup>.

Il existe différents facteurs qui peuvent expliquer l'échec de la contraception<sup>(10)</sup> :

- Des facteurs socio-économiques (faible niveau socio-éducatif, socioculturel ou socioprofessionnel)
- Des facteurs liés à l'environnement social tels que l'influence défavorable des amis ou des pairs
- Des facteurs liés au mode de vie le caractère instable ou non de la relation, le nombre élevé de partenaires ou le statut marital (notamment la vie de célibataire)

De plus, connaître le mode de vie et les loisirs des femmes permet de leur proposer la méthode la plus adaptée. Par exemple, la contraception orale qui impose une prise quotidienne à heure fixe peut représenter une contrainte pour une patiente avec un rythme de vie irrégulier ou décalé ou pour celle qui a des rapports sexuels occasionnels<sup>(16)</sup> et de ce fait ce n'est pas la contraception la plus adaptée pour ces patientes.

#### 6.1.1.3 *L'item « Demande à la patiente si son partenaire s'est exprimé sur le type de contraception souhaité »*

Cet item est présent dans la partie CHOIX du modèle BER CER.

Pour une majorité d'experts, le partenaire n'a pas sa place dans le choix de la contraception.

Mais pour d'autres cela est pertinent dans le cadre de la contraception masculine.

Enfin, pour un seul expert, s'intéresser aux souhaits du partenaire permet de lever certaines résistances.

D'autres thèses montrent que les médecins n'ont pas l'habitude d'impliquer le partenaire dans le choix de la contraception. Dans la thèse de Dorothee HADERLI sur « *L'évaluation de l'application du modèle BER CER chez les femmes en situation de difficultés contraceptives* », les médecins ont abordé les attentes du partenaire en matière de contraception chez seulement 35,8% des patientes<sup>(39)</sup>. Une autre thèse portant sur « *Le modèle BER CER est-il applicable en pratique courante ? Enquête d'opinion auprès de médecins généralistes* » de Arnaud COLIN, souligne que 68% des médecins généralistes ne proposent jamais de consultation de couple<sup>(40)</sup>.

Depuis 50 ans, la gestion matérielle et mentale de la contraception est une affaire de femme et de ce fait les hommes sont considérés comme non concernés par la question<sup>(41)</sup>.

Un des freins à l'accès d'une contraception adaptée est le manque d'adhésion du partenaire à la démarche contraceptive<sup>(16)</sup>, ainsi qu'une mauvaise communication avec ce dernier ou un manque de soutien de sa part<sup>(10)</sup>. Dans certains cas, le choix du contraceptif peut se faire en fonction du partenaire et être ainsi peu satisfaisant pour la femme.

Hors l'efficacité des méthodes contraceptives est liée au consentement mutuel des partenaires. Cela garantit une utilisation optimale et accroît le niveau de satisfaction de la femme et du couple<sup>(16)</sup>.

Par ailleurs, la littérature souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire (niveau de preuve 2)<sup>(9)</sup>. Le choix d'une méthode contraceptive doit être adaptée aux besoins et aux modes de vie des deux partenaires<sup>(16)</sup>.

Dans cet objectif, en 2009, l'INPES a lancé une campagne intitulée « *Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?*<sup>(42)</sup> »

L'objectif de cette campagne était de favoriser le dialogue au sein du couple, la lutte contre les idées reçues et de mettre l'accent sur l'implication des hommes dans le choix des méthodes contraceptives qui concernent le couple et non uniquement les femmes.

Le site [choisirsacontraception.fr](http://choisirsacontraception.fr) a proposé des pistes aux femmes pour impliquer leur partenaire<sup>(43)</sup>.

Choisir une contraception, c'est une responsabilité que l'on peut partager en couple.

**Il y a de multiples façons d'impliquer votre partenaire :**

- En lui présentant les différentes méthodes qui vous intéressent et en lui expliquant leur fonctionnement. C'est l'occasion de faire part de vos envies, de vos craintes, et d'entendre les siennes.
- En lui demandant de vous accompagner à une consultation gynécologique de prescription de contraception : cela lui permettra de mieux saisir les enjeux et l'importance, et surtout de comprendre qu'une contraception choisie en couple est plus efficace (parce qu'on a alors tendance à moins l'oublier, à mieux l'accepter...).
- En l'impliquant dans la prise quotidienne de votre contraception, si cela peut vous aider à y penser quotidiennement.

6.1.1.4 *L'item « Fait manipuler la méthode à la patiente s'il s'agit de la pilule, d'un patch ou d'un anneau »*

Cet item est présent dans la partie EXPLICATION du modèle BERGER.

Un expert ne prescrit jamais de patch ou d'anneau du fait du non remboursement, un autre ne fait pas manipuler les méthodes contraceptives car il ne dispose pas de ces échantillons. Malgré les commentaires de plusieurs experts qui sont d'accord avec l'intitulé, l'item n'a pas fait consensus.

Selon la thèse « *L'évaluation de l'application du modèle BERGER chez les femmes en situation de difficultés contraceptives* », uniquement 6 patientes sur 134 patientes ont eu une démonstration de l'usage de la méthode choisie<sup>(39)</sup>.

En effet, le patch et l'anneau ont des taux d'efficacité théorique et pratique élevés<sup>(44)</sup> et n'ont pas les contraintes de la contraception orale.

Plusieurs études multicentriques ont permis de montrer que l'observance avec les patchs était supérieure à l'observance de la contraception orale<sup>(45)</sup>.

L'anneau vaginal a quant à lui, démontré une très bonne observance parce qu'il ne nécessite qu'un geste mensuel. Au troisième cycle d'utilisation, le taux de satisfaction globale est élevé. (96 %)

De plus, il s'avère facile à utiliser. L'insertion et le retrait ne posent pas de problème particulier pour la majeure partie (> 95 %) des utilisatrices. Il est efficace quelle que soit sa position dans le vagin<sup>(45)</sup>.

Comme vu précédemment, une des raisons des échecs contraceptifs est une mauvaise utilisation de la méthode ; soit du fait d'une méconnaissance de son utilisation, soit dû à la difficulté d'une gestion quotidienne<sup>(10)</sup>.

Pour les pilules on peut noter une non reprise de la pilule à la fin de la période d'arrêt, des erreurs dans le cycle de la prise, une mauvaise compréhension de la période d'arrêt et/ou des comprimés placebo<sup>(38)</sup>d'où l'intérêt d'expliquer en faisant manipuler la méthode choisie à la patiente.

#### 6.1.1.5 *L'item « Ses projets et désir de grossesse »*

Cet item est présent dans la partie ENTRETIEN dans la sous- partie « ce dont elle a envie »

Certains experts partent du principe que si une femme vient pour une demande de contraception, il n'y a pas de raison qu'ils abordent les projets de grossesse.

Un autre ne la questionne pas non plus mais « *la rassure rapidement de l'absence d'incidence du choix de sa contraception sur ses projets ultérieures de grossesse* » Un autre fait remarqué qu'« *une question revient souvent : si je prends la pilule pendant de nombreuses années, est-ce que je pourrai être enceinte plus tard ?* »

Les freins au choix d'une contraception adaptée peuvent être le reflet d'un désir de grossesse et/ou d'enfant caché. Ces situations peuvent avoir un impact sur l'expression d'un besoin contraceptif auprès des professionnels de santé, sur l'utilisation de la contraception et sur le choix de la méthode contraceptive<sup>(16)</sup>.

Les effets secondaires d'une méthode sont d'autant moins acceptés par la patiente que le désir de grossesse ou d'enfant est important<sup>(16)</sup>.

En effet, explorer le désir de grossesse des patientes permet au professionnel de se faire une idée sur l'acceptabilité et/ou l'observance de la méthode de contraception choisie. Comme le souligne un expert « *il est important de rassurer sur l'absence d'incidence de la contraception sur sa capacité à être enceinte.* »

Quatre de ces six items apparaissent dans la partie « ENTRETIEN » et participe à la démarche éducative de la patiente dont le but est d'élaborer un diagnostic éducatif.

L'élaboration du diagnostic éducatif permet à la patiente avec l'aide du professionnel « *d'identifier ses besoins, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité et de prendre en compte ses demandes* »<sup>(12)</sup>. Ces étapes sont nécessaires afin de connaître la patiente et de proposer une méthode contraceptive adaptée à ses besoins, à son mode de vie<sup>(38)</sup> et à ses projets.

De plus, la démonstration de l'usage de la méthode à la patiente aide la patiente à s'approprier la méthode qu'elle a choisie en l'absence de contre-indication médicale. L'interroger sur les préférences de son conjoint permet également d'impliquer le couple dans la contraception.

Tout ceci permet d'impliquer la femme dans le choix de sa contraception et donc d'obtenir une meilleure observance et une plus grande efficacité de la méthode choisie<sup>(38)</sup>.

En effet, la non adéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie sociale, affective et sexuelle des femmes est source d'échec contraceptif<sup>(10)</sup>.

### 6.1.2 Les items en lien avec le dépistage d'antécédents de violences sexuelles

Nous avons décidé d'introduire dans la partie Entretien, dans la sous partie de l'adolescente, le test « SSToP-Violence » qui permet d'explorer les antécédents de violences sexuelles chez les adolescentes à l'aide de six questions. « *Es-tu stressée par ton travail scolaire, ta vie de famille ou les deux ?* », « *As-tu des insomnies ou des troubles du sommeil ? Si oui fait tu des cauchemars ?* », « *Fumes-tu ? Si ou tous les jours ?* », « *Es-tu satisfaite de ton poids ?* », « *T'est-il déjà arrivé de te blesser volontairement au cours de ta vie, si oui, une ou plusieurs fois ?* », « *As-tu déjà été brimé à l'école ou sur les réseaux sociaux* » Cet outil a été développé dans la thèse de Lucie MOSCHETTA<sup>(34)</sup>.

Il nous a semblé nécessaire d'introduire cet outil dans notre grille bien qu'elle ne soit pas présente dans le modèle BERCER. En effet, lors d'une première consultation de contraception chez l'adolescente, l'HAS recommande de prendre en compte les comportements à risque (addictions, tabac, alcool, dépression, drogue, manque d'estime de soi, manque de soutien familial, difficulté scolaire) ainsi que la possibilité de contrainte ou de violences dans les relations sexuelles<sup>(46)</sup>.

Ces items n'ont fait pas consensus au second tour et suite aux commentaires des experts, n'ont pas été resoumis au troisième tour.

En effet, bien que pour la majorité des experts ces items soient pertinents lors d'une consultation avec une adolescente, ils ne doivent pas être abordés lors de la première consultation de contraception qui est déjà longue et chargée. Ils proposent de les explorer lors d'une consultation ultérieure, par exemple au moment du renouvellement de la contraception.

En conclusion, même si l'utilisation du test « SSToP-Violence » n'est pas systématique lors d'une première consultation, il nous semble important que l'EMG connaisse cette ressource afin d'être en mesure de l'utiliser selon le contexte de la consultation.

## 6.2 Force et Limites

### 6.2.1 Limites

#### 6.2.1.1 *Le nombre peu élevé de sages-femmes*

Le groupe d'expert était constitué initialement de deux sages-femmes dont une n'a pas fini le remplissage du premier tour. Elle a donc été exclue de l'étude.

Finalement une seule sage-femme a participé à la totalité des tours. Bien que le résultat final de la grille s'adresse à des étudiants de Médecine Générale et que la majorité des experts de ce fait soit des médecins généralistes, l'opinion de plusieurs sages-femmes aurait pu être intéressante proposant un point de vue différent et ce d'autant que la loi HSPT du 21 juillet 2009 leur donne la possibilité de mener des consultations de contraception<sup>(47)</sup>.

#### 6.2.1.2 *La pratique de la gynécologie*

43,8% (7) des médecins pratiquent des consultations de gynécologie plusieurs fois par semaine et 18,8% (3) plusieurs fois par mois. Au total plus de la moitié des experts ne pratique pas de façon quotidienne la gynécologie. On peut s'interroger sur la pertinence de les avoir sélectionnés en tant qu'expert. On peut noter un éventuel biais de recrutement, en effet, nous aurions pu sélectionner les experts en fonction de leur pratique de la gynécologie.

#### 6.2.1.3 *La longueur du questionnaire et la répétition de certains items*

Le questionnaire était très long malgré un temps de remplissage de 35 minutes environ, on peut noter le nombre important d'items :155 au premier tour et 115 au second tour entraînant une part de lassitude des médecins comme le souligne leurs commentaires.

De plus, certains experts ont remarqué que certains items se répétaient.

Chaque fois que possible, nous avons essayé de supprimer ou de fusionner les items pouvant être redondants en fonction des commentaires des experts.

La finalité de ce travail était de proposer un outil complet avec la possibilité selon le contexte de ne pas l'utiliser dans sa globalité mais d'être une référence pour toutes les situations de médecine générale en matière de contraception.

#### 6.2.1.4 *Une réponse automatique aux items :*

##### 6.2.1.4.1 *Due à un effet de lassitude des experts*

Cet effet de lassitude de la part de certains experts a pu entraîner des réponses automatiques provoquant une perte d'objectivité des réponses comme le souligne le commentaire pertinent d'un expert «*A mon sens, il y a un biais important car certaines réponses ont été faites en étant convaincue du bien-fondé de l'item, d'autres nuancées par la pratique (mais pas toujours, d'où le biais), et certaines faites de manière automatique car elles intervenaient après une suite de questions trop évidentes et lassantes.* »

La partie Communication qui se trouvait à la fin de la grille n'a sûrement pas pu être évaluée à sa juste valeur. De plus, du fait de ce biais, il est possible que des items importants aient ainsi pu être éliminés.

##### 6.2.1.4.2 *Due à un défaut de présentation*

La présentation du questionnaire avec le découpage de la consultation en 6 parties selon le modèle BERGER a posé problème à un expert pour s'orienter dans la grille « *Le fait de la faire en ligne avec des items découpant de façon « artificielle » la consultation n'est pas très aisé... Je ne suis pas sûr d'avoir toujours répondu de façon pertinente par rapport à ma pratique car par moment on ne sait plus où on en est dans le découpage du déroulé de la consultation, on a pas de vue globale sur ce qu'on a répondu.* »

On peut imaginer que d'autres experts ont ressenti la même chose et que de ce fait certaines réponses n'ont pas été très pertinentes.

Cependant, l'outil est un guide complet qui peut être utilisé selon le contexte de la consultation et pas forcément dans l'ordre proposé. Il peut aussi permettre à posteriori de vérifier que l'on a bien abordé tous les items.

Au final, la forme du questionnaire (longueur de la grille et découpage) ainsi que le fond certaines réponses (répétition de certains items) ont pu entraîner des réponses par défaut de la part des experts entraînant un biais dans les items ayant fait ou non consensus.

#### 6.2.1.5 Une mauvaise compréhension de la consigne initiale

Durant le premier tour, malgré les consignes envoyées par courriel électronique certains experts ont cru que le but du travail était de s'interroger ou d'évaluer leur pratique. Au début du second tour, nous avons rappelé la consigne aux experts c'est-à-dire se mettre à la place d'un EMG qui voit une patiente pour la première fois. Comme certains commentaires du troisième tour le montrent, cette mauvaise compréhension est demeurée tout au long de l'étude. « *Intéressant de voir que je peux modifier mes propres réponses d'une fois sur l'autre, à mon avis assez révélateur du fait que l'on ne fait pas toujours la même prise en charge, en fonction de la personne que l'on a en face de soi et des différentes situations que l'on vient de vivre.* », « *Etude qui va me permettre, je pense, d'améliorer ma pratique et notamment ma communication lors des consultations gynécologiques en général.* », « *Cette étude permet de s'interroger sur ses pratiques professionnelles.* »

On peut supposer que la longueur du questionnaire n'a pas aidé les experts à se mettre à la place d'un EMG pour chaque item. Même si certains l'ont fait, beaucoup ont dû répondre en fonction de leur pratique et de leur patientèle.

Cela a très certainement entraîné un biais dans l'évaluation des items et dans leur cotation.

#### 6.2.1.6 La difficulté d'aborder certaines questions

Pour plusieurs experts, certains items étaient délicats à aborder lors d'une première consultation notamment celui en rapport avec la sexualité.

Même si cet item a fait consensus au troisième tour, on peut imaginer que la question de la sexualité peut être encore plus difficile à aborder pour un EMG voyant une patiente pour la première fois.

Comme le souligne, le Baromètre Santé des Médecins généralistes en 2009, il est difficile pour 58,7% des médecins d'aborder les sujets en rapport avec la vie affective et sexuelle<sup>(48)</sup>.

De plus, beaucoup d'experts ont relevé que le fait qu'il ne fallait pas aborder autant de sujets lors d'une première consultation. Comme le souligne un expert « *Tout aborder lors de la première consultation, c'est parfait, mais ce n'est pas toujours possible (temps de la consultation, temps de la patiente, approche préalable avec alliance délicate...)* » Pour cet expert, il est parfois difficile de répondre « *car il y a des nuances entre l'idéal et le possible et nous ne savons pas où se positionner dans les attendus, j'ai souvent trouvé les questions évidentes, reprenant « ce qu'il faut faire », donc souvent 9 à mettre donc peu intéressant...* » Cette différence entre le modèle BERCER et la pratique a pu désorienter les experts et de ce fait la cotation des items.

#### 6.2.1.7 Le manque de synthèse du résultat final

Malgré la réduction du nombre d'items, la grille finale reste longue et difficile à utiliser dans son intégralité en consultation. Cependant, nous voulions avoir un outil complet en laissant la possibilité de l'adapter aux situations rencontrées.

Selon le Collège Lyonnais des Généralistes enseignants<sup>(49)</sup> et la thèse d'Arnaud COLIN sur « *Le modèle BERCER est-il applicable en pratique courante ? Enquête d'opinion auprès de médecins généraliste* »<sup>(40)</sup>, le modèle BERCER peut être applicable en consultation de médecine générale.

Cependant on peut s'interroger sur la longueur de cette consultation dédiée.

En effet, selon l'IGAS<sup>(50)</sup> une consultation dédiée à la contraception devrait pouvoir avoir une durée d' une demi-heure au minimum. Mais faute de temps et de formation des médecins, le counseling « *n'a pas une place suffisante dans le système de prescription actuel.* »

De plus une tarification à l'acte n'encourage pas ce type de consultation<sup>(51)</sup>. Selon le Collège Lyonnais des enseignants généralistes, cette consultation mériterait une cotation spécifique<sup>(49)</sup>. La récente cotation CCP va dans ce sens mais elle est restrictive puisque limitée à la seule tranche d'âge 15-18 ans.

## 6.2.2 Forces

### 6.2.2.1 *Le groupe d'experts*

Le groupe d'experts hormis le manque de sage-femme était assez diversifié, notamment au niveau de l'âge, du mode d'exercice ou de la durée d'exercice. Une majorité recevait des EMG (62,5%) et avait ainsi une posture pédagogique. Selon la littérature<sup>(30)</sup>, « *il est recommandé de varier la composition du groupe d'experts afin d'enrichir la qualité des réponses* »

### 6.2.2.2 *Validité de la grille*

La littérature recommande un panel de 10 à 20 individus pour constituer le groupe d'experts<sup>(32)</sup>. Un taux de réponse minimal de 70% à chaque tour est souhaité pour maintenir des résultats de qualité<sup>(32)</sup>.

Plus le nombre d'experts est important et plus la méthode Delphi est fiable<sup>(52)</sup>.

Le taux de participation s'est maintenue au-dessus de 70% tout au long de l'étude (89,6% au premier tour, 94% au second tour et 100% au troisième tour). Le nombre d'experts (17 au premier tour et 16 au second et troisième tours) est resté constant. Les résultats ont pu ainsi être fiables malgré les biais cités auparavant.

### 6.2.2.3 *Force de la méthode DELPHI pour notre étude*

Les différentes caractéristiques de la méthode DELPHI ont permis d'apporter de la force à notre étude. En effet, l'anonymat des experts leur a permis de s'exprimer librement et d'éviter ainsi l'influence liée à certaines personnalités comme le montre la diversité des commentaires et des opinions.

La rétroaction a donné la possibilité aux experts de réviser leurs opinions en fonction des commentaires des autres experts.

L'itération leur a permis d'affiner leurs points de vue au fur et à mesure de l'avancée de l'étude.

Il y a eu également un effet de groupe. Au premier tour, il y a eu peu de commentaires, cependant au second tour, le nombre de commentaires a été plus important, on peut supposer que les experts n'ayant pas commenté la première fois, ont été tentés de le faire à la lecture des premiers commentaires.

De plus des échanges interactifs sont apparus entre les experts au fil des tours DELPHI.

### 6.2.2.4 *L'originalité du travail*

Malgré les nombreux biais, les experts ont dans la grande majorité trouvé le sujet intéressant, l'étude « *semble vraiment complète* » et les items « *précis et adaptés à la consultation de médecine générale* »

Pour un autre, cette étude a permis « *de formaliser une prise en charge essentielle en termes de communication sur la contraception* »

Il n'y a pas eu de remarques négatives hormis la méthode chronophage et les biais exposés plus haut.

### **6.3 Perspective d'avenir**

La grille a été reprise par deux thésardes.

Elle a été simplifiée et axée sur la première consultation de contraception de l'adolescente.

Leur travail aura pour but de tester la grille en stage auprès des EMG et des MSU.

En effet, cette grille pourrait être utilisée en auto-évaluation (outil d'aide pour l'EMG pour progresser dans ce type de consultation) mais aussi en hétéro-évaluation (évaluation de l'EMG par le Maître de Stage en supervision directe.)

A l'heure de l'impression de notre travail, nous n'en connaissons pas encore les résultats.

## **7. CONCLUSION**

Depuis plusieurs années, la contraception est devenue un enjeu de santé publique. Les médecins généralistes pratiquent régulièrement des consultations de contraception.

Les études montrent que les EMG se plaignent d'avoir, au cours de leur cursus, une formation insuffisante en matière de santé de la femme. Les stages ambulatoires femme/enfant proposés au cours du DES de Médecine Générale se développent dans les facultés de Médecine et nécessitent l'élaboration d'outils pédagogiques spécifiques à l'usage des EMG et des MSU. Notre travail a permis de construire un de ces outils. Il s'agit d'une grille qui s'inspire du guide de Calgary-Cambridge en y intégrant les spécificités du modèle BERCER.

Les items de cette grille ont été évalués par un groupe d'experts grâce à la méthode DELPHI. Certains items apparaissant dans le modèle BERCER ainsi que des items spécifiques à l'adolescente n'ont pas fait consensus et ne sont pas inclus dans notre grille définitive. Cependant, nous avons réussi à élaborer une grille complète qui répond notre objectif.

Comme pour le modèle BERCER, notre grille peut ne pas être utilisée dans son intégralité et pas forcément dans l'ordre proposé. Certaines parties sont susceptibles d'être plus approfondies que d'autres selon la patiente et le contexte de la consultation. Elle peut aussi permettre à posteriori de vérifier que tous les items ont été abordés.

Elle a pour vocation à être utilisée par les EMG en auto-évaluation et par leur MSU en hétéro-évaluation.

Elle est actuellement testée en stage par deux thésardes.

## **8. BIBLIOGRAPHIE**

1. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? *Population et Sociétés* [en ligne] 2014;n°511:1-4 [cité le 12 mai 2018]. Disponible sur [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf).
2. Santé publique France - Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [en ligne]. 2017 [cité le 14 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Les-Francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-Barometre-sante-2016>
3. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. *Etudes et Résultats-DREES*. [en ligne]. 2017;(1013):1-6 [cité le 10 mai 2018]. Disponible sur [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1013.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf).
4. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. [en ligne]. *Rev Fr Aff Soc*. 2011;(1):148-61 [cité le 9 mai 2018]. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-148.htm>.
5. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Etudes et Résultats - DREES*. [en ligne]. 2016;(0968):1-6 [cité le 10 mai 2018]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>.
6. Banjos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod*. 2003;18(5):994-9.
7. Moreau C, Bouyer J, Fabien Gilbert, Bajors N, The COCON Group. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives : Evidence from France. 2006;4(38):190-6.
8. Le Syndicat des Médecins Généralistes MG France. La consultation CCP, Consultation de Contraception et Prévention [Internet]. Syndicat MG France. [cité le 15 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1756-la-consultation-ccp-consultation-de-contraception-et-prevention>
9. INPES Santé Publique France. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandation pour la pratique clinique [en ligne]. 2004 [cité le 4 mai 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
10. HAS Santé. Contraception chez l'homme et la femme [en ligne]. 2013 [cité le 15 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception\\_fiches\\_memo\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf)
11. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. *Popul Rep J*. 1998;(48):1-31.
12. INPES Santé Publique France. Repère pour votre pratique-Comment aider une femme à

- choisir sa contraception. [en ligne].2013 [cité le 25 avril 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
13. Observatoire de Médecine Générale - Top 50 des RC [cité le 14 mai 2018]. Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/content/donnees/top25.php>
  14. N° 3444 - Rapport d'information de Mme Bérengère Poletti déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures déposé le 17 mai 2011 [en ligne] [cité le 14 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3444.asp>
  15. Darriau S. Les procédures de prévention lors des consultations avec prescription de contraception en Médecine Générale en France [Thèse de doctorat][thèse en ligne]. Tours: Faculté de Médecine de Tours; 2013. 46p. [cité le 1<sup>er</sup> septembre 2018].Disponible sur [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013\\_Medecine\\_DarriauSarah.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_DarriauSarah.pdf)
  16. HAS Santé.Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse.[en ligne].2013 [cité le 14 mai 2018].Disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf)
  17. INSAR-IMG.Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale, réalisé par par l'INSAR-IMG de novembre à décembre 2013.[en ligne][cité le 10 mai 2018]. Disponible sur <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
  18. Grandcolin S, Du Breuillac J, Birault F, Gomes J, Chapuis A-L. Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception : une étude menée en subdivision d'internat de Poitou-Charentes (France). *Pédagogie Médicale*. févr 2014;15(1):53-60.
  19. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. 2ème édition. PEARSON. 2016. 828 p. (ERPI Médecine).
  20. Santé Canada Ottawa. La communication efficace...à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources.[en ligne].2001 [cité le 22 mai 2018].Disponible sur: [http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res\\_f.pdf](http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res_f.pdf)
  21. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire [en ligne]. *Pédagogie Médicale*. mai 2004;5(2):110-26[cité le 14 mai 2018].Disponible sur [https://www.unige.ch/medecine/udrem/files/7314/2678/6048/Millette\\_2004\\_5\\_p110-126.pdf](https://www.unige.ch/medecine/udrem/files/7314/2678/6048/Millette_2004_5_p110-126.pdf)
  22. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148-55.
  23. Bachelot-Narquin R, Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes. (C.A.S.S.F.). Bagnole. FRA, Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.).

- Vincennes. FRA, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (C.N.G.O.F.). Paris. FRA, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (C.N.O.S.F.). Paris. FRA, Ministère chargé de la Santé. Mission nationale Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Paris. FRA. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010. 155p.
24. Université de Poitiers de Médecine et de Pharmacie, Département de Médecine Générale. Familles de situations cliniques types en médecine générale. [en ligne][cité le 14 mai 2018]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20communs%20aux%20stages%20A%20et%20H/Outils%20p%C3%A9dagogiques/Familles%20de%20situations%20cliniques%20types%20en%20MG%20CNGE.pdf>
  25. Département de médecine générale, COGEMS Poitou Charentes. Programme du DES de Médecine Générale. UFR de Médecine et Pharmacie de Poitiers. Promotion 2017-Madeleine Brès. Années universitaires 2017-2019.[en ligne].2016 [cité le 20 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.cogemspc.fr/des/programme.pdf>
  26. ISNAR-IMG. La réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes ! [en ligne]. 2017 [cité le 20 mai 2018].Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>
  27. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer [en ligne]. 2011;99:170-7[cité le 28 avril 2017].Disponible sur <https://www.exercer.fr/numero/99/page/170/>.
  28. Mebarki L. A la recherche d'un consensus par méthode Delphi:Une charte des thèses en médecine générale [Thèse de doctorat][thèse en ligne].Amiens: Faculté de Médecine d'Amiens, Université de Picardie Jules Vernes;2015.39p. [cité le 1<sup>er</sup> septembre 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01213851/document>.
  29. HAS Santé. Guide méthodologique. Elaboration de recommandation de bonne pratique. Méthode « Recommandation par consensus formalisé». [en ligne].Décembre 2010, mise à jour Mars 2015 [cité le 22 mai 2017] Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide\\_methodologique\\_consensus\\_formalise.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf).
  30. Baillette P, Fallery B, Girard A. La méthode Delphi pour définir les accords et les controverses : applications à l'innovation dans la traçabilité et dans le e-recrutement. In:18ème Colloque de l'Association Information et Management (AIM) [en ligne]. Lyon, France; 2013:1-22 [cité le 22 juin 2017]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00845535>.
  31. ORSAS -Lorraine. Méthode Delphi-Dossier documentaire [en ligne]. 2009 [cité le 24 mars 2017].Disponible sur: <https://www.orsas.fr/etudes/category/38-methodologie.html?download=119:016-delphi>.
  32. Krucien N. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients [Thèse de doctorat][thèse en ligne]. Paris:Université Paris Sud - Paris

XI; 2012.238p.[cité le 22 juin 2017].Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00807172/document>.

33. Hamel E. Eric Hamel - Élaboration d'une liste d'objectifs pédagogiques hiérarchisés et spécifiques pour la formation des internes de médecine générale en stage aux urgences : une étude qualitative par la méthode DELPHI modifiée menée en Poitou-Charentes en 2014 [Thèse de doctorat] [thèse en ligne]. Poitiers : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers; 2015.237p. [cité le 1<sup>er</sup> juillet 2017].Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/52582>.
34. Moschetta L. Dépister les violences sexuelles chez les adolescentes : élaboration et validation du test SSTop Violences par une étude auprès de 29 médecins en Vienne[Thèse de doctorat]. Poitiers : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers; 2017.64p.
35. Letrillart L, Bourgois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative (1ère partie). Exercer [en ligne]. 2009;87:74-79 [cité le 2 juillet 2017].Disponible sur <https://www.exercer.fr/numero/87/page/74/>.
36. Bejar Y. Publication d'informations sur le capital immatériel et attentes des investisseurs : une étude exploratoire par la méthode Delphi, Disclosure of information on intellectual capital and market information needs: A Delphi explorativestudy. Comptabilité - Contrôle - Audit[en ligne]. 2012;Tome 15(2):165-92[cité le 22 juin 2017]. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-comptabilite-contrrole-audit-2009-2-page-165.htm>.
37. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés [en ligne].2012;492:1-4 [cité le 10 mai 2018].Disponible sur[https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19160/pes492.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf).
38. Aubert C, JourdinMenningerD,Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 - Rapport de synthèse [en ligne]. 2009 [cité le 23 mai 2018].Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000047/index.shtml>.
39. Haderli D. Evaluation de l'application du modèle BER CER chez les femmes en situation de difficultés contraceptives [Thèse de doctorat]. Limoges: Université de Limoges; 2015.132p.
40. Colin A. Le modèle BER CER est-il applicable en pratique courante ? Enquête d'opinion auprès de médecins généraliste[Thèse de doctorat]. Dijon:Faculté de Médecine de Dijon; 2012. 105p.
41. Guen ML, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Population et Société.[en ligne]. 2017;549:1-4 [cité le 23 mai 2018]. Disponible sur [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/27050/549\\_ang\\_population.societes.novembre2017.contraception.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/27050/549_ang_population.societes.novembre2017.contraception.fr.pdf).
42. Santé publique France INPES. Contraception : une nouvelle campagne qui s'adresse aux femmes et aux hommes [en ligne].2009 [cité le 23 mai 2018]. Disponible

sur:<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/09/cp090914.asp>.

43. Santé publique France. Choisirsacontraception.fr [en ligne] [cité le 30 juillet 2018]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/>
44. HAS. Méthode contraceptive. Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. [En ligne]. 2013 [cité le 22 juin 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
45. Graesslin O, Quereux C. Mise au point sur la contraception. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. [en ligne]. 2005; 34(6):529-556 [cité le 1<sup>er</sup> septembre 2018]. Disponible sur <http://www.em-consulte.com/en/article/115420>.
46. HAS Santé. Fiche Mémo. Contraception chez l'adolescente. [En ligne]. 2013 [Cité le 2 septembre 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj\\_contraception-ado-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf)
47. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [En ligne] [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
48. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [en ligne]. Saint-Denis: INPES éd.; 2011 [cité le 3 septembre 2018] Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>.
49. Collège Lyonnais des généralistes enseignants. Les méthodes contraceptives : présentation, utilisation, indications, bénéfices et inconvénients. Synthèse à partir des recommandation de l'HAS et de la pratique du médecin généraliste [en ligne]. 2007 [cité le 2 septembre 2018]. Disponible sur: [http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/contraception\\_RP\\_versus\\_recommandations\\_HAS.pdf](http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/contraception_RP_versus_recommandations_HAS.pdf)
50. Centre Régional d'information et de Prévention du Sida. Données sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG en France. Dossier de synthèse documentaire et bibliographique [en ligne]. 2014 [cité le 3 septembre 2018]. Disponible sur: [http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/Dossier\\_doc\\_Donnees\\_sur\\_la\\_contraception\\_la\\_CU\\_et\\_l\\_IVG\\_2014.pdf](http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/Dossier_doc_Donnees_sur_la_contraception_la_CU_et_l_IVG_2014.pdf)
51. Aubin C, Jourdain Menninger D. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence [en ligne]. 2009 [cité le 31 juillet 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
52. Passelaigue M. L'immatériel, un moyen d'améliorer la mesure de la valeur de la PME de conseil, une application à la PME d'expertise comptable. [Thèse de doctorat] [thèse en ligne]. Lyon: Université Jean Moulin Lyon 3; 2009. 685p. [cité le 3 septembre 2018]. Disponible sur [https://scd-resnum.univ-lyon3.fr/out/theses/2009\\_out\\_passelaigue\\_m.pdf](https://scd-resnum.univ-lyon3.fr/out/theses/2009_out_passelaigue_m.pdf)

## 7. ANNEXES

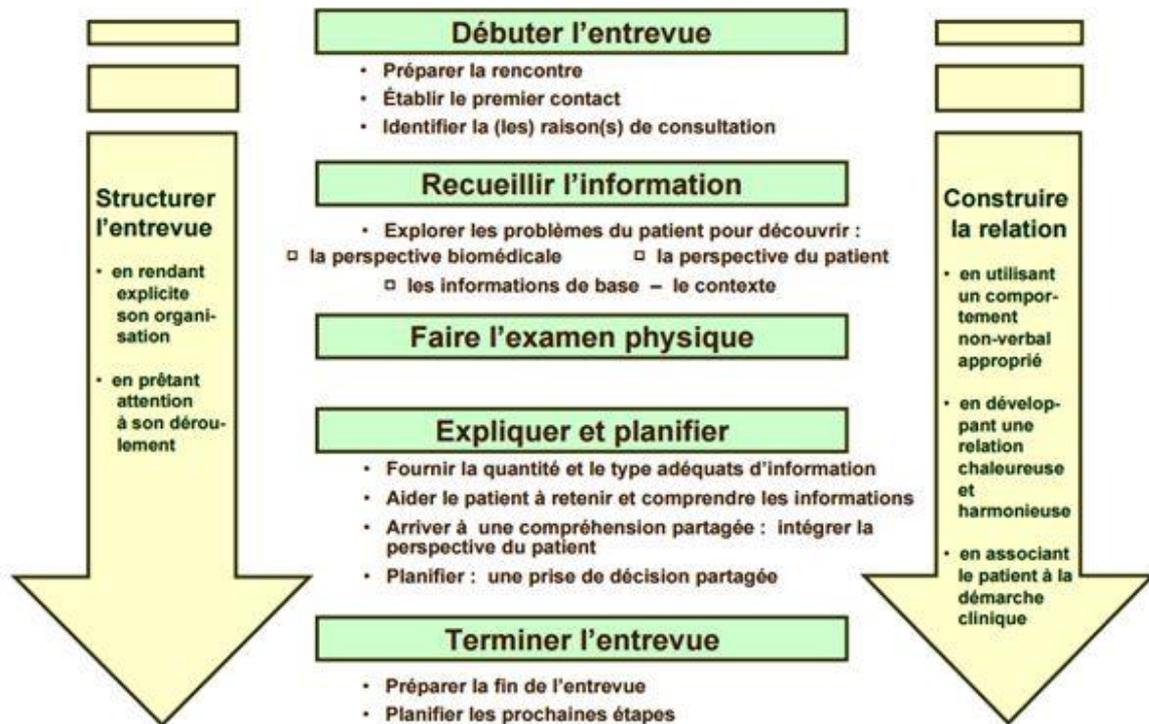
### 7.1 ANNEXE 1 : Modèle BERCER

<p>□</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bienvenue</b></li></ul> <p>Temps d'<b>accueil</b> de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultations.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Entretien</b></li></ul> <p>Temps de <b>recueil d'information et d'expression de la femme</b> sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un <b>diagnostic éducatif</b> partagé.</p> <p><i>En pratique : voir encadré « diagnostic éducatif » ci-contre</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Renseignement</b></li></ul> <p>Délivrance d'une <b>information claire, hiérarchisée et sur mesure</b>. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la <b>bonne compréhension des informations</b> concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût.</p> <p><i>En pratique : voir encadré « méthodes » ci-contre, et fiche Mémo "Contraception : prescriptions et conseils aux femmes"</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Choix</b></li></ul> <p>Le professionnel souligne que la <b>décision finale appartient à la consultante</b>. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à</p>	<p>faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Explication</b></li></ul> <p>Discussion autour de la <b>méthode choisie</b> et de son <b>emploi</b> : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Retour</b></li></ul> <p>Les consultations de suivi sont l'occasion de <b>réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée</b> à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour <b>discuter un changement de méthode</b>. Cette phase <b>prendra en compte les modifications des conditions médicale, personnelle, affective et sociale</b>. À partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaire et de l'évolution des contre-indications avec l'âge.</p>
--	---

### Bibliographie :

INPES Santé Publique France. Repère pour votre pratique - Comment aider une femme à choisir sa contraception. [en ligne].2013 [cité le 25 avril 2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

## 7.2 ANNEXE 2 : Schéma simplifié du guide de Calgary-Cambridge



### **Bibliographie :**

Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M. Grille de Calgary Cambridge de l'entrevue médicale- les processus de communication [en ligne]. 2004 [cité le 20 mai 2017]. Disponible sur : <https://crgealsacedotorg.files.wordpress.com/2016/03/grille-de-calgary-cambridge.pdf>

### 7.3 ANNEXE 3 : Présentation de l'étude

#### NOTICE D'EXPERT: PRÉSENTATION DE L'ETUDE CONTRACEPTION ET COMMUNICATION

Chers confères, chères consœurs,

Médecin remplaçante en médecine générale dans la Vienne, je sollicite votre aide dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Nous élaborons avec le Dr VICTOR-CHAPLET, membre du Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers, une grille utile pour mener une consultation de contraception pour les internes de médecine générale.

Il y a actuellement deux outils validés dans la communication.

#### 1. La Grille de CALGARY CAMBRIDGE <sup>(1)(2)</sup>

C'est une grille d'observation qui structure l'entretien médical, axée sur les processus de communication. Elle est la référence de l'entrevue médicale. C'est également un outil d'évaluation.

#### 2. La Méthode BERCER <sup>(3)</sup>

La méthode BERCER, recommandée par l'OMS, propose un déroulement de consultation axé sur la contraception en six étapes. C'est une démarche éducative de conseil et d'accompagnement de la femme et/ou du couple lors d'une consultation spécifiquement dédiée à la contraception. Elle permet l'élaboration d'un diagnostic éducatif. Ce dernier « *est une étape indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et de ses attentes et à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir, en tenant compte des priorités du patient. Il constitue un temps d'apprentissage pour le patient* <sup>(4)</sup> »

Mon travail a consisté à mixer les deux outils afin d'élaborer une grille inspirée de la grille CALGARY-CAMBRIDGE qui inclut les processus de communication et les spécificités de la méthode BERCER.

Cette grille sera un outil d'aide à la communication lors d'une consultation de contraception. Elle regroupera, également, un ensemble de références validées qui seront utiles à l'interne pour approfondir ses connaissances théoriques et pratiques sur la contraception afin de pouvoir mener correctement cette consultation.

Je sollicite votre aide afin de valider par votre expertise les items de cette grille grâce à la méthode DELPHI (explication et déroulement de la méthode ci jointe)

En vous remerciant de votre participation.

Cordialement,  
Ludivine MAGNAT

## **Bibliographie :**

1. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M. Grille de Calgary Cambridge de l'entrevue médicale- les processus de communication [en ligne]. 2004 [cité le 20 mai 2017]. Disponible sur : <https://crgealsacedotorg.files.wordpress.com/2016/03/grille-de-calgary-cambridge.pdf>

2. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. *Popul Rep J*.1998;(48):1-31.

3. Ministère des Solidarité, de la Santé et de la Famille de la République Française. Contraception pour une prescription adaptée [en ligne].2005 [cité le 20 mai 2017].Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_contraception.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf)

4. Fiche Pratique.Diagnostic éducatif ou (bilan éducatif partagé) Les étapes clés. Diabète et obésité [en ligne]2011;6(52):313-4. [cité le 20 mai 2017]. Disponible sur <https://www.diabeteetobesite.fr/files/2012/04/Diagnostic-éducatif.pdf>

## **7.4 ANNEXE 4 : Présentation de la méthode DELPHI**

### **NOTICE D'EXPERT : EXPLICATION ET DEROULEMENT DE LA METHODE DELPHI**

Chers confrères, chères consœurs,

Le comité de pilotage de l'étude vous a sélectionné en votre qualité d'expert.

Le terme d'expert ne doit pas vous faire croire que cette méthode est réservée à la consultation d'autorité scientifique de haut rang <sup>(1)</sup>.

Peut être considérée comme expert toute personne représentative de la profession, disposant de connaissances relatives sur le sujet étudié, pouvant représenter le point de vue de ses semblables relativement impartiaux mais intéressés et impliqués dans la problématique abordée <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>.

En cette qualité d'expert, nous vous serions reconnaissants d'apporter votre participation à notre étude Contraception et Communication.

Veillez trouver, ci-joint, la présentation et le déroulement de la méthode DELPHI. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions.

Ludivine MAGNAT

### **PRESENTATION ET DEROULEMENT DE LA METHODE DELPHI**

La méthode DELPHI appartient à la famille des **méthodes de consensus**. Elle permet de produire des estimations quantitatives à partir d'une approche qualitative <sup>(3)</sup>. Elle a pour but de regrouper l'avis d'un panel d'experts sur un sujet précis.

Elle consiste en l'administration successive de questionnaires structurés qui sont modifiés à chaque tour et conditionnés par les résultats et les commentaires des experts des tours précédents <sup>(2)</sup> afin d'aboutir à un **avis final, unique et convergeant** du groupe <sup>(4)</sup>.

La méthode DELPHI est caractérisée par la notion **d'anonymat des experts**. Votre identité est connue uniquement du groupe du pilotage. Vos réponses sont anonymes pour le reste du groupe.

En effet, vous n'êtes jamais réunis physiquement et il y a une absence de communication entre vous. Cela vous permet de vous exprimer librement et d'éviter toute influence basée sur la personnalité ou le statut des participants <sup>(5)</sup> et d'éviter également le leader d'opinion et les conflits d'intérêt <sup>(3)</sup>.

C'est une procédure **itérative, contrôlée et anonyme**.

Un questionnaire structuré vous sera envoyé de façon individuelle par courrier électronique.

La mise en place d'une échelle est nécessaire pour permettre vos réponses statistiques, c'est uniquement sur cette base que vous pourrez réviser votre opinion <sup>(6)</sup>.

Dans notre étude, nous avons décidé d'utiliser comme règle de cotation et d'analyse des réponses celles utilisées par l'HAS lors de l'élaboration de recommandations de bonne pratique selon la méthode « Recommandations par consensus formalisé <sup>(4)</sup>. »

La règle de cotation utilisé est l'Echelle de Likert qui est une échelle numérique, discrète, discontinue, graduée de 1 à 9.

La cotation 1 signifie que le cotateur trouve la proposition totalement inappropriée.

La cotation 9 signifie que le cotateur trouve la proposition totalement appropriée.

Les cotations de 2 à 8 correspondent à des situations intermédiaires possibles

La cotation 5 correspond à l'indécision du cotateur.

Le cotateur doit donner impérativement une réponse en cochant l'un des chiffres entre 1 et 9.

Les réponses situées entre deux chiffres ou englobant deux chiffres ne sont pas acceptées.

Vous aurez également une case de commentaire pour chaque item afin de recueillir vos éventuels commentaires.

Notre objectif sera de réduire progressivement le nombre d'items présentés en ne retenant que ceux faisant consensus <sup>(2)</sup>.

A la fin du premier tour, le comité de pilotage analyse et synthétise les réponses individuelles avec sélection ou éviction des items du questionnaire en fonction des règles d'arrêt ou de décision <sup>(7)</sup>.

Il y a un **suivi contrôlé**. En effet, à chaque tour, vous recevez les résultats du groupe sous la forme de données quantitatives (médiane) et qualitatives (commentaires ou justificatifs formulés par les experts de façon anonyme) ainsi qu'un rappel de votre propre réponse pour les propositions où un consensus n'a pas été obtenu. Cela vous permet de réévaluer votre degré d'accord lors du questionnaire suivant.

Cette procédure basée sur la rétroaction évite la confrontation entre vous et préserve votre anonymat.

Ces résultats sont inclus dans une nouvelle version du questionnaire qui vous est de nouveau soumis <sup>(3)</sup> avec les mêmes règles de cotation que celui du premier questionnaire.

A chaque tour, le questionnaire est donc modifié en fonction des réponses des experts afin d'aboutir à un consensus sur le sujet. C'est **une procédure itérative**.

Afin de limiter l'épuisement des participants, le nombre de tours d'enquêtes est généralement limité à trois <sup>(2)</sup>.

La procédure DELPHI est interrompue lorsqu'une **convergence d'opinion** est atteinte (consensus), en cas de stabilité des réponses entre deux tours ou en cas de diminution du nombre de tour <sup>(3)</sup>.

## **Bibliographie :**

1. ORSAS -Lorraine. Méthode Delphi-Dossier documentaire [en ligne]. 2009 [cité le 24 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.orsas.fr/etudes/category/38-methodologie.html?download=119:016-delphi>.
2. KrucienN. Analyse de la qualité de l'offre de soin de médecine générale du point de vue des patients [thèse de doctorat] [thèse en ligne]. Paris : Université Paris Sud 11 ; 2012.238p. [cité le 22 juin 2017] Disponible sur <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00807172>
3. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer [en ligne] 2011 ;99 :170-7. [cité le 22 avril 2017]. Disponible sur <https://www.exercer.fr/numero/99/page/170/>
4. HAS Santé. Guide méthodologique. Elaboration de recommandation de bonne pratique. Méthode « Recommandation par consensus formalisé ». [en ligne]. Décembre 2010, mise à jour Mars 2015. [cité le 22 mai 2017]. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide\\_methodologique\\_consensus\\_formalise.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf)
5. Baille P, Fallery B, Girard A. La méthode Delphi pour définir les accords et les controverses : application à l'innovation dans la traçabilité et dans le e-recrutement. In :18ème Colloque de l'Association Information et Management (AIM) [en ligne]. Lyon, France ;2013 :1-22. [cité le 22 juin 2017]. Disponible sur <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00845535>.
6. Bejar Y. Publication d'informations sur le capital immatériel et attentes des investisseurs : une étude exploratoire par la méthode Delphi. Comptabilité-Contrôle-Audit [en ligne] 2009,15(2) :165-92. [cité le 22 juin 2017]. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-comptabilite-controle-audit-2009-2-page-165.htm>.
7. Hamel E. Elaboration d'une liste d'objectifs pédagogiques hiérarchisés et spécifiques pour la formation des internes de médecine générale en stage aux urgences. Une étude qualitative par la méthode DELPHI modifiée menée en Poitou- Charentes en 2014 [Thèse de doctorat] [thèse en ligne]. Poitiers : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers ;2015.237p. [cité le 1er juillet 2017]. Disponible sur <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/fa1f37c8-3f9f-4ac3-a3a6-41a011631e72>

## **7.5 ANNEXE 5 : Formulaire de consentement à l'intention des experts**

### **ETUDE CONTRACPETION ET COMMUNICATION**

*Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous rappelle le but de ce projet de thèse et son déroulement. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.*

#### **INVESTIGATEUR DU PROJET**

MAGNAT Ludivine, remplaçante en Médecine Générale, dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du doctorat en Médecine Générale à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Dr VICTOR CHAPLET Valérie, directrice de thèse, Maître de conférence associé au sein du Département de Médecine Générale de Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

#### **BUT DE L'ETUDE**

Le but de l'étude est d'élaborer une grille utile pour mener une consultation de contraception pour les internes de médecine générale. Cette grille sera inspirée de la grille CALGARY-CAMBRIDGE qui inclut les processus de communication et les spécificités de la méthode BERCER.

La validation des items de la grille se fera via la méthode DELPHI.

#### **DEROULEMENT DE LA PARTICIPATION**

La participation se fera uniquement par courriel électronique. Un tour dure un mois durant lequel mon rôle consistera à remplir un questionnaire via une échelle numérique graduée de 0 à 9 et à émettre mes éventuels commentaires ou remarques.

#### **AVANTAGES, RISQUES et INCONVENIENTS**

Il n'y a pas de risque et d'inconvénient à participer à cette étude.

Il n'y a pas d'avantage en retour mais mon aide est précieuse pour la poursuite du projet.

#### **CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMATS**

Les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles seront anonymisées.

Je peux à tout moment avoir accès à mes données et les rectifier.

Mes données ne seront pas communiquées aux autres participants. Mon identité n'apparaîtra pas dans la rédaction de la thèse.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE**

Ma participation à l'étude Contraception et Communication est volontaire. A la signature du formulaire de consentement, je m'engage à poursuivre la procédure jusqu'à la fin afin de ne pas nuire à la fiabilité de l'étude.

## **DROIT DE RETRAIT**

Si je décide de mettre fin à tout moment à ma participation, il n'y aura pas de préjudice pour moi. Je peux refuser de répondre à certaines questions sans conséquence négative pour moi et sans avoir à me justifier.

En cas de retrait de l'étude, le chercheur vérifiera auprès de moi si j'accepte que mes données soient conservées pour l'étude ou si je préfère qu'elles soient détruites.

## **ACCEPTATION**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Contraception et Communication » menée par Ludivine MAGNAT sous la supervision du Dr Valérie VICTOR-CHAPLET. J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je m'engage à répondre en conscience à l'ensemble des questionnaires qui me seront adressés. Je m'engage dans la mesure de mes moyens à aller jusqu'au bout de l'étude.

Fait en deux exemplaires dont l'un m'est destinée.

Fait....., le ...../...../2017.

Signature de l'expert :

**7.6 ANNEXE 6 : Tableau des conditions d'obtention d'un accord entre experts et jugement retenu, selon la valeur de la médiane et la répartition des cotations prises en compte**

Proposition jugée	Degré d'accord du groupe	Conditions d'obtention	
		Valeur de la médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle
Appropriée	Accord fort	$\geq 7$	[7 – 9]
	Accord relatif	$\geq 7$	[5 – 9]
Inappropriée	Accord fort	$\leq 3$	[1 – 3]
	Accord relatif	$\leq 3,5$	[1 – 5]
Incertaine	Indécision	$4 \leq \text{médiane} \leq 6,5$	[1 – 9]
	Absence de consensus	Toutes les autres situations	

**Bibliographie :**

HAS Santé. Guide méthodologique. Elaboration de recommandation de bonne pratique. Méthode « Recommandation par consensus formalisé ». [en ligne]. Décembre 2010, mise à jour Mars 2015 [cité le 22 mai 2017] Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide\\_methodologique\\_consensus\\_formalise.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf).

## **7.7 ANNEXE 7 : Grille définitive**

### **I. BIENVENUE**

« C'est le temps d'accueil de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement de la consultation. <sup>(1)</sup> »

#### **A. Temps d'accueil**

1. Salue la patiente
2. Se présente si l'intervenant n'est pas connu de la patiente
3. Accueille la patiente avec respect
4. Si adolescente et accompagnée de ses parents, lui propose un temps de consultation uniquement pour elle.

#### **B. Détermine les motifs de consultations**

1. Détermine par une question d'ouverture les problèmes que la patiente souhaite aborder (Ex : « Que puis-je faire pour vous, qu'est-ce qui vous amène ? »)
2. Écoute attentivement les énoncées de la patiente
3. Confirme le motif de consultation de la patiente (Ex : « Si j'ai bien compris, votre demande est la suivante... »)
4. Encourage la patiente à poser des questions (Ex : « Avez-vous des questions ? »)

#### **5. Si adolescente <sup>(1)(2)(3)(4)</sup> :**

- 5a. Il lui explique le déroulement de la consultation et que selon les recommandations existantes, il n'y aura pas d'examen gynécologique systématique.
- 5b. Il l'a rassure sur la confidentialité de la consultation
- 5c. Si adolescente consulte seule, il l'informe de la possibilité d'une prescription anonyme et sans frais.

### **II. ENTRETIEN**

« C'est le temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé <sup>(1)</sup>. Il recueille également les informations médicales nécessaires <sup>(1)</sup>. »

#### **A. Temps de recueil d'information et d'expression de la femme : diagnostic éducatif**

##### **a. Ce qu'elle a (dimension biomédicale)**

1. Antécédents personnels ou familiaux (Ex : thromboembolique, HTA, facteur de risque cardiovasculaire, syndrome métabolique, migraine, cancer hormono-dépendant)
2. Antécédents gynécologiques personnels (Ex : date des premières règles, date des dernières règles grossesse, IVG, fausse couche, parité)
3. Contraception actuelle
4. Expériences précédentes de contraception (Ex : méthodes utilisées, durée d'utilisation motif d'arrêt, problèmes rencontrés)
5. Symptômes de pré-ménopause si âge supérieure à 45 ans.
6. Antécédents d'infections sexuellement transmissible
7. Traitement au long cours

8. Date du dernier frottis cervico-vaginal si âge supérieure à 25 ans <sup>(6)</sup>
9. Date de la dernière mammographie si antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein
10. Vérification des vaccinations (Hépatite B, rubéole, HPV)
11. Signes fonctionnels gynécologiques (*Ex : durée, régularité du cycle, abondance des menstruations, dysménorrhée, syndrome pré menstruel, métrorragie, douleur pelvienne, leucorrhée, mastodynie, dyspareunie*)

**b. Ce qu'elle fait (dimension psycho-sociale)**

1. Sa situation professionnelle
2. Sa situation familiale
3. Sa consommation éventuelle de tabac, d'alcool, d'autres toxiques et ses addictions éventuelles.

**c. Ce qu'elle fait (dimension cognitive)**

1. Ses connaissances en matière de contraception (*Ex : méthodes disponibles, utilisations, effets indésirables, ses sources d'information*)

**d. Ce qu'elle croit (dimension cognitive)**

1. Ses croyances relatives aux bienfaits ou méfaits des méthodes de contraception « sa vision des choses » (*Ex : « Que craignez-vous plus avec la contraception ? Quelle sorte de contraception vous conviendrait le mieux ? »*)
2. Ses croyances liées à sa culture, à sa situation familiale, à son éducation, à sa religion, à son parcours et à ses représentations (*Ex : « Quelles idées vous faites-vous de la contraception ? Et dans votre entourage proche (famille ou partenaire) quelles idées avez-vous entendues ? »*)

**e. Ce qu'elle ressent (dimension psychoaffective)**

1. Vis-à-vis de la contraception (*Ex : « Avez-vous des inquiétudes à me signaler par rapport à l'utilisation de la contraception ? »*)
2. Vis-à-vis de sa sexualité (*Ex : « Il y a-t-il des choses à signaler en ce qui concerne votre vie sexuelle ? Des choses dont vous voudriez parler en particuliers d'éventuelles violences sexuelles ? »*)

**III. EXAMEN PHYSIQUE**

**A. Communiquer lors de l'examen clinique**

1. Explique le déroulement de l'examen
2. Demande la permission de la patiente
3. Respecte la patiente et sa pudeur
4. Commente les résultats de l'examen clinique avec la patiente

**Examen clinique** <sup>(3)(4)(5)</sup>

1. Prise de constantes : TA, poids
2. Examen gynécologique sous spéculum uniquement si nécessité de réaliser un frottis cervico-vaginal ou en fonction de l'anamnèse

3. Si adolescente <sup>(1)(2)(3)(4)</sup>

- 3a. Rappelle que l'examen peut être différé (sauf si la patiente présente des symptômes ou a des antécédents qui le nécessite ou si cette dernière veut être rassurée sur la normalité de son développement sexuel et pubertaire)
- 3b. La rassure sur les inquiétudes qu'elle peut avoir sur sa transformation physique.

#### **IV. RENSEIGNEMENT**

« Il informe de manière claire, précise et personnalisée des méthodes qui peuvent être proposées<sup>(2)</sup>. Il s'assure également de la bonne compréhension des informations<sup>(1)</sup>. »

##### **A. Délivre une information orale et/ou écrite**

1. Explique de façon brève les différentes méthodes de contraception<sup>(2)(3)(4)(5)(7)(8)</sup>
2. Demande quelles méthodes intéressent la patiente
3. Explique les méthodes qui intéressent la patiente :
  - 3a. Méthode d'utilisation
  - 3b. Effets secondaires
  - 3c. Avantages des différentes méthodes de contraception
  - 3d. Inconvénients des différentes méthodes de contraception
  - 3e. Informe des méthodes remboursées et non remboursées et de la possibilité de prise en charge par certaines mutuelles.
4. Informe des options alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle.
5. La rassure sur d'éventuelles craintes mentionnées (prise de poids, acné, impact sur les règles, retour de la fertilité...)
6. Information ciblée sur les préservatifs :
  - 6a. Évalue la possibilité d'une réticence à leur utilisation
  - 6b. Rappelle que le préservatif est le seul moyen de prévention contre les infections sexuellement transmissibles
  - 6c. Encourage leur utilisation selon la sexualité de la patiente
7. Selon la disponibilité au cabinet, s'aide d'échantillons de démonstration (DIU, implant, anneau vaginal, pilule) et/ou de supports écrits en format papier ou informatique (chosirsacontraception.fr, goubliemapilule.com)
8. Donne les indications de la réalisation d'un frottis cervico vaginal
9. Donne les indications de la prescription du bilan biologique en fonction du contexte
10. Si adolescente, explique quand sera réalisé le premier frottis cervico-vaginal et sa fréquence
11. S'assure au final de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes qui intéressent la patiente.

## **V.CHOIX**

« Il précise à la consultante que le choix de la méthode lui appartient, après avoir envisagé avec elle sa situation personnelle, ses préférences, les bénéfices et les risques des méthodes. Il la réoriente vers une autre méthode Si celle qui est choisie n'est pas dénuée de risques<sup>(2)</sup>. »

### **A. Aide à la décision finale : intègre la perspective de la patiente (arrive à une compréhension partagée)**

1. A partir des explications fournies, se met d'accord avec la patiente sur le moyen choisi.  
« Parmi les différentes méthodes dont on vient de parler, il y en a-t-il une qui vous intéresse plus particulièrement ou que vous souhaitez approfondir ? »
2. Aide la patiente à identifier ses propres ressources qui lui permettront de s'approprier au mieux la méthode choisie « Quelle routine comptez-vous mettre en place pour la prise quotidienne de votre pilule ? »

### **B. Arrive à une décision partagée : confirmation du choix**

1. Rappelle que la décision finale revient à la patiente en l'absence de contre-indication médicale  
« Je vous rappelle que la décision finale vous revient »
2. S'assure de l'adhésion de la patiente sur la méthode choisie
3. S'assure de l'adaptation de la méthode à son mode de vie
4. Réoriente la patiente vers une autre méthode si celle qui est choisie n'est pas adaptée à ses risques
5. S'assure du plein accord de la patiente si réorientation

#### **6. Si adolescente**<sup>(1)(2)(3)(4)(9)</sup>

- 6a. Lui rappelle qu'elle n'a pas besoin d'obtenir le consentement de ses parents pour la prescription, la délivrance ou l'administration d'un contraceptif.
- 6b. Lui rappelle qu'il est tenu au secret médical.
- 6c. Si les parents ne sont pas au courant de la prise de rendez-vous de l'adolescente et du motif de consultation,
  - 6c1. Lui rappelle la possibilité de l'anonymat au cours du parcours contraceptifs (*feuille de soin pour la consultation, la facturation à la pharmacie, l'ordonnance, les examens biologiques*)
  - 6c2. Lui rappelle la possibilité de la gratuité des consultations et des examens biologiques.
  - 6c3. Lui rappelle la possibilité de la délivrance gratuite et anonyme de la contraception à la pharmacie

## **VI. EXPLICATION**

« Il explique les modalités d'utilisation de la méthode choisie : démonstration, association de la prise de pilule à un geste de routine, indication de la conduite à tenir dans certaines situations (oubli, effets indésirables...), modalités pratiques de recours à une contraception de rattrapage <sup>(2)</sup>. Il aborde également les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante <sup>(1)</sup>.

### **A. Etape d'apprentissage** <sup>(2)(3)(4)(5)(8)</sup>

1. Explique la méthode choisie
2. Explique l'utilisation de la méthode choisie
3. Aborde les effets indésirables (*Ex : spotting les premiers mois, augmentation des règles sous stérilet*)

#### **4. Si adolescente** <sup>(1)(2)(3)(4)</sup>

- 4a. Explique le risque de grossesse dès l'existence des premières règles et dès les premiers rapports sexuels.
- 4b. Ré-évoque la notion de consentement entre les partenaires.
- 4c. Reparle de l'importance de refuser un rapport sexuel non désiré.

### **B. Etape de prévention** <sup>(2)(3)(4)(8) (10)</sup>

1. Informe des possibilités de rattrapage si oubli
2. Rédige une prescription anticipée de contraception d'urgence si adaptée à la contraception choisie
3. Délivre une information sur les infections sexuelles transmissibles <sup>(7) (11)</sup>
4. **Explication des raisons qui doivent la faire revenir :**

- 4a. Apparition d'effets indésirables (*absences d'hémorragie de privation, ménométrorragie, leucorrhée, douleurs pelviennes, céphalées inhabituelles*)
- 4b. La survenue d'événements personnels ou familiaux nouveaux (*HTA, diabète, épisodes thromboembolique*)

5. Délivre des brochures à la patiente ou l'informe sur des sites internet utiles (*site informatique : [goubliemapilule.fr](http://goubliemapilule.fr), [choisirsacontraception.fr](http://choisirsacontraception.fr), [monurgencepilule.fr](http://monurgencepilule.fr), [santépubliquefrance.fr](http://santépubliquefrance.fr)*)

#### **6. Si adolescente** <sup>(9)</sup>

- 6a. Informe sur la délivrance gratuite et anonyme sans prescription médicale de la contraception d'urgence à la pharmacie, à l'infirmerie scolaire et dans des centres de planification ou d'éducation familiale avec gratuité pour les adolescentes de 15 à 18 ans.

### **C. Planification des prochaines étapes**

1. Informe la patiente dans quel délai il est nécessaire de reprendre rendez vous
2. Vérifie qu'elle n'a plus de questions et qu'elle a bien compris les informations
3. Si adolescente entre 15 et 18 ans, applique la cotation spécifique pour une première consultation de contraception et conseille sur les MST : CCP <sup>(12)</sup>

## **VII.RETOUR**

*« Il organise les visites de suivi qui permettront d'évaluer l'adéquation de la méthode et l'observance de celle-ci, d'apporter si besoin des compléments d'information Et d'aider si nécessaire la consultante à choisir une autre méthode<sup>(2)</sup>. »*

### **A. Réévaluation de la méthode**

- 1.Vérifie la tolérance de la méthode
- 2.Vérifie son utilisation
- 3.Modifie la méthode si cette dernière n'est plus adaptée
- 4.S'enquiert de la satisfaction de la patiente
- 5.Vérifie si la méthode est toujours adaptée à la vie quotidienne de la patiente
- 6.Prend en compte les modifications des trajectoires de la patiente (sociale, affective et individuelle)

### **B. Etape de modification (si nécessaire)<sup>(3)</sup>**

- 1.Change de méthode en tenant compte des modifications médicales et/ou psycho-sociale (*Ex : inadapté : tolérance, effet indésirable ou non efficace*)
2. Réévalue l'adéquation de la méthode utilisée si patientes âgées de plus de 35 ans (tabac et autres facteurs de risque cardiovasculaire)

### **C. Etape de questions/réponses**

- 1.Répond aux questions de la patiente
- 2.Résout les problèmes que la patiente a pu rencontrer dans l'intervalle des deux consultations
- 3.Evoque des points qui n'ont pas pu être soulevé lors de la précédente consultation.

### **D. Etape de planification**

- 1.L'informe du déroulement du suivi à l'avenir

## **VIII.COMMUNICATION TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE<sup>(13)</sup>**

### **A. Ecoute active**

#### ***a. Facilite verbalement l'expression de la patiente***

- 1.Encourage l'expression des besoins de la patiente (*hochement de tête, mimiques, expressions brèves*)
- 2.Encourage l'expression des problèmes de la patiente (« oui... », « continuez », « hum »)
- 3.N'interrompt pas la patiente
- 4.Prête intérêt aux dires de la patiente (« J'ai bien entendu ce que vous avez dit », « J'ai bien pris en compte vos problèmes »)

### ***b. Facilite l'expression non verbale***

1. Adopte une expression ouverte sur le visage
2. Contrôle le débit de la voix

### ***c. Le temps des questions***

1. Pose des questions ouvertes (« *Je vois, pouvez-vous m'en dire plus ?* »)
2. Pose des questions fermées (« *Quelle est la date de vos dernières règles ?* »)
3. Pose une question à la fois
4. Pose des questions adéquates (adaptée à la patiente et son niveau de compréhension)
5. Utilise des mots compréhensibles par la patiente
6. Répond aux questions de façon adaptée
7. Encourage la patiente à poser des questions

### ***d. Reformulation/clarification***

1. Clarifie les dires de la patiente qui sont ambigus (ou qui nécessitent plus de précision)

## **B. Fournit la quantité et le type d'information adéquats**

### **1. Délivre une information**

- 1a. Claire
- 1b. Compréhensible
2. S'assure de la bonne compréhension des informations délivrées « *Avez-vous bien compris ce que je vous ai expliqué ?* »
3. Demande à la patiente quelle autre information lui serait utile « *Avez-vous besoin d'autres informations ?* »

## **Bibliographie :**

### **Références bibliographiques pour les internes :**

1. INPES Santé Publique France. Repère pour votre pratique - Comment aider une femme à choisir sa contraception. [en ligne]. 2013 [cité le 25 avril 2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
2. Ministère des solidarités de la santé et de la famille. Contraception : pour une prescription adaptée [en ligne]. 2006 [cité le 22 avril 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_contraception.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf)
3. INPES Santé Publique France. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandation pour la pratique clinique. [en ligne]. 2004 [cité le 22 avril 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
4. HAS Santé. Contraception chez la femme et chez l'homme [en ligne]. 2013 [cité le 21 avril 2016]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception\\_fiches\\_memo\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf)
5. HAS. Méthode contraceptive. Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [en ligne]. 2013 [cité le 20 avril 2016]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)

6. Institut national du cancer. Recommandation et outil d'aide à la pratique - Dépistage du cancer du col de l'utérus [en ligne] [cité le 23 avril 2016]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
7. Santé publique France. Repère pour votre pratique-Dépistage du VIH et des MST [en ligne]. 2007[cité le 10 avril 2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf>
8. INPES Santé Publique France. Les françaises utilisent t'elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [en ligne]. 2011 [cité le 20 avril 2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
9. Améli.fr pour les pharmaciens. Contraception [en ligne]. 2017 [cité le 1<sup>er</sup> mai 2016]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>
10. HAS Santé. Fiche mémo : Contraception d'urgence [en ligne]. 2013[cité le 22 avril 2016]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
11. INPES Santé Publique France. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Informations et ressources pour les professionnels de santé [en ligne]. 2011[cité le 2 mai 2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
12. Le Syndicat des Médecins Généralistes MG France. 2016, une convention pour la médecine générale ? [en ligne]. 2016[cité le 3 mai 2016]. Disponible sur <https://www.mgfrance.org/index.php/services/lettre-aux-generalistes/1422-speciale-convention>
13. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M. Grille de Calgary Cambridge de l'entrevue médicale- les processus de communication [en ligne]. 2004 [cité le 20 mai 2017]. Disponible sur : <https://crgealsacedotorg.files.wordpress.com/2016/03/grille-de-calgary-cambridge.pdf>

**Sites à proposer aux patients :**

14. Aide au choix de la contraception : [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr)
15. Conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule ou d'accidents contraceptifs : [www.g-oubliepilule.com](http://www.g-oubliepilule.com), [www.monurgencepilule.fr](http://www.monurgencepilule.fr)
16. Information sur les infections sexuellement transmissibles : [www.info-ist.fr](http://www.info-ist.fr)
17. Information générale sur la sexualité et la contraception : [www.onsexprime.fr](http://www.onsexprime.fr)
18. Site d'information pour les jeunes de 12 à 25 ans : [www.filssantejeune.com](http://www.filssantejeune.com)
19. Site du planning familial: [www.planningfamiliaux.org](http://www.planningfamiliaux.org)

**7.8 ANNEXE 8 : Résultats des trois tours DELPHI (sur CD-ROM)**



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



## 8. SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

