



HAL
open science

Impact d'une intervention concernant la contraception d'urgence sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes

Magdalena Majzner

► **To cite this version:**

Magdalena Majzner. Impact d'une intervention concernant la contraception d'urgence sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01080118

HAL Id: dumas-01080118

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01080118>

Submitted on 4 Nov 2014

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN
MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Magdalena MAJZNER

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2014

IMPACT D'UNE INTERVENTION
CONCERNANT LA CONTRACEPTION
D'URGENCE SUR LES CONNAISSANCES
ET LES PRATIQUES DES MEDECINS
GENERALISTES.

PRESIDENT DU JURY : PROFESSEUR Eric VERSPYCK

DIRECTEUR DE THESE : DOCTEUR Elisabeth MAUVIARD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Pierre **FREGER**

ASSESSEURS :

Professeur Michel **GUERBET**
Professeur Benoît **VEBER**
Professeur Pascal **JOLY**

DOYENS HONORAIRES:

Professeur J. **BORDE**
Professeur Ph. **LAURET**
Professeur H. **PIGUET**
Professeur C. **THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES:

M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -
M.BENOZIO - J.BORDE - P. BRASSEUR -
R.COLIN - E. COMOY - J. DALION -DESHAYES
C. FESSARD – J.P FILLASTRE -
P.FRIGOT - J.GARNIER - J. HEMET - B.HILLEMAND -
G. HUMBERT - J.M.JOUANY - R. LAUMONIER –
Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P.LEMERCIER -
J.P LEMOINE – H. MAGARD - B. MAITROT -
M.MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF -
A-M.ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET -
M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS -
J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF J.TESTART -
J.M. THOMINE - C. THUILLEZ -P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I MEDECINE

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCH	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCH	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean- Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART CRMPR (<i>surnombre</i>)		Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation Chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Épidémiologie, économie de la Santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/ Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	ORL
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine –Interne - Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique -Traumatologique
M. Fabrice DUPARC Traumatologique	HCN	Anatomie – Chirurgie Orthopédique et
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation Chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD (Mise en dispo)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (Surnombre)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochimie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie

Mme Elisabeth **SEGUIN**
M. Rémi **VARIN CARON (PU-PH)**
M Jean-Marie **VAUGEOIS**
M. Philippe **VERITE**

Pharmacognosie
Pharmacie clinique
Pharmacologie
Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**
Mme Dominique **BOUCHER**
M. Frédéric **BOUNOURE**
M. Abdeslam **CHAGRAOUI**
M. Jean **CHASTANG**
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**
la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**
Mme Cécile **CORBIERE**
M. Eric **DITTMAR**
Mme Nathalie **DOURMAP**
Mme Isabelle **DUBUC**
M. Abdelhakim **ELOMRI**
M. François **ESTOUR**
M. Gilles **GARGALA (MCU-PH)**
Mme Naja **GHARBI**
Mme Marie-Laure **GROULT**
M. Hervé **HUE**
Mme Laetitia **LE GOFF**
Mme **Hong LU**
Mme Sabine **MENAGER**
Mme Christelle **MONTEIL**
M. Mohamed **SKIBA**
Mme Malika **SKIBA**
Mme Christine **THARASSE**
M. Frédéric **ZIEGLER**

Chimie Générale et Minérale
Pharmacologie
Pharmacie Galénique
Physiologie
Biomathématiques
Législation pharmaceutique et économie de

Botanique
Biochimie
Biophysique
Pharmacologie
Pharmacologie
Pharmacognosie
Chimie Organique
Parasitologie
Chimie analytique
Botanique
Biophysique et Mathématiques
Parasitologie Immunologie
Biologie
Chimie organique
Toxicologie
Pharmacie Galénique
Pharmacie Galénique
Chimie thérapeutique
Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**
M. Jean-François **HOUIVET**

Pharmacie officinale
Pharmacie officinale

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**
M. Thierry **WABLE**

Anglais
Communication

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

M. Jérémie **MARTINET**

Immunologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme. Imane **EL MEOUCHE**
Mme Juliette **GAUTIER**
M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Bactériologie
Pharmacie galénique
Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**
M. Thierry **BESSON**
M. Roland **CAPRON**
M. Jean **CHASTANG**
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**
Mme Elisabeth **CHOSSON**
M. Jean-Jacques **BONNET**
Mme Isabelle **DUBUS**
M. Loïc **FAVENNEC**
M. Michel **GUERBET**
M. Olivier **LAFONT**
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**
Mme Martine **PESTEL-CARON**
Mme Elisabeth **SEGUIN**
M. Mohamed **SKIBA**
M. Rémi **VARIN**
M. Philippe **VERITE**

Chimie Générale et minérale
Chimie thérapeutique
Biophysique
Mathématiques
Législation et économie de la santé
Botanique
Pharmacodynamie
Biochimie
Parasitologie
Toxicologie
Chimie organique
Physiologie
Microbiologie
Pharmacognosie
Pharmacie galénique
Pharmacie clinique
Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER**
M. Alain **MERCIER**
M. Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale
UFR Médecine générale
UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Emmanuel **LEFEBVRE**
Mme Elisabeth **MAUVIARD**
Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale
UFR Médecine générale
UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle
CB - Centre HENRI BECQUEREL
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation
HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par la délibération du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Eric VERSPYCK,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et mon profond respect.

A Madame le Professeur Nathalie RIVES,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Véronique MERLE,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Elisabeth MAUVIARD,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre aide, votre soutien, votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et mon profond respect.

Remerciements à l'ensemble des experts qui ont participé à la réalisation de cette thèse :

Dr P. Fainsilber, Dr A. Libert, Dr JP Mairesse, Dr P. Reynaud, Dr L. Berel,
Dr C. Alligier.

Remerciements aux groupes de formation médicale continue des Dr T. Thueux et
Dr C. Boyer.

Remerciements aux groupes de qualité des Dr S. Ozanne, Dr S. Aulanier et
Dr R. Hedouin.

A tous les médecins qui ont participé à l'étude.

Au Dr P. Fainsilber qui m'a donné le goût de la médecine générale.

A mes maîtres de stage: Dr Swartebroeckx, Dr Mauviard, Dr Reynaud, Dr Lefebvre,
Dr Razafy, Dr Geneau, Dr Manière, pour votre accueil et votre participation à ma
formation médicale.

A toute l'équipe de service de gynécologie de CHI d'Evreux.

A Benoit,
Pour sa présence, son aide et son soutien.

A Laurence, pour sa relecture et sa correction rigoureuse.

A Karina,
Ma compatriote, pour son soutien en toute circonstance.

A mes amis Silvia, Aleksandra, Ania, Maeva, Delphine, Marek, Manu et Valérie, Julie et Clément qui ont dû me supporter pendant toute cette période de travail.

A tous les amis du Club Alpin Français de Rouen.

A toute ma famille polonaise.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	13
LISTE DES TABLEAUX	16
LISTE DES FIGURES	18
ABREVIATIONS	20
1. INTRODUCTION	21
1.1. CONTEXTE	23
1.2. OBJECTIF	24
2. METHODE	25
2.1. ETAPES DU TRAVAIL	27
2.1.1. CONSTRUCTION DU DIAPORAMA	27
2.1.1.1. ELABORATION D'UN DIAPORAMA SUR LA CU	27
2.1.1.2. TRAVAIL AVEC UN GROUPE D'EXPERTS	28
2.1.1.3. DIAPORAMA DEFINITIF	29
2.1.2. ENQUETE PRE-INTERVENTION (Questionnaire)	41
2.1.3. PRESENTATION DU DIAPORAMA	42
2.1.3.1. RECRUTEMENT DES MEDECINS	42
2.1.3.2. DEROULEMENT DE LA PRESENTATION	42
2.1.4. ENQUETE POST- INTERVENTION	42
2.1.5. ANALYSE STATISTIQUE	43
3. RESULTATS	45
3.1. TAUX DE REPONSES	47
3.2. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS	47
3.2.1. REPARTITION PAR SEXE	47
3.2.2. REPARTITION PAR AGE	47
3.2.3. REPARTITION PAR LIEU D'EXERCICE	48
3.3. CONNAISSANCES DES MEDECINS	49
3.3.1. QUESTION N°1	49
3.3.2. QUESTION N°2	49
3.3.3. QUESTION N°3	50
3.3.4. QUESTION N°4	51
3.3.5. QUESTION N°5	51
3.3.6. QUESTION N°6	52
3.3.7. QUESTION N°7	53
3.3.8. QUESTION N°8	53
3.3.9. QUESTION N°9	54

3.3.10. QUESTION N°10	55
3.3.11. QUESTION N°11	55
3.4. PRATIQUES DES MEDECINS	56
3.4.1. QUESTION N°12	56
3.4.2. QUESTION N°13	57
3.4.3. QUESTION N°14	57
3.4.4. QUESTION N°15	58
3.5. SCORE DES CONNAISSANCES DES MEDECINS	59
3.5.1. SCORE GENERAL	59
3.5.2. SCORE PAR SEXE	59
3.5.3. SCORE PAR AGE	59
3.5.4. SCORE PAR LIEU D'EXERCICE	60
3.5.5. CORRELATION ENTRE LE SCORE DES CONNAISSANCES ET LA FREQUENCE DE LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE HORMONALE	60
3.5.6. CORRELATION ENTRE LE SCORE DES CONNAISSANCES ET LA FREQUENCE DE LA PRESCRIPTION DE FACON ANTICIPEE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE HORMONALE	60
3.5.7. CORRELATION ENTRE LE SCORE DES CONNAISSANCES ET LA FREQUENCE DE LA DELIVRANCE D'UNE INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE	60
4. DISCUSSION	61
4.1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	63
4.1.1. DIAPORAMA	63
4.1.2. ECHANTILLON	63
4.1.3. QUESTIONNAIRE	63
4.2. RESULTATS DE L'ETUDE	64
4.2.1. CONNAISSANCES DES MEDECINS	64
4.2.1.1. MECANISME D'ACTION DU LEVONORGESTREL. Diapositive n°8.	64
4.2.1.2. ALTERNATIVE AU LEVONORGESTREL. Diapositive n°13.	65
4.2.1.3. DELAI D'UTILISATION DU LEVONORGESTREL Diapositive n°8	65
4.2.1.4. INDICATIONS D'UTILISATION DU LEVONORGESTREL Diapositive n°8.	65
4.2.1.5. EFFET DU LEVONORGESTREL SUR LA GROSSESSE. Diapositive n°9.	65
4.2.1.6. ALLAITEMENT. Diapositive n°9.	65
4.2.1.7. MOLECULE RECOMMANDEE EN CUH. Diapositive n°8.	65
4.2.1.8. UTILISATION REPETEE DU LEVONORGESTREL. Diapositive n°8.	66
4.2.1.9. ECHECS DE LA CUH. Diapositive n°20.	66

4.2.1.10. DELIVRANCE DU LEVONORGESTREL. Diapositive n°10.	66
4.2.1.11. PRESCRIPTION ANTICIPEE DU LEVONORGESTREL. Diapositives n°17 et 18.	66
4.2.2. PRATIQUES DES MEDECINS	66
4.3. COMPARAISON AVEC D'AUTRES ETUDES	67
4.4. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE	68
4.5. PROPOSITIONS	68
5. CONCLUSION	69
6. BIBLIOGRAPHIE	73
7. ANNEXES	79
7.1. ANNEXE N°1 : COURRIER N°1	81
7.2. ANNEXE N°2 : COURRIER N°2	82
7.3. ANNEXE N°3 : QUESTIONNAIRE	83
7.4. ANNEXE N°4 : COURRIER N°3	85
SERMENT	87
RESUME	88

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : répartition par sexe	47
Tableau n°2 : répartition par âge	47
Tableau n°3 : lieu d'exercice	48
Tableau n°4 : réponses à la question sur la molécule recommandée en première intention en contraception d'urgence (question n°1)	49
Tableau n°5 : réponses à la question sur la prise du lévonorgestrel pendant l'allaitement (question n°2)	49
Tableau n°6 : réponses à la question sur la période d'utilisation de la contraception d'urgence (question n°3)	50
Tableau n°7 : réponses à la question sur le délai d'efficacité du lévonorgestrel selon l'AMM (question n°4)	51
Tableau n°8 : méthode alternative de la contraception d'urgence chez une nullipare (question n°5)	51
Tableau n°9 : réponses à la question sur les signes d'échec du lévonorgestrel (question n°6)	52
Tableau n°10 : réponses à la question sur l'utilisation répétée du lévonorgestrel au cours du même cycle (question n°7)	53
Tableau n°11 : réponses à la question sur la délivrance du lévonorgestrel sans ordonnance (question n°8)	53
Tableau n°12 : réponses à la question sur l'efficacité du lévonorgestrel après la fécondation (question n°9)	54
Tableau n°13 : réponses à la question sur la prescription anticipée du lévonorgestrel (question n°10)	55
Tableau n°14 : réponses à la question sur l'effet malformatif du lévonorgestrel (question n°11)	55
Tableau n°15 : réponses à la question sur la prescription de la contraception (question n°12)	56
Tableau n°16 : réponses à la question sur la fréquence de prescription de la contraception d'urgence (question n°13)	57
Tableau n°17 : réponses à la question sur la prescription anticipée de la contraception d'urgence (question n°14)	57
Tableau n°18 : réponses à la question sur la fréquence de la délivrance d'information sur la contraception d'urgence (question n°15)	58
Tableau n°19 : score général	59

Tableau n°20 : score par sexe	59
Tableau n°21 : score par âge	59
Tableau n°22 : score par lieu d'exercice	60
Tableau n°23 : corrélation entre le score des connaissances et la fréquence de la prescription de la contraception d'urgence hormonale	60
Tableau n°24 : corrélation entre le score des connaissances et la fréquence de la prescription de façon anticipée la contraception d'urgence hormonale	60
Tableau n°25 : corrélation entre le score des connaissances et la fréquence de la délivrance d'une information sur la contraception d'urgence auprès des patientes	60

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : schéma de principe de l'élaboration du diaporama	28
Figure n°2 : répartition par sexe	47
Figure n°3 : répartition par âge	48
Figure n°4 : lieu d'exercice	48
Figure n°5 : réponses à la question sur la molécule recommandée en première intention en contraception d'urgence (question n°1)	49
Figure n°6 : réponses à la question sur la prise du lévonorgestrel pendant l'allaitement (question n°2)	50
Figure n°7 : réponses à la question sur la période d'utilisation de la contraception d'urgence (question n°3)	50
Figure n°8 : réponses à la question sur le délai d'efficacité du lévonorgestrel selon l'AMM (question n°4)	51
Figure n°9 : méthode alternative de la contraception d'urgence chez une nullipare (question n°5)	52
Figure n°10 : réponses à la question sur les signes d'échec du lévonorgestrel (question n°6)	52
Figure n°11 : réponses à la question sur l'utilisation répétée du lévonorgestrel au cours du même cycle (question n°7)	53
Figure n°12 : réponses à la question sur la délivrance du lévonorgestrel sans ordonnance (question n°8)	54
Figure n°13 : réponses à la question sur l'efficacité du lévonorgestrel après la fécondation (question n°9)	54
Figure n°14 : réponses à la question sur la prescription anticipée du lévonorgestrel (question n°10)	55
Figure n°15 : réponses à la question sur l'effet malformatif du lévonorgestrel (question n°11)	56
Figure n°16 : réponses à la question sur la prescription de la contraception (question n°12)	56
Figure n°17 : réponses à la question sur la fréquence de prescription de la contraception d'urgence (question n°13)	57
Figure n°18 : réponses à la question sur la prescription anticipée de la contraception d'urgence (question n°14)	58
Figure n°19 : réponses à la question sur la fréquence de la délivrance d'information sur la contraception d'urgence (question n°15)	58

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

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

CAT : Conduite à Tenir

CU : Contraception d'Urgence

CUH : Contraception d'Urgence Hormonale

DIU : Dispositif Intra Utérin

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

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National d'Education et de Prévention pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LNG : Lévonorgestrel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE

En France, on note une excellente couverture contraceptive et une grande diversification de moyens contraceptifs.

Selon le baromètre santé 90,2 % des femmes sexuellement actives entre 15 et 49 ans, a un moyen contraceptif. [1]

La méthode la plus utilisée est la contraception hormonale orale. Près de la moitié des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives l'utilise [2].

Pourtant d'après une enquête de la DREES de 2007, 2 femmes sur 3 qui ont subi une IVG utilisaient un moyen contraceptif, celui-ci n'ayant pas fonctionné en raison d'un oubli de pilule ou pour cause d'un accident de préservatif [3]. La gestion de la contraception au quotidien semble difficile.

La France garde un niveau stable des IVG. En 2011, 222 500 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées et même si ce niveau reste à peu près stable depuis plusieurs années le nombre est élevé [3].

Il existe pourtant des méthodes de rattrapage comme la contraception d'urgence. Son accès est facilité depuis 1999, la CUH est disponible en pharmacie sans prescription médicale. Depuis, son utilisation a fortement augmenté. Elle reste cependant à ce jour sous utilisée par rapport au nombre de situations à risques où son usage devrait être fait [4].

La majorité des femmes connaît l'existence de la CUH ; cependant il y a un manque d'informations et de connaissances sur son usage correct [5].

C'est là où le rôle du médecin généraliste est essentiel : l'information sur les possibilités de rattrapage et l'accompagnement des femmes dans leurs choix contraceptifs. Selon l'enquête FECOND 2010, seulement 11% des médecins généralistes parlent de CU lors de la consultation médicale [2].

Il existe de nombreuses réticences au recours à la contraception d'urgence de la part des femmes mais aussi de la part des médecins et d'autres professionnels de santé.

La HAS dans ses recommandations sur la CU signale des freins au niveau des professionnels de santé, comme :

Le manque de perception de son utilité ; le manque d'information fournie par les cliniciens aux femmes ; le manque de connaissances de la contraception d'urgence ; des attitudes moralisatrices notamment de la part des pharmaciens [6].

Pour élaborer ma question de thèse, j'ai particulièrement été inspirée par deux thèses ; La première de Naïmi- Lelong Clotilde [7] et la deuxième de Bah Mariama [8].

Ces deux thèses mettent en avant le manque de connaissances des médecins généralistes sur la contraception d'urgence, leurs réticences et craintes sur ce sujet et donc une information et prescription limitée. Les craintes les plus fréquemment citées dans les deux thèses sont : un développement des comportements à risque

d'IST, un abus d'utilisation de la CU ; l'abandon ou la substitution de la contraception régulière.

Aux vues des différents freins, je me propose de construire un outil d'information sur la CU auprès des médecins généralistes et de vérifier si cet outil peut influencer leurs connaissances et pratiques.

1.2. OBJECTIF

L'objectif de notre travail est de savoir si un outil d'information sur la CU est apte à changer les pratiques des médecins, améliorer leurs connaissances. L'hypothèse étant qu'un médecin avec un bon niveau de connaissances sur la CU, livre plus d'informations aux femmes, prescrit plus de CU.

2. METHODE

Notre travail a consisté dans un premier temps à élaborer de manière raisonnée un outil d'information sous forme d'un diaporama avec un groupe d'experts. Dans un deuxième temps une étude interventionnelle avait pour but de vérifier si cet outil est apte à provoquer des changements de pratique, des connaissances.

Un diaporama a été présenté à des médecins généralistes en exercice au cours d'une soirée de formation continue. Une enquête avant et deux mois après la présentation du diaporama a permis d'évaluer l'impact de celui-ci.

2.1. ETAPES DU TRAVAIL

2.1.1. Elaboration d'un outil d'information (diaporama) sur la CU

2.1.2. Enquête pré-intervention (questionnaire)

2.1.3. Présentation du diaporama à plusieurs groupes de médecins généralistes (5 groupes) au cours de soirées de formation continue

2.1.4. Enquête post- intervention (même questionnaire)

2.1.5. Analyse statistique

2.1.1. CONSTRUCTION DU DIAPORAMA

2.1.1.1. Elaboration d'un diaporama sur la CU

Création d'une trentaine de diapositives basées sur :

- les recommandations HAS concernant la CU
- les publications médicales disponibles via Pubmed®, Science Direct ®
- la base de données Vidal®
- la presse grise : revues Prescrire®, Médecine®
- les textes de lois

Le diaporama comporte des informations sur :

- la contraception en France
- le taux des IVG
- une présentation détaillée de tous les types de contraception d'urgence disponibles en France et tout particulièrement le lévonorgestrel
- une présentation des freins à l'utilisation de CU de la part des patientes et des médecins

2.1.1.2. Travail avec un groupe d'experts

Le groupe d'experts est constitué de six médecins généralistes de Haute Normandie pratiquant la gynécologie dans leurs cabinets. Trois médecins étaient impliqués dans la formation de la médecine générale. La demande de participation à notre travail a été faite auprès de neuf médecins et six d'entre eux ont accepté de travailler bénévolement.

La problématique de l'étude est envoyée par courriel avec la première version d'une trentaine de diapositives (annexe N°1). Il est spécifié que les commentaires des diapositives seront ceux énoncés par le présentateur de manière stable et constante.

Chacun des experts est invité à suggérer des modifications ajouts et retraits. Le retour des réponses se fait par courriel.

L'objectif donné aux experts était la construction d'un diaporama informatif synthétique et efficace en vue d'une bonne mémorisation.

La présentation *Powerpoint* est modifiée en fonction de ces remarques.

Les diapositives corrigées sont renvoyées et il est demandé aux experts de noter chaque diapositive de 1 à 10 (annexe N°2).

Les 20 diapositives les mieux notées par les experts sont sélectionnées.

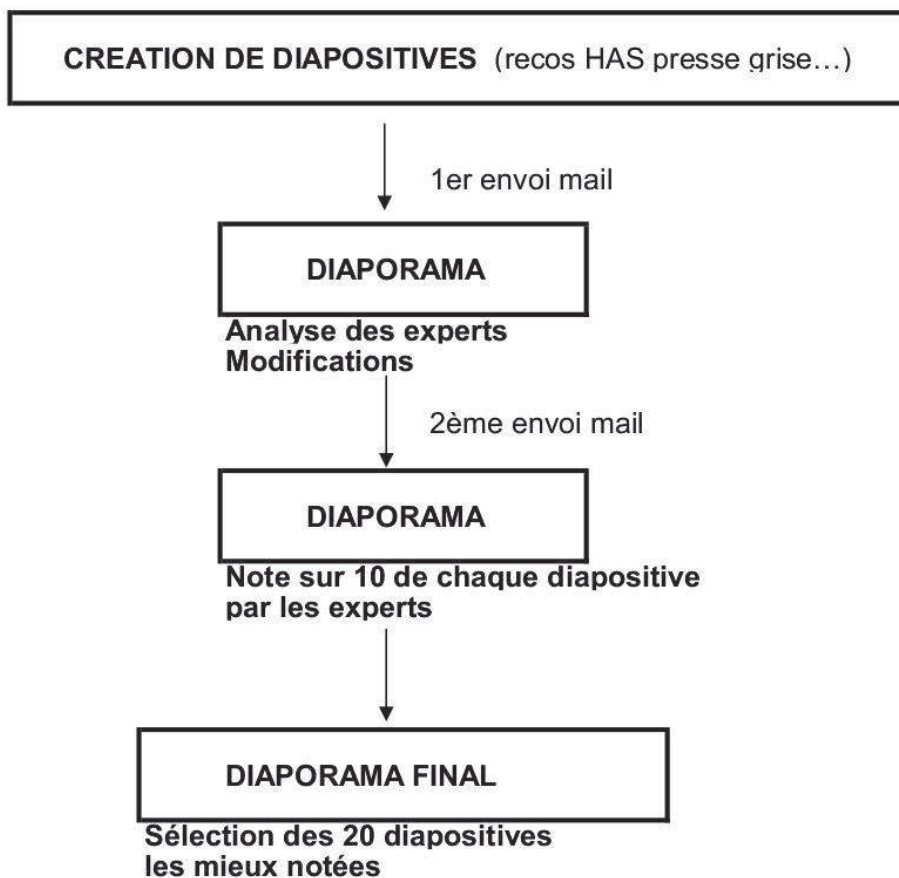


Figure n°1 : Schéma de principe de l'élaboration du diaporama

2.1.1.3. Diaporama définitif

CONTRACEPTION D'URGENCE

Magdalena Majzner : interne en médecine générale (DUMG Rouen)

Diapositive n°1:

UNE CONTRACEPTION D'URGENCE SOUS UTILISEE

- 24 M de rapports à risque de fécondation/an
- 1,3 M de boîtes de contraception d'urgence hormonale vendues en 2010
- 225 000 IVG en 2010

Diapositive n°2:

Une estimation des rapports à risque selon le rapport IGAS 2009. Elle prend en compte la moyenne française des rapports sexuels par mois et le nombre des rapports avec un défaut d'utilisation de la pilule et du préservatif [4].

Un déséquilibre est bien visible.

Contexte épidémiologique en France

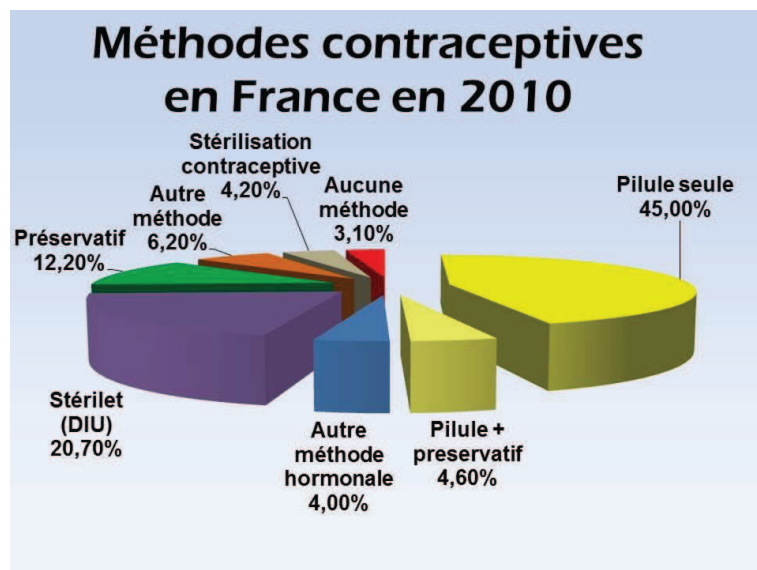
Haute prévalence contraceptive en France

- 90,2 % des femmes sexuellement actives (15-49ans) utilisent un moyen contraceptif
- Pilule méthode la plus utilisée, suivie du DIU, préservatif,...

Diapositive n°3:

La couverture contraceptive en France est satisfaisante et place la France parmi les meilleures au monde. Les méthodes les plus utilisées sont les méthodes médicalisées réversibles [1].

Il existe en France une certaine norme contraceptive - préservatif en début de vie sexuelle souvent en association avec la pilule. Pilule seule dans un cadre d'un couple stable; DIU chez les femmes avec enfants [9].



Diapositive n°4:

Méthodes contraceptives selon une enquête téléphonique FECOND réalisée en 2010 (INSERM, INED) sur un échantillon représentatif de la population. (Femmes de 15-49 ans vivant en France, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels, ne voulant pas d'enfant) [2].

La méthode la plus utilisée est une contraception hormonale orale : la moitié des femmes ; l'autre méthode hormonale concerne: implant, patch contraceptif, anneau

vaginal. Le stérilet est en deuxième position. La troisième méthode est le préservatif. Une autre méthode est représentée par les méthodes naturelles. La stérilisation contraceptive est minime depuis sa légalisation en 2001[2].Le nombre des femmes sans aucune méthode contraceptive reste minime.

A l'opposé de ce modèle français un modèle américain où la stérilisation est une méthode majoritaire [10].

Les résultats de l'étude FECOND 2013 ont été publiés en mai 2014 après ma présentation du diaporama. Une modification des pratiques contraceptives est apparue suite à une polémique médiatique autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. L'utilisation de la contraception hormonale orale est passée de 50% en 2010 à 41% en 2013. Une partie des femmes a adopté d'autres méthodes contraceptives surtout le stérilet (+ 1,9 point par rapport à 2010), le préservatif (+ 3,2 points par rapport à 2010). A noter une augmentation de l'utilisation des méthodes naturelles surtout chez les plus précaires. Le nombre des femmes sans aucune méthode contraceptive est inchangé. La contraception hormonale orale reste majoritaire en 2013 [11].

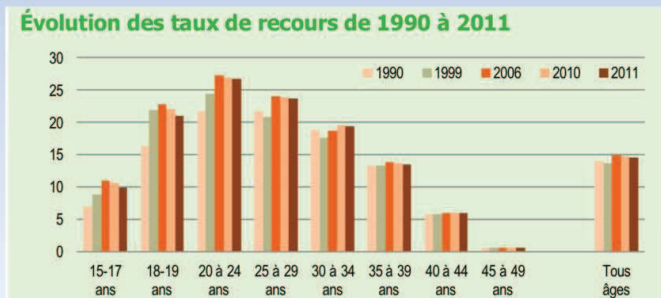
« Paradoxe contraceptif » français

- Le nombre des IVG est stable malgré une diffusion massive des méthodes contraceptives médicalisée
- Échecs de contraceptifs fréquents
- 1 grossesse sur 3 imprévue (dont 60% finissent par IVG)
- 2/3 des grossesses non prévues ont lieu sous contraception (30% sous contraception médicalisée)

Diapositive n°5:

Ce n'est pas la disponibilité de la contraception qui est en cause, mais les difficultés de la gestion de la contraception au quotidien [1, 9]. L'efficacité théorique de la contraception n'est pas égale à une efficacité pratique.

IVG en France



Champ • France métropolitaine, régime général seul pour les IVG en ville.

Note • Les taux « tous âges » sont calculés comme le nombre total d'IVG sur le nombre de femmes de 15 à 49 ans.

Sources • DREES (SAE), ATIH (PMSI), CNAM-TS (ERASME), INSEE (ELP).

Tableau évolution des taux des recours de 1990 à 2011. Etudes et résultats juin 2013

Diapositive n°6:

Il existe une relative stabilité du nombre d'IVG depuis 2006. Le groupe d'âge 20-24 ans recourt aux IVG le plus fréquemment. Néanmoins les femmes plus âgées, jusqu'à 39 ans ont également fortement recours aux IVG.

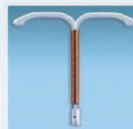
En 2011, on note 222 500 IVG en France. En 2011, la moyenne est de 15,1 IVG pour 1000 femmes.

Il existe des différences entre les régions. Les taux les plus élevés sont dans les D.O.M., l'Île-de-France, le sud de la France [3].

En 2010, le nombre d'IVG en Haute-Normandie est de 4792. En Seine-Maritime il y a eu 3484 IVG, dont 250 chez des mineures soit 7,2%. La part des IVG chez les mineures reste supérieure par rapport à la moyenne nationale, qui est de 6% [12].

Contraception d'urgence « post coïtale » – « du lendemain »

- Rattrapage
- Hormonale
- Lévonorgestrel (Norlevo®)
- Ulipristal acétate (EllaOne®)
- Mécanique : dispositif intra-utérin au cuivre



Diapositive n°7:

La CU peut être utilisée dans plusieurs situations: rapports sexuels imprévus, absence d'utilisation d'autres moyens contraceptifs, accident de méthode contraceptive (oubli de pilule – selon HAS au moins 2 comprimés ou si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli [13] ; rupture de préservatif), en cas de viol.

Il existe en France deux méthodes de la contraception d'urgence : une hormonale et une mécanique. Elles seront présentées dans les diapositives suivantes.

Progestatif : lévonorgestrel (LNG)

- Inhibition ou retard d'ovulation
- Norlevo® 1,5mg / Lévonorgestrel® biogaran 1500 µg
- 1 cp en 1 prise (AR si vomissement <3h)
- Délai d'utilisation < 72h (efficacité ↘ temps)
- Pas de contre-indication hors grossesse
- Danger : Anticonvulsivants, antimycosiques, antibactériens, antiviraux, millepertuis

Diapositive n°8:

Lévonorgestrel est une contraception d'urgence hormonale de premier choix. LNG peut être utilisé à n'importe quel moment du cycle. Son utilisation répétitive au cours du même cycle n'est pas nocive mais non recommandée. Mécanisme d'action: LNG donné avant l'ovulation, inhibe ou décale le pic de l'hormone lutéinisante LH. Il n'a pas d'action sur un œuf déjà implanté donc il n'est pas un médicament abortif [14].

Lévonorgestrel est disponible depuis 1999, prise de 2 cp initialement avec intervalle de 12 h entre les deux ; changement en 2004 car efficacité similaire avec prise unique d'un comprimé, selon l'étude de l'OMS.

Le délai d'utilisation est de 72h selon AMM, mais en pratique il existe une certaine efficacité jusqu'à 5 jours après le rapport non protégé [15], jusqu'à 96h selon Recos HAS [6]. L'efficacité du LNG est de 95 % si prise dans les 24h après le rapport à risque, 85% entre 24 et 48h, 59 % entre 48 et 72h. D'où l'intérêt de la prise le plus tôt possible après un rapport à risque.

L'efficacité du LNG dépend du poids de la femme. Elle diminue chez les femmes au-delà des 75 kg, LNG est inefficace chez les femmes au-delà des 80 kg selon l'ANSM [16]. Dans une étude de Glasier on parle des échecs contraceptifs plus nombreux si l'IMC > 30 et entre 25 et 30 [17].

Absence de contre-indications - uniquement la grossesse, car le traitement ne fonctionne pas après la fécondation.

L'efficacité du LNG peut être diminuée en cas de prise des médicaments inducteurs hépatiques tels que anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine,

pirimidone) ; antimycosiques (griséofulvine), antibactériens (rifampicine), antiviraux (ritonavir) [14].

Progestatif : lévonorgestrel (LNG)

- Pas de risque tératogène
- Ne pas allaiter au cours des 8 H suivant la prise
- Effets indésirables: céphalées, vertiges, nausées, douleurs abdominales, tension mammaire, retard ou avance des règles, spotting, fatigue, diarrhée

Diapositive n°9:

Selon AMM/VIDAL il faut arrêter l'allaitement pendant 8 heures après la prise du LNG [14].

Les effets indésirables les plus fréquents sont : nausées, douleurs abdominales [13].

Progestatif : lévonorgestrel (LNG)

En pharmacie

- Vente libre
- Gratuit et anonyme pour les mineures

En centre de Planification et d'Education Familiale Anonyme et gratuit pour

- Mineures
- femmes sans couverture sociale

Infirmières scolaires : Anonyme et gratuit.

Enseignement secondaire et supérieur

Prescripteurs : médecins, sages femmes

Diapositive n°10:

LNG est disponible sans prescription médicale pour toutes les femmes depuis 1999; la prescription médicale permet à la patiente d'être remboursée à 65%.

La délivrance gratuite en officine pour les mineures est définie par le décret n° 2002-39 du 9/01/2002, sous certaines conditions obligatoires: entretien, information sur les méthodes contraceptives régulières, prévention IST, remise d'une documentation spécifique, coordonnées de centres de planifications. Depuis la loi du 13/12/2000,

l'administration de la LNG est autorisée par les infirmières scolaires uniquement si l'orientation vers un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible [18].

Contraception d'urgence hormonale

ULIPRISTAL ACETATE "pilule du
surlendemain"

- modulateur des récepteurs de la progestérone
- inhibition ou retard d'ovulation; modification de l'endomètre
- EllaOne ® 30mg
- 1 cp en 1 prise
- délai d'utilisation: jusqu'à 120 h après un rapport sexuel à risque

Diapositive n°11:

Ulipristal acetate est disponible depuis 2009 (AMM), remboursable à 65% depuis 2010.

Ulipristal acetate a des effets antagonistes et partiellement agonistes au niveau des récepteurs de la progestérone [19].

ULIPRISTAL ACETATE

- Efficacité = LNG, progrès thérapeutique mineure (HAS)
- Effets indésirables similaires au LNG
- Contre-indications: grossesse ; n'est pas recommandé si insuffisance hépatique sévère, asthme sévère insuffisamment contrôlé
- Coût important, uniquement sur prescription

Diapositive n°12:

Non infériorité de cette molécule par rapport LNG [20, 21, 22].

Après une prise d'ulipristal acétate l'allaitement est déconseillé pendant une semaine [18]. Les effets indésirables en plus du LNG sont : troubles de l'humeur, myalgies, douleurs dorsales et pelviennes [23].

DISPOSITIF INTRA-UTERIN AU CUIVRE:

- Effet anti-implantatoire
- < 5 jours après rapport à risque
- Ou 5 jours après date présumée d'ovulation
- Le plus efficace
- Coût +
- Nulliparité: n'est pas une contre indication
- Médecin ou sage femme

Diapositive n°13:

Méthode mécanique. Efficace à 99,9% si inséré jusqu'à 5 jours après le rapport à risque ou 5 jours après la date présumée d'ovulation [24]. Effet toxique pré-fertilisation et post-fertilisation par réaction inflammatoire de l'endomètre. L'avantage du DIU : il peut servir comme une contraception au long cours après la pose. Très utile si utilisation des inducteurs enzymatiques ou surpoids.

Contraception d'urgence/ IVG

CU (Type)	Prix (€)	Taux Rbst
Norlevo	7,41	65%
Lévonorgestrel	6,07	65%
Ella One	23,59	65%
DIU Cu	30,50 +38,40 (pose)	65%

IVG (Type)	Prix (€)	Taux Rbst
Méd. Ville	191,74	100%
Méd. Hôpital	257,91	100%
Chirurgical	437,03-644,71	100%

Diapositive n°14:

La CU sauf dans les cas particuliers (mineures, femmes consultant dans le centre de planning familial, centres de prévention d'enseignement secondaire ou supérieur) est remboursée à 65% sur la prescription médicale.

Le prix d'une IVG varie selon la méthode (médicamenteuse, chirurgicale) et selon le lieu (ville, hôpital) [25].

Les freins à l'utilisation de CU chez les femmes

- Méconnaissance ou sous estimation du risque de grossesse
- Manque de connaissance de la contraception d'urgence et de son délai d'utilisation
- attitudes négatives vis-à-vis CU
- Craintes du regard social et stigmatisation
- Craintes des effets indésirables de la CU

Diapositive n°15:

Les freins cités par HAS. Méconnaissance de CU : perception exagérée des effets secondaires, peur de stérilité, fausses idées que contraception d'urgence hormonale = pilule abortive.

Sous-estimation du risque de grossesse – certaines femmes sont persuadées de ne pas être fertiles à certaines périodes du cycle ovarien [6]. Selon l'étude de l'INPES Baromètre Santé de 2005, seulement 10% des femmes connaissent le délai d'utilisation de la CU [5], 5% des français, selon une étude de l' INPES en 2007 [26].

Rôle du médecin généraliste

- pratique importante de gynécologie en médecine de ville
- 11% des généralistes ont recommandé CU en 2010 (selon étude Fecond),35% gynécologues
- Prescription du Lévonorgestrel très faible qqs pourcents, prescription anticipée minime

Diapositive n°16:

Seulement 11% des médecins généralistes ont recommandé CU pendant les 12 derniers mois en 2010 [2].

Dans une thèse du département du Nord [7], 8% de généralistes (sur 108) prescri-vaient systématiquement CU lors de consultation de contraception; 1% seulement

dans une thèse d'Ile de France [8], dans l'étude d'Angers 4% [27]. 12,9%, selon une étude canadienne [28].

Freins à la prescription anticipée

- Abandon ou la substitution de la contraception régulière
- Abus d'utilisation
- Développement de comportements à risque d'IST

FAUX

Diapositive n°17: (animation, la croix arrive en deuxième temps)

Principaux freins à la prescription anticipée selon plusieurs études. Dans sa thèse Bah Mariama ajoute l'altération de la relation médecin-malade, risque de rupture du secret médical du fait de l'affiliation des patientes au régime de l'Assurance maladie de leurs parents [8].

Dans la thèse de Naimi-Lelong Clotilde les craintes les plus fréquentes sur la prescription sont l'inobservance de la contraception régulière et des comportements à risque [7]. Comportements à risque, abus d'utilisation sont les freins selon une étude américaine [29] et canadienne [28].

Prescription et délivrance anticipée de CU

- Pas d'abandon ou de substitution de la contraception régulière
- Pas d'abus d'utilisation
- Pas de développement de comportements à risque d'IST
- Augmente l'usage et diminue les délais d'utilisation

Diapositive n°18:

De nombreuses études montrent que la prescription et la délivrance anticipées n'ont pas d'effet négatif [30, 31,32]. Un travail américain montre une augmentation de l'utilisation de la CU, mais en même temps que les femmes ont tendance à mieux utiliser la contraception régulière [30].

Il n'y a pas de preuves scientifiques montrant l'influence de la prescription à l'avance de la contraception d'urgence sur la diminution du nombre des grossesses non désirées. Absence d'études françaises sur ce sujet.

En pratique

- **Informer sur la CU:**
 - primo-prescription de contraception
 - renouvellement de contraception
 - toutes consultation sur la contraception et/ou sur la sexualité

Diapositive n°19: (*animation ligne par ligne*)

Il semble nécessaire d'informer les patientes sur la CU (moyens, mode d'utilisation, délai d'utilisation, accès, effets indésirables) en dehors du contexte d'urgence. Informer également les hommes pour les responsabiliser.

En pratique

- **Avant de prescrire CU:**
 - Chercher la cause du recours à la CU
 - Estimer le temps depuis rapport à risque
 - Repérer les interactions médicamenteuses
 - Informer sur les modalités d'usage de la CU
 - Conseiller sur les différents moyens de contraception régulière
 - Informer sur la prévention des IST

Diapositive n°20: (*animation ligne par ligne*)

En cas de prescription à la demande de la patiente. Ecouter interroger pour comprendre pourquoi elle a recours à la CU; trouver la cause.

Dans les modalités parler de CAT : en cas de vomissement ; diarrhée ; nécessité de prise de précautions contraceptives (par exemple, préservatifs) jusqu'aux prochaines règles ; test de grossesse en cas de retard de règles de 5 à 7 jours ou si règles atypiques.

En pratique

- Prescription CU non systématique.
Prescription CU anticipée au cas par cas:
 - Primo prescription de la contraception
 - Difficultés d'accès
 - Voyage à l'étranger
 - Préservatif ou autre contraceptif moins efficace

Diapositive n°21:

Dans tous les cas la prescription de CUH est à faire non systématiquement, mais uniquement au cas par cas selon HAS.

Prescription anticipée pour: les femmes ayant des difficultés d'accès à une pharmacie et/ou des difficultés financières. Femmes voyageant à l'étranger. Femmes utilisant le préservatif ou une autre contraception moins efficace (méthode barrière, spermicide, retrait). Je rajoute la primo prescription de la contraception.

La Société Française de Gynécologie recommande de la faire en routine. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande pour les jeunes femmes la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence [6].

Merci de votre attention

Diapositive n°22:

2.1.2. ENQUETE PRE-INTERVENTION (Questionnaire)

Le questionnaire est anonyme et porte sur la CU (annexe N°3). Il est volontairement court car il a été rempli juste avant la présentation du diaporama. Le temps estimé pour remplir le questionnaire a été d'environ 10 minutes.

- Une première partie du questionnaire informe sur les caractéristiques du médecin : le sexe, l'âge et le lieu d'exercice.
- 9 questions fermées à choix multiple et réponse unique et 2 questions fermées, portent sur les connaissances des médecins. Elles sont issues de la thèse de Giulia Gaiani « Construction et validation d'un outil d'évaluation des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence » [34]. *Dans la thèse de Giulia Gaiani, il y avait plusieurs étapes de validations des items. Les étapes étaient les suivantes : revue de la littérature, travail avec un groupe d'experts, pré-test sur un groupe de 12 médecins et un test final sur 98 médecins généralistes des départements de la Vienne et des Deux Sèvres, analyse statistique. Le nombre d'items a été ramené de 47 à 25.*
- 4 questions fermées à choix multiple et réponse unique concernant la fréquence d'information et la prescription de la CUH.

Sur une feuille séparée du questionnaire les médecins ont donné leurs coordonnées afin que le questionnaire post présentation leur soit fourni.

2.1.3. PRESENTATION DU DIAPORAMA

2.1.3.1. Recrutement des médecins

Cinq groupes de formation médicale continue de Seine-Maritime ayant répondu positivement à ma proposition d'intervention se sont vus présenter le diaporama : trois groupes qualité et deux groupes de formation médicale continue.

Deux groupes de formation médicale continue ont été contactés grâce à mes maîtres de stage et trois groupes ont été contactés par le biais de l'association des groupes qualité.

Les groupes qualité sont des groupes de formation et d'auto évaluation qui se réunissent tous les mois pour discuter d'un sujet imposé. Les prescriptions des médecins participants à ce type de formation sont observées via les requêtes de la sécurité sociale.

Le nombre de participants au premier groupe était de quinze médecins issus de l'agglomération rouennaise. Le deuxième groupe était composé de sept médecins exerçants en milieu rural dans le Pays de Caux. Le troisième groupe était constitué de neuf médecins travaillant dans le Pays de Bray, proche de Neufchâtel en Bray. Le quatrième groupe était composé de neuf médecins exerçant au Havre et dans sa périphérie. Dans le dernier groupe, les douze médecins exerçaient en milieu semi-rural dans le nord-ouest de l'agglomération rouennaise.

2.1.3.2. Déroulement de la présentation

Les présentations ont été faites à l'aide d'un ordinateur portable et d'un vidéo-projecteur entre le 22 janvier 2014 et le 18 mars 2014 par Magdalena Majzner. Les commentaires des diapositives ont été transmis de manière stable et constante.

2.1.4 ENQUETE POST- INTERVENTION

Deux mois après la présentation, le même questionnaire que celui de la pré-intervention a été envoyé. Le délai demandé pour répondre au questionnaire était de 15 jours (annexe n°4).

Relances par courriel ou téléphone jusqu'à 1 mois après la date anniversaire.

Les questionnaires partiellement remplis sont rejetés.

2.1.5. ANALYSE STATISTIQUE

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel *R*.

Les comparaisons des variables qualitatives ont été faites grâce à des tests de χ^2 au seuil de 5%. Pour les effectifs inférieurs à 5, le test exact de Fischer a été utilisé. Les scores ont été comparés par tests de t student bilatéral au seuil de 5%. La valeur "p" est considérée significative lorsqu'elle est inférieure à 0,05.

Les tableaux et graphiques ont été réalisés avec le logiciel *Excel*.

3. RESULTATS

3.1. Taux de réponses :

52 médecins ont répondu à la première enquête ; 44 médecins (85%) ont accepté de répondre à nouveau à la même enquête deux mois plus tard (après l'intervention). Une enquête a été écartée car partiellement remplie.

Dans les tableaux et figures ci-dessous se trouvent les résultats statistiques de la première enquête (avant) et de la deuxième enquête (après).

3.2. Caractéristiques des médecins :

Les trois premières questions caractérisent les médecins qui ont répondu à l'enquête.

3.2.1. Répartition par sexe :

	<i>Féminin</i>	<i>Masculin</i>
avant	19 (37%)	33 (64%)
après	17 (39%)	27 (61%)

P: 0,83

Tableau n°1 : répartition par sexe

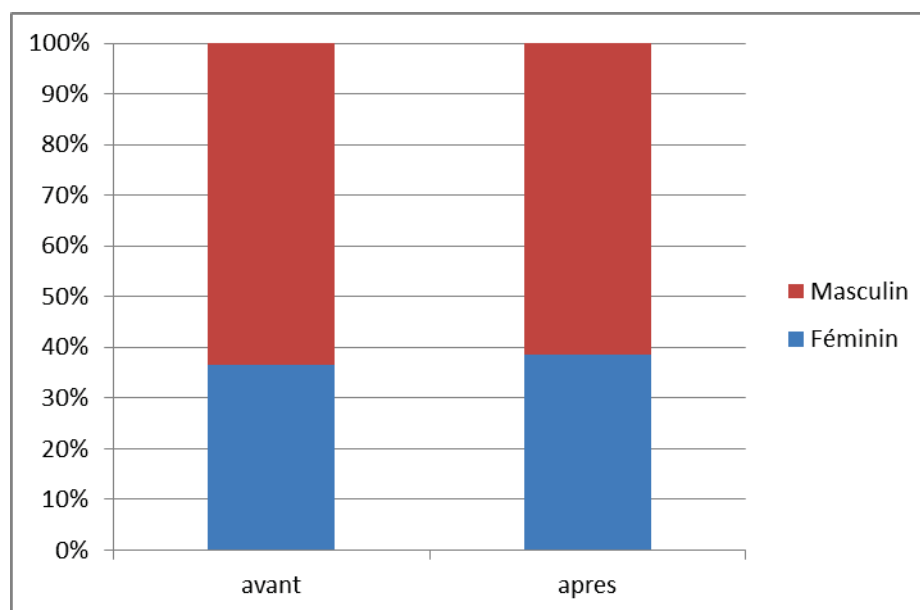


Figure n°2 : répartition par sexe

3.2.2. Répartition par âge :

	<i><35 ans</i>	<i>36-45 ans</i>	<i>46-55 ans</i>	<i>56-65 ans</i>	<i>>65 ans</i>
avant	5 (10%)	5 (10%)	17 (33%)	22 (42%)	3 (6%)
après	4 (9%)	5 (11%)	16 (36%)	18 (41%)	1 (2%)

P : 0,93

Tableau n°2 : répartition par âge

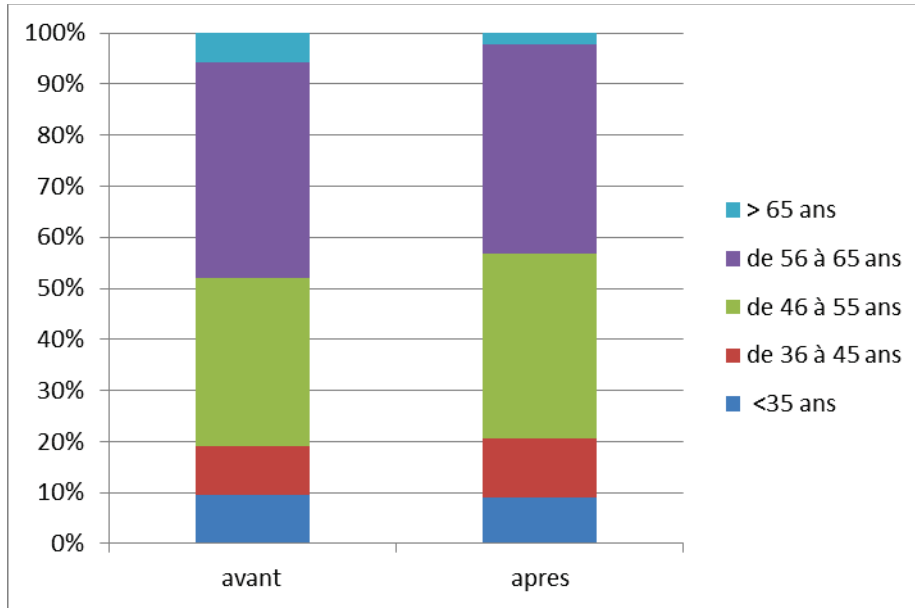


Figure n°3 : répartition par âge

3.2.3. Lieu d'exercice :

	<i>rural</i>	<i>semi-rural</i>	<i>urbain</i>
avant	9 (17%)	17 (33%)	26 (50%)
après	9 (21%)	14 (32%)	21 (48%)

P : 0,92

Tableau n°3 : lieu d'exercice

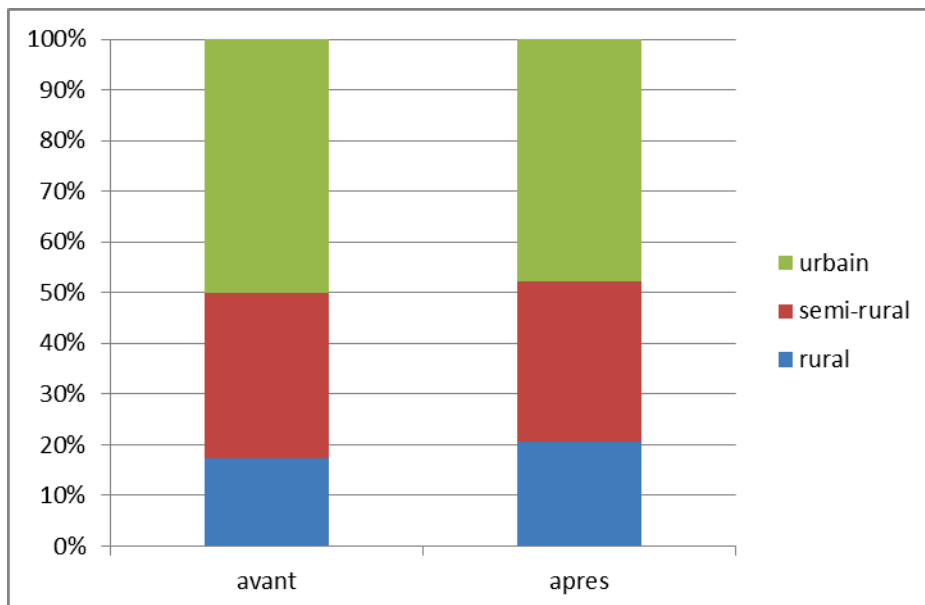


Figure n°4 : lieu d'exercice

3.3. Connaissances des médecins :

3.3.1. Question n°1 : Selon la dernière recommandation HAS, quelle est la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention, en contraception d'urgence per os ?

La réponse attendue était : lévonorgestrel NORLEVO 1,5 mg.

	<i>ethinylestradiol+ lévonorgestrel TETRAGYNON 50µg 250 µg</i>	<i>lévonorgestrel NORLEVO 1,5 mg</i>	<i>ulipristal ELLAONE 30 mg</i>	<i>mifepristone MIFEGYNE 200 mg</i>
avant	2 (4%)	49 (94%)	1 (2%)	0 (0%)
après	0 (0%)	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

P : 0,27

Tableau n°4 : réponses à la question sur la molécule recommandée en première intention en contraception d'urgence

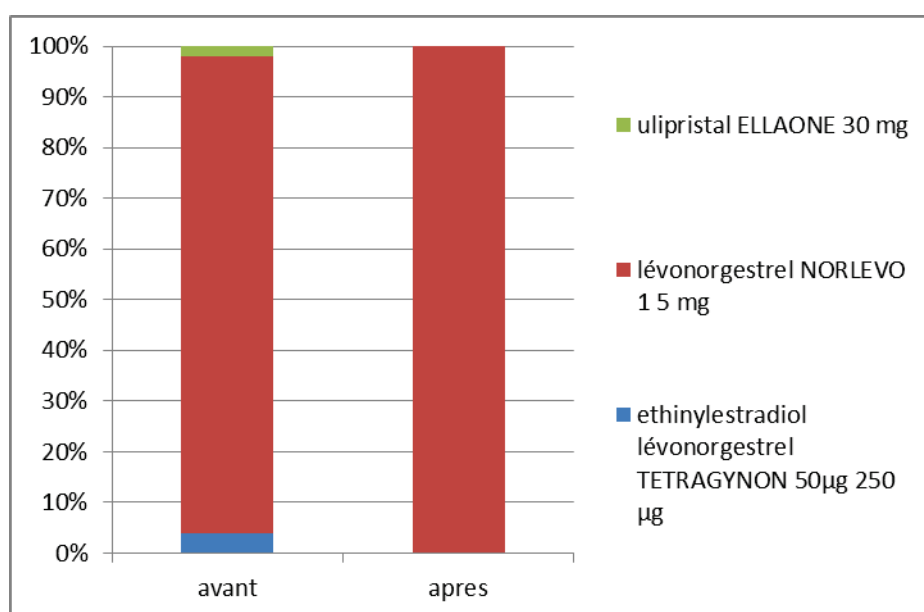


Figure n°5 : réponses à la question sur la molécule recommandée en première intention en contraception d'urgence

3.3.2. Question n°2 : Peut-on prendre le lévonorgestrel (NORLEVO®) en cours d'allaitement?

La réponse attendue était : Oui avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures.

	<i>Non</i>	<i>Oui avec un arrêt de l'allaitement de 3 heures</i>	<i>Oui avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures</i>	<i>Oui sans arrêt de l'allaitement</i>
avant	6 (12%)	3 (6%)	6 (12%)	37 (71%)
après	1 (2%)	1 (2%)	28 (64%)	14 (32%)

P : 2,57E-06

La différence est significative

Tableau n°5: réponses à la question sur la prise du lévonorgestrel pendant l'allaitement

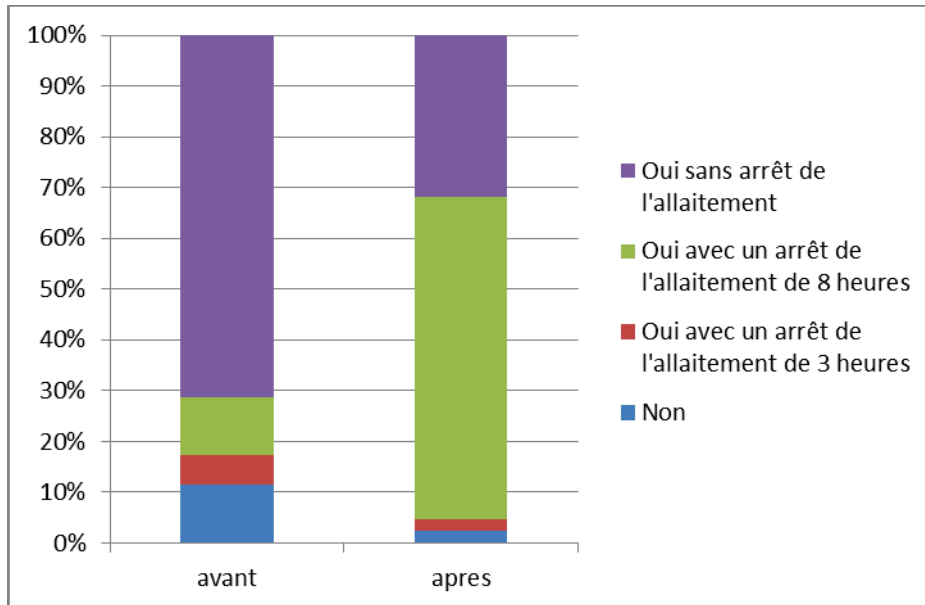


Figure n°6: réponses à la question sur la prise du lévonorgestrel pendant l'allaitement

3.3.3. Question n°3 : Après un rapport sexuel non protégé, dans quelle situation la contraception d'urgence per os est-elle indiquée ?

La réponse attendue était : quelle que soit la période du cycle.

	<i>en période péri ovulatoire</i>	<i>en période post ovulatoire</i>	<i>quelle que soit la période du cycle</i>	<i>en période pré ovulatoire</i>
avant	6 (12%)	1(2%)	45 (87%)	0 (0%)
après	0 (0%)	0 0%	44 (100%)	0 (0%)

P : 0,04

La différence est significative

Tableau n°6 : réponses à la question sur la période d'utilisation de la contraception d'urgence

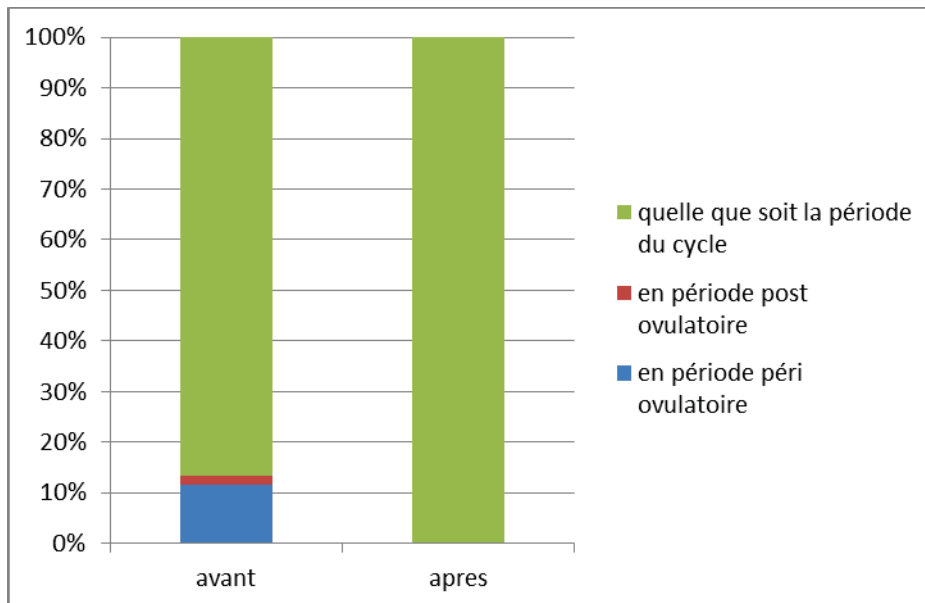


Figure n°7: réponses à la question sur la période d'utilisation de la contraception d'urgence

3.3.4. Question n°4 : Selon l'AMM, combien de temps après le rapport sexuel à risque est-il possible d'administrer le lévonorgestrel (NORLEVO®) ?

La réponse attendue était : 3 jours.

	<i>2 jours</i>	<i>3 jours</i>	<i>4 jours</i>	<i>5 jours</i>
avant	11 (21%)	33 (64%)	4 (8%)	4 (8%)
après	3 (7%)	40 (91%)	0 (0%)	1 (2%)

P : 0,015

La différence est significative

Tableau n°7 : réponses à la question sur le délai d'efficacité du lévonorgestrel selon l'AMM

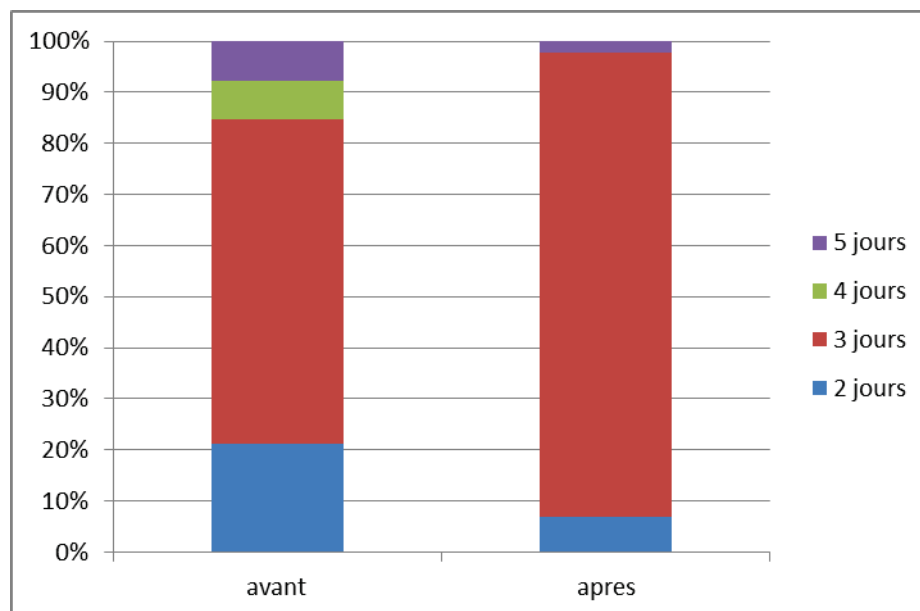


Figure n°8 : réponses à la question sur le délai d'efficacité du lévonorgestrel selon l'AMM

3.3.5. Question n°5 : Chez une patiente nullipare, quelle alternative au lévonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence ?

La réponse attendue était : pose d'un dispositif intra utérin au cuivre.

	<i>aucune de ces trois alternatives</i>	<i>contraception oestroprogestative en quick start</i>	<i>pose d'un dispositif intra utérin au cuivre</i>	<i>pose d'un implant contraceptif</i>
avant	14 (27%)	11 (21%)	25 (48%)	2 (4%)
après	1 (2%)	1 (2%)	42 (96%)	0 (0%)

P : 1,26E-05

La différence est significative

Tableau n°8 : méthode alternative de la contraception d'urgence chez une nullipare

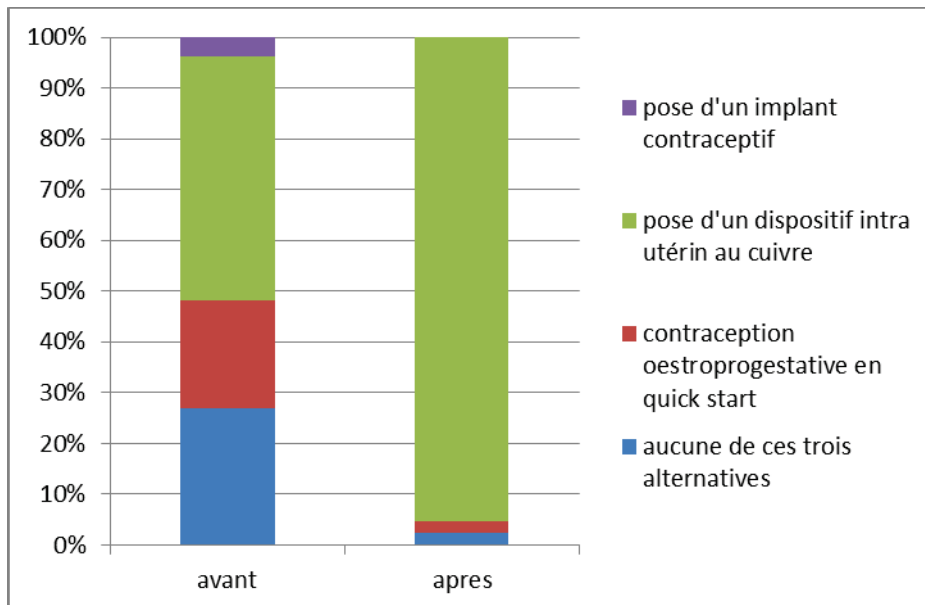


Figure n°9 : méthode alternative de la contraception d'urgence chez une nullipare

3.3.6. Question n°6 : Selon l'AMM du lévonorgestrel (NORLEVO®), dans quelle(s) situation(s) est-il recommandé de réaliser un test de grossesse ?

La réponse attendue était : dans les deux situations précédentes (en cas de retard de règles de plus de 5 jours + en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles).

	<i>dans aucune des deux situations précédentes</i>	<i>dans les deux situations précédentes</i>	<i>en cas de retard de règles de plus de 5 jours</i>	<i>en cas de saignements anormaux survenant à la date prévue des règles</i>
avant	2 (4%)	33 (64%)	17 (33%)	0 (0%)
apres	1 (2%)	36 (82%)	7 (16%)	0 (0%)

P : 0,14

Tableau n°9: réponses à la question sur les signes d'échec du lévonorgestrel

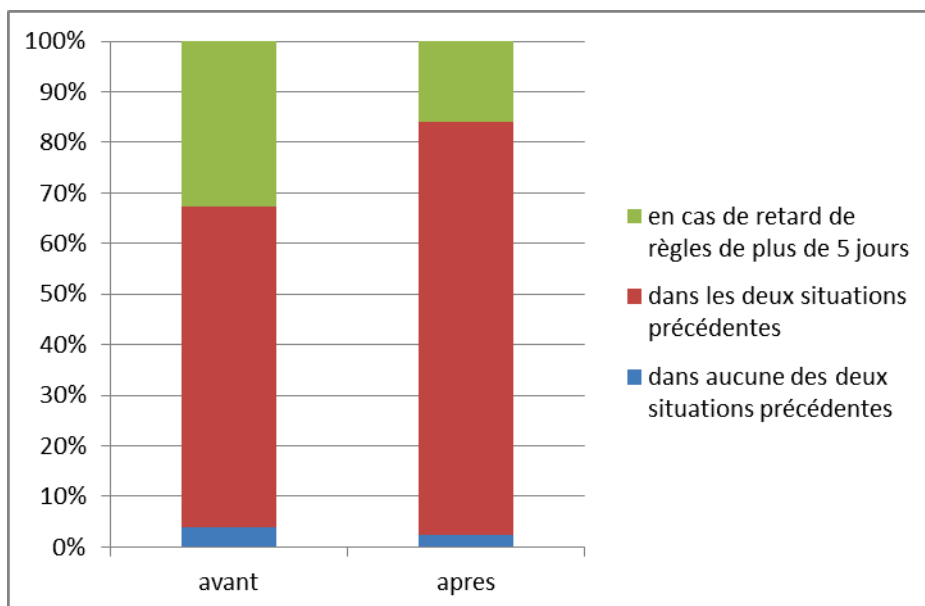


Figure n°10 : réponses à la question sur les signes d'échec du lévonorgestrel

3.3.7. Question n°7 : D'après l'AMM, peut-on utiliser le lévonorgestrel (NORLEVO®) plusieurs fois au cours du cycle ?

La réponse attendue était : oui, mais non recommandé.

	<i>non car contre indiqué</i>	<i>oui</i>	<i>oui mais non recommandé</i>	<i>pas d'indication sur ce point dans l'AMM</i>
avant	3 (6%)	5 (10%)	34 (65%)	10 (19%)
après	2 (5%)	4 (9%)	35 (80%)	3 (7%)

P : 0,33

Tableau n°10: réponses à la question sur l'utilisation répétée du lévonorgestrel au cours du même cycle

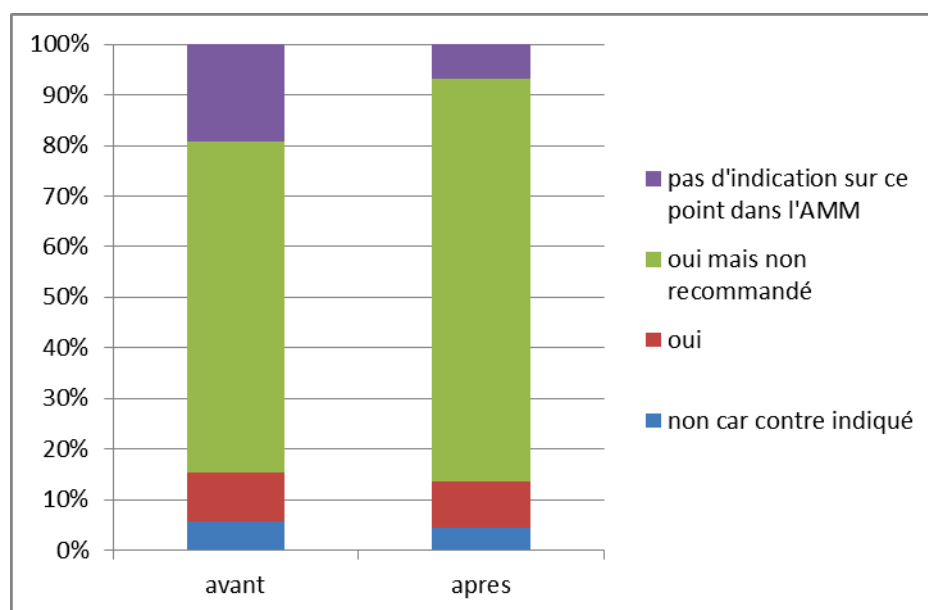


Figure n°11: réponses à la question sur l'utilisation répétée du lévonorgestrel au cours du même cycle

3.3.8. Question n°8 : Qui peut bénéficier de la délivrance de lévonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ?

La réponse attendue était : toute femme quel que soit son âge.

	<i>aucune femme quel que soit son âge</i>	<i>les femmes mineures</i>	<i>toute femme quel que soit son âge</i>	<i>les femmes majeures</i>
avant	2 (4%)	10 (19%)	40 (77%)	0 (0%)
après	0 (0%)	9 (20%)	35 (80%)	0 (0%)

P : 0,42

Tableau n°11 : réponses à la question sur la délivrance du lévonorgestrel sans ordonnance

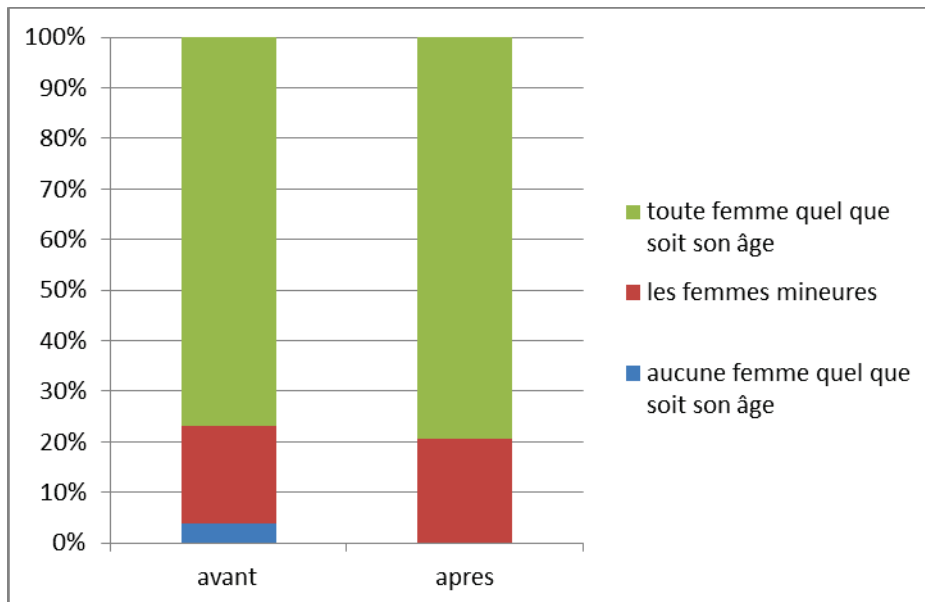


Figure n°12 : réponses à la question sur la délivrance du lévonorgestrel sans ordonnance

3.3.9. Question n°9 : Le lévonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation ?

La réponse attendue était : non.

	<i>non</i>	<i>oui</i>
avant	25 (48%)	27 (52%)
après	34 (77%)	10 (23%)

P : 0,003

La différence est significative

Tableau n°12 : réponses à la question sur l'efficacité du lévonorgestrel après la fécondation

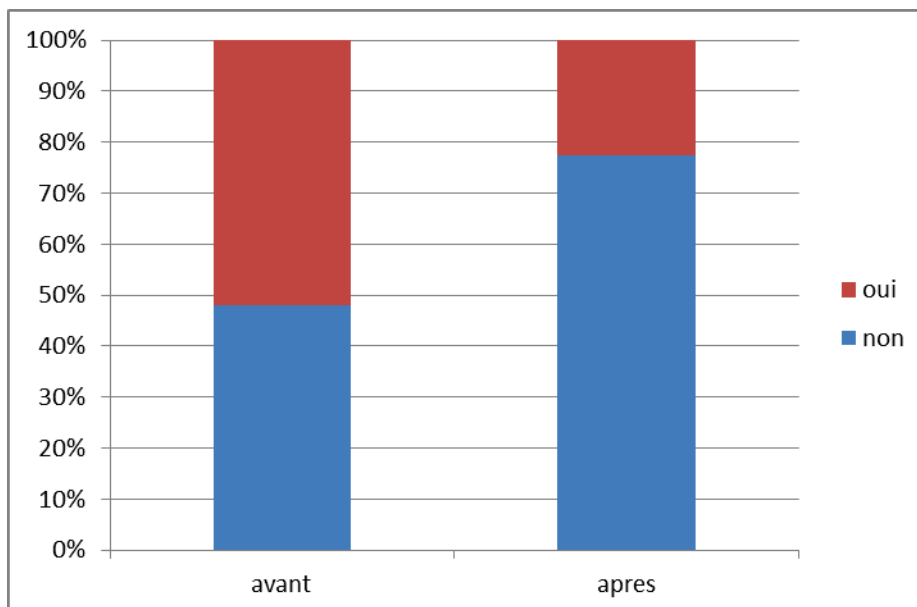


Figure n°13: réponses à la question sur l'efficacité du lévonorgestrel après la fécondation

3.3.10. Question n°10 : La prescription anticipée de lévonorgestrel (NORLEVO®) :

La réponse attendue était : n'a aucune influence sur ces paramètres.

	<i>augmente les comportements sexuels à risque</i>	<i>diminue l'observance de la prise de contraception hormonale</i>	<i>diminue le nombre de grossesses imprévues</i>	<i>N'a aucune influence sur ces paramètres</i>
avant	4 (8%)	11 (21%)	25 (48%)	12 (23%)
après	1 (2%)	2 (5%)	26 (59%)	15 (34%)

P : 0,005

Tableau n°13 : réponses à la question sur la prescription anticipée du lévonorgestrel

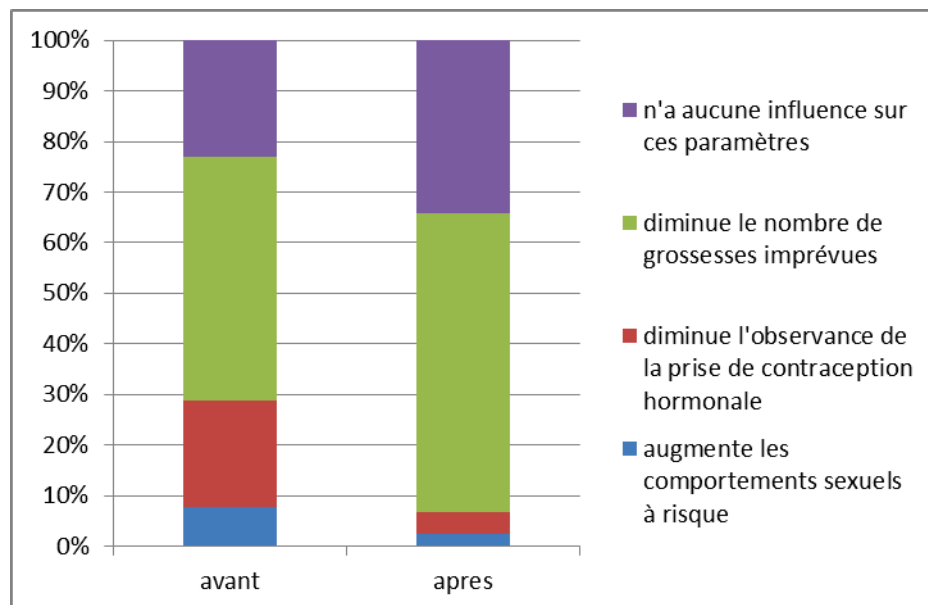


Figure n°14 : réponses à la question sur la prescription anticipée du lévonorgestrel

3.3.11. Question n°11 : Le lévonorgestrel (NORLEVO®) a-t-il un effet malformatif en cas de poursuite de la grossesse ?

La réponse attendue était : non.

	<i>non</i>	<i>oui</i>
avant	44 (85%)	8 (15%)
après	44 (100%)	0 (0%)

P : 0,007

La différence est significative

Tableau n°14 : réponses à la question sur l'effet malformatif du lévonorgestrel

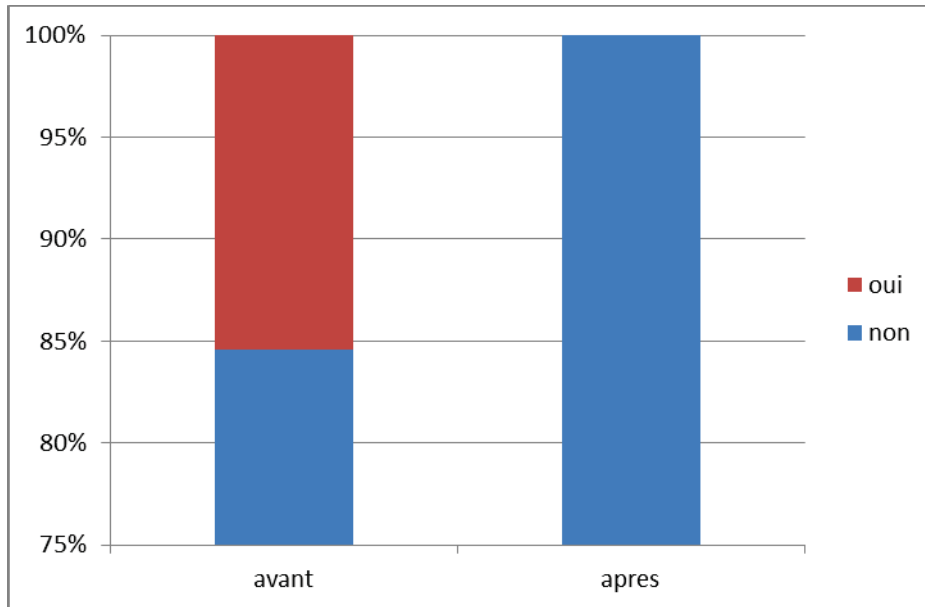


Figure n°15 : réponses à la question sur l'effet malformatif du lévonorgestrel

3.4. Pratiques des médecins :

3.4.1. Question n°12 : Prescrivez-vous la contraception ?

	<i>Non</i>	<i>Oui</i>
avant	1 (2%)	51 (98%)
après	0 (0%)	44 (100%)

P : 0,355

Tableau n°15: réponses à la question sur la prescription de la contraception

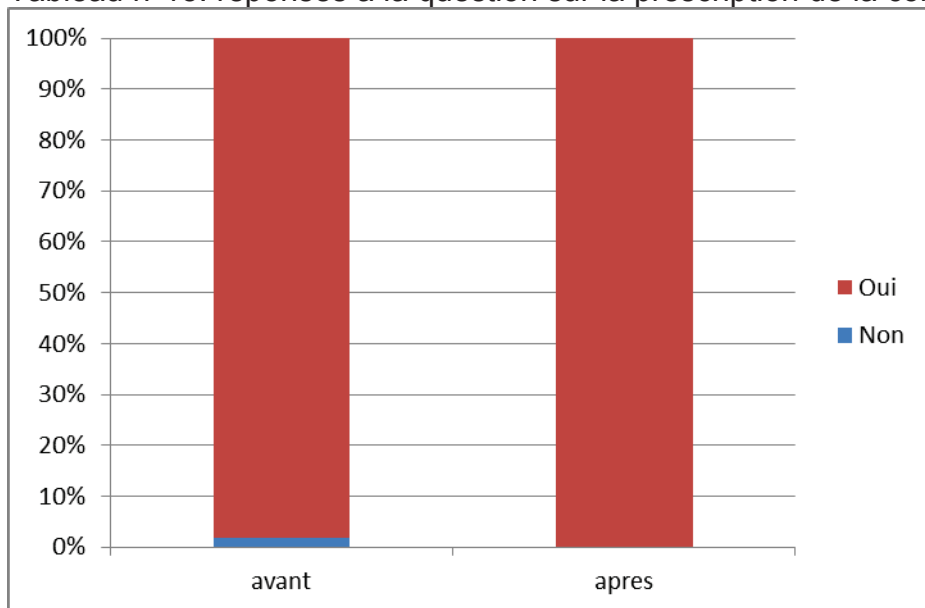


Figure n°16 : réponses à la question sur la prescription de la contraception

3.4.2. Question n°13 : A quelle fréquence prescrivez-vous la contraception d'urgence hormonale ?

	<i>Jamais</i>	<i>Une ou plusieurs fois par trimestre</i>	<i>Une ou plusieurs fois par mois</i>	<i>Une ou plusieurs fois par semaine</i>
avant	13 (25%)	35 (67%)	3 (6%)	1 (2%)
après	6 (14%)	35 (80%)	3 (7%)	0 (0%)

P : 0,402

Tableau n°16 : réponses à la question sur la fréquence de prescription de la contraception d'urgence

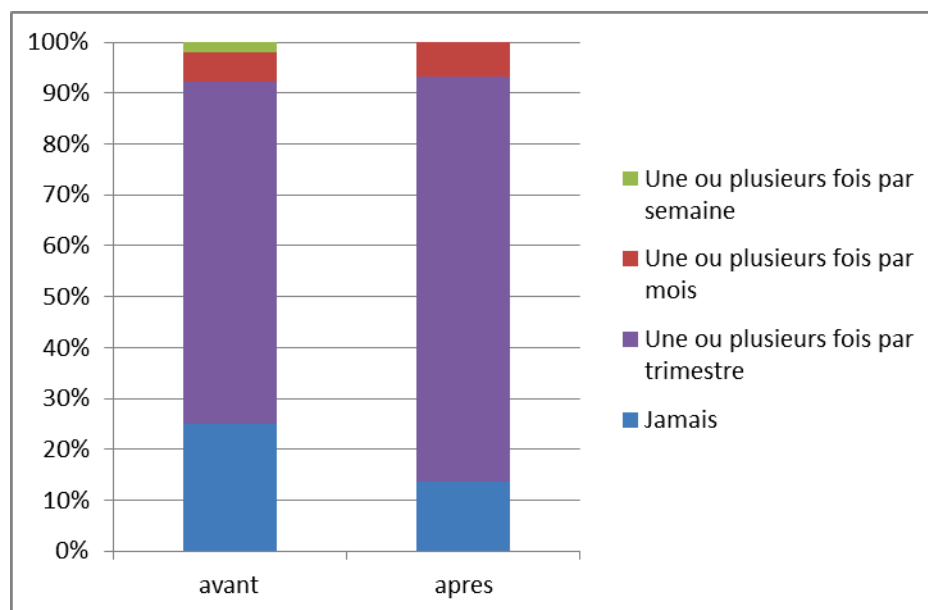


Figure n°17 : réponses à la question sur la fréquence de prescription de la contraception d'urgence

3.4.3. Question n°14 : A quelle fréquence prescrivez-vous de façon anticipée la contraception d'urgence hormonale ?

	<i>Jamais</i>	<i>Une ou plusieurs fois par trimestre</i>	<i>Une ou plusieurs fois par mois</i>	<i>Une ou plusieurs fois par semaine</i>
avant	27 (52%)	21 (40%)	3 (6%)	1 (2%)
après	6 (14%)	27 (61%)	8 (18%)	3 (7%)

P : 0,001

La différence est significative

Tableau n°17 : réponses à la question sur la prescription anticipée de la contraception d'urgence

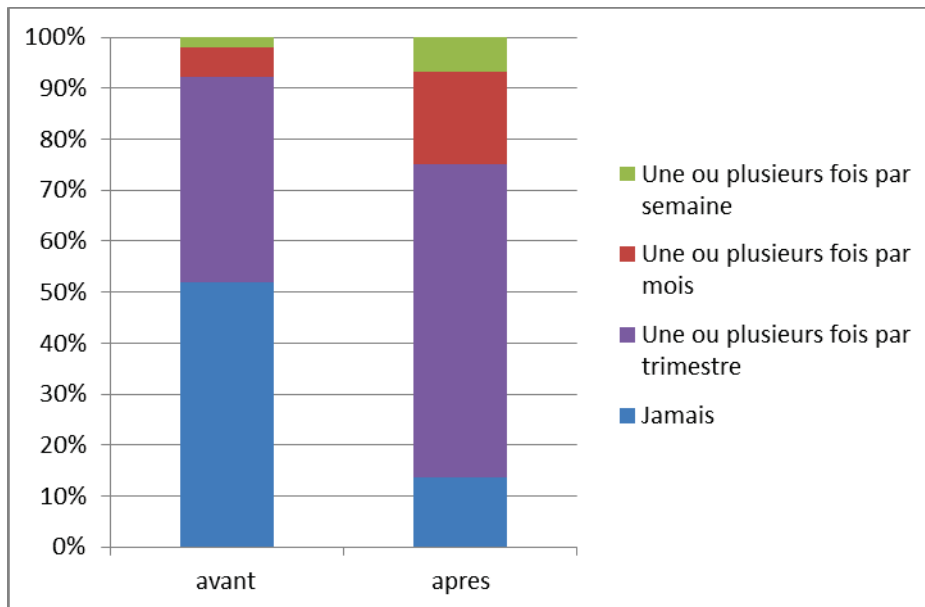


Figure n°18 : réponses à la question sur la prescription anticipée de la contraception d'urgence

3.4.4. Question n°15 : A quelle fréquence délivrez-vous une information sur la contraception d'urgence auprès de vos patientes ?

	<i>Jamais</i>	<i>Une ou plusieurs fois par trimestre</i>	<i>Une ou plusieurs fois par mois</i>	<i>Une ou plusieurs fois par semaine</i>
avant	12 (23%)	21 (40%)	14 (27%)	5 (10%)
après	0 (0%)	24 (55%)	15 (34%)	5 (11%)

P : 0,009

La différence est significative

Tableau n°18: réponses à la question sur la fréquence de la délivrance d'information sur la contraception d'urgence

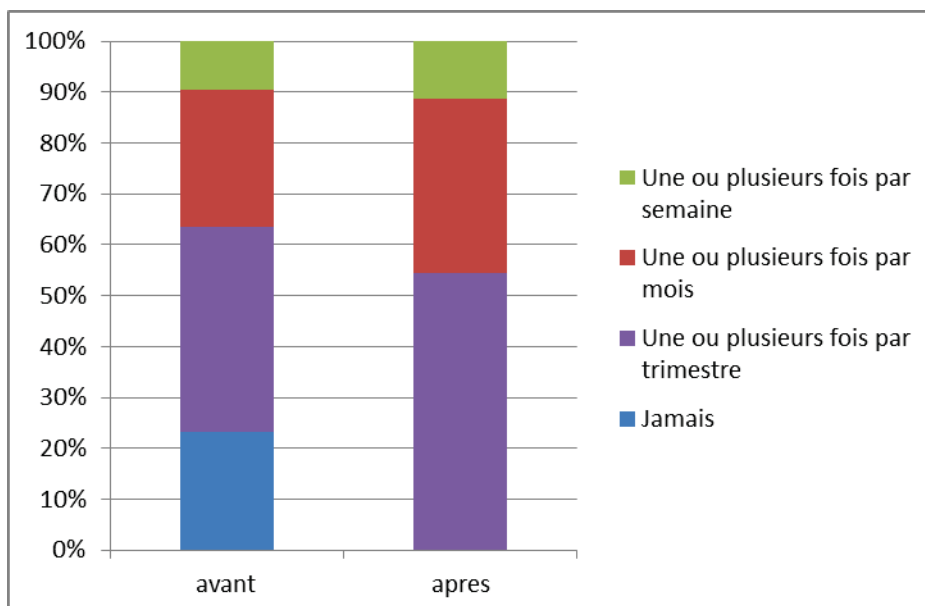


Figure n°19 : réponses à la question sur la fréquence de la délivrance d'information sur la contraception d'urgence

3.5. Score des connaissances des médecins :

Il a été décidé de faire un score sur 11 points sur les connaissances pour faciliter l'analyse des moyennes avant/après intervention. Un point a été attribué par question pour la réponse attendue et un demi-point pour une réponse partielle.

Les réponses partielles aux questions sont :

Question 6 : Selon l'AMM du lévonorgestrel (NORLEVO) dans quelle(s) situation(s) est-il recommandé de réaliser un test de grossesse ?

a) en cas de retard des règles de plus de 5 jours

b) en cas de saignements anormaux survenant à la date prévue des règles

Question 7 : D'après l'AMM, peut-on utiliser le lévonorgestrel (NORLEVO) plusieurs fois au cours du cycle ?

c) oui

Question 8 : Qui peut bénéficier de la délivrance de lévonorgestrel (NORLEVO) sans ordonnance ?

a) les femmes majeures

b) les femmes mineures

Les scores ont été comparés par des tests de student bilatéral au seuil de 5%.

3.5.1. Score général

	<i>score</i>	<i>IC min</i>	<i>IC max</i>
Avant	6,98	6,54	7,41
après	9,25	8,96	9,53

P : 0

La différence est significative

Tableau n°19 : Score général

Le score a augmenté de 2,27 points en moyenne après intervention (moyenne sur 11 points).

3.5.2. Score par sexe

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Avant	6.85	7.21
après	9.2	9.32

P : 0,372

Tableau n°20 : score par sexe

3.5.3. Score par âge

	<i><35 ans</i>	<i>36-45 ans</i>	<i>46-55 ans</i>	<i>56-65 ans</i>	<i>>65 ans</i>
avant	8	7,4	6,91	6,86	5,83
après	9	8,9	9,22	9,39	10

P : 0,711

Tableau n°21 : score par âge

3.5.4. Score par lieu d'exercice

	<i>rural</i>	<i>semi-rural</i>	<i>urbain</i>
avant	8	7,21	6,48
après	9,39	9	9,36

P : 0,851

Tableau n°22 : score par lieu d'exercice

3.5.5. Corrélation entre le score des connaissances et la fréquence de la prescription de la contraception d'urgence hormonale

	<i>Jamais</i>	<i>Une ou plusieurs fois par mois</i>	<i>Une ou plusieurs fois par semaine</i>	<i>Une ou plusieurs fois par trimestre</i>
avant	6	6,17	8	7,39
après	9,08	9,38	NA	9,23

P : 0,044

La différence est significative. NA : absence de réponse.

Tableau n°23 : corrélation entre le score des connaissances et la fréquence de prescription de la contraception d'urgence hormonale

3.5.6. Corrélation entre le score des connaissances et la fréquence de la prescription de façon anticipée la contraception d'urgence hormonale

	<i>Jamais</i>	<i>Une ou plusieurs fois par mois</i>	<i>Une ou plusieurs fois par semaine</i>	<i>Une ou plusieurs fois par trimestre</i>
avant	6,46	6	7,5	7,76
après	9,33	9,5	9,83	9,09

P : 0,084

Tableau n°24 : Corrélation entre le score des connaissances et la fréquence de la prescription anticipée de la contraception d'urgence

3.5.7. Corrélation entre le score des connaissances et la fréquence de la délivrance d'une information sur la contraception d'urgence auprès des patientes

	<i>Jamais</i>	<i>Une ou plusieurs fois par mois</i>	<i>Une ou plusieurs fois par semaine</i>	<i>Une ou plusieurs fois par trimestre</i>
avant	5,75	7,57	7,5	7,17
après	NA	9,63	9,8	8,9

P : $2,45 \times 10^{-4}$

La différence est significative, NA : absence de réponse

Tableau n°25: Corrélation entre le score des connaissances et la fréquence de la délivrance d'information sur la contraception d'urgence

4. DISCUSSION

4.1. Forces et faiblesses de l'étude

4.1.1. Diaporama

Le diaporama a été créé et validé avec un groupe d'experts. La présence d'un gynécologue parmi les experts aurait peut-être été intéressante ; néanmoins, il s'agit d'un outil d'information qui se veut adapté aux pratiques des généralistes.

L'objectif donné aux experts était la construction d'un diaporama informatif synthétique et efficace afin de frapper les participants et aider à la mémorisation.

Le diaporama a été présenté 5 fois par la même personne à des groupes différents. Ce type de présentation a l'avantage d'être un moyen de communication simple et compréhensible. Le diaporama a été présenté avec des phrases courtes et constantes pour tous les groupes; il est compliqué d'être exhaustif avec un nombre de diapositives limité et un temps de la présentation limité à une vingtaine de minutes. Le diaporama était peut-être trop court pour expliquer suffisamment la problématique. Un diaporama enrichi en cas cliniques, plus interactif serait plus efficace mais certainement plus chronophage et formatif. Notre but était une intervention informative courte (et non formative), afin d'évaluer l'impact d'une information correctement construite. L'HAS a énoncé que la prescription de CU était insuffisante du fait d'un manque d'information.

4.1.2. Echantillon

Le nombre de médecins participants à notre étude est petit. La population étudiée n'est pas représentative de la population de la Seine-Maritime ; néanmoins selon les données sur la démographie médicale en Seine-Maritime en 2013 les femmes représentaient 43% des médecins, ce qui est proche de notre étude (39%). L'âge moyen des médecins de Seine-Maritime en 2013 était de 52 ans [33]. Dans notre étude la classe d'âge 56-65 est majoritaire.

Les proportions globales (âge, sexe, milieu de travail) de l'échantillon avant/après sont conservées. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Il existe aussi un biais au niveau de recrutement de l'échantillon. Les médecins qui ont participé à la présentation sont probablement plus sensibles car impliqués dans la formation continue et l'auto évaluation formative (groupes qualité).

L'autre biais de l'étude est l'absence d'un groupe témoin n'ayant pas subi d'intervention afin de comparer et voir s'il n'y a pas eu d'autres facteurs d'influence.

4.1.3. Questionnaire

Nous avons décidé d'utiliser cette méthode car elle présente plusieurs avantages. C'est la méthode la plus adaptée pour faire une analyse statistique ; elle permet de garder l'anonymat, elle est rapide et peu coûteuse. Le questionnaire était volontairement court pour pouvoir être réalisé juste avant la présentation du diaporama. Il a permis de tester les connaissances et pratiques des médecins sur la contraception

d'urgence. La force de ce questionnaire est que la partie concernant les connaissances a été validée et testée dans le travail de thèse de Gaiani Giulia [34].

Le désavantage de la méthode est qu'elle n'explore pas les avis personnels des médecins sur le sujet. Le questionnaire est déclaratif et il peut y avoir une différence entre les réponses et les pratiques réelles des médecins.

Le questionnaire n'a pas été codé ce qui n'a pas permis une analyse statistique avant/après de chaque individu.

L'enquête post-intervention a été envoyée deux mois après l'intervention, cette période est courte. Une observation sur du plus long terme, pendant 1 an par exemple, pourrait être plus intéressante.

4.2. Résultats de l'étude.

L'analyse des résultats a montré qu'une intervention sur la CU a amélioré les connaissances des médecins sur celle-ci. Une augmentation significative de la fréquence de l'information des patientes et des prescriptions de façon anticipée a été constatée.

4.2.1. Connaissances des médecins.

Le niveau des connaissances des médecins était assez élevé avant l'intervention avec un score moyen de 6,98 points sur 11.

Deux mois après l'intervention le score des connaissances a augmenté de 2,27 points. On peut donc conclure que le niveau de connaissances sur la CU a augmenté de façon significative. Dans notre étude aucune différence significative n'est trouvée dans le score des connaissances selon le sexe, l'âge, le milieu du travail.

Dans six questions sur les connaissances sur onze, nous avons constaté un changement significatif des réponses.

4.2.1.1. Mécanisme d'action du lévonorgestrel. Diapositive n°8.

Malgré le niveau de connaissance élevé des médecins sur la CU, 52% des médecins pensaient que le lévonorgestrel est une pilule abortive en pré-test. Il existe une méconnaissance du mécanisme d'action de cette molécule. Un peu moins d'un quart (23%) avaient le même avis lors de la deuxième enquête. C'est tout de même beaucoup malgré la présentation.

L'information ne figurait pas dans le diaporama, mais était dite oralement. En cas de réutilisation, une adaptation du diaporama semble nécessaire au vu des résultats de l'étude.

Nous voyons bien comme il est difficile avec une action informative de corriger une idée reçue, nous aurions probablement été plus efficace avec une action formative.

4.2.1.2. Alternative au lévonorgestrel. Diapositive n°13.

Plus de la moitié des médecins ne connaissaient pas une alternative au lévonorgestrel. Le stérilet n'est plus contre indiqué chez les patientes nullipares, mais la pose peut s'avérer plus difficile et cela a pu créer une certaine réticence. Le message semble bien assimilé, car près de la totalité donnaient le DIU comme une alternative au lévonorgestrel en deuxième enquête.

4.2.1.3. Délai d'utilisation du lévonorgestrel. Diapositive n°8.

Dans notre étude, près des deux tiers des médecins (64%) connaissaient les délais d'utilisation du lévonorgestrel. Dans l'étude du département du Nord les données sont similaires (63%) [7]. Presque tous les médecins (91%) connaissaient les délais à la seconde enquête.

4.2.1.4. Indications d'utilisation du lévonorgestrel. Diapositive n°8.

La majorité des médecins savaient que l'on peut utiliser la CUH quelle que soit la période du cycle. La totalité à la seconde enquête.

4.2.1.5. Effet du lévonorgestrel sur la grossesse. Diapositive n°9.

La majorité des médecins savaient que le lévonorgestrel n'a pas d'effet tératogène. La totalité après intervention.

4.2.1.6. Allaitement. Diapositive n°9.

La majorité des médecins ne connaissaient pas les modalités de la prise du lévonorgestrel en cours d'allaitement. Une minorité uniquement (12%) était capable de donner les modalités de sa prise. Cela peut être une source d'utilisation inappropriée du médicament par les patientes. Les modalités de sa prise figurent dans le VIDAL. Près des deux tiers des médecins répondaient correctement après l'intervention.

Sur les cinq autres questions relatives aux connaissances des médecins, nous n'avons pas constaté de changement significatif des réponses.

Le niveau de connaissance initial était élevé et s'est renforcé après la présentation.

4.2.1.7. Molécule recommandée en CUH. Diapositive n°8.

Presque la totalité des médecins interrogés connaissaient la molécule de première intention de la CUH. La totalité des médecins ayant répondu à la seconde enquête répondaient correctement à la même question.

4.2.1.8. Utilisation répétée du lévonorgestrel. Diapositive n°8.

Les trois quarts des médecins interrogés savaient que le lévonorgestrel peut être utilisé plusieurs fois en cours du cycle même s'il est non recommandé par l'AMM. Presque 90% après la deuxième enquête.

4.2.1.9. Echecs de la CUH. Diapositive n°20.

Dans notre étude très peu de médecins ne connaissaient pas la conduite à tenir en cas de signes d'échec du lévonorgestrel.

4.2.1.10. Délivrance du lévonorgestrel. Diapositive n°10.

Une grande majorité des médecins savaient que chaque femme quel que soit son âge, peut bénéficier du lévonorgestrel sans ordonnance.

4.2.1.11. Prescription anticipée du lévonorgestrel. Diapositive n°17 et 18.

48% des médecins pensaient que la prescription anticipée du lévonorgestrel diminue le nombre de grossesses imprévues. Cette proportion est passée à 59% après la présentation. La cause probable de cette évolution est que la bonne réponse à la question ne figurait pas sur les diapositives. Elle a été transmise oralement et n'a pas été retenue par l'auditoire. La prescription anticipée du lévonorgestrel n'a pas prouvé son efficacité sur la diminution du nombre des IVG. Aucune étude française n'existe pour l'instant sur ce sujet. Réponses fausses, reflétant des attitudes néfastes de la prescription de la contraception d'urgence anticipée : comportements à risque, mauvaise utilisation de la contraception ordinaire ont fortement baissé. Elles sont passées de 29% à 7%. Cette idée reçue a pu avoir un impact sur la non prescription anticipée de la CUH. Dans le diaporama, deux diapositives étaient ciblées pour montrer que la prescription du lévonorgestrel est neutre et ne provoque pas de comportement sexuel à risque ni de mauvaise utilisation de la contraception ordinaire.

4.2.2. Pratiques des médecins.

Les médecins participant à l'étude hormis une personne dans la première enquête déclaraient être prescripteurs de la contraception. Cela prouve que le médecin généraliste est un acteur important dans le suivi gynécologique des femmes.

Initialement un médecin sur quatre déclarait ne jamais prescrire la CUH. Un sur six confirmait ce choix lors de la deuxième enquête.

Le nombre des non prescripteurs de la contraception d'urgence de manière anticipée a fortement diminué après l'intervention (52% en pré-test, 14% en post-test). Nous avons observé une forte progression de ce type de prescription.

Douze médecins ne délivraient pas d'information sur la CUH avant l'intervention. L'ensemble des médecins déclarait fournir une information sur la contraception d'urgence après l'intervention. Ce résultat est très encourageant. L'information

principale de notre présentation sur la contraception d'urgence s'est avérée positive. Elle demande à être confirmée sur du plus long terme. L'outil d'information était simple mais suffisant pour changer les pratiques des médecins.

Les scores sur les connaissances ont augmenté de façon significative pour les prescripteurs comme pour les non prescripteurs de façon anticipée de la CUH. Le niveau des connaissances est presque identique quel que soit le nombre des prescriptions.

Notre étude ne nous permet pas de confirmer l'hypothèse que les médecins les mieux informés prescrivent plus ou informent plus les patientes. Nous en déduisons que le niveau de connaissances n'est pas le seul facteur qui influence les pratiques des médecins sur la CUH. D'autres facteurs peuvent entrer en jeu, comme la religion, les habitudes, les opinions personnelles, le manque de temps, la conviction que les oublis peuvent être éliminés...etc.

4.3. Comparaison avec d'autres études.

Une étude américaine [35] menée dans des centres de santé et les hôpitaux du Massachussetts en 2002, est comparable à notre étude. Les mêmes étapes ont eu lieu : questionnaire initial, intervention informative, le même questionnaire a été représenté six mois après l'intervention. Il s'agissait d'une intervention du type conférence sur la CUH et d'enquêtes avant et après. La population étudiée comportait 56 personnes, dont des médecins de plusieurs spécialités (médecins généralistes, pédiatres) et les infirmières prescripteurs. La proportion de professionnels de santé qui ont reconnu avoir déjà fait une prescription anticipée de CUH a augmenté entre les deux enquêtes et est passée de 18 à 41% (P : 0,007). Dans notre étude les prescripteurs de CUH anticipées sont passés de 48 à 86% entre les deux enquêtes (P : 0,001). Les causes probables de la différence avec notre étude sont qu'il s'agissait uniquement de médecins généralistes et que notre étude a été réalisée plus de 10 ans après l'étude américaine. Les connaissances sur la CUH ont évolué depuis. Le temps entre les deux enquêtes était également moindre dans notre étude. A noter que le questionnaire de l'étude américaine a été envoyé à l'avance et que les professionnels de santé disposaient de plus de temps pour le remplir, dans notre étude le questionnaire était fourni et rempli 10 minutes avant la présentation.

L'étude américaine a changé aussi de manière significative certaines attitudes des professionnels de santé. Ils étaient plus nombreux à accepter le fait que la CUH devrait être faite de façon anticipée. Ils étaient aussi plus nombreux à être en désaccord avec le fait que l'utilisation répétée de la CUH peut avoir des risques pour la santé.

Notre étude n'a pas exploré les attitudes des médecins. Cela pourrait être le sujet d'un prochain travail.

Une autre étude américaine [36] réalisée dans le centre de santé du Bronx à New-York entre 2004 et 2005 est comparable à notre étude. Cette étude comportait non seulement une intervention informative, mais aussi des rappels sous forme de posters, aides mémoires adhésifs et tampons facilitant la prescription. Des médecins traitants et internes de médecine interne ont participé à cette étude. Un questionnaire sur les pratiques concernant la CU a été transmis au préalable. Le même questionnaire a été représenté six mois après l'intervention.

Les proportions de participants qui ont informé sur la CUH dans le mois précédant la deuxième enquête a doublé et est passé de 37 à 80% (P <0,001).

Les proportions de participants ayant prescrit par avance dans le mois précédant la deuxième enquête est passé de 34 à 66% (P : 0,03).

Dans notre étude cette évolution a également été remarquée même si le délai entre les deux questionnaires est différent. Notre intervention ne comportait aucun rappel ni support en papier et malgré tout a provoqué des changements de pratiques.

A noter que l'accessibilité à la contraception d'urgence hormonale dans l'état de New York n'était pas comparable à celle de la France à cette époque. La contraception d'urgence hormonale n'existait pas en vente libre en pharmacie.

4.4. Rôle du médecin généraliste.

Même si la CUH est disponible en pharmacie sans prescription, l'information donnée par le médecin aux femmes reste primordiale. Celle-ci devrait être claire et précise, afin d'optimiser l'utilisation de la CUH.

C'est le rôle du médecin généraliste d'accompagner les femmes dans leur vie sexuelle et de les orienter dans leurs choix contraceptifs. Il est aussi de son devoir de les informer sur les échecs contraceptifs possibles et sur la possibilité de rattrapage.

Il est nécessaire de mieux informer les femmes sur les risques objectifs de grossesse.

Il faudrait insister sur l'accès de la CUH et les modalités de son usage qui créent une barrière à son utilisation.

Même s'il n'y a pas de preuve scientifique que la prescription anticipée diminue le nombre des IVG, il semble logique d'avoir une CUH disponible en cas de besoin pour pallier les échecs ou manques de contraceptifs.

L'information, la prescription de la CUH devrait être proposée systématiquement lors de la primo-prescription de contraceptif hormonal, à chaque renouvellement de la contraception hormonale, à chaque consultation qui porte sur la sexualité (recommandations HAS). Les médecins généralistes devraient avoir ce réflexe.

Après l'affaire médiatique des pilules de 3^{ème} et de 4^{ème} génération qui a donné une mauvaise image médiatique des pilules, le pourcentage des femmes recourant aux méthodes naturelles a augmenté [11]. Ces femmes devraient être informées de la possibilité de rattrapage.

Notre travail montre qu'il existe une nécessité d'information des médecins sur la CU. La CU a tout à fait sa place dans la formation continue.

4.5. Propositions.

Il serait intéressant de réaliser une étude semblable à plus long terme, avec un plus grand effectif et avec un groupe témoin. L'étude pourrait être faite avec une analyse plus objective des prescriptions grâce à une requête sur les prescriptions de CUH via la Sécurité Sociale.

5. CONCLUSION

Notre travail avait pour but de vérifier si une simple intervention informative sur la contraception d'urgence peut améliorer les connaissances et changer les pratiques des médecins généralistes. Notre étude montre que même si le niveau des connaissances était élevé, il a augmenté après l'intervention.

Pour cela nous avons élaboré un outil informatif de façon raisonnée avec un groupe d'experts. Nous avons élaboré un questionnaire d'évaluation à partir de travaux de la littérature. Nous avons soumis notre outil et notre questionnaire à des médecins motivés dans la formation continue ou l'évaluation.

Nous avons observé une augmentation des prescriptions anticipées de la contraception d'urgence hormonale, ainsi que de la délivrance d'informations sur ce sujet auprès des patientes.

L'hypothèse d'une corrélation entre un niveau de connaissances élevé et la prescription ou la délivrance d'information sur la contraception d'urgence plus importante n'a pas été démontrée.

On peut noter que le niveau des connaissances n'est pas le seul facteur qui influence les pratiques des médecins. Leurs opinions propres et leurs attitudes vis-à-vis de la contraception d'urgence peuvent perdurer.

Ce genre d'intervention est peut-être insuffisant pour favoriser les conseils et la prescription de la CUH, néanmoins c'est un moyen simple, reproductible. Il confirme la nécessité d'une information et d'une formation plus importante des médecins généralistes sur ce sujet.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. Baromètre Santé 2010.
2. Institut National d'Etudes Démographiques : La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés 2012 ; 492 : 4p.
3. Vilain A, Mouquet MC, Gonzalez L, Riccardis N. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. Etudes et Résultats 2013 ; (843)
4. AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D, CHAMBAUD L. IGAS : La prévention des grossesses non désirées : Contraception et contraception d'urgence. Octobre 2009
5. INPES. Baromètre Santé 2005.
6. HAS Contraception d'urgence. Prescription et délivrance à l'avance. Recommandations en santé publique. Avril 2013.
7. Naimi-Lelong, C. La contraception d'urgence : Opinions, Souhaits et Pratiques des Médecins Généralistes Du Département du Nord. Thèse d'exercice de médecine générale. Université du Droit et la Santé – Lille 2. 88 ; 2013
8. Bah M. Freins à la prescription anticipée de la contraception d'urgence hormonale. Etude qualitative par entretien semi-directif. Thèse d'exercice de médecine générale. Université Paris Diderot-Paris 7. 2010
9. Moreau C, Spira A, Bajos N. Evolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2009 ; 11 (5-6) : 338-44
10. Chriqui V. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Conseil d'analyse stratégique. La note d'analyse 226-juin 2011 [29/11/2013].
http://www.strategie.gouv.fr/system/files/2011-06-09-contraception-na226_0.pdf
11. Institut national d'études démographiques : « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? » Population et Sociétés 2014 ; 511 :4p.
12. Plan territorial pour la jeunesse en Haute –Normandie. De l'observation à l'action. DRJSCS de Haute-Normandie. Juin 2013. [01/12/13]. http://www.haute-normandie.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/DRJSCSHN_PlanTerritorialJeunesse_2013.pdf
13. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme – recommandations. Service des recommandations professionnelles de l'Anaes. Décembre 2004, p.24 ; 47p.
14. Norlevo 1,5mg. Monographie. Vidal ; 2013.
15. Contraception postcoitale. La revue Prescrire. Idées- forces Prescrire jusqu'au nr 348, octobre 2012.
16. ANSM.NORLEVO (lévonorgestrel) : un effet contraceptif réduit chez les femmes dont le poids est supérieur ou égal à 75 kg - Point d'information [01/12/2013]. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/NORLEVO-levonorgestrel-un-effet-contraceptif-reduit-chez-les-femmes-dont-le-poids-est-superieur-ou-egal-a-75-kg-Point-d-information>

17. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception*. 2011; 84: 363-7.
18. Norlevo : dispensation possible par les infirmières en milieu scolaire .Revue Prescrire 2000 ;20(204) :199
19. EllaOne. Monographie.Vidal ;2013.
20. Caulin C. Année 2009 du médicament : décevante encore...La revue Médecine janv 2010.
21. Ulipristal. Contraception postcoitale : pas mieux que lévonorgestrel. Revue Prescrire 2009 ; 29 (314) :886-889.
22. Glasier A, Cameron ST, Fine PM, Logan SJS, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 2010;9714: 555-62.
23. HAS. Fiche Mémo.Contraception d'urgence.Avril 2013.
24. Contraception postcoitale par un dispositif intra-utérin. Revue Prescrire 2009 ; 29 (304) :117.
25. Coût d'une IVG [01/12/13]. <http://www.sante.gouv.fr/cout-d-une-ivg.html>
26. INPES. Les Français et la contraception.2007.
27. Bertin-Steunou V, Bouquet E, Cailliez E. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2010 ;(39) :208-217.
28. Langille D, Allen M, Whelan A. Contraceptifs d'urgence. Connaissances et attitudes des médecins de famille néo-écossais. *Le médecin de famille canadien* 2012 ;58 : 548-54.
29. Karasz A, Tan Kirchen N, Gold M. The Visit Before the Morning After : Barriers to Preprescribing Emergency Contraception. *Annals of Family Médecine* 2004; 2, (4) : 345-350.
30. Raine T, Harper C, Leon K. Emergency Contraception: advance provision in a young high-risk clinic population. *Obstetrics and Gynecology* 2000; 96: 1-7.
31. Ekstrand M, Tydén T, Darj E. Twelve-month follow-up of advance provision of emergency contraception among teenage girls in Sweden- a randomized controlled trial. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2013; 118: 271-275.
32. Melanie A. Gold, DO, Jennifer E. Wolford, Kym A. Smith. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *Journal Pediatric and Adolescent Gynecology* 2004; 17:87-96.
33. Rault J F, Le Breton- Lerouvillois G. La démographie médicale en Région Haute-Normandie. Situation en 2013. [26/05/14]. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/haute-normandie_2013.pdf

34. Gaiani G. Construction et validation d'un outil d'évaluation des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence. (Etude préliminaire avant une étude de l'information délivrée sur la contraception d'urgence en médecine générale). Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Poitiers. 157 ; 2013
35. Chuang CH, Freund KM. Emergency contraception: an intervention on primary care providers. *Contraception* 2005; 72: 182-86.
36. Sobota M, Warkol R, Gold M, Milan F, Schwarz EB, Arnsten JH, et al. An intervention to improve advance emergency contraceptive prescribing practices among academic primary care physicians. *Contraception* 2008; 78: 131-35.

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE N°1 COURRIER N°1 :

Magdalena MAJZNER, Thésarde
Docteur Elisabeth MAUVIARD, Directrice de thèse

Rouen le 2 décembre 2013

Chers collègues,

Dans le cadre de ma thèse, je vous adresse un diaporama. Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie du groupe d'experts qui va évaluer puis va valider mon diaporama.

L'un des freins au recours à la contraception d'urgence est d'après l'HAS le manque d'informations des médecins généralistes. Le but de ma thèse est la construction d'un outil d'information (à partir de recommandations HAS, de publications médicales disponibles via Pubmed®, Science Direct®, de la base de données Vidal® et de presse grise : revues Prescrire®, Médecine®) sous forme d'un diaporama, afin de tenter de lever ce frein. Le diaporama sur la CU sera construit en plusieurs étapes validé par un groupe d'expert dont vous faites partie puis présenté à des médecins généralistes en exercice au cours de soirées de formation continue/groupe de qualité. Une évaluation des connaissances et pratiques sera prévue avant et après la présentation afin d'évaluer l'impact de la présentation du diaporama. Les étapes de la validation du diaporama sont les suivantes :

1. Je vous envoie aujourd'hui en pièce jointe (par mail) la première version d'une trentaine de diapos, avec le commentaire des diapositives en bas de page ; ainsi qu'une bibliographie.
2. J'attends vos suggestions, critiques, modifications, ajouts, retraits, de chaque diapositive ; diapo par diapo et sur l'ensemble du diaporama. Retour des réponses par mail au plus tard le 21 décembre, merci pour votre coopération.
3. J'apporterai des modifications de la présentation *Powerpoint* : Modifications sur les diapositives en fonction de vos commentaires. Je vous retournerai une dernière fois les diapositives.
4. Je vous demanderai de noter chaque diapositive de 1 à 10.
5. Je sélectionnerai les 20 diapositives ayant obtenues les meilleures notes des experts ; les autres diapositives seront écartées.

Je vous remercie donc de me retourner les diapositives conformément à l'étape N°2 avant le 21 décembre

Confraternellement

Magdalena MAJZNER

7.2. ANNEXE N°2 COURRIER N°2 :

Magdalena MAJZNER Thésarde
Docteur Elisabeth MAUVIARD Directrice de thèse

Rouen le 9 janvier 2014

Chers collègues,

Tout d'abord, je vous souhaite une très bonne année 2014.

Je tiens à vous remercier pour votre collaboration de ces dernières semaines. Vos réponses et avis sur les diapositives que j'ai réalisées ont été très enrichissants. L'heure n'est pas encore au bilan, mais j'ai évidemment du faire des choix en lien avec la diversité de vos réponses, ce qui n'a pas été évident.

La taille des diapositives et le mode de présentation du diaporama n'est pas très favorable à un style trop littéraire. Les choix que j'ai arrêtés vont soit dans le sens du consensus, ainsi que dans le sens de la fusion des diapositives. Au final la méthodologie choisie m'oblige à réduire le nombre de diapositives.

Nous arrivons à l'étape N°4 : pour mémoire ci-dessous les différentes étapes dans notre méthodologie :

1. Je vous ai envoyé la première version d'une trentaine de diapos, avec le commentaire des diapositives en bas de page ; ainsi qu'une bibliographie.
2. J'ai reçu vos suggestions, critiques, modifications, ajouts, retraits, de chaque diapositive ; diapo par diapo et sur l'ensemble du diaporama.
3. J'ai apporté des modifications de la présentation *Powerpoint* : Modifications sur les diapositives en fonction de vos commentaires.
4. Je vous fais parvenir par le présent mail le diaporama modifié suite à vos avis. Je vous demande de noter chaque diapositive de 1 à 10. Retour des réponses par mail au plus tard le 15 janvier 2014, merci pour votre coopération.
5. Je sélectionnerai les 20 diapositives ayant obtenu les meilleures notes des experts ; les autres diapositives seront écartées.

En pièce jointe le diaporama modifié sous deux formats : PDF et Powerpoint 2002. Je vous rappelle qu'en pied de diapositive, ce trouve une fenêtre avec des commentaires sur les diapositives.

Je vous demande de me retourner les notes que vous allez donner sur chaque diapositive (note sur 10) pour le 15 janvier 2014. Je sélectionnerai les 20 diapositives ayant obtenu les meilleures notes, les autres diapositives seront écartées. Je vous remercie de donner des notes tranchées, afin que la moyenne des notes soit sans équivoque.

Je tiens à vous remercier par avance pour votre travail ainsi que pour votre promptitude ; la première présentation du diaporama à un groupe de médecins aura en effet lieu le 22 janvier 2014.

Confraternellement

Magdalena MAJZNER

7.3. ANNEXE N°3 : QUESTIONNAIRE

1. Vous êtes :

- Homme Femme

2. Votre âge:

- < 35 ans 36-45 ans 46-55 ans 56-65 ans >65 ans

3. Vous exercez en milieu :

- Urbain semi-rural rural

Questionnaire sur la contraception d'urgence :

Cochez ou entourez votre réponse.

1. Selon la dernière recommandation HAS, quelle est la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention, en contraception d'urgence per os ?

- a) ethinylestradiol+lévonorgestrel (TETRAGYNON®) 50µg + 250 µg
- b) ulipristal (ELLAONE®) 30 mg
- c) lévonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg
- d) mifepristone (MIFEGYNE®) 200 mg

2. Peut-on prendre le lévonorgestrel (NORLEVO®) en cours d'allaitement?

- a) Non
- b) Oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures
- c) Oui, avec un arrêt d'allaitement de 3 heures
- d) Oui, sans arrêt de l'allaitement

3. Après un rapport sexuel non protégé, dans quelle situation la contraception d'urgence per os est-elle indiquée ?

- a) en période péri-ovulatoire
- b) quelle que soit la période du cycle
- c) en période pré-ovulatoire
- d) en période post-ovulatoire

4. Selon l'AMM, combien de temps après le rapport sexuel à risque est-il possible d'administrer le lévonorgestrel (NORLEVO®) ?

- a) 2 jours
- b) 3 jours
- c) 4 jours
- d) 5 jours

5. Chez une patiente nullipare, quelle alternative au lévonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence ?

- a) contraception oestroprogestative en quick start
- b) pose d'un implant contraceptif
- c) pose d'un dispositif intra-utérin au cuivre
- d) aucune de ces trois alternatives

6. Selon l'AMM du lévonorgestrel (NORLEVO®), dans quelle(s) situation(s) est-il recommandé de réaliser un test de grossesse ?

- a) en cas de retard de règles de plus de 5 jours
- b) en cas de saignements anormaux survenant à la date prévue des règles
- c) dans les deux situations précédentes

d) dans aucune des deux situations précédentes

7. D'après l'AMM, peut-on utiliser le lévonorgestrel (Norlevo®) plusieurs fois au cours du cycle ?

a) non car contre-indiqué

b) oui mais non recommandé

c) oui

d) pas d'indication sur ce point dans l'AMM

8. Qui peut bénéficier de la délivrance de lévonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ?

a) les femmes majeures

b) les femmes mineures

c) toute femme quel que soit son âge

d) aucune femme quel que soit son âge

9. Le lévonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation ?

a) oui

b) non

10. La prescription anticipée de levonorgestrel (NORLEVO®) :

a) augmente les comportements sexuels à risque

b) diminue l'observance de la prise de contraception hormonale

c) diminue le nombre de grossesses imprévues

d) n'a aucune influence sur ces paramètres

11. Le lévonorgestrel (NORLEVO®) a-t-il un effet malformatif en cas de poursuite de la grossesse ?

a) oui

b) non

12. Prescrivez-vous la contraception ?

Oui

Non

13. A quelle fréquence prescrivez-vous la contraception d'urgence hormonale ?

Jamais

Une ou plusieurs fois par semaine

Une ou plusieurs fois par mois

Une ou plusieurs fois par trimestre

14. A quelle fréquence prescrivez-vous de façon anticipée la contraception d'urgence hormonale ?

Jamais

Une ou plusieurs fois par semaine

Une ou plusieurs fois par mois

Une ou plusieurs fois par trimestre

15. A quelle fréquence délivrez-vous une information sur la contraception d'urgence auprès de vos patientes ?

Jamais

Une ou plusieurs fois par semaine

Une ou plusieurs fois par mois

Une ou plusieurs fois par trimestre

7.4. ANNEXE N°4 COURRIER N°3 :

*Magdalena MAJZNER Thésarde
Docteur Elisabeth MAUVIARD Directrice de thèse*

Chers collègues,

Nous avons eu l'occasion de nous rencontrer il y a deux mois déjà. Lors d'une soirée j'ai eu le plaisir de vous soumettre un questionnaire et de vous faire une présentation sur la contraception d'urgence.

*Pour donner suite à cette présentation et comme je vous l'avais expliqué je vous fais parvenir le même questionnaire. Il s'agit d'une étape clé dans l'élaboration de ma thèse c'est pourquoi je vous remercie d'y attacher de l'importance de me transmettre vos réponses. **Attention, il faut répondre à chaque question et il n'y a qu'une seule réponse par question.***

Je vous joins une enveloppe timbrée afin de faciliter l'envoi du questionnaire.

Je vous demande de me retourner le questionnaire sous quinze jours.

Je vous remercie par avance.

Confraternellement

Magdalena MAJZNER

Le Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leur conviction. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Résumé

Objectif : Vérifier si une intervention informative sur la contraception d'urgence peut changer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes. L'hypothèse étant que les médecins les mieux informés prescrivent et informent plus leurs patientes sur ce type de la contraception.

Méthode : Construction de manière raisonnée d'un outil d'information sous forme d'un diaporama. Enquête concernant les connaissances (issue de la thèse de G. Gaiani) et les pratiques en matière de contraception d'urgence auprès des médecins généralistes de la Seine-Maritime. Intervention : présentation d'un diaporama sur la contraception d'urgence. Comparaison des réponses avant et deux mois après l'intervention.

Résultats : 52 médecins ont participé au pré-test, 44 médecins au post- test. Deux mois après l'intervention le score des connaissances a augmenté de 2,27 points en moyenne ($p=0$). Aucune différence significative n'a été trouvée dans le score des connaissances selon le sexe ($p=0,372$), l'âge ($p=0,711$), le milieu du travail ($p=0,851$). Le score des connaissances a augmenté chez les prescripteurs comme chez les non prescripteurs de la contraception d'urgence hormonale ($p=0,044$). Le score des connaissances des médecins qui informaient plus fréquemment leurs patientes est comparable avec celui de ceux qui informaient moins. Le nombre des non prescripteurs de la contraception d'urgence hormonale anticipée a diminué et est passée de 52% à 14% ($p=0$). Le nombre des médecins qui n'informaient jamais leurs patientes sur la contraception d'urgence a diminué de 23% à 0% ($p=0,008$).

Conclusion : Une simple intervention sur la contraception d'urgence a permis de changer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes. L'hypothèse d'une corrélation entre un niveau de connaissances élevées et la prescription ou la délivrance d'information sur la contraception d'urgence plus fréquente n'a pas été démontrée.

Mots clés : contraception d'urgence, médecin généraliste, intervention, connaissances, pratiques.