

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

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

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 Janvier 2018 à Poitiers

Par Mlle Sophie MOREAU

Niveaux de connaissances d'un groupe de médecins généralistes au sujet de la contraception d'urgence et étude d'une corrélation avec leurs représentations.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres : Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER

Madame le Docteur Anne-Laure HEINTZ

Directrice de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

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

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE, Professeur de Gynécologie et Obstétrique. Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER, Maître de Conférences Universitaires de Pharmacologie Clinique. Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Recevez l'expression de mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Anne-Laure HEINTZ, Docteur en Médecine Générale. Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez trouver, dans ce travail, l'expression de mes remerciements les plus respectueux.

À Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET, Docteur en Médecine Générale. Vous m'avez fait l'honneur de me confier et de diriger cette thèse, qui concrétise la fin des mes études médicales. Merci pour votre soutien, vos conseils et votre disponibilité. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Charlotte, cela a été un plaisir de travailler avec toi et de te rencontrer. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie personnelle et professionnelle.

A tous les médecins généralistes ayant participé aux entretiens. Merci de nous avoir permis de réaliser ce travail.

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| Sommaire | 5 |
| Abréviations | 6 |
| Introduction | 7 |
| Matériel et méthode | 10 |
| Résultats | 12 |
| <u>1</u> Population de l'étude | 12 |
| <u>1-1</u> Nombre de médecins étudiés | 12 |
| <u>1-2</u> Caractéristiques de l'échantillon | 12 |
| <u>2</u> Résultats au questionnaire de connaissances | 18 |
| <u>2-1</u> Résultats par médecin | 18 |
| <u>2-2</u> Résultats par question | 19 |
| <u>2-3</u> Résultats en fonction du profil | 25 |
| <u>3</u> Corrélation entre résultats et représentations | 27 |
| Discussion | 31 |
| <u>1</u> Population de l'étude | 31 |
| <u>2</u> Choix de la méthode | 31 |
| <u>3</u> Biais de l'étude | 32 |
| <u>4</u> Résultats | 33 |
| <u>4-1</u> Population de l'étude | 33 |
| <u>4-2</u> Résultats au questionnaire par médecin | 33 |
| <u>4-3</u> Résultats au questionnaire par question | 34 |
| <u>4-4</u> Comparaison des résultats aux profils des médecins | 36 |
| <u>4-5</u> Corrélation entre les résultats et les représentations | 37 |
| <u>4-6</u> Synthèse des données observées | 41 |
| <u>5</u> Ouverture | 42 |
| Conclusion | 45 |
| Bibliographie | 46 |
| Annexes | 50 |
| Résumé | 59 |
| Abstract | 60 |
| Serment | 61 |

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CU : Contraception d'Urgence

DIU : Dispositif intra-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Hormone Lutéinisante

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage Universitaire

PA : Prescription Anticipée

QCM : Questions à choix multiples

SAS : Statistical Analysis System

INTRODUCTION

Selon le dernier rapport du baromètre santé de l'INPES de 2016 (1), en France, 71.9% des femmes étaient concernées par la contraception. Parmi elles, 8% n'en utilisaient pas. Selon l'enquête COCON (2) publiée en 2003, parmi les femmes ayant eu une grossesse imprévue et n'utilisant pas de moyen contraceptif, 64% ont donné comme raison de cette non utilisation le fait de ne pas se considérer à risque d'être enceinte.

En France, la contraception la plus utilisée par les femmes de 15-49 ans reste la pilule contraceptive, malgré une diminution progressive depuis 2010, suite à la « crise de la pilule ». 40,8% l'utilisaient en 2000, 36,3% en 2013, et 33,2% en 2016 (1).

Le nombre d'IVG en France reste stable (200 000 IVG par an) (3,4). Selon l'enquête COCON, une grossesse sur 3 est non prévue, et la moitié conduit à une IVG (2). De plus, 65% des grossesses non prévues surviennent chez des femmes utilisant un moyen de contraception (2).

Diverses situations exposent au risque de grossesse non prévue : oubli de pilule, mauvais usage du préservatif, rapport imprévu non protégé.... La contraception d'urgence, aussi appelée post-coïtale, de rattrapage ou du lendemain, peut alors être utilisée dans le cas de ces rapports à risque.

Deux méthodes de contraception d'urgence sont utilisées actuellement : la méthode hormonale orale, comprenant le Lévonorgestrel (NORLEVO) et l'Ulipristal Acétate (ELLAONE), et le DIU au cuivre. Ces trois types de contraception d'urgence ont montré leur efficacité pour éviter une grossesse non prévue (5, 6, 7, 8, 9).

Une femme sur 4 ayant eu un problème avec l'utilisation du préservatif aurait eu recours à la contraception d'urgence (10). Pourtant, la majorité des femmes (entre 71 et 89% selon les études) déclare avoir entendu parler de la contraception d'urgence, sans pour autant y avoir recours en cas de nécessité (3,11).

La législation en France a évolué et s'est renforcée depuis 2000 avec la délivrance du Lévonorgestrel sans ordonnance et sa gratuité pour les mineures (12). Depuis 2015, les deux contraceptions d'urgences hormonales utilisées en France sont

disponibles en pharmacie sans ordonnance (13). La plupart des femmes ayant eu recours à la contraception d'urgence l'ont obtenue directement en pharmacie (86%) (14).

En effet, selon le rapport de l'IGAS paru en 2009 (15), le recours à la contraception d'urgence a augmenté depuis son accès libre en pharmacie en 1999. Cependant, l'analyse des remboursements montre que ces derniers concernent essentiellement les délivrances gratuites aux mineures (coefficient multiplicateur de 5.7 entre 2002 et 2007), alors que les remboursements sur prescriptions médicales restent faibles, moins de 13 % du total, et de manière stable.

Des études montrent que l'utilisation de la contraception d'urgence pourrait éviter une IVG dans 38 à 60 % des cas (11). La non utilisation de contraception d'urgence suite à un rapport à risque serait due à la non perception du risque de grossesse, dans 51% des cas (14). Plusieurs études concluent à une méconnaissance des femmes à propos de leur contraception, de la CU et des rapports à risque de grossesse (3, 6, 8, 9, 11, 14).

Développement d'un « programme de recherche »

L'accessibilité et le recours à la contraception d'urgence sont des objectifs de santé publique.

Un projet de recherche a débuté en 2013 par le travail de G. GAIANI (16), qui a consisté en l'élaboration d'un questionnaire validé pour évaluer les connaissances des MG au sujet de la CU.

L'hypothèse était que le niveau de connaissance des MG au sujet de la CU pouvait influencer la fréquence de l'information donnée aux patientes.

Par la suite, en 2015, C. BOUQUET (17), a effectué un travail afin d'évaluer la fréquence du « counseling » en matière de contraception d'urgence en médecine générale.

Notre idée initiale était d'étudier le niveau de connaissance des médecins généralistes pratiquant le « counseling » pour le comparer avec celui des médecins qui ne le pratiquaient pas à l'aide de l'outil validé (16). Le phénomène étant rare (3,7 sur 1000), il a fallu modifier la question de recherche pour étudier les raisons d'une si faible délivrance d'information sur la CU en MG.

Une revue de la littérature sur le sujet a été effectuée en 2017 par L. BOUSKINE (18). Celle-ci a mis en évidence des méconnaissances et des croyances mais n'a pas

permis d'analyser les freins à la prescription et si en particulier ces freins étaient corrélés à un manque de connaissances.

L'hypothèse principale de notre travail est qu'il existe des croyances et des représentations influençant le « counseling », et que les représentations négatives de certains médecins seraient liées à leur méconnaissance au sujet de la CU.

Le travail de Charlotte BUCCO constitue la première partie de notre travail. Elle a effectué une analyse qualitative des représentations des MG au sujet de la CU à l'aide d'entretiens semi dirigés.

Nous poursuivons donc le travail avec pour objectif principal l'exploration des connaissances au sujet de la CU du même groupe de médecins généralistes, à l'aide de l'outil validé (16), et pour objectif secondaire l'analyse descriptive des réponses au questionnaire, en les corrélant aux profils des médecins et à leurs représentations, ceci afin d'analyser s'il existe un lien entre leurs profils, leurs représentations et leurs connaissances.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude mixte quali-quantitative, prospective, menée auprès de médecins généralistes de la Vienne et des Deux-Sèvres.

La 1^{ère} partie du travail, ayant fait l'objet de la thèse de C.BUCCO, a consisté en la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés visant à recueillir les croyances et les représentations des médecins généralistes. Nous avons chacune réalisé des entretiens (10 par C.BUCCO, et 8 par moi-même), puis nous avons effectué conjointement la relecture et le codage de tous les entretiens, avec l'aide d'une troisième intervenante psychologue libérale, afin de trianguler les données.

Les entretiens ont été réalisés auprès de 18 médecins généralistes d'avril à octobre 2017. Le recrutement a été arrêté à l'obtention d'une saturation des données. L'intégralité des entretiens est disponible en annexe 1.

Le travail de C.BUCCO a consisté en l'analyse des entretiens afin de mettre en évidence les représentations des MG au sujet de la CU.

Pour ce qui est de la seconde partie du travail, faisant l'objet de cette thèse, le questionnaire validé réalisé par le Docteur G.GAIANI (16) a été soumis à chaque médecin ayant participé aux entretiens.

Il a été retranscrit sur une plateforme de questionnaires en ligne : SURVIO. Pour préserver l'anonymat des participants, un matricule leur a été remis à la fin des entretiens, qu'ils ont pu retranscrire au début du questionnaire. Chaque thésarde ayant réalisé l'entretien mettait ses initiales suivi d'un numéro. Le numéro était défini en fonction de l'ordre de réalisation des entretiens.

Le questionnaire n'a pas été modifié et figure en annexe 2. Il comportait 25 QCMs à réponse unique. Sur la plateforme de questionnaire en ligne SURVIO, la première question étant liée à l'anonymisation des données, les questions du questionnaire ont donc été décalées et la première question du questionnaire de connaissances correspond donc à la question 2 du questionnaire en ligne. La durée estimée pour répondre au questionnaire était de 10 minutes environ. Il était demandé au début du questionnaire d'y répondre de façon spontanée sans se documenter à l'aide de ressources externes.

La population de l'étude était identique à celle des entretiens semi dirigés.

A la fin de chaque entretien, nous avons envoyé un courrier électronique à chaque médecin, après avoir recueilli son accord oral, dans lequel était donné le lien direct

du questionnaire en ligne. Les réponses étaient rendues anonymes grâce au matricule.

Les réponses étaient ensuite directement visibles sur le site, en se connectant au compte créé. Les données n'étaient pas publiques.

Le recueil des réponses au questionnaire de connaissances s'est déroulé d'avril à octobre 2017.

Cette étude n'a pas fait l'objet d'une demande d'autorisation au comité d'éthique car elle était non interventionnelle.

L'analyse des données a consisté dans un premier temps en une analyse quantitative des résultats par question, puis par médecin.

Le seuil de compétence avait été défini lors de l'établissement du questionnaire (16) et avait été fixé à 16 bonnes réponses sur 25. Nous avons donc réutilisé ce même seuil pour définir les « bonnes connaissances » et les « moins bonnes connaissances ». Ainsi, le chiffre 0 a été attribué aux « moins bonnes connaissances », et le chiffre 1 aux « bonnes connaissances ».

Les résultats ont ensuite été analysés à l'aide du logiciel SAS, afin d'évaluer les réponses par rapport aux profils des médecins. Les tests utilisés ont été les tests du Khi-2 et de Student, et pour les effectifs inférieurs à 5, un complément par un test de Fisher a été réalisé. La différence était considérée significative en cas de $p < 0.05$.

La corrélation entre les réponses aux questionnaires et les représentations dégagées des entretiens a été faite de façon purement descriptive, sans analyse statistique. Les médecins ont été répartis en plusieurs catégories en fonction des propos tenus au cours des entretiens. La subjectivité a été diminuée grâce à la triangulation des données.

RESULTATS

1- Population de l'étude

1-1 Nombre de médecins interrogés :

La population de l'étude était la même que pour l'analyse qualitative par entretiens semi-dirigés, et comportait 18 médecins.

1-2 Caractéristiques de l'échantillon :

1-2.1 Sexe

Parmi les 18 médecins interrogés, 10 étaient des femmes soit 55.6%, 8 étaient des hommes soit 44.4%.

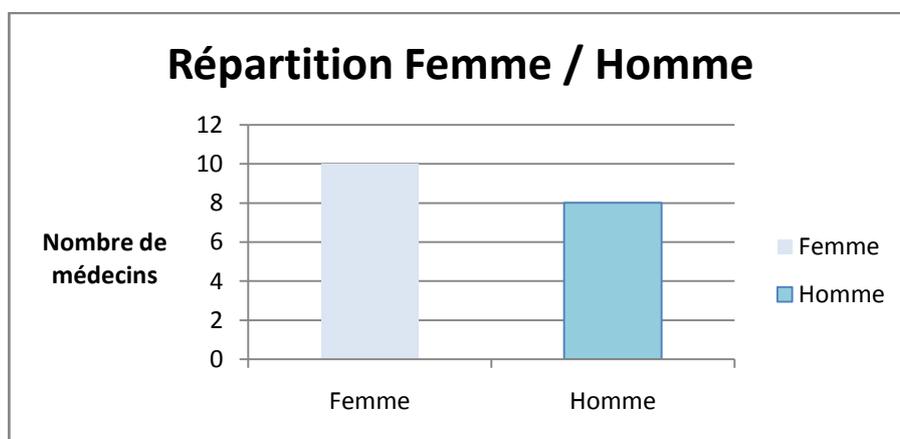


Figure 1 : Répartition par sexe

1-2.2 Age

L'âge des médecins était compris entre 28 et 62 ans, avec une moyenne à 45,9 ans. La tranche d'âge des 31-35 ans était la plus représentée.

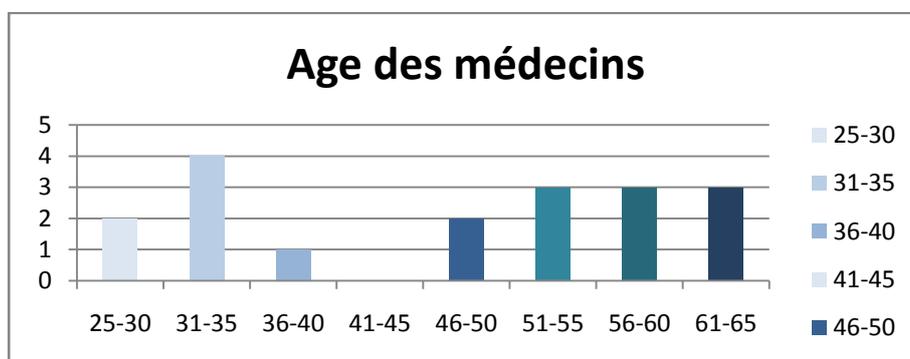


Figure 2 : Répartition par âge

1-2.3 Département d'exercice

Parmi les 18 médecins interrogés, 4 exerçaient en Deux-Sèvres soit 22,2%, et 14 exerçaient en Vienne soit 77,8%.

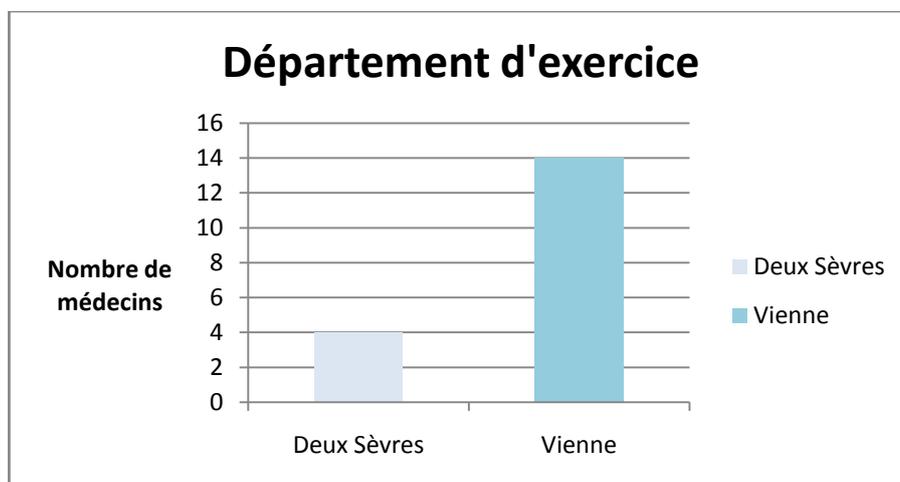


Figure 3 : Répartition par département d'exercice

1-2.4 Milieu d'exercice

Parmi les 18 médecins interrogés, 2 exerçaient en milieu rural soit 11,1%, 3 en milieu semi-rural soit 16,7%, et 11 en milieu urbain soit 61,1%. Les médecins non installés n'étaient pas inclus ici, ils étaient 2.

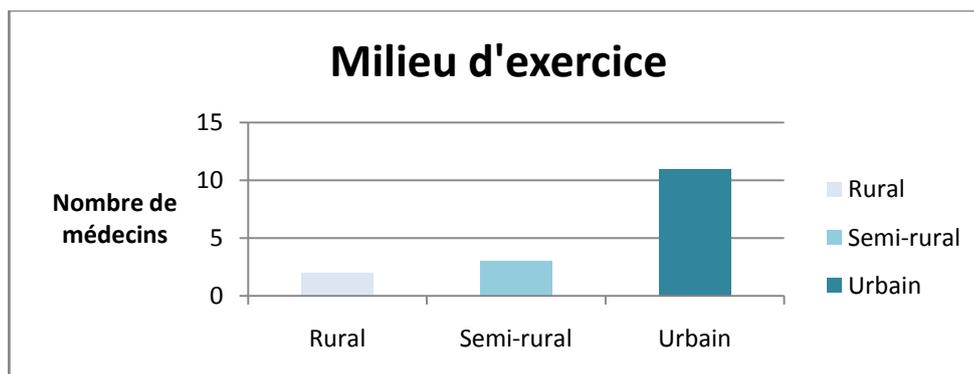


Figure 4 : Répartition par milieu d'exercice

1-2.5 Type d'exercice

Parmi les 18 médecins interrogés, 6 exerçaient en maison médicale soit 33,3%, et 10 en cabinet de groupe soit 55,6%. Les médecins non installés n'étaient pas inclus ici, ils étaient 2.

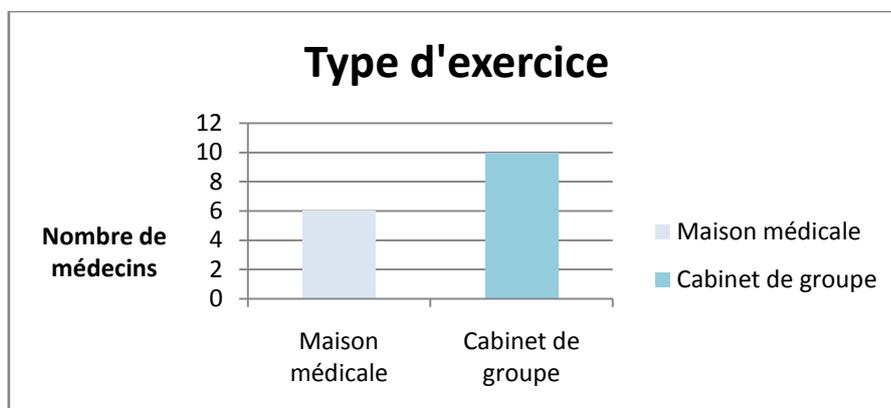


Figure 5 : Répartition par type d'exercice

1-2.6 Ancienneté d'installation

Parmi les 18 médecins interrogés, 2 n'étaient pas encore installés soit 11,1%, 6 étaient installés depuis moins de 10 ans soit 33,3%, 1 était installé depuis 11 à 20 ans soit 5,6%, 7 étaient installés depuis 21 à 30 ans soit 38,9%, et 2 étaient installés depuis plus de 31 ans soit 11,1%.

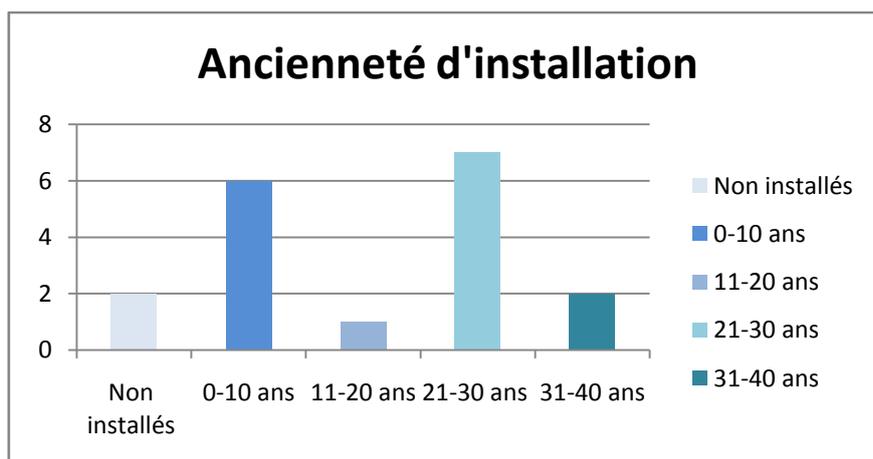


Figure 6 : Répartition par année d'installation

1-2.7 Nombre de consultations quotidiennes

Parmi les 18 médecins interrogés, 5 faisaient en moyenne entre 20 et 24 consultations quotidiennes soit 27,8%, 8 en faisaient entre 25 et 30 soit 44,4 %, 3 en faisaient entre 30 et 34 soit 16,7 %, et 2 en faisaient entre 35 et 40 soit 11,1%.

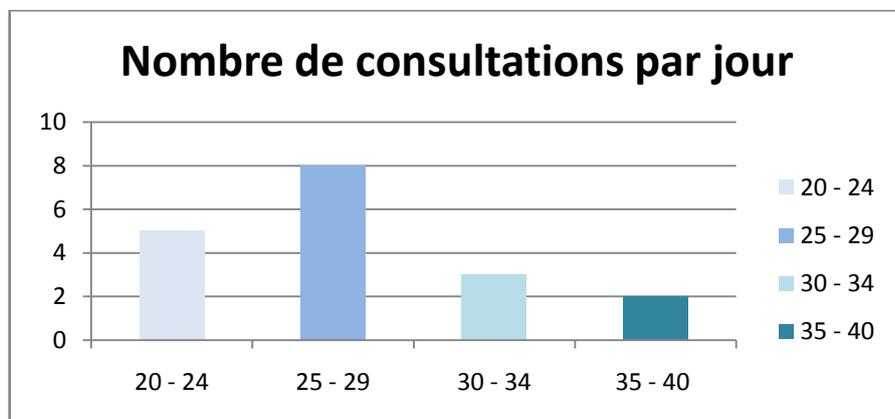


Figure 7 : Répartition par nombre de consultations quotidiennes

1-2.8 Qualité de Maître de Stage Universitaire

Parmi les 18 médecins interrogés, 11 étaient MSU soit 61,1%, et 7 ne l'étaient pas soit 38,9%.

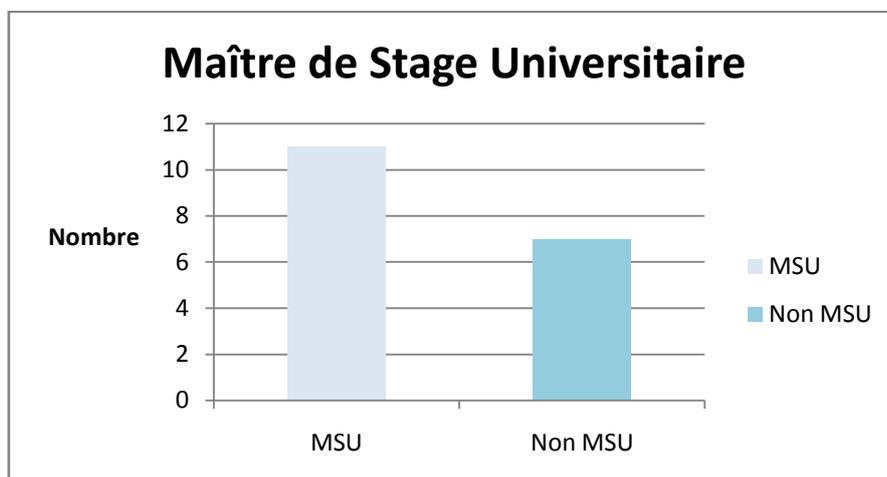


Figure 8 : Répartition par qualité de MSU

1-2.9 Possession d'un Diplôme Interuniversitaire de Gynécologie-Obstétrique

Parmi les 18 médecins interrogés, seulement 2 avaient le DIU de Gynécologie et Obstétrique soit 11,1 %, les 16 autres ne l'avaient pas soit 88,9 %.

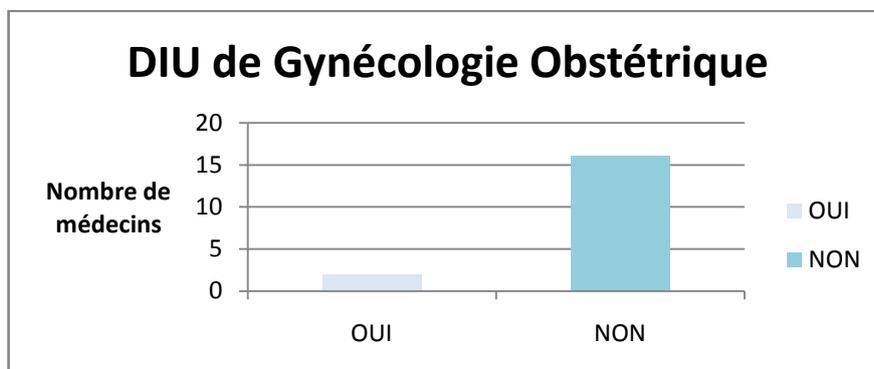


Figure 9 : Répartition par obtention du DIU de Gynécologie-Obstétrique

1-2.10 Pourcentage d'activité gynécologique

Parmi les 18 médecins interrogés, la moitié déclarait avoir une activité de gynécologie de moins de 10% et l'autre moitié entre 10 et 25 %.

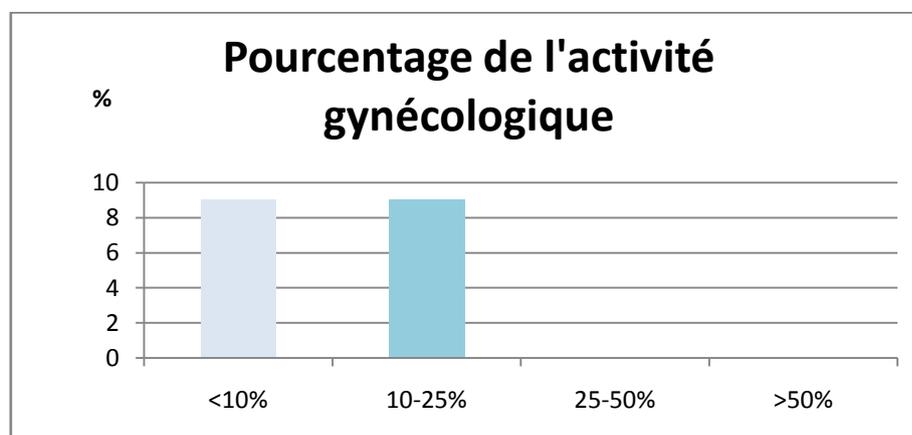


Figure 10 : Répartition par pourcentage d'activité gynécologique

1-2.11 Fréquence de délivrance d'une information sur la contraception d'urgence

Parmi les 18 médecins interrogés, 1 médecin ne donnait jamais d'information sur la CU soit 5,6 %, 3 le faisaient moins d'une fois par an soit 16,7%, 1 plus d'une fois par

an soit 5,6%, 4 le faisaient une fois par trimestre soit 22,2%, 9 une fois par mois soit 50%. Aucun ne déclarait donner l'information sur la CU au moins une fois par semaine.

Parmi les médecins estimant donner l'information une fois par mois, il y avait six femmes et trois hommes, quatre MSU et 5 non MSU. Ils faisaient pour la plupart (cinq) entre 25 et 29 consultations par jour. Les tranches d'âge les plus représentées étaient les 25-30 ans (deux) et les 56-60 ans (trois).

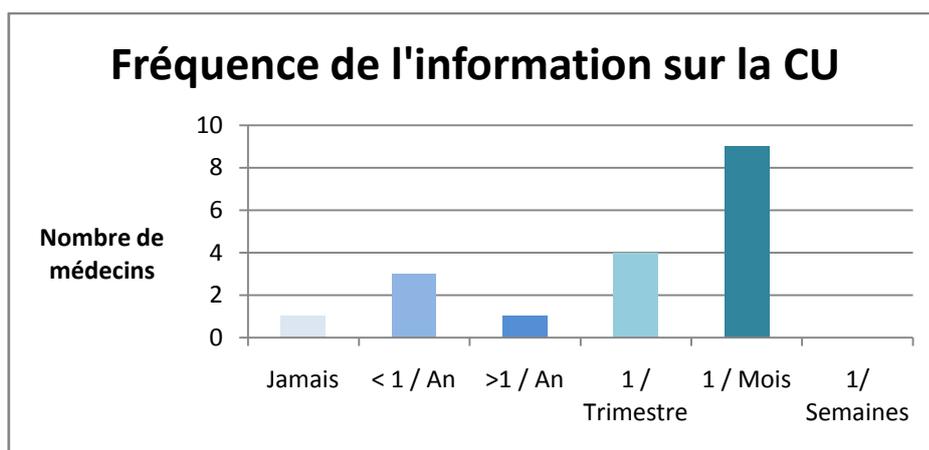


Figure 11 : Répartition par fréquence de délivrance de l'information sur la CU

2- Résultats au questionnaire de connaissance

2-1 Résultats par médecin

Le seuil de compétence fixé à 16/25 lors de la création du questionnaire de connaissances (16) a été réutilisé, afin de définir les « bonnes connaissances » et les « moins bonnes connaissances ».

La répartition des résultats par médecin est représentée dans la figure ci-dessous.

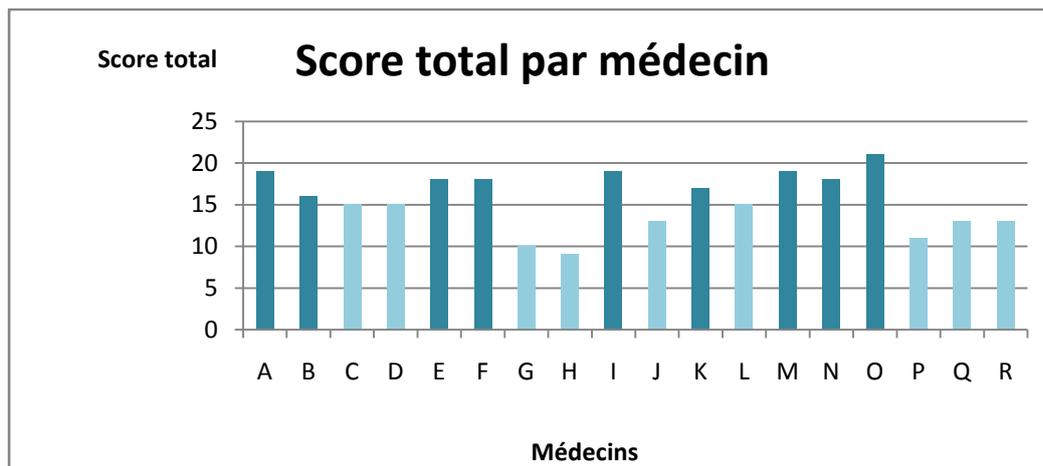


Figure 12 : Score total par médecin : en bleu foncé, les médecins ayant obtenu $\geq 16/25$.

La moyenne des réponses au questionnaire était de 15,5 sur 25, avec un maximum à 21/25 et un minimum à 9/25. La médiane était de 15/25.

| Variable d'analyse : score | | | | | |
|----------------------------|--------------------|---------|--------------------|---------|---------|
| Minimum | Quartile inférieur | Médiane | Quartile supérieur | Maximum | Moyenne |
| 9 | 13 | 15 | 18 | 21 | 15.5 |

Tableau 1 : Analyse du score total

Parmi les 18 médecins interrogés, 9 ont eu un score total supérieur ou égal à 16/25 soit 50%, et 9 ont eu un score inférieur à 16/25 soit 50%.

Bonnes connaissances : $\geq 16/25$

Moins bonnes connaissances : $< 16/25$

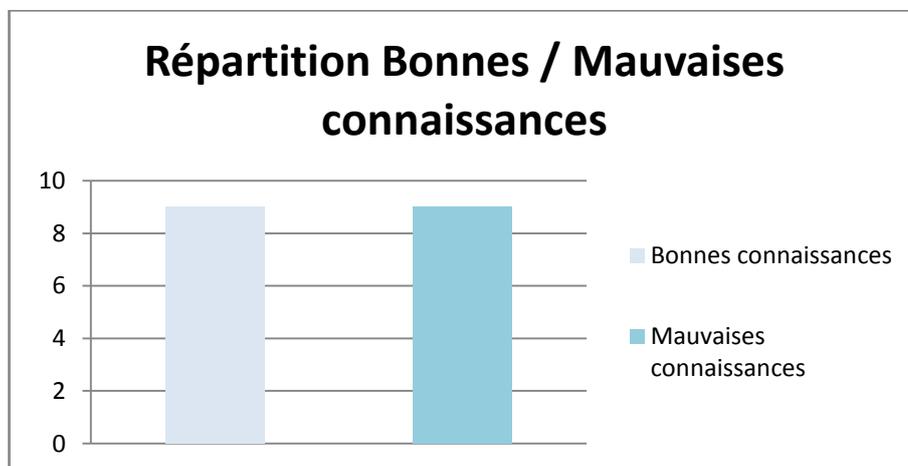


Figure 13 : Répartition en fonction du seuil de connaissances

2-2 Résultats par question

Le questionnaire est disponible en annexe 2.

2-2.1 Question 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? »

Réponse : « Lévonorgestrel (NORLEVO®) 1.5mg ».

15 ont répondu correctement à la question soit **83,33%**.

2-2.2 Question 2

« Quel est le seul mécanisme d'action prouvé du Lévonorgestrel (NORLEVO®)? »

Réponse : « Interférence avec le pic de LH ».

7 ont répondu correctement à la question soit **38,9%**.

2-2.3 Question 3

« Peut-on prendre le Lévonorgestrel (NORLEVO®) en cours d'allaitement ? »

Réponse : « oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures.

6 ont répondu correctement à la question soit **33,3%**.

2-2.4 Question 4

« Dans quel(s) lieu(x) est-il possible de délivrer la contraception d'urgence ? »

Réponse : « Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus ».

13 ont répondu correctement à la question soit **72,2%**.

2-2.5 Question 5

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

Réponse : « 3 jours ».

11 ont répondu correctement à la question soit **61,1%**.

2-2.6 Question 6

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

Réponse : « Quelle que soit la période du cycle ».

17 ont répondu correctement à la question soit **94,4%**.

2-2.7 Question 7

« Dans les heures qui suivent un rapport à risque, l'efficacité du Lévonorgestrel (NORLEVO®) est-elle »

Réponse : « décroissante ».

12 ont répondu correctement à la question soit **66,7%**.

2-2.8 Question 8

« Avec quel(s) médicament(s) existe-t-il une interaction à prendre en compte lors de l'administration de Lévonorgestrel (NORLEVO®)? »

Réponse : « Phénobarbital (GARDENAL) ».

7 ont répondu correctement à la question soit **38,9%**.

2-2.9 Question 9

« Chez une patiente nullipare, quelle alternative au Lévonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence ? »

Réponse : « Pose d'un dispositif intra-utérin au cuivre ».

15 ont répondu correctement à la question soit **83,3%**.

2-2.10 Question 10

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

Réponse : « Dans les deux situations précédentes » (en cas de retard de règles de plus de 5 jours et en cas de saignements anormaux survenant à la date prévue des règles.

11 ont répondu correctement à la question soit **61,1%**.

2-2.11 Question 11

« Quelle est la posologie du Lévonorgestrel (NORLEVO®) en contraception d'urgence per os ? »

Réponse : « Un comprimé en une seule prise ».

16 ont répondu correctement à la question soit **88,9%**.

2-2.12 Question 12

« D'après l'AMM, peut-on utiliser le Lévonorgestrel (NORLEVO®) plusieurs fois au cours du cycle ? »

Réponse : « Oui mais non recommandé ».

12 ont répondu correctement à la question soit **66,7%**.

2-2.13 Question 13

« Dans quels établissements scolaires les infirmières scolaires peuvent-elles administrer le Lévonorgestrel (NORLEVO®)? »

Réponse : « Dans les collèges et dans les lycées ».

14 ont répondu correctement à la question soit **77,8%**.

2-2.14 Question 14

« Qui peut bénéficier de la délivrance de Lévonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ? »

Réponse : « Toute femme quelque soit son âge ».

16 ont répondu correctement à la question soit **88,9%**.

2-2.15 Question 15

« En dehors de la porphyrie hépatique, quelle est la contre-indication absolue à la prise du Lévonorgestrel (NORLEVO ®) ? »

Réponse : « aucune »

8 ont répondu correctement à la question soit **44,4%**.

2-2.16 Question 16

« Il est recommandé d'administrer un deuxième comprimé de Lévonorgestrel (NORLEVO®) en cas de vomissements survenant : »

Réponse : « Jusqu'à 3 heures après la prise d'un premier comprimé de Lévonorgestrel (NORLEVO®) »

13 ont répondu correctement à la question soit **72,2%**.

2-2.17 Question 17

« Le Lévonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation ? »

Réponse : « Non ».

8 ont répondu correctement à la question soit **44,4%**.

2-2.18 Question 18

« L'efficacité du Lévonorgestrel (NORLEVO ®) dans les premières 24 heures après le rapport sexuel est de : »

Réponse : « 95% ».

13 ont répondu correctement à la question soit **72,2%**.

2-2.19 Question 19

« Les infirmières scolaires peuvent administrer le Lévonorgestrel (NORLEVO®) sans avis médical : »

Réponse : « devant toute demande ».

10 ont répondu correctement à la question soit **55,6%**.

2-2.20 Question 20

« Quel est le niveau de service médical rendu (= SMR) pour le Lévonorgestrel (NORLEVO®)? »

Réponse : « Important (niveau2) ».

6 ont répondu correctement à la question soit **33,3%**.

2-2.21 Question 21

« Le prix de vente moyen du Lévonorgestrel (NORLEVO®) est : »

Réponse : « entre 6 et 8 euros ».

5 ont répondu correctement à la question soit **27,8%**.

2-2.22 Question 22

« La prescription anticipée de Lévonorgestrel (NORLEVO®): »

Réponse : « n'a aucune influence sur ces paramètres ». (Paramètres proposés : augmentation des rapports sexuels à risque, diminution de l'observance de la prise contraceptive hormonale, diminution du nombre de grossesses imprévues.)

6 ont répondu correctement à la question soit **33,3%**.

2-2.23 Question 23

« L'efficacité du Lévonorgestrel (NORLEVO ®) dans les 48-72 heures après le rapport sexuel est de :»

Réponse : « 58% ».

9 ont répondu correctement à la question soit **50%**.

2-2.24 Question 24

« Qui peut bénéficier de la délivrance de Lévonorgestrel (NORLEVO®) de manière gratuite en pharmacie ? »

Réponse : « Les femmes mineures ».

11 ont répondu correctement à la question soit **61,1%**.

2-2.25 Question 25

« Le Lévonorgestrel (NORLEVO®) a-t-il un effet malformatif en cas de poursuite de la grossesse ? »

Réponse : « non ».

18 ont répondu correctement à la question soit **100%**.

2-2.26 Synthèse par question

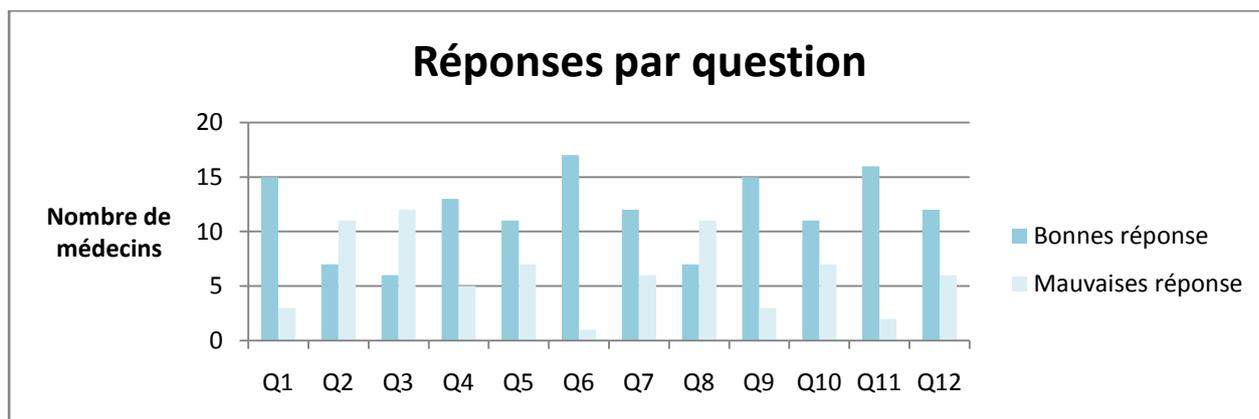


Figure 14 : Répartition des réponses par questions (de 1 à 12)

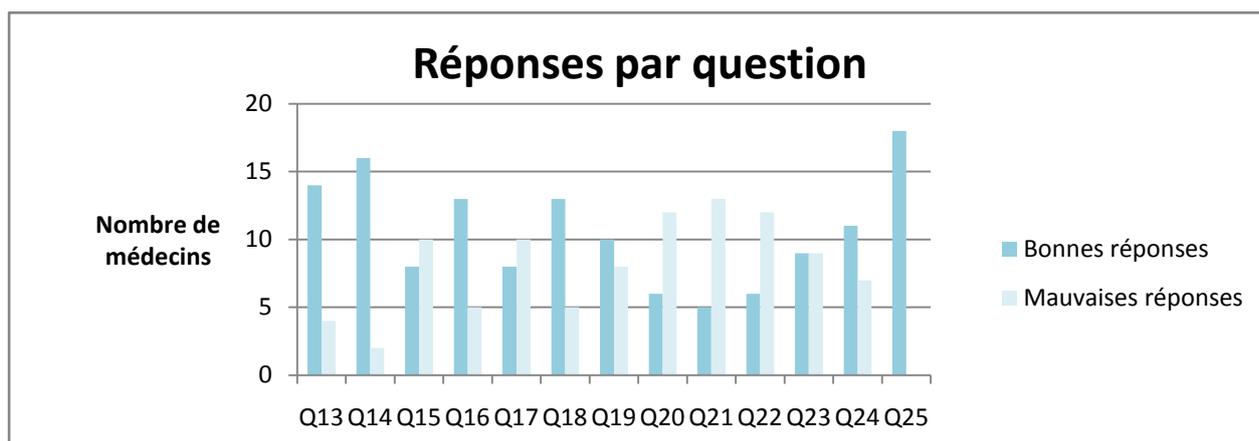


Figure 15 : Répartition des réponses par questions (de 13 à 25)

2-3 Résultats en fonction du profil

| VARIABLE | <16 | | ≥16 | | p |
|--|----------|-------|----------|-------|------|
| | Effectif | % | Effectif | % | |
| Sexe | | | | | 0,63 |
| Homme | 5 | 27,8 | 3 | 16,7 | |
| Femme | 4 | 22,2 | 6 | 33,3 | |
| Département d'exercice | | | | | 1,00 |
| Deux-Sèvres | 2 | 11 | 2 | 11 | |
| Vienne | 7 | 38,9 | 7 | 38,9 | |
| Lieu d'exercice | | | | | 1,00 |
| Urbain | 5 | 31,25 | 6 | 37,5 | |
| Rural | 1 | 6,25 | 1 | 6,25 | |
| Semi rural | 2 | 12,5 | 1 | 6,25 | |
| Mode d'exercice | | | | | 1,00 |
| Cabinet de groupe | 5 | 31,25 | 5 | 31,25 | |
| Maison médicale | 3 | 18,75 | 3 | 18,75 | |
| Installation | | | | | 1,00 |
| Non installé | 1 | 5,6 | 1 | 5,6 | |
| Installé | 8 | 44,4 | 8 | 44,4 | |
| MSU | | | | | 1,00 |
| Non | 4 | 22,2 | 3 | 16,7 | |
| Oui | 5 | 27,8 | 6 | 33,3 | |
| Activité gynécologique | | | | | 1,00 |
| Moins de 10% | 5 | 27,8 | 4 | 22,2 | |
| 10 à 25 % | 4 | 22,2 | 5 | 27,8 | |
| Formation spécifique en gynécologie | | | | | 1,00 |
| Non | 3 | 16,7 | 4 | 22,2 | |
| Oui | 6 | 33,3 | 5 | 27,8 | |
| DIU de gynécologie | | | | | 0,47 |
| Obstétrique | | | | | |
| Non | 9 | 50 | 7 | 38,9 | |
| Oui | 0 | 0 | 2 | 11,1 | |
| Fréquence de l'information donnée | | | | | 0,25 |
| Jamais | 1 | 5,5 | 0 | 0 | |
| < 1/an | 3 | 16,7 | 0 | 0 | |
| > 1/an | 0 | 0 | 1 | 5,5 | |
| 1/ trimestre | 1 | 5,6 | 3 | 16,7 | |
| 1/mois | 4 | 22,2 | 5 | 27,8 | |
| Délivrance de l'information au terme de l'entretien | | | | | 0,62 |
| Non | 4 | 22,2 | 2 | 11,1 | |
| Oui | 5 | 27,8 | 7 | 38,9 | |

Tableau 3 : Analyse des résultats en fonction des profils des médecins, variables qualitatives.

| VARIABLE | <16 | | ≥16 | | p |
|--|---------|------------|---------|------------|------|
| | Moyenne | Ecart-type | Moyenne | Ecart-type | |
| <u>Age (années)</u> | 43,8 | +/- 11,4 | 48,1 | +/- 15,1 | 0,43 |
| <u>Ancienneté d'installation (années)</u> | 13,7 | +/- 11,4 | 20,1 | +/- 13,2 | 0,68 |
| <u>Nombre de consultations par jour</u> | 28 | +/- 5,3 | 26,7 | +/- 6,6 | 0,55 |

Tableau 4 : Analyse des résultats en fonction des profils des médecins, variables quantitatives.

L'analyse des données n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative.

Concernant les moyennes obtenues au questionnaire, les médecins donnant l'information sur la CU une fois par mois avaient une moyenne de 16,5, ceux la donnant une fois par trimestre avaient une moyenne de 17. Un médecin donnait l'information une fois par an, avec un résultat à 17. Les médecins donnant l'information moins d'une fois par an ont obtenu une moyenne de 13. Le médecin ne donnant jamais l'information avait un résultat à 9.

3 – Corrélation entre résultats et représentations

Les médecins ont été classés en deux groupes, « moins bonnes connaissances » et « bonnes connaissances », en fonction de leurs résultats au questionnaire, puis organisés par score croissant, avec le résultat sur 25 situé en-dessous de chaque médecin. Les items ont été choisis en fonction des représentations relevées dans les entretiens. Ils sont listés à gauche du tableau.

Un symbole (●) a été placé en face de chaque item, dans les colonnes des médecins qui les ont exprimés au cours de l'entretien.

Ceci permet de visualiser, pour chaque représentation, la répartition des médecins, en fonction du seuil de connaissance.

Les six médecins surlignés en bleu correspondent aux médecins ne parlant pas de la CU, au travers de l'analyse de leurs entretiens.

| | « Moins bonnes connaissances » <16 | | | | | | | | | « Bonnes connaissances » ≥16 | | | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Médecins | H | G | P | J | Q | R | C | D | L | B | K | E | F | N | A | I | M | O |
| Score total | 9 | 10 | 11 | 13 | 13 | 13 | 15 | 15 | 15 | 16 | 17 | 18 | 18 | 18 | 19 | 19 | 19 | 21 |
| Jugement de la formation | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Insuffisante | | ● | ● | | | ● | ● | ● | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | ● |
| - Mauvaise | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | |
| - Satisfaisante | ● | | | | ● | | | | | | | ● | | | | ● | | |
| - Ne s'est pas positionné | | | | ● | | | | | | | | | | ● | | | | |
| Formation spécifique | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Non | | ● | ● | | | ● | ● | ● | | ● | | ● | ● | ● | | | | |
| - Oui | ● | | | ● | ● | | | | ● | | ● | | | | ● | ● | ● | ● |
| Abord de la sexualité | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Pas à l'aise | | | | | | | ● | | | ● | ● | | ● | | | | | |
| - A l'aise | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | ● | ● | | | ● | | ● | ● | ● | ● | ● |
| - Freins en fonction de l'âge | ● | | | | | | ● | ● | | ● | ● | ● | ● | | | | | |
| Information CU aux hommes | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Fermés | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | |
| - Ouverts | ● | ● | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

| Médecins | H | G | P | J | Q | R | C | D | L | B | K | E | F | N | A | I | M | O |
|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Score total | 9 | 10 | 11 | 13 | 13 | 13 | 15 | 15 | 15 | 16 | 17 | 18 | 18 | 18 | 19 | 19 | 19 | 21 |
| Responsabilité de la CU | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Femmes | | • | | | • | • | | | • | • | | | | | • | | | |
| - Mixte | • | | • | | | | • | | | | | | | | | | | |
| Connaissances de la CU | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Ne cite aucun nom | • | | | | | • | | | | | • | • | • | | | • | | |
| - Cite un ou plusieurs noms | | • | • | • | • | | • | • | • | • | | | | • | • | | • | • |
| - Désintérêt total du nom | | | | | | | | | | | | • | | | | | | |
| - Aucune connaissance | • | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Manque de connaissance ou de formation | | | | | | | | • | | | | | | | | • | | |
| - Cite une ancienne méthode | • | | | | | | | | • | | | • | • | | | | • | |
| - Connaissances erronées ou approximatives | • | • | • | • | • | | | • | • | | | • | | | | • | • | • |
| Expérience prescription de la CU | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Pas d'expérience | • | | | • | | | • | | | | • | • | | | • | | | • |
| - A déjà prescrit | | • | • | | • | • | | • | • | • | | | • | • | | • | • | |
| - Estime manquer de pratique | • | | | | | | | | | | | | | | | • | | |
| - Peu de demandes des patientes | | • | • | | • | • | | | | | | | • | • | | | | • |
| - Facilité d'utilisation de la CU orale | | | • | • | • | • | • | | • | | • | • | | • | • | • | • | • |
| - Peu d'effets secondaires ou retours négatifs | • | • | • | • | • | | • | • | • | | • | • | • | • | | • | • | • |
| Information donnée | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Manque de temps | | • | | | | | • | | | • | | | | | | • | | |
| - Beaucoup d'informations à donner | | • | | • | | | | | | • | | | | | | • | • | |
| - Oublis | | • | | • | | | • | • | • | | | | • | | • | • | • | |
| - Donner une fois l'information suffit | | | | | | | | | • | | | | | • | | | | |
| - Importance de répéter l'information | | | • | | | | | | | | | • | | | • | • | | |

| Médecins | H | G | P | J | Q | R | C | D | L | B | K | E | F | N | A | I | M | O |
|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Score total | 9 | 10 | 11 | 13 | 13 | 13 | 15 | 15 | 15 | 16 | 17 | 18 | 18 | 18 | 19 | 19 | 19 | 21 |
| - Pas d'influence sur les comportements à risque | • | | | | | | | • | | • | | | | | | • | | |
| - Augmente les comportements à risque | | | | | | | | | | | • | | | | | | | |
| -Responsabilise les femmes | • | | | • | | | | | | | | | | | | • | | |
| - Ne pas être moralisateur, ne pas juger | • | • | • | | • | • | • | | • | | • | | • | | • | • | • | • |
| - La CU peut diminuer le nombre d'IVG | | | | • | | | | • | | | | | | | • | | | |
| Croyances | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - La CU ne concerne pas les couples stables | | | | | | | • | • | | • | | | | | | | | |
| - Les femmes plus âgées savent déjà | | | | | | | | | • | | | • | | • | • | | • | |
| - L'âge du médecin peut jouer | • | | | | | | • | • | | • | • | • | | | | | • | |
| - Estime que ça n'est pas leur rôle | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Facilité d'accès en pharmacie | • | • | | • | • | • | | | • | • | | • | • | | • | • | • | • |
| - Des risques liés à son utilisation | | | | | | | • | | | | • | | | • | | | | |
| Prescription anticipée | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Fermés | • | • | | | | | • | | | | • | • | • | • | | • | | |
| - Ouverts | | | | • | • | • | | • | • | • | | | | | • | | • | • |
| - Risque de mauvaise observance | | | | | | | • | | | | • | • | | • | | | | |
| - Déresponsabilise | | | | | | | • | | | | • | • | | • | | | • | |
| - Banalise la CU | | | | | | | | | | • | | • | | | | | | |
| - Effet rassurant | | | | | | | | | • | | | | | | | | | |
| Lien entre CU et sexualité à risque : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Oui | | • | | | | • | | | | | • | | | | | | • | |
| - Non | • | | • | • | • | | • | • | | • | | • | • | • | • | • | | |

| Médecins | H | G | P | J | Q | R | C | D | L | B | K | E | F | N | A | I | M | O |
|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Score total | 9 | 10 | 11 | 13 | 13 | 13 | 15 | 15 | 15 | 16 | 17 | 18 | 18 | 18 | 19 | 19 | 19 | 21 |
| Rôle des pharmacies | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Information et connaissance du nom | • | • | | • | | | | | | | | • | • | • | | | | |
| Modification des pratiques envisagées | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - En parler plus systématiquement | | | | • | | • | • | | • | | | • | • | | | | • | |
| - En parler aussi aux hommes | | | | | | • | • | | | | | | | | • | • | | • |
| - En parler aussi aux femmes > 30 ans | | | | | | | | | • | | | • | | | | | | |
| - Faire la PA | | • | | • | • | | | | • | | | | | | • | | | • |
| - Se former plus | • | | | | | | • | • | | | | • | | | | | | |

Tableau 5 : Corrélation entre résultats et représentations

Dans la partie « Information donnée » sont listés les médecins ayant dit que le fait de donner l'information sur la CU pourrait ou pas occasionner des comportements sexuels à risque. Plus bas, la partie « Lien entre CU et sexualité à risque » concerne l'éventuel lien entre le recours à la CU et la sexualité à risque.

DISCUSSION

1 - Population de l'étude

La population étudiée était la même que celle de l'analyse qualitative, qui a fait l'objet de la thèse de C.BUCCO au sujet des représentations des MG sur la CU. L'inclusion de nouveaux MG a été arrêtée à partir du moment où une saturation des données a été observée. Cela constitue une limite à ce travail puisque il s'agit d'un faible échantillon (18 MG), réduisant ainsi la puissance de l'étude.

Cependant, bien que la population étudiée soit de faible amplitude, elle était variée et diversifiée, permettant de se rapprocher de la population nationale de MG. De plus, nous pouvons ici considérer que les MG sélectionnés n'étaient pas nécessairement sensibilisés au thème, puisque le recrutement a été réalisé par la méthode boule de neige, et que par conséquent ils n'avaient pas nécessairement une pratique gynécologique prépondérante. Cela nous a ainsi permis d'écarter le biais de sélection.

2 - Choix de la méthode

Le choix du questionnaire utilisé apporte du poids à notre étude puisqu'il s'agit d'un questionnaire validé (16). Un travail visant à analyser les connaissances avant et après intervention a utilisé ce même questionnaire (19), mais une sélection de questions avait été faite, et le questionnaire n'avait pas été utilisé dans son intégralité.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés en utilisant un guide d'entretien, composé de questions ouvertes. Le choix des questions ouvertes a permis de diminuer le risque d'influencer ou de fermer des pistes. Ceci constitue une force pour l'analyse qualitative, laissant la place ouverte à tous types de réponses pour les MG, mais limite l'analyse de la corrélation entre les représentations et les résultats. Cette analyse a donc été purement descriptive, induisant donc une faible qualité de preuve.

3 - Biais de l'étude

Notre travail s'est basé sur l'analyse des connaissances des médecins généralistes, puis sur leur corrélation aux résultats de l'analyse qualitative. Les entretiens ont été réalisés par deux personnes différentes, C. BUCCO et moi-même, leur donnant plus de poids, puisque, malgré l'existence d'un guide d'entretien commun que nous avons suivi, les entretiens ont probablement été menés différemment, avec pour chacune une façon différente de présenter et de rebondir sur certains points évoqués au cours des entretiens.

Les médecins ayant participé ont témoigné de leur pratique, mais il se peut qu'ils aient omis d'en présenter certains aspects, ou certains points de vue. Cela a pu constituer un biais de déclaration, et de désirabilité sociale dans notre travail.

Les données au cours des entretiens ont été recueillies selon un mode déclaratif. Nous avons par la suite réparti la population étudiée en fonction de ce qui semblait ressortir des entretiens, et ce de façon subjective. Par exemple, une question posée en début d'entretien concernait la fréquence de délivrance de l'information sur la CU qu'ils pensaient pratiquer. A la fin de l'entretien, et après relecture des VERBATIMS, nous avons, aux vues de leurs déclarations, estimé leur tendance à donner l'information ou non, indépendamment de leur déclaration précédente. Ce procédé pouvant constituer un biais d'interprétation, la triangulation des données a permis d'en diminuer la subjectivité et ainsi de diminuer ce biais.

Le questionnaire de connaissance a été retranscrit sur une plateforme de sondage en ligne, et était donc à remplir sur internet. Les médecins avaient pour consigne de ne pas avoir recours à des sources externes. Cependant, nous n'avions aucun moyen de vérifier que cette consigne ait bien été respectée. Il est possible que certains médecins aient vérifié certaines données sur des sources externes avant de valider leurs réponses. Ceci a constitué un biais dans notre travail puisque les analyses étaient basées sur ces résultats au questionnaire. Certains ont peut-être été surévalués.

Un biais statistique était également présent du fait de la faible population étudiée, induisant une faible puissance à notre étude.

4 - Résultats

4-1 Population de l'étude

La répartition par sexe a été respectée avec une proportion d'hommes et de femmes équivalente avec 55,6% de femmes et 44,4% d'hommes. La tranche d'âge des 36 à 45 ans a été sous représentée dans notre population.

Les médecins interrogés exerçaient en majorité dans la Vienne (77,8%) et en milieu urbain (61,1%). La répartition entre maison médicale et cabinet de groupe était homogène.

La population étudiée était donc variée et balayait tous les types de MG.

La plupart des médecins étaient MSU (61,1%), probablement du fait du recrutement par la méthode boule de neige, mais seulement 11,1% (2 parmi les 18 médecins) avaient obtenus le DIU de Gynécologie et Obstétriques pour les médecins généralistes.

La moitié de la population étudiée déclarait avoir des consultations en lien avec de la gynécologie dans moins de 10 % de leur activité, l'autre moitié l'estimait à 10 à 25% de leur activité. Dans la thèse de V. BATARDY (19), 55 % des médecins estimaient que les consultations de gynécologie représentaient moins de 5% de leur activité. Il est possible que notre population d'étude ait surestimé son activité gynécologique.

La moitié des médecins estimait donner une information sur la CU une fois par mois. Un seul médecin avouait ne jamais le faire. Ils étaient respectivement de 27% et 23% avant intervention dans la thèse de M.MAJZNER (20), et la majorité (40%) estimait délivrer l'information sur la CU une à plusieurs fois par trimestre.

Dans notre travail, les médecins qui donnaient le plus l'information étaient ceux estimant le faire une fois par mois. Ceci semble tout de même très faible, d'autant plus que la moitié de la population étudiée estimait avoir une activité de gynécologie à hauteur de 10-25%. Compte tenu de ce chiffre, on peut imaginer qu'ils ont l'occasion de donner l'information sur la CU plus fréquemment qu'une fois par mois.

4-2 Résultats au questionnaire par médecin

La moyenne des réponses au questionnaire était de 15,5 sur 25, et la médiane de 15. Selon le seuil de connaissances ($\geq 16/25$), la moitié des médecins étaient considérés comme ayant de « bonnes connaissances ». Lors de son travail, G.GAIANI (16) avait observé une moyenne de 14,29 et une médiane de 14, les

résultats sont donc similaires. Dans un autre travail (20), la moyenne des résultats au questionnaire était de 6,98 sur 11, mais l'analyse ne concernait pas l'ensemble des items du questionnaire validé. Les scores obtenus ont pu être influencés par les entretiens préalables, qui ont pu donner certaines informations aux médecins.

4-3 Résultats au questionnaire par question

Parmi les 25 questions du questionnaire de connaissance, nous avons pu observer une répartition des questions en fonction du taux de bonnes ou de moins bonnes connaissances, le seuil étant fixé à 16/25.

Pour quinze questions, les médecins ont donné plus de bonnes que de mauvaises réponses. Ces questions portaient principalement sur les conditions de prise et le mode d'administration du NORLEVO®, sa délivrance, l'absence de risque malformatif en cas de poursuite de grossesse.

Notamment, la 1^{ère} question, portant sur la molécule indiquée en 1^{ère} intention en CU selon la HAS, a obtenu 15 bonnes réponses soit 83,3% des médecins. 94% des médecins avaient bien répondu dans le travail de M. MAJZNER (20).

Concernant le délai de prise du NORLEVO®, 61,1% ont répondu correctement dans notre étude, contre 28% dans le travail de BATARDY en 1999 (le NORLEVO® étant à ce moment là récemment mis sur le marché) (19), 63% dans le travail de NAIMI-LELONG (21), 64% dans le travail de M.MAJZNER (20).

En 1999 (19), ils étaient 70% à connaître le bon protocole, 57% à connaître le délai de prise. Cependant, ces résultats sont à nuancer puisqu'il ne s'agissait pas à ce moment là de la même méthode contraceptive qu'aujourd'hui (ces résultats concernaient l'ancienne méthode Yuzpe).

A l'étranger, d'autres études ont mis en évidence des lacunes concernant le délai de prise de la CU, mais là encore, cela ne concernait pas toujours les mêmes méthodes (22, 23, 24, 25, 26).

Les médecins ont majoritairement bien répondu à la question 9, en indiquant le stérilet au cuivre comme alternative au NORLEVO® chez la nullipare. Pourtant, cette option n'a été que très rarement évoquée en CU par les médecins au cours des entretiens.

Une question a fait l'unanimité avec uniquement des réponses correctes, et concernait l'absence de risque malformatif du NORLEVO en cas de poursuite de la grossesse, contre 85% des médecins interrogés avant intervention dans le travail de M.MAJZNER (20). Au cours des entretiens, aucun médecin n'a émis la croyance que la CU était une pilule abortive, alors que 20% des médecins interrogés le pensaient dans un autre travail (21).

Le taux de bonnes et mauvaises réponses a été sensiblement les mêmes pour quatre questions, concernant les contre-indications du NORLEVO®, son efficacité après fécondation, les conditions d'administration par les Infirmières scolaires, et enfin son efficacité à 48-72 h d'un rapport sexuel.

En 2013 (21), les résultats étaient similaires quant aux contre-indications, puisque près de la moitié (51,3%) des médecins inclus avaient répondu que la CU n'avait pas de contre-indications.

Lors de la réalisation du questionnaire (16), la réponse attendue à la question 19 était « devant toute détresse caractérisée quand aucun médecin n'est joignable ». Le décret du 26 mai 2016 a depuis supprimé la notion de « détresse caractérisée » pour la délivrance de la CU par les infirmiers scolaires et les établissements du 2nd degré (27). La réponse attendue était donc « devant toute demande ».

Certaines questions ont obtenues plus de mauvaises réponses que de bonnes. Elles étaient six et concernaient les modalités de prise de NORLEVO® pendant l'allaitement, les interactions médicamenteuses, le mécanisme d'action, le prix de vente.

Les médecins ont été plus nombreux à ne pas donner la bonne réponse concernant l'influence d'une prescription anticipée. La réponse attendue était « n'a aucune influence sur ces paramètres » (les paramètres en question sont détaillés à la question concernée), et ils étaient 10 (soit 55,5%) à répondre qu'elle diminuait le risque de grossesses imprévues, ce qui n'a pas été démontré (28) mais qui semblait attester d'une vision plutôt positive de la prescription anticipée. Les réponses proposées à connotations plus négatives ont eu moins de succès, avec seulement 3 médecins (16,6%) ayant répondu qu'elle augmentait les rapports sexuels à risque, tandis qu'aucun médecin n'a répondu qu'elle diminuait l'observance de la prise de contraception hormonale.

Les réponses à cette question ont une corrélation mitigée avec les propos tenus au cours des entretiens. En effet, bien que la plupart des médecins aient déclaré être favorables à la prescription anticipée de la CU, ils ont été plusieurs à évoquer certains freins tels que l'augmentation des rapports sexuels à risque, et surtout le risque de mauvaise observance contraceptive, alors même qu'ils n'ont pas répondu ainsi au questionnaire. Nous pouvons donc imaginer que les entretiens aient pu déclencher une réflexion et les faire changer d'avis.

Dans le travail de M. MAJZNER (20), ils étaient, avant intervention, 23% à penser que la prescription anticipée n'avait aucune influence, 21% à penser qu'elle risquait de diminuer l'observance contraceptive, 8% à penser qu'elle pouvait augmenter les comportements à risque, et 48% à penser qu'elle pouvait diminuer le risque de grossesses non prévues.

Parmi les 25 questions du questionnaire, nous pouvons penser que la connaissance par les MG n'est pas strictement indispensable pour toutes les questions. En effet, nous pensons que 5 d'entre elles sont moins importantes dans la pratique quotidienne, et que, même si les médecins ne connaissent pas la réponse exacte, cela ne les empêche pas de connaître l'essentiel. En effet, le mécanisme d'action précis du Lévonorgestrel, à savoir son interférence avec le pic de LH (question 2, 38,8% de bonnes réponses), est important à connaître mais n'engendre probablement pas une moins bonne pratique des médecins s'ils ne le savent pas. L'important est de savoir qu'il n'est plus efficace après fécondation (question 17, 44,4% de bonnes réponses). De même, le plus important à savoir est que l'efficacité du Lévonorgestrel est décroissante dans le temps (question 7, 66,6% de bonnes réponses), alors que les pourcentages exacts d'efficacité à 24h (question 18, 72,2% de bonnes réponses) et à 48-72h (question 23, 58% de bonnes réponses), semblent moins indispensables en pratique. Le prix exact du médicament (question 21, 27,7% de bonnes réponses) et son service médical rendu (question 20, 33,3% de bonnes réponses) semblent également moins pertinents pour la pratique. Néanmoins, l'idée reçue d'un prix élevé pourrait engendrer des réticences à sa prescription.

4-4 Comparaison des résultats aux profils des médecins (tableaux 3 et 4)

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le profil des médecins étudiés.

La comparaison avec le travail de G.GAIANI (16) est similaire, excepté en ce qui concerne l'obtention ou non d'un DIU de gynécologie et Obstétrique, pour laquelle une différence significative a été observée, bien que le p était en fait de 0,0527, donc non strictement inférieur à 0,05. La différence entre nos deux résultats vient peut-être du fait que la population de notre étude est plus petite, et que nous n'avions que deux MG possédant le DIU.

Les moyennes au questionnaire étaient sensiblement les mêmes, que les médecins déclarent donner une information sur la CU une fois par mois ou une fois par trimestre. Une différence dans les moyennes a été constatée en ce qui concerne les médecins qui donnent moins fréquemment l'information, avec des moyennes plus basses (13 sur 25 pour les médecins délivrant une information moins d'une fois par an, et un score 9 sur 25 pour le médecin déclarant ne jamais la délivrer).

Il semble donc y avoir une corrélation entre les connaissances et la fréquence de l'information donnée, bien que non significative. Les médecins délivrant moins souvent l'information semblent avoir de moins bonnes connaissances sur le sujet. Ce résultat va dans le même sens que ce qui a été observé dans d'autres travaux (16, 20). Une étude réalisée en Turquie et publiée en 2010 mettait en évidence un manque de connaissances, et le fait que la formation sur la CU était susceptible d'augmenter la fréquence de l'information donnée (29).

Une synthèse des profils des médecins ne faisant pas le « counseling » est présentée en annexe 3. Il semble ressortir que les médecins ne faisant pas le « counseling » sont principalement des hommes de plus de 50 ans, exerçant en milieu urbain, et installés depuis plus de 20 ans.

4-5 Corrélation entre résultats et représentations

L'analyse du tableau 5 reprenant les différentes représentations issues des entretiens, ne nous permet pas d'objectiver un lien entre ces représentations et leurs connaissances.

Parmi les médecins interrogés, beaucoup estimaient leur formation insuffisante, avec une moyenne au questionnaire à 15,7 sur 25, ce qui est tout de même proche du seuil de connaissance. Paradoxalement, ceux estimant avoir eu une bonne formation ont eu des résultats légèrement inférieurs (moyenne 14,7 sur 25). Un médecin disait avoir eu une mauvaise formation, et a pourtant obtenu un bon score. Deux médecins ont estimé avoir eu une formation satisfaisante et ont obtenu un score bas. Ceci peut venir du fait que la question posée concernant le jugement de leur formation portait à la fois sur la CU, et sur la santé sexuelle en général.

Les médecins ayant eu une formation spécifique en gynécologie étaient répartis de façon homogène entre « bonnes » ou « moins bonnes » connaissances. Ils ne semblent donc pas avoir de meilleures connaissances. Dans notre travail, peu de médecins avaient le DIU de Gynécologie et Obstétriques, ce qui a pu jouer dans la différence de résultat constatée par rapport à G.GAIANI (16). De plus, les formations spécifiques que nous avons retenues étaient des formations en stages universitaires, au cours de l'internat principalement. On peut penser que les médecins n'ayant pas réalisé de stage en gynécologie ou au planning familial, ont tout de même acquis de l'expérience et des connaissances par un autre biais.

Le fait d'être à l'aise pour aborder la sexualité en consultation ne semble pas avoir de lien sur les connaissances des MG au sujet de la CU.

La plupart des médecins était ouverts à l'idée d'informer également les hommes de la CU, et n'étaient pas majoritairement dans le groupe des « bonnes connaissances ». A contrario, les médecins fermés à cette idée étaient majoritairement dans ce groupe.

En ce qui concerne la connaissance du nom d'une CU, les médecins ayant été capable de citer le nom d'une CU au cours des entretiens (la CU la plus citée était le NORLEVO®) étaient paradoxalement plus nombreux dans le groupe des « moins bonnes connaissances ». De même, ceux ne sachant pas citer le nom étaient plus nombreux dans le groupe « bonnes connaissances ». Cette répartition est surprenante, et l'une des questions portait sur le nom de la CU recommandée en 1^{ère} intention, avec plusieurs choix proposés. Les médecins n'ayant pas su citer le nom ont peut être eu des difficultés pour le faire spontanément, mais ont été aidés en

voyant les différentes propositions lors du questionnaire. Egalement surprenant, le médecin ayant laissé paraître un désintérêt total pour le nom de la CU a obtenu un bon résultat, à 18.

Au cours des entretiens, certains médecins ont donné des notions erronées, ou ont douté sur certains aspects. Ils sont surtout répartis dans le groupe « moins bonnes connaissances ».

Sur les 18 médecins interrogés, seulement 11 (61,1%) déclaraient avoir déjà prescrit la CU au cours de leur exercice, alors qu'ils étaient plus nombreux dans d'autres travaux en France, allant de 67 à 98% (19, 20, 21). A l'étranger, la prescription de la CU semble rester occasionnelle (23, 30).

Ce résultat reste assez faible dans notre travail, mais peut s'expliquer par le fait que les femmes ont le plus souvent recours à la CU directement en pharmacie, sans passer par leur médecin traitant. Dans une étude française publiée en 2014, il a été observé que 86% des femmes ont obtenu leur CU directement en pharmacie (14).

Les médecins ayant déjà prescrit la CU n'ont pas obtenu une meilleure moyenne que ceux ne l'ayant jamais fait. La répartition de ces médecins est homogène entre les deux groupes. De même, les médecins n'ayant pas encore d'expérience de prescription de CU n'ont pas pour autant de moins bonnes connaissances.

Des visions plutôt positives, à savoir la facilité d'utilisation de la CU orale, ou le peu de retours négatifs et d'effets indésirables rapportés par les patientes, ne semblent pas être en lien avec le niveau de connaissances.

Les médecins ayant soulevé l'importance de la répétition de l'information sont plus nombreux dans le groupe des « bonnes connaissances ». Pourtant, ceux estimant que les femmes plus âgées étaient plus à même de connaître l'information, et donc avoir moins besoin de la recevoir à nouveau, étaient majoritairement dans ce groupe également. Parmi les médecins ayant de bonnes connaissances, on trouve des médecins qui pensent qu'il faut répéter l'information au cours de la vie d'une femme en âge de procréer mais aussi des médecins qui pensent que ce n'est pas la peine d'en parler aux femmes plus âgées qui ont une même contraception depuis longtemps estimant qu'elles la connaissent suffisamment.

Ceux ayant évoqué l'importance du rôle du médecin sans être moralisateur ni dans le jugement étaient quant à eux plus nombreux dans le groupe des « moins bonnes connaissances ». Ceci témoigne d'une vision tout de même positive de la CU, même s'il existe des lacunes dans les connaissances.

Trois médecins pensaient que le recours à la CU pouvait diminuer le nombre d'IVG (deux dans le groupe des « moins bonnes connaissances » et un dans l'autre groupe). Dans un travail de 2013 (21), 92,6% des médecins interrogés le pensaient, ce qui est nettement plus que dans notre travail. Cependant, l'utilisation de la CU reste insuffisante pour avoir un impact significatif sur le nombre d'IVG (14).

Deux médecins, soit 11%, estimaient que donner l'information n'était pas forcément de leur ressort, et étaient dans le groupe des « moins bonnes connaissances ». On peut imaginer que les médecins n'ayant pas de bonnes connaissances se sentent moins légitimes pour donner l'information et préfèrent déléguer ce rôle. Ou, inversement, ne s'estimant pas responsables de cette information à donner, ne développent pas leurs connaissances à ce sujet. Dans un autre travail (21), 78% des médecins interrogés estimaient que délivrer l'information était le rôle du MG. Une étude réalisée en Iran montrait que les sages-femmes et médecins de PMI donnaient plus l'information que les omnipraticiens (25).

Les avis concernant la PA de la CU sont intéressants. En effet, nous pouvons constater que les médecins fermés à la PA sont plus nombreux dans le groupe « bonnes connaissances », alors que les médecins ouverts à l'idée sont majoritairement dans le groupe des « moins bonnes connaissances ». De même, toutes les représentations à connotation négatives à propos de la CU ont été citées par des médecins dans le groupe « bonnes connaissances », et la seule représentation à connotation positive l'était par un médecin de l'autre groupe. Son résultat était de 15, donc tout de même proche du seuil de connaissances. Ce résultat va dans le même sens qu'un précédent travail (20).

Il ressort de notre travail que les avis sont très variés concernant la PA, et aucun ne la pratique. Dans un autre travail, réalisé en 2013 à Lille (21), seuls 8% des médecins interrogés faisaient une prescription systématique de CU lors d'une 1^{ère} prescription de pilule, chiffre également très faible. Les recommandations françaises

sont pourtant favorables à la PA, dans certaines situations (15, 31), et il n'a pas été démontré de risque lié à cette pratique (11, 23).

Les autres données concernant l'information délivrée en consultation, ainsi qu'un éventuel lien entre CU et sexualité à risque, ne mettent pas en évidence de répartition hétérogène entre les deux groupes (même répartition, ou une seule différence).

Au cours de l'entretien, les médecins ayant soulevé l'importance de l'information donnée en pharmacie, ou avouant se reporter sur les pharmaciens en ce qui concerne le nom de la CU ont eu une moyenne globalement basse, à 14,3 sur 25. Nous pouvons penser que les médecins qui pensent que cela relève de la pharmacie ont tendance à avoir de moins bonnes connaissances sur la CU et donc déléguer l'information à donner aux patientes. Cette notion de l'importance du rôle de la pharmacie ressort dans d'autres travaux. Dans le travail de A.BONNIN, de nombreux médecins s'estimaient être de 2^{ème} recours, après les pharmaciens (32). Dans une étude publiée en 2015, la majorité des femmes ayant eu recours à la CU estimaient que le médecin n'était pas l'acteur le plus adapté en situation d'urgence, et donnaient plus ce rôle au pharmacien. Cependant, elles étaient nombreuses à donner au médecin un rôle de prévention, d'information et de conseil (14), d'où l'importance du « counseling » en médecine générale.

Qu'ils fassent partie de l'un ou l'autre des deux groupes, ils sont nombreux à envisager des modifications de leurs pratiques suite à l'entretien. Ceci est très positif, et témoigne de l'importance de la formation continue, et de l'intérêt porté par les médecins à la CU.

4-6 Synthèse des données observées

Le « counseling » en matière de CU est faible en médecine générale. La première partie de ce travail a bien confirmé qu'il existe des croyances et des représentations au sujet de la CU. Nous avons ensuite analysé les connaissances théoriques de ces médecins, et il semble exister un lien entre connaissances et fréquence de l'information donnée, mais cette tendance est à nuancer. En effet, la fréquence de l'information donnée est bien en dessous de ce qu'elle devrait être, d'autant plus que la moitié des médecins interrogés dans notre travail estimaient leur activité en

gynécologie à 10-25% de leur activité globale, soit une prise en charge non négligeable de femmes dans leur pratique.

Il était donc intéressant de rechercher si un lien existait entre ces représentations et les connaissances théoriques des médecins. Nous avons pu constater que les médecins qui ont de bonnes connaissances n'ont pas que des représentations positives, et inversement, ceux qui ont de moins bonnes connaissances n'ont pas que des représentations négatives. Au contraire, pour certaines données, la tendance est d'ailleurs inversée, notamment pour ce qui est de la PA. Ceci va plutôt à l'encontre de notre hypothèse initiale, mais le petit effectif a pu biaiser ce résultat.

Globalement, nous avons pu constater que les médecins parlent peu de la CU. Ils semblent considérer que cela n'est pas leur rôle, et même qu'il n'est pas nécessaire d'en parler aux femmes plus âgées ou déjà en couple quand elles prennent une même contraception depuis longtemps, considérant qu'elles ont déjà l'information. Certains peuvent avoir tendance à déléguer aux pharmaciens, et ce indépendamment des connaissances.

Les représentations au sujet de la CU semblent influencer les habitudes professionnelles des MG au-delà de leur niveau de connaissance sur cette pratique.

5 - Ouverture

La délivrance d'une bonne information au sujet de la CU au cours des consultations est majeure, et nécessite une bonne connaissance de la pharmacologie mais aussi des règles de prescription. Selon la HAS (33), il est d'ailleurs recommandé aux professionnels de santé de délivrer une information régulière aux hommes et aux femmes concernant les différentes méthodes contraceptives, incluant la CU.

Le médecin généraliste est, compte tenu de son activité de 1^{er} recours, bien placé pour délivrer une information adaptée sur la CU. Selon une étude (14), les femmes sont 36% à considérer que le médecin généraliste est le plus à même de délivrer cette information. Pourtant, leurs sources d'informations sont souvent toutes autres (médias, campagnes d'information Grand Public, amis...) (11,14). Il serait intéressant d'étudier plus précisément les sources d'information des patientes ainsi que leur niveau de connaissance au sujet de la CU.

Les connaissances jouent un rôle dans la fréquence de délivrance de l'information, et ils étaient plusieurs à estimer manquer de connaissances sur le sujet. Il a été démontré qu'une intervention sur la CU auprès des MG avait des répercussions positives sur leurs connaissances et leur pratique (20).

Notre hypothèse était que les représentations des MG, qu'elles soient positives ou négatives, pouvaient influencer les connaissances mais notre travail n'a pas permis d'objectiver d'influence significative, car cette pratique reste peu fréquente. Ce résultat peut venir du fait que la population étudiée était de faible envergure malgré une population variée et diversifiée, significative d'une population de MG. Il serait intéressant d'effectuer un travail sur un plus grand effectif de MG afin de voir si les résultats obtenus sont les mêmes. Le faible « counseling » en matière de CU précédemment observé (17) a également été observé dans notre étude. Certains MG considèrent que cela ne relève pas de leur fonction, ils délèguent facilement et, de plus, estiment que cette information ne concerne pas toutes les femmes, mais surtout les femmes jeunes.

Il semble tout de même ressortir de notre travail que les MG estiment souvent manquer de temps en consultation. Une nouvelle réglementation tarifaire des consultations de médecine générale est récemment entrée en vigueur (34). Elle concerne, entre autres, les consultations d'initiation de contraception et de prévention (CCP), et devrait valoriser le travail des MG, améliorant le temps dédié à la délivrance d'information de ce type de consultations. Mais il est regrettable que cette nouvelle réglementation ne concerne que les consultations pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Cela semble insuffisant puisque que les informations doivent être répétées, et ne visent pas que cette tranche d'âge.

Les MG étaient nombreux à avouer oublier, tout simplement, de donner l'information de la CU. Tous ont émis un avis positif sur la réalisation de l'entretien, et estiment que le fait d'aborder le sujet aura un impact sur leur pratique. Cette remise en question témoigne de l'importance de la formation médicale continue, pour le maintien d'un bon niveau de connaissances et de bonnes pratiques médicales.

D'après l'enquête COCON (3), 71% des femmes connaissaient la pilule du lendemain, mais n'étaient que 9% à déclarer l'avoir utilisée au moins une fois.

Il semble nécessaire de ne pas délivrer l'information uniquement à une instauration de contraception, mais de vérifier de façon répétée la bonne compréhension des patientes en cas d'échec de contraception, en redonnant l'information sur la contraception d'urgence, la conduite à tenir et la prescription anticipée.

De plus, d'après une autre enquête (2), parmi les femmes n'ayant pas de couverture contraceptive et ayant eu une grossesse imprévue, 64% déclaraient ne pas se considérer à risque de grossesse. Il existe donc une méconnaissance importante du risque de grossesse par les femmes, et les 2/3 des grossesses non prévues surviennent chez des femmes utilisant un moyen de contraception, d'où l'importance de l'information en cas d'échec contraceptif.

CONCLUSION

Selon la définition européenne de la médecine générale de la WONCA, publiée en 2002, la médecine générale « favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace », et « elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ». La prévention et l'éducation de nos patients sont donc primordiales. Le médecin généraliste est un professionnel de santé de 1^{er} recours ayant un rôle majeur dans la délivrance d'information au sujet de la CU.

Les connaissances des médecins généralistes à ce propos sont encore fluctuantes, avec 50% de médecins ayant de bonnes connaissances sur le sujet.

L'objectif de ce travail était de démontrer que les représentations des MG au sujet de la CU avaient un lien avec leur niveau de connaissance, et qu'ainsi les médecins ayant des représentations négatives avaient aussi de moins bonnes connaissances. Les résultats ne vont pas dans ce sens et nous n'avons trouvé aucun lien entre connaissances et représentations. Par contre, les représentations semblent jouer un rôle prépondérant sur les habitudes professionnelles des MG, contrairement à leur niveau de connaissances sur la CU.

Par ailleurs, notre travail confirme celui de G.GAIANI en retrouvant une corrélation entre les connaissances des médecins et la fréquence de délivrance de l'information, bien que celle-ci soit très faible aux vues de leur pratique déclarée en gynécologie.

Les MG sont plutôt favorables à la CU, mais donnent peu l'information et la prescrivent très rarement. Les femmes obtiennent donc des informations via d'autres moyens, leur permettant ainsi d'y avoir recours en cas de besoin. Il serait intéressant de rechercher quelles sont leurs sources, et quelles sont leurs attentes concernant l'information délivrée par leur médecin généraliste en consultation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Baromètre santé 2016 : Contraception. [En ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf> Consulté le 1 décembre 2017.
- 2- Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception : from accessibility to efficiency. Human Reproduction 2003;8(5):994-999.
- 3- Goulard H, Bajos N, Job-Spira N. Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. Gynécologie Obstétrique Fertilité 2003;31:724-729.
- 4- Ministère des Solidarités et de la Santé. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/211-900-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2016>. Consulté le 1 décembre 2017.
- 5- Jamin C. Contraception d'urgence : différence d'efficacité entre Lévonorgestrel et ulipristal acétate selon le diamètre folliculaire au moment du rapport non protégé. Gynécologie Obstétrique Fertilité 2015;43(3):242-247.
- 6- Gemzell-Danielsson K, Berger C, P.G.L Lalitkumar. Emergency contraception - mechanisms of action. Contraception 2013;87:300-308.
- 7- Trussel J. Emergency contraception: WHO Task Force study. The Lancet 1998;352:1222-1223.
- 8- Edwards C, Panjwani D, Pendrith C, Ly A, Dunn S. Knowledge of and Interest in the Copper Intrauterine Device Among Women Seeking Emergency Contraception. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2017;1-7.
- 9- Jamin C, et al. Les contraceptions d'urgence : propositions de la Commission Orthogénie du CNGOF. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2015;43(9) :571-574.
- 10- Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe de l'enquête FECOND. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés 2012;(492) :1-4.
- 11- Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. Contraception 2005;71(3):202-207.
- 12- Journal officiel de la république française. LOI n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. Sect. 3 19830. [En ligne]

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000755450&categorieLien=id> Consulté le 1 décembre 2017.

- 13-Centre Régional d'Information et de Prévention du sida et pour la Santé des jeunes Ile de France. Le droit et l'accès à la contraception d'urgence. [En ligne] <http://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/sexualite-loi/loi-contraception-urgence.htm> Consulté le 1 décembre 2017
- 14-Jamin C, Lachowsky M. Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2015;44(8) :706-714.
- 15-Inspection générale des affaires sociales. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. [En ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf> Consulté le 1 décembre 2017.
- 16-Gaiani G. Construction et validation d'un outil d'évaluation des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence: étude préliminaire avant une étude de l'information délivrée sur la contraception d'urgence en médecine générale. Thèse d'exercice : Université de Poitiers, 2013.
- 17-Bouquet C, Victor Chaplet V, Gomes J, et al. Évaluation de la fréquence du « counseling » en matière de contraception d'urgence en médecine générale: Étude observationnelle auprès des maîtres de stage ambulatoires de Poitou-Charentes. Thèse d'exercice : Université de Poitiers, 2015.
- 18-Bouskine L, Victor Chaplet V, Gomes J, et al. Revue systématique de la littérature : Les connaissances des médecins généralistes et leur attitude à l'égard de la contraception d'urgence Recherche de freins à la prescription. Thèse d'exercice : Université de Poitiers, 2017.
- 19-Batardy V. Les médecins généralistes et la contraception d'urgence: étude auprès de 150 médecins généralistes des villes de la sous préfecture de Nanterre. Thèse d'exercice : Université de Paris 12-Créteil, 1999.
- 20-Majzner M, Mauviard É. Impact d'une intervention concernant la contraception d'urgence sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Université de Rouen, 2014.
- 21-Naïmi-Lelong C. La contraception d'urgence: opinions, souhaits et pratiques des médecins généralistes du département du Nord. Thèse d'exercice : Université du droit et de la santé de Lille, 2013.

- 22-Burton R, Savage W. Knowledge and use of postcoital contraception: a survey among health professionals in Tower Hamlets. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 1990;40:32630.
- 23-Yam EA, Gordon-Strachan G, McIntyre G, et al. Jamaican and Barbadian health care providers' knowledge, attitudes and practices regarding emergency contraceptive pills. *Int Fam Plan Perspect* 2007;33:1607.
- 24-Abdulghani HM, Karim SI, Irfan F. Emergency contraception: knowledge and attitudes of family physicians of a teaching hospital, Karachi, Pakistan. *J Health Popul Nutr* 2009;27:33944.
- 25-Najafi-Sharjabad F, Hajivandi A, Rayani M. Knowledge, attitude, and practice about Emergency Contraception among health staff in Bushehr state, south of Iran. *Glob J Health Sci* 2013;6:5260.
- 26-Sevil U, Yanikkerem E, Hatipoglu S. A survey of knowledge, attitudes and practices relating to emergency contraception among health workers in Manisa, Turkey. *Midwifery* 2006;22:6677.
- 27-Journal officiel de la république française. Décret n° 2016-683 du 26 mai 2016 relatif à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmiers scolaires. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/26/2016-683/jo/texte> Consulté le 1 décembre 2017
- 28-Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance Provision of Emergency Contraception for Pregnancy Prevention: A Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2007;110(6):1379-1388.
- 29-Aksu H, Kucuk M, Karaoz B, Ogurlu N. Knowledge and attitudes of health care providers working in primary health care units concerning emergency contraception. *Gynecologic and obstetric investigation* 2010;70(3):179-185.
- 30- Weisberg E, Fraser IS, Carrick SE, Wilde FM. Emergency contraception. General practitioner knowledge, attitudes and practices in New South Wales. *Med J Aust* 1995;162:1368.
- 31-Haute autorité de santé. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_urgence_-_synthese_et_recommandations.pdf Consulté le 1 décembre 2017.
- 32- Bonnin A. Etude des freins à l'utilisation du dispositif intra-utérin au cuivre en contraception d'urgence chez les médecins généralistes de Franche-Comté. Thèse d'exercice. : Université de Franche-Comté., 2015.

33-Haute Autorité de Santé. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. [En ligne] [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence -
_fiche_de_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_fiche_de_synthese.pdf) Consulté le 1 décembre 2017

34-MG France. La consultation à 46 euros chez le médecin généraliste, c'est MG France. [En ligne] <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1414-la-consultation-a-46-euros-chez-le-medecin-generaliste-c-est-mg-france> Consulté le 1 décembre 2017

ANNEXES

ANNEXE 1 : VERBATIMS

L'intégralité des VERBATIMS est retranscrite sur le CD joint.

ANNEXE 2 : Questionnaire de connaissances validé, issu du travail de G. GAIANI

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

2. Quel est le seul mécanisme d'action prouvé du Lévonorgestrel (NORLEVO®)?

- a) interférence avec le pic LH
- b) diminution de l'activité des spermatozoïdes
- c) inhibition de la nidation
- d) interruption du développement de l'ovule fécondé

3. 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

4. Dans quel(s) lieux est-il possible de délivrer la contraception d'urgence ?

- a) Pharmacies exclusivement
- b) Pharmacies et certains établissements scolaires
- c) Pharmacies et centres de planification et éducation familiale (" planning familial ")
- d) Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus

5. 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

6. 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

7. Dans les heures qui suivent un rapport à risque, l'efficacité du Lévonorgestrel (NORLEVO®) est-elle :
- décroissante
 - stable
8. Avec quel(s) médicament(s) existe-t-il une interaction à prendre en compte lors de l'administration de Lévonorgestrel (NORLEVO®)?
- Phenobarbital (GARDENAL)
 - Ketoprofène (BI-PROFENID)
 - Ces deux médicaments
 - Aucun de ces deux médicaments
9. Chez une patiente nullipare, quelle alternative au Lévonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence?
- contraception œstroprogestative en quick start
 - pose d'un implant contraceptif
 - pose d'un dispositif intra-utérin au cuivre
 - aucune de ces trois alternatives
10. Selon l'AMM du Lévonorgestrel (NORLEVO®), dans quelle(s) situation(s) est-il recommandé de réaliser un test de grossesse ?
- en cas de retard de règles de plus de 5 jours
 - en cas de saignements anormaux survenant à la date prévue des règles
 - dans les deux situations précédentes
 - dans aucune des deux situations précédentes
11. Quelle est la posologie du Lévonorgestrel (NORLEVO®) en contraception d'urgence per os ?
- un comprimé en une seule prise
 - deux comprimés à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - un comprimé à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - deux comprimés en une seule prise
12. D'après l'AMM, peut-on utiliser le Lévonorgestrel (NORLEVO®) plusieurs fois au cours du cycle ?
- non car contre-indiqué
 - oui mais non recommandé
 - oui
 - pas d'indication sur ce point dans l'AMM
13. Dans quels établissements scolaires les infirmières scolaires peuvent-elles administrer le Lévonorgestrel (NORLEVO®)?
- dans les lycées
 - dans les collèges et dans les lycées
14. Qui peut bénéficier de la délivrance de Lévonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ?
- les femmes majeures
 - les femmes mineures
 - toute femme quel que soit son âge
 - aucune femme quel que soit son âge

15. En dehors de la porphyrie hépatique, quelle est la contre-indication absolue à la prise du Lévonorgestrel (NORLEVO®) ?
- a) ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle
 - b) HTA
 - c) insuffisance hépatique
 - d) aucune
16. Il est recommandé d'administrer un deuxième comprimé de Lévonorgestrel (NORLEVO®) en cas de vomissements survenant :
- a) jusqu'à 3 heures après la prise d'un premier comprimé de Lévonorgestrel (NORLEVO®)
 - b) jusqu'à 4 heures après la prise d'un premier comprimé de Lévonorgestrel
 - c) jusqu'à 6 heures après la prise d'un premier comprimé de Lévonorgestrel (NORLEVO®)
 - d) il n'est jamais recommandé d'administrer un deuxième comprimé
17. Le Lévonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation ?
- a) oui
 - b) non
18. L'efficacité du Lévonorgestrel (NORLEVO®) dans les premières 24 heures après le rapport sexuel est de :
- a) 58%
 - b) 72%
 - c) 95%
19. Les infirmières scolaires peuvent administrer le Lévonorgestrel (NORLEVO®) sans avis médical :
- a) devant toute demande
 - b) devant toute détresse caractérisée
 - c) devant toute détresse caractérisée quand aucun médecin n'est joignable
 - d) jamais
20. Quel est le niveau de service médical rendu (= SMR) pour le Lévonorgestrel (NORLEVO®)?
- a) majeur (niveau 1)
 - b) important (niveau 2)
 - c) modéré (niveau 3)
 - d) faible (niveau 4)
21. Le prix de vente moyen du Lévonorgestrel (NORLEVO®) est :
- a) entre 2 et 3 euros
 - b) entre 3 et 5 euros
 - c) entre 5 et 6 euros
 - d) entre 6 et 8 euros
22. La prescription anticipée de Lévonorgestrel (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

23. L'efficacité du Lévonorgestrel (NORLEVO ®) dans les 48-72 heures après le rapport sexuel est de :

- a) 58%
- b) 72%
- c) 95%

24. Qui peut bénéficier de la délivrance de Lévonorgestrel (NORLEVO®) de manière gratuite en pharmacie ?

- a) les femmes majeures
- b) les femmes mineures
- c) toute femme quel que soit son âge
- d) aucune femme quel que soit son âge

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

- a) oui
- b) non

ANNEXE 3 : Synthèse des profils des médecins ne faisant pas le « counseling ».

| Médecins | Sexe | Tranches d'âge | Lieu d'exercice | Ancienneté d'installation | MSU | Formation spécifique | Score de connaissances |
|-----------|---------|----------------|-----------------|---------------------------|-------|----------------------|------------------------|
| D | H | 31-35 | remplaçant | / | Non | Oui | 15 |
| G | H | 51-59 | urbain | 21-30 ans | Oui | Non | 10 |
| H | H | 51-59 | urbain | 21-30 ans | Oui | Non | 9 |
| K | H | 25-30 | urbain | 0-10 ans | Non | Non | 17 |
| M | F | 61-65 | urbain | 21-30 ans | Oui | Oui | 19 |
| P | F | 51-55 | urbain | 21-30 ans | Oui | Oui | 11 |
| TOTAL = 6 | 4 « H » | 4 « ≥ 50 ans » | 5 « urbains » | 4 « 21-30 ans » | 4 MSU | 3 « oui » | Moyenne 13,5 |

Concernant les représentations des médecins ne faisant pas le counseling :

Parmi les 6 médecins (D, G, H, K, M, P) :

- 5 médecins considéraient avoir une formation insuffisante (D, G, K, M, P), 3 n'avaient pas eu de formation spécifique.
- Un (K) estimait ne pas être à l'aise pour aborder la sexualité.
- Parmi les 6 médecins qui ne connaissaient pas les noms des CU sur les 18 MG interrogés, 2 faisaient partie de ce groupe (H, K).
- Un (P) était fermé à l'idée d'informer les hommes de la CU.
- 5 médecins ont donné des informations erronées ou incertaines (D, G, H, M, P).
- Pour 3 d'entre eux, le fait de ne pas aborder la CU était dû à un oubli de leur part (G, D, M). Un (G) estimait manquer de temps en consultation.

- Un seul sur les 18 médecins a déclaré que donner une info sur la CU pouvait augmenter les comportements sexuels à risque et celui-ci était parmi les 6 (K).
- Le fait que l'âge pouvait jouer en faveur de la non délivrance de l'information était décrit par 4 d'entre eux (H, D, K, M).
- Deux estimaient que donner l'information sur la CU ne relevait pas de leur rôle (H, G).
- 3 médecins étaient fermés à la PA (H, G, K).
- Sur les 18 MG interrogés, à la question « un lien existe-il entre CU et comportements sexuels à risques ? » 4 MG ont considéré que « oui ». Sur ce total, 3 des MG appartenaient à ce groupe (G, K, M).
- Un seul déclarait à la suite de l'entretien vouloir en parler plus, un envisageait de faire la PA, et un de plus se former sur le sujet.

ANNEXE 4 : Résumé de la thèse de G.GAIANI

Objectif : Construire et valider un questionnaire de connaissance sur la contraception d'urgence à l'intention des médecins généraliste.

Matériel et méthode : Les items du questionnaire ont été sélectionnés par le biais de procédures de validation successives (revue de la littérature, sélection par un groupe d'expert, pré-test sur un échantillon d'une dizaine de médecins, test sur un échantillon d'une centaine de médecins, analyse statistique des données).

Résultats : La revue de la littérature a permis d'individualiser 47 items, réduits ensuite à 31 par le travail du groupe d'experts. Le pré-test a eu lieu sur un échantillon de 12 médecins et a permis de réduire ultérieurement le nombre de questions à 30. Le test final a eu lieu sur un échantillon de 98 médecins généralistes des départements de la Vienne et des Deux Sèvres et a permis, par le biais de l'analyse statistique, d'obtenir un questionnaire final de 25 items. Ce dernier échantillon a permis en outre de dégager deux tendances, qui nécessitent d'être confirmées par d'autres études. Les médecins titulaires d'un diplôme inter-universitaire de gynécologie semblent avoir une meilleure moyenne au questionnaire ($p = 0,05$). Il semble exister une relation entre une meilleure moyenne et une fréquence plus importante de délivrance d'une information sur la contraception d'urgence, mais cette tendance est faible ($p = 0,17$).

Conclusion : Ce travail a permis de mettre à disposition un instrument validé d'évaluation des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence. Cet outil pourra être utilisé pour étudier la relation entre la connaissance des médecins généralistes et la fréquence de l'information donnée aux femmes et plus largement pour étudier le phénomène du counseling sur la contraception d'urgence en médecine générale.

Mots clés : construction de questionnaire, contraception d'urgence, connaissances, médecin généraliste.

ANNEXE 5 : Résumé de la thèse de M.MAJZNER

Objectif : Évaluer la fréquence de l'information («counseling») délivrée par les médecins généralistes, en matière de contraception d'urgence (CU), au cours de leurs consultations. Rechercher des facteurs influençant cette fréquence.

Méthodes : Étude quantitative descriptive transversale auprès de maîtres de stage universitaires (MSU) en médecine générale. Recueil des données sur une journée entre novembre 2014 et avril 2015 par les étudiants en stage (internes et externes) à l'aide d'une grille d'observation permettant de relever les thèmes de prévention abordés dans une liste de 10 items, dont la CU, pour chaque consultation. Recueil de données sociodémographiques des MSU. Les étudiants et leurs MSU ne connaissaient pas le sujet réel de l'étude. Saisie anonyme et analyse des résultats sur le logiciel Excel 2007®.

Résultats obtenus : Vingt-huit grilles ont été retournées, décrivant 805 consultations sur un panel de 28 MSU. Trois consultations (0,37 %) abordaient le thème de la CU pour trois MSU observés différents. Les patients qui ont reçu l'information sont 3 femmes de 17 ans d'âge moyen, soit 1,25 % des femmes de 12 à 50 ans de l'échantillon. Le « counseling » en matière de CU était systématiquement associé à une information sur le « préservatif ». Les liens entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins et la délivrance de l'information n'ont pu être analysés du fait de la faible fréquence de cette information. Le « counseling » ne semblait pas être lié à une formation supplémentaire en gynécologie ou une activité de prévention plus importante.

Conclusion : Le « counseling » en matière de CU est un phénomène rare en médecine générale. Les résultats obtenus devraient être confirmés sur une durée d'observation plus longue, un plus grand effectif de médecins ou par une étude auprès de patientes. Une étude qualitative des déterminants du « counseling » en matière de CU pourrait être envisagée.

Mots clés : Contraception d'urgence, Médecine générale, Fréquence, Information, « Counseling ».

ANNEXE 6 : Résumé de la thèse de C. BOUQUET

Objectif : Évaluer la fréquence de l'information (« counseling ») délivrée par les médecins généralistes, en matière de contraception d'urgence (CU), au cours de leurs consultations. Rechercher des facteurs influençant cette fréquence.

Méthodes : Étude quantitative descriptive transversale auprès de maîtres de stage universitaires (MSU) en médecine générale. Recueil des données sur une journée entre novembre 2014 et avril 2015 par les étudiants en stage (internes et externes) à l'aide d'une grille d'observation permettant de relever les thèmes de prévention abordés dans une liste de 10 items, dont la CU, pour chaque consultation. Recueil de données sociodémographiques des MSU. Les étudiants et leurs MSU ne connaissaient pas le sujet réel de l'étude. Saisie anonyme et analyse des résultats sur le logiciel Excel 2007®.

Résultats obtenus : Vingt-huit grilles ont été retournées, décrivant 805 consultations sur un panel de 28 MSU. Trois consultations (0,37 %) abordaient le thème de la CU pour trois MSU observés différents. Les patients qui ont reçu l'information sont 3 femmes de 17 ans d'âge moyen, soit 1,25 % des femmes de 12 à 50 ans de l'échantillon. Le « counseling » en matière de CU était systématiquement associé à une information sur le « préservatif ». Les liens entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins et la délivrance de l'information n'ont pu être analysés du fait de la faible fréquence de cette information. Le « counseling » ne semblait pas être lié à une formation supplémentaire en gynécologie ou une activité de prévention plus importante.

Conclusion : Le « counseling » en matière de CU est un phénomène rare en médecine générale. Les résultats obtenus devraient être confirmés sur une durée d'observation plus longue, un plus grand effectif de médecins ou par une étude auprès de patientes. Une étude qualitative des déterminants du « counseling » en matière de CU pourrait être envisagée.

Mots clés : Contraception d'urgence, Médecine générale, Fréquence, Information, « Counseling ».

ANNEXE 7 : Résumé de la thèse de L. BOUSKINE

Introduction : L'utilisation de la contraception d'urgence (CU) est en augmentation constante depuis la facilitation de sa délivrance mais pourtant elle est très peu abordée et prescrite en consultation de médecine générale. Quelles sont les raisons de la rareté de ce « counseling »? Un état des lieux de cette pratique a été effectué pour identifier des lacunes ou des croyances pouvant constituer un frein à la prescription de la CU.

Matériel et méthode : Revue systématique de la littérature par interrogation de la base de données Medline à l'aide des mots clés : « Knowledge », « emergency contraception », « general practitioner », et « practice » ainsi que sur le SUDOC.

Résultats : Sur les 118 articles éligibles nous en avons inclus 15 pour l'analyse. Beaucoup de médecins généralistes (MG) ont des lacunes concernant les modalités d'utilisation de la CU, concernant par exemple le délai de prise ou l'existence de contre-indications. Des idées préconçues subsistent et les MG sont nombreux à exprimer une opinion négative. Certains pensent que la prescription de CU pourrait augmenter les comportements à risque ou l'abandon de la contraception régulière. Malgré tout, en France comme à l'étranger, la majorité pensent que son accès est nécessaire pour éviter la survenue de grossesses non désirées.

Discussion et Conclusion : Des études mettent en évidence une méconnaissance et des croyances concernant la CU. Cependant peu de travaux ont cherché à identifier les freins à la prescription. Le niveau de connaissance n'est probablement pas le seul facteur influençant le « counseling ». Il serait intéressant de corrélérer les habitudes des MG à leurs connaissances. Un travail qualitatif interrogeant des MG sur leurs représentations, leurs freins et leurs connaissances en matière de prescription de la CU constituerait la prochaine étape de cette recherche.

Mots clés : Contraception d'urgence, Médecin généraliste, connaissances, pratique.

RESUME

Introduction : L'accessibilité et le recours à la contraception d'urgence (CU) sont un problème de santé publique, mais ce sujet reste très peu abordé en consultation de médecine générale. La première partie de notre travail a confirmé l'existence de croyances et représentations des médecins généralistes (MG) au sujet de la CU. L'objectif de ce travail est d'explorer les connaissances d'un groupe de MG au sujet de la CU et de rechercher une corrélation entre leurs connaissances théoriques et leurs représentations.

Méthode : Etude mixte quali-quantitative menée auprès de médecins généralistes de la Vienne et des Deux-Sèvres. Entretiens individuels semi-dirigés réalisés par deux intervenantes, visant à recueillir les représentations des MG au sujet de la CU. Enquête concernant les connaissances de la CU à l'aide d'un questionnaire validé. Recherche d'une corrélation entre les connaissances et les représentations des médecins.

Résultats : 18 MG ont participé à l'enquête. La moitié d'entre eux a obtenu un score total ≥ 16 sur 25 au questionnaire de connaissances, qui était le seuil de bonnes connaissances. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative en fonction des profils des médecins, mais il semble exister une corrélation entre connaissances et fréquence de l'information donnée ($p=0,25$). Nous n'avons par contre pas mis en évidence de lien entre représentations négatives et méconnaissances au sujet de la CU.

Conclusion : Ce travail confirme l'existence de méconnaissances des MG au sujet de la CU. Ils pratiquent à ce propos très peu de « counseling » et délèguent facilement cette fonction. Leurs représentations influencent leur pratique professionnelle sans lien avec leur niveau de connaissance. Une nouvelle piste de réflexion pourrait se porter sur la recherche des sources d'information des femmes au sujet de la CU, et leurs attentes concernant l'information délivrée en consultation de médecine générale.

Mots clés : Contraception d'urgence, médecin généraliste, connaissances, représentations.

ABSTRACT

Introduction : Accessibility and use of emergency contraception (EC) is a public health problem, but there is very little discussion of this subject in general practice. The first part of our work confirmed the general practitioners (GP) beliefs and representations about EC. The objective of this work is to explore the knowledge of a group of GP about EC and to seek a correlation between their theoretical knowledge and representations.

Method : Mixed qualitative-quantitative study of general practitioners in Vienne and Deux-Sèvres. Semi-directed one-on-one interviews conducted by two practitioners, to collect GP's representations of EC. Survey about EC knowledge using a validated questionnaire. Search for a correlation between knowledge and representations.

Results : 18 GP participated in the survey. Half of them received a score ≥ 16 out of 25 on the knowledge questionnaire, which was the threshold of good knowledge. There was no significant difference based on physician profiles, but there appears to be a correlation between knowledge and frequency of information ($p=0.25$). On the other hand, we found no evidence of a link between negative representations and misunderstandings about EC.

Conclusion : This work confirms the existence of GP misunderstandings about EC. They practice very little counseling and delegate this function easily. Their representations influence their professional practice without any link to their level of knowledge. A new line of thought could focus on researching women's sources of information about EC, and their expectations regarding the information provided in general practice consultations.

Key words : Emergency contraception, general practitioner, knowledge, representations.



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



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

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

