

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 13 Juin 2013 à Poitiers
par Mademoiselle Giulia GAIANI

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)

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND
Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER
Madame le Docteur Anne-Laure HEINTZ
Monsieur le Docteur Yannick RUELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yannick RUELLE

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 13 Juin 2013 à Poitiers
par **Mademoiselle Giulia GAIANI**

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)

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND
Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER
Madame le Docteur Anne-Laure HEINTZ
Monsieur le Docteur Yannick RUELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yannick RUELLE



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique **(surnombre)**
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie **(surnombre)**
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maitres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maitre de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

À notre Maître et Président de Jury,

Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,
Professeur de Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Pierre INGRAND,
Professeur de Biostatistiques et Informatique.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

Soyez remercié pour votre conseil et votre collaboration à ce travail par la réalisation de l'analyse statistique.

À notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER,
Maître de Conférence Universitaire de Pharmacologie Clinique .

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Anne-Laure HEINTZ,

Docteur en Médecine Générale .

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À notre Directeur de thèse et Juge,

Monsieur le Docteur Yannick RUELLE,

Docteur en Médecine Générale,

Tu m'as fait l'honneur de diriger et de juger cette thèse.

Tu m'as apporté tes compétences et soutenue dans ce long travail.

Trouve dans ce travail l'expression de ma plus vive gratitude.

Mes sincères remerciements à tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail, en particulier :

Au Docteur Pierre-Andre BONNET, qui a réalisé l'installation et la configuration du site internet hébergeant notre questionnaire, avec une disponibilité extrême.

Aux Docteurs Marie-Laure BERTHONNEAU, François BIRAULT, Brigitte CHEVALIER, Vincent HELIS et à Madame Martine JOUET, sage femme pour avoir participé bénévolement au groupe d'experts.

Au Centre de Planification et d'Éducation Familiale de l'Hôpital de Niort qui a fourni les locaux pour les réunions du groupe d'experts.

À tous les médecins qui ont accepté de répondre au questionnaire au cours des différentes étapes du travail.

Mes remerciements personnels :

À la Mamma, la Benny, la Dina et Pasquino, "i Pavesi", vous me manquez beaucoup;

À Nadia, Juanita, Pedro et Dolores, vous êtes ma famille ;

À toute la famille Derbikh, pour leur accueil ;

À mes amis Camilla, Cecilia, Matteo, Francesca, Julien, Gabie, Jujule, Anne, Gisèle, Michael, où que vous soyez dans le monde.

Je dédie ce travail à tous les Emiliani d'hier et d'aujourd'hui, à ceux qui ont vu le tremblement de terre, à ceux qui ont tout perdu ou seulement eu peur de tout perdre, et qui vont la reconstruire, l'Emilia, plus belle et plus forte.

SOMMAIRE

| | |
|---|------------|
| SOMMAIRE | I |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE TEXTE | 2 |
| 1. INTRODUCTION | 3 |
| 2. MATÉRIEL ET MÉTHODES | 13 |
| 3. RÉSULTATS | 21 |
| 4. DISCUSSION | 87 |
| 5. CONCLUSION | 101 |
| BIBLIOGRAPHIE | 105 |
| ANNEXES | 109 |
| TABLE DES MATIERES | 149 |
| TABLE DES FIGURES | 153 |
| TABLEAUX | 154 |
| RESUME | 155 |
| SUMMARY | 155 |
| SERMENT | 157 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE TEXTE

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AFFSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (fait partie de l'HAS depuis 2004)

ATCD : Antécédents

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CPEF : Centre de Planification et Éducation Familiale

DCI : Dénomination Commune Internationale

DIU : Dispositif intrautérin

DIU de Gynécologie : Diplôme inter-universitaire de gynécologie

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Tension Artérielle

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IST : Infection Sexuellement Transmissibles

LH : Hormone Lutéinisante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMR : Service Médical Rendu

URPS : Union Régionale des Praticiens de Santé

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physician (Organisation Mondiale des Collèges Nationaux, Académies et Associations Académiques de Médecins Généralistes/Médecins de Famille)

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

1.1.1. Epidémiologie de la contraception

En France, 90,2 % des femmes sexuellement actives au cours de la dernière année, non enceintes, ayant un partenaire homme, utilisent une méthode de contraception (1).

Malgré cette couverture contraceptive, le taux de grossesses imprévues reste élevé, surtout chez les jeunes femmes (48 % des dernières grossesses chez les 18-24 ans ne sont pas désirées (1)). Le principal déterminant de ce taux élevé n'est pas la méthode contraceptive utilisée en elle-même (selon l'OMS par exemple, la contraception orale, qui est la plus répandue (2), a un indice de Pearl¹ à 0,1 en utilisation optimale) mais des difficultés d'utilisation de la contraception au quotidien et un manque d'information des femmes qui utilisent la contraception (2).

Ce manque d'information affecte autant le choix et l'utilisation de la contraception "quotidienne" que l'utilisation des méthodes de rattrapage. En 2005 (3), seules 11,7 % des femmes de 15 à 54 ans connaissaient le délai de prise efficace de la contraception d'urgence et 25 % d'entre elles ignoraient qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une ordonnance pour se procurer la contraception d'urgence.

1.1.2. Rôle du médecin généraliste dans cette problématique

Selon la définition européenne de la médecine générale (4), elle constitue le plus souvent "*le premier contact avec le système de soins*" et doit donc pouvoir "*prendre en compte tous les problèmes de santé*". "*Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace*" et a "*une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté*²".

L'information sur la contraception d'urgence est une thématique de santé publique qui touche une large partie de la population. En outre, la majorité des femmes est accessible pour le généraliste qui peut transmettre une information sur la contraception d'urgence, même quand il ne s'agit pas du motif principal de la consultation.

¹ Indice de Pearl : pourcentage de grossesse accidentelles calculées sur 100 femmes pendant un an d'utilisation de la méthode contraceptive.

² En italique, les définitions de la WONCA.

Tout médecin généraliste a donc un rôle à jouer dans l'information sur la contraception d'urgence.

Mais, au delà de toute définition à priori, nous pouvons nous interroger sur la réalité du déroulement de cette information.

Lorsque l'on interroge les femmes sur leurs sources d'information sur la contraception d'urgence, elles semblent indiquer en premier lieu leurs amis et les médias (5,6). Le médecin généraliste est aussi cité en tant que source d'information (7), surtout dans les pays d'Europe Occidentale, où il est accessible - en termes économiques et géographiques - pour la plupart de la population.

Certaines publications indiquent qu'une connaissance correcte peut modifier l'attitude que les femmes ont vis à vis de la contraception d'urgence (5,8) et même son utilisation (9,10,11) .

Cependant, la majorité des médecins généralistes en France juge que la prévention liée à la vie affective et sexuelle fait peu partie de son rôle (12). Il n'y a pas d'information spécifique sur l'implication des médecins généralistes en France dans l'information sur la contraception d'urgence. Dans la littérature anglophone, les médecins généralistes semblent être peu impliqués (13).

1.2. La problématique

1.2.1. La littérature : l'hypothèse prédominante

1.2.1.1. État des lieux de la littérature

La littérature sur l'information en matière de contraception d'urgence fait état d'une situation complexe et hétérogène selon les pays. La majorité des publications analyse la situation des pays en voie de développement (14,15,16,17), des USA (18) ou des pays d'Europe du Nord (7,19). Les résultats de ces études ne peuvent être transposés en France qu'avec grande précaution, en raison de la grande différence de contexte socio-politique.

Quant à la littérature en France, elle se limite à quelques thèses ou publications (20,21,22). Leur point commun est d'analyser de manière conjointe la pratique qu'ont les médecins généralistes de l'information sur la contraception d'urgence auprès de leur patientes et leur niveau de connaissance en matière de contraception d'urgence,

en préjugant qu'il y a un lien direct entre ce que le médecin connaît et ce que le médecin dit.

1.2.1.2. Connaissance de la contraception d'urgence par les femmes

Malgré les différences des résultats obtenus entre les publications examinées, explicables par la différence de contexte socio-politique de chaque pays étudié, ces dernières s'accordent sur la définition des informations importantes pour que les femmes utilisent correctement la contraception d'urgence. Ces points fondamentaux sont :

- connaissance de l'existence de la contraception d'urgence (23, 24,25);
- connaissance de son délai d'utilisation (26);
- connaissance du lieu de délivrance (7,17,26).

D'autres éléments semblent influencer indirectement l'utilisation de la contraception d'urgence. Certaines représentations erronées - comme penser que la contraception d'urgence a une action abortive ou qu'elle a des contre-indications - peuvent constituer un frein à sa correcte utilisation de la part des femmes concernées (13,27,28).

1.2.1.3 Connaissance de la contraception d'urgence par les médecins

En ce qui concerne la connaissance de la contraception d'urgence de la part des médecins généralistes, le choix des items testés est moins solide et le plus souvent centré sur les éléments jugés importants par les auteurs.

Malgré cela, plusieurs publications s'accordent sur l'existence de méconnaissances importantes, notamment sur l'identification du produit utilisé pour la contraception d'urgence, son délai d'utilisation et sa disponibilité (14,29).

Dans quelques cas, les médecins ont été interrogés sur la connaissance des contre-indications (22,30) et d'un éventuel effet abortif du médicament (15,29,30,31,32) avec mise en évidence de lacunes à ces niveaux.

Dans l'ensemble des articles retrouvés, le questionnaire sur les connaissances n'a pas été validé au préalable.

1.2.1.4. *Lien entre connaissance des médecins généralistes et connaissance des patientes*

L'hypothèse avancée par de nombreuses publications (20,22,30,33) est qu'il existe une relation directe entre la connaissance qu'ont les médecins généralistes de la contraception d'urgence et la connaissance de leurs patientes. Le médecin généraliste serait ainsi le principal responsable de la mauvaise connaissance de la méthode de la part des femmes interrogées (*figure 1*). Cette hypothèse n'a jamais été vérifiée.

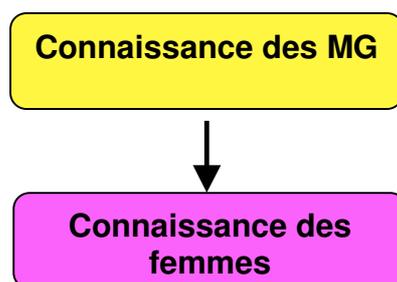


Figure 1 : hypothèse de la littérature : relation directe entre connaissance des médecins généralistes de la contraception d'urgence et connaissance des femmes

1.2.2. Hypothèse contradictoire de l'étude

En consultation de médecine générale, l'entretien médecin-patient – pour les problématiques qui concernent un comportement influençant la santé (tabagisme, habitude contraceptive, prise de risque sexuel, etc) – implique une action de conseil et d'accompagnement ou "counseling" qui ne se résume pas au fait de délivrer simplement une information (34).

Le counseling est un procédé complexe qui implique des connaissances techniques de la part du praticien et une compétence relationnelle pour pouvoir mener l'entretien.

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) avait déjà mis l'accent sur la nécessité d'une approche d'accompagnement et de conseil avec ses recommandations de 2004 concernant la contraception. La méthode BERGER³ y était indiquée comme méthode de référence pour mener la consultation sur la contraception (sans référence particulière à la contraception d'urgence) (35).

Le poids de chacun des deux facteurs cités dans le counseling ne peut pas être déterminé à priori sur la base des éléments présents dans la littérature.

Il est toutefois possible que la connaissance que les médecins généralistes ont de la contraception d'urgence puisse influencer le counseling, non en termes de qualité, mais en termes de fréquence de l'information donnée. Les médecins qui maîtrisent mieux la problématique pourraient ainsi transmettre plus souvent l'information.

L'hypothèse de cet étude est que la connaissance technique de la problématique de la part du médecin généraliste peut influencer la **fréquence** avec laquelle les médecins informent les femmes en pratique courante mais que ce n'est pas le déterminant principal de l'**efficacité** de l'information délivrée aux femmes.

³ Méthode qui structure la consultation de choix de la première contraception en six étapes: Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour (35).

1.3. Questions de recherche et objectifs

1.3.1. Questions de recherche et objectifs généraux

La question générique de ce projet est donc la suivante :

Quels sont les déterminants d'un counseling efficace en matière de contraception d'urgence ?

L'étude du counseling comporte, entre autres, l'étude observationnelle de données qualitatives. Afin de déterminer l'observabilité du phénomène, il convient préalablement de s'assurer qu'il est suffisamment fréquent. Par ailleurs, cet étude formule (paragraphe 1.2.2.) l'hypothèse d'une relation entre la connaissance des médecins généralistes et la fréquence de la délivrance d'une information sur la contraception d'urgence.

Une question de recherche intermédiaire a donc été définie :

Le niveau de connaissance qu'ont les médecins généralistes de la contraception d'urgence influence-t-il la fréquence de l'information délivrée à leurs patientes ?

L'objectif principal de cette question est de rechercher une influence entre connaissance des médecins généralistes et fréquence de l'information délivrée.

Les objectifs secondaires sont :

- déterminer le niveau de connaissance des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence ;
- déterminer la fréquence du phénomène " counseling en contraception d'urgence " afin d'en apprécier l'observabilité (*figure 2*).

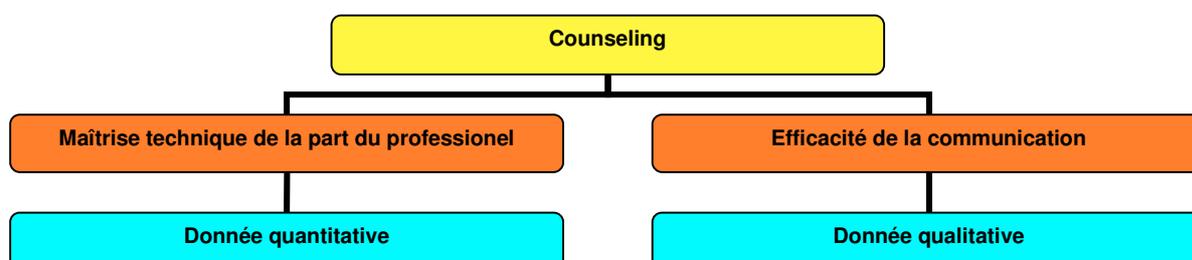


Figure 2 : composants du phénomène du counseling

1.3.2. Objectif de l'étude

L'étude de la littérature n'a pas permis de retrouver d'instrument validé de mesure de la connaissance des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence.

L'objectif de cet étude a donc été de construire un outil validé d'évaluation des connaissances pour préparer la suite du travail qui se déroulera sur plusieurs thèses.

Ce travail est donc la première étape d'une " research-agenda " (figure 3).

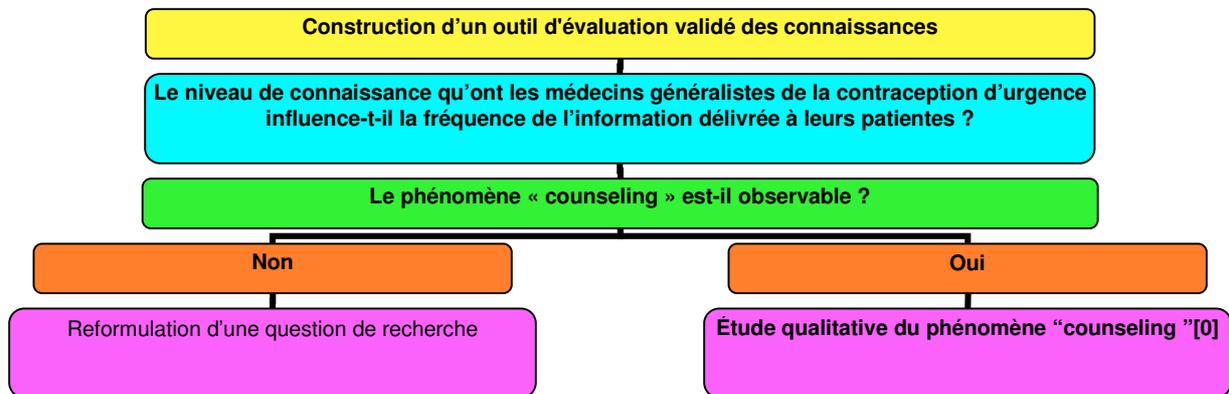


Figure 3 : " Research Agenda" sur le counseling en matière de contraception d'urgence

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1. Vue d'ensemble

Pour construire un outil validé pour la quantification des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence, nous avons respecté une série d'étapes résumées dans la *figure 4*.

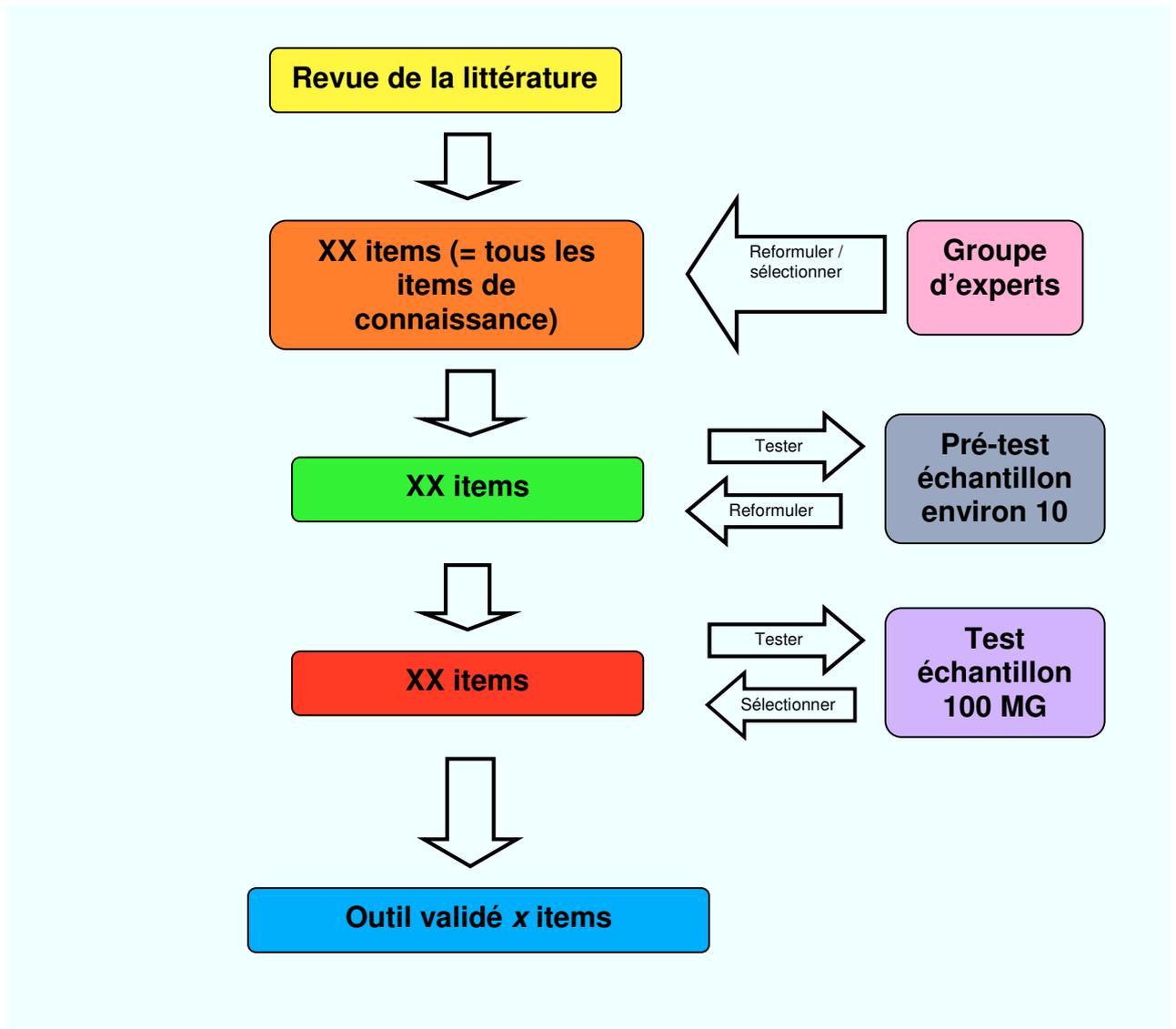


Figure 4 : vue d'ensemble de la méthode

La définition des étapes statistiques de validation du questionnaire a été basée sur la littérature (36) relative à la construction et à la validation d'un questionnaire de connaissances, avec le soutien méthodologique du Département de Biostatistiques de la Faculté de Médecine de Poitiers.

Nous avons procédé dans un premier temps à une revue de la littérature sur la contraception d'urgence à destination du médecin généraliste : un premier questionnaire a été élaboré en incluant tous les items individualisés.

Ce panneau de questions a ensuite été travaillé avec la technique du groupe d'experts. Les items issus du travail avec le groupe d'experts ont été pré-testés sur un échantillon d'une dizaine de médecins généralistes.

Le questionnaire issu du pré-test a ensuite été utilisé sur un échantillon plus grand (une centaine de médecins généralistes) pour le valider définitivement.

Le traitement statistique des réponses données par ce dernier échantillon a donc permis de sélectionner les questions pour finaliser l'outil.

2.2. Revue de la littérature et élaboration d'un premier questionnaire

Le questionnaire de connaissance devait s'adresser aux médecins généralistes. Il a donc été choisi de se concentrer pour la préparation des items sur une revue de la littérature grise à destination du médecin généraliste ou accessible à ce dernier contenant des informations dont la connaissance est considérée obligatoire ou fortement recommandée pour la pratique de la médecine générale.

Les sources consultées ont été :

- l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) des produits de contraception d'urgence mise à jour disponible gratuitement sur le site www.theriaque.org⁴ et sur la base de données informatiques payante Vidal® 2012 (pour les données pharmacologiques) ;
- les publications officielles de l'ANAES / HAS (Haute Autorité de Santé) fournissant des recommandations en matière de contraception d'urgence (pour les données pharmacologiques et la réglementation en vigueur) ;
- les mises à jour sur la contraception d'urgence de *La Revue Prescrire* parues de février 1995 à novembre 2011 (pour les données pharmacologiques et la réglementation en vigueur) ;

⁴ La base de données Thériaque® est renseignée par le Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament et est reconnue par l'HAS depuis 2009 comme base de données agréée. L'accès à la base de données est gratuit et libre via l'enregistrement au site web www.theriaque.org.

- les articles du Code de la Santé Publique relatifs à la réglementation sur la contraception d'urgence, librement accessibles sur le site www.legifrance.gouv.fr⁵ (pour confronter les informations relatives à la législation sur la contraception d'urgence issues des publications ci-dessus et pour fournir dans le questionnaire les formulations correctes du texte de loi).

La littérature a été consultée par le biais d'une recherche sur les bases de données Pubmed® et ScienceDirect® uniquement pour les points de connaissance qui n'étaient pas exprimés de manière univoque dans les sources officielles.

A partir des éléments recueillis, nous avons élaboré un panneau initial d'items de connaissance sous forme de questions avec réponse oui / non ou choix multiple.

Dans les questions où un choix multiple était proposé, une seule réponse était correcte afin de permettre un traitement binaire et donc uniforme des données. Chaque question contribuait pour un point au score final.

2.3. Le travail du groupe d'experts

2.3.1. Choix des experts

Pour pouvoir travailler sur le panneau initial de questions individualisées par la revue de la littérature, nous avons procédé à la constitution d'un groupe d'experts. Quinze médecins généralistes (qui pratiquaient régulièrement la gynécologie) et une sage femme ont été sollicités sur les départements de la Vienne et des Deux Sèvres. Les professionnels sollicités étaient connus personnellement.

2.3.2. Méthode de travail du groupe d'experts

Les membres du groupe d'experts ont initialement été contactés par courriel (*annexe 1*) et ont reçu l'ensemble des items issus de la revue de la littérature. Ils ont procédé à une première lecture individuelle des items fournis avant de rencontrer les autres membres du groupe. Deux rencontres ont ensuite été organisées en juin et juillet 2012, à une semaine d'intervalle.

⁵ "Le site Légifrance [...] est placé sous la responsabilité éditoriale du Secrétariat général du gouvernement (SGG) [...] En vertu du décret n°2002-1064 du 7 août 2002 modifié, le service public de la diffusion du droit par Internet (SPDDI) a pour objet de mettre gratuitement à la disposition des internautes, sur le site Légifrance, les textes en vigueur ainsi que la jurisprudence " (citation) (source : www.legifrance.gouv.fr/Informations/A-propos-du-site).

Le travail du groupe d'experts a consisté en une sélection des items parmi ceux proposés et dans l'ajout ou la reformulation de questions lorsque l'item de connaissance n'était pas suffisamment explicite.

2.4. Pré-test du questionnaire

Le questionnaire issu du travail du groupe d'experts devait ensuite être testé sur un échantillon de médecins généralistes pour vérifier la lisibilité de la formulation des questions et les modifier éventuellement. Le nombre de réponses nécessaires avait été estimé à 10.

Pour recruter cet échantillon, un courriel a été adressé à 30 médecins généralistes (*annexe 2*) connus des investigateurs. Le questionnaire était joint au courriel sous forme de formulaire Google®.

Dans ce courriel, la méthode de travail était présentée aux médecins contactés sans dévoiler le thème du questionnaire pour éviter tout biais dans les réponses. S'agissant d'un questionnaire de connaissances, les médecins auraient pu s'informer précisément sur le sujet avant de répondre s'ils avaient été au courant du thème.

Les médecins avaient donc la possibilité de répondre au questionnaire et d'indiquer les questions ou les portions de questions qui ne leur semblaient pas claires dans leur formulation en joignant un commentaire à la réponse.

Les réponses au pré-test ont ensuite été analysées de manière descriptive par les deux investigateurs principaux.

2.5. Validation du questionnaire

Le questionnaire issu des étapes précédentes a été préparé à une administration plus large à l'aide du logiciel Lime Survey®, installé sur un serveur privé financé sur les fonds propres des investigateurs.

Pour pouvoir adresser ce questionnaire informatique à un nombre suffisamment important de médecins généralistes de manière à obtenir une centaine de réponses (statistiquement nécessaires à la validation du questionnaire), nous avons fait appel à la base de données informatique de l'Union Régional des Professionnels de Santé (URPS) Médecins libéraux de Poitou-Charentes.

Par le biais de l'URPS, un courriel (*annexe 3*) a été envoyé contenant le lien pour répondre au questionnaire Lime Survey® à 515 adresses électroniques de médecins généralistes de la Vienne et des Deux Sèvres. Une relance (*annexe 4*) a été opérée à trois semaines du premier envoi.

Pour compléter l'échantillon, le questionnaire a ensuite été adressé par courriel à 110 médecins généralistes de la Vienne (deux envois dont un à 4 semaines et un à 7 semaines du premier envoi par le biais de l'URPS – *annexe 5*) dont les adresses avaient été obtenues par demande téléphonique préalable à l'enquête.

Dans le courriel, les médecins étaient invités à répondre selon leurs connaissances sans avoir recours à des sources externes.

Le questionnaire se terminait par des questions de caractérisation de l'échantillon (sexe du répondant, tranche d'âge, zone d'exercice, type d'exercice, formation en gynécologie, fréquence de l'information sur la contraception délivrée).

Ne disposant pas directement des adresses électroniques des médecins généralistes de l'ensemble de l'échantillon, il n'a pas été possible de créer un système d'invitation nominative au questionnaire.

Une question supplémentaire de caractérisation de l'échantillon a donc été introduite. La question demandait d'indiquer la date de naissance, la date d'installation et le département du répondant, afin de créer un code numérique pour identifier chaque réponse.

2.6. Traitement statistique des résultats

Les données issues du dernier échantillon ont été analysées à l'aide du logiciel de traitement statistique SAS® au sein du Département de Biostatistiques de la Faculté de Médecine de Poitiers. Le logiciel a permis dans un premier temps d'effectuer une analyse descriptive question par question, pour mettre en évidence les questions éventuellement saturées.

Il a été ensuite calculé le coefficient de corrélation de Pearson, qui a été considéré significatif quand supérieur à 0,50. Ce test a permis de vérifier la corrélation des variables entre elles.

Le coefficient α de Cronbach a également été calculé pour vérifier la cohérence interne du questionnaire en considérant significative une valeur supérieure à 0,60.

Le logiciel a effectué ensuite une analyse non paramétrique en composantes principales. Par le biais de ce traitement, les questions ont pu être sélectionnées pour obtenir l'outil définitif.

Ensuite, le score moyen a été calculé ainsi que la distribution des scores et des moyennes pour chaque variable.

Deux tests ont été utilisés pour mesurer la significativité de la relation entre la moyenne du score et chaque variable démographique : le test de Wilcoxon (utilisé quand l'item prévoyait deux catégories de réponse) et le test de Kruskal-Wallis (utilisé quand l'item prévoyait plus de deux catégories de réponses). Dans les deux cas, la valeur " p " indiquée par le test a été considérée significative si elle était inférieure à 0,05.

Ces derniers test ont permis d'individualiser des tendances propres à l'échantillon.

3. RÉSULTATS

3.1. Résultats de la revue de la littérature

En France trois options différentes sont disponibles en contraception d'urgence (37).

Deux molécules, le levonorgestrel (Norlevo®) et l'ulipristal acétate (Ellaone®), sont prévues pour une administration per os.

Le levonorgestrel est un médicament hormonal progestatif pur, administrable en un seul comprimé de 1,5 mg (35,37,38,39). Il est actuellement indiqué en première intention en cas de rapport non protégé pour une prise dans les 72 heures après le rapport. L'ulipristal acétate est un modulateur des récepteurs de la progestérone, administrable per os en un seul comprimé de 30 mg dans les 120 heures après un rapport non protégé (40).

L'ulipristal est actuellement indiqué, dans les recommandations, pour une prise entre 72 et 120 heures après un rapport non protégé, quand le délai d'efficacité du levonorgestrel dans l'AMM est dépassé. En réalité, la littérature (40,41) semble indiquer que, entre 72 et 120 heures après un rapport sexuel à risque de grossesse, l'efficacité résiduelle du levonorgestrel et celle de l'ulipristal sont comparables.

La pose d'un dispositif intra-utérin au cuivre peut être également proposée en contraception d'urgence jusqu'à 120 heures après un rapport non protégé (35,37,42).

Nous avons choisi de nous concentrer, pour la formulation des items de connaissance (*annexe 6*), sur la molécule actuellement indiquée en première intention en contraception d'urgence per os : le levonorgestrel. De la revue de la littérature de référence sur la molécule, il a été possible d'individualiser plusieurs thématiques de connaissance abordées :

1. Molécule recommandée, forme pharmaceutique et posologie
2. Indications
3. Contre-indications
4. Délai d'utilisation et efficacité
5. Effets secondaires connus
6. Interactions à prendre en compte
7. Mécanisme d'action
8. Grossesse et allaitement
9. Alternatives au levonorgestrel en contraception d'urgence
10. Prescription et délivrance
11. Conditions de prise en charge du levonorgestrel

Ces thématiques ont donné lieu à la formulation d'une ou plusieurs questions de connaissance chacune : le panneau final obtenu incluait 47 questions. Ce premier questionnaire est présenté dans son intégralité dans l'*annexe 6* et question par question dans les paragraphes suivants.

3.1.1. Molécule(s) recommandée(s), forme pharmaceutique et posologie

Le levonorgestrel 1,5 mg pour prise unique est commercialisé en France sous la seule dénomination commerciale de Norlevo® (le Vikela®, indiqué dans les recommandations de la HAS de 2004 (35), n'est plus produit) ou comme générique. L'AMM du produit Norlevo® (38,39) spécifie que la prise plusieurs fois dans le cycle est non-recommandée (définition qui laisse une liberté d'évaluation au praticien en fonction de la situation à la différence de la notion de contre-indication).

Ces informations ont été l'objet de 4 questions différentes (de 1 à 4) dans la forme initiale du questionnaire élaborée à partir de la revue de la littérature (*tableau 1*).

- 1) Quelle est la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention en contraception d'urgence per os?
- a) ethinylestradiol + levonorgestrel
 - b) ulipristal
 - c) levonorgestrel
 - d) mifepristone
- 2) Quelle est le dosage par comprimé de la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention en contraception d'urgence per os?
- a) 50µg + 250 µg
 - b) 30 mg
 - c) 0,75 mg
 - d) 1,5 mg
- 3) Quelle est la posologie de la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention en contraception d'urgence per os?
- a) un comprimé en une seule prise
 - b) deux comprimés à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - c) un comprimé à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - d) deux comprimés en une seule prise
- 4) Comment se positionne l'AMM du médicament dont il est question aux énoncés précédents par rapport à la prise du médicament plusieurs fois au cours du cycle?
- a) contre-indiquée
 - b) non recommandée
 - c) possible
 - d) pas d'indications sur ce point dans l'AMM

Tableau 1 : questions sur le thème "molécule recommandée, forme pharmaceutique, posologie"

3.1.2. Indications

La prise de levonorgestrel est indiquée pour prévenir une grossesse en cas de rapport sexuel non protégé quelle que soit la période du cycle (35,39).

Il faut considérer comme rapport sexuel non protégé tout rapport sexuel en l'absence de contraception efficace (contraception absente, non correctement utilisée ou n'ayant pas fonctionné correctement).

La question de l'indication se décline en outre en sous-questions selon que le délai d'efficacité du comprimé (3 jours selon les recommandations officielles (35,38,39), 5 jours selon la littérature (43)) soit dépassé ou pas. Le comprimé est donc indiqué :

- en cas de rapport sexuel non protégé jusqu'à trois jours (ou cinq jours, selon qu'on considère le délai autorisé par l'AMM ou celui indiqué par la littérature) avant un oubli de contraceptif oral,
- en cas de rapport sexuel non protégé dans la semaine suivant un oubli de contraceptif oral,
- en cas d'oubli de prise de deux comprimés ou plus dans la plaquette de contraceptif oral (44),
- en cas de viol si le délai d'efficacité de la molécule n'est pas dépassé (35).

Bien que certaines périodes du cycle puissent être considérées " moins fertiles ", le risque de grossesse en cas de rapport non protégé est potentiellement toujours présent quelle que soit la période du cycle. Le levonorgestrel doit donc être proposé à tout moment en cas de rapport non protégé.

Dans la version initiale du questionnaire ces informations avaient été l'objet de 7 questions (de 5 à 11) pour inclure tous les cas de figure (*tableau 2*).

Une formulation de type cas clinique avait été initialement utilisée pour exprimer les différents cas de figure.

- 5) Dans quelles situations la contraception d'urgence per os est-elle indiquée?
- a) rapport sexuel non protégé en période péri-ovulatoire
 - b) rapport sexuel non protégé quelle que soit la période du cycle
 - c) rapport sexuel non protégé en période pré-ovulatoire
 - d) rapport sexuel non protégé en période post-ovulatoire
- 6) Vous voyez en consultation une patiente de 26 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle vous dit avoir oublié de prendre un comprimé hier et avoir eu un rapport sept jours avant son oubli: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence ?
- a) oui
 - b) non
- 7) Vous voyez en consultation une patiente de 37 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle a oublié un comprimé de sa plaquette il y a 7 jours. Elle a repris ensuite sa contraception habituelle, elle n'a pas utilisé d'autre méthode de type barrière. Elle a eu un rapport sexuel hier soir: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence?
- a) oui
 - b) non
- 8) Vous voyez en consultation une patiente de 26 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle vous dit avoir oublié au moins deux comprimés dans sa plaquette, dont la dernière il y a 24 heures. Son dernier rapport sexuel a eu lieu il y a deux jours: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence ?
- a) oui
 - b) non
- 9) Vous voyez en consultation une patiente de 37 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle a oublié un comprimé de sa plaquette il y a 7 jours. Elle a repris ensuite sa contraception habituelle. Elle a eu un rapport sexuel hier soir avec méthode barrière: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence?
- a) oui
 - b) non
- 10) Vous voyez en consultation une patiente de 26 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle vous dit avoir oublié de prendre un comprimé hier et avoir eu un rapport deux jours avant son oubli: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence ?
- a) oui
 - b) non
- 11) Une patiente de 28 ans se présente aux urgences de l'hôpital local: elle dit avoir été victime d'un viol il y a 36 heures. Elle n'utilise pas de méthode contraceptive. Est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence?
- a) oui
 - b) non

Tableau 2 : questions sur le thème "indications"

3.1.3. Contre-indications

Aucune contre-indication absolue, à part une hypersensibilité connue au produit, n'est mentionnée dans la majorité des sources consultées.

La base de données Thériaque® (39) est la seule à indiquer comme contre-indication absolue la porphyrie hépatique, selon les indications du Centre Français de Porphyrie. Cette contre-indication n'est pas citée dans la base de données Vidal® (38).

L'utilisation du levonorgestrel n'est pas recommandée en cas d'antécédent de salpingite ou de grossesse extra-utérine (en raison d'une faible augmentation du risque de grossesse ectopique en cas de poursuite de grossesse malgré la prise de levonorgestrel) et en cas d'atteinte hépatique sévère (38,39).

La maladie thromboembolique en cours est citée par la base de données Thériaque dans les précautions d'emploi en raison d'un possible risque aggravatif en cas d'utilisation du produit, mais l'utilisation n'est ni contre-indiquée ni déconseillée.

Le syndrome de malabsorption et la maladie de Crohn sont cités dans les précautions d'emploi comme circonstances pouvant réduire l'efficacité du produit.

Le produit est en outre déconseillé en cas d'anomalie du métabolisme du lactose et du galactose en raison de la présence de lactose, qui est un excipient à effet notoire.

Deux questions ont été élaborées à partir de ces données (12 et 13, *tableau 3*).

12) Quelles sont les contre-indications absolues à la prise de la molécule dont il est question aux énoncés précédents?

- a) " ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle " et " HTA "
- b) " ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle " et " insuffisance hépatique "
- c) " insuffisance hépatique " et " HTA "
- d) il n'existe aucune contre-indication absolue en dehors de la porphyrie hépatique

13) Dans quels cas la molécule dont il est question aux énoncés précédents n'est pas recommandée ?

- a) " antécédent personnel de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle " et " HTA "
- b) " antécédent personnel de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle " et " insuffisance hépatique "
- c) " antécédent personnel de salpingite ", " antécédent personnel de GEU " et " insuffisance hépatique "
- d) il n'existe pas de situation dans laquelle cette molécule n'est pas recommandée

Tableau 3 : questions sur le thème " contre-indications "

3.1.4. Délai d'utilisation, efficacité

Le délai d'utilisation de la molécule levonorgestrel indiqué dans les recommandations officielles est de 72 heures (soit 3 jours) à compter du rapport non protégé (35,38,39). En réalité la littérature (37,41) montre que le médicament maintient une efficacité jusqu'à 120 heures (soit 5 jours) après le rapport à risque de grossesse et que son efficacité entre 3 et 5 jours est au moins comparable à celle du médicament per os actuellement recommandé dans cette indication (l'ulipristal, EllaOne®), mais inférieure à celle du dispositif intra-utérin.

L'efficacité du médicament est décroissante dans les heures qui suivent le rapport sexuel : l'efficacité dans les 24 premières heures suivant le rapport sexuel est en effet estimée à 95 % (soit 95 % de grossesses potentielles prévenues) et décroît jusqu'à 58 % entre 48 et 72 heures (35). Le médicament doit donc être pris le plus tôt possible après le rapport sexuel.

Ces informations ont fait l'objet de cinq questions, de 14 à 18 (*tableau 4*).

- 14) Dans quel délai du rapport sexuel à risque est-il possible d'administrer la molécule dont il est question aux énoncés précédents (selon les recommandations officielles)?
- a) 24 h
 - b) 72h
 - c) 36 h
 - d) 120 h
- 15) Est-ce que, selon la littérature, l'efficacité de la molécule dont il est question dans les énoncés précédents s'étend au delà des limites fixées par l'AMM?
- a) oui, de 24 heures
 - b) non
 - c) oui, de 48 heures
 - d) oui, de 36 heures
- 16) Pour la molécule dont il est question dans les énoncés précédents, comment peut-on décrire son efficacité dans le temps suivant un rapport à risque?
- a) stable
 - b) décroissante
- 17) Pour la molécule dont il est sujet dans les énoncés précédents, quelle est l'efficacité estimée dans les premières 24 heures après le rapport sexuel?
- a) 58%
 - b) 47 %
 - c) 72%
 - d) 95%
- 18) Pour la molécule dont il est sujet dans les énoncés précédentes, quelle est l'efficacité estimée dans les premières 48-72 heures après le rapport sexuel?
- a) 58%
 - b) 47 %
 - c) 72%
 - d) 95%

Tableau 4 : questions sur le thème "délai d'utilisation, efficacité"

3.1.5. Effets secondaires

Les effets secondaires le plus fréquents du levonorgestrel à sa dose thérapeutique (1,5 mg) sont illustrés dans le tableau ci-dessous (*tableau 5*).

| Classe de systèmes d'organes | Effets indésirables (fréquence) | |
|---|---|------------------------------------|
| | Très fréquent ($\geq 1/10$) | Fréquent ($\geq 1/100$ à $1/10$) |
| Affections du système nerveux | Vertiges, céphalées | |
| Affections gastro-intestinales | Nausées, douleurs abdominales basses | Diarrhées , vomissements |
| Affections des organes de reproduction et du sein | Tension mammaire, retard de règles, règles abondantes, métrorragies | |
| Troubles généraux et anomalies au site d'administration | Fatigue | |

Tableau 5 : effets secondaires de Norlevo® (levonorgestrel), extrait et modifié de la monographie du produit selon le Vidal® 2012

Cette thématique a été couverte par les questions 19 à 21 (*tableau 6*).

A noter que la question 20 touche aussi bien les effets secondaires que la pharmacocinétique du médicament. En cas de vomissements survenant dans les trois heures après la prise du médicament, qu'il s'agisse de vomissements secondaires à la prise de ce dernier ou indépendants, l'AMM (38,39) recommande la prise d'un nouveau comprimé : en effet, avant 3 heures, le médicament pourrait ne pas avoir été absorbé et l'effet contraceptif non obtenu.

- 19) Quel est parmi l'effet secondaire le plus fréquent de la molécule dont il est sujet aux énoncés précédents à sa dose thérapeutique?
- a) nausées
 - b) vision trouble
 - c) hypotension
 - d) malaise
- 20) Une patiente vous consulte : elle a pris la contraception d'urgence per os il y a deux heures, des vomissements importants sont survenus depuis. Quelle est la conduite à tenir?
- a) administrer un autre comprimé
 - b) ne plus administrer de comprimés du même type
- 21) Existe-t-il la possibilité de trouble du cycle à type de saignements irréguliers (spotting) après prise de la molécule dont il est sujet aux énoncés précédents?
- a) oui
 - b) non

Tableau 6 : questions sur le thème "effets secondaires"

3.1.6. Interactions à prendre en compte

Le levonorgestrel est métabolisé au niveau hépatique et son métabolisme peut donc être influencé par les médicaments inducteurs hépatiques connus (38,39) :

- anticonvulsivants tels le phénobarbital, la phénytoïne, la primidone, la carbamazépine ;
- médicaments antibactériens antimycosiques ou antiviraux tels la rifabutine, la rifampicine, la griséofulvine, le ritonavir ;
- un produit de phytothérapie très répandu utilisé pour les dépressions légères et les troubles de l'humeur tel le millepertuis.

L'utilisation concomitante de ces médicaments peut diminuer l'efficacité du levonorgestrel.

La question 22 fait référence à ces informations (*tableau 7*).

- 22) Existents-ils des des interactions à prendre en compte lors de l'administration de la molécule dont il est question ci-dessus?
- a) oui, avec les médicaments anticholinergiques
 - b) non, aucun médicament ne provoque des interactions
 - c) oui, avec les médicaments inducteurs des enzymes hépatiques
 - d) oui, avec les AINS

Tableau 7 : questions sur le thème "interactions à prendre en compte"

3.1.7. Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action du levonorgestrel n'est pas complètement élucidé.

Selon la base de données Vidal® 2012, aux doses thérapeutiques (1,5 mg en prise unique), le levonorgestrel pourrait avoir un effet inhibiteur de l'ovulation en empêchant par conséquent la fécondation et l'implantation (38). Si le levonorgestrel est administré de manière postérieure à l'implantation il n'aurait aucune efficacité.

Plusieurs études (45,46,47,48) semblent indiquer que le médicament agit par le biais d'une inhibition du pic de l'hormone lutéinique (LH) et qu'il altère de manière variable la maturation folliculaire et l'ovulation. Aucune étude (45,46,47,48,49,50) n'a pu documenter de manière formelle une altération de l'implantation de l'ovule fécondé ou toute autre action post-fécondation : à ce jour aucun effet post-fécondatif n'est documenté pour le levonorgestrel.

Deux questions ont été consacrées à la thématique dans la version initiale du questionnaire (*tableau 8*).

| |
|--|
| <p>23) Quels est un des mécanismes d'action de la molécule en question?</p> <p>a) interférence avec le pic LH</p> <p>b) diminution de l'activité des spermatozoïdes</p> <p>c) inhibition de la nidation</p> <p>d) interruption du développement de l'ovule fécondé</p> <p>24) Est que la molécule en question est reconnue pour avoir un effet post-fécondation?</p> <p>a) oui</p> <p>b) non</p> |
|--|

Tableau 8 : questions sur le thème "mécanisme d'action"

3.1.8. Grossesse et allaitement

Le levonorgestrel est bien entendu non recommandé en cas de grossesse.

Si une grossesse se poursuit malgré la prise de levonorgestrel ou si la grossesse était déjà en cours au moment de la prise, aucun effet malformatif n'est connu aux doses thérapeutiques (38,39). Dans tout les cas, la prise de levonorgestrel ne justifie pas à elle seule une interruption de grossesse (51).

La prise de levonorgestrel est possible en cas d'allaitement. Puisque l'hormone est excrétée dans le lait maternel, il est recommandé dans l'AMM du produit d'allaiter avant la prise de levonorgestrel et de suspendre l'allaitement pendant huit heures après la prise de la molécule (38,39).

Deux questions ont été consacrées à ces informations, sous forme de cas cliniques (*tableau 9*).

| |
|---|
| <p>25) Mme H a pris la contraception d'urgence il y a 20 jours lors d'un rapport non protégé. Par la suite, face à un retard de règles, elle a effectué un test de grossesse qui s'est révélé positif. Elle veut finalement poursuivre la grossesse et vous demande si la molécule peut avoir un effet malformatif. Quel est votre réponse?</p> <p>a) oui b) non</p> <p>26) Mme G, 35 ans, a un petit garçon de 3 mois qu'elle allaite au sein. Elle n'a pas repris de contraception après sa grossesse et a eu hier soir un rapport non protégé. Elle vous demande si elle peut prendre la molécule dont il est question aux énoncés précédents et qu'est-ce-qu'elle doit faire par rapport à l'allaitement. Votre réponse est :</p> <p>a) non, elle ne peut pas prendre le comprimé au cours de l'allaitement b) oui, elle peut le prendre à condition d'allaiter avant de prendre le comprimé et de suspendre l'allaitement pendant 8 heures c) oui, elle peut prendre le comprimé sans précautions spéciales d) oui, elle peut prendre le comprimé à condition de ne pas allaiter pendant 24 heures</p> |
|---|

Tableau 9 : questions sur le thème "grossesse et allaitement"

3.1.9. Alternatives au levonorgestrel en contraception d'urgence

Comme mentionné dans l'introduction, il existe deux alternatives au levonorgestrel actuellement recommandées en contraception d'urgence en France.

L'ulipristal acétate (Ellaone®) est actuellement recommandé en contraception d'urgence per os 72 à 120 heures après un rapport potentiellement fécondant, bien que sa supériorité par rapport à l'efficacité résiduelle du levonorgestrel ne soit pas confirmée par la littérature (41). A la différence du levonorgestrel (voir items suivants), l'ulipristal est délivré uniquement sur prescription médicale. Il est

remboursé à 65 % par la Sécurité Sociale, comme le levonorgestrel, mais son coût est trois fois supérieur (52).

La pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre est également possible jusqu'à 120 heures après le rapport potentiellement fécondant (35,42). Cette technique a comme principaux avantages d'être extrêmement efficace et de constituer en même temps une contraception quotidienne. Son principal inconvénient est la nécessité de faire appel à un professionnel de santé (médecin ou sage femme) pour la pose. La pose d'un DIU est possible, selon les recommandations actuelles, aussi bien pour les femmes n'ayant jamais eu de grossesse que pour les femmes uni ou multipares. Il faut également rappeler que les DIU ont un prix variable aux alentours de trente euros, actuellement remboursés en France par la Sécurité Sociale.

La présence d'une alternative au levonorgestrel est évoquée dans les questions 27 à 30 sous forme de cas clinique (*tableau 10*).

- | |
|---|
| <p>27) Mme L, 35 ans, un enfant vient consulter 48 heures après un rapport non protégé. Elle ne prend pas d'autre contraception, elle a un partenaire stable. Elle vous demande s'il y a des alternatives à la molécule dont on a parlé aux questions précédentes. Quelle est votre réponse ?</p> <p>a) oui c) non</p> <p>28) Quelle alternative peut éventuellement être proposée dans la situation clinique de la question 27 ?</p> <p>a) début le jour même d'une contraception œstroprogestative b) pose d'un implant contraceptif c) pose d'un DIU d) il n'y a pas d'autre alternative indiquée dans cette situation clinique</p> <p>29) Mlle K, 20ans, pas d'enfant, vient consulter 72 heures après un rapport non protégé. Elle ne prend pas d'autre contraception, elle a un partenaire stable. Elle vous demande s'il y a des alternatives à la molécule dont on a parlé aux questions précédentes. Quelle est votre réponse ?</p> <p>a) oui b) non</p> <p>30) Quelle alternative peut éventuellement être proposée dans la situation clinique de la question 29 ?</p> <p>a) début le jour même d'une contraception œstroprogestative b) pose d'un implant contraceptif c) pose d'un DIU d) il n'y a pas d'autre alternative indiquée dans cette situation clinique</p> |
|---|

Tableau 10 : questions sur le thème "alternatives au levonorgestrel en contraception d'urgence"

3.1.10. Prescription et délivrance

Les professionnels habilités à prescrire la contraception d'urgence sont les médecins et les sages femmes (53). La contraception d'urgence est également accessible en pharmacie sans ordonnance pour toute femme quel que soit son âge (54).

Une délivrance anonyme et gratuite est actuellement possible pour les filles mineures (55,56). Les mineures peuvent accéder gratuitement à la contraception d'urgence en pharmacie, dans les Centres de Planification et d'Éducation Familiale et chez le médecin.

Les infirmières scolaires peuvent délivrer la contraception d'urgence sans prescription dans tous les établissements secondaires (collèges et lycées) en cas de détresse caractérisée lorsqu'un médecin n'est pas rapidement accessible (53,57,58).

La prescription anticipée de la contraception d'urgence, dans les cas considérés à risque, n'est pas officiellement recommandée par l'HAS, mais elle est autorisée et laissée à l'appréciation du médecin (35)⁶. Certains organismes internationaux recommandent officiellement la prescription anticipée (OMS (60)).

La littérature ne montre pas d'effet de la prescription et de la délivrance anticipée sur l'incidence des comportements à risque sexuel et des infections sexuellement transmissibles (IST) (61,62,63,64) ou sur l'utilisation de la contraception régulière (62,64,65,66) (en termes d'augmentation des IST ou de diminution de l'utilisation d'une contraception quotidienne par les personnes ayant eu une prescription anticipée de la contraception d'urgence). Il n'y a pas non plus d'efficacité prouvée en terme de réduction du nombre de grossesses imprévues (65,67,68) : il s'agit donc pour le moins d'une pratique neutre, éventuellement utile dans certaines populations à risque (35).

Ces informations sont traitées dans les questions de 31 à 43 (*tableau 11*).

⁶ Pour des raisons chronologiques, la revue de la littérature effectuée n'a pas inclus les dernières recommandations de l'HAS sur la prescription et la délivrance anticipée de la contraception d'urgence parues en avril 2013 (59). La position de l'HAS sur la pratique n'a pas changé, la prescription anticipée étant laissée à l'évaluation du médecin. Les recommandations fournissent uniquement des indications sur les populations éventuellement à risque (les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence, les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant le préservatif ou d'autres méthodes contraceptives moins efficaces). Les recommandations confirment qu'il n'y a pas d'effet négatif reconnu à cette pratique.

- 31) Quel/les professionnel/les peuvent prescrire la contraception d'urgence per os ?
- a) médecins
 - b) médecins et sages femmes
 - c) sages femmes
 - d) exclusivement les médecins titulaires d'un DES de gynécologie
- 32) Est-ce-que, selon la littérature, la prescription anticipée de la contraception d'urgence modifie :
- a) les comportements sexuels à risque
 - b) la prise de contraception hormonale
 - c) les comportements sexuels à risque ET la prise de contraception hormonale
 - d) aucun de ces paramètres
- 33) Est-ce-que, selon la littérature, la prescription anticipée de la contraception d'urgence modifie :
- a) le nombre de grossesses non désirées
 - b) le nombre d'IVG
 - c) le nombre de grossesses non désirées ET le nombre d'IVG
 - d) aucun de ces paramètres
- 34) Est-ce que, à votre connaissance, un ou plusieurs des organismes officiels émanant les recommandations (HAS ou OMS ou autre) recommandent la prescription anticipée de la contraception d'urgence ?
- a) oui
 - b) non
- 35) Dans quels lieux est-il possible de délivrer la contraception d'urgence ?
- a) Établissements scolaires et pharmacies
 - b) pharmacies exclusivement
 - c) CPEF exclusivement
 - d) dans tous les lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus
- 36) Dans quels établissements scolaires les IDE scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence selon la loi ?
- a) dans tout établissement scolaires
 - b) dans les établissements scolaires de premier degré
 - c) dans les établissements scolaires de second degré
 - d) dans les établissements scolaires de premier et deuxième degré

- 37) Dans quelles conditions les IDE scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence selon la loi ?
- a) devant toute demande
 - b) en cas de détresse caractérisée après avis du médecin
 - c) en cas de détresse caractérisée quand le contact rapide avec le médecin n'est pas possible
 - d) en cas de détresse caractérisée indépendamment de la possibilité d'accéder rapidement à un médecin
- 38) Est -ce -que selon la loi il existe des situations dans lesquelles la contraception d'urgence peut être délivrée sans ordonnance aux femmes ?
- a) oui
 - b) non
- 39) Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence sans ordonnance selon la loi ?
- a) les femmes majeures
 - b) les femmes mineures
 - c) toute femme indépendamment de son age
 - d) aucune catégorie de femmes ne peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence sans ordonnance
- 40) Est -ce -que, selon la loi, il existe des situations dans lesquelles la contraception d'urgence peut être délivrée de manière anonyme ?
- a) oui
 - b) non
- 41) Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence de manière anonyme selon la loi ?
- a) les femmes majeures
 - b) les femmes mineures
 - c) toute femme indépendamment de son age
 - d) aucune catégorie de femmes ne peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence de manière anonyme
- 42) Est -ce -que, selon la loi, il existe des situations dans lesquelles la contraception d'urgence peut être délivrée de manière gratuite ?
- a) oui
 - b) non

- 43) Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence de manière gratuite selon la loi?
- a) les femmes majeures
 - b) les femmes mineures
 - c) toute femme indépendamment de son age
 - d) aucune catégorie de femmes ne peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence de manière gratuite

Tableau 11 : questions sur le thème " prescription et délivrance"

3.1.11. Conditions de prise en charge du levonorgestrel

Le levonorgestrel est pris en charge à 65 % par la Sécurité Sociale sur présentation d'une prescription. En dehors de cette situation, il est disponible gratuitement pour les mineures (55,69) et pour les autres femmes à un prix compris entre 6 et 7,8 euros en pharmacie (38,39).

Le " service médicale rendu⁷ " (SMR) reconnu au médicament est de niveau 2 (Important) sur une échelle de 5 (39).

Ces informations ont fait l'objet des questions de 44 à 47 (*tableau 12*).

⁷ Le Service Médical Rendu est un indicateur utilisé en Santé Publique pour définir l'utilité et la valeur thérapeutique d'un médicament. Le niveau le plus élevé (le 1) correspond à un SMR majeur, le niveau 2 à un SMR important, le 3 à un SMR modéré, le 4 à un SMR faible, le 5 à un SMR insuffisant. La Sécurité Sociale rembourse à 65% les médicaments de catégorie 1 et 2, à 30 % ceux de la catégorie 3, à 15% ceux de la catégorie 4 et ne rembourse pas ceux de la catégorie 5.

- 44) Est-ce que la contraception d'urgence peut être prise en charge par la Sécurité Sociale?
- a) oui
 - b) non
- 45) Quel est le taux de remboursement de la contraception d'urgence par la Sécurité Sociale sur présentation d'une prescription?
- a) 65 %
 - b) 35 %
 - c) 15 %
 - d) la Sécurité Sociale ne rembourse pas ce médicament
- 46) Quel est le niveau de service médical rendu (= SMR) pour la molécule sujet des questions précédentes?
- a) majeur
 - b) important
 - c) modéré
 - d) faible
- 47) Quel est à votre connaissance le prix de vente moyen de la molécule dont ils est question aux énoncés précédents (génériques et princeps confondus) ?
- a) entre 2 et 3 euros
 - b) entre 3 et 5 euros
 - c) entre 5 et 6 euros
 - d) entre 6 et 7, 60 euros

Tableau 12 : questions sur le thème "conditions de prise en charge"

3.2. Résultats du travail du groupe d'experts

3.2.1. La composition du groupe d'experts

Sur le 15 professionnels de santé contactés, nous avons reçu une réponse positive de 5 médecins et 1 sage femme. Le groupe était composé de trois femmes et trois hommes.

Des 5 médecins qui ont répondu favorablement, un travaillait en Centre de Planification et Éducation Familiale (CPEF) et avait eu dans le passé une activité de médecin généraliste, un avait une double activité en CPEF et en cabinet de médecine générale.

Les autres médecins contactés avaient une activité de médecine générale exclusive, mais pratiquaient la gynécologie dans leur cabinet.

Deux médecins avaient déjà une expérience de travail de recherche scientifique, un d'entre eux avait une activité d'enseignement de médecine générale.

La sage femme qui a participé au groupe d'experts travaillait dans un CPEF (*tableau 13*).

| Expert | Sexe | Lieu d'activité | Recherche | Enseignement | Pratique gynécologie |
|------------|------|-----------------|-----------|--------------|----------------------|
| Médecin 1 | H | cabinet | oui | oui | oui |
| Médecin 2 | H | cabinet | non | non | oui |
| Médecin 3 | H | cabinet / CPEF | oui | non | oui |
| Médecin 4 | F | CPEF | non | non | oui |
| Médecin 5 | F | cabinet | non | non | oui |
| Sage femme | F | CPEF | non | non | oui |

Tableau 13 : composition du groupe d'experts

3.2.2. Modifications générales apportées par le groupe d'experts

Les experts du groupe ont donc travaillé sur le premier questionnaire de 47 items élaboré à partir de la revue de la littérature.

Le travail du groupe d'experts a aussi bien regardé l'ensemble du questionnaire que les questions dans leur détail.

Le groupe d'experts a validé le choix d'un questionnaire concentré sur le levonorgestrel.

La formulation de type cas clinique a été abandonnée, car jugée trop orientée vers la pratique du médecin et non vers les connaissances, qui constituent le véritable objectif du questionnaire. Toutes les questions sous forme de cas clinique ont donc été reformulées comme des questions de connaissance pure et supprimées ou fusionnées quand elles paraissaient redondantes.

La formulation adoptée initialement pour indiquer le levonorgestrel (“ la molécule actuellement indiquée en première intention en contraception d’urgence per os ”) a été abandonnée pour indiquer explicitement le nom du médicament.

L’ordre des questions a été étudié pour éviter de dévoiler dans une question des éléments de réponse pour une question suivante (sachant que, dans le questionnaire définitif, les questions étaient présentées au répondant l’une après l’autre sans possibilité de revenir sur les questions déjà répondues pour minimiser les biais).

Les options de réponses ont été hiérarchisées pour en favoriser la lisibilité.

Le groupe d’experts a choisi de maintenir la formulation binaire des réponses (une seule réponse correcte sur l’ensemble des alternatives proposées et pas d’option neutre) pour faciliter le traitement des données et pouvoir attribuer à chaque réponse un score de 0 ou de 1.

Le groupe d’experts a également choisi de ne pas pondérer les questions afin que chaque question ait la même valeur sur le score final.

Les changements question par question sont détaillés dans les tableaux suivants. En italique, sont répertoriées les modifications effectuées et les commentaires du groupe d’experts.

Le questionnaire dans son intégralité avec l’ordre définitif des questions est présenté en *annexe 7*.

3.2.3. Modifications question par question

3.2.3.1. Molécule(s) recommandée(s), forme pharmaceutique et posologie

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

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

a) un comprimé en une seule prise
b) deux comprimés à prendre deux fois à distance de 12 heures
c) un comprimé à prendre deux fois à distance de 12 heures
d) deux comprimés en une seule prise

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

a) non car contre-indiqué
b) oui mais non recommandé
c) oui
d) pas d'indication sur ce point dans l'AMM

Fusion question 1 et 2

Réponses en dénomination commune internationale (DCI) et nom commercial avec indication dosage

Simplification formulation

Hiérarchisation des réponses

Tableau 14 : questions sur le thème " Molécule(s) recommandée(s), forme pharmaceutique et posologie " après le travail du groupe d'experts

3.2.3.2. Indications

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

Précision

Réponses simplifiées et hiérarchisées pour plus de lisibilité

A partir de combien de comprimés oubliés dans une plaquette de contraceptif oral, quel que soit le moment du cycle ou intervient le(s) oubli(s), y a-t-il une indication à la prise de levonorgestrel (NORLEVO®) en cas de rapport à risque ?

- a) 1
- b) 2
- c) 3

Les informations contenues dans les questions 6 à 11 ont été considérées déjà traitées par d'autres questions sauf celle de la question 8

Tableau 15 : questions sur le thème " indications " après le travail du groupe d'experts

3.2.3.3. Contre-indications

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

- a) ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle
- b) HTA
- c) insuffisance hépatique
- d) aucune

Question 12-13 fusionnées: la connaissance des contre-indications absolues est au premier plan.
La porphyrie hépatique, qui serait un élément de réponse trop évident à cause de son caractère extraordinaire, n'est plus dans les options de réponse.
Les réponses sont simplifiées pour favoriser la lisibilité.

Tableau 16 : questions sur le thème " contre-indications " après le travail du groupe d'experts

3.2.3.4. Délai d'utilisation, efficacité

| | |
|---|--|
| <p>Selon l'AMM, combien de temps après le rapport sexuel à risque est-il possible d'administrer le levonorgestrel (NORLEVO®) ?</p> <p>a) 2 jours b) 3 jours c) 4 jours d) 5 jours</p> | <p>Formulations simplifiées , réponses hiérarchisées</p> |
| <p>Selon la littérature, combien de temps après le rapport sexuel à risque le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace ?</p> <p>a) 2 jours b) 3 jours c) 4 jours d) 5 jours</p> | |
| <p>L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans le temps suivant un rapport à risque est-elle :</p> <p>a) décroissante b) stable</p> | |
| <p>L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans les premières 24 heures après le rapport sexuel est de :</p> <p>a) 58% b) 72% c) 95%</p> | |
| <p>L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans les 48-72 heures après le rapport sexuel est de :</p> <p>a) 58% b) 72% c) 95%</p> | |

Tableau 17 : questions sur le thématique " délai d'utilisation, efficacité " après le travail du groupe d'experts

3.2.3.5. Effets secondaires

| |
|--|
| <p>Quel est l'effet secondaire le plus fréquent du levonorgestrel (NORLEVO®) à sa dose thérapeutique ?</p> <p>a) nausées b) vision trouble c) hypotension d) malaise</p> <p>Il est recommandé d'administrer un deuxième comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) en cas de vomissements survenant :</p> <p style="text-align: center;"><i>Formulation question directe et non pas cas clinique</i></p> <p>a) 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) b) 4 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) c) 6 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) d) il n'est jamais recommandé d'administrer un deuxième comprimé</p> <p style="text-align: right;"><i>Question 21 supprimée</i></p> |
|--|

Tableau 18 : questions sur le thème " effets secondaires " après le travail du groupe d'experts

3.2.3.6. Interactions à prendre en compte

| |
|---|
| <p>Avec quel(s) médicament(s) existe-t-il une interaction à prendre en compte lors de l'administration de levonorgestrel (NORLEVO®)?</p> <p>a) phenobarbital (GARDENAL) b) ketoprofène (BI-PROFENID) c) ces deux médicaments d) aucun de ces deux médicaments</p> <p style="text-align: right;"><i>Formulation plus lisible</i></p> |
|---|

Tableau 19 : questions sur le thème " interactions à prendre en compte " après le travail du groupe d'experts

3.2.3.7. Mécanisme d'action

| | |
|--|--|
| <p>Quel est un des mécanismes d'action du levonorgestrel (NORLEVO®)?</p> <ul style="list-style-type: none">a) interférence avec le pic LHb) diminution de l'activité des spermatozoïdesc) inhibition de la nidationd) interruption du développement de l'ovule fécondé <p>Le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation ?</p> <ul style="list-style-type: none">a) ouib) non | <p>Modifications mineures de formulation des questions</p> |
|--|--|

Tableau 20 : questions sur le thème "mécanisme d'action" après le travail du groupe d'experts

3.2.3.8. Grossesse et allaitement

| | |
|--|---|
| <p>Le levonorgestrel (NORLEVO®) a-t-il un effet malformatif en cas de poursuite de la grossesse ?</p> <ul style="list-style-type: none">a) ouib) non <p>Peut-on prendre le levonorgestrel (NORLEVO®) en cours d'allaitement ?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Nonb) Oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heuresc) Oui, avec un arrêt d'allaitement de 3 heuresd) Oui, sans arrêt de l'allaitement | <p>Formulation question directe et non cas clinique</p> |
|--|---|

Tableau 21 : questions sur le thème "grossesse et allaitement" après le travail du groupe d'experts

3.2.3.9. Alternatives au levonorgestrel en contraception d'urgence

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

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

Formulation question directe et non cas clinique, hiérarchisation des réponses. Fusion questions 27-28 et 29-30

Chez une patiente ayant déjà accouché, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence ?

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

Tableau 22 : questions sur le thème " alternatives au levonorgestrel " après le travail du groupe d'experts

3.2.3.10. Prescription et délivrance

Quel(s) professionnel(s) peuvent prescrire la contraception d'urgence per os ?

- a) les médecins et les sages-femmes
- b) les médecins
- c) les sages-femmes

Réponses simplifiées et hiérarchisées

La prescription anticipée de levonorgestrel (NORLEVO®) :

Fusion questions 32-33-34

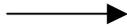
- a) augmente les comportements sexuels à risque
- b) diminue l'observance de la prise de contraception hormonale
- c) diminue le nombre de grossesses imprévues
- d) ne modifie aucun de ces paramètres

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

- a) certains établissements scolaires et pharmacies
- b) centre de Planification et Éducatons Familial et pharmacies
- c) pharmacies exclusivement
- d) dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus

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

- a) dans les lycées
- b) dans les collèges et dans les lycées



Changement de formulation

Les infirmières scolaires peuvent administrer le levonorgestrel (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

Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ?

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

Fusion questions de 38 et 39

Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) de manière anonyme et gratuite ?

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

Fusion questions de 40 à 43: la formulation de la loi est "anonyme et gratuite", les deux caractères ne doivent donc pas être testés indépendamment l'un de l'autre

Tableau 23 : questions sur le thème " prescription et délivrance " après le travail du groupe d'experts

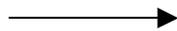
3.2.3.11. Prise en charge du levonorgestrel

Quel est le taux de remboursement de la contraception d'urgence par la Sécurité Sociale sur présentation d'une prescription ?

- a) 65 %
- b) 35 %
- c) 15 %
- d) la Sécurité Sociale ne rembourse pas ce médicament

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

- a) majeur (niveau 1)
- b) important (niveau 2)
- c) modéré (niveau 3)
- d) faible (niveau 4)



Correspondances numériques SMR explicites

Le prix de vente moyen du levonorgestrel (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

Tableau 24 : questions sur le thème " prise en charge " après le travail du groupe d'experts

3.2.3.12. Questions rajoutées par le groupe d'experts

Le groupe d'experts a mis en évidence l'absence d'un aspect important dans le questionnaire initialement proposé. Il n'y avait en effet aucune question testant la connaissance des signes d'un possible échec de la méthode de contraception d'urgence par levonorgestrel. La question a été donc formulée selon les indications de l'AMM (38,39) qui préconise la réalisation d'un test de grossesse en cas de retard de règles de plus de 5 jours ou de saignements anormaux à la date prévue des règles même en cas d'utilisation de levonorgestrel (*tableau 25*).

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

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

Tableau 25 : question rajoutée par le groupe d'experts

3.2.3.13. Questions éliminées par le groupe d'experts

Seize questions au total ont été éliminées car jugées non déterminantes ou fusionnées avec d'autres questions pour un total de 31 questions après cette étape du travail.

3.3. Résultats du pré-test du questionnaire

Douze médecins ont répondu au questionnaire à la phase du pré-test, dont 3 femmes et 9 hommes. Cinq avaient entre 56 et 65 ans, 6 entre 46 et 55 ans et un entre 36 et 45 ans. Trois travaillaient en milieu urbain et 9 en milieu rural. Tous exerçaient la médecine générale et n'avaient aucune formation spécifique en gynécologie (diplôme inter-universitaire ou autre).

Les questions n°1,3,5,6,8,10,11,12,13,14,15,16,17,19,20 et de 23 à 31 n'ont pas posé de problème particulier de formulation. Les participants ont suggéré uniquement des changements de syntaxe (*annexe 8*).

3.3.1. Modification de la question 2

A la question 2, 8 participants ont répondu “ inhibition de la nidation ” (réponse attendue “ interférence avec le pic LH ”) et nous ont fait remarquer que la formulation de la question pouvait être ambiguë. L'énoncé a donc été modifié pour “ quel est *le seul mécanisme d'action prouvé* du levonorgestrel (NORLEVO®) ? ” (tableau 26).

| Quel est un des mécanismes d'action du levonorgestrel (NORLEVO®)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| interférence avec le pic LH | | | | x | | | | | | | | |
| diminution de l'activité des spermatozoïdes | | | x | | x | | | | | | | |
| inhibition de la nidation | x | x | | | | x | x | x | x | | x | x |
| interruption du développement de l'ovule fécondé | | | | | | | | | | x | | |

Tableau 26 : distribution des réponses issues du pré-test à la question sur le mécanisme d'action

3.3.2. Modification de la question 4

Dans la question 4 (tableau 27), certains participants ont suggéré de préciser la dénomination “ planning familial ” à côté de celle - correcte mais moins connue - de Centre de Planification ou d'Éducation Familiale⁸ (CPEF), car ils ont dit ne pas savoir clairement à quoi correspondait la notion de CPEF avant une recherche du terme.

| | |
|---|--|
| Dans quel(s) lieux est-il possible de délivrer la contraception d'urgence ? | |
| a) certains établissements scolaires et pharmacies | |
| b) pharmacies et Centres de Planification et Éducation Familiale (“ planning familial ”) | |
| c) pharmacies exclusivement | |
| d) dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | |

Spécification “planning familial” intégrée

Tableau 27 : précisions à la question sur le lieux de délivrance

⁸ La dénomination de Centre de Planification ou d'Éducation Familiale (CPEF) fait référence à des lieux médicalisés coordonnées par la Ministère de la Santé au sein desquels on pratique la contraception, l'éducation à la sexualité et les interruptions de grossesse. La dénomination “Planning Familial ” fait en effet référence à une association régie par la loi 1901, le “Mouvement Français pour le Planning Familial ”, fondé en 1960 et impliquée dans la revendication des droits à la contraception et à l'avortement pour les femmes. En pratique, la formule “planning familial ” indique aussi, dans le langage courant, les CPEF.

3.3.3. Modification de la question 7

A la question 7 (*tableau 28*), plusieurs participants ont signalé trouver la notion de “ temps après le rapport sexuel ” floue et ambiguë. La formule a donc été remplacée par “ heures après le rapport sexuel ”.

| | |
|---|--|
| L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) <i>dans le temps suivant un rapport à risque</i> est-elle : | |
| a) décroissante | |
| b) stable | |
| | <i>dans les heures après le rapport sexuel</i> |

Tableau 28 : précision à la question sur l'efficacité du levonorgestrel

3.3.4. Modification des questions 9 et 22

A la question 9 comme à la 22 (*tableau 29*), un des participants a suggéré de préciser dans la réponse “ dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre ” en raison de la présence sur le marché de DIU hormonaux non indiqués en contraception d'urgence.

| | |
|---|--|
| Chez une patiente nullipare, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence? | |
| a) contraception œstroprogestative en quick start | |
| b) pose d'un implant contraceptif | |
| c) pose d'un dispositif intra-utérin <u>au cuivre</u> | |
| d) aucune de ces trois alternatives | |
| Chez une patiente ayant déjà accouché, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence? | |
| a) contraception œstroprogestative en quick start | |
| b) pose d'un implant contraceptif | |
| c) pose d'un dispositif intra-utérin <u>au cuivre</u> | |
| d) aucune de ces trois alternatives | |

Tableau 29 : précisions aux questions sur les alternatives au levonorgestrel

3.3.5. Modification de la question 18

Les alternatives proposées à la question 18 (*tableau 30*) ont posé des problèmes d'interprétation à plusieurs participants. En effet la réponse attendue était " [Il est recommandé d'administrer un deuxième comprimé de levonorgestrel en cas de vomissements survenant] 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel ". La recommandation indique en effet d'administrer un deuxième comprimé en cas de vomissements survenant jusqu'à trois heures après la prise du médicament. Le chiffre " 3 " n'étant explicite en aucune des alternatives proposées, au moins un des participants a été induit en erreur. Pour éviter des biais liés à une mauvaise lisibilité, la formulation des réponses proposées a donc été changée en " jusqu'à x heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel ".

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



a) ~~2 heures~~ après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)

b) ~~4 heures~~ après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)

c) ~~6 heures~~ après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)

d) il n'est jamais recommandé d'administrer un deuxième comprimé

Tableau 30 : précisions à la question sur la survenue de vomissements suite à l'administration de levonorgestrel

3.3.6. Modification de la question 21

La question n°21 (*tableau 31*) a été éliminée dans le questionnaire définitif car la quasi totalité des participants a indiqué ne pas comprendre à quelle recommandation la question faisait référence (ce qui se reflète dans les réponses, plutôt hétérogènes). En effet, la question faisait référence à un accord professionnel (44) qui indique la prise de levonorgestrel en cas d'oubli de deux comprimés de contraception orale ou plus par plaquette. L'accord professionnel ne spécifie pas si les deux comprimés oubliés ou plus doivent être consécutifs et s'il faut procéder à une administration systématique ou tenir compte du délai d'efficacité de la molécule par rapport à l'acte sexuel.

Vue l'ambiguïté de l'information et le caractère de faible niveau de preuve, nous avons donc considéré que la question n'aurait pas été discriminante en termes de connaissance à cause du risque de biais d'interprétation (l'information différemment interprétée peut conduire à des réponses différentes).

~~A partir de combien de comprimés oubliés dans une plaquette de contraceptif oral, quel que soit le moment du cycle ou intervient le(s) oubli(s), y a-t-il une indication à la prise de levonorgestrel (NORLEVO®) en cas de rapport à risque ?~~

~~a) — 1~~

~~b) — 2~~

~~c) — 3~~

Tableau 31 : question éliminée définitivement suite au pré-test

3.3.7. Données supplémentaires issues du pré-test

Le pré-test du questionnaire a permis également de vérifier que le temps pour remplir le questionnaire était d'environ 10 à 15 minutes et que les médecins qui l'avaient rempli n'avaient pas fait recours à des sources d'information externes à part un pour une seule question. La majorité des médecins avait répondu sur son lieu de travail, lors d'une courte pause dans son activité.

Le questionnaire issu de cette étape (30 questions – *annexe 9*) a donc été proposé à l'échantillon définitif.

3.4. Résultat de l'administration à l'échantillon définitif

Nous avons reçu 213 réponses à notre questionnaire dont 98 complètes . Pour les 115 autres questionnaires, il s'agissait de questionnaires non complétés car abandonnés en cours d'exécution (*figure 5*). Ces derniers questionnaires n'ont donc pas été analysés.

Le taux de réponse total a été compris entre 34 et 41 %, selon que l'on considère les deux échantillon de médecins (celui touché par l'URPS et celui obtenu par recrutement téléphonique) non superposables ou complètement superposables.

Si l'on considère que les questionnaires effectivement complétés (98 sur 213), le taux de réponse obtenu est compris entre 15,68 et 19%.

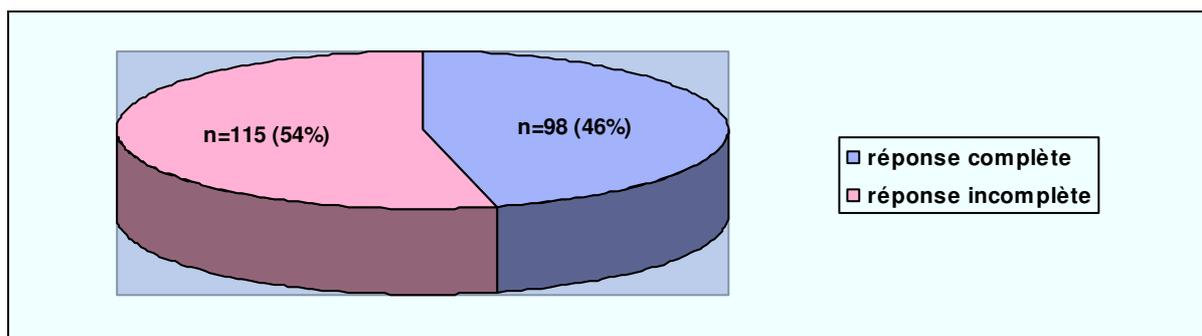


Figure 5 : composition des réponses au questionnaire

3.4.1. Analyse descriptive des résultats question par question

L'analyse descriptive des résultats question par question est présentée sous forme de graphiques. Chaque couleur indique une option de réponse.

Le nombre d'observations pour chaque option de réponse ainsi que le pourcentage correspondant du total des répondants sont indiqués dans le graphique.

La légende indique les options de réponse correspondantes à chaque couleur. La réponse correcte est mise en évidence par le caractère rouge.

3.4.1.1. Question 1 : molécule actuellement indiquée en contraception d'urgence

A la question “ Selon la dernière recommandation HAS, quelle est la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention, en contraception d'urgence per os? ”, la majorité des médecins de l'échantillon a répondu correctement “ levonorgestrel (NORLEVO®) ” (figure 6).

Les alternatives “ ulipristal (ELLAONE®) ”, et “ ethinilœstradiol-levonorgestrel (TETRAGYNON®) ” ont obtenu des taux de réponse comparables.

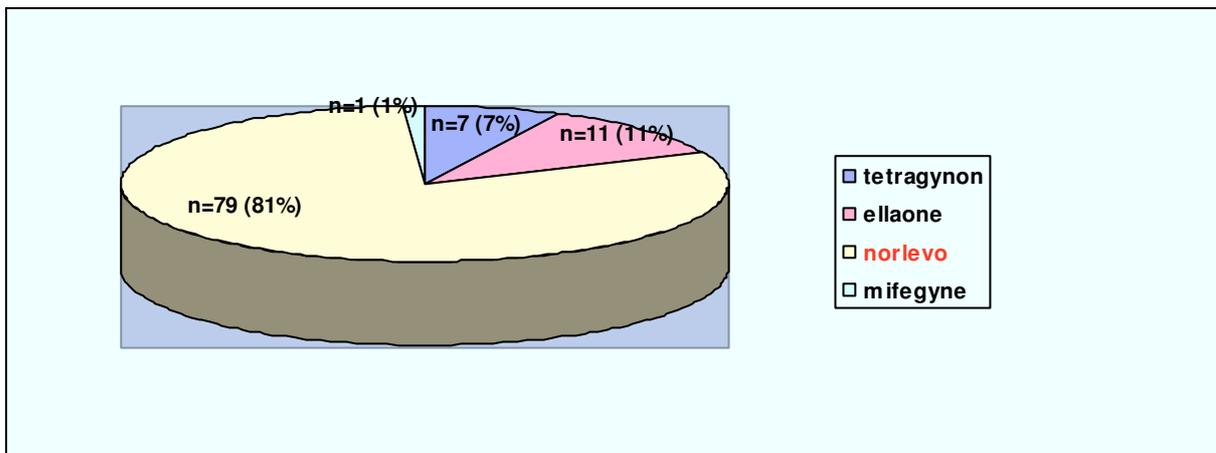


Figure 6 : réponses à la question sur la molécule actuellement indiquée en contraception d'urgence

3.4.1.2. Question 2 : mécanisme d'action

A la question “ Quel est le seul mécanisme d'action prouvé du levonorgestrel (NORLEVO®)? ”, la majorité des médecins a répondu de manière erronée “ inhibition de la nidation ”. La réponse correcte (“ interférence avec le pic LH ”) a été choisie par un tiers des répondants (figure 7).

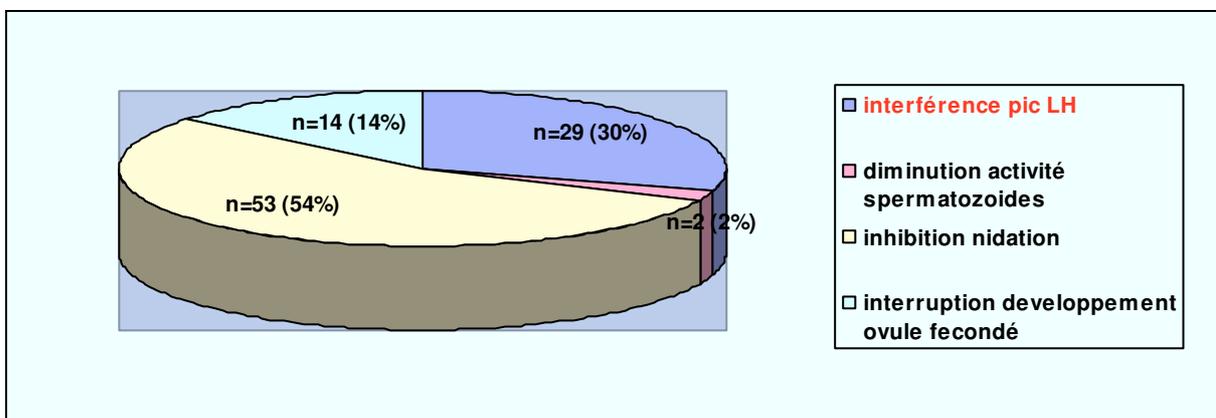


Figure 7 : réponses à la question sur le mécanisme d'action

3.4.1.3. Question 3 : prise de levonorgestrel en cours d'allaitement

A la question “Peut-on prendre le levonorgestrel (NORLEVO®) en cours d'allaitement ?”, un quart des médecins a répondu correctement “oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures”. La majorité a répondu de manière erronée que la prise du médicament est possible sans arrêt de l'allaitement (figure 8).

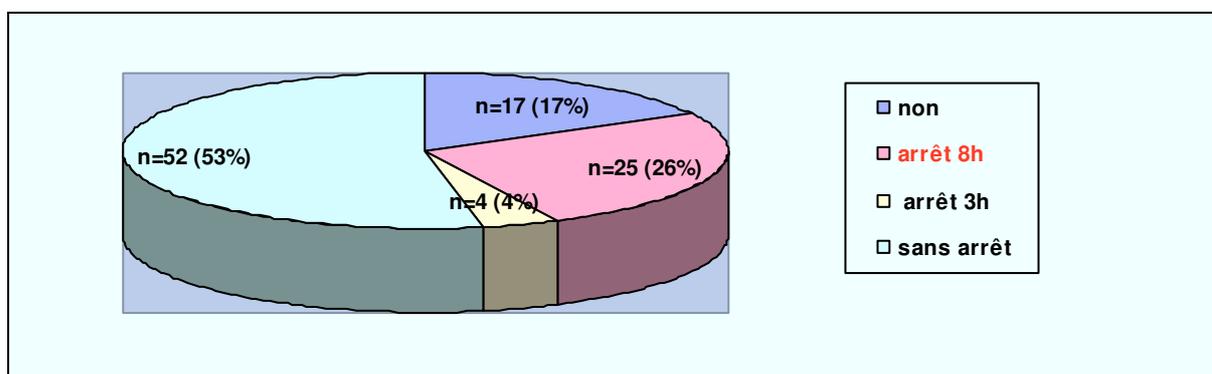


Figure 8 : réponses à la question sur la prise de levonorgestrel en cours d'allaitement

3.4.1.4. Question 4 : lieux de délivrance

A la question “Dans quel(s) lieux est-il possible de délivrer la contraception d'urgence ?”, la majorité des médecins a répondu correctement “dans chacun des lieux indiqués” (figure 9).

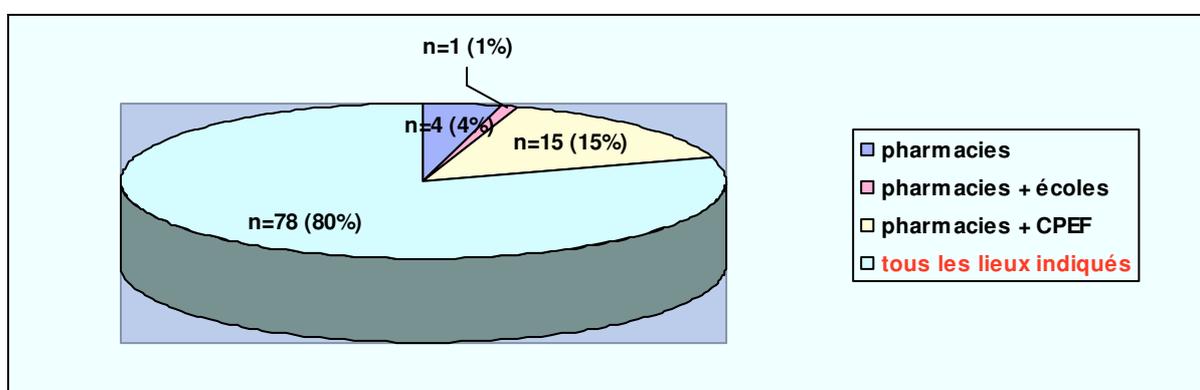


Figure 9 : réponses à la question sur le lieu(x) de délivrance

3.4.1.5. Question 5 : délai d'efficacité selon l'AMM

A la question “ Selon l'AMM, combien de temps après le rapport sexuel à risque est-il possible d'administrer le levonorgestrel (NORLEVO ®) ? ”, la majorité des médecins a répondu correctement “ 3 jours ”. Parmi les autres médecins, la majorité estimait ce temps plus court (figure 10).

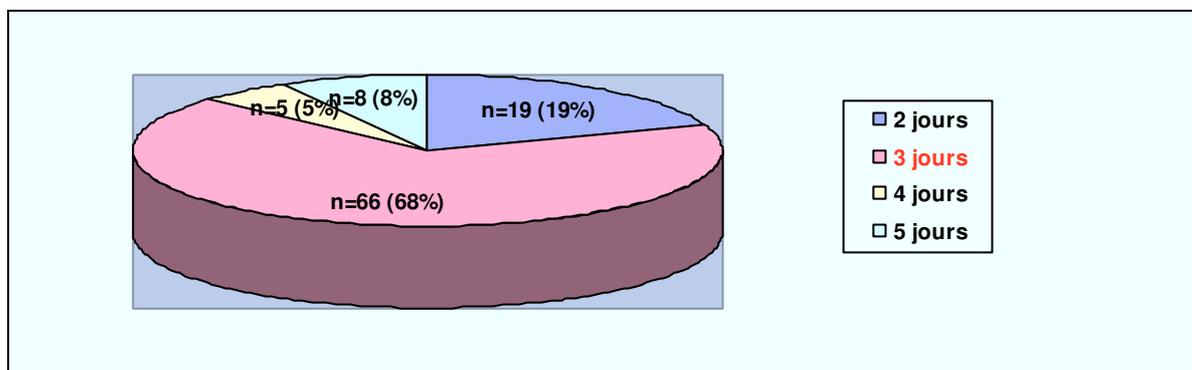


Figure 10 : réponses à la question sur le délai d'efficacité selon l'AMM

3.4.1.6. Question 6 : indication de la contraception d'urgence

A la question “ Après un rapport sexuel non protégé, dans quelle situation la contraception d'urgence per os est-elle indiquée? ”, la majorité des médecins a répondu correctement “ quelle que soit la période du cycle ” (figure 11).

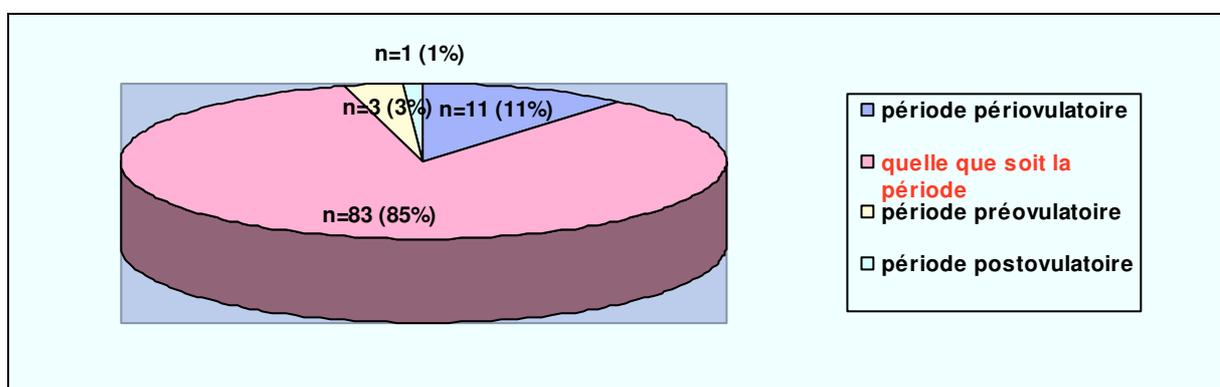


Figure 11 : réponses à la question sur l'indication de la contraception d'urgence

3.4.1.7. Question 7 : courbe d'efficacité du levonorgestrel

A la question “ Dans les heures qui suivent un rapport à risque, l'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) est-elle : décroissante / stable ”, la majorité a répondu correctement “ décroissante ” (figure 12).

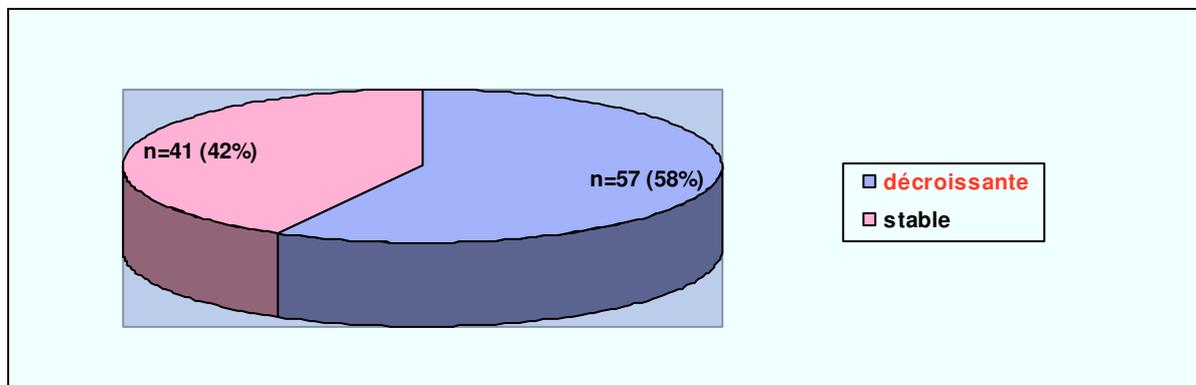


Figure 12 : réponses à la question sur la courbe d'efficacité du levonorgestrel

3.4.1.8. Question 8 : interactions à prendre en compte

A la question “ Avec quel(s) médicament(s) existe-t-il une interaction à prendre en compte lors de l'administration de levonorgestrel (NORLEVO®)? ”, environ les trois quarts des médecins ont répondu correctement “ phénobarbital ” (figure 13).

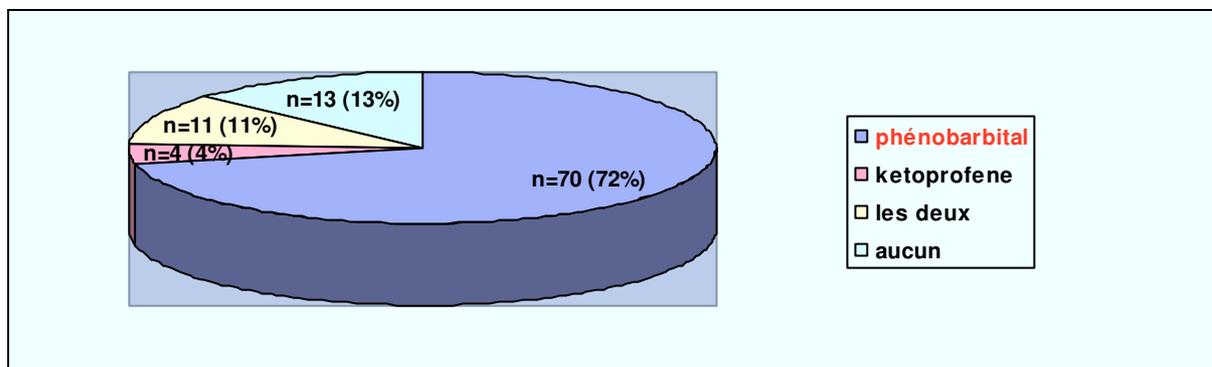


Figure 13 : réponse à la question sur les interactions à prendre en compte

3.4.1.9. Question 9 : alternative chez la patiente nullipare

A la question “ Chez une patiente nullipare, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d’urgence? ”, la moitié environ des médecins a répondu correctement “ pose d’un DIU au cuivre”. Les réponses “ aucune de ces trois alternatives ” et “ contraception œstroprogestative en quick start ” ont été le plus représentées après la réponse correcte (figure 14).

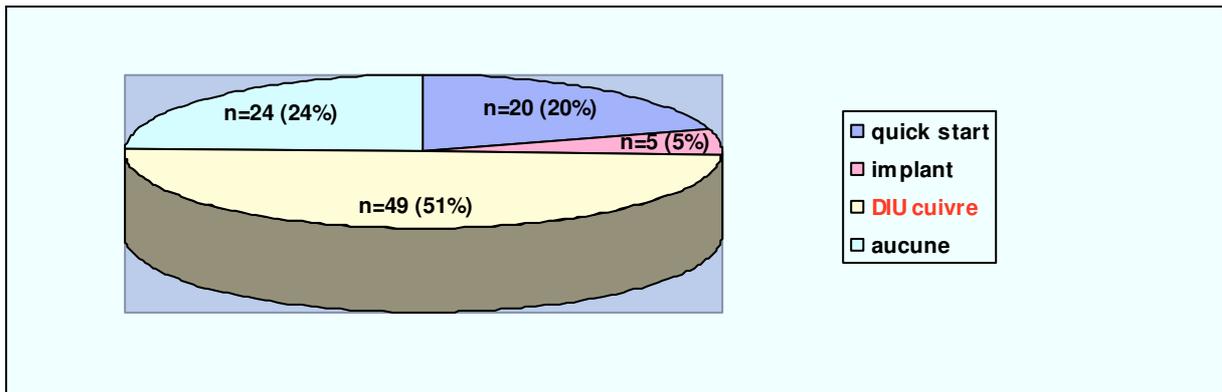


Figure 14 : réponses à la question sur les alternatives au levonorgestrel chez la patiente nullipare

3.4.1.10. Question 10 : échec du levonorgestrel

A la question “ Selon l’AMM du levonorgestrel (NORLEVO®), dans quelle(s) situation(s) est-il recommandé de réaliser un test de grossesse ? ”, la majorité des médecins a répondu correctement “ dans les deux situations précédentes [retard de règles de plus de 5 jours et saignement anormaux à la date prévue des règles]”. La deuxième option la plus représentée a été “ en cas de retard de règles de plus de 5 jours ” (figure 15).

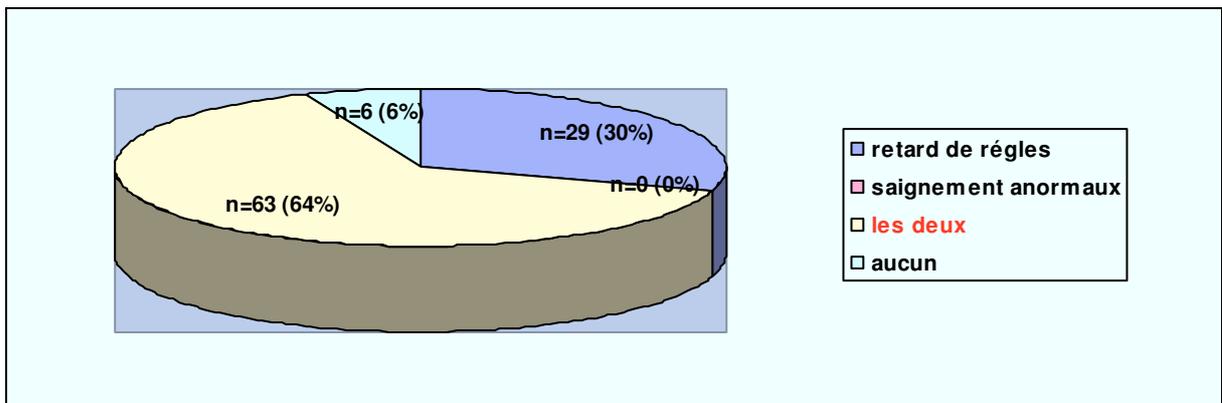


Figure 15 : réponse à la question sur le signes évocateur d'échec du levonorgestrel

3.4.1.11. Question 11 : posologie du levonorgestrel

A la question “ *Quelle est la posologie du levonorgestrel (NORLEVO®) en contraception d'urgence per os ?*”, la majorité a répondu correctement “ *un comprimé en une seule prise*”. Les autres ont répondu en proportion comparable “ *deux comprimés à prendre deux fois à distance de 12 heures*” ou “ *deux comprimés à prendre en une seule fois*” (figure 16).

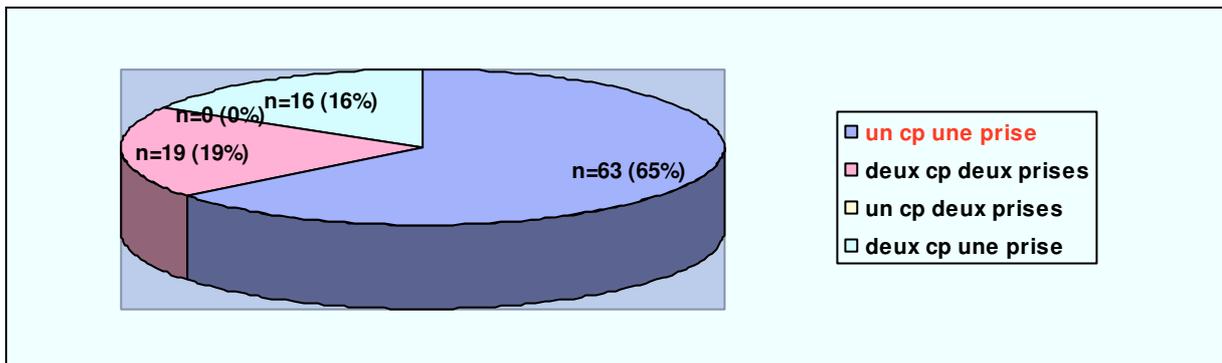


Figure 16 : réponses à la question sur la posologie du levonorgestrel

3.4.1.12. Question 12 : utilisation répétée au cours du cycle

A la question “ *D’après l’AMM, peut-on utiliser le levonorgestrel (NORLEVO®) plusieurs fois au cours du cycle ?*”, la majorité a répondu correctement “ *oui, mais non recommandé*”. Un quart environ des médecins a répondu “ *pas d’indication sur ce point dans l’AMM*” (figure 17).

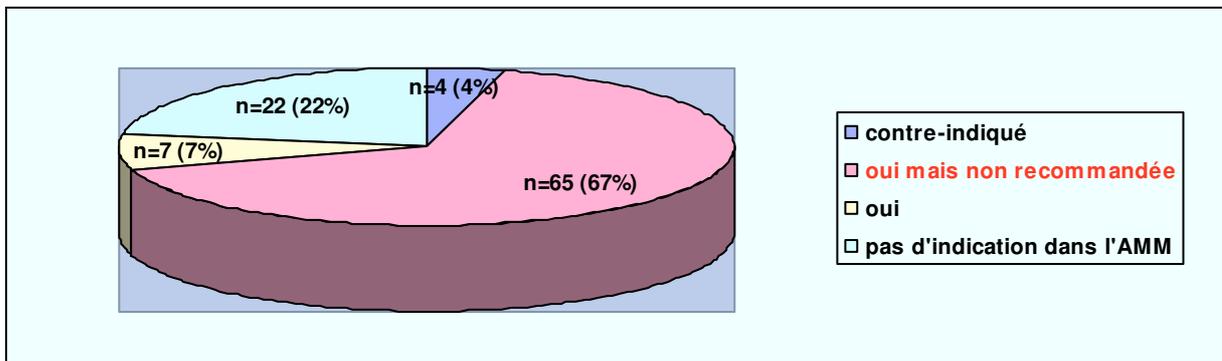


Figure 17 : réponses à la question sur l'utilisation répétée du levonorgestrel au cours du même cycle

3.4.1.13. Question 13 : prescription du levonorgestrel

A la question “ *Quel(s) professionnel(s) peuvent prescrire la contraception d'urgence per os ?* ”, une majorité de médecins a répondu correctement “ *médecins et sages femmes* ” (figure 18).

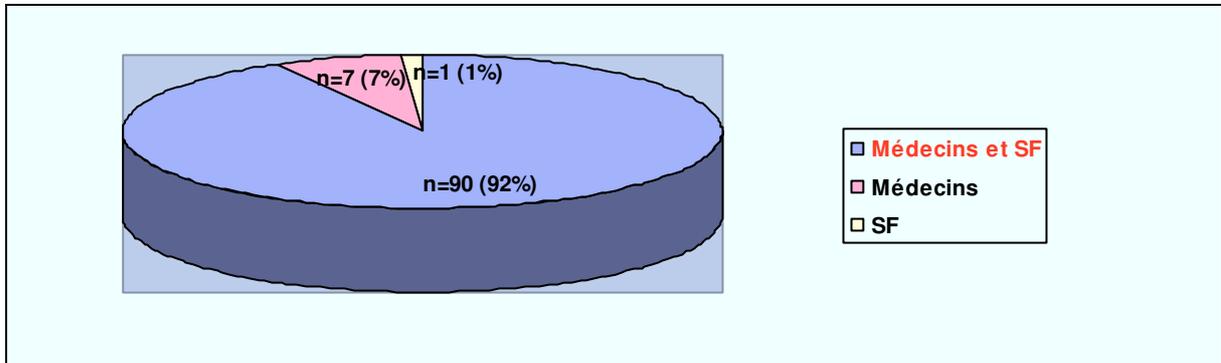


Figure 18 : réponses à la question sur la prescription de levonorgestrel

3.4.1.14. Question 14 : administration en établissement scolaire

A la question “ *Dans quels établissements scolaires les infirmières scolaires peuvent-elles administrer le levonorgestrel (NORLEVO®)?* ”, la majorité a répondu correctement “ *dans les collèges et dans les lycées* ” (figure 19).

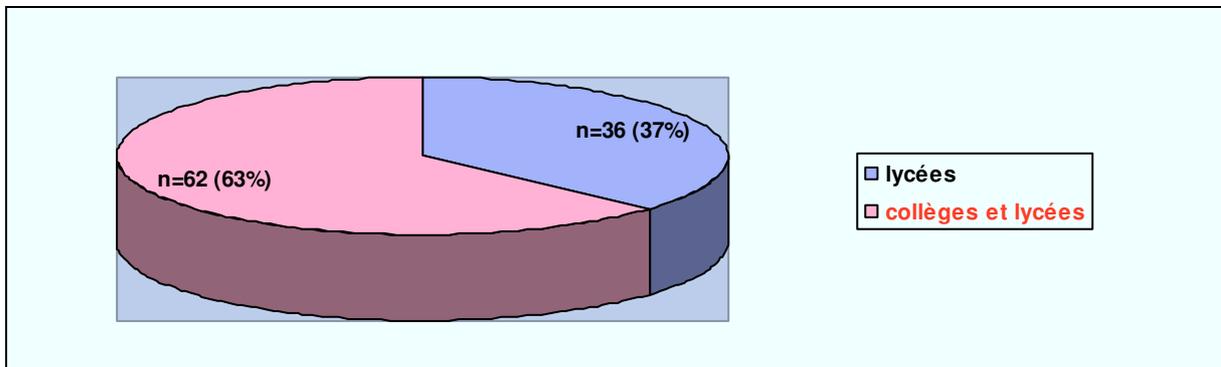


Figure 19 : réponses à la question sur l'administration de levonorgestrel en établissement scolaire

3.4.1.15. Question 15 : délivrance sans ordonnance

A la question, “ Qui peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ? ”, une majorité a répondu correctement “ toute femme quel que soit son âge ”. Aucune des “ mauvaises ” alternatives n’a prévalu par rapport aux autres (figure 20).

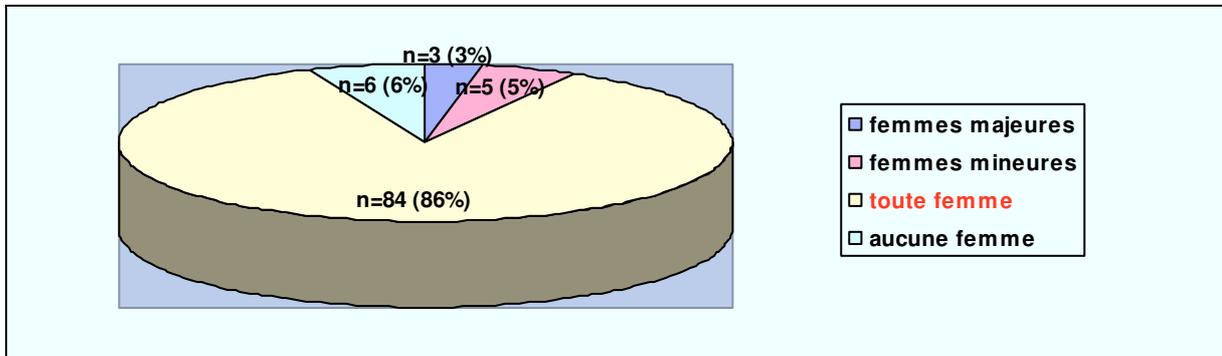


Figure 20 : réponses à la question sur la délivrance sans ordonnance

3.4.1.16. Question 16 : efficacité du levonorgestrel selon la littérature

A la question, “ Selon la littérature, jusqu'à combien de temps après le rapport sexuel à risque le levonorgestrel (NORLEVO ®) est-il efficace? ”, aucun médecin n’a répondu correctement (5 jours). Tous les médecins ont sous-estimé ce délai (figure 21).

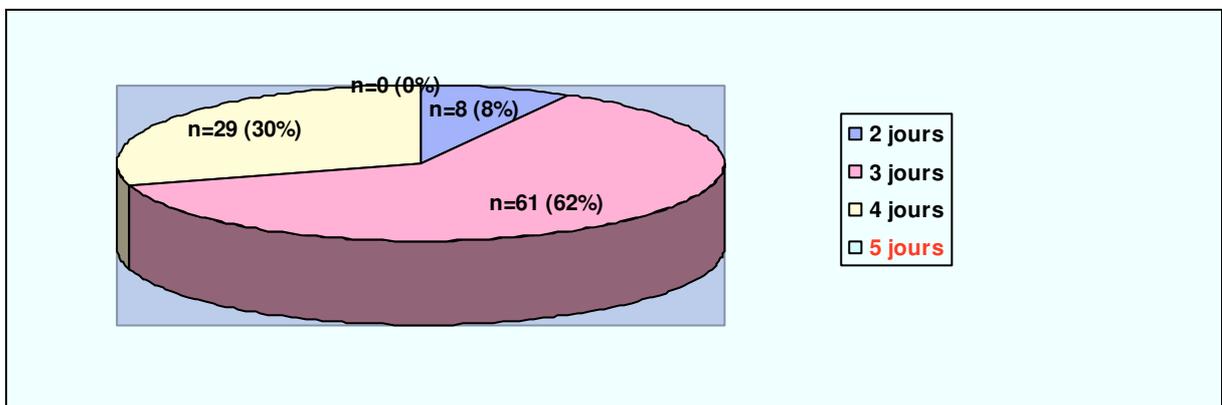


Figure 21 : réponses à la question sur l'efficacité du levonorgestrel selon la littérature

3.4.1.17. Question 17 : contre-indications

A la question “ *En dehors de la porphyrie hépatique, quelle est la contre-indication absolue à la prise du levonorgestrel (NORLEVO®) ?* ”, la majorité des médecins a indiqué de manière erronée la présence de contre-indications (*figure 22*).

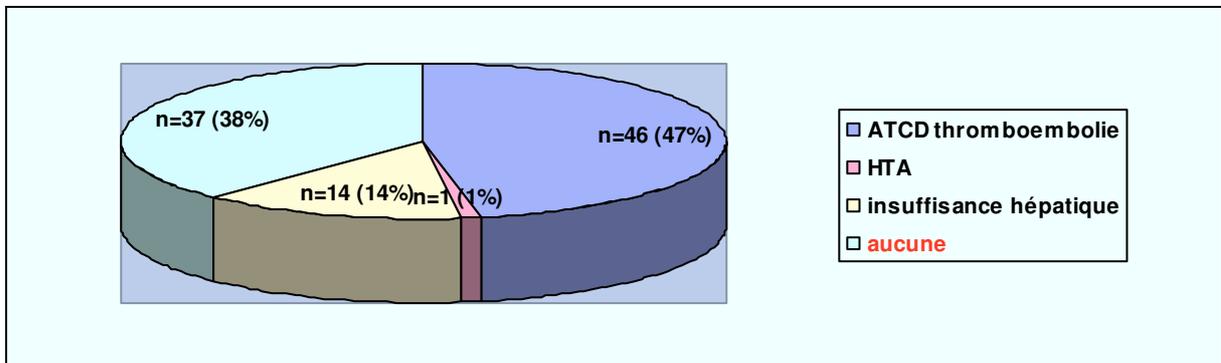


Figure 22 : réponses à la question sur les contre-indications du levonorgestrel

3.4.1.18. Question 18 : conduite à tenir en cas de vomissements après la prise

A la question “ *Il est recommandé d’administrer un deuxième comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) en cas de vomissements survenant : ..* ”, la majorité des participants a répondu correctement (“ *jusqu’à trois heures après la prise d’un premier comprimé de levonorgestrel* ”) (*figure 23*).

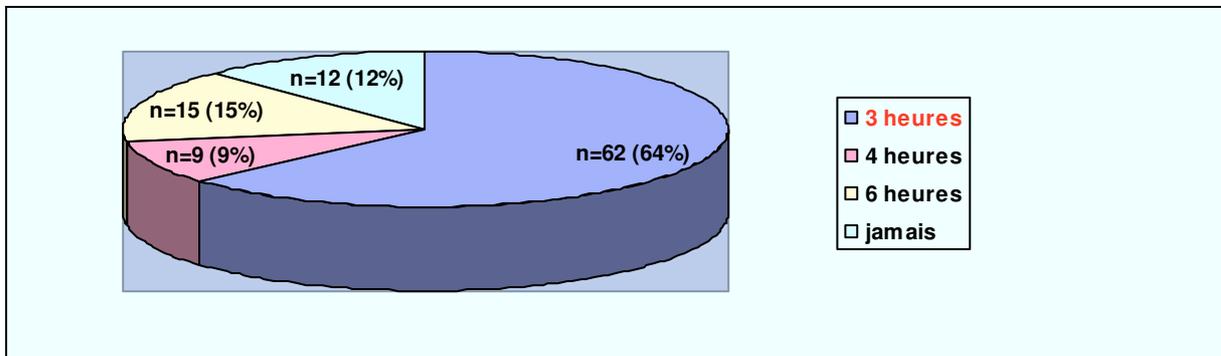


Figure 23 : réponses à la question sur la conduite à tenir en cas de vomissements

3.4.1.19. Question 19 : efficacité après la fécondation

A la question “Le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation?”, un peu plus de la moitié des participants a répondu correctement “non” (figure 24).

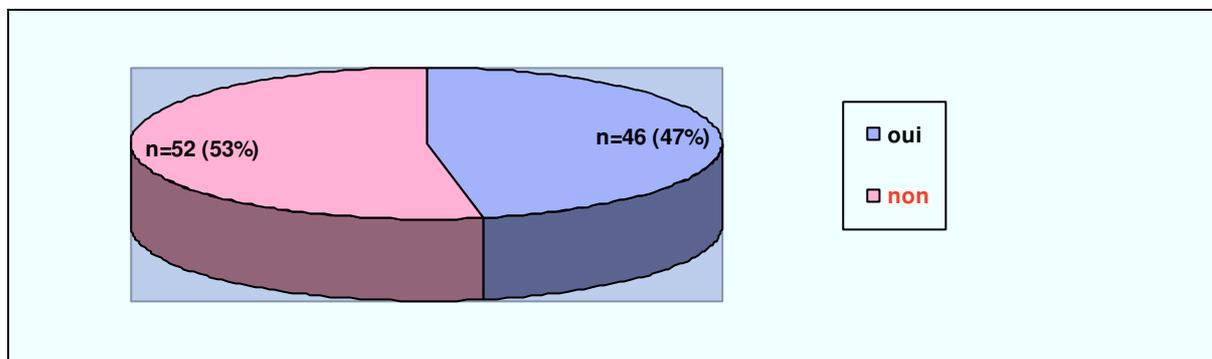


Figure 24 : réponses à la question sur l'efficacité du levonorgestrel après la fécondation

3.4.1.20. Question 20 : efficacité du levonorgestrel dans les premières 24 heures

A la question “L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans les premières 24 heures après le rapport sexuel est de ..”, la majorité a répondu correctement “95 %” (figure 25).

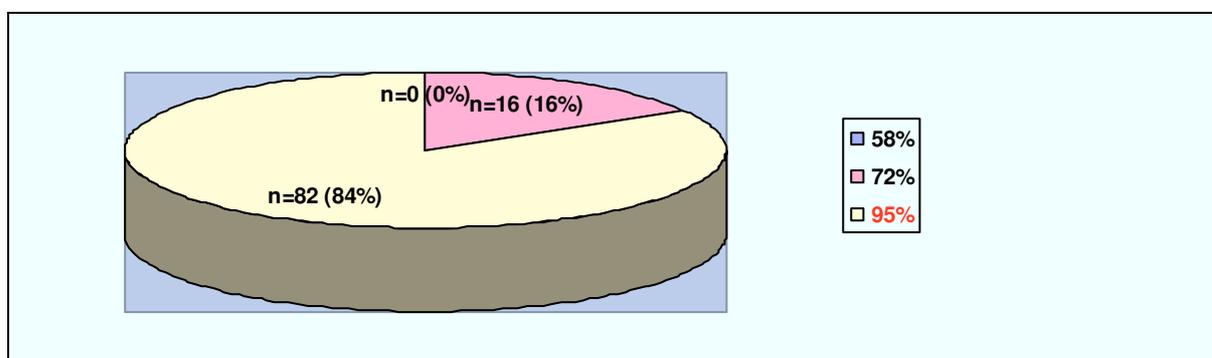


Figure 25 : réponses à la question sur l'efficacité du levonorgestrel dans les premières 24 heures

3.4.1.21. Question 21 : alternative au levonorgestrel chez une patiente ayant déjà accouché

A la question “ Chez une patiente ayant des antécédents d'accouchements , quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence? ”, la majorité des médecins a répondu correctement “ pose d'un DIU au cuivre ”.

Les deux réponses le plus choisies après la réponse correcte ont été “ aucune de ces trois alternatives ” et “ contraception œstroprogestative en quick start ” (figure 26).

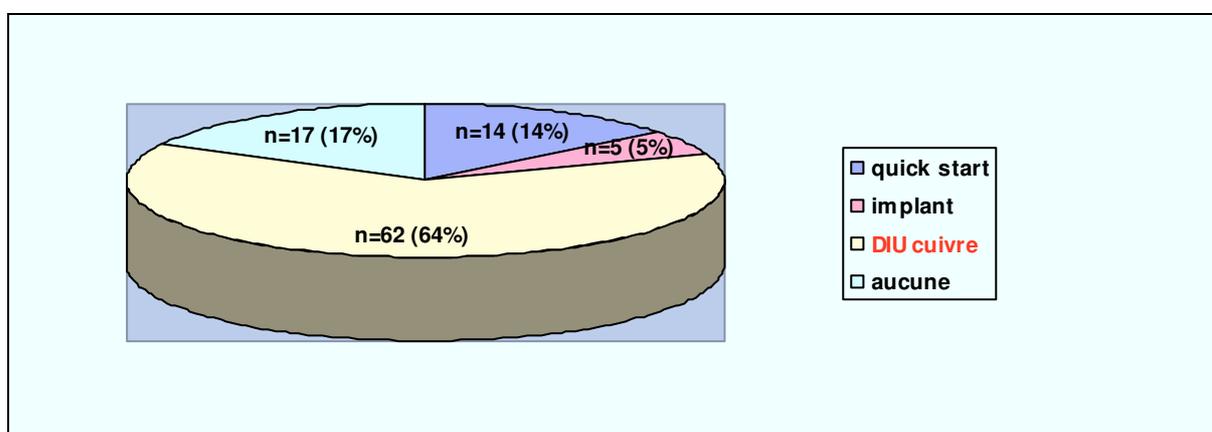


Figure 26 : réponses à la question sur les alternatives chez une patiente ayant déjà accouché

3.4.1.22. Question 22 : administration par les infirmières scolaires

A la question “ Les infirmières scolaires peuvent administrer le levonorgestrel (NORLEVO®) sans avis médical :.. ”, la majorité des médecins a répondu que l’administration par l’infirmière scolaire est possible mais seulement certains ont pu indiquer les conditions exactes de la délivrance (figure 27).

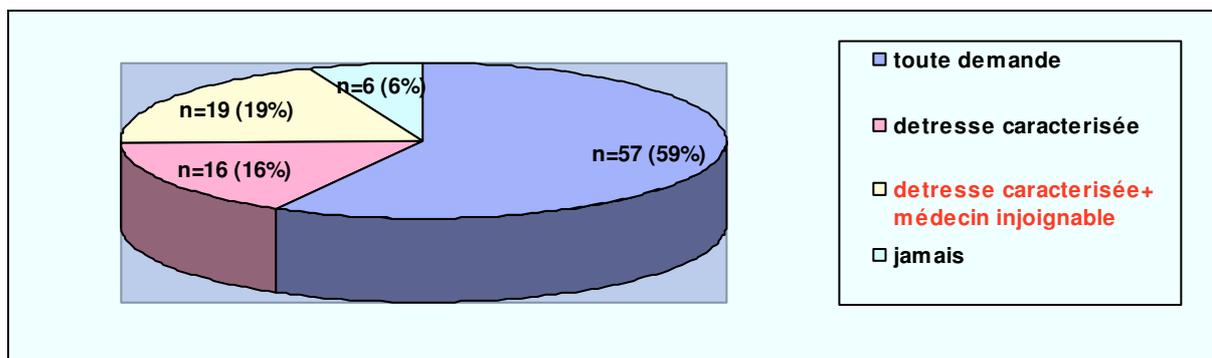


Figure 27 : réponses à la question sur l'administration du levonorgestrel par l'IDE scolaire

3.4.1.23. Question 23 : SMR

A la question “ Quel est le niveau de service médical rendu (= SMR) pour le levonorgestrel (NORLEVO®)? ”, la majorité a répondu correctement “ important ”. La plupart des médecins restants a surestimé le SMR (figure 28).

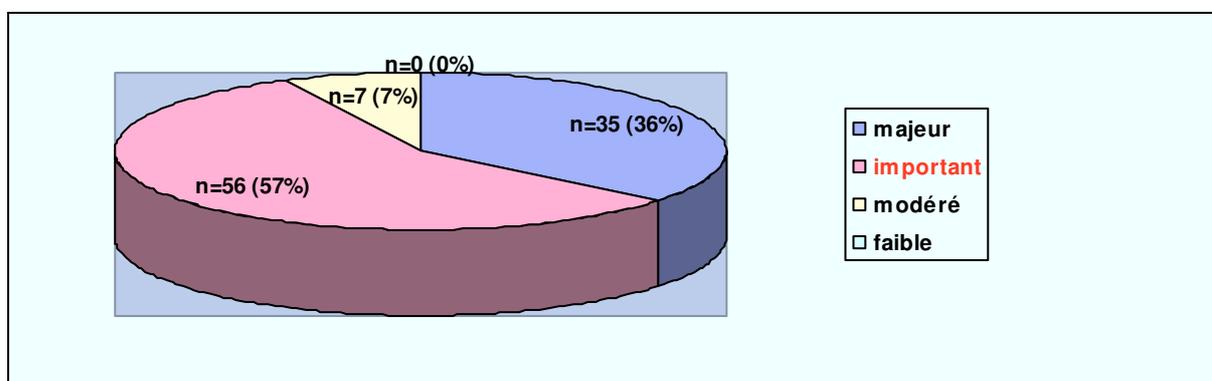


Figure 28 : réponses à la question sur le SMR

3.4.1.24. Question 24 : prix de vente du levonorgestrel

A la question “ Le prix de vente moyen du levonorgestrel (NORLEVO®) est :.. ”, la majorité des médecins a répondu en sous-estimant le prix. La bonne réponse a été néanmoins celle qui obtenu le plus de choix (figure 29).

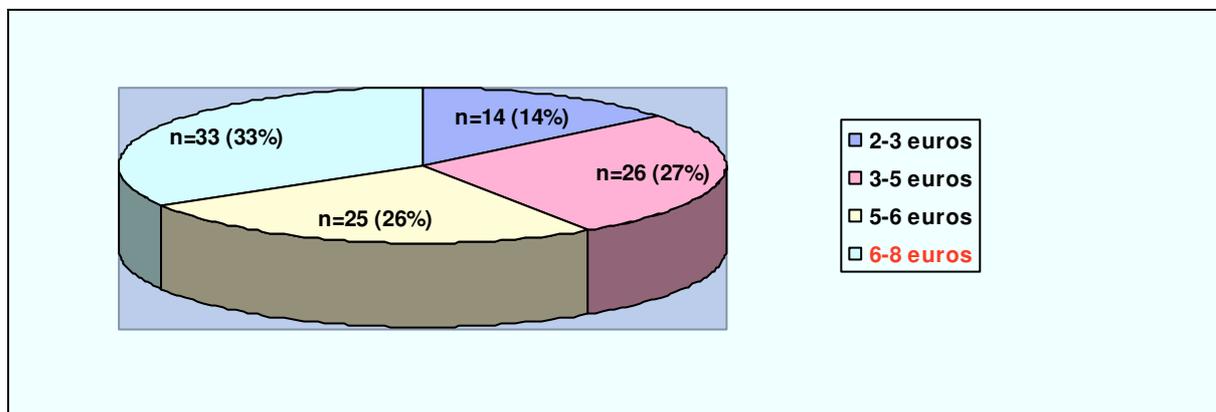


Figure 29 : réponses à la question sur le prix de vente moyen du levonorgestrel

3.4.1.25. Question 25 : effets secondaires

A la question “ Quel est l'effet secondaire le plus fréquent du levonorgestrel (NORLEVO ®) à sa dose thérapeutique ?”, la majorité des médecins a répondu correctement “ nausées ” (figure 30).

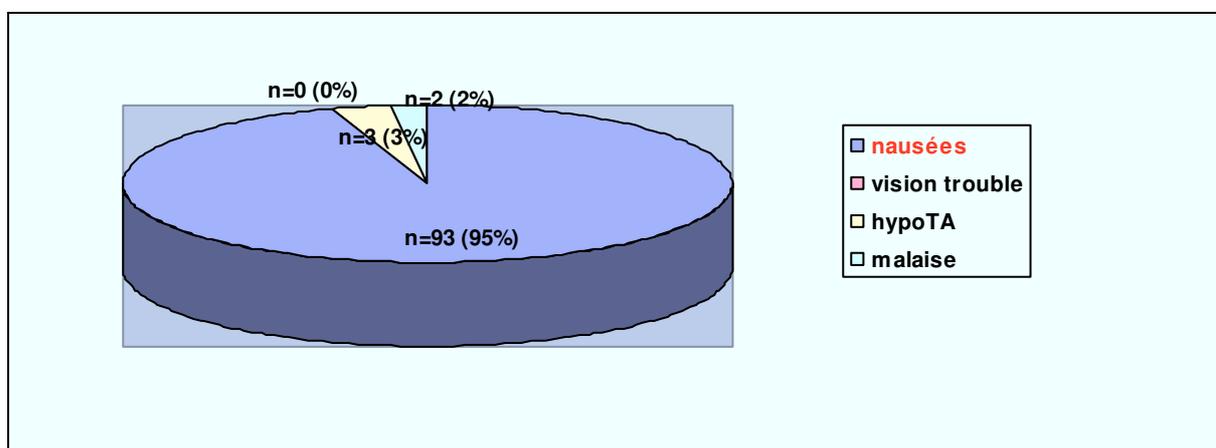


Figure 30 : réponses à la question sur les effets secondaires

3.4.1.26. Question 26 : prescription anticipée de levonorgestrel

Les réponses à la question “ La prescription anticipée de levonorgestrel (NORLEVO®):.. ” montrent que la majorité des médecins pense que la prescription anticipée modifie les comportements en matière de sexualité ou le nombre de grossesses imprévues. Seulement une minorité de médecins a répondu correctement indiquant qu’il s’agit d’une pratique neutre (figure 31).

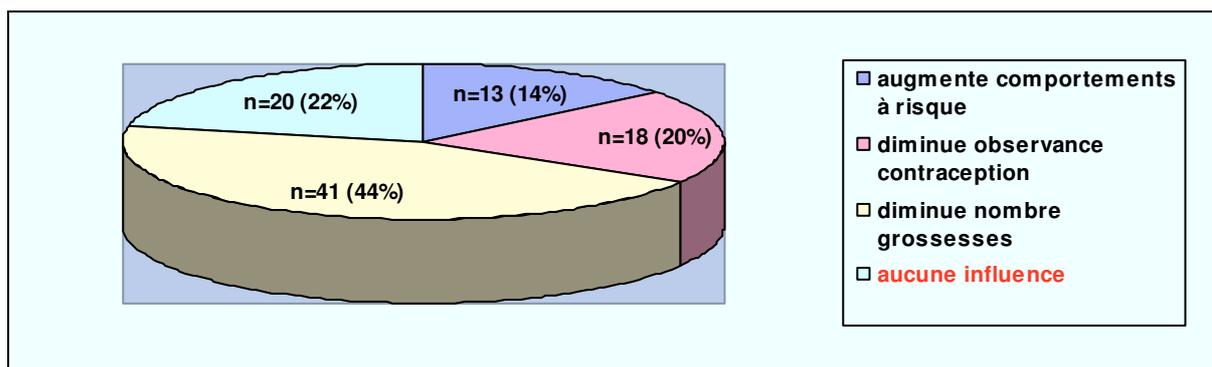


Figure 31 : réponses à la question sur la prescription anticipée

3.4.1.27. Question 27 : efficacité du levonorgestrel en cas de prise 48-72 heures après le rapport à risque de grossesse

A la question “ L’efficacité du levonorgestrel (NORLEVO ®) dans les 48-72 heures après le rapport sexuel est de :.. ”, la majorité des médecins a montré surestimer l’efficacité. La bonne réponse (“ 58% ”) a été la deuxième la plus choisie (figure 32).

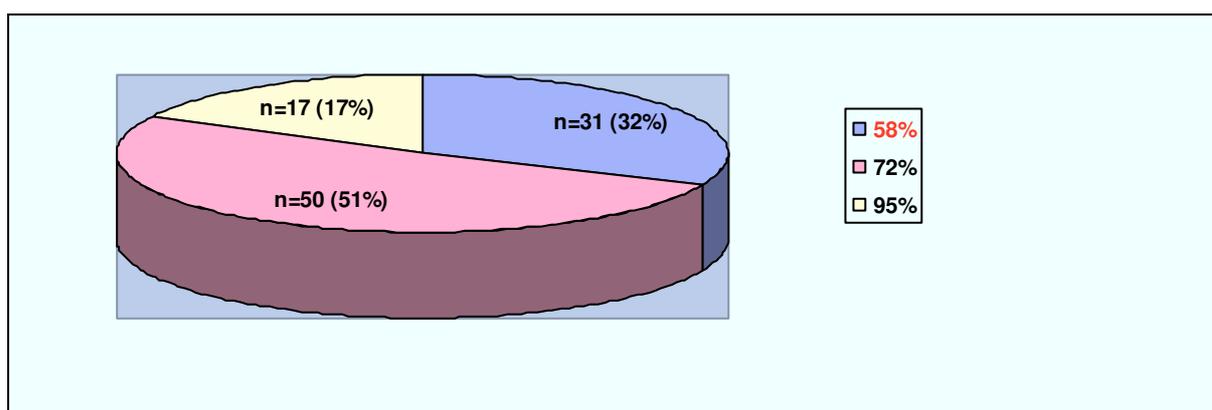


Figure 32 : réponses à la question sur l’efficacité du levonogestrel 48-72 heures après le rapport

3.4.1.28. Question 28 : délivrance gratuite

A la question “ Qui peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) de manière gratuite en pharmacie ?”, bien que la réponse correcte (“ les femmes mineures”) ait été la plus récurrente par rapport aux autres, la majorité des médecins a répondu de manière erronée (figure 33).

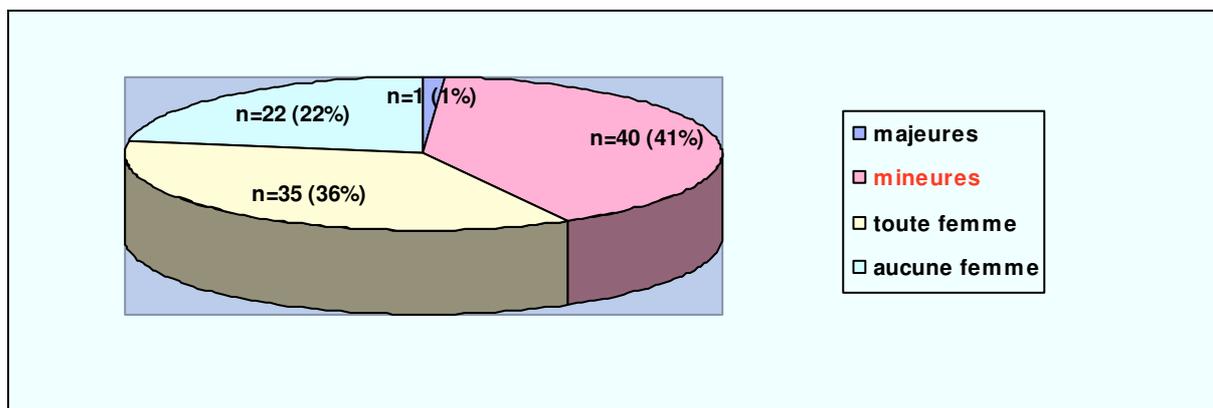


Figure 33 : réponse à la question sur la délivrance gratuite de levonorgestrel

3.4.1.29. Question 29 : remboursement

A la question “ Quel est le taux de remboursement de la contraception d'urgence par la Sécurité Sociale sur présentation d'une prescription ?”, la majorité des médecins a répondu correctement “ 65% ” (figure 34).

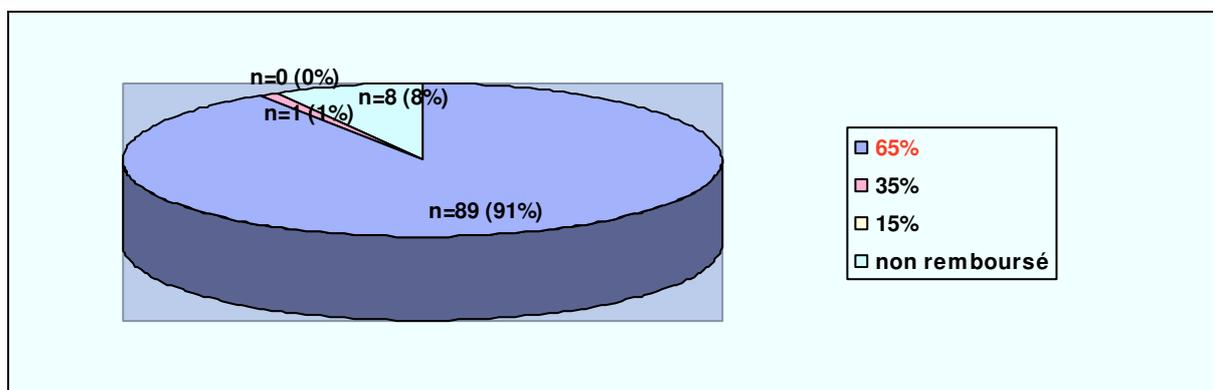


Figure 34 : réponses à la question sur le taux de remboursement du levonorgestrel

3.4.1.30. Question 30 : effet tératogène

A la question “ Le levonorgestrel (NORLEVO®) a-t-il un effet malformatif en cas de poursuite de la grossesse ?”, la majorité a répondu correctement “non ” (figure 35).

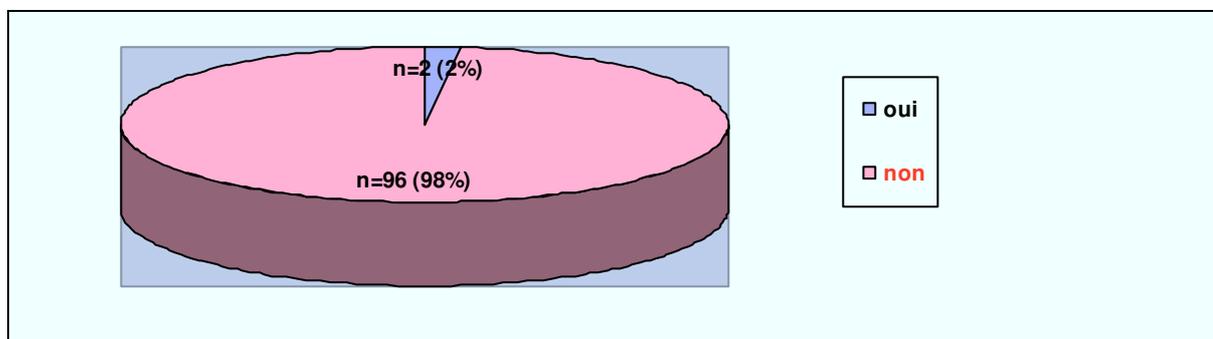


Figure 35 : réponses à la question sur l'effet malformatif du levonogestrel

3.4.1.31. Questions de description de l'échantillon

L'échantillon était composé de 44 femmes et 54 hommes, la classe d'âge la plus représentée était de 56 à 65 ans (*figure 36*). La majorité travaillait en zone semi-rurale (*figure 37*) et exerçait en groupe (*figure 38*).

Cinquante-deux médecins avaient indiqué avoir une formation personnelle en gynécologie. Dix médecins étaient titulaires d'un DIU de gynécologie, 41 n'avaient aucune formation. La fréquence de l'information sur la contraception d'urgence donnée aux femmes était très variable (*figure 39*).

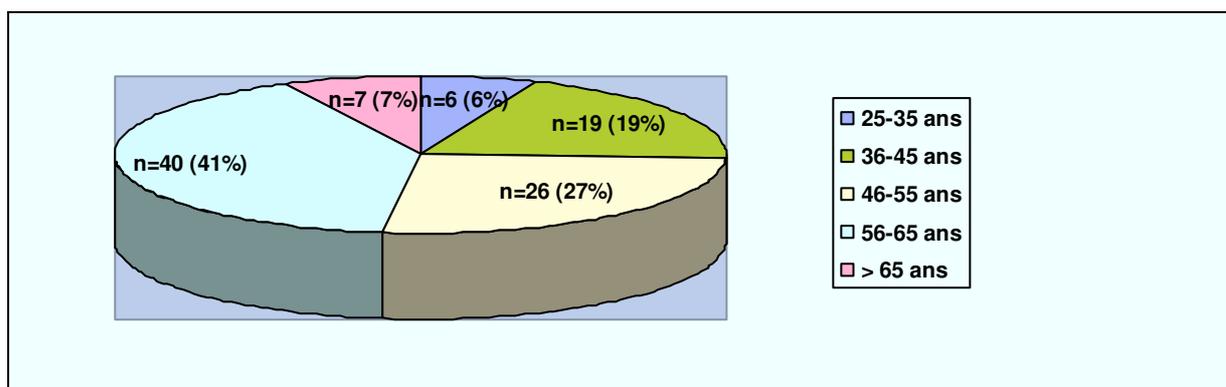


Figure 36 : description de l'échantillon : âge

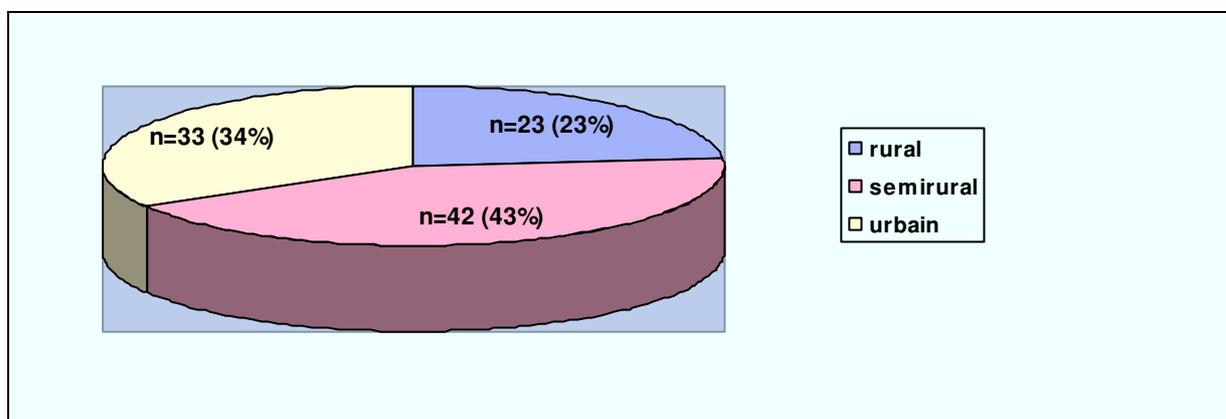


Figure 37 : description de l'échantillon : lieu d'exercice

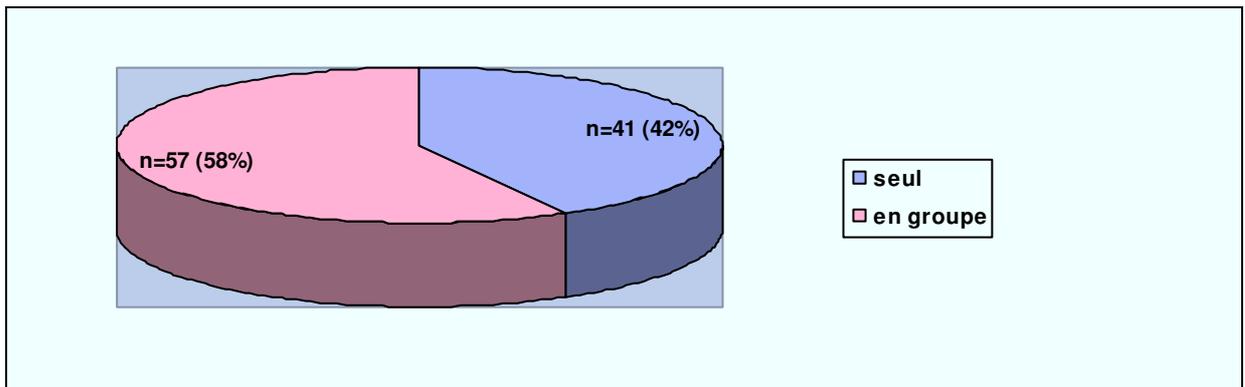


Figure 38 : description de l'échantillon : mode d'exercice

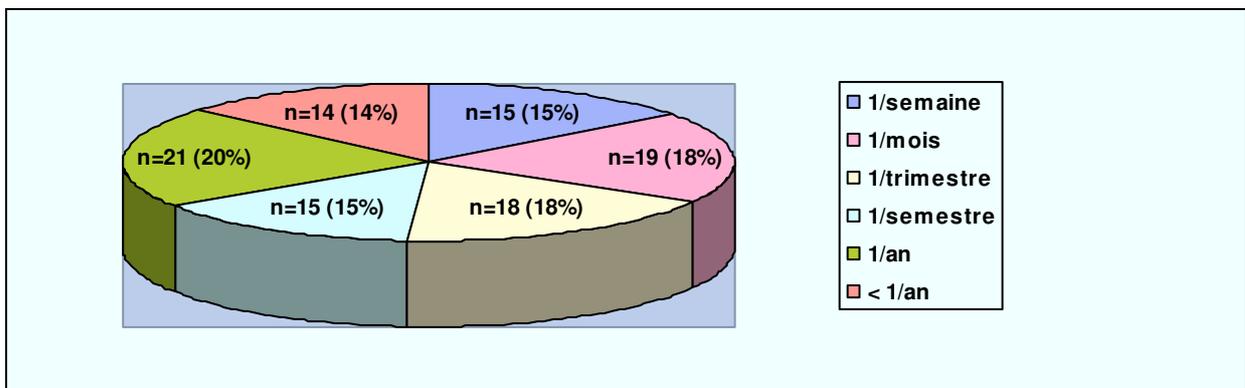


Figure 39: description de l'échantillon : fréquence de l'information donnée aux femmes sur la contraception d'urgence

3.5. Analyse par le logiciel SAS®

3.5.1. Analyse de fréquence

Certaines questions présentaient un phénomène de “ saturation ”, c’est à dire la présence d’un très grand nombre de réponses du même type (bonnes ou mauvaises), susceptible de diminuer la significativité de la question.

Il s’agissait de :

- la question 13 (*Quel(s) professionnel(s) peuvent prescrire la contraception d'urgence per os ?*) avec 90 bonnes réponses sur 98 ;
- la question 16 (*Selon la littérature, jusqu'à combien de temps après le rapport sexuel à risque le levonorgestrel (NORLEVO ®) est-il efficace?*) avec 0 bonnes réponses sur 98 ;
- la question 25 (*Quel est l'effet secondaire le plus fréquent du levonorgestrel (NORLEVO ®) à sa dose thérapeutique ?*) avec 93 bonnes réponses sur 98 ;
- la question 29 (*Quel est le taux de remboursement de la contraception d'urgence par la sécurité sociale sur présentation d'une prescription ?*) avec 89 bonne réponses sur 98 ;
- la question 30 (*Le levonorgestrel (NORLEVO®) a-t-il un effet malformatif en cas de poursuite de la grossesse ?*) avec 96 bonne réponses sur 98 (*tableau 32*).

La question 16 a été éliminée car ininterprétable. Les questions 13, 25 et 29 ont été éliminées faute d’éléments dans la littérature (voir 1.2.1.2. et 3) indiquant les items testés comme indispensables à la bonne connaissance de la contraception d’urgence.

La question 30 a été conservée malgré la saturation parce qu’il existe des éléments dans la littérature (voir 4.3.4.4.1.) qui semblent indiquer que la connaissance de l’item testé peut avoir une importance en terme de connaissance de la contraception d’urgence. Aucun élément ne nous permet de conclure dans ce cas si la saturation est uniquement liée à la taille de l’échantillon ou à une bonne connaissance diffuse de cet item.

| Question | Fréquence des réponses | Pourcentage |
|--|-------------------------------|--------------------|
| <i>Quel(s) professionnel(s) peuvent prescrire la contraception d'urgence per os ?</i> | | |
| Bonne réponse | 90 | 91,84 |
| Mauvaise réponse | 8 | 8,16 |
| <i>Selon la littérature, jusqu'à combien de temps après le rapport sexuel à risque le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace?</i> | | |
| Bonne réponse | 0 | 0 |
| Mauvaise réponse | 98 | 100 |
| <i>Quel est l'effet secondaire le plus fréquent du levonorgestrel (NORLEVO®) à sa dose thérapeutique ?</i> | | |
| Bonne réponse | 93 | 94,9 |
| Mauvaise réponse | 5 | 5,10 |
| <i>Quel est le taux de remboursement de la contraception d'urgence par la sécurité sociale sur présentation d'une prescription ?</i> | | |
| Bonne réponse | 89 | 90,82 |
| Mauvaise réponse | 9 | 9,18 |
| <i>Le levonorgestrel (NORLEVO®) a-t-il un effet malformatif en cas de poursuite de la grossesse ?</i> | | |
| Bonne réponse | 96 | 97,96 |
| Mauvaise réponse | 2 | 2,04 |

Tableau 32 : tableau d'analyse de fréquence pour les questions 13, 16, 25, 29, 30.

3.5.2. Calcul du coefficient de corrélation de Pearson

Le coefficient de corrélation de Pearson a été calculé par le logiciel pour établir le degré de corrélation question par question.

Le coefficient a été significatif ($> 0,50$) dans un seul cas, entre la question 9 ("*Chez une patiente nullipare, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence?*") et la question 21 ("*Chez une patiente ayant des antécédents d'accouchements, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence?*") (coefficient de Pearson 0,50800) (*tableau 33*).

Sur la base de cette corrélation, seulement la question 9 a été conservée, qui était plus significative au vu de l'analyse de fréquence (*tableau 34*).

Pour tous les autres binômes de questions le coefficient mesuré a été à chaque fois inférieur ou égal à 0,39 (non significatif).

| | <i>Chez une patiente ayant des antécédents d'accouchements, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence?</i> | Les infirmières scolaires peuvent administrer le levonorgestrel (NORLEVO®) sans avis médical ... | Quel est le niveau de service médical rendu (= SMR) pour le levonorgestrel (NORLEVO®)? | Le prix de vente moyen du levonorgestrel (NORLEVO®) est ... | Quel est l'effet secondaire le plus fréquent du levonorgestrel (NORLEVO®) à sa dose thérapeutique ? |
|--|--|--|--|---|---|
| Selon la dernière recommandation HAS, quelle est la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention, en contraception d'urgence per os? | - 0,05245 | - 0,08594 | 0,1068 | 0,8318 | 0,2649 |
| Quel est le seul mécanisme d'action prouvé du levonorgestrel (NORLEVO®)? | 0,12303 | - 0,03520 | - 0,11616 | - 0,01110 | 0,15032 |
| Peut-on prendre le levonorgestrel (NORLEVO®) en cours d'allaitement ? | - 0,03964 | - 0,05015 | 0,03379 | 0,02881 | 0,13569 |
| Dans quel(s) lieu(s) est-il possible de délivrer la contraception d'urgence ? | 0,03430 | - 0,26402 | - 0,23388 | 0,03936 | 0,22778 |
| Selon l'AMM, combien de temps après le rapport sexuel à risque est-il possible d'administrer le levonorgestrel (NORLEVO®) ? | 0,19160 | - 0,04381 | 0,10050 | 0,12779 | 0,13522 |
| Après un rapport sexuel non protégé, dans quelle situation la contraception d'urgence per os est-elle indiquée? | - 0,14757 | - 0,22165 | - 0,02454 | 0,06303 | 0,03023 |
| Dans les heures qui suivent un rapport à risque, l'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) est-elle: décroissante/stable | - 0,00263 | - 0,10732 | - 0,06569 | 0,03528 | - 0,00863 |
| Avec quel(s) médicament(s) existe-t-il une interaction à prendre en compte lors de l'administration de levonorgestrel (NORLEVO®)? | 0,17403 | - 0,08978 | - 0,04564 | 0,11607 | 0,05866 |
| <i>Chez une patiente nullipare, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence?</i> | 0,50800 | - 0,07743 | - 0,04124 | 0,02159 | - 0,04637 |

Tableau 33 : tableau partiel d'exemples de corrélation question par question. Le coefficient de Pearson significatif ainsi que le binôme de questions intéressées sont en italique.

| | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Chez une patiente nullipare, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence? | | |
| Bonnes réponses | 49 | 50 |
| Mauvaises réponses | 49 | 50 |
| Chez une patiente ayant des antécédents d'accouchements, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence? | | |
| Bonnes réponses | 62 | 63,27 |
| Mauvaises réponses | 36 | 36,73 |

Tableau 34 : tableau d'analyse de fréquence pour les questions concernant l'alternative au levonorgestrel chez la nullipare et chez la patiente ayant déjà accouché

3.5.3. Calcul du coefficient α de Cronbach et analyse en composantes principales

Le coefficient de Cronbach a été calculé de manière systématique pour mettre en évidence une éventuelle corrélation des questions dans leur ensemble et vérifier la cohérence interne du questionnaire. Il a été de 0,37 pour les 30 variables et de 0,30 pour les 25 variables conservées après sélection sur la base de l'analyse de fréquence et de l'analyse de corrélation.

La corrélation des variables dans leur ensemble est donc basse (coefficient $\alpha < 0,60$).

Cet élément est confirmé par l'analyse en composantes principales qui indique une indépendance des variables entre elles. L'analyse en composantes principales est illustrée par les figures 40 et 42. Le premier diagramme (figure 40) est un "scree plot"⁹ qui permet de visualiser les différents "axes" (les composantes principales). On voit ici que chaque item des 25 retenus constitue une composante principale à valeur propre¹⁰ différente. Il n'existe donc pas de corrélation suffisante entre les différents items permettant d'individualiser un "nombre d'axes" inférieur à 25.

Le deuxième diagramme (figure 41) illustre la variance¹¹ de la distribution des données. La variance cumulative des items augmente à chaque nouvel item pris en considération, permettant encore d'identifier 25 "axes" différents (les composantes principales). Les variables sont donc à considérer comme indépendantes.

⁹ Littéralement "terrain de chute". Terme anglais utilisé pour identifier un graphe des valeurs propres en ordre de grandeur.

¹⁰ Facteur de transformation d'un opérateur linéaire.

¹¹ Terme statistique identifiant une mesure de la dispersion d'une distribution

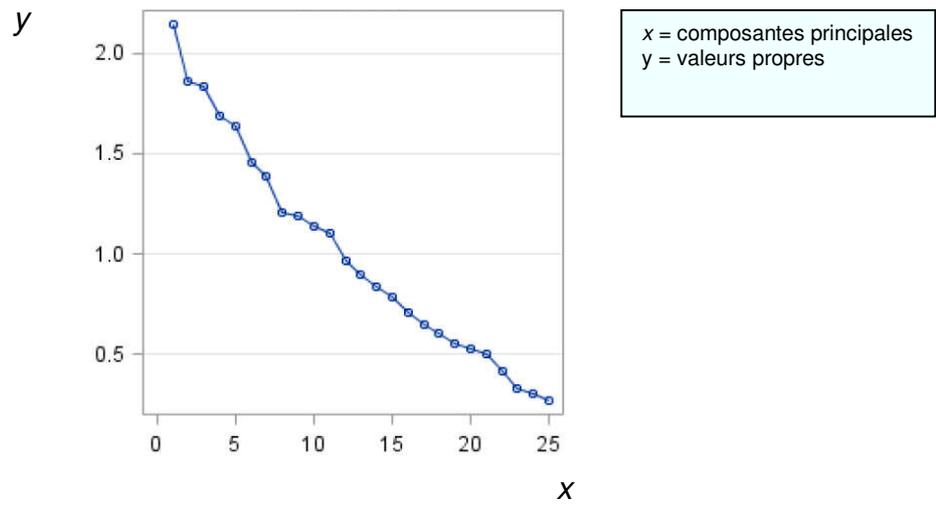


Figure 40: "Scree plot" issu du logiciel SAS®

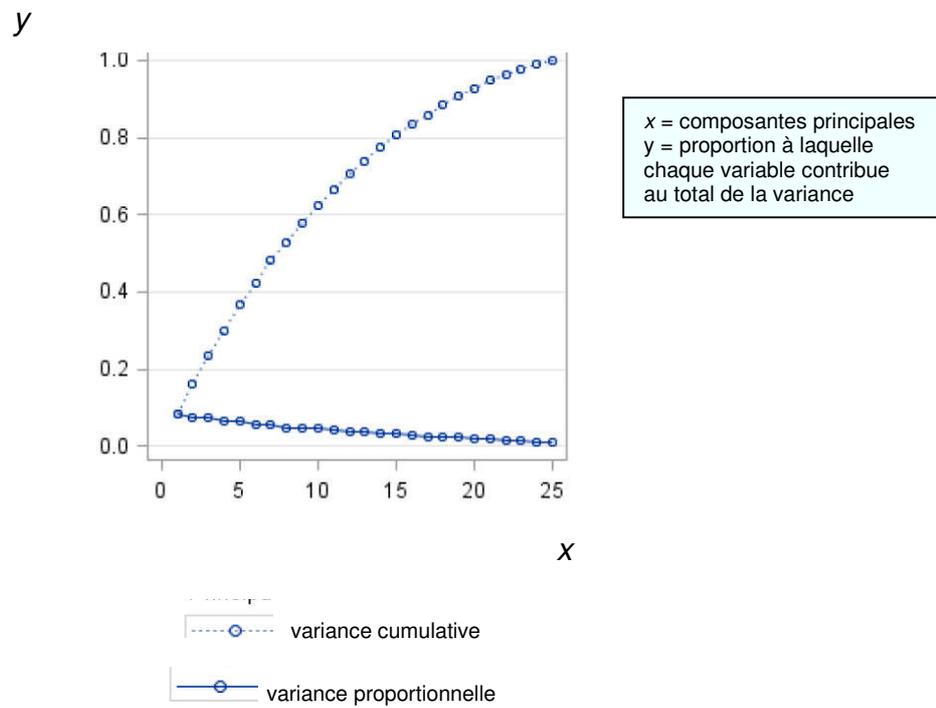


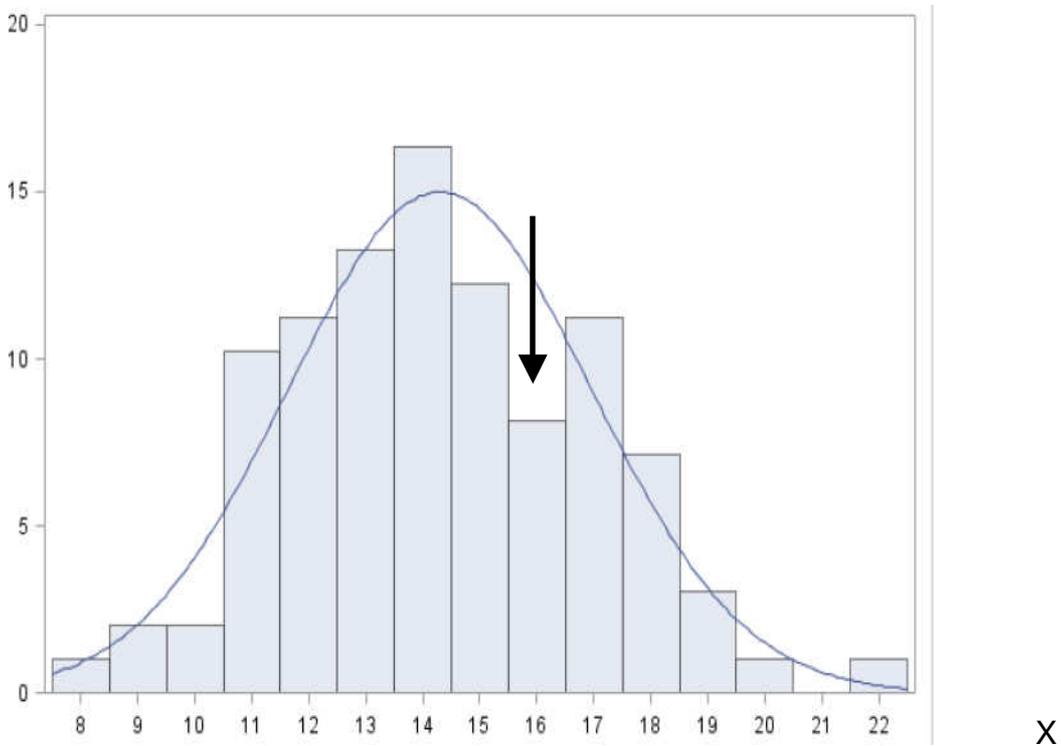
Figure 41: diagramme issu du logiciel SAS® illustrant la variance

3.5.4. Le score

Le score le plus bas constaté sur les 25 variables retenues a été de 8/25, le plus haut de 22/25. L'analyse descriptive du score montre une moyenne à 14,29 avec une déviation standard à 2,66 sur les 25 variables retenues. La valeur médiane est de 14.

La distribution des scores (*figure 42*) montre une "cassure" de la courbe à 16 (indiquée par la flèche), qui sépare un groupe à score bas (< 16/25) et un groupe à score élevé (> 16/25).

y



X = score sur 25
Y = pourcentage de médecins ayant obtenu ce score
— = distribution normale

Figure 42 : histogramme issu du logiciel SAS® modifié montrant la distribution par score.

3.5.5. Corrélation entre score et caractéristiques de l'échantillon

Les femmes ayant répondu au questionnaire ont eu une moyenne plus élevée que les hommes (respectivement 14,8 contre 13,9) mais la corrélation entre le score et le sexe n'est pas significative (test de Wilcoxon : $p=0,20$).

La moyenne du score selon l'âge est plus élevée pour les médecins entre 25 et 35 ans et pour les médecins entre 46 et 55 ans (14,8/25) mais encore une fois cette corrélation n'est pas significative (test de Kruskal-Wallis : $p=0,81$).

Les médecins exerçant en zone rurale ont une moyenne plus élevée (14,7/25) (test de Kruskal-Wallis : $p=0,22$).

La différence de moyenne entre médecins exerçant en groupe (14,2) ou seuls (14,4) n'est pas significative (test de Wilcoxon : $p=0,64$).

Pour ce qui est de la variable " formation ", si la différence de moyenne liée à la formation personnelle ou à l'absence de toute formation n'est pas significative (test de Wilcoxon : p respectivement à 0,26 et 0,21), la corrélation entre l'obtention du Diplôme inter-universitaire de gynécologie et la moyenne a une tendance forte. En effet les médecins titulaires d'un Diplôme de gynécologie ont une meilleure moyenne que les médecins qui n'en sont pas titulaires (16,1 contre 14,1) avec un $p = 0,0527$ (test de Wilcoxon) (en italique dans le *tableau 34*).

La moyenne au score est meilleure chez les médecins qui informent le plus souvent leurs patientes sur la contraception d'urgence (entre 14,3 et 15,5 pour les médecins qui pratiquent l'information plus d'une fois par trimestre et entre 13,1 et 14 pour les médecins pratiquant cette information moins d'une fois par trimestre) mais cette tendance n'est pas très forte (test de Kruskal-Wallis : $p = 0,17$)(*tableau 35*).

| <i>Caractéristiques des médecins</i> | | <i>Effectif</i> | <i>Note moyenne</i> | <i>Significativité (test de Wilcoxon ou Kruskal-Wallis)</i> |
|--|------------------------|-----------------|---------------------|---|
| Sexe | Homme | 54 | 13,9 | p = 0,20 |
| | Femme | 44 | 14,8 | |
| Âge | 25-35 ans | 6 | 14,8 | p = 0,81 |
| | 36-45 ans | 19 | 14,1 | |
| | 46-55 ans | 26 | 14,8 | |
| | 56-65 ans | 40 | 14,1 | |
| | > 65 ans | 7 | 13,9 | |
| Lieu d'exercice | Rural | 23 | 13,5 | p = 0,22 |
| | Semi-rural | 42 | 14,7 | |
| | Urbain | 33 | 14,4 | |
| Mode d'exercice | Groupe | 57 | 14,2 | p = 0,64 |
| | Seul | 41 | 14,4 | |
| Auto-formation | Non | 46 | 13,9 | p = 0,26 |
| | Oui | 52 | 14,6 | |
| DIU gynécologie | Non | 88 | 14,1 | p = 0,0527 |
| | Oui | 10 | 16,1 | |
| Aucune formation | Non | 57 | 14,6 | p = 0,21 |
| | Oui | 41 | 13,9 | |
| Fréquence de l'information délivrée aux femmes | Une ou plus / semaine | 15 | 14,7 | p = 0,17 |
| | Une ou plus / mois | 19 | 15,5 | |
| | Une ou plus/ trimestre | 18 | 14,3 | |
| | Une ou plus/ semestre | 11 | 13,9 | |
| | Une ou plus / an | 21 | 14 | |
| | < une / an | 14 | 13,1 | |

Tableau 35 : synthèse des observations sur les paramètres démographiques de l'échantillon

La *figure 43* permet de visualiser la tendance du score de Wilcoxon quant à cette dernière variable. En abscisse, on retrouve les différentes catégories de fréquence d'information (une ou plusieurs fois / semaine, une ou plusieurs fois / mois, etc.) et, en ordonnée, le score de Wilcoxon correspondant (l'ensemble des valeurs numériques du score de Wilcoxon pour cette variable est décrit par le *tableau 36*). La losange marque le score de Wilcoxon moyen par catégorie. La moyenne des scores de Wilcoxon a une tendance, bien que faible ($p=0,17$), à augmenter pour une fréquence plus élevée d'information donnée sur la contraception d'urgence (flèche).

| Fréquence de l'information délivrée aux femmes | Effectif | Somme des scores de Wilcoxon | Score moyen de Wilcoxon |
|--|----------|------------------------------|-------------------------|
| < une fois / an | 14 | 509,50 | 36,392857 |
| Une ou plus / an | 21 | 988,00 | 47,047619 |
| Une ou plus / semestre | 11 | 518,00 | 47,090909 |
| Une ou plus / trimestre | 18 | 873,00 | 48,500000 |
| Une ou plus / mois | 19 | 1196,00 | 62,947368 |
| Une ou plus / semaine | 15 | 766,50 | 51,100000 |

Tableau 36 : synthèse des scores de Wilcoxon pour la variable fréquence de l'information délivrée aux femmes

y

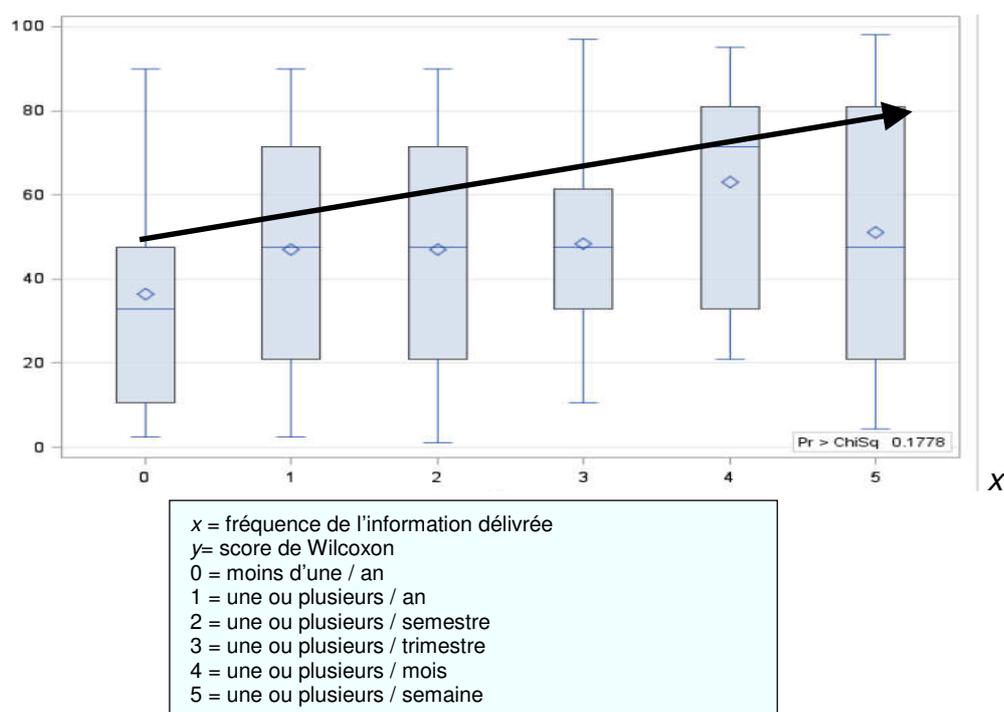


Figure 43 : synthèse des score de Wilcoxon issue du logiciel SAS® pour la variable démographique " fréquence de l'information donnée aux femmes ".

3.5.6. Synthèse des résultats obtenus par l'analyse statistique

- Résultat principal : à l'issue de l'analyse statistique des données, nous avons donc obtenu un questionnaire de 25 items (*annexe 10*).

Les items résultent être peu corrélés entre eux : ils étudient donc des variables indépendantes.

- Résultats secondaires :
 - dans l'échantillon étudié, le seuil entre "bonne connaissance" et "mauvaise connaissance" pourrait être identifié à 16 bonnes réponses sur 25.
 - La seule variable de description de l'échantillon qui semble être corrélée à un meilleur score est la possession d'un Diplôme inter-universitaire de gynécologie.
 - Il existe une corrélation, bien que faible sur cet échantillon, entre un meilleur score et une plus haute fréquence d'information donnée aux femmes en matière de contraception d'urgence.

4. DISCUSSION

4.1. La revue de la littérature grise

4.1.1. La technique de revue

La phase initiale de ce travail était une revue de la littérature pour ne pas introduire d'élément arbitraire dans le choix des items ou dans l'exclusion de certains items testés.

A l'examen de la littérature existante, aucun questionnaire validé ayant pour objet la connaissance des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence n'a été répertorié (voir 1.2.1.3.). Les questionnaires antérieurement utilisés pour évaluer la connaissance des médecins n'ont pas été construits à partir d'une revue de la littérature (14,22,29,30,31).

La revue de la littérature a été effectuée par l'enquêteur principal et soumise ensuite au groupe d'experts. Cette procédure pourrait être considérée comme biaisée par le fait de ne pas avoir eu recours à plusieurs enquêteurs, mais l'objet de la revue était de relever des items de connaissance qui sont consensuels entre les différents auteurs, et ne nécessitait donc pas une revue systématique de la littérature.

En outre, aucune sélection des items n'a été effectuée au niveau de la revue de la littérature. Tous les items répertoriés ont été soumis au groupe d'experts pour ne pas exclure d'item de manière arbitraire.

4.1.2. Le choix des sources

Pour la constitution des items initiaux de notre questionnaire nous avons décidé de nous baser sur la littérature grise à destination du médecin généraliste.

Ce choix peut paraître discutable à première vue en terme d'impact scientifique des sources considérées, mais un questionnaire de connaissance doit être adapté au groupe auquel il s'adresse et les questions doivent donc faire référence à des connaissances partagées et normalement accessibles pour le groupe en étude.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a publié en 2007 un rapport (70) basé sur une étude d'IPSOS-Santé réalisée pour le compte de la HAS et de l'IGAS. Ce rapport fait état, entre autres, des besoins ressentis par les médecins généralistes en terme de formation sur le médicament et de l'importance donnée aux différentes sources d'information.

La hiérarchie des sources citées par les médecins généralistes dans l'étude voit à la première place la banque d'information Vidal®, puis l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé), la FMC (Formation Médicale Continue), la HAS et la presse médicale (sources considérées de primordiales à importantes pour 70 % des médecins). Viennent ensuite la visite médicale (70 %) et Internet (44 %). Parmi la trentaine de revues médicales à l'intention du médecin généraliste, *La Revue Prescrire* est la seule entièrement consacrée au médicament.

Les médecins généralistes n'accèdent que rarement de manière directe aux informations des études originales et font référence à des méta-analyses et à des synthèses pour obtenir l'information sur le médicament.

Il a donc été décidé de faire référence, dans les items de connaissance, aux sources normalement utilisées par les médecins généralistes pour obtenir une information sur le médicament, afin que le questionnaire soit adapté au groupe d'étude.

4.1.3. Un travail orienté sur le levonorgestrel

Comme indiqué dans le chapitre " 3.1. ", dans la formulation des items issus de la revue de la littérature, il a été décidé de se concentrer essentiellement sur les caractéristiques du levonorgestrel (Norlevo®), actuellement indiqué en première intention en contraception d'urgence par voie orale. Ce choix peut être considéré comme un biais dans la sélection des items de la littérature.

Néanmoins, ce médicament est le seul à pouvoir être utilisé par toutes les femmes de manière autonome, indépendamment de la disponibilité et de la présence d'un soignant, ce qui en fait à ce jour l'outil principal en termes de contraception d'urgence.

L'ulipristal acétate (EllaOne®) a un profil pharmacologique semblable à celui du levonorgestrel tout en étant moins disponible (uniquement sur ordonnance), plus coûteux et pas plus efficace, même à 5 jours du rapport sexuel à risque de grossesse. Le médicament a en effet été classé en amélioration de service médical rendu (ASMR¹²) de niveau IV (mineure) par rapport au levonorgestrel par les autorités sanitaires (71). *La Revue Prescrire* va plus loin que les conclusions

¹² L'Amélioration de Service Médical Rendu est un indicateur qui désigne le progrès thérapeutique constitué par un nouveau médicament par rapport aux autres traitements déjà existants pour la même problématique. Comme le SMR (voir note 7), l'ASMR se définit en I ou majeur, II ou important, III ou modéré, IV ou mineur, V ou absence de progrès thérapeutique.

officielles et recommande actuellement de s'en tenir au levonorgestrel sur la base d'un progrès thérapeutique jugé insuffisant (40,41,52).

La méconnaissance de l'ulipristal de la part des médecins généralistes et l'utilisation exclusive du levonorgestrel ou du DIU au cuivre ne paraît donc pas préjudiciable.

La connaissance de l'alternative constituée par le DIU au cuivre, bien que moins disponible (uniquement sur ordonnance et impliquant la pose par un médecin ou une sage femme), est importante étant donné l'efficacité supérieure du DIU par rapport au levonorgestrel et la possibilité d'assurer dans le même temps une contraception quotidienne.

Le questionnaire issu de la revue de la littérature contient donc deux questions faisant référence au DIU comme alternative au levonorgestrel en contraception d'urgence.

Ce choix a été soumis au groupe d'experts, qui en a validé le principe.

4.2. Le groupe d'experts et le pré-test

4.2.1. La technique

Le choix a été fait de combiner la revue de la littérature avec l'avis d'un groupe d'experts et le pré-test dans l'optique de sélectionner les items et de minimiser le biais potentiel de l'exécution de la revue de la littérature par un seul enquêteur (voir 4.1.1.).

Aucune étude relative à la connaissance des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence et utilisant ce procédé pour la validation du questionnaire de connaissance n'a été retrouvée (voir 1.2.1.3.).

Ces techniques sont recommandées dans la littérature technique (36) pour effectuer une sélection la moins arbitraire possible des items. Une technique similaire a été retrouvée dans d'autres études. Les travaux de Nguyen et al., (72,73) ayant pour objet respectivement la construction et la validation d'un questionnaire de connaissances sur la BPCO (Bronchopneumopathie Chronique Obstructive) et sur l'asthme à l'intention des patients, font état de techniques de conception assez proches. Ces deux études combinent les techniques de revue de la littérature, groupe d'experts et pré-test pour sélectionner les items dans le questionnaire en vue de valider un outil d'évaluation de connaissances. La méthode

diffère sensiblement : une première sélection des items a déjà été effectuée au moment de la revue de la littérature par le groupe de travail. Le travail du groupe d'experts et le test du questionnaire ont porté à la sélection de 9 items supplémentaires.

Dans le présent travail, la sélection d'items a été plus importante à la phase groupe d'experts-pré-test (17 items au total), du fait de l'absence de sélection préalable au cours de la revue de la littérature, pour limiter le biais dû à la présence d'un seul enquêteur.

Dans l'étude de Nguyen, la composition du groupe de test comptait 35 patients. Notre groupe de pré-test est plus restreint, mais il est complété par une phase supplémentaire de test sur un plus grand échantillon afin de consolider le questionnaire.

4.2.2. Biais potentiels dans la composition du groupe d'experts

Un biais potentiel dans la composition du groupe d'experts est le nombre relativement limité d'experts qui ont pu être recrutés. S'agissant d'une étude non financée, les experts ont participé à l'enquête à titre bénévole, ce qui peut expliquer leur nombre limité.

Un groupe constitué d'un minimum de 6 membres (6 dans notre cas) est toutefois considéré dans la littérature (36) comme acceptable en termes méthodologiques pour ce type de procédé.

L'absence de pharmacien dans le groupe d'experts pourrait apparaître comme une faiblesse dans le recrutement.

Le choix a été fait de ne pas inclure de pharmacien en raison des problématiques très différentes et des spécificités (74) liées à la contraception d'urgence en pratique de pharmacie courante. Cette pratique sollicite des domaines de connaissance qui ne sont pas strictement superposables à ceux du clinicien. Le pharmacien est en effet délivreur et non prescripteur du médicament. La délivrance de la contraception d'urgence se fait souvent sans prescription mais le pharmacien se trouve rarement dans la situation de proposer un counseling primaire (avant tout rapport à risque de grossesse) sur la contraception d'urgence aux femmes et il n'est jamais cité dans la littérature comme source d'information par les femmes. L'inclusion d'un pharmacien aurait donc pu modifier l'homogénéité du groupe d'experts en termes de connaissances nécessaires au counseling primaire.

4.3. Administration à l'échantillon définitif

4.3.1. La technique

L'ensemble des procédures utilisées pour valider le questionnaire est originale en matière d'évaluation des connaissances qu'ont les médecins généralistes de la contraception d'urgence (voir 4.1.1.).

A la différence d'autres études (72,73), il a été choisi de tester le questionnaire sur deux échantillons (un premier d'effectif limité et un second d'effectif beaucoup plus important) au lieu d'utiliser un seul échantillon de taille intermédiaire. Ces étapes ont permis d'améliorer la procédure de validation du questionnaire.

Le mode d'administration du questionnaire avait été étudié dans une thèse de 2008 (75) où l'administration informatique avait permis d'obtenir un taux de réponse plus important que l'administration papier (57,4 contre 33,1 %).

Le choix de l'administration informatique a donc été fait dans ce travail pour obtenir le taux de réponse le plus élevé possible.

Ce mode d'administration a permis en outre de minimiser le biais dû à l'éventuelle présence d'éléments de réponse à une question dans une question suivante (en bloquant la possibilité de retour à la question précédente une fois la réponse validée) et de minimiser le nombre de questionnaires incomplets (réponse obligatoire pour pouvoir passer à la question suivante) (*figure 44* et *annexe 11*).

The screenshot displays a Lime Survey interface for a single question. At the top, a progress bar shows 0% completion. The question text is: "Selon la dernière recommandation HAS, quelle est la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention, en contraception d'urgence per os?". Below the question, it states "Veillez sélectionner une réponse ci-dessous". There are four radio button options: "ethinylestradiol + levonorgestrel (TETRAGYNON®) 50µg + 250 µg", "ulipristal (ELLAONE®) 30 mg", "levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg", and "mifepristone (MIFEGYNE®) 200 mg". At the bottom, there are three buttons: "Finir plus tard", "Suivant ►", and "Sortie et effacer le questionnaire". Two callout boxes are present: "Une question par page" pointing to the question text, and "Réponse obligatoire" pointing to the radio button options.

Figure 44: exemple de présentation d'une question par le logiciel Lime Survey®

4.3.2. L'échantillon

Le questionnaire a été adressé deux fois (une relance), par le biais de l'URPS des Médecins Libéraux du Poitou Charentes, aux médecins généralistes de la Vienne et des Deux Sèvres. En cours d'étude, et malgré que nous n'ayons pas atteint le nombre attendu de réponses, l'URPS a interrompu sa collaboration et n'a permis ni une deuxième relance ni un élargissement de l'échantillon aux deux autres départements de la région.

L'échantillon a donc été complété en adressant le questionnaire à 110 médecins généralistes de la Vienne dont les adresses électroniques avaient été recueillies par sollicitation téléphonique avant le démarrage de l'enquête¹³.

Cette dernière liste de diffusion se superpose partiellement à celle utilisée par l'URPS pour le département de la Vienne, mais il n'est pas possible de connaître le nombre d'adresses communes.

Un problème similaire de recrutement de l'échantillon a été décrit dans une autre thèse (75), également effectuée sans financement. Dans ce cas, pour avoir un échantillon suffisant, l'enquêteur principal avait utilisé une liste de 141 adresses électroniques de maîtres de stage fournies par le département de médecine générale et une liste de 943 adresses électroniques obtenues en sollicitant directement les médecins par téléphone. La principale différence par rapport à notre cas était que l'enquêteur pouvait disposer d'une liste non anonyme et a donc pu éviter la superposition des deux échantillons.

Cette difficulté dans notre étude ne constitue pas un biais car les deux derniers envois peuvent être considérés comme des relances opérées vers le même groupe (dans le cas où notre liste de diffusion se superposerait parfaitement à celle de l'URPS) ou, dans le cas d'une superposition partielle, comme une extension de l'échantillon à un autre groupe homogène.

¹³ Ce recueil avait été effectué par l'investigateur principal avant de recevoir une réponse favorable de l'URPS à la demande de collaboration.

4.3.3. L'analyse statistique

Cinq items supplémentaires ont été éliminés à ce stade, sur la base des résultats obtenus sur ce dernier échantillon à l'aide de techniques d'analyse de fréquence et de corrélation retenues dans la littérature (36) pour la sélection des items.

La présence d'un coefficient α de Cronbach relativement bas n'est pas ici un résultat défavorable : le coefficient de corrélation ne constitue pas un bon indicateur de validité pour un questionnaire de connaissances (36), qui teste plusieurs thèmes indépendants et non pas plusieurs éléments du même caractère, corrélés entre eux.

4.3.4. Les résultats

4.3.4.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de construire et de valider un instrument pour mesurer les connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence qui n'existait pas dans la littérature. Cet objectif est atteint, avec l'obtention d'un questionnaire de 25 questions à l'issue du traitement statistique des données du dernier échantillon couvrant les connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence.

4.3.4.2. Apports de l'étude

4.3.4.2.1. Apports en terme de construction du questionnaire.

L'étude a permis la construction d'un questionnaire validé contenant plusieurs éléments nouveaux par rapport à la littérature existante.

Des nouveaux éléments de connaissance ont été testés, tels que :

- la conduite à tenir pour la prise de levonorgestrel en cours d'allaitement,
- les interactions du produit,
- les signes d'échec du levonorgestrel,
- la conduite à tenir quant à la prise de levonorgestrel plusieurs fois en cours du cycle,
- l'administration de levonorgestrel en établissement scolaire,
- la disponibilité du produit sans ordonnance ou de manière gratuite,
- la conduite à tenir en cas de vomissements,
- le SMR,
- le prix,

- la prescription anticipée de levonorgestrel,
- le taux de remboursement.

Cela s'ajoute à l'innovation constituée par la technique de validation et permet de considérer que ce questionnaire apporte une nouveauté en terme de qualité de l'information, étant plus exhaustif pour l'évaluation de la connaissance que les questionnaires déjà utilisés.

4.3.4.2.2. Apports en termes d'impact sur les études suivantes

La présente étude a eu un caractère pilote pour les étapes suivantes de la "research agenda" définie en début du travail.

Cette étude va permettre d'améliorer la pertinence des études successives par la disponibilité d'un outil validé d'évaluation des connaissances.

Elle va permettre en outre de calculer l'effectif nécessaire à l'étude de la relation entre la connaissance qu'ont les médecins généralistes de la contraception d'urgence et l'information qu'ils délivrent aux femmes, étape nécessaire à l'étude du phénomène du counseling en contraception d'urgence.

En dehors de la "research agenda" initialement établie, le questionnaire pourra également être utilisé pour d'autres études sur la contraception d'urgence ainsi que comme instrument d'évaluation en formation médicale initiale et continue.

4.3.4.3. Le taux de réponse et la nature des répondants

L'objectif étant de tester le questionnaire sur environ 100 médecins pour le valider, et non de décrire l'échantillon, le taux de réponse est un élément secondaire. Le fait qu'il soit relativement faible, comparé à d'autres études informatiques (75), où l'objectif était la description de l'échantillon, ne constitue donc pas un biais.

En revanche, et comme dans tout questionnaire, il est probable que les répondants soient plus impliqués dans le sujet. L'objectif n'était pas la mesure de la connaissance mais la validation d'un outil de mesure de cette connaissance. Ce biais de sélection influe donc moins sur les résultats même s'il peut majorer l'homogénéité de l'échantillon testé.

Ce taux de réponse doit faire réfléchir sur la suite de l'enquête dans le cadre de la "research agenda", notamment en prévoyant des moyens incitatifs (financiers ou autres) pour obtenir un taux de réponse permettant de décrire de manière fiable l'échantillon.

4.3.4.4. *Analyse descriptive des résultats*

La description de l'échantillon ne constitue pas l'objectif principal de cette étude. Néanmoins il est possible de dégager certaines tendances dans cette enquête, qui nécessitent d'être confirmées par une étude plus large en raison du faible effectif de l'échantillon.

4.3.4.4.1. Éléments de connaissance des médecins généralistes

Les médecins interrogés dans cette étude semblent clairement identifier la molécule indiquée en contraception d'urgence per os et la majorité cite le DIU comme alternative. La question a rarement été posée sous forme directe aux médecins au cours d'études françaises. Lorsque cela a été fait (21), les données semblent concordantes.

Les données issues des études effectuées à l'étranger sont discordantes, mettant en évidence parfois une connaissance satisfaisante (76) parfois une connaissance lacunaire (14). Ces différences peuvent s'expliquer entre autres par la différence de contexte socio-économique entre les différents pays. Ce contexte influence certainement sur la formation des médecins et l'accès aux informations sur la contraception d'urgence.

La majorité des médecins connaît le délai d'efficacité du levonorgestrel, ce qui concorde avec les données françaises (22), mais diffère de certaines études anglo-saxonnes. Dans une étude anglaise (30), seulement 35 % des médecins interrogés savaient que le traitement par levonorgestrel pouvait être administré jusqu'à 72 heures après le rapport à risque.

La littérature montre une efficacité possible du levonorgestrel jusqu'à 120 heures (40,41). La question relative à ce délai plus important que dans l'AMM a été éliminée par l'analyse statistique en raison de sa saturation négative. Le nombre de mauvaises réponses confirme probablement le fait que les médecins généralistes français accèdent à la formation essentiellement par le biais de la littérature grise, qui relaye peu cette information. Deux études ayant interrogé les médecins sur cette question (32,76) ont été retrouvées. Dans une étude canadienne, 29 % des médecins avaient répondu correctement à cette question, contre 0 % dans la présente étude. Dans une étude ghanéenne, seulement 9,5 % des participants avait répondu correctement.

Les données cités montrent une connaissance globalement basse de l'item, de manière concordante aux données de cette étude, mais sont difficilement comparables du fait du contexte différent.

Comme cela avait déjà été mis en évidence en France (22), la majorité des médecins maîtrise l'information sur le taux d'efficacité attendu du levonorgestrel. La comparaison est toutefois plus sur la tendance que sur le fond. Dans l'étude citée, les médecins avaient été interrogés sur le taux d'efficacité globale du levonorgestrel (70 % avaient répondu correctement). Dans le questionnaire présenté ici, la connaissance de l'efficacité initiale est plus détaillée (efficacité à 48-72 heures et cinétique d'action). Ces questions mettent en évidence une très bonne connaissance de l'efficacité initiale, mais une connaissance plus partagée de la cinétique décroissante de l'efficacité du médicament et une mauvaise connaissance de l'efficacité à 48-72 heures. Cela peut représenter un élément positif dans la construction du questionnaire, qui permet donc de tester de manière plus précise les connaissances sur le sujet par rapport aux questionnaires existants.

La grande majorité des médecins sait que la contraception d'urgence est indiquée en cas de rapport non protégé quel que soit le moment du cycle, ce qui concorde avec les données retrouvées dans une autre étude (22) pour l'ensemble de l'échantillon. A la différence de ce qui a été indiqué par l'auteur, notre étude n'a pas identifié d'influence du sexe sur la connaissance de cette donnée.

Les médecins de l'échantillon-test connaissent mal le mécanisme d'action de la contraception d'urgence et beaucoup lui attribuent un effet abortif. Cette tendance est retrouvée dans les autres travaux qui ont abordé cette problématique (15,29,31,32). Une large partie des répondants lui attribue également des contre-indications, ce qui rejoint d'autres études sur le sujet (22,30), en assimilant probablement la contraception d'urgence à la contraception quotidienne œstroprogestative. Ces dernières données, bien que non conclusives en raison de l'échantillon limité, pourraient jouer un rôle dans l'information donnée aux femmes, par le biais d'une information erronée, dont le poids doit être évalué par les travaux de recherches à venir.

La question de la tératogénicité du médicament a enregistré dans cette étude une très large majorité de réponses négatives (donc correctes) : ces données sont difficilement comparables avec la littérature. En effet la question d'une éventuelle

tératogénicité n'est jamais posé directement dans les études répertoriés. Dans une seule étude (30), la grossesse est indiquée comme contre-indication à la prise de levonorgestrel par 71 % des médecins participants, mais la question posée n'est pas assez précise pour pouvoir déterminer si les participants estiment que la contre-indication est liée à un éventuel effet tératogène du médicament ou plutôt s'ils pensent à une notion de non indication car le produit est inutile en cas de grossesse déjà entamée.

Dans la littérature relative à la connaissance des patientes sur ce point, la tératogénicité attribuée au médicament en cas d'échec de la méthode est fréquemment évoquée comme raison de " méfiance " vis à vis de la contraception d'urgence (13,15,17,27,31). Il est donc possible que la connaissance ou méconnaissance de cet élément de la part des médecins ait un poids important en terme d'information donnée aux femmes. L'absence d'éléments concordants avec les données de la présente étude dans la littérature a amené à conserver la question malgré la saturation des réponses dans l'échantillon (la question est effet susceptible de se révéler discriminante sur un échantillon plus grand).

En effet, en termes statistiques, le fait de supprimer une question potentiellement importante sur un échantillon plus grand serait un biais plus grave que le fait de conserver une question peu discriminante.

L'effet secondaire le plus fréquent, comme cela a déjà été établi par d'autres études (22,30) a été indiqué correctement par la majorité des médecins de l'échantillon d'étude.

Conformément à la littérature française (22), le lieu de délivrance est indiqué correctement par la majorité des médecins.

Comme déjà indiqué plus haut (4.3.4.2.1), il n'y a pas d'élément de comparaison répertorié pour les autres items de connaissance du questionnaire. L'échantillon de la présente étude semble suggérer plusieurs lacunes dans la connaissance des médecins, mais il est impossible de préjuger de la persistance de ces lacunes dans un échantillon plus grand et, si c'est le cas, de l'impact que chacune d'entre elles peut avoir en termes d'information délivrée aux femmes. Une plus large étude est nécessaire pour préciser ces éléments.

4.3.4.4.2. Les caractéristiques des médecins influant sur les connaissances

Deux tendances se dégagent de l'étude:

- une corrélation apparente entre une meilleure moyenne au score et le fait d'être titulaire d'un Diplôme interuniversitaire de gynécologie et donc, en théorie, d'avoir des connaissances plus spécifiques en gynécologie ;
- une corrélation, bien que faible, entre la moyenne au questionnaire et la fréquence de l'information donnée.

La première information ne trouve pas de correspondance directe dans la littérature. Une étude (30) compare les connaissances sur la contraception d'urgence d'un échantillon de gynécologues et d'un échantillon de médecins généralistes. Cette étude retrouve un score légèrement plus élevé chez les premiers, avec une différence surtout au niveau de la connaissance du mécanisme d'action, mais cette population n'est pas strictement superposable à une population de médecins généralistes titulaires d'un diplôme de gynécologie. Cette donnée nécessite d'être confirmée par des études ultérieures, en raison de l'exiguïté de notre échantillon.

Quant à la relation entre connaissance et fréquence de l'information donnée, aucune étude explorant cette relation n'a été retrouvée. L'étape suivante de la "research agenda" (*figure 3*) permettra de l'approfondir.

5. CONCLUSION

Ce travail s'articule donc sur trois grandes axes :

- la création d'un questionnaire validé de connaissances sur la contraception d'urgence à l'intention des médecins généralistes qui servira pour la suite de la "research agenda" mais qui pourra également être utilisé pour d'autres enquêtes ;
- l'analyse des éléments influençant ces connaissances, qui permettra de formuler des hypothèses pour la suite de la "research agenda" ;
- la vérification de la faisabilité de la suite de la "research agenda".

L'intérêt principal du travail est de combler un vide dans la littérature avec la création d'un questionnaire où les connaissances sont séparées des pratiques pour pouvoir constituer un instrument d'analyse spécifique. Le fait de combiner plusieurs méthodes de sélection des items pour la validation du questionnaire constitue un procédé nouveau pour cette thématique.

L'analyse des connaissances des médecins généralistes est une étape fondamentale pour décrire la composante quantitative du phénomène du counseling (*figure 2*). Seule une analyse rigoureuse en termes statistiques de ces données peut permettre d'aborder ensuite l'étude qualitative des déterminants du counseling sans biais.

L'autre élément de nouveauté de ce travail est de dégager une tendance, bien que faible, en faveur d'une relation entre connaissances des médecins généralistes et fréquence de l'information donnée que, si confirmée, va constituer le point de départ des études à venir.

Malgré l'importance potentielle de la thématique, le counseling sur la contraception d'urgence en médecine générale reste un terrain d'étude encore largement inconnu.

Ce travail soulève des nombreuses questions qui doivent être approfondies par le biais d'études supplémentaires (*figure 3*).

Le médecin généraliste et le chercheur en médecine générale ont un rôle important à jouer dans l'avancée des connaissances et, à terme, dans l'amélioration des pratiques en matière de contraception d'urgence.

BIBLIOGRAPHIE

1. *INPES. Baromètre Santé 2010. 2010.*
2. *INPES. CONTRACEPTION: Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? 2011.*
3. *Lydié N, Léon C. Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. In Guilbert P; Gautier. A, Baromètre santé 2005. Premiers résultats: p 103-108. 2005;*
4. *WONCA Europe. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE. 2002.*
5. *Smit J, McFadyen L, Beksinska M, de Pinho H, Morroni C, Mqhayi M, et al. Emergency contraception in South Africa: knowledge, attitudes, and use among public sector primary healthcare clients. Contraception. déc 2001;64(6):333-337.*
6. *Jamieson MA, Hertweck SP, Sanfilippo JS. Emergency contraception: Lack of awareness among patients presenting for pregnancy termination. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. févr 1999;12(1):11-15.*
7. *Perslev A, Rørbye C, Boesen HC, Nørgaard M, Nilas L. Emergency contraception: knowledge and use among Danish women requesting termination of pregnancy. Contraception. déc 2002;66(6):427-431.*
8. *Foster DG, Harper CC, Bley JJ, Mikanda JJ, Induni M, Saviano EC, et al. Knowledge of emergency contraception among women aged 18 to 44 in California. American Journal of Obstetrics and Gynecology. juill 2004;191(1):150-156.*
9. *Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. Contraception. sept 2006;74(3):208-213.*
10. *Gee RE, Delli-Bovi LC, Chuang CH. Emergency contraception knowledge after a community education campaign. Contraception. nov 2007;76(5):366-371.*
11. *Chuang CH, Freund KM. Emergency contraception knowledge among women in a Boston community. Contraception. févr 2005;71(2):157-160.*
12. *Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES. juin 2011;*
13. *Schwarz EB, Reeves MF, Gerbert B, Gonzales R. Knowledge of and perceived access to emergency contraception at two urgent care clinics in California. Contraception. mars 2007;75(3):209-213.*
14. *Sevil U, Yanikkerem E, Hatipoglu S. A survey of knowledge, attitudes and practices relating to emergency contraception among health workers in Manisa, Turkey. Midwifery. mars 2006;22(1):66-77.*
15. *Muia E, Ellertson C, Lukhando M, Elul B, Clark S, Olenja J. Emergency contraception in Nairobi, Kenya: knowledge, attitudes and practices among policymakers, family planning providers and clients, and university students. Contraception. oct 1999;60(4):223-232.*
16. *Ertem G, Kalkim A, Topçu S. Knowledge of emergency contraception among married women in Izmir, Turkey. International Journal of Gynecology & Obstetrics. sept 2010;110(3):270-271.*
17. *Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia SG. Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge, attitudes, and practices. Contraception. oct 2002;66(4):261-268.*
18. *Miller LM. College student knowledge and attitudes toward emergency contraception. Contraception. janv 2011;83(1):68-73.*
19. *Falk G, Falk L, Hanson U, Milsom I. Young women requesting emergency contraception are, despite contraceptive counseling, a high risk group for new unintended pregnancies. Contraception. juill 2001;64(1):23-27.*

20. Bertin-Steunou V, Bouquet É, Cailliez É, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. mai 2010;39(3):208-217.
21. Batardy V. Les médecins généralistes et la contraception d'urgence : étude auprès de 150 médecins généralistes de ville de la sous-préfecture de Nanterre [Thèse d'exercice]. , France]: Université Paris 12; 1999.
22. Supiot Renaudeau I. L'information sur la contraception d'urgence en médecine générale : enquête auprès de 86 médecins généralistes et 82 femmes du Maine et Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2002.
23. Addo VN, Tagoe-Darko ED. Knowledge, practices, and attitudes regarding emergency contraception among students at a university in Ghana. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. juin 2009;105(3):206-209.
24. Bozkurt N, Korucuoğlu Ü, Aksakal FN, Biri A, Çiftçi B, Maral I, et al. Turkish Adolescents' Knowledge on and Attitude toward Emergency Contraception. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. déc 2006;19(6):391-395.
25. Kosunen E, Sihvo S, Hemminki E. Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland. *Contraception*. mars 1997;55(3):153-157.
26. Johnson R, Nshom M, Nye AM, Cohall AT. There's always Plan B: adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception*. févr 2010;81(2):128-132.
27. Gould H, Ellertson C, Corona G. Knowledge and attitudes about the differences between emergency contraception and medical abortion among middle-class women and men of reproductive age in Mexico City. *Contraception*. déc 2002;66(6):417-426.
28. Jackson R, Bimla Schwarz E, Freedman L, Darney P. Knowledge and willingness to use emergency contraception among low-income post-partum women. *Contraception*. juin 2000;61(6):351-357.
29. Veloudis Jr. G., Murray S. Emergency Contraception Knowledge and Prescribing Practices: A Comparison of Primary Care Residents at a Teaching Hospital. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. août 2000;13(3):125-128.
30. Sherman CA, Harvey SM, Beckman LJ, Petitti DB. Emergency contraception: knowledge and attitudes of health care providers in a health maintenance organization. *Women's Health Issues*. sept 2001;11(5):448-457.
31. Langer A, Harper C, Garcia-Barrios C, Schiavon R, Heimburger A, Elul B, et al. Emergency contraception in Mexico City: what do health care providers and potential users know and think about it? *Contraception*. oct 1999;60(4):233-241.
32. Langille DB, Allen M, Whelan AM. Emergency contraception: knowledge and attitudes of Nova Scotian family physicians. *Can Fam Physician*. mai 2012;58(5):548-554.
33. Isaacs JN, Creinin MD. Miscommunication between healthcare providers and patients may result in unplanned pregnancies. *Contraception*. nov 2003;68(5):373-376.
34. HAS. L'entretien motivationnel. Mémo HAS octobre 2008.
35. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES; 2004.
36. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scale: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press. New York; 2008.
37. Contraception postcoitale. *La Revue Prescrire*. oct 2012;
38. NORLEVO 1,5mg - Monographie. VIDAL; 2012.
39. [theriaque.org](http://www.theriaque.org). NORLEVO 1,5MG CPR - Monographie spécialité [Internet]. [cité 2 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.theriaque.org/apps/monographie/index.php?type=SP&id=17178>

40. *Ulipristal et contraception postcoitale. La Revue Prescrire. juin 2010;30(320).*
41. *Ulipristal (Ellaone[®])- Contraception postcoitale: pas mieux que le lévonorgestrel. La Revue Prescrire. déc 2009;29(314):886-889.*
42. *Dispositifs intra-utérins, alias stérilets - Une alternative efficace à la contraception hormonale - première partie. La Revue Prescrire. févr 2009;29(304):113-119.*
43. *Contraception postcoitale. La Revue Prescrire. Idées forces Prescrire jusqu'au n°348, octobre 2012.*
44. *VIDAL. Vidal Recos - Recommandations et pratique - 3eme édition. 2009.*
45. *Gemzell-Danielsson K. Mechanism of action of emergency contraception. Contraception. 2010;82:404-409.*
46. *Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. Contraception. 2004;69:373-377.*
47. *Tirelli A, Cagnacci A, Volpe A. Levonorgestrel administration in emergency contraception: bleeding pattern and pituitary-ovarian function. Contraception. 2008;77:328-332.*
48. *Durand M, Cravioto MDC, Raymond EG, Duran-Sanchez O, Cruz-Hinojosa MD la L, Castell-Rodriguez A, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. Contraception. 2001;64:227-234.*
49. *Black KI. Developments and challenges in emergency contraception. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. avr 2009;23(2):221-231.*
50. *Croxatto H, Ortiz ME, Muller AL. Mechanism of action of emergency contraception. Steroids. 2003;68:1095-1098.*
51. *Norgestrel et Levonorgestrel [Internet]. [cité 2 déc 2012]. Centre de Référence des Agénts Tératogénes ; Disponible sur: www.lecrat.org/articlesearch.php3?id_groupe=12*
52. *Ulipristal remboursable: sur prescription et au prix fort. La Revue Prescrire. déc 2010;30(326):897.*
53. *Code de la santé publique - Article L5134-1 | Legifrance [Internet]. [cité 2 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690145&dateTexte=&categorieLien=cid>*
54. *Norlevo légalement sans prescription. La Revue Prescrire. janv 2001;21(213).*
55. *Code de la santé publique - Article D5134-1 | Legifrance [Internet]. [cité 2 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006915753&dateTexte=&categorieLien=cid>*
56. *NorLevo[®] : gratuité pour les mineures. 2002;22(225):113.*
57. *NorLevo[®] : dispensation possible par les infirmières en milieu scolaire. Revue Prescrire. 2000;20(204):199.*
58. *NorLevo[®] en milieu scolaire: les dispositions pratiques. Revue Prescrire. 2001;21(217):350.*
59. *Contraception d'urgence - Prescription et délivrance à l'avance. HAS; 2013.*
60. *WHO. Selective practice recommendations for contraceptive use. 2nd edition. 2005.*
61. *Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. Emergency Contraception: advance provision in a young , high-risk clinic population. Obstetrics and Gynecology. 2000;96:1-7.*
62. *Raymond E, Stewart F, Weaver M. Impact of increased acces to emergency contraceptive pills: A randomised controlled trial. Obstetrics and Gynecology. 2006;108:1098.*
63. *Walsh T, Frezieres R. Patterns of emergency contraception use by age and ethnicity from a randomized trial comparing advance provision and information only. Contraception. 2006;74:110-117.*

64. Gold M, Wolford J, Smith K, Parker A. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2004;17:87-96.
65. Hu X, Cheng L, Hua X, Glasier A. Advance provision of emergency contraception to post-natal women in China makes no difference in abortion rates: a randomised controlled trial. *Contraception*. 2005;72:111-116.
66. Belzer M, Sanchez K, Olson J, Jacobs A, Tucker D. Advance supply of emergency contraception: a randomized trail in adolescent mothers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2005;18:347-354.
67. Schreiber C, Ratcliffe S, Barnhart K, Ziebland S, Seaman P, Walker J, et al. A randomized controlled trial of the effect of advances supply of emergency contraception in post-partum teens: a feasibility study. *Contraception*. 2010;81:435-440.
68. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception*. 2004;69:361-366.
69. Norlevo: gratuité pour les mineures. *La Revue Prescrire*. févr 2002;22(225):113-114.
70. Bras P-L, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant V. L'information des médecins généralistes sur le médicament. *IGAS*; 2007.
71. HAS. Synthèse d'avis de la commission de la transparence: ELLAONE (ulipristal), modulateur des récepteurs de la progesterone - Progrès thérapeutique mineur par rapport à NORLEVO dans la contraception d'urgence. 2010.
72. Nguyen L, Raheison C, Lheureux M, Nocent-Ejnaini C, Vernejoux J-M, Tunon-de-Lara J-M, et al. Développement d'un questionnaire de connaissances sur la BPCO. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2005;22:227-38.
73. Nguyen L, Raheison C, Bozonnat M, Lheureux M, Nocent C, Tunon-de-Lara J-M, et al. Validation d'un questionnaire de connaissances sur l'asthme. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2003;20:871-82.
74. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. *IGAS*; 2009.
75. Oiry F. Connaissance de la recommandation sur la vaccination par Gardasil et facteurs influençant le niveau de connaissance: enquête auprès de 490 médecins généralistes de Loire Atlantique. Nantes; 2008.
76. Creanga AA, Schwandt HM, Danso KA, Tsui AO. Knowledge about emergency contraception among family-planning providers in urban Ghana. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. juill 2011;114(1):64-68.

ANNEXES

Annexe 1

Courriel de recrutement du groupe d'experts

Chers collègues,

Dans le cadre de la **thèse de Giulia GAIANI** nous nous adressons à vous pour votre expérience dans le domaine de la contraception et/ou de la recherche en vue de constituer un *grouped'experts*. L'objectif de ce groupe est de valider des items pour un questionnaire de connaissance sur la contraception d'urgence à adresser aux médecins généralistes.

Il s'agit de la première étape d'un travail de recherche plus large visant à rechercher une relation entre la connaissance que les médecins généralistes ont de la contraception d'urgence et la fréquence de l'information sur la contraception d'urgence délivrée aux patientes.

Perspective générale du travail

Dans la littérature, des éléments indirects permettent de penser que la connaissance qu'a le médecin généraliste de la contraception d'urgence peut avoir un impact sur l'information reçue de la part de ses patientes.

La construction d'un outil d'évaluation des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence s'insère dans un travail plus large :

- 1) **construction d'un outil d'évaluation validé des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence ;**
- 2) recherche d'une éventuelle relation entre la connaissance de la contraception d'urgence de la part des médecins généralistes et la fréquence de l'information donnée aux femmes, déterminer si le phénomène " counseling " est observable en pratique courante
- 3) étude qualitative du phénomène " counseling " en pratique courante et de l'impact de ce dernier sur l'information reçue de la part des femmes.

Notre travail se veut donc comme la première étape de cette " research agenda ".

Notre travail de thèse

La validation d'un questionnaire est un procédé complexe qui passe par différentes étapes statistiques et qui implique l'administration à plusieurs échantillons. Les différentes étapes seront complétées par plusieurs thésards.

Notre travail de thèse s'articule en 4 étapes:

- sélection des items considérés pertinents pour la connaissance de la contraception d'urgence dans la littérature;
- **travail sur cette première sélection d'items avec un groupe d'experts (= groupe de réflexion sur un thème):**

a) les participants au groupe d'experts reçoivent au préalable la liste des items par mail ou poste

b) une rencontre est organisée pour discuter des items (éliminer les items redondants, ajouter des items éventuellement proposés par le groupe, changer la formulation des items)

c) la synthèse de ces éléments est envoyée au groupe par mail : une nouvelle réunion n'est organisée que si le groupe n'a pas atteint le consensus sur les items

- le questionnaire est testé sur un petit échantillon de 10 à 15 médecins pour vérifier la lisibilité et la non ambiguïté des items
- le questionnaire est enfin testé sur un plus grand échantillon (au moins 100 individus) pour en valider le contenu et sélectionner ultérieurement les items redondants

Travail du groupe d'experts

Nous sollicitons votre participation pour la deuxième étape de notre travail de thèse (en couleur dans le texte), en raison de votre expérience et de la valeur de votre avis pour la validation des items.

Nous vous proposons de participer à **une réunion du groupe d'experts pour la dernière semaine de juin dans les locaux du Centre de Planification et d'Éducation Familiale du CH de Niort**. Tous les participants vont recevoir les items du questionnaire au préalable (environ trois pages A4).

Nous vous prions d'indiquer par le biais du lien doodle ci dessous ou par mail la date à laquelle vous pourriez éventuellement être présents: les deux dates proposées sont le **28-29 juin 2012 après-midi**.

Lien doodle : <http://www.doodle.com/h33dkgu9y2kmmeei>

En vous remerciant par avance pour votre collaboration,

Cordialement

Giulia GAIANI, Thésarde

Dr Yannick RUELLE, Directeur de thèse

Annexe 2

Courriel adressé au premier échantillon pour pré-tester le questionnaire

Chers collègues,

je suis remplaçante en médecine générale et je suis actuellement en train de travailler à ma thèse (directeur de thèse Dr Yannick RUELLE de la Faculté de Médecine de Poitiers).

Mon travail de thèse prévoit la construction et la validation d'un questionnaire de connaissance sur un thème spécifique de médecine générale à l'intention des médecins généralistes.

La construction du questionnaire prévoit plusieurs phases:

- 1) individualiser les items dans la littérature (déjà effectué)
- 2) sélectionner les items avec un groupe d'experts (déjà effectué)
- 3) tester le questionnaire avec un petit échantillon de médecins généralistes pour vérifier que la formulation des questions soit claire et non ambiguë (à venir)**
- 4) utilisation du questionnaire définitif sur un grand échantillon (à venir)

Je sollicite votre collaboration pour la phase 3 de notre travail: je vous enverrai les questions sous forme de questionnaire google. En dehors de la question page 36, toutes les autres ont une seule bonne réponse.

Je vous demande de me signaler brièvement par mail si certaines questions du panneau proposé (et éventuellement lesquelles) vous paraissent pas claires pour qu'on puisse en améliorer la formulation.

Le thème du questionnaire n'est pas dévoilé à l'avance, pour concentrer l'attention sur la formulation des questions.

Votre collaboration est particulièrement précieuse pour nous aider à construire un outil validé de qualité.

En vous remerciant par avance pour votre disponibilité,

Cordialement

Giulia GAIANI, thésarde

Annexe 3

Courriel diffusé par l'URPS Médecins Libéraux Poitou-Charentes pour le deuxième échantillon

Chers Conscœurs et Confrères,

Je prépare actuellement ma thèse de Médecine Générale dirigée par le Docteur Yannick Ruelle, avec le soutien logistique de l'Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins libéraux.

Notre travail de thèse fait partie des projets du Groupe " Santé Sexualité " du Pôle Recherche du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers, avec l'appui méthodologique du Professeur INGRAND (Pôle Biologie, Pharmacie et Santé Publique de l'Université de Poitiers).

Dans le cadre de ma thèse, je me permets de vous solliciter pour répondre à un questionnaire, **par le biais du lien ci-dessous**.

Le questionnaire porte sur une thématique de gynécologie. Nous sommes intéressés par votre réponse quel que soit le nombre de consultations gynécologiques que vous effectuez dans votre cabinet.

La thématique n'est pas dévoilée à l'avance dans les détails pour préserver la " fraîcheur " de vos réponses. Le questionnaire ne demande que 10 minutes pour être complété. Il se compose uniquement de QCM.

Je vous prie de donner une réponse personnelle, sans avoir recours à des sources d'information externes.

Votre collaboration est fondamentale pour l'avancement de notre projet de recherche.

Cliquez sur le lien suivant pour répondre au questionnaire :

<http://www.giulia-gaiani.fr/survey/index.php/survey/index/sid/489892/lang/fr>

Si la page ne s'affiche pas correctement, copiez l'adresse ci-dessous et collez-la dans votre navigateur.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez consacrer à ce questionnaire.

Bien confraternellement,

Giulia GAIANI, Thésarde

Annexe 4

Courriel de relance diffusé par l'URPS Médecins Libéraux Poitou-Charentes pour le deuxième échantillon

Si vous avez déjà répondu à ce questionnaire, merci de ne pas tenir compte de cette relance, nous vous remercions pour votre participation.

Chers Consœurs et Confrères,

Je prépare actuellement ma thèse de Médecine Générale dirigée par le Docteur Yannick Ruelle, avec le soutien logistique de l'Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins libéraux.

Notre travail de thèse fait partie des projets du Groupe " Santé Sexualité " du Pôle Recherche du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers, avec l'appui méthodologique du Professeur INGRAND (Pôle Biologie, Pharmacie et Santé Publique de l'Université de Poitiers).

Dans le cadre de ma thèse, je me permets de vous solliciter pour répondre à un questionnaire, **par le biais du lien ci-dessous.**

Le questionnaire porte sur une thématique de gynécologie. Nous sommes intéressés par votre réponse quel que soit le nombre de consultations gynécologiques que vous effectuez dans votre cabinet. La thématique n'est pas dévoilée à l'avance dans les détails pour préserver la " fraîcheur " de vos réponses. Le questionnaire ne demande que 10 minutes pour être complété. Il se compose uniquement de QCM.

Je vous prie de donner une réponse personnelle, sans avoir recours à des sources d'information externes.

Votre collaboration est fondamentale pour l'avancement de notre projet de recherche.

Cliquez sur le lien suivant pour répondre au questionnaire :

<http://www.giulia-gaiani.fr/survey/index.php/survey/index/sid/489892/lang/fr>

Si la page ne s'affiche pas correctement, copiez l'adresse suivant et collez-la dans votre navigateur.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez consacrer à ce questionnaire.

Bien confraternellement,

Giulia GAIANI, Thésarde

Annexe 5

Courriel adressée à deux reprises à la liste obtenue par demande téléphonique

Une copie de ce courriel a été diffusée par le biais de l'URPS médecins Poitou-Charentes: si vous avez déjà répondu à ce questionnaire, merci de ne pas tenir compte de cette sollicitation.

Chers Conscœurs et Confrères,

Je prépare actuellement ma thèse de Médecine Générale dirigée par le Docteur Yannick Ruelle, avec le soutien logistique de l'Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins libéraux.

Notre travail de thèse fait partie des projets du Groupe " Santé Sexualité " du Pôle Recherche du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers, avec l'appui méthodologique du Professeur INGRAND (Pôle Biologie, Pharmacie et Santé Publique de l'Université de Poitiers).

Dans le cadre de ma thèse, je me permets de vous solliciter pour répondre à un questionnaire, **par le biais du lien ci-dessous.**

Le questionnaire porte sur une thématique de gynécologie. Nous sommes intéressés par votre réponse quel que soit le nombre de consultations gynécologiques que vous effectuez dans votre cabinet. La thématique n'est pas dévoilée à l'avance dans les détails pour préserver la " fraîcheur " de vos réponses. Le questionnaire ne demande que 10 minutes pour être complété. Il se compose uniquement de QCM.

Je vous prie de donner une réponse personnelle, sans avoir recours à des sources d'information externes.

Votre collaboration est fondamentale pour l'avancement de notre projet de recherche.

Cliquez sur le lien suivant pour répondre au questionnaire :

<http://www.giulia-gaiani.fr/survey/index.php/survey/index/sid/489892/lang/fr>

Si la page ne s'affiche pas correctement, copiez l'adresse suivant et collez-la dans votre navigateur.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez consacrer à ce questionnaire.

Bien confraternellement,

Giulia GAIANI, Thésarde

Annexe 6

Premier questionnaire de 47 items après la revue de la littérature

1. Quelle est la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention en contraception d'urgence per os?
 - a) ethinylestradiol + levonorgestrel
 - b) ulipristal
 - c) levonorgestrel
 - d) mifepristone

2. Quelle est le dosage par comprimé de la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention en contraception d'urgence per os?
 - a) 50µg + 250 µg
 - b) 30 mg
 - c) 0,75 mg
 - d) 1,5 mg

3. Quelle est la posologie de la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention en contraception d'urgence per os?
 - a) un comprimé en une seule prise
 - b) deux comprimés à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - c) un comprimé à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - d) deux comprimés en une seule prise

4. Comment se positionne l'AMM du médicament dont il est question aux énoncés précédents par rapport à la prise du médicament plusieurs fois au cours du cycle?
 - a) contre-indiquée
 - b) non recommandée
 - c) possible
 - d) pas d'indications sur ce point dans l'AMM

5. Dans quelles situations la contraception d'urgence per os est-elle indiquée?
 - a) rapport sexuel non protégé en période péri-ovulatoire
 - b) rapport sexuel non protégé quelle que soit la période du cycle
 - c) rapport sexuel non protégé en période pré-ovulatoire
 - d) rapport sexuel non protégé en période post-ovulatoire

6. Vous voyez en consultation une patiente de 26 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle vous dit avoir oublié de prendre un comprimé hier et avoir eu un rapport sept jours avant son oubli: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence ?

a) oui

b) non

7. Vous voyez en consultation une patiente de 37 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle a oublié un comprimé de sa plaquette il y a 7 jours. Elle a repris ensuite sa contraception habituelle, elle n'a pas utilisé d'autre méthode de type barrière. Elle a eu un rapport sexuel hier soir: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence?

a) oui

b) non

8. Vous voyez en consultation une patiente de 26 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle vous dit avoir oublié au moins deux comprimés dans sa plaquette, dont la dernière il y a 24 heures. Son dernier rapport sexuel a eu lieu il y a deux jours: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence ?

a) oui

b) non

9. Vous voyez en consultation une patiente de 37 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle a oublié un comprimé de sa plaquette il y a 7 jours. Elle a repris ensuite sa contraception habituelle. Elle a eu un rapport sexuel hier soir avec méthode barrière: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence?

a) oui

b) non

10. Vous voyez en consultation une patiente de 26 ans, qui prend une contraception œstroprogestative. Elle vous dit avoir oublié de prendre un comprimé hier et avoir eu un rapport deux jours avant son oubli: est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence ?

a) oui

b) non

11. Une patiente de 28 ans se présente aux urgences de l'hôpital local: elle dit avoir été victime d'un viol il y a 36 heures. Elle n'utilise pas de méthode contraceptive. Est-ce que cette situation constitue une indication à la contraception d'urgence?

a) oui

b) non

12. Quelles sont les contre-indications absolues à la prise de la molécule dont il est question aux énoncés précédents?

- a) " ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle " et " HTA "
- b) " ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle " et " insuffisance hépatique "
- c) " insuffisance hépatique " et " HTA "
- d) il n'existe aucune contre-indication absolue *en dehors de la porphyrie hépatique*

13. Dans quels cas la molécule dont il est question aux énoncés précédents n'est pas recommandée ?

- a) " antécédent personnel de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle " et " HTA "
- b) " antécédent personnel de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle " et " insuffisance hépatique "
- c) " antécédent personnel de salpingite ", " antécédent personnel de GEU " et " insuffisance hépatique "
- d) il n'existe pas de situation dans laquelle cette molécule n'est pas recommandée

14. Dans quel délai du rapport sexuel à risque est-il possible d'administrer la molécule dont il est question aux énoncés précédents (selon les recommandations officielles)?

- a) 24 h
- b) 72h
- c) 36 h
- d) 120 h

15. Est- ce que, selon la littérature, l'efficacité de la molécule dont il est question dans les énoncés précédents s'étend au delà des limites fixées par l'AMM?

- a) oui, de 24 heures
- b) non
- c) oui, de 48 heures
- d) oui, de 36 heures

16. Pour la molécule dont il est question dans les énoncés précédents, comment peut-on décrire son efficacité dans le temps suivant un rapport à risque?

- a) stable
- b) décroissante

17. Pour la molécule dont il est sujet dans les énoncés précédents, quelle est l'efficacité estimée dans les premières 24 heures après le rapport sexuel?

- a) 58%
- b) 47 %
- c) 72%
- d) 95%

18. Pour la molécule dont il est sujet dans les énoncés précédentes, quelle est l'efficacité estimée dans les premières 48-72 heures après le rapport sexuel?

- a) 58%
- b) 47 %
- c) 72%
- d) 95%

19. Quel est parmi l'effet secondaire le plus fréquent de la molécule dont il est sujet aux énoncés précédents à sa dose thérapeutique?

- a) nausées
- b) vision trouble
- c) hypotension
- d) malaise

20. Une patiente vous consulte: elle a pris la contraception d'urgence per os il y a deux heures, des vomissements importants sont survenus depuis. Quelle est la conduite à tenir?

- a) administrer un autre comprimé
- b) ne plus administrer de comprimés du même type

21. Existe-t-il la possibilité de trouble du cycle à type de saignement irréguliers (spotting) après prise de la molécule dont il est sujet aux énoncés précédents?

- a) oui
- b) non

22. Existent-ils des des interactions à prendre en compte lors de l'administration de la molécule dont il est question ci-dessus?

- a) oui , avec les médicaments anti-colinergiques
- b) non, aucun médicament ne provoque des interactions
- c) oui, avec les médicaments inducteurs des enzymes hépatiques
- d) oui, avec les AINS

23. Quels est un des mécanismes d'action de la molécule en question?

- 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

24. Est que la molécule en question est reconnue pour avoir un effet post-fécondation?

- a) oui
- b) non

25. Mme H a pris la contraception d'urgence il y a 20 jours lors d'un rapport non protégé. Par la suite, face à un retard de règles, elle a effectué un test de grossesse qui s'est révélé positif. Elle veut finalement poursuivre la grossesse et vous demande si la molécule peut avoir un effet malformatif. Quel est votre réponse?

- a) oui
- b) non

26. Mme G, 35 ans, a un petit garçon de 3 mois qu'elle allaite au sein. Elle n'a pas repris de contraception après sa grossesse et a eu hier soir un rapport non protégé. Elle vous demande si elle peut prendre la molécule dont il est question aux énoncés précédents et qu'est-ce-qu'elle doit faire par rapport à l'allaitement. Votre réponse est :

- a) non, elle ne peut pas prendre le comprimé au cours de l'allaitement
- b) oui, elle peut le prendre à condition d'allaiter avant de prendre le comprimé et de suspendre l'allaitement pendant 8 heures
- c) oui, elle peut prendre le comprimé sans précautions spéciales
- d) oui, elle peut prendre le comprimé à condition de ne pas allaiter pendant 24 heures

27. Mme L, 35 ans, un enfant vient consulter 48 heures après un rapport non protégé. Elle ne prend pas d'autre contraception, elle a un partenaire stable. Elle vous demande si il y a des alternatives à la molécule dont on a parlé aux questions précédentes.

Quelle est votre réponse ?

- a) oui
- b) non

28. Quelle alternative peut éventuellement être proposée dans la situation clinique de la question 27?

- a) début le jour même d'une contraception œstroprogestative
- b) pose d'un implant contraceptif
- c) pose d'un DIU
- d) il n'y a pas d'autre alternative indiquée dans cette situation clinique

29. Mlle K, 20ans, pas d'enfant vient consulter 72 heures après un rapport non protégé. Elle ne prend pas d'autre contraception, elle a un partenaire stable. Elle vous demande si il y a des alternatives à la molécule dont on a parlé aux questions précédentes. Quelle est votre réponse?

- a) Oui
- b) non

30. Quelle alternative peut éventuellement être proposée dans la situation clinique de la question 29?

- a) début le jour même d'une contraception œstroprogestative
- b) pose d'un implant contraceptif
- c) pose d'un DIU
- d) il n'y a pas d'autre alternative indiquée dans cette situation clinique

31. Quel/ls professionnell/ls peuvent prescrire la contraception d'urgence per os?

- a) médecins
- b) médecins et sages femmes
- c) sages femmes
- d) exclusivement les médecins titulaires d'un DES de gynécologie

32. Est ce que selon la littérature la prescription anticipée de la contraception d'urgence modifie:

- a) les comportements sexuels à risque
- b) la prise de contraception hormonale
- c) les comportements sexuels à risque ET la prise de contraception hormonale
- d) aucun de ces paramètres

33. Est ce que selon la littérature la prescription anticipée de la contraception d'urgence modifie:

- a) le nombre de grossesses non désirées
- b) le nombre d'IVG
- c) le nombre de grossesses non désirées ET le nombre d'IVG
- d) aucun de ces paramètres

34. Est-ce que à votre connaissance un ou plusieurs des organismes officiels émanant les recommandations (HAS ou OMS ou autre) recommandent la prescription anticipée de la contraception d'urgence?

- a) oui
- b) non

35. Dans quels lieux est-il possible de délivrer la contraception d'urgence?

- a) Établissements scolaires et pharmacies
- b) pharmacies exclusivement
- c) CPEF exclusivement
- d) dans tous les lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus

36. Dans quels établissements scolaires les IDE scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence selon la loi?

- a) dans tout établissement scolaires
- b) dans les établissements scolaires de premier degré
- c) dans les établissements scolaires de second degré
- d) dans les établissements scolaires de premier et deuxième degré

37. Dans quelles conditions les IDE scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence selon la loi?

- a) devant toute demande
- b) en cas de détresse caractérisée après avis du médecin
- c) en cas de détresse caractérisée quand le contact rapide avec le médecin n'est pas possible
- d) en cas de détresse caractérisée indépendamment de la possibilité d'accéder rapidement à un médecin

38. Est -ce -que selon la loi il existe des situations dans lesquelles la contraception d'urgence peut être délivrée sans ordonnance aux femmes ?

- a)oui
- b) non

39. Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence sans ordonnance selon la loi?

- a) les femmes majeures
- b) les femmes mineures
- c) toute femme indépendamment de son age
- d) aucune catégorie de femmes ne peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence sans ordonnance

40. Est -ce -que selon la loi il existe des situations dans lesquelles la contraception d'urgence peut être délivrée de manière anonyme?

- a) oui
- b) non

41. Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence de manière anonyme selon la loi?

- a) les femmes majeures
- b) les femmes mineures
- c) toute femme indépendamment de son age
- d) aucune catégorie de femmes ne peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence de manière anonyme

42. Est -ce -que selon la loi il existe des situations dans lesquelles la contraception d'urgence peut être délivrée de manière gratuite ?

- a) oui
- b) non

43. Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence de manière gratuite selon la loi?

- a) les femmes majeures
- b) les femmes mineures
- c) toute femme indépendamment de son age
- d) aucune catégorie de femmes ne peut bénéficier de la délivrance de la contraception d'urgence de manière gratuite

44. Est-ce que la contraception d'urgence peut être prise en charge par la sécurité sociale?

- a) oui
- b) non

45. Quel est le taux de remboursement de la contraception d'urgence par la Sécurité Sociale sur présentation d'une prescription?

- a) 65 %
- b) 35 %
- c) 15 %
- d) la sécurité sociale ne rembourse pas ce médicament

46. Quel est le niveau de service médical rendu (= SMR) pour la molécule sujet des questions précédentes?

- a) majeur
- b) important
- c) modéré
- d) faible

47. Quel est à votre connaissance le prix de vente moyen de la molécule dont ils est question aux énoncés précédents (génériques et princeps confondus) ?

- a) entre 2 et 3 euros
- b) entre 3 et 5 euros
- c) entre 5 et 6 euros
- d) entre 6 et 7, 60 euros

Annexe 7

Questionnaire issu du travail avec le groupe d'experts

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

2. Quel est un des mécanismes d'action du levonorgestrel (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 levonorgestrel (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) Certains établissements scolaires et pharmacies
 - b) CPEF et pharmacies
 - c) Pharmacies exclusivement
 - 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 levonorgestrel (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. L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans le temps suivant un rapport à risque est-elle :
- a) décroissante
 - b) stable
8. Avec quel(s) médicament(s) existe-t-il une interaction à prendre en compte lors de l'administration de levonorgestrel (NORLEVO®)?
- a) Phenobarbital (GARDENAL)
 - b) Ketoprofène (BI-PROFENID)
 - c) Ces deux médicaments
 - d) Aucun de ces deux médicaments
9. Chez une patiente nullipare, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence?
- a) contraception œstroprogestative en quick start
 - b) pose d'un implant contraceptif
 - c) pose d'un dispositif intra-utérin
 - d) aucune de ces trois alternatives
10. Selon l'AMM du levonorgestrel (NORLEVO®), dans quelle(s) situation(s) est-il recommandé de réaliser un test de grossesse ?
- a) en cas de retard de règles de plus de 5 jours
 - b) en cas de saignements anormaux survenant à la date prévue des règles
 - c) dans les deux situations précédentes
 - d) dans aucune des deux situations précédentes
11. Quelle est la posologie du levonorgestrel (NORLEVO®) en contraception d'urgence per os ?
- a) un comprimé en une seule prise
 - b) deux comprimés à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - c) un comprimé à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - d) deux comprimés en une seule prise

12. D'après l'AMM, peut-on utiliser le levonorgestrel (NORLEVO®) plusieurs fois au cours du cycle ?

- a) non car contre-indiqué
- b) oui mais non recommandé
- c) oui
- d) pas d'indication sur ce point dans l'AMM

13. Quel(s) professionnel(s) peuvent prescrire la contraception d'urgence per os ?

- a) les médecins et les sages-femmes
- b) les médecins
- c) les sages-femmes

14. Dans quels établissements scolaires les infirmières scolaires peuvent-elles administrer le levonorgestrel (NORLEVO®)?

- a) dans les lycées
- b) dans les collèges et dans les lycées

15. Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ?

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

16. Selon la littérature, jusqu'à combien de temps après le rapport sexuel à risque le levonorgestrel (NORLEVO ®) est-il efficace?

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

17. En dehors de la porphyrie hépatique, quelle est la contre-indication absolue à la prise du levonorgestrel (NORLEVO ®) ?

- a) ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle
- b) HTA
- c) insuffisance hépatique
- d) aucune

18. Il est recommandé d'administrer un deuxième comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) en cas de vomissements survenant :

- a) 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)
- b) 4 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)
- c) heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)
- d) il n'est jamais recommandé d'administrer un deuxième comprimé

19. Le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation ?

- a) oui
- b) non

20. L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans les premières 24 heures après le rapport sexuel est de :

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

21. A partir de combien de comprimés oubliés par plaquette, quel que soit le moment où intervient le rapport sexuel, y a-t-il une indication systématique à la prise de levonorgestrel (NORLEVO®) ?

- a) 1
- b) 2
- c) 3

22. Chez une patiente ayant déjà accouché, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence ?

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

23. Les infirmières scolaires peuvent administrer le levonorgestrel (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

24. Quel est le niveau de service médical rendu (= SMR) pour le levonorgestrel (NORLEVO®)?

- a) majeur (niveau 1)
- b) important (niveau 2)
- c) modéré (niveau 3)
- d) faible (niveau 4)

25. Le prix de vente moyen du levonorgestrel (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

26. Quel est l'effet secondaire le plus fréquent du levonorgestrel (NORLEVO ®) à sa dose thérapeutique ?

- a) nausées
- b) vision trouble
- c) hypotension
- d) malaise

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

- a) augmente les comportements sexuels à risque
- b) diminue l'observance de la prise de contraception hormonale
- c) diminue le nombre de grossesses imprévues
- d) ne modifie aucun de ces paramètres

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

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

29. Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) de manière anonyme et gratuite ?

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

30. Quel est le taux de remboursement de la contraception d'urgence par la Sécurité Sociale sur présentation d'une prescription ?

- a) 65 %
- b) 35 %
- c) 15 %
- d) la sécurité sociale ne rembourse pas ce médicament

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

- a) oui
- b) Non

Annexe 8

Reponses du pré-test

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|--|
| <p>Selon la dernière recommandation HAS, quelle est la molécule ou association de molécules actuellement indiquée en première intention, en contraception d'urgence per os?</p> | <p>Quel est un des mécanismes d'action du levonorgestrel (NORLEVO®)?</p> | <p>Peut-on prendre le levonorgestrel (NORLEVO®) en cours d'allaitement ?</p> | <p>Dans quel(s) lieux est-il possible de délivrer la contraception d'urgence ?</p> | <p>Selon l'AMM, combien de temps après le rapport sexuel à risque est-il possible d'administrer le levonorgestrel (NORLEVO®) ?</p> | <p>Après un rapport sexuel non protégé, dans quelle situation la contraception d'urgence per os est-elle indiquée?</p> | <p>L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans le temps suivant un rapport à risque est-elle :</p> |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | inhibition de la nidation | Non | Certains établissements scolaires et pharmacies | 3 jours | en période péri-ovulatoire | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | inhibition de la nidation | Oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 3 jours | quelle que soit la période du cycle | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | diminution de l'activité des spermatozoïdes | Oui, sans arrêt de l'allaitement | Certains établissements scolaires et pharmacies | 5 jours | quelle que soit la période du cycle | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | interférence avec le pic LH | Oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 3 jours | quelle que soit la période du cycle | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | diminution de l'activité des spermatozoïdes | Oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 3 jours | quelle que soit la période du cycle | stable |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | inhibition de la nidation | Oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 3 jours | quelle que soit la période du cycle | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | inhibition de la nidation | Oui, sans arrêt de l'allaitement | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 3 jours | quelle que soit la période du cycle | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | inhibition de la nidation | Non | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 2 jours | quelle que soit la période du cycle | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | inhibition de la nidation | Oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 3 jours | quelle que soit la période du cycle | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | interruption du développement de l'ovule fécondé | Non | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 2 jours | quelle que soit la période du cycle | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | inhibition de la nidation | Oui, sans arrêt de l'allaitement | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 3 jours | en période péri-ovulatoire | décroissante |
| levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg | inhibition de la nidation | Oui, avec un arrêt de l'allaitement de 8 heures | Dans chacun des lieux indiqués dans les alternatives ci-dessus | 3 jours | quelle que soit la période du cycle | stable |

| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|---|---|----|----|----|----|----|
|---|---|----|----|----|----|----|

| Avec quel(s) médicament(s) existe-t-il une interaction à prendre en compte lors de l'administration de levonorgestrel (NORLEVO®)? | Chez une patiente nullipare, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence? | Selon l'AMM, en cas de prise de levonorgestrel (NORLEVO®), dans quelle(s) situation(s) est-il recommandé de réaliser un test de grossesse ? | Quelle est la posologie du levonorgestrel (NORLEVO®) en contraception d'urgence per os ? | D'après l'AMM, peut-on utiliser le levonorgestrel (NORLEVO®) plusieurs fois au cours du cycle ? | Quel(s) professionnel(s) peuvent prescrire la contraception d'urgence per os ? | Dans quels établissements scolaires les infirmières scolaires peuvent-elles administrer le levonorgestrel (NORLEVO®)? |
|---|---|---|--|---|--|---|
| Phenobarbital (GARDENAL) | pose d'un dispositif intra-utérin | en cas de retard de règles de plus de 5 jours | un comprimé en une seule prise | pas d'indication sur ce point dans l'AMM | les médecins et les sages-femmes | dans les collèges et dans les lycées |
| Phenobarbital (GARDENAL) | pose d'un dispositif intra-utérin | dans les deux situations précédentes | un comprimé en une seule prise | oui mais non recommandé | les médecins et les sages-femmes | dans les lycées |
| Phenobarbital (GARDENAL) | pose d'un dispositif intra-utérin | dans les deux situations précédentes | deux comprimés en une seule prise | oui | les médecins et les sages-femmes | dans les lycées |
| Phenobarbital (GARDENAL) | aucune de ces trois alternatives | dans les deux situations précédentes | un comprimé en une seule prise | oui mais non recommandé | les médecins et les sages-femmes | dans les lycées |
| Phenobarbital (GARDENAL) | pose d'un dispositif intra-utérin | dans les deux situations précédentes | un comprimé en une seule prise | oui mais non recommandé | les médecins et les sages-femmes | dans les lycées |
| Phenobarbital (GARDENAL) | pose d'un dispositif intra-utérin | en cas de retard de règles de plus de 5 jours | un comprimé en une seule prise | oui mais non recommandé | les médecins et les sages-femmes | dans les collèges et dans les lycées |
| Phenobarbital (GARDENAL) | pose d'un dispositif intra-utérin | en cas de retard de règles de plus de 5 jours | deux comprimés en une seule prise | pas d'indication sur ce point dans l'AMM | les médecins et les sages-femmes | dans les collèges et dans les lycées |
| Des deux médicaments | pose d'un dispositif intra-utérin | dans les deux situations précédentes | un comprimé en une seule prise | oui mais non recommandé | les médecins et les sages-femmes | dans les collèges et dans les lycées |
| Phenobarbital (GARDENAL) | pose d'un dispositif intra-utérin | dans les deux situations précédentes | un comprimé en une seule prise | non car contre-indiqué | les médecins et les sages-femmes | dans les collèges et dans les lycées |
| Des deux médicaments | pose d'un dispositif intra-utérin | en cas de retard de règles de plus de 5 jours | un comprimé à prendre deux fois à distance de 12 heures | non car contre-indiqué | les médecins et les sages-femmes | dans les lycées |
| Aucun de ces deux médicaments | aucune de ces trois alternatives | dans les deux situations précédentes | un comprimé en une seule prise | non car contre-indiqué | les médecins et les sages-femmes | dans les collèges et dans les lycées |
| Phenobarbital (GARDENAL) | pose d'un implant contraceptif | en cas de retard de règles de plus de 5 jours | un comprimé en une seule prise | oui | les médecins et les sages-femmes | dans les lycées |

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|----|----|----|----|----|----|----|

| Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ? | Selon la littérature, jusqu'à combien de temps après le rapport sexuel à risque le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace ? | En dehors de la porphyrie hépatique, quelle est la contre-indication absolue à la prise du levonorgestrel (NORLEVO®) ? | Il est recommandé d'administrer un deuxième comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) en cas de vomissements survenant : | Le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation ? | L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans les premières 24 heures après le rapport sexuel est de : | A partir de combien de comprimés oubliés par plaquette, quel que soit le moment où intervient le rapport sexuel, y a-t-il une indication systématique à la prise de levonorgestrel (NORLEVO®) ? |
|--|--|--|--|---|---|---|
| toute femme quel que soit son âge | 5 jours | aucune | 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | non | 0,95 | 2 |
| toute femme quel que soit son âge | 5 jours | aucune | 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | oui | 0,95 | 2 |
| toute femme quel que soit son âge | 5 jours | ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle | 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | oui | 0,72 | 1 |
| toute femme quel que soit son âge | 3 jours | aucune | 4 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | non | 0,95 | 1 |
| es femmes mineures | 3 jours | ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle | 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | non | 0,95 | 3 |
| toute femme quel que soit son âge | 3 jours | aucune | 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | oui | 0,95 | 1 |
| toute femme quel que soit son âge | 3 jours | aucune | 4 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | oui | 0,95 | 1 |
| toute femme quel que soit son âge | 2 jours | ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle | 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | oui | 0,95 | 1 |
| toute femme quel que soit son âge | 3 jours | aucune | 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | non | 0,95 | 2 |
| toute femme quel que soit son âge | 3 jours | ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle | 2 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | oui | 0,95 | 2 |
| toute femme quel que soit son âge | 3 jours | aucune | 4 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | non | 0,95 | 1 |
| toute femme quel que soit son âge | 3 jours | aucune | 4 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) | oui | 0,72 | 3 |

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|----|----|----|----|----|----|----|

| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|--|---|---|--|--|--|---|
| <p>Chez une patiente ayant déjà accouché, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence?</p> | <p>Les infirmières scolaires peuvent administrer le levonorgestrel (NORLEVO®) sans avis médical :</p> | <p>Quel est le niveau de service médical rendu (= SMR) pour le levonorgestrel (NORLEVO®)?</p> | <p>Le prix de vente moyen du levonorgestrel (NORLEVO®) est :</p> | <p>Quel est l'effet secondaire le plus fréquent du levonorgestrel (NORLEVO®) à sa dose thérapeutique ?</p> | <p>La prescription anticipée de levonorgestrel (NORLEVO®):</p> | <p>L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans les 48-72 heures après le rapport sexuel est de :</p> |
| pose d'un dispositif intra-utérin | devant toute détresse caractérisée quand aucun médecin n'est joignable | important (niveau 2) | entre 3 et 5 euros | nausées | diminue l'observance de la prise de contraception hormonale | 0,58 |
| aucune de ces trois alternatives | devant toute détresse caractérisée quand aucun médecin n'est joignable | majeur (niveau 1) | entre 6 et 8 euros | nausées | diminue l'observance de la prise de contraception hormonale | 0,72 |
| pose d'un dispositif intra-utérin | devant toute demande | majeur (niveau 1) | entre 5 et 6 euros | nausées | diminue le nombre de grossesses imprévues | 0,58 |
| pose d'un dispositif intra-utérin | devant toute détresse caractérisée | majeur (niveau 1) | entre 6 et 8 euros | nausées | diminue le nombre de grossesses imprévues | 0,72 |
| pose d'un implant contraceptif | devant toute demande | majeur (niveau 1) | entre 2 et 3 euros | nausées | ne modifie aucun de ces paramètres | 0,72 |
| pose d'un dispositif intra-utérin | devant toute détresse caractérisée | important (niveau 2) | entre 6 et 8 euros | nausées | diminue le nombre de grossesses imprévues | 0,58 |
| pose d'un dispositif intra-utérin | devant toute demande | important (niveau 2) | entre 6 et 8 euros | nausées | diminue le nombre de grossesses imprévues | 0,72 |
| pose d'un dispositif intra-utérin | devant toute demande | important (niveau 2) | entre 6 et 8 euros | nausées | diminue le nombre de grossesses imprévues | 0,95 |
| aucune de ces trois alternatives | devant toute demande | important (niveau 2) | entre 6 et 8 euros | nausées | diminue l'observance de la prise de contraception hormonale | 0,58 |
| pose d'un dispositif intra-utérin | devant toute détresse caractérisée quand aucun médecin n'est joignable | important (niveau 2) | entre 5 et 6 euros | nausées | ne modifie aucun de ces paramètres | 0,58 |
| pose d'un dispositif intra-utérin | devant toute détresse caractérisée quand aucun médecin n'est joignable | important (niveau 2) | entre 5 et 6 euros | nausées | augmente les comportements sexuels à risque | 0,58 |
| pose d'un dispositif intra-utérin | devant toute demande | important (niveau 2) | entre 6 et 8 euros | nausées | ne modifie aucun de ces paramètres | 0,72 |

| | | |
|----|----|----|
| 29 | 30 | 31 |
|----|----|----|

| Quelle catégorie de femmes peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) de manière anonyme et gratuite ? | Quel est le taux de remboursement de la contraception d'urgence par la sécurité sociale sur présentation d'une prescription ? | Le levonorgestrel (NORLEVO®) a-t-il un effet malformatif en cas de poursuite de la grossesse ? |
|---|---|--|
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | non |
| les femmes mineures | la sécurité sociale ne rembourse pas ce médicament | non |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | non |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | non |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | non |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | non |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | non |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | non |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | non |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | oui |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | oui |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | oui |
| toute femme quel que soit son âge | 65 % | non |

Annexe 9

Questionnaire issu du pré-test

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

2. Quel est le seul mécanisme d'action prouvé du levonorgestrel (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 levonorgestrel (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 levonorgestrel (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 levonorgestrel (NORLEVO®) est-elle :

- a) décroissante
- b) stable

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

- a) Phenobarbital (GARDENAL)
- b) Ketoprofène (BI-PROFENID)
- c) Ces deux médicaments
- d) Aucun de ces deux médicaments

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

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

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

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

11. Quelle est la posologie du levonorgestrel (NORLEVO®) en contraception d'urgence per os ?

- a) un comprimé en une seule prise
- b) deux comprimés à prendre deux fois à distance de 12 heures
- c) un comprimé à prendre deux fois à distance de 12 heures
- d) deux comprimés en une seule prise

12. D'après l'AMM, peut-on utiliser le levonorgestrel (NORLEVO®) plusieurs fois au cours du cycle ?

- a) non car contre-indiqué
- b) oui mais non recommandé
- c) oui
- d) pas d'indication sur ce point dans l'AMM

13. Quel(s) professionnel(s) peuvent prescrire la contraception d'urgence per os ?

- a) les médecins et les sages-femmes
- b) les médecins
- c) les sages-femmes

14. Dans quels établissements scolaires les infirmières scolaires peuvent-elles administrer le levonorgestrel (NORLEVO®)?

- a) dans les lycées
- b) dans les collèges et dans les lycées

15. Qui peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ?

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

16. Selon la littérature, jusqu'à combien de temps après le rapport sexuel à risque le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace?

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

17. En dehors de la porphyrie hépatique, quelle est la contre-indication absolue à la prise du levonorgestrel (NORLEVO®) ?

- a) ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle
- b) HTA
- c) insuffisance hépatique
- d) aucune

18. Il est recommandé d'administrer un deuxième comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®) en cas de vomissements survenant :

- a) jusqu'à 3 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)
- b) jusqu'à 4 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel
- c) jusqu'à 6 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)
- d) il n'est jamais recommandé d'administrer un deuxième comprimé

19. Le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation ?

- a) oui
- b) non

20. L'efficacité du levonorgestrel (NORLEVO®) dans les premières 24 heures après le rapport sexuel est de :

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

21. Chez une patiente ayant des antécédents d'accouchements, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence ?

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

22. Les infirmières scolaires peuvent administrer le levonorgestrel (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

23. Quel est le niveau de service médical rendu (= SMR) pour le levonorgestrel (NORLEVO®) ?

- a) majeur (niveau 1)
- b) important (niveau 2)
- c) modéré (niveau 3)
- d) faible (niveau 4)

24. Le prix de vente moyen du levonorgestrel (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

25. Quel est l'effet secondaire le plus fréquent du levonorgestrel (NORLEVO®) à sa dose thérapeutique ?

- a) Nausées
- b) vision trouble
- c) hypotension
- d) malaise

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

- a) augmente les comportements sexuels à risque
- b) diminue l'observance de la prise de contraception hormonale
- c) diminue le nombre de grossesses imprévues
- d) n'a aucune influence sur ces paramètres

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

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

28. Qui peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (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

29. Quel est le taux de remboursement de la contraception d'urgence par la Sécurité Sociale sur présentation d'une prescription ?

- a) 65 %
- b) 35 %
- c) 15 %
- d) la Sécurité Sociale ne rembourse pas ce médicament

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

- a) oui
- b) non

Annexe 10

Questionnaire définitif issu de l'analyse statistique

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

2. Quel est le seul mécanisme d'action prouvé du levonorgestrel (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 levonorgestrel (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 levonorgestrel (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 levonorgestrel (NORLEVO®) est-elle :
- a) décroissante
 - b) stable
8. Avec quel(s) médicament(s) existe-t-il une interaction à prendre en compte lors de l'administration de levonorgestrel (NORLEVO®)?
- a) Phenobarbital (GARDENAL)
 - b) Ketoprofène (BI-PROFENID)
 - c) Ces deux médicaments
 - d) Aucun de ces deux médicaments
9. Chez une patiente nullipare, quelle alternative au levonorgestrel (NORLEVO®) peut être utilisée en contraception d'urgence?
- a) contraception œstroprogestative en quick start
 - b) pose d'un implant contraceptif
 - c) pose d'un dispositif intra-utérin au cuivre
 - d) aucune de ces trois alternatives
10. Selon l'AMM du levonorgestrel (NORLEVO®), dans quelle(s) situation(s) est-il recommandé de réaliser un test de grossesse ?
- a) en cas de retard de règles de plus de 5 jours
 - b) en cas de saignements anormaux survenant à la date prévue des règles
 - c) dans les deux situations précédentes
 - d) dans aucune des deux situations précédentes
11. Quelle est la posologie du levonorgestrel (NORLEVO®) en contraception d'urgence per os ?
- a) un comprimé en une seule prise
 - b) deux comprimés à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - c) un comprimé à prendre deux fois à distance de 12 heures
 - d) deux comprimés en une seule prise

12. D'après l'AMM, peut-on utiliser le levonorgestrel (NORLEVO®) plusieurs fois au cours du cycle ?
- a) non car contre-indiqué
 - b) oui mais non recommandé
 - c) oui
 - d) pas d'indication sur ce point dans l'AMM
13. Dans quels établissements scolaires les infirmières scolaires peuvent-elles administrer le levonorgestrel (NORLEVO®)?
- a) dans les lycées
 - b) dans les collèges et dans les lycées
14. Qui peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ?
- a) les femmes majeures
 - b) les femmes mineures
 - c) toute femme quel que soit son âge
 - d) aucune femme quel que soit son âge
15. En dehors de la porphyrie hépatique, quelle est la contre-indication absolue à la prise du levonorgestrel (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 levonorgestrel (NORLEVO®) en cas de vomissements survenant :
- a) jusqu'à 3 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)
 - b) jusqu'à 4 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel
 - c) jusqu'à 6 heures après la prise d'un premier comprimé de levonorgestrel (NORLEVO®)
 - d) il n'est jamais recommandé d'administrer un deuxième comprimé
17. Le levonorgestrel (NORLEVO®) est-il efficace après la fécondation ?
- a) oui
 - b) non

18. L'efficacité du levonorgestrel (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 levonorgestrel (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 levonorgestrel (NORLEVO®)?

- a) majeur (niveau 1)
- b) important (niveau 2)
- c) modéré (niveau 3)
- d) faible (niveau 4)

21. Le prix de vente moyen du levonorgestrel (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 levonorgestrel (NORLEVO®):

- a) augmente les comportements sexuels à risque
- b) diminue l'observance de la prise de contraception hormonale
- c) diminue le nombre de grossesses imprévues
- d) n'a aucune influence sur ces paramètres

23. L'efficacité du levonorgestrel (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 levonorgestrel (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 levonorgestrel (NORLEVO®) a-t-il un effet malformatif en cas de poursuite de la grossesse ?

- a) oui
- b) non

Annexe 11

Exemples de captures d'écran questionnaire Lime Survey®

Thèse G GAIANI thésarde - Docteur Yannick RUELLE directeur

Chères concœurs et chers confrères,
merci de répondre à notre questionnaire.
Ce questionnaire s'insère dans notre travail de thèse au sein du Pôle Recherche du Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Poitiers, avec l'appui méthodologique du Professeur Ingrand (Pôle Biologie, Pharmacie et Santé Publique de l'Université de Poitiers).
Il s'agit d'un questionnaire de connaissances à l'intention des médecins généralistes.
La thématique du questionnaire n'est pas dévoilée à l'avance pour préserver la « fraîcheur » des vos réponses et éviter toute introduction de biais.
Nous vous prions d'indiquer à chaque fois la réponse qui vous semble correcte, sans avoir recours à des sources d'informations externes.
Le but du questionnaire n'est aucunement de vous « évaluer », mais de cibler notre travail de recherche à venir sur les points les plus controversés. Les réponses au questionnaire sont anonymes.
Nous vous remercions par avance du temps que vous allez consacrer à notre questionnaire.

G. GAIANI thésarde, Dr Yannick RUELLE

Bienvenue dans le questionnaire.
Chaque question ne prévoit qu'une seule bonne réponse, sauf précision contraire.
Vous ne pourrez pas revenir sur les questions auxquelles vous avez déjà répondu, mais à tout moment vous pourrez sauvegarder votre questionnaire et y revenir plus tard.
Nous vous remercions par avance du temps que vous allez consacrer à notre questionnaire.

Il y a 38 questions dans ce questionnaire.

[Charger un questionnaire non terminé](#) [Suivant ▶](#) [Sortie et effacer le questionnaire](#)

Thèse G GAIANI thésarde - Docteur Yannick RUELLE directeur

Chères concœurs et chers confrères,
merci de répondre à notre questionnaire.
Ce questionnaire s'insère dans notre travail de thèse au sein du Pôle Recherche du Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Poitiers, avec l'appui méthodologique du Professeur Ingrand (Pôle Biologie, Pharmacie et Santé Publique de l'Université de Poitiers).
Il s'agit d'un questionnaire de connaissances à l'intention des médecins généralistes.
La thématique du questionnaire n'est pas dévoilée à l'avance pour préserver la « fraîcheur » des vos réponses et éviter toute introduction de biais.
Nous vous prions d'indiquer à chaque fois la réponse qui vous semble correcte, sans avoir recours à des sources d'informations externes.
Le but du questionnaire n'est aucunement de vous « évaluer », mais de cibler notre travail de recherche à venir sur les points les plus controversés. Les réponses au questionnaire sont anonymes.
Nous vous remercions par avance du temps que vous allez consacrer à notre questionnaire.

G. GAIANI thésarde, Dr Yannick RUELLE

0% 100%

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

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

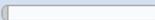
- ethinylestradiol + levonorgestrel (TETRAGYNON®) 50µg + 250 µg
- ulipristal (ELLAONE®) 30 mg
- levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5 mg
- mifepristone (MIFEGYNE®) 200 mg

[Finir plus tard](#) [Suivant ▶](#) [Sortie et effacer le questionnaire](#)

Thèse G GAIANI thésarde - Docteur Yannick RUELLE directeur

Chères consœurs et chers confrères,
merci de répondre à notre questionnaire.
Ce questionnaire s'insère dans notre travail de thèse au sein du Pôle Recherche du Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Poitiers, avec l'appui méthodologique du Professeur Ingrand (Pôle Biologie, Pharmacie et Santé Publique de l'Université de Poitiers).
Il s'agit d'un questionnaire de connaissances à l'intention des médecins généralistes.
La thématique du questionnaire n'est pas dévoilée à l'avance pour préserver la « fraîcheur » des vos réponses et éviter toute introduction de biais.
Nous vous prions d'indiquer à chaque fois la réponse qui vous semble correcte, sans avoir recours à des sources d'informations externes.
Le but du questionnaire n'est aucunement de vous « évaluer », mais de cibler notre travail de recherche à venir sur les points les plus controversés. Les réponses au questionnaire sont anonymes.
Nous vous remercions par avance du temps que vous allez consacrer à notre questionnaire.

G. GAIANI thésarde, Dr Yannick RUELLE

0%  100%

Quel est le seul mécanisme d'action prouvé du levonorgestrel (NORLEVO®)?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

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

Finir plus tard

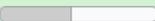
Suivant ▶

Sortie et effacer le questionnaire

Thèse G GAIANI thésarde - Docteur Yannick RUELLE directeur

Chères consœurs et chers confrères,
merci de répondre à notre questionnaire.
Ce questionnaire s'insère dans notre travail de thèse au sein du Pôle Recherche du Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Poitiers, avec l'appui méthodologique du Professeur Ingrand (Pôle Biologie, Pharmacie et Santé Publique de l'Université de Poitiers).
Il s'agit d'un questionnaire de connaissances à l'intention des médecins généralistes.
La thématique du questionnaire n'est pas dévoilée à l'avance pour préserver la « fraîcheur » des vos réponses et éviter toute introduction de biais.
Nous vous prions d'indiquer à chaque fois la réponse qui vous semble correcte, sans avoir recours à des sources d'informations externes.
Le but du questionnaire n'est aucunement de vous « évaluer », mais de cibler notre travail de recherche à venir sur les points les plus controversés. Les réponses au questionnaire sont anonymes.
Nous vous remercions par avance du temps que vous allez consacrer à notre questionnaire.

G. GAIANI thésarde, Dr Yannick RUELLE

0%  100%

Qui peut bénéficier de la délivrance de levonorgestrel (NORLEVO®) sans ordonnance ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- les femmes majeures
- les femmes mineures
- toute femme quel que soit son âge
- aucune femme quel que soit son âge

Finir plus tard

Suivant ▶

Sortie et effacer le questionnaire

Thèse G GAIANI thésarde - Docteur Yannick RUELLE directeur

Chères consœurs et chers confrères,
merci de répondre à notre questionnaire.

Ce questionnaire s'insère dans notre travail de thèse au sein du Pôle Recherche du Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Poitiers, avec l'appui méthodologique du Professeur Ingrand (Pôle Biologie, Pharmacie et Santé Publique de l'Université de Poitiers).
Il s'agit d'un questionnaire de connaissances à l'intention des médecins généralistes.

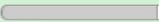
La thématique du questionnaire n'est pas dévoilée à l'avance pour préserver la « fraîcheur » des vos réponses et éviter toute introduction de biais.

Nous vous prions d'indiquer à chaque fois la réponse qui vous semble correcte, sans avoir recours à des sources d'informations externes.

Le but du questionnaire n'est aucunement de vous « évaluer », mais de cibler notre travail de recherche à venir sur les points les plus controversés. Les réponses au questionnaire sont anonymes.

Nous vous remercions par avance du temps que vous allez consacrer à notre questionnaire.

G. GAIANI thésarde, Dr Yannick RUELLE

0%  100%

* **Vous êtes:**
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Homme
- Femme

* **Quel âge avez vous?**
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- entre 25 et 35 ans
- entre 36 et 45 ans
- entre 46 et 55 ans
- entre 56 et 65 ans
- plus de 65 ans

* **A quelle fréquence pratiquez vous une infomation sur la contraception d'urgence auprès de vos patientes? (choisissez la réponse la plus adaptée)**
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- une ou plusieurs fois par semaine
- une ou plusieurs fois par mois
- une ou plusieurs fois par trimestre
- une ou plusieurs fois par semestre
- une ou plusieurs fois par an
- moins d'une fois par an

*
Merci d'indiquer 1) votre année de naissance 2) votre année d'installation 3) votre département (en chiffres), par exemple: 1970. 2002. 86
(Ces données servent uniquement au codage des questionnaires anonymes, elles ne seront pas traitées)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

année de naissance
année d'installation
département

Finir plus tard

Envoyer

Sortie et effacer le questionnaire

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| SOMMAIRE | 1 |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE TEXTE | 2 |
| 1. INTRODUCTION | 3 |
| 1.1. Contexte..... | 5 |
| 1.1.1. Epidémiologie de la contraception | 5 |
| 1.1.2. Rôle du médecin généraliste dans cette problématique..... | 5 |
| 1.2. La problématique | 6 |
| 1.2.1. La littérature : l'hypothèse prédominante..... | 6 |
| 1.2.1.1. <i>État des lieux de la littérature</i> | 6 |
| 1.2.1.2. <i>Connaissance de la contraception d'urgence par les femmes</i> | 7 |
| 1.2.1.3. <i>Connaissance de la contraception d'urgence par les médecins</i> | 7 |
| 1.2.1.4. <i>Lien entre connaissance des médecins généralistes et connaissance des patientes</i> | 8 |
| 1.2.2. Hypothèse contradictoire de l'étude | 9 |
| 1.3. Questions de recherche et objectifs | 10 |
| 1.3.1. Questions de recherche et objectifs généraux..... | 10 |
| 1.3.2. Objectif de l'étude | 11 |
| 2. MATÉRIEL ET MÉTHODES | 13 |
| 2.1. Vue d'ensemble..... | 15 |
| 2.2. Revue de la littérature et élaboration d'un premier questionnaire..... | 16 |
| 2.3. Le travail du groupe d'experts..... | 17 |
| 2.3.1. Choix des experts | 17 |
| 2.4. Pré-test du questionnaire..... | 18 |
| 2.5. Validation du questionnaire | 19 |
| 2.6. Traitement statistique des résultats..... | 20 |
| 3. RÉSULTATS | 21 |
| 3.1. Résultats de la revue de la littérature | 23 |
| 3.1.1. Molécule(s) recommandée(s), forme pharmaceutique et posologie..... | 24 |
| 3.1.2. Indications..... | 26 |
| 3.1.3. Contre-indications..... | 28 |
| 3.1.4. Délai d'utilisation, efficacité..... | 29 |
| 3.1.5. Effets secondaires | 31 |
| 3.1.6. Interactions à prendre en compte | 32 |
| 3.1.7. Mécanisme d'action | 33 |
| 3.1.9. Alternatives au levonorgestrel en contraception d'urgence..... | 34 |
| 3.1.10. Prescription et délivrance | 36 |
| 3.1.11. Conditions de prise en charge du levonorgestrel | 39 |
| 3.2. Résultats du travail du groupe d'experts..... | 41 |

| | | |
|---------------|---|-----------|
| 3.2.1. | La composition du groupe d'experts | 41 |
| 3.2.2. | Modifications générales apportées par le groupe d'experts | 41 |
| 3.2.3. | Modifications question par question | 43 |
| 3.2.3.1. | <i>Molécule(s) recommandée(s), forme pharmaceutique et posologie</i> | 43 |
| 3.2.3.2. | <i>Indications</i> | 44 |
| 3.2.3.3. | <i>Contre-indications</i> | 44 |
| 3.2.3.4. | <i>Délai d'utilisation, efficacité</i> | 45 |
| 3.2.3.5. | <i>Effets secondaires</i> | 46 |
| 3.2.3.6. | <i>Interactions à prendre en compte</i> | 46 |
| 3.2.3.7. | <i>Mécanisme d'action</i> | 47 |
| 3.2.3.8. | <i>Grossesse et allaitement</i> | 47 |
| 3.2.3.9. | <i>Alternatives au levonorgestrel en contraception d'urgence</i> | 48 |
| 3.2.3.10. | <i>Prescription et délivrance</i> | 48 |
| 3.2.3.11. | <i>Prise en charge du levonorgestrel</i> | 50 |
| 3.2.3.12. | <i>Questions rajoutées par le groupe d'experts</i> | 51 |
| 3.2.3.13. | <i>Questions éliminées par le groupe d'experts</i> | 51 |
| 3.3. | Résultats du pré-test du questionnaire | 51 |
| 3.3.1. | Modification de la question 2 | 52 |
| 3.3.2. | Modification de la question 4 | 52 |
| 3.3.3. | Modification de la question 7 | 53 |
| 3.3.4. | Modification des questions 9 et 22 | 53 |
| 3.3.5. | Modification de la question 18 | 54 |
| 3.3.6. | Modification de la question 21 | 54 |
| 3.3.7. | Données supplémentaires issues du pré-test | 55 |
| 3.4. | Résultat de l'administration à l'échantillon définitif | 56 |
| 3.4.1. | Analyse descriptive des résultats question par question | 56 |
| 3.4.1.1. | <i>Question 1 : molécule actuellement indiquée en contraception d'urgence</i> | 57 |
| 3.4.1.2. | <i>Question 2 : mécanisme d'action</i> | 57 |
| 3.4.1.3. | <i>Question 3 : prise de levonorgestrel en cours d'allaitement</i> | 58 |
| 3.4.1.4. | <i>Question 4 : lieux de délivrance</i> | 58 |
| 3.4.1.5. | <i>Question 5 : délai d'efficacité selon l'AMM</i> | 59 |
| 3.4.1.6. | <i>Question 6 : indication de la contraception d'urgence</i> | 59 |
| 3.4.1.7. | <i>Question 7 : courbe d'efficacité du levonorgestrel</i> | 60 |
| 3.4.1.8. | <i>Question 8 : interactions à prendre en compte</i> | 60 |
| 3.4.1.9. | <i>Question 9 : alternative chez la patiente nullipare</i> | 61 |
| 3.4.1.10. | <i>Question 10 : échec du levonorgestrel</i> | 61 |
| 3.4.1.11. | <i>Question 11 : posologie du levonorgestrel</i> | 62 |
| 3.4.1.12. | <i>Question 12 : utilisation répétée au cours du cycle</i> | 62 |
| 3.4.1.13. | <i>Question 13 : prescription du levonorgestrel</i> | 63 |
| 3.4.1.14. | <i>Question 14 : administration en établissement scolaire</i> | 63 |
| 3.4.1.15. | <i>Question 15 : délivrance sans ordonnance</i> | 64 |
| 3.4.1.16. | <i>Question 16 : efficacité du levonorgestrel selon la littérature</i> | 64 |
| 3.4.1.17. | <i>Question 17 : contre-indications</i> | 65 |
| 3.4.1.18. | <i>Question 18 : conduite à tenir en cas de vomissements après la prise</i> | 65 |
| 3.4.1.19. | <i>Question 19 : efficacité après la fécondation</i> | 66 |
| 3.4.1.20. | <i>Question 20 : efficacité du levonorgestrel dans les premières 24 heures</i> | 66 |
| 3.4.1.21. | <i>Question 21 : alternative au levonorgestrel chez une patiente ayant déjà accouché</i> | 67 |
| 3.4.1.22. | <i>Question 22 : administration par les infirmières scolaires</i> | 68 |
| 3.4.1.23. | <i>Question 23 : SMR</i> | 68 |
| 3.4.1.24. | <i>Question 24 : prix de vente du levonorgestrel</i> | 69 |
| 3.4.1.25. | <i>Question 25 : effets secondaires</i> | 69 |
| 3.4.1.26. | <i>Question 26 : prescription anticipée de levonorgestrel</i> | 70 |
| 3.4.1.27. | <i>Question 27 : efficacité du levonorgestrel en cas de prise 48-72 heures après le rapport à risque de grossesse</i> | 70 |
| 3.4.1.28. | <i>Question 28 : délivrance gratuite</i> | 71 |
| 3.4.1.29. | <i>Question 29 : remboursement</i> | 71 |
| 3.4.1.30. | <i>Question 30 : effet tératogène</i> | 72 |
| 3.4.1.31. | <i>Questions de description de l'échantillon</i> | 73 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 3.5. | Analyse par le logiciel SAS®..... | 75 |
| 3.5.1. | Analyse de fréquence..... | 75 |
| 3.5.2. | Calcul du coefficient de corrélation de Pearson..... | 77 |
| 3.5.3. | Calcul du coefficient α de Cronbach et analyse en composantes principales..... | 79 |
| 3.5.5. | Corrélation entre score et caractéristiques de l'échantillon..... | 82 |
| 4. | DISCUSSION..... | 87 |
| 4.1. | La revue de la littérature grise..... | 89 |
| 4.1.1. | La technique de revue..... | 89 |
| 4.1.2. | Le choix des sources..... | 89 |
| 4.1.3. | Un travail orienté sur le levonorgestrel..... | 90 |
| 4.2. | Le groupe d'experts et le pré-test..... | 91 |
| 4.2.1. | La technique..... | 91 |
| 4.2.2. | Biais potentiels dans la composition du groupe d'experts..... | 92 |
| 4.3.1. | La technique..... | 93 |
| 4.3.2. | L'échantillon..... | 94 |
| 4.3.3. | L'analyse statistique..... | 95 |
| 4.3.4. | Les résultats..... | 95 |
| 4.3.4.1. | Objectif principal..... | 95 |
| 4.3.4.2. | Apports de l'étude..... | 95 |
| 4.3.4.3. | Le taux de réponse et la nature des répondants..... | 96 |
| 4.3.4.4. | Analyse descriptive des résultats..... | 97 |
| 5. | CONCLUSION..... | 101 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 105 |
| | ANNEXES..... | 109 |
| | Annexe 1..... | 109 |
| | Annexe 2..... | 111 |
| | Annexe 3..... | 112 |
| | Annexe 4..... | 113 |
| | Annexe 5..... | 114 |
| | Annexe 6..... | 115 |
| | Annexe 7..... | 124 |
| | Annexe 8..... | 130 |
| | Annexe 9..... | 135 |
| | Annexe 10..... | 141 |
| | Annexe 11..... | 146 |
| | TABLE DES MATIERES..... | 149 |
| | TABLE DES FIGURES..... | 153 |

| | |
|-----------------------|------------|
| TABLEAUX | 154 |
| RESUME | 155 |
| SUMMARY | 155 |
| SERMENT | 157 |

TABLE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| FIGURE 1 : HYPOTHESE DE LA LITTERATURE : RELATION DIRECTE ENTRE CONNAISSANCE DES MEDECINS GENERALISTES DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE ET CONNAISSANCE DES FEMMES..... | 8 |
| FIGURE 2 : COMPOSANTS DU PHENOMENE DU COUNSELING..... | 10 |
| FIGURE 3 : " RESEARCH AGENDA" SUR LE COUNSELING EN MATIERE DE CONTRACEPTION D'URGENCE..... | 11 |
| FIGURE 4 : VUE D'ENSEMBLE DE LA METHODE..... | 15 |
| FIGURE 5 : COMPOSITION DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE..... | 56 |
| FIGURE 6 : REPONSES A LA QUESTION SUR LA MOLECULE ACTUELLEMENT INDIQUEE EN CONTRACEPTION D'URGENCE..... | 57 |
| FIGURE 7: REPONSES A LA QUESTION SUR LE MECANISME D'ACTION..... | 57 |
| FIGURE 8 : REPONSES A LA QUESTION SUR LA PRISE DE LEVONORGESTREL EN COURS D'ALLAITEMENT..... | 58 |
| FIGURE 9 : REPONSES A LA QUESTION SUR LE LIEU(X) DE DELIVRANCE..... | 58 |
| FIGURE 10 : REPONSES A LA QUESTION SUR LE DELAI D'EFFICACITE SELON L'AMM..... | 59 |
| FIGURE 11 : REPONSES A LA QUESTION SUR L'INDICATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE..... | 59 |
| FIGURE 12 : REPONSES A LA QUESTION SUR LA COURBE D'EFFICACITE DU LEVONORGESTREL..... | 60 |
| FIGURE 13 : REPONSE A LA QUESTION SUR LES INTERACTIONS A PRENDRE EN COMPTE..... | 60 |
| FIGURE 14 : REPONSES A LA QUESTION SUR LES ALTERNATIVES AU LEVONORGESTREL CHEZ LA PATIENTE NULLIPARE..... | 61 |
| FIGURE 15 : REPONSE A LA QUESTION SUR LE SIGNES EVOCATEUR D'ECHEC DU LEVONORGESTREL..... | 61 |
| FIGURE 16 : REPONSES A LA QUESTION SUR LA POSOLOGIE DU LEVONORGESTREL..... | 62 |
| FIGURE 17 : REPONSES A LA QUESTION SUR L'UTILISATION REPETEE DU LEVONORGESTREL AU COURS DU MEME CYCLE..... | 62 |
| FIGURE 18 : REPONSES A LA QUESTION SUR LA PRESCRIPTION DE LEVONORGESTREL..... | 63 |
| FIGURE 19 : REPONSES A LA QUESTION SUR L'ADMINISTRATION DE LEVONORGESTREL EN ETABLISSEMENT SCOLAIRE..... | 63 |
| FIGURE 20 : REPONSES A LA QUESTION SUR LA DELIVRANCE SANS ORDONNANCE..... | 64 |
| FIGURE 21 : REPONSES A LA QUESTION SUR L'EFFICACITE DU LEVONORGESTREL SELON LA LITTERATURE..... | 64 |
| FIGURE 22 : REPONSES A LA QUESTION SUR LES CONTRE-INDICATIONS DU LEVONORGESTREL..... | 65 |
| FIGURE 23 : REPONSES A LA QUESTION SUR LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE VOMISSEMENTS..... | 65 |
| FIGURE 24 : REPONSES A LA QUESTION SUR L'EFFICACITE DU LEVONORGESTREL APRES LA FECONDATION..... | 66 |
| FIGURE 25 : REPONSES A LA QUESTION SUR L'EFFICACITE DU LEVONORGESTREL DANS LES PREMIERES 24 HEURES..... | 66 |
| FIGURE 26 : REPONSES A LA QUESTION SUR LES ALTERNATIVES CHEZ UNE PATIENTE AYANT DEJA ACCOUCHE..... | 67 |
| FIGURE 27 : REPONSES A LA QUESTION SUR L'ADMINISTRATION DU LEVONORGESTREL PAR L'IDE SCOLAIRE..... | 68 |
| FIGURE 28 : REPONSES A LA QUESTION SUR LE SMR..... | 68 |
| FIGURE 29 : REPONSES A LA QUESTION SUR LE PRIX DE VENTE MOYEN DU LEVONORGESTREL..... | 69 |
| FIGURE 30 : REPONSES A LA QUESTION SUR LES EFFETS SECONDAIRES..... | 69 |
| FIGURE 31 : REPONSES A LA QUESTION SUR LA PRESCRIPTION ANTICIPEE..... | 70 |
| FIGURE 32 : REPONSES A LA QUESTION SUR L'EFFICACITE DU LEVONOGESTREL 48-72 HEURES APRES LE RAPPORT..... | 70 |
| FIGURE 33 : REPONSE A LA QUESTION SUR LA DELIVRANCE GRATUITE DE LEVONORGESTREL..... | 71 |
| FIGURE 34 : REPONSES A LA QUESTION SUR LE TAUX DE REMBOURSEMENT DU LEVONORGESTREL..... | 71 |
| FIGURE 35 : REPONSES A LA QUESTION SUR L'EFFET MALFORMATIF DU LEVONOGESTREL..... | 72 |
| FIGURE 36 : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON : AGE..... | 73 |
| FIGURE 37 : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON : LIEU D'EXERCICE..... | 73 |
| FIGURE 38 : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON : MODE D'EXERCICE..... | 74 |
| FIGURE 39: DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON : FREQUENCE DE L'INFORMATION DONNEE AUX FEMMES SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE..... | 74 |
| FIGURE 40: "SCREE PLOT"ISSU DU LOGICIEL SAS®..... | 80 |
| FIGURE 41: DIAGRAMME ISSU DU LOGICIEL SAS® ILLUSTRANT LA VARIANCE..... | 80 |
| FIGURE 42 : HISTOGRAMME ISSU DU LOGICIEL SAS® MODIFIE MONTRANT LA DISTRIBUTION PAR SCORE..... | 81 |
| FIGURE 43 : SYNTHESE DES SCORE DE WILCOXON ISSUE DU LOGICIEL SAS® POUR LA VARIABLE DEMOGRAPHIQUE " FREQUENCE DE L'INFORMATION DONNEE AUX FEMMES "..... | 84 |
| FIGURE 44: EXEMPLE DE PRESENTATION D'UNE QUESTION PAR LE LOGICIEL LIME SURVEY®..... | 93 |

TABLEAUX

| | |
|--|----|
| TABLEAU 1 : QUESTIONS SUR LE THEME "MOLECULE RECOMMANDEE, FORME PHARMACEUTIQUE, POSOLOGIE" | 25 |
| TABLEAU 2 : QUESTIONS SUR LE THEME "INDICATIONS" | 27 |
| TABLEAU 3 : QUESTIONS SUR LE THEME "CONTRE-INDICATIONS " | 28 |
| TABLEAU 4 : QUESTIONS SUR LE THEME "DELAI D'UTILISATION, EFFICACITE" | 30 |
| TABLEAU 5 : EFFETS SECONDAIRES DE NORLEVO® (LEVONORGESTREL), EXTRAIT ET MODIFIE DE LA MONOGRAPHIE DU PRODUIT SELON LE VIDAL 2012 | 31 |
| TABLEAU 6 : QUESTIONS SUR LE THEME "EFFETS SECONDAIRES" | 32 |
| TABLEAU 7 : QUESTIONS SUR LE THEME "INTERACTIONS A PRENDRE EN COMPTE" | 32 |
| TABLEAU 8 : QUESTIONS SUR LE THEME " MECANISME D'ACTION" | 33 |
| TABLEAU 9 : QUESTIONS SUR LE THEME "GROSSESSE ET ALLAITEMENT" | 34 |
| TABLEAU 10 : QUESTIONS SUR LE THEME "ALTERNATIVES AU LEVONORGESTREL EN CONTRACEPTION D'URGENCE" | 35 |
| TABLEAU 11 : QUESTIONS SUR LE THEME " PRESCRIPTION ET DELIVRANCE" | 39 |
| TABLEAU 12 : QUESTIONS SUR LE THEME "CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE" | 40 |
| TABLEAU 13 : COMPOSITION DU GROUPE D'EXPERTS | 41 |
| TABLEAU 14 : QUESTIONS SUR LE THEME "MOLECULE(S) RECOMMANDEE(S), FORME PHARMACEUTIQUE ET POSOLOGIE" APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 43 |
| TABLEAU 15 : QUESTIONS SUR LE THEME "INDICATIONS" APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 44 |
| TABLEAU 16 : QUESTIONS SUR LE THEME " CONTRE-INDICATIONS " APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 44 |
| TABLEAU 17 : QUESTIONS SUR LE THEMATIQUE "DELAI D'UTILISATION, EFFICACITE" APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 45 |
| TABLEAU 18 : QUESTIONS SUR LE THEME "EFFETS SECONDAIRES" APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 46 |
| TABLEAU 19 : QUESTIONS SUR LE THEME "INTERACTIONS A PRENDRE EN COMPTE" APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 46 |
| TABLEAU 20 : QUESTIONS SUR LE THEME "MECANISME D'ACTION" APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 47 |
| TABLEAU 21 : QUESTIONS SUR LE THEME "GROSSESSE ET ALLAITEMENT" APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 47 |
| TABLEAU 22 : QUESTIONS SUR LE THEME "ALTERNATIVES AU LEVONORGESTREL" APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 48 |
| TABLEAU 23 : QUESTIONS SUR LE THEMES "PRESCRIPTION ET DELIVRANCE " APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 49 |
| TABLEAU 24 : QUESTIONS SUR LE THEME "PRISE EN CHARGE" APRES LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS | 50 |
| TABLEAU 25 : QUESTION RAJOUTEE PAR LE GROUPE D'EXPERTS | 51 |
| TABLEAU 26 : DISTRIBUTION DES REPONSES ISSUES DU PRE-TEST A LA QUESTION SUR LE MECANISME D'ACTION | 52 |
| TABLEAU 27 : PRECISIONS A LA QUESTION SUR LE LIEUX DE DELIVRANCE | 52 |
| TABLEAU 28 : PRECISION A LA QUESTION SUR L'EFFICACITE DU LEVONORGESTREL | 53 |
| TABLEAU 29 : PRECISIONS AUX QUESTIONS SUR LES ALTERNATIVES AU LEVONORGESTREL | 53 |
| TABLEAU 30 : PRECISIONS A LA QUESTION SUR LA SURVENUE DE VOMISSEMENTS SUITE A L'ADMINISTRATION DE LEVONORGESTREL | 54 |
| TABLEAU 31 : QUESTION ELIMINEE DEFINITIVEMENT SUITE AU PRE-TEST | 55 |
| TABLEAU 32: TABLEAU D'ANALYSE DE FREQUENCE POUR LES QUESTIONS 13, 16, 25, 29, 30. | 76 |
| TABLEAU 33 TABLEAU PARTIEL EXEMPLIFICATIF DE CORRELATION QUESTION PAR QUESTION. LE COEFFICIENT DE PEARSON SIGNIFICATIF AINSI QUE LE BINOME DE QUESTIONS INTERESSEES SONT EN ROUGE. | 78 |
| TABLEAU 34: TABLEAU D'ANALYSE DE FREQUENCE POUR LES QUESTIONS CONCERNANT L'ALTERNATIVE AU LEVONORGESTREL CHEZ LA NULLIPARE ET CHEZ LA PATIENTE AYANT DEJA ACCOUCHE | 79 |
| TABLEAU 35: SYNTHESE DES OBSERVATIONS SUR LES PARAMETRES DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON | 83 |
| TABLEAU 36: SYNTHESE DES SCORES DE WILCOXON POUR LA VARIABLE FREQUENCE DE L'INFORMATION DELIVREE AUX FEMMES | 84 |

RESUME

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

Matériel et méthode : Les items du questionnaires 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.

SUMMARY

Objectives : *Design of a questionnaire on general practitioners' knowledge about emergency contraception.*

Materials and methods : *Survey items were selected basing on several following validation procedures (review of literature, selection by an experts' group, pre-test on a sample of at least ten practitioners, test on a sample of at least a hundred practitioners, statistical analysis).*

Results : *The revue of literature allowed to individualize 47 items. Then the items were reduced to 31 by the experts' group work and to 30 by the pre-test, performed on a sample of 12 general practitioners. The final test took place on a sample of 98 general practitioners from the French departments of Vienne and Deux Sèvres. The statistical analysis allowed to obtain a 25 items survey. The last sample permitted to individualize further information, that need to be confirmed by larger studies. General practitioners who have an inter-universitary French degree in gynaecology seem to have better survey scores ($p = 0,05$). General practitioners who inform more often their patients about emergency contraception seem to have a better score at the survey ($p = 0,17$).*

Conclusion : *This work allowed to obtain a valid questionnaire on general practitioners' knowledge about emergency contraception. This questionnaire can be used to study the relation between general practitioners' knowledge and how often they inform their patients and, more generally, to study counseling on emergency contraception in general practice.*

Keywords: *questionnaire design, emergency contraception, knowledge, general practitioner.*

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 !



RESUME

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

Matériel et méthode : Les items du questionnaires 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 confirmés 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.

SUMMARY

Objectives : *Design of a questionnaire on general practitioners' knowledge about emergency contraception.*

Materials and methods : *Survey items were selected basing on several following validation procedures (review of literature, selection by an experts' group, pre-test on a sample of at least ten practitioners, test on a sample of at least a hundred practitioners, statistical analysis).*

Results : *The revue of literature allowed to individualize 47 items. Then the items were reduced to 31 by the experts' group work and to 30 by the pre-test, performed on a sample of 12 general practitioners. The final test took place on a sample of 98 general practitioners from the French departments of Vienne and Deux Sèvres. The statistical analysis allowed to obtain a 25 items survey. The last sample permitted to individualize further information, that need to be confirmed by larger studies. General practitioners who have an inter-university French degree in gynaecology seem to have better survey scores ($p = 0,05$). General practitioners who inform more often their patients about emergency contraception seem to have a better score at the survey ($p = 0,17$).*

Conclusion : *This work allowed to obtain a valid questionnaire on general practitioners' knowledge about emergency contraception. This questionnaire can be used to study the relation between general practitioners' knowledge and how often they inform their patients and, more generally, to study counseling on emergency contraception in general practice.*

Keywords: *questionnaire design, emergency contraception, knowledge, general practitioner.*