



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par
Pauline KALT

Le 4 juillet 2012

LA CONTRACEPTION D'URGENCE : **À PROPOS DE L'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES** **DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES VOSGIENS** **(DANS LE BUT DE RÉALISER UNE ACTION** **DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE)**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur P. JUDLIN	Président et juge
M. le Professeur F. KOHLER	Juge
M. le Professeur M. KLEIN	Juge
M. le D. J-M. HEID Jean-Marc	Directeur et juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :	
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseeurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1^{ère} sous-section : (Anatomie)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT – Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIOWSKI

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : *(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)*

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE – Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER – Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET – Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY – Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section : (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Rhumatologie)*

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Docteur Anne-Claire BURSZEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A.)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A.)

Harry J. BUNCKE (1988)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A.)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A.)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A.)
Professeur Mamish Nisbet MUNIRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A.)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A.)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A.)
Professeur Masahiko KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A.)

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Nous vous sommes particulièrement reconnaissante d'avoir accepté de suivre et de soutenir ce travail.

Votre regard et vos conseils sur ce sujet de mémoire du Diplôme de Formation Complémentaire en Gynécologie-Obstétrique et de Thèse nous ont été très précieux.

Nous vous prions de voir dans ce modeste travail toute l'expression de notre profond respect et de notre immense gratitude.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur François KOHLER
Professeur de Biostatistiques et Informatique Médicale (option biologique)

Nous vous sommes reconnaissants de la richesse de vos enseignements que nous avons suivis au cours de notre premier cycle des études de médecine, ainsi que de votre accueil et de votre disponibilité.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites d'accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Veillez trouver ici, l'expression de notre plus profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Marc KLEIN
Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Votre participation à notre jury de thèse est pour nous un très grand honneur.

Nous tenons à vous remercier de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre haute considération.

A notre Directeur et Juge

Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID
Médecin Généraliste Enseignant au Département de Médecine Générale

De l'initiation de ce projet, jusqu'à sa finalisation, vous avez sans cesse été présent. Cette thèse est aussi la vôtre.

Nous nous souviendrons de votre soutien indéfectible et de votre patience inaltérable, dans ce travail ainsi que lors de notre stage à Senones.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Un grand merci

à toute l'équipe de Déodatie dont les Docteurs Florentin, Uhlrich, Coppin et Heid (pour votre soutien dans l'acquisition de mon autonomie professionnelle),

à toute l'équipe de la vallée de la Haute Moselle dont les Docteurs Berbé, Château, Remond, Meslin, Scheer, Vauthier Jean-Charles et Virginie (vous avez été déterminants dans mes choix professionnels grâce à votre humanité et votre accueil confraternel),

à tous les membres du DUMG et à tous les autres médecins spécialistes qui ont participé à ma formation médicale théorique et pratique,

à Matthieu Schockmel et Manon son externe pour leur aide statistique,

à l'ensemble des médecins généralistes vosgiens qui ont participé avec enthousiasme à notre travail.

Remerciements à tous ceux qui, depuis le début, ont manifesté attachement, soutien et encouragement, à mon projet professionnel, principalement mes parents, ma sœur.

Merci à eux pour leur patience et leur confiance.

Un clin d'oeil

à Johannes,

à ma famille Adrien, Angi, Arthur, Bärbel, Benjamin, Brigitte, Caro, Céline, Christelle, Christophe, Daphné, Elmar, Ersnt, Francine, Fred, Jacques, Janine, JF, JM, Kik's, Kinda, Maria, Mat', Michou, Monique, Mouyoune, Niels, Oliv', Pierre, Rémi, Sahar, Sandra, Séb, Valentin, Victor, Vincent, Yann,

et à mes tous amis Adeline, Agathe, Aurélie, Brice, Cédric, Délia, JB, Jen, Jessy, Josépha, Julie, Gaëlle, Hervé, Manou, Marielle, Maxou, Nico, Nour, Philippe, Po, Rickard, Rototo, Sophie, Stéphane, Tibo, Zabou.

A ceux que j'ai oubliés, veuillez ne pas m'en tenir rigueur.

SERMENT

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS PAR ORDRE D'APPARITION.....	13
AVANT PROPOS.....	15
PREMIÈRE PARTIE :	16
1 La contraception d'urgence en France.....	16
1.1 Contexte législatif.....	16
1.2 Les différents types de CU	17
1.2.1 Définition.....	17
1.2.2 Les CU historiques.....	17
1.2.3 Les CU actuelles.....	18
1.3 Place de la CU dans le plan de régulation des naissances en France.....	19
1.3.1 Quantification de l'utilisation de la CU.....	19
1.3.2 Une alternative précoce à l'IVG.....	21
1.3.3 La place spécifique du médecin généraliste parmi les acteurs de l'information.....	23
2 La formation des médecins généralistes en CU.....	26
2.1 La formation médicale initiale à la faculté de médecine de Nancy.....	26
2.1.1 Premier cycle des études médicales.....	26
2.1.2 Deuxième cycle des études médicales.....	27
2.1.3 Troisième cycle des études médicales : le DES de Médecine Générale	28
2.2 La formation médicale continue.....	29
2.2.1 Historique.....	29
2.2.2 Exemples des FMC en gynécologie dans les Vosges.....	30
3 L'état des connaissances.....	31
DEUXIÈME PARTIE.....	32
1 Matériel et Méthodes.....	32
2 Résultats.....	34
2.1 Profil de la population étudiée.....	34
2.1.1 Répartition selon le genre.....	34
2.1.2 Répartition selon l'année de thèse.....	34
2.1.3 Répartition selon la localisation géographique.....	34
2.1.4 Répartition selon mode d'exercice.....	35
2.1.5 Répartition selon l'activité de FMC.....	35
2.1.6 Répartition selon les formations complémentaires.....	36
2.1.7 Répartition selon l'existence d'une activité salariée.....	36
2.1.8 Répartition selon l'informatisation du cabinet médical.....	36
2.1.9 Répartition selon l'activité en gynécologie.....	37
2.2 Les connaissances.....	40
2.2.1 Le nom des CU en question ouverte.....	40
2.2.2 Estimation du niveau d'information délivrée aux patientes.....	40
2.2.3 Lévonorgestrel 1,5mg.....	40
2.2.4 Ulipristal acétate.....	44
2.2.5 DIUcu.....	46
2.3 Influence du profil sur les capacités à citer les CU en question ouverte.....	48
2.3.1 Lévonorgestrel 1,5mg.....	48
2.3.2 Ulipristal acétate.....	48
2.3.3 DIUcu	49

3 Discussion	51
3.1 Méthode de l'étude.....	51
3.1.1 Calendrier de collecte des données.....	51
3.1.2 Mode de collecte des données.....	52
3.1.3 La validité des résultats.....	54
3.1.4 Généralisation des résultats.....	56
3.2 Commentaires des résultats	57
3.2.1 Profil de la population étudiée.....	57
3.2.2 Les connaissances au sujet des CU.....	60
3.2.3 Les facteurs influençant les capacités à citer les CU.....	62
TROISIÈME PARTIE	64
1 Organisation d'une FMC.....	64
1.1 La structure de FMC choisie.....	64
1.2 Le programme de la formation.....	65
2 Une FMC ciblée.....	66
3 Évaluation.....	67
3.1 Niveau d'évaluation.....	67
3.2 Résultats.....	68
3.2.1 Le niveau de satisfaction des participants.....	68
3.2.2 Les connaissances au sujet du Lévonorgestrel 1,5mg	68
3.2.3 Les connaissances au sujet de Ulipristal acétate.....	71
3.2.4 Les connaissances au sujet du DIUcu.....	71
4 Commentaires.....	72
4.1 Le type de FMC choisie.....	72
4.2 La méthode d'évaluation.....	72
4.2.1 Évaluation de la satisfaction.....	72
4.2.2 Évaluation des résultats.....	73
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE.....	75
SOMMAIRE DES ILLUSTRATIONS.....	79
ANNEXES.....	80
1 Informations données au médecin préalablement à la soumission du questionnaire.....	80
2 Mode d'emploi du questionnaire.....	81
3 Questionnaire.....	82
4 Diaporama présenté à la séance de FMC du 4 avril 2012.....	84
5 Modèle de grille d'exposition de cas clinique lors de GAPP de la Déodaté.....	87
6 Compte rendu de la réunion de GAPP de la Déodaté du 4 avril 2012.....	88

LISTE DES ABRÉVIATIONS PAR ORDRE D'APPARITION

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMVPPU : Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire

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

CEPF : Centre d'Education et de Planification Familiale

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CU : Contraception d'urgence

DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales

DES : Diplôme d' Études Spécialisées

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DIUcu : Dispositif Intra-Utérin au cuivre

DPC : Développement Professionnel Continu

EE : Éthinyl-Estradiol

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

FNPEIS : Fonds National de Prévention et d'Intervention en Santé

FPC : Formation Professionnelle Conventionnelle

GE : Généraliste Enseignant

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OGC : Organisme Gestionnaire Conventionnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSNP : Rapport Sexuel Non Protégé

UE : Unité d'Enseignement

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

AVANT PROPOS

De nombreuses questions se posent lorsqu'une patiente demande une IVG. Était-elle consciente du risque de grossesse lors du rapport sexuel ? Avait-elle une contraception ? Si oui, pourquoi y a-t-il eu erreur ou échec dans le parcours contraceptif ? La patiente était-elle informée de la possibilité d'une CU et en disposait-elle ? Pour résumer, comment cette grossesse non désirée aurait-elle pu être évitée ? Quelle est la place du médecin généraliste dans la prévention des IVG ?

La prescription de la contraception telle qu'elle est pratiquée en France, hautement médicalisée (1,2), ne présente pas l'efficacité que l'on pourrait en attendre. Cela est grandement lié à une méconnaissance des situations à risque de grossesse non désirée (3)(4), du mécanisme des contraceptifs (5) et à une mauvaise observance de la contraception (6). L'accès à la contraception de rattrapage est facilité mais son usage est trop limité pour faire baisser le nombre d'IVG (7).

Les médecins généralistes, coordonnateurs du parcours de santé des femmes, bénéficient d'une forte légitimité en tant que source d'information au sujet de la contraception auprès des Français (8). Ils ont une place de choix dans l'application des mesures visant à augmenter l'efficacité réelle des contraceptifs. La contraception d'urgence est paradoxalement d'accès plus simple et moins médicalisée que l'accès à la contraception régulière. Les femmes ont peu recours aux conseils du médecin en cas d'oubli de pilule. L'anticipation prend toute sa place lors de consultation de médecine générale (9).

Il a été montré que la CU était bien connue des médecins généralistes mais qu'ils étaient moins bien informés des médicaments récemment apparues sur le marché (10). Les nouveautés dans le domaine de la contraception d'urgence ouvrent le champ d'action contre les grossesses non désirées (11).

Notre objectif est de décrire les connaissances des médecins généralistes vosgiens en termes de contraception d'urgence. Nous tenterons d'apporter une réponse pédagogique aux besoins mis en évidence. Cette démarche constitue la première étape en vue d'assurer une éducation adaptée aux femmes et de diminuer le nombre de grossesses non désirées et d'IVG.

PREMIÈRE PARTIE :

1 La contraception d'urgence en France

1.1 Contexte législatif

En 1967, la contraception, interdite par la loi depuis 1920, est autorisée par la loi « Neuwirth »¹.

En 1974², les CEPF sont autorisés à délivrer aux mineures des contraceptifs sur prescription médicale, gratuitement et anonymement.

La contraception d'urgence estroprogestative se développe dans les années 80, avec la meilleure connaissance de la contraception.

A partir du 31 mai 1999, le Lévonorgestrel est disponible sans ordonnance dans les pharmacies. La France est le premier pays à mettre cette mesure en place (7).

En 2001³, un protocole national précise les modalités de délivrance par les infirmières scolaires des établissements du second degré. Le 8 août 2001, NORLEVO® 0,75mg est inscrit sur la liste des médicaments remboursables sur prescription par l'assurance maladie au taux de 65%.

En 2002⁴, suite à la mise en application du décret de la loi de 2000⁵, NORLEVO®, contraceptif d'urgence ne présentant pas de danger pour la santé, n'est plus soumis à prescription médicale obligatoire. Il peut être délivré gratuitement par les pharmaciens aux mineures désirant garder l'anonymat. La loi préconise un entretien préalable avec la jeune fille afin de s'assurer que la situation correspond aux critères d'urgence, de l'informer des modalités de contraception régulière, des risques de MST et de l'orienter vers un médecin (communication des coordonnées du CEPF le plus proche).

En 2004, « Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours » est un

1 Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L648 et L649 du Code de la Santé Publique

2 Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant sur diverses dispositions relatives à la régulation des naissances

3 Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

4 Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence

5 Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.

des 100 objectifs de Santé publique⁶.

En 2005, les sages-femmes sont autorisées à prescrire la CU hormonale.

En 2009, la Loi « HPST »⁷ les autorise à prescrire toutes les méthodes contraceptives (dont la pose de stérilets). Les centres de médecine préventive universitaire et inter-universitaire et de promotion de la santé sont autorisés à délivrer la contraception d'urgence. ELLAONE® obtient l'AMM dans l'Union Européenne en mai 2009. Sa commercialisation débute en France en octobre 2009 .(11)

1999 NORLEVO® apparaît en France

2002 la loi facilite l'accès la CU

2009 une nouvelle molécule entre dans les possibilités thérapeutiques : ELLAONE®

1.2 Les différents types de CU

1.2.1 Définition

La CU, encore appelée contraception *post-coïtale* ou *du lendemain*, désigne les « méthodes contraceptives de rattrapage qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport non protégé » (12).

1.2.2 Les CU historiques

La CU par estrogène seul est décrite dès 1967 (Diéthylstiboestrol, EE, oestrogènes conjugués). Malgré une efficacité excellente, elle est rapidement abandonnée du fait d'une très mauvaise tolérance.

La CU estroprogestative, décrite en 1982 (13), était la plus utilisée au niveau mondial jusqu'à l'apparition de la CU par progestatif seul, plus efficace et mieux tolérée (14,15). En France, la méthode « Yuzpe » a été commercialisée de 1998 à 2004, sous le nom TETRAGYNON® : *éthinyloestradiol* 50µg + *lévonorgestrel* 250µg ; 2 comprimés le plus tôt possible dans les 72 heures, après le RSNP ; une seconde prise de 2 comprimés, 12 heures plus tard.



Illustration 1: TETRAGYNON®, Laboratoire Schering.

6 Loi n° 2004-806 du 11 août 2004 relative à la politique de Santé Publique.

7 Article L.4151-1 du code de la santé publique dans sa version modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009

1.2.3 Les CU actuelles

La CU hormonale progestative, le modulateur des récepteurs à la progestérone et le DIU au cuivre sont les trois méthodes actuellement disponibles.

La CU progestative, Lévonorgestrel 1,5mg est commercialisée sous le nom de NORLEVO®. En 2007, le générique Lévonorgestrel est commercialisé par le laboratoire BIOGARAN. NORLEVO® coûte 7,58 euros (Lévonorgestrel BIOGARAN, 6,18 euros), remboursable à 65% par la Sécurité Sociale (16). VIKELA, non remboursable, était vendue à 14,93 euros (17). Le Lévonorgestrel 1,5mg empêche l'ovulation qu'il soit pris en une fois (18) ou en deux comprimés de 0,75mg à 12 heures l'intervalle (19). Il n'a pas d'effet décelable sur l'endomètre, ni sur le taux de progestérone lorsqu'il est administré après l'ovulation. Il est inefficace une fois que la nidation a commencé (il n'est donc pas abortif). Cette CU ne présente aucune contre-indication, hormis l'hypersensibilité au principe actif ou aux excipients. Mais il existe de nombreuses précautions d'emploi. (16)



Illustration 2: Lévonorgestrel 1,5mg, Laboratoire BIOGARAN.



Illustration 3: NORLEVO®, Lévonorgestrel 1,5mg, Laboratoire HRA Pharma.

Utilisé depuis les années 1970 dans cette indication, le DIU au cuivre (DIUcu) reste aujourd'hui une des méthodes de CU (20). Il doit être en théorie fortement chargé en cuivre (375-380 mm² de cuivre) et à faible risque d'expulsion (par exemple : Gynelle 375® Laboratoire C.C.D, Multiload Cu 375® Laboratoire Organon SA, Monalisa Cu 375® Laboratoire HRA Pharma). Le mécanisme essentiel est un effet toxique direct sur l'ovule et le spermatozoïde en période de « pré-fertilisation ». L'inflammation endométriale induite par le DIUcu pourrait réduire les chances d'implantation en « post-fertilisation ». Si on admet que la grossesse débute avec l'implantation, il n'est pas abortif. Les contre-indications sont les mêmes que lorsque le DIUcu est utilisé en tant que contraception conventionnelle⁸. Les plus importantes dans ce contexte sont une grossesse suspectée ou avérée et les diverses situations à risque infectieux compte tenu du terrain (femme jeune, partenaires multiples, répétition des situations à risque de grossesse non désirée).

⁸ ANAES 2004, OMS 2009, D. Serfaty Contraception 2011



Illustration 5: DIU fortement chargé en cuivre 375-380mm²

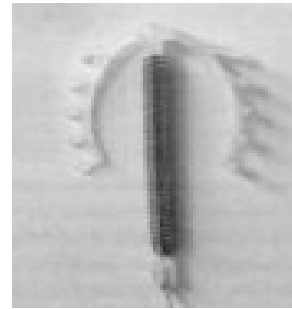


Illustration 4: DIU à faible risque d'expulsion

La molécule la plus récente dans l'indication de CU, l'ulipristal acétate, est un dérivé stéroïdien, modulateur sélectif (agoniste/antagoniste) des récepteurs à la progestérone de deuxième génération. Elle n'est délivrée que sur ordonnance, coûte 24,15 euros, est remboursée à 65% par la Sécurité Sociale depuis septembre 2010. Elle est disponible gratuitement dans les CEPF après consultation médicale. Depuis 2010, ELLAONE® est sur la liste des nouveaux médicaments à surveillance renforcée par l'AFSSAPS. Elle agit au niveau hypothalamo-hypophysaire et endométrial. Après le pic de LH (luteinizing hormone), c'est-à-dire au cours de la période de risque maximal de grossesse, elle inhibe la rupture folliculaire et donc l'ovulation. Après l'ovulation, l'Ulupristal acétate semble présenter une action anti-implantatoire par son action sur l'endomètre (21).



Illustration 6: Boîte d'ELLAONE® - HRA Pharma

La Mifépristone, modulateur des récepteurs à la progestérone de première génération, a obtenu l'AMM de CU en Russie et en Chine mais pas en Europe (22).

1.3 Place de la CU dans le plan de régulation des naissances en France

1.3.1 Quantification de l'utilisation de la CU

Plus de 91 % des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclarent employer une méthode contraceptive ⁹. Seulement 5% des femmes sexuellement actives ne souhaitant pas d'enfant n'utilisent pas de contraception (23). Des études montrent qu'une femme sur cinq

⁹ Selon le Baromètre Santé 2010

oublie sa pilule au moins une fois par mois (6). Deux tiers des femmes ayant une grossesse non prévue utilisent une contraception (24). Par ordre de fréquence, les « accidents de préservatif » (38,1%) puis les oublis de pilule (35,0%) sont les causes les plus fréquentes de recours à une contraception d'urgence orale. (20)

En France, la démedicalisation de l'accès à la contraception d'urgence, disponible sans prescription depuis mai 1999, s'est accompagnée d'une augmentation de 72 % de son utilisation entre 1999 et 2004, en particulier chez les jeunes (15-24 ans). Cette augmentation n'a pas conduit à une modification de la pratique régulière de la contraception, qui reste très fortement médicalisée en 2004 (83 % des femmes concernées par la contraception utilisent une méthode contraceptive médicale) (25). La vente de Lévonorgestrel, avec ou sans ordonnance, est passée de 570 000 boîtes en 2000 à près de 726 000 en 2002. La contraception d'urgence hors prescription médicale obligatoire (environ 90% des boîtes délivrées) répond donc bien à une demande des femmes, réelle et en rapide progression.

Au cours de l'année scolaire 2006/2007 et sur 30 académies, 9672 CU (Lévonorgestrel) ont été délivrées par les IDE scolaires des établissements publics d'enseignement non agricole.

En 2006, le laboratoire HRA Pharma déclare commercialiser 1 200 000 boîtes de NORLEVO®.

En 2007, la CNAMTS a remboursé 331 172 boîtes de CU, dont 87% dans le cadre du « dispositif mineures » (délivrance gratuite et anonyme). Le remboursement est effectué par le FNPEIS de la CNAM (7). L'évaluation du nombre de CU dispensées dans les CEPF n'a pas été réalisée par l'IGAS. La grande multiplicité des lieux et type de CEPF rendent la collecte des données trop compliquée. Il a été considéré que les CEPF n'étaient pas un des lieux majeurs de dispensation de la CU (horaire et couverture géographique restreints). Il semble que la plus grande partie des boîtes de CU soit dispensée en pharmacie, sur accès libre sans ordonnance. Il peut s'agir d'un choix délibéré (confidentialité respectée, moyen d'éviter les questions et l'entretien obligatoire pour les mineures, coût supportable en cas d'utilisation ponctuelle) mais qui ne permet pas aux femmes de profiter de leur droit (gratuité pour les mineures, remboursement à 65% sur ordonnance pour les majeures) (7).

Entre 2000 et 2010, l'utilisation de la CU, en particulier chez les plus jeunes, passe de 9 à 24% chez les femmes sexuellement actives. En 2009, 1 266 950 boîtes des médicaments sont vendues pour la CU en France (26).

Les enquêtes permettent probablement d'avoir une vision plus large que les statistiques administratives (non exhaustives).

« Parmi les patientes sous contraception orale, celles déclarant des oublis de pilule, bien que plus jeunes (28,5 ans en moyenne versus 30,6), ont déjà eu recours à la contraception d'urgence orale 2 fois plus souvent ». 23,9% des femmes de 15 à 49 ans déclarent avoir déjà utilisé une CU au cours de leur vie en 2010, contre 15,2% en 2005 et 8,9% en 2000 (26).

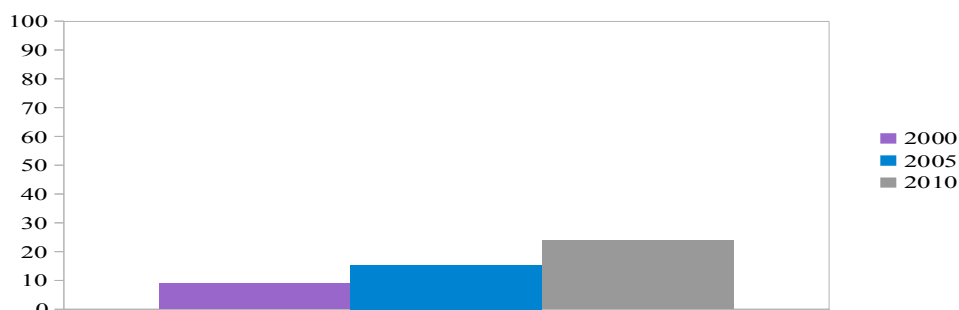


Illustration 7: Proportion des femmes déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence (en %) - Source Baromètre Santé 2000, 2005, 2010.

Le réseau « emeVIA » des mutuelles étudiantes a interrogé 8535 jeunes de 18 à 25 ans en 2011, 36% ont déjà eu recours à une CU (27).

La couverture contraceptive française est large. Mais l'observance n'est pas parfaite.

L'utilisation de la CU Lévonorgestrel 1,5mg s'est largement développée suite à sa délivrance sans ordonnance.

1.3.2 Une alternative précoce à l'IVG

Tout devrait être fait pour limiter le recours à l'IVG comportant des risques de complications, des conséquences psychologiques difficiles à évaluer et une difficulté d'accès, encadré par la loi du 4 juillet 2001. En 2009, un peu plus de 222 000 IVG ont été réalisées en France. En 2006, 6 640 IVG ont été réalisées en Lorraine, dont 45% par technique médicamenteuse, et moins de 5% après la 10^{ème} semaine de grossesse (28). « Un tiers des grossesses reste non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG. » (1,24)

En France, selon l'enquête INPES-BVA 2007, le parcours contraceptif est assez standardisé. Le mode de contraception le plus utilisé au début de la vie sexuelle est le préservatif puis le relais est pris par la contraception hormonale orale. Le stérilet est utilisé principalement à partir de 35 ans, après une ou plusieurs grossesses. Malgré les différentes contraceptions disponibles, la contraception hormonale orale est le moyen contraceptif le plus

utilisé (58,7% toutes tranches d'âges confondues)(25). La difficulté de gestion de la contraception est quotidienne, mais surtout lorsque la méthode contraceptive n'est pas adaptée à la femme. Plusieurs études montrent que les femmes vivent très fréquemment des accidents dans leur parcours contraceptif(15,29).

En contraception d'urgence, le traitement oral, plus accessible et « non invasif », est plus souvent proposé en dépit de sa moindre efficacité (30). La contraception d'urgence est une solution efficace (31)de rattrapage, évitant le recours à l'IVG. L'efficacité de la contraception d'urgence peut être évaluée par différentes méthodes.

- La différence entre le nombre de grossesses attendues d'après l'âge de la femme et le moment du rapport dans le cycle (selon la table de Dixon) et le nombre de grossesses évolutives trouvé après utilisation de la méthode est l'évaluation la plus précise.
- On peut également considérer le pourcentage de grossesses évolutives sur 100 femmes qui ont pris la CU après un rapport non protégé.

Selon l'AMM, le lévonorgestrel, dont l'efficacité décroît avec le délai d'utilisation (95% dans les 24 premières heures, puis 58% entre 48 et 72 heures), doit être pris dans les 3 jours (32). Mais il conserve une efficacité contraceptive limitée et réduite entre 72 et 120 heures. Cette utilisation est alors hors AMM (15). La seule étude, canadienne, qui s'était fixé cet objectif, a inclus 300 femmes. Le taux de grossesses est inférieur dans le groupe traité avant 72 heures par rapport à celui traité entre 72 et 120 heures (0,8% vs 1,8%) (33). La non infériorité de l'efficacité de l'Ulipristal acétate micronisé 30mg par rapport à celle du Lévonorgestrel a été montrée par deux études cliniques randomisées et comparatives (29). L'amélioration du service médical rendu par rapport à NORLEVO® est mineure, compte tenu des limites des essais cliniques(11).

Les seules contre-indications de l'Ulipristal acétate sont l'hypersensibilité et la grossesse avérée(29). Un registre¹⁰ des grossesses exposées à ELLAONE® (en cours lors de la prise ou échec du traitement) a été ouvert afin de relever les effets secondaires potentiels non connus lors de sa mise sur le marché. L'allaitement n'est pas recommandé dans les 36 heures suivant une prise d'ELLAONE® et les 8 heures suivant une prise de Lévonorgestrel 1,5mg. (34)

Le DIUcu peut être posé jusqu'à 5 jours après RSNP, ou jusqu'à 5 jours après la date de l'ovulation si cette date peut être déterminée (35). Le taux d'échec serait de 0,1 à 0,2 %, quel que soit le moment du cycle (12). Nous n'avons pas trouvé à ce jour d'études comparant l'efficacité l'Ulipristal acétate versus DIUcu utilisé en CU. Le DIUcu semble être la meilleure

10 <http://www.hra-registre-grossesses.fr>

CU chez les femmes sous traitement par inducteurs enzymatiques (36).

1.3.3 La place spécifique du médecin généraliste parmi les acteurs de l'information

En 2005, 11% des femmes de 15 à 54 ans connaissaient le délai d'efficacité de 72 heures pour prendre la contraception d'urgence et 25% ne savaient pas qu'elle pouvait être dispensée en pharmacie sans ordonnance (37). Une enquête¹¹ rapporte les données suivantes : « Parmi les personnes connaissant la contraception d'urgence, 35% pensent qu'elle ne concerne que les moins de 25 ans, et 5% connaissent le délai d'utilisation de 72 heures. 53% des Français croient qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a lieu pendant les règles. » La mauvaise perception du risque de grossesse ainsi que les erreurs de gestion de la contraception régulière expliquent que trop peu de femmes ont utilisé une CU pour éviter une grossesse non désirée.

L'implication effective des femmes et/ou du couple dans le choix de leur contraception permet de faire se rejoindre les efficacités théorique et réelle des contraceptifs (12). Quelque soit l'intervenant, le principal objectif de la structure encadrant la contraception en France est de permettre aux femmes et/ou au couple d'être des acteurs informés et responsables de leurs propres choix.

Des campagnes d'information grand public sont lancées à plusieurs reprises au cours de ces douze dernières années.

- En 2000, le ministère de la Santé a lancé une campagne « La contraception, à vous de choisir la vôtre », comportant des annonces télévisées, radiophoniques, dans la presse, une plate-forme téléphonique et des supports papiers distribués par les professionnels de santé. Le dépliant¹² proposé définissait déjà les indications, lieux et modes d'obtention de la contraception d'urgence.
- En 2007, la campagne « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » entre dans le cadre des mesures prise par la DGS, visant à atteindre l'objectif 97 de la Loi de Santé publique de 2004 (23). Pour les professionnels, l'HAS (12) et l'INPES¹³ ont produit des référentiels.

Les adolescentes ont bénéficié de campagnes dédiées.

- En 1992, la structure INFO-ADO est créée au CHU de Poissy, puis en 1998 à Strasbourg.

11 Enquête INPES BVA « Les français et la contraception » - 2007

12 Diapositive n° 13 de l'Annexe n° 4

13 http://www.choisirscontraception.fr/moyens_contraception_urgence.php

- En 2002, un accord entre les médecins et pharmaciens libéraux d'une zone éloignée des CEPF d'Alsace et la CPAM permet un accès facilité à la contraception.
- En 2010, le Ministère de la Santé et l'INPES relance une campagne ciblée «Contraception : filles et garçons, tous concernés !».
- En 2011, le « Pass contraception » a pour but de faciliter l'accès à la contraception en Ile-de-France.

Internet est une source de diffusion rapide et élargie de nombreuses informations. Le laboratoire pharmaceutique HRA Pharma France, avec sa campagne d'information par Internet ciblée sur la contraception d'urgence en mars 2011¹⁴, respecte la "Charte pour la communication sur Internet des entreprises pharmaceutiques" éditée par l'AFSSAPS. D'autres sites sur la contraception d'urgence sont certifiés par la charte associative HONcode¹⁵. Mais la plupart des sites web ne respectent pas de charte, les données trouvées y sont alors de plus¹⁶ ou moins bonne qualité, source de désinformation pour les femmes.

Comme le souligne Nisand, si l'IVG de la femme adulte traduit souvent une ambiguïté face à la reproduction et un désir inconscient de grossesse, l'IVG de la femme jeune recouvre habituellement un manque de connaissances. « Pour des raisons psychologiques évidentes, ni les parents, ni les enseignants (qui sont des "pro-parents") ne sont bien placés pour aborder aisément et au bon moment (c'est-à-dire avant les premières expériences sexuelles) les conseils élémentaires et les précautions qui permettent d'éviter les grossesses non désirées. C'est donc le corps médical au sens large qui doit remplir ce rôle » (38). Les médecins (généralistes et gynécologues) sont la première source d'information sur la contraception, mais obtiennent une note médiocre (5/10) de la part des patientes (39). 43% des français ont le plus confiance en leur médecin généraliste pour obtenir des informations sur la contraception (contre 37% pour les médecins spécialistes, 8% pour le planning familial, et 5% pour les pharmacies)¹⁷. De plus, une personne ayant besoin de conseils ou d'aide sur le sujet de la contraception devrait s'adresser chez un médecin généraliste, chez un médecin spécialiste, au planning familial ou chez une infirmière scolaire pour 87 à 95% des Français, mais dans une pharmacie pour seulement 1% d'entre eux. Mais encore, 64% des Français ont reçu des conseils sur les méthodes de contraception d'un médecin.

14 <http://www.etsicamarrivait.fr>

15 Par exemple : <http://www.cngof.asso.fr/>; <http://www.ameli.fr/assures/offre-de-prevention/la-contraception-d-urgence.php> ; <http://www.filsantejeunes.com/> ; <http://martinwinckler.com/> .

16 Par exemple : <http://www.ancic.asso.fr/> ; <http://www.contraceptions.org/>

17 Enquête INPES BVA « Les français et la contraception » - 2007

L'OMS recommande, par exemple, au praticien d'utiliser le modèle « BERCER » afin de proposer lors de la consultation, une contraception régulière adaptée à la patiente. Les 6 étapes de ce modèle comportent : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour (12). Le médecin a là un rôle d'information, d'aide au choix et de suivi de la tolérance et de l'observance de la contraception des femmes, dans le but d'augmenter l'efficacité de la contraception.

La mission de prévention du médecin généraliste de premier recours est redéfini dans l'article L.4130.1 de la loi HSPT. Il doit, en continuité des messages délivrés dans l'enseignement scolaire de second et troisième degré, parfaire l'éducation de ses patientes sur les situations à risque de grossesses non désirées. Déjà en 2003, le rapport ministériel demande d'intégrer au dispositif mis en place dans les établissements scolaires tous les autres professionnels de santé concernés, dont les médecins généralistes, pour améliorer l'information des adolescent(e)s sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des infections sexuellement transmissibles (40). Rappeler les modalités de recours possibles en cas de grossesse non désirée (CU et IVG) aux femmes lors de consultation médicale permettrait d'optimiser l'efficacité des moyens de contraception. Le devoir d'information de la part du médecin peut s'effectuer de façon préventive auprès des femmes lors de prescription de contraception conventionnelle, ou lors de consultation de suivi gynécologique pour les femmes utilisant des méthodes contraceptives naturelles ou locales. Une harmonisation des recommandations internationales sur les oublis de pilule, les AMM des CU simplifierait la prise en charge des situations à risque de grossesse non désirée.

Le choix d'une CU doit prendre en compte en premier lieu le temps écoulé depuis le RSNP, puis les contre-indications mais aussi la volonté de la patiente. Le critère d'urgence impose la compétence de tout professionnel, apte légalement à prescrire une CU.

L'approche stratégique du système de santé face à une problématique nécessite d'envisager le contexte social, culturel, économique et politique. Les politiques et institutions françaises proposent des lois et financements ainsi que les ressources humaines pour mettre des services et technologies à disposition de la population. Pour optimiser le système de santé faut-il encore que soient reconnus les besoins et droits de la population. (41)

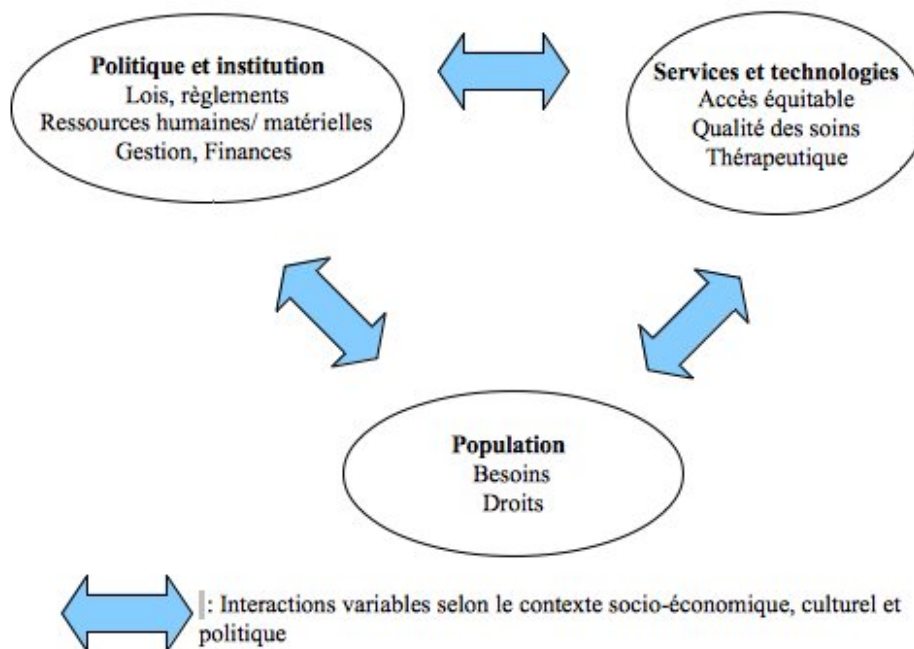


Illustration 8: Concept du système de santé tiré de l'Approche stratégique de l'OMS pour le renforcement des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique, 2008

Les acteurs d'information sont nombreux. Parmi eux, le médecin généraliste a une place de choix (confiance de la part des patientes, suivi transversal et au long cours des patientes).

2 La formation des médecins généralistes en CU

2.1 La formation médicale initiale à la faculté de médecine de Nancy

2.1.1 Premier cycle des études médicales

La première année commune des études de santé (PACES), appelée également L1 Santé, comporte plusieurs Unités d'Enseignement¹⁸.

- L'UE2, intitulée « La cellule et les tissus », contient quatre chapitres sur la fécondation et les quatre semaines de développement de l'embryon. Cette UE2 est composée de 65 heures de cours magistraux et 11 séances de 1 heure 30 d'enseignement dirigé.
- L'UE5, intitulée « Organisation des appareils et systèmes : aspects morphologiques et fonctionnels généraux », contient un sous-chapitre sur les éléments principaux de l'anatomie descriptive de l'appareil uro-génital de la femme. Cette UE5 est composée

¹⁸http://www.medecine.uhp-nancy.fr/enseignement/1er_cycle/

de 40 heures de cours magistraux.

- L'UE6, intitulée « Initiation à la connaissance du médicament » comporte 10 heures de cours magistraux sur le cadre juridique du médicament, 10 heures de cours magistraux sur le cycle de vie du médicament et recherche et développement, et 17 heures de cours magistraux et 3 heures d'enseignement dirigé de pharmacologie générale.
- L'UE 7, intitulée « Santé, société, humanité » comporte 74 heures de cours magistraux. Des notions de Santé publique, de sciences humaines et sociales, et d'éthique y sont détaillées (les indicateurs démographiques, la prévention en santé, les facteurs de risques de maladie, les indicateurs de santé, la iatrogénèse, le système de soins, la relation soignant-soigné).
- Dans l'UE spécifique « Médecine », sont détaillées l'anatomie du petit bassin chez la femme, et l'anatomie et histologie de l'appareil reproducteur et du sein.

En L2 (deuxième année de médecine), une UE est réservée à l'hormonologie et la reproduction.

Les bases scientifiques permettant la compréhension des multiples problématiques de la CU sont enseignées de façon identique à tous les étudiants en Médecine dans le premier cycle.

2.1.2 Deuxième cycle des études médicales

En troisième année en 2012, l'enseignement sur l'appareil génital comporte 42 heures de cours, sur 9 jours. Trois séances de travaux pratiques présentent l'examen gynéco-obstétrical, l'anatomie et l'histologie. La physiologie, l'anatomie, l'histologie, la sémiologie sont enseignées en cours magistraux.

Au cours de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (soit les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années), « l'enseignement est consacré aux processus pathologiques, à leur thérapeutique et à leur prévention ainsi qu'à l'organisation des systèmes de santé, à l'évaluation des pratiques de soin, à la déontologie et à la responsabilité médicale. Les enseignements ne doivent pas chercher à couvrir l'ensemble des champs disciplinaires, mais doivent considérer comme essentiel ce qui est fréquent ou grave ou constitue un problème de santé publique et ce qui est cliniquement exemplaire. »¹⁹ Le Module 2 : « De la conception à

¹⁹ Arrêté du 4 mars 1997 modifié par l'arrêté du 2 mai 2007 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, JO du 6 mars 1997, 17 octobre 2000.

la naissance » contient une question « Contraception » (n° 27). Les objectifs pédagogiques sont entre autres de savoir prescrire et expliquer une contraception, discuter les diverses possibilités de prise en charge d'une grossesse non désirée. La loi prévoit 900 à 1000 heures de cours magistraux théoriques de la deuxième partie du DCEM. A Nancy au cours de l'année universitaire 2011-2012, la question n° 27 est enseignée lors d'un cours magistral de 3 heures. Pendant celui-ci, les questions n° 15, 16, 22, 25, 28 doivent être également enseignées. On peut alors penser que 30 minutes sont attribuées à la contraception, et donc quelques minutes à la CU.

Lors des formations pratiques en stage, à la Maternité Régionale de Nancy, les objectifs pédagogiques sont entre autres : décrire le cycle menstruel normal, connaître les différentes méthodes de contraception, leurs efficacités, leurs indications, leurs contre-indications et leurs modalités de surveillance, savoir réaliser une observation (particularités anamnestiques) et un examen clinique d'une femme consultant en gynécologie.

En 2012, les stages peuvent également avoir lieu en périphérie dans 11 autres hôpitaux lorrains.²⁰

La contraception (dont la contraception d'urgence) et sa place dans la société sont enseignées à tous les étudiants. Ils bénéficient tous d'une mise en pratique lors des stages hospitaliers en Gynécologie et ambulatoire en Médecine générale. La formation pratique dépend du lieu de stage (type d'activité clinique auquel l'étudiant assiste et participe).

2.1.3 Troisième cycle des études médicales : le DES de Médecine Générale

Durant les 3 ans du DES, les cours universitaires ont en partie pour but l'enseignement de l'épidémiologie et de la Santé Publique, des situations courantes en médecine générale, de la place du médecin généraliste dans le système de santé, de la formation à la prévention et la préparation à la FMC.²¹ L'enseignement théorique du DES de Médecine Générale comporte 216 heures de cours dont 12 consacrées à la gynécologie, réparties en deux séminaires. Les séminaires 21 et 22 sont intitulés « Grossesse et contraception » et « Plaintes et suivi gynécologique ». La CU y est alors abordée. La validation de ces enseignements se faisant par la présence à au moins 35 séminaires sur les 3 ans, les étudiants peu intéressés par la

²⁰ Verdun, Bar-le-duc, Epinal, Remiremont, Metz, Sarrebourg, Thionville, Saint-Dié, Briey, Neufchâteau, Sarreguemines, Longwy, et Lunéville.

²¹ Annexe V du BO n°39 du 28 octobre 2004

gynécologie peuvent valider leur DES sans assister à ces séminaires.

La formation pratique (6 semestres au total) comporte obligatoirement un semestre dans un service de pédiatrie et/ou gynécologie, et un stage chez le praticien (en Médecin générale libéral). Mais la maquette du DES peut être validée avec un stage de pédiatrie et un stage auprès d'un médecin généraliste ayant une très faible activité en gynécologie. Certains étudiants échappent donc à la formation de gynécologie, par choix ou par obligation (stage imposé par le classement à l'Examen Classant National).

Le programme d'enseignement universitaire dépend des centres d'intérêt de l'étudiant. Ainsi, les cours abordant la CU ne sont pas suivis par tous les étudiants de 3^e cycle. Malgré le fait que la gestion des grossesses non désirées et la place de la CU soit une des problématiques de Santé Publique, tous les étudiants ne bénéficient pas de l'enseignement universitaire spécifique.

Au cours du troisième cycle, l'enseignement propose aux étudiants les spécificités de la contraception en Médecine Générale. Ces enseignements ne sont pas obligatoires donc seuls les étudiants intéressés par cette problématique suivent une formation théorique et pratique.

2.2 La formation médicale continue

2.2.1 Historique

Le serment d'Hippocrate prêté par chaque praticien en exercice met en mot l'obligation de l'actualisation des compétences. « Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés ».

A partir des années 1930, la FMC se développe autour des centres universitaires (42). Ces enseignements post universitaires initialement magistraux évoluent en stages cliniques. Des initiatives locales pallient à la centralisation géographique, à la fréquence annuelle faible et à la transmission verticale du savoir théorique (en oubliant le savoir être et savoir faire). En 1965 est créé l'Association d'Enseignement Post Universitaire de Nancy. Des praticiens, comme les avant-gardiste Dr Guy Scharf (généraliste exerçant en Moselle), mettent en place eux-mêmes leur pédagogie adressée aux adultes : la FMC indépendante voit le jour. La méthodologie évolue : organisation autour d'objectifs, puis par petits groupes ou encore centrées sur les pratiques professionnelles (43).

Le Code de Déontologie des médecins exprime en 1979 des recommandations morales²², qui deviennent un devoir administratif²³ en 1995. Aucun contrôle de ces obligations n'existent.

Les réformes législatives autour du maintien des connaissances des médecins sont nombreuses. (44)

L'ordonnance du 24 avril 1996 prévoient de rendre la FMC obligatoire²⁴. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, précise l'obligation de FMC²⁵. La loi du 9 août 2004²⁶ rend la FMC obligatoire pour tous les médecins. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie impose l'EPP²⁷, obligation nouvelle et complémentaire à la FMC. En 2006, un barème de crédits FMC est créé pour valider les FMC réalisées par les médecins.²⁸ La loi HPST²⁹ et ses décrets d'application du 1^{er} et 11 janvier 2012 réunissent sous un nom commun - « développement professionnel continu » - les notions de formation professionnelle continue et d'EPP.

En 2002, la FMC est obligatoire mais libre de moyens.

En 2004, l'obligation incontournable de FMC peut être réalisée selon deux dispositifs très distincts décrits par la loi

En 2012, FMC devient DPC.

22 Article 16 : « Les médecins ont le devoir d'entretenir et perfectionner leurs connaissances »

23 Article 11 « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses compétences, il doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue »

24 Article L.367-2 : « L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel. Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation [...] »

25 « La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins (...) ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de santé publique »

26 Article 98, L4133-1 du Code de Santé Publique

27 Article 14, L4133-1-1 du Code de Santé Publique

28 Décrets du 2 juin 2006 et arrêté du 13 juillet 2006

29 Article 59, Art. L. 4133-1 du Code de Santé Publique : « le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins »

2.2.2 Exemples des FMC en gynécologie dans les Vosges

L'AMVPPU n'a pas organisé de formations sur le thème spécifique de la «CU » entre 2008 et 2011. Mais en juin 2010, un séminaire a eu lieu sur la contraception, organisé par le Dr Beaudoin. En décembre 2010, un séminaire intitulé : « la femme enceinte : dépistage et prévention » a été organisé par le Dr Bernard Renaud.

MG Form a organisé en septembre 2011 un séminaire sur les dépistage, diagnostic, traitement et prévention des vulvo-vaginites et MST et un à Nancy les 5 et 6 avril 2012, concernant la « femme jeune : contraception, prévention, dépistage du cancer du col utérin ».

Il ne nous a pas été possible de déterminer si la contraception d'urgence comptait parmi les thématiques abordées dans les derniers mois par les groupes vosgiens d'analyse des pratiques entre pairs.

Nécessité de cibler les besoins spécifiques de formations en CU :

Notre question de recherche est l'évaluation de l'état des connaissances des médecins généralistes vosgiens au sujet de la CU afin de définir des objectifs précis de FMC adaptés aux besoins des praticiens exerçant en libéral.

3 L'état des connaissances

Nous gardons à l'esprit que nous ne pouvons étudier le retentissement de notre action sur l'état de santé des femmes. Notre souhait est bien sûr d'améliorer l'état de santé de la population. Le moyen pour y parvenir au travers de notre discipline médicale est d'exercer avec des pratiques adaptées. Mais le fait de connaître les différentes CU et leur spécificités n'est-t-il pas un pré-requis sans lequel ni les pratiques des praticiens ni l'état de santé de la population pourraient changer?

Notre objectif principal est de décrire la capacité des médecins généralistes à citer lors d'une question ouverte les différentes modalités de CU. Nous avons fixé cette capacité comme pré-requis pour la délivrance à ses patientes d'une information sur la CU à l'initiative du médecin. Nous souhaitons étudier l'influence du profil des médecins sur cette capacité. Par cette étude, nous décrivons les connaissances plus précises de chaque type de CU.

DEUXIÈME PARTIE

1 Matériel et Méthodes

Les connaissances en termes de contraception d'urgence des médecins généralistes vosgiens ont été recueillies par une enquête descriptive prospective téléphonique. Le tirage au sort a sélectionné pour échantillon 100 des 339 médecins généralistes installés exerçant en libéral et inscrits à l'Ordre des Médecins des Vosges au 15 février 2012. Les entretiens téléphoniques ont été réalisés du 27 février au 8 mars 2012.

Chaque médecin a été contacté par appel au numéro du cabinet médical indiqué dans l'annuaire. Certains médecins ont donné leur accord directement, d'autres par l'intermédiaire de leur secrétaire. Le médecin répondait directement lors du premier appel ou décidait d'un rendez-vous téléphonique ultérieur. Si le médecin était indisponible lors du rappel téléphonique, l'envoi par e-mail du questionnaire était proposé.

Avant de soumettre le questionnaire³⁰ étaient expliqués au médecin :

- le motif de l'enquête,
- son déroulement ³¹,
- la durée approximative de réponse à cet hétéro-questionnaire (5 à 10 minutes),
- le fait que la saisie des réponses était simultanément réalisée par nos soins sur un document sécurisé en ligne,
- le fait que l'anonymat était immédiatement respecté par un système de codage,
- et le fait que la correction du questionnaire pouvait être proposée en fin d'entretien téléphonique, si le médecin le souhaitait.

Le questionnaire est divisé en trois parties :

- La première partie (questions 1 à 12) concerne le profil personnel et professionnel du médecin généraliste : sexe, année de thèse, mode de formation continue, obtention de diplôme complémentaire, activité salariée complémentaire, association dans un cabinet médical et informatisation du cabinet médical, proximité d'un centre de gynécologie.
- La seconde partie (questions 13 à 46) concerne les connaissances théoriques au sujet de la contraception d'urgence : les différents types, leur nom commercial, leur principe

30 Annexe n° 3

31 Annexe n° 1

actif, leur mode et lieu de délivrance, leur prix approximatif, leur condition de remboursement, leur efficacité en fonction du délai de prise, leurs contre-indications, les informations incontournables à fournir après une prise de contraception d'urgence en prise orale au sujet de la contraception et des effets secondaires.

- La dernière partie (questions 47 à 57) concerne leur activité en contraception : prescription par anticipation de contraception d'urgence, mode et type d'informations utilisées lors de prescription de contraception orale, recherche d'oubli de prise d'un comprimé contraceptif oral, nombre de contraceptions orales prescrites dans les 3 derniers mois, nombre de poses de dispositifs intra-utérins.

Au total, sur 57 questions, 16 proposent des réponses dichotomiques «oui/non» ; 27 des réponses à choix multiples ; 3 attendent une réponse chiffrée ; et 11 sont à réponses ouvertes.

Le recueil initial a été fait sur un Google Document: questionnaire informatisé sur Internet, qui synthétise les données de tous les questionnaires dans un tableau informatique Microsoft Excel. Lorsque le questionnaire était proposé par mail, un e-mail envoyé à l'adresse fournie par le praticien ou sa secrétaire comportait le questionnaire réalisé sur Google Document. Ce document était construit de telle sorte que toutes les questions étaient posées. Lors de la saisie, seules les réponses répondant aux règles de soumission du questionnaire oral ³² ont été prises en compte. Les saisie, codage, classement des questionnaires et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Epidata 3.1. Les tableaux et figures ont été réalisés avec OpenOffice Calc.

L'ensemble des réponses a été analysé dans un premier temps. Une analyse complémentaire a précisé les liens entre le profil du médecin et sa capacité à citer lors d'une question ouverte le nom des CU.

La conception du questionnaire, l'analyse statistique ont été réalisées avec l'aide de Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID, Monsieur Matthieu SCHOCKMEL, interne en Santé Publique du Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy et Manon, son externe.

Échantillonnage simple aléatoire : 100 parmi les 339 médecins généralistes installés dans les Vosges

57 questions de connaissance soumises à chaque médecin lors d'un entretien téléphonique de 5 à 10 minutes réalisé entre le 27 février et le 8 mars 2012

Recueil : Google Document. Saisie : Epidata 3.1. Tableaux et figures : OpenOffice Calc.

2 Résultats

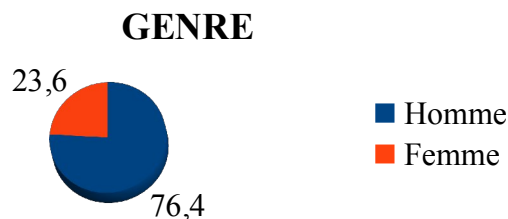
Sur les 100 médecins appelés, 18 médecins ont refusé de répondre au questionnaire. 10 évoquant un manque de temps, 5 ne répondant jamais aux questionnaires par téléphone, 1 ne faisant pas assez de gynécologie, 1 ne souhaitant pas bloquer sa ligne téléphonique professionnelle et refusant d'être recontacté, 1 médecin n'a pas été retenu du fait de son activité vasculaire principale. Dans 26 cas, le médecin étant indisponible lors du rappel téléphonique, l'envoi par e-mail du questionnaire est proposé. Seuls 16 nous ont répondu par mail. Avec notre méthode de contact des praticiens, 10 restent non joignables.

Au total 72 questionnaires entrent dans notre étude soit 72% de l'ensemble de l'échantillon initial.

2.1 Profil de la population étudiée

2.1.1 Répartition selon le genre

76,4% sont des hommes et 23,6% des femmes.



2.1.2 Répartition selon l'année de thèse

Le délai moyen écoulé entre l'année d'obtention de thèse et 2012 est de 21,7 ans avec un écart type de 10,5 ans, une médiane de 23 ans. Le délai minimal est de 0 ans. Le délai maximal est de 42 ans.

2.1.3 Répartition selon la localisation géographique

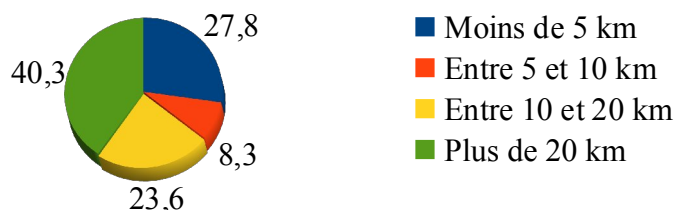


Les Maternités choisies sont situées à :

Epinal,
Remiremont,
Saint-Dié-des-Vosges
et Neufchâteau.

27,8% des médecins exercent à moins de 5 kilomètres d'une maternité. 8,3% des médecins exercent entre 5 et 10 kilomètres d'une maternité. 23,6% des médecins exercent entre 10 et 20 kilomètres d'une maternité. 40,3% des médecins exercent à plus de 20 kilomètres d'une maternité.

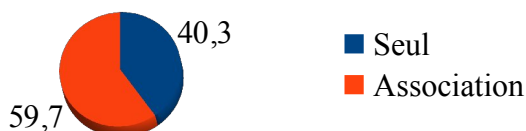
DISTANCE ENTRE LE CABINET MEDICAL ET LA MATERNITE LA PLUS PROCHE



2.1.4 Répartition selon mode d'exercice

40,3% des médecins exercent seuls. 59,7% sont associés.

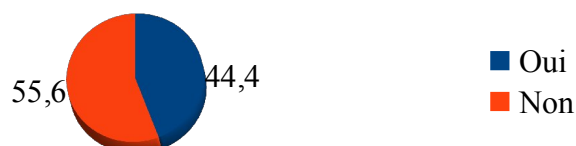
MODE D'EXERCICE



2.1.5 Répartition selon l'activité de FMC

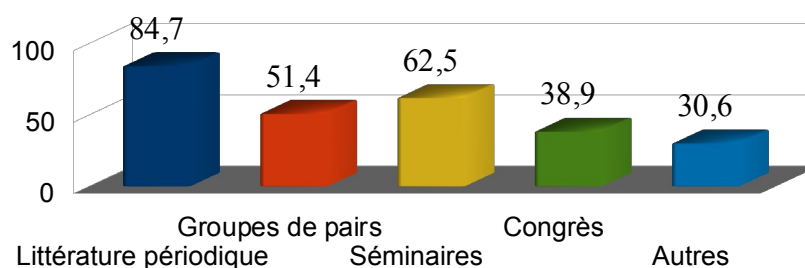
44,4% des médecins appartiennent à une association de FMC. 55,6% n'appartiennent à aucune association de FMC.

APPARTENANCE A UNE ASSOCIATION DE FMC



Pour continuer à se former, 84,7% des médecins lisent des périodiques, 51,4% participent à des groupes de pairs, 62,5% suivent des séminaires, 38,9% assistent à des congrès, 30,6% ont d'autres modes de FMC.

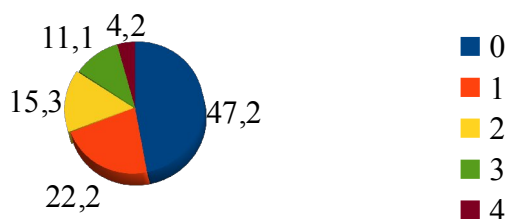
MODE DE FMC



2.1.6 Répartition selon les formations complémentaires

47,2% ont, pour seul diplôme de médecine, le DES de Médecine Générale. 52,8% des médecins sont également diplômés dans d'autres domaines médicaux : 22,2% ont un diplôme complémentaire, 15,3% en ont deux, 11,1% ont en trois, et 4,2% en ont quatre.

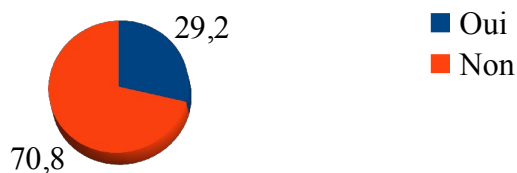
NOMBRE DE FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AU DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE



2.1.7 Répartition selon l'existence d'une activité salariée

29,2% des médecins ont une activité salariée complémentaire à leur activité libérale de Médecine Générale. 70,8% des médecins ne pratiquent que la Médecine Générale en activité libérale.

ACTIVITÉ COMPLÉMENTAIRE SALARIÉE



2.1.8 Répartition selon l'informatisation du cabinet médical

88,9% des médecins sont informatisés dans leur cabinet médical contre seulement 11,1% qui ne le sont pas.

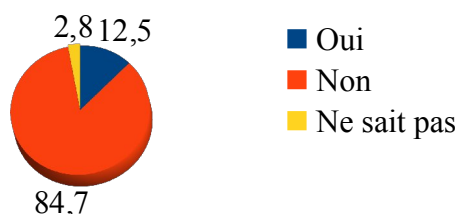
INFORMATISATION DU CABINET MÉDICAL



2.1.9 Répartition selon l'activité en gynécologie

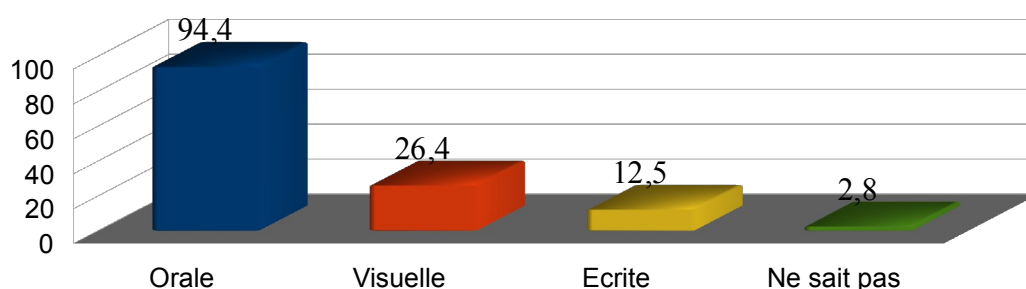
12,5% des médecins prescrivent la CU (Lévonorgestrel 1,5mg) par anticipation (c'est-à-dire en la proposant à la patiente avant même que la patiente soit dans une des situations indiquant la prise de CU). 84,7% des médecins ne le font pas. 2,8% ne se prononcent pas.

PRESCRIPTION PAR ANTICIPATION DU LÉVONORGESTREL 1,5MG



Lors de la première prescription d'une contraception, l'information est délivrée de façon orale par 94,4% des médecins, de façon écrite (document remis à la patiente) par 12,5% des médecins et de façon visuelle lors de la consultation (schéma servant de support d'information) par 26,4 % des médecins. 2,8% des médecins ne se prononcent pas.

MODALITÉ D'INFORMATION LORS DE LA PREMIÈRE PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION



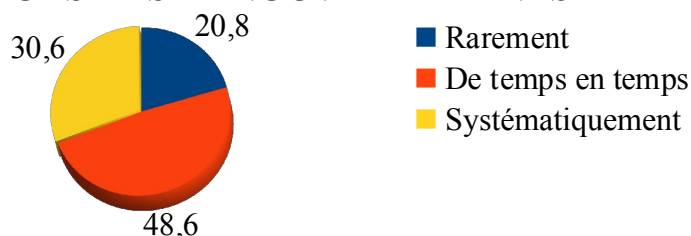
Lors d'un renouvellement de contraception orale, les médecins interrogent leur patiente sur la fréquence des oublis de pilule : rarement pour 16,7% d'entre eux, de temps en temps pour 31,9% d'entre eux et systématiquement pour 51,4% d'entre eux.

RECHERCHE DES OUBLIS DE PILULE LORS DES RENOUVELLEMENTS



Lors d'un renouvellement de contraception orale, les médecins rappellent à leur patiente la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule : rarement pour 20,8% d'entre eux, de temps en temps pour 48,6% d'entre eux et systématiquement pour 30,6% d'entre eux.

RAPPEL DE LA CONDUITE À TENIR EN CAS D'OUBLI DE PILULE LORS DES RENOUELEMENTS



Lorsque la contraception orale est prescrite par un autre médecin (spécialiste en médecine générale ou dans une autre spécialité), les médecins recherchent les oublis de pilule auprès de leur patiente lors de leurs consultations de médecine générale :rarement pour 61,1% d'entre eux, de temps en temps pour 25% d'entre eux et systématiquement pour 12,5% d'entre eux, 1,4% des médecins ne se sont pas prononcés.

RECHERCHE DES OUBLIS DE PILULE LORSQUE LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE N'A PAS PRESCRIT LA PILULE



Dans les 3 derniers mois, les médecins ont réalisé en moyenne 4 prescriptions d'introduction de contraception (première prescription). L'écart-type est de 3,8 ; la médiane de 3. Le nombre minimal de prescriptions est de 0 alors que le nombre maximal est de 20 prescriptions dans les 3 derniers mois.

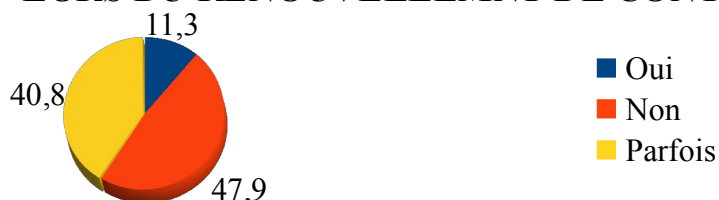
Au cours des consultations réalisées dans les trois derniers mois pour initiation de contraception, le motif principal de la consultation était, n'était pas et était parfois la demande de contraception dans respectivement 63,1%, 10,8% et 24,6% des cas. 1,5% des médecins ne se prononcent pas.

LA DEMANDE D'INTRODUCTION DE CONTRACEPTION EST LE MOTIF PRINCIPAL DE CONSULTATION D'INTRODUCTION DE CONTRACEPTION



Dans les 3 derniers mois, les médecins ont réalisés en moyenne 26,4 prescriptions de renouvellement de contraception (première prescription). L'écart type est de 23,6, la médiane de 20. Le nombre minimal de prescriptions est de 1 alors que le nombre maximal est de 96 prescriptions dans les 3 derniers mois.

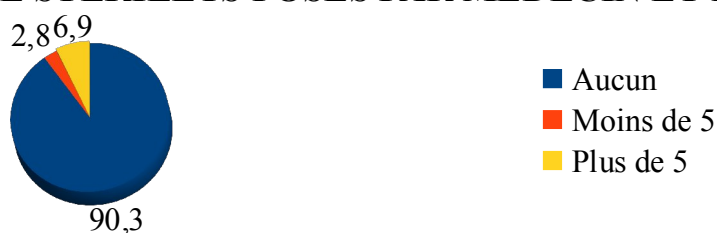
LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE CONTRACEPTION EST LE MOTIF PRINCIPAL DE CONSULTATION LORS DU RENOUVELLEMENT DE CONTRACEPTION



Au cours des consultations de renouvellement de contraception, le motif principal de consultation était, n'était pas et était parfois la demande de renouvellement de contraception dans respectivement 11,3%, 47,9%, 40,8% des cas.

90,3% des médecins ne posent pas de stérilets. 2,8% des médecins posent plus de 5 stérilets par an. 6,9% des médecins en posent moins de 5 par an.

NOMBRE DE STÉRILETS POSÉS PAR MÉDECIN ET PAR AN



Parmi ceux qui n'en posent pas, 54,4% estiment manquer de formation, 33,8% estiment ne pas manquer de formation et 11,8% ne se prononcent pas.

MOTIF D'ABSENCE DE POSE DE STÉRILETS

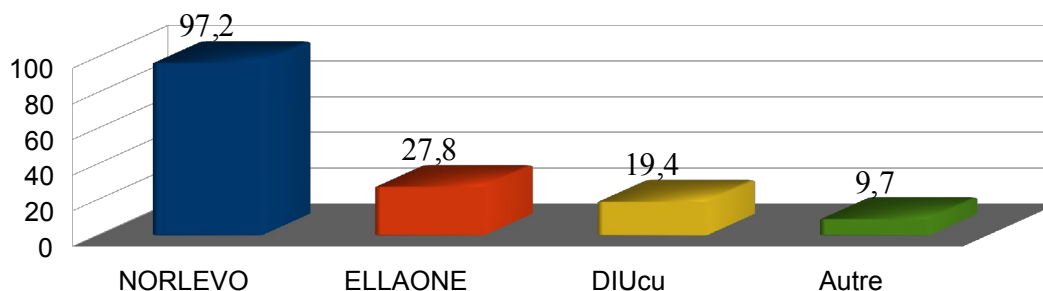


2.2 Les connaissances

2.2.1 Le nom des CU en question ouverte

97,2% des médecins citent le NORLEVO® (ou générique), 27,8% citent ELLAONE®, 19,4% citent le DIUcu. 9,7% des médecins en citent d'autres (TETRAGYNON®, STEDIRIL®).

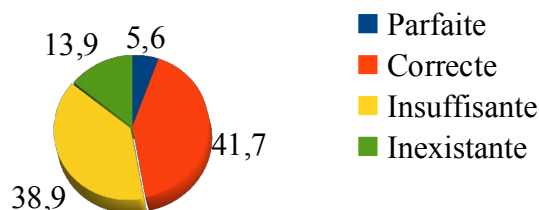
CONTRACEPTIONS D'URGENCE CITÉES (QUESTION OUVERTE)



2.2.2 Estimation du niveau d'information délivrée aux patientes

5,6% des médecins estiment informer leurs patientes en termes de CU de façon parfaite, 41,7% de façon correcte, 38,9% de façon insuffisante. 13,9% estiment ne pas les informer du tout.

ESTIMATION DE LA QUALITÉ DE L'INFORMATION EN TERME DE CU DÉLIVRÉE À LEURS PATIENTES



2.2.3 Lévonorgestrel 1,5mg

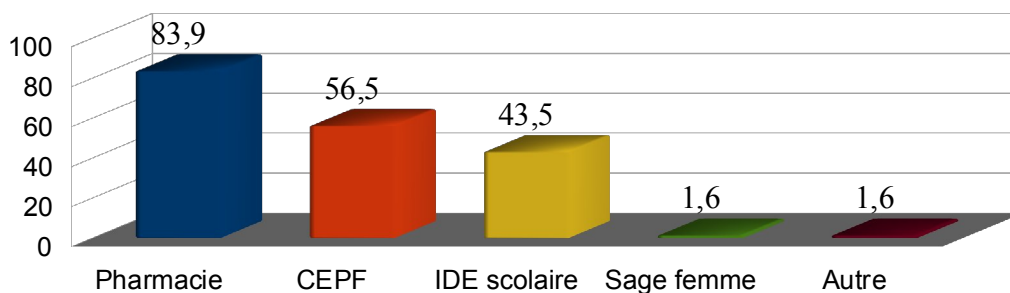
86,1% des médecins savent que Lévonorgestrel 1,5mg peut être obtenu sans prescription médicale. 2,8% pensent cela n'est pas possible et 11,1% ne se prononcent pas.

POSSIBILITÉ D'OBTENTION DE LÉVONORGESTREL 1,5MG SANS PRESCRIPTION MÉDICALE



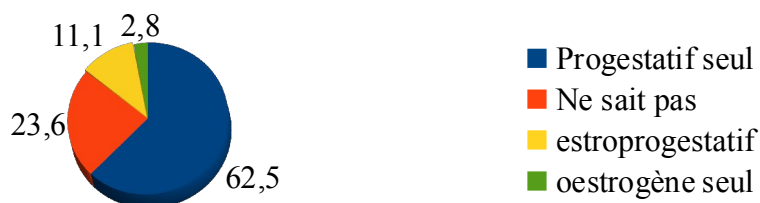
Respectivement 83,9%, 56,5% et 43,5% des médecins déclarent que Lévonorgestrel 1,5mg est disponible en pharmacie, dans les CEPF et auprès des IDE scolaires. 1,6% des médecins déclarent qu'il est possible d'obtenir Lévonorgestrel 1,5mg auprès des sages-femmes. 1,6% rapportent un autre lieu d'obtention.

LIEU D'OBTENTION DU LÉVONORGESTREL 1,5MG



62,5% des médecins savent que le NORLEVO® est un progestatif seul. 37,5% ne le savent pas. Ainsi 11,1% pensent que c'est un estroprogestatif, 2,8% que c'est un oestrogène seul, et 23,6% ne se prononcent pas.

TYPE DE MOLÉCULE DU NORLEVO®

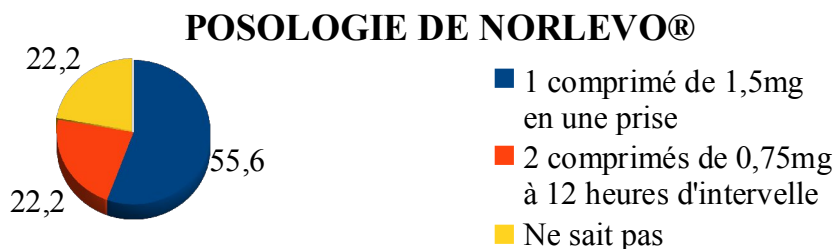


Parmi les 62,5% qui savent que le NORLEVO® est un progestatif seul, 84,4% savent que le principe actif est du lévonorgestrel. 2,2% pensent que c'est du désogestrel (un progestatif de 3^{ème} génération). 13,3% ne connaissent pas le nom de la molécule du principe actif.

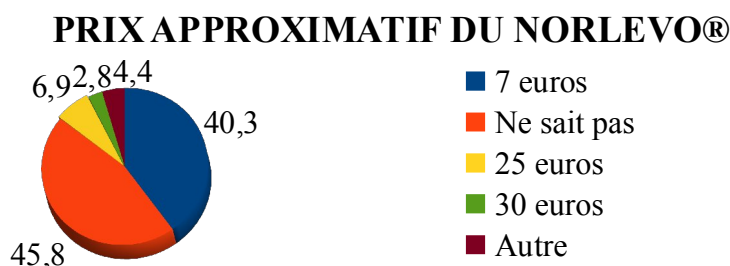
NOM DE LA MOLÉCULE DU NORLEVO®



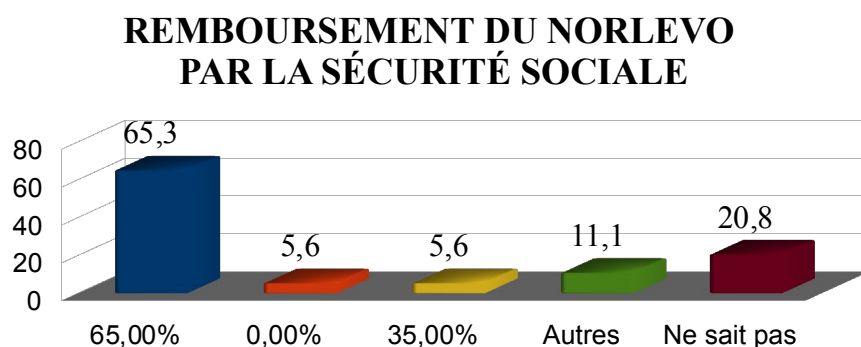
55,6% des médecins connaissent la posologie du NORLEVO® (1cp de 1,5mg en une prise). 22,2% pensent que la posologie est de 2 comprimés de 0,75mg à 12 heures d'intervalle, et 22,2% ne savent pas.



40,3% des médecins connaissent le prix approximatif du NORLEVO® (estimé par nos soins à 7 euros). 45,8% n'ont pas d'idée du prix de NORLEVO®. Les prix proposés de 25 et 30 euros sont cités par respectivement 6,9% et 2,8% des médecins. 4,4% d'entre eux mentionnent une autre valeur.

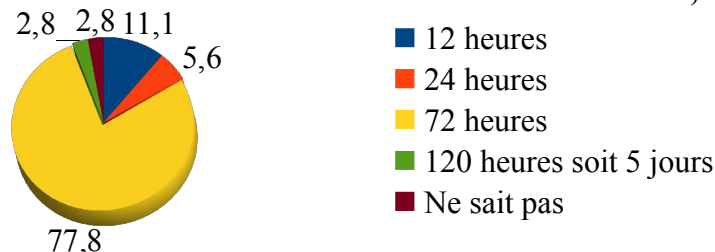


65,3% , 5,6% et 5,6% des médecins citent respectivement un taux de remboursement par la Sécurité Sociale à 65%, 0% et 35%. 11,1% des médecins décrivent d'autres conditions de remboursement. 20,8% n'ont pas d'idée des conditions de remboursement du Lévonorgestrel 1,5mg.



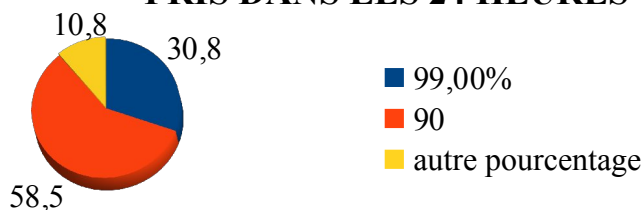
77,8% des médecins connaissent le délai de prise du comprimé de 72 heures, indiqué selon l'AMM à la suite d'une situation à risque de grossesse non désirée. 16,7% le sous-estiment (11,1% pensent qu'il est de 12 heures, et 5,6% de 24 heures). 2,8% pensent qu'il est de 120 heures. 2,8% ne se prononcent pas.

DÉLAI DE PRISE DU LÉVONORGESTREL 1,5MG



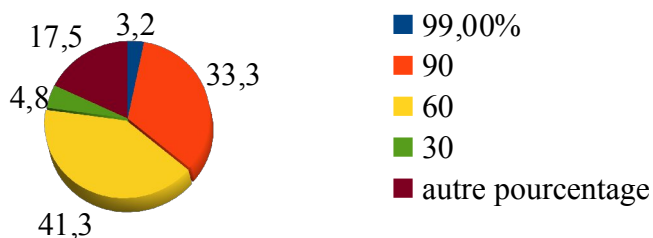
58,5% des médecins connaissent l'efficacité approximative de Lévonorgestrel 1,5mg lorsqu'il est pris dans les 24 heures suivant une situation à risque de grossesse non désirée (efficacité proposée: 90%). 30,8% le surestime à 99%. 10,8% proposent un autre pourcentage d'efficacité.

EFFICACITÉ DU LÉVONORGESTREL 1,5MG PRIS DANS LES 24 HEURES



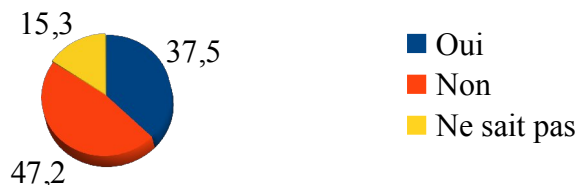
41,3% des médecins connaissent l'efficacité approximative de Lévonorgestrel 1,5mg lorsqu'il est pris dans les 72 heures suivant une situation à risque de grossesse non désirée (efficacité proposée: 60%). 33,3% et 3,2% des médecins la surestime à respectivement 90% et 99%. 4,8% des médecins la sous estime à 30%. 17,5% proposent un autre pourcentage d'efficacité.

EFFICACITÉ DU LÉVONORGESTREL 1,5MG PRIS DANS LES 72 HEURES



47,2% des médecins déclarent qu'il n'y a pas de contre-indication au Lévonorgestrel 1,5mg. 15,3% ne savent pas. Pour 37,5% des médecins, Lévonorgestrel 1,5mg a des contre-indications.

EXISTANCE DE CONTRE-INDICATIONS AU LÉVONORIGESTREL 1,5MG

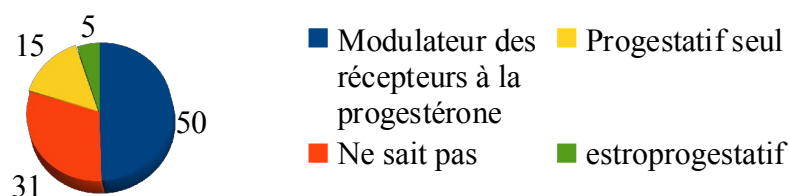


2.2.4 Ulipristal acétate

Seuls 19 médecins ont cité ELLAONE® lors de la question « en ouvert » demandant de citer tous les noms de CU que le médecin connaissait. Les questions plus précises ciblées sur ELLAONE® n'ont pas été posées aux 53 autres médecins.

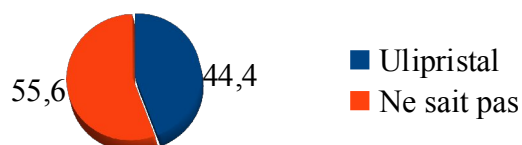
50% des médecins savent que ELLAONE® est un modulateur des récepteurs à la progestérone. 30% ne le savent pas. Ainsi, 15% pensent que c'est un progestatif seul, 5% que c'est un estroprogestatif, et 31% ne se prononcent pas.

TYPE DE MOLÉCULE DE ELLAONE®



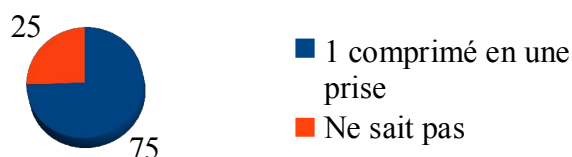
Parmi les 50% qui savent que le ELLAONE® est un modulateur des récepteurs à la progestérone (soit 9 médecins), 44,4% savent que le principe actif est de l'Ulipristal acétate. 55,6% ne connaissent pas le nom de la molécule du principe actif.

NOM DE LA MOLÉCULE DE ELLAONE®



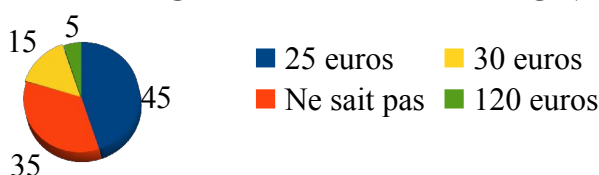
75% des médecins (soit 14 médecins) connaissent la posologie de ELLAONE® (1 comprimé en une prise). 25% ne savent pas.

POSOLOGIE DE ELLAONE®



45% des médecins (soit 9 médecins) connaissent le prix approximatif de ELLAONE® (fixé par nos soins à 25 euros). 35% n'ont pas d'idée du prix de ELLAONE®. Les prix proposés de 30 et 120 euros sont cités par respectivement 15% et 5% des médecins.

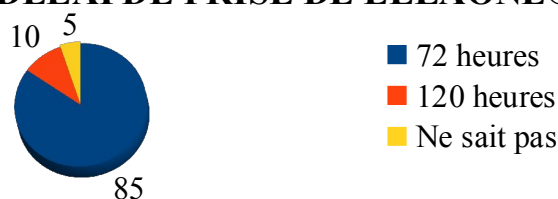
PRIX APPROXIMATIF DE ELLAONE®



60% , 30% et 5% des médecins citent respectivement un taux de remboursement par la Sécurité Sociale à 65%, 0% et 35%. 10% des médecins décrivent d'autres conditions de remboursement. 10% n'ont pas d'idée des conditions de remboursement de ELLAONE®.

85% des médecins connaissent le délai de prise du comprimé de 120 heures, indiqué selon l'AMM à la suite d'une situation à risque de grossesse non désirée. 10% le sous-estiment à 72 heures. 5% ne se prononcent pas.

DÉLAI DE PRISE DE ELLAONE®



Pour respectivement 85% et 61,1% des médecins, ELLAONE® est au moins aussi efficace que le Lévonorgestrel 1,5mg si la prise du comprimé est dans les 72 heures et dans les 120 heures suivant une situation à risque de grossesse non désirée. Pour 5% et 5,6% des médecins, ELLAONE® n'est pas au moins aussi efficace que Lévonorgestrel 1,5mg s'il est pris respectivement dans les 72 et 120 heures suivant une situation à risque de grossesse non désirée. 10% et 33,3% des médecins ne savent pas si ELLAONE® est au moins aussi efficace que Lévonorgestrel 1,5mg s'il est pris respectivement dans les 72 et 120 heures suivant une situation à risque de grossesse non désirée.

Pour 30% des médecins, ELLAONE® a des contre-indications. 25% des médecins déclarent qu'il n'y a pas de contre-indication à ELLAONE®. 45% ne savent pas.

EXISTANCE DE CONTRE-INDICATIONS A ELLAONE®



2.2.5 DIUcu

La connaissance de l'indication du DIUcu en tant que CU était contrôlée deux fois :

- la première question était ouverte «14. Citez les noms de contraceptions d'urgence que vous connaissez: »
- la seconde permettait de tester les connaissances après avoir donné des indices.

A la question fermée « Le DIUcu est il une CU ? », 51,4% des médecins (soit 37 médecins) « oui », 41,7% répondent « non ». 6,9% ne savent pas.

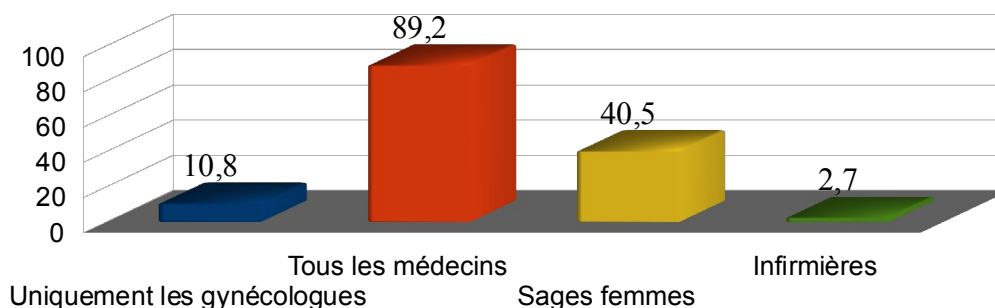
LE DIUcu EST IL UNE CONTRACEPTION D'URGENCE ?



Les questions plus précises sur les DIUcu en tant que CU n'ont donc été posées qu'à 37 médecins.

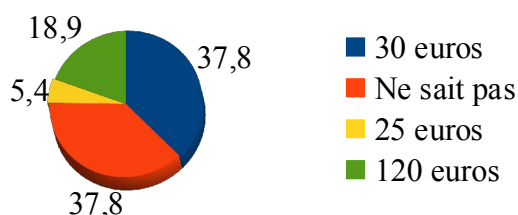
10,8% des médecins déclarent que seuls les gynécologues peuvent poser les stérilets. 89,2% des médecins déclarent que tous les médecins peuvent poser les stérilets. Respectivement 40,5% et 2,7% des médecins pensent que, légalement, les sages-femmes et les infirmières peuvent poser des stérilets.

PROFESSIONNEL LÉGALEMENT AUTORISÉ À POSER DES DIU



37,8% des médecins connaissent le prix approximatif (estimé par nos soins à 30 euros). 37,8% n'ont pas d'idée du prix du DIUcu. Les prix proposés de 25 et 120 euros sont cités par respectivement 5,4% et 18,9% des médecins.

PRIX APPROXIMATIF DES DIUcu



51,4% des médecins connaissent le délai de pose du DIUcu de 120 heures, indiqué par l'HAS, à la suite d'une situation à risque de grossesse non désirée. 27% le sous-estiment (2,7% pensent qu'il est de 12 heures, 5,4% de 24 heures, et 18,9% de 72 heures). 21,6% ne se prononcent pas.

DÉLAI DE POSE DE DIUcu EN TANT DE CONTRACEPTION D'URGENCE



33,3% des médecins connaissent l'efficacité approximative du DIUcu en tant que CU. 47,2% et 11,1% des médecins le sous-estiment respectivement à 90% et 60%. 8,3% d'entre eux proposent un autre pourcentage d'efficacité.

EFFICACITÉ DU DIUcu EN TANT QUE CONTRACEPTION D'URGENCE



2.3 Influence du profil sur les capacités à citer les CU en question ouverte

2.3.1 Lévonorgestrel 1,5mg

Le taux de citation de NORLEVO® de 97,2% ne permet pas de mettre en évidence de nombreuses différences significatives de l'influence du profil des médecins sur leur capacité à citer le NORLEVO®.

Les médecins sachant citer le NORLEVO® ont des caractéristiques proches de celle de notre échantillon.

Les 2 médecins n'ayant pas cité le NORLEVO® sont uniquement :

- des hommes,
- exerçant à plus de 20 km d'une maternité, en cabinet de groupe informatisé,
- n'utilisent pas la littérature périodique comme mode de FMC,
- n'ayant pas de diplôme complémentaire à celui du DES de Médecine Générale,
- n'ayant pas d'activité salariée complémentaire.

L'appartenance à une association de FMC n'est pas discriminante. Le délai moyen d'obtention de leur thèse est de 11 ans avec un écart-type de 4,2 années.

2.3.2 Ulipristal acétate

Le taux plus faible de citation de ELLAONE® (27,8%) permet de mettre en évidence l'influence du profil des médecins sur leur capacité à citer ELLAONE®, mais en général ces différences ne sont statistiquement pas significatives.

Les caractéristiques prédominantes des médecins ne citant pas ELLAONE® (72,2%), par rapport aux médecins de notre échantillon sont :

- le genre masculin (80,8% vs 76,4%),
- l'exercice dans un cabinet médical non informatisé (88,5% vs 88,9%) localisé à plus de 20 kilomètres par rapport à la maternité la plus proche (44,2% vs 40,3%),
- l'exercice d'une activité salariée complémentaire (30,8% vs 29,2%),
- l'absence d'adhésion à une association de FMC (57,7% vs 55,6%),
- l'absence de lecture de périodiques médicaux (80,8% vs 84,7%),
- l'absence de participation à des groupes de pairs (42,3% vs 51,4%), à des séminaires (61,5% vs 62,5%), des congrès (36,5% vs 38,9%), à d'autres modes de FMC (28,8% vs 30,6%),

- l'absence de diplôme complémentaire au DES de Médecine Générale (46,2% vs 47,2%), ou l'obtention d'un seul diplôme complémentaire (25% vs 22,2%).

Les caractéristiques prédominantes des médecins citant ELLAONE® (27,8%), par rapport aux médecins de notre échantillon sont :

- le genre féminin (35% vs 23,6%),
- un exercice seul (50% vs 40,3%), dans un cabinet médical informatisé (90% vs 88,9%), localisé à de moins de 5 km par rapport à la maternité la plus proche (35% vs 27,8%),
- l'absence d'activité salariée complémentaire (25% vs 29,2%),
- l'appartenance à une association de FMC (44,4% vs 50%),
- la lecture de littérature périodique (95% vs 84,7%),
- la participation à des groupes de pairs (75% vs 51,4%), à des séminaires (65% vs 62,5%), à des congrès (45% vs 38,9%)
- l'utilisation d'autres modes de FMC (35% vs 30,6%)
- le fait de n'avoir aucun diplôme complémentaire au DES de Médecine Générale (50% vs 47,2%), ou au contraire d'en avoir quatre (10% vs 4,2%),

2.3.3 DIUcu

Le taux plus faible de citation de DIUcu en tant que CU (19,4%) permet de mettre en évidence l'influence du profil des médecins sur leur capacité à citer le DIUcu, mais ces différences ne sont généralement statistiquement pas significatives.

Les caractéristiques prédominantes des médecins ne citant pas le DIUcu (80,6%), par rapport aux médecins de notre échantillon sont :

- le genre masculin (75,9% vs 76,4%),
- l'exercice dans un cabinet médical localisé à moins de 5 km par rapport à la maternité la plus proche (29,3% vs 27,8%), informatisé (87,9% vs 88,9%) et avec une activité salariée complémentaire (32,8% vs 29,2%),
- la non adhésion à une association de FMC (56,9% vs 55,6%),
- l'absence de participation à des séminaires (65,5% vs 62,5%),
- le fait de n'avoir aucun diplôme complémentaire au DES de Médecine Générale (56,9% vs 47,2%), ou quatre (5,2% vs 4,2%).

Les caractéristiques prédominantes des médecins citant le DIUcu (19,4%), par rapport aux médecins de notre échantillon sont :

- le genre masculin (78,6% vs 76,4%),
- l'exercice dans un cabinet médical localisé à plus de 20 kilomètres par rapport à la maternité la plus proche (50% vs 40,3%), informatisé (92,5% vs 88,9%), et avec une activité salariée complémentaire (85,7% vs 70,8%),
- l'appartenance à une association de FMC (50% vs 44,4%)
- la lecture de littérature périodique (85,7% vs 84,7%)
- l'absence de participation à des séminaires (50% vs 62,5%)
- le fait de n'avoir aucun diplôme complémentaire au DES de Médecine Générale (50% vs 47,2%), ou au contraire d'en avoir trois (14,3% vs 11,1%).

3 Discussion

3.1 Méthode de l'étude

3.1.1 Calendrier de collecte des données

La réalisation de l'étude est transversale sur une période courte de 15 jours.

Au cours de ces 15 jours, il n'y a pas eu en Lorraine de séminaires OGC « La femme jeune : sa contraception, la prévention et le dépistage du cancer du col utérin ».

La revue de la littérature périodique médicale française réalisée ne retrouve pas d'article spécifique sur la CU publié entre les 27 février et 8 mars 2012. Déjà en 1997, la Revue du Praticien de Médecine Générale précisait à ses lecteurs les différentes modalités de contraception d'urgence ³³. Aujourd'hui, la CU reste un sujet d'actualité abordé récemment dans plusieurs revues françaises.

- En octobre 2011, BIBLIOMED (de la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale) publie un article « la CU : craintes injustifiées, attentes déçues ».
- La revue Prescrire propose une fiche « infos patients » en octobre 2011 sur la « Pose d'un stérilet, et stérilets au cuivre : idées vraies, idées fausses » puis en novembre 2011 sur la contraception d'urgence.
- La Revue du Praticien Médecine Générale rappelle les actualités en contraception d'urgence en février 2012. La revue Exercer n'a pas de thématique sur la contraception en début 2012.

Mais ces revues ne proposent pas d'articles à ce sujet depuis les parutions citées jusqu'en mars 2012.

L'influence des FMC en CU sur la variabilité des connaissances entre les médecins interrogés est alors limitée. Nos résultats ne sont donc pas biaisés par des FMC récentes sur la CU. Notre évaluation n'est donc pas le reflet de la mémoire à court terme d'acquisition récente de connaissances lors d'enseignement post-universitaire. Nous estimons donc évaluer la connaissance à long terme des médecins, connaissances intégrées et utilisées dans leur pratique clinique quotidienne.

33 Aubény E. Contraception d'urgence. La Revue du Praticien Médecin générale. Nov 1997 ; 399:11-4

Le niveau mis en évidence rapporte le fait que ces connaissances sont actualisées ou non. Les conditions d'accessibilité ont changé en 2001, 2002 et 2009. Une nouvelle molécule est disponible depuis 2009. Nous mettons alors en évidence les besoins d'accentuer la FMC sur le point précis de la CU, afin de mettre à jour les connaissances des praticiens.

Période de collecte courte au cours de laquelle il n'y a pas eu de FMC (littérature française de médecine générale, séminaire dans les Vosges) ciblée sur notre thématique.

3.1.2 Mode de collecte des données

La soumission téléphonique a été préférée à une soumission par entretiens directs sur rendez-vous au cabinet des médecins, pour des raisons matérielles.

La soumission orale de ce questionnaire de connaissance a néanmoins permis une diminution des biais par rapport à une soumission par courrier postal. Le praticien n'avait pas le temps de faire une recherche bibliographique importante.

Nous regrettons de ne avoir pas utilisé d'entretiens semi-directionnels, ayant été limités par la faisabilité (échantillon de 100 individus). Il aurait été informatif d'utiliser ce type d'enquête, surtout dans l'analyse des réactions face aux questions posées et des réponses aux questions libres portant sur l'activité en contraception.

La collecte des données a été retardée par rapport au plan initial prévu lors de notre travail dans le cadre du diplôme inter-universitaire de Formation complémentaire en gynécologie-obstétrique. Malgré les tests initiaux favorables de soumission du questionnaire, nous avons été amenés à simplifier le questionnaire, passant de 96 à 57 questions plus ciblées. Cela présente deux avantages majeurs.

- L'analyse statistique a pu être facilitée avec une précision des objectifs principaux et secondaires.
- Le raccourcissement du questionnaire a permis d'augmenter la taille de notre échantillon à 100 individus et donc de gagner dans la représentativité de notre population.

Le questionnaire est modulable en fonction des réponses apportées. Cela facilite la soumission sans réduire le caractère informatif des réponses.

- La construction du questionnaire amène à une diminution du nombre de questions en cas de faible activité de FMC (suppression de 2 questions), en cas de faible activité en contraception (suppression de 3 questions), en cas de faibles connaissances du NORLEVO® (suppression de 5 questions), de ELLAONE® (suppression de 4 questions), du DIUcu (suppression de 4 questions), en cas de non connaissance de ELLAONE® (suppression de 13 questions). En cas de manque de connaissance du sujet ou faible activité de FMC ou de contraception, jusqu'à 27 questions peuvent ne pas être posées (soit presque la moitié). Ces questions sont les plus difficiles car les plus précises en termes de connaissances. Le praticien n'est pas mis face à un échec important, l'enquête est donc moins agressive. Cela écourte l'enquête de 10 à 5 minutes environ, sans en réduire le caractère informatif.
- Il était précisé au praticien interrogé qu'il pouvait interrompre à tout moment l'entretien téléphonique, s'il le trouvait trop long. Mais aucun des praticiens ayant accepté de répondre au questionnaire n'a interrompu l'entretien. On peut alors penser que le caractère modulable était adapté au type d'entretien choisi.

Par ailleurs, le contact direct nous a permis de proposer la correction du questionnaire immédiatement. Cela a été globalement apprécié des praticiens. Certains m'ont rapporté y trouver un intérêt en termes de formation.

Soumission orale par téléphone suivant la trame d'un hétéro-questionnaire comportant des questions dichotomiques, à choix multiples, et ouvertes (sur des questions de pratique médicale). Entretien semi-directionnel non réalisé par manque de moyen : perte d'information.

Hétéro-questionnaire de taille modulable augmentant l'acceptabilité par adaptation du niveau des questions au niveau de connaissances du praticien.

3.1.3 La validité des résultats

L'enquête de connaissances et de pratique est déclarative. Cela entraîne donc un biais.

- Le praticien peut valoriser ses connaissances en ayant recours simultanément au VIDAL, à Internet, à ses notes. Cela peut nous amener à décrire un niveau de connaissance trop élevé. Néanmoins, si le praticien sait où chercher l'information nécessaire au cours des 5 à 10 minutes de l'entretien téléphonique (d'une durée inférieure à celle d'une consultation³⁴) (45), il sera apte à dispenser une information adaptée à sa patiente.
- Au contraire, si le praticien n'est pas intéressé par le type d'entretien (téléphonique) et par le sujet, il peut par excès exprimer un défaut de connaissance. Cela nous amènerait à sous évaluer nos résultats.

La méthodologie adoptée nous a mis face au problème de disponibilité des médecins. Ils ont été appelés dans les heures ouvrables, c'est-à-dire lors de leurs consultations. Certains praticiens acceptaient de répondre immédiatement, d'autres souhaitaient être recontactés en dehors de leur heures de consultations, d'autres ont refusé la réponse par téléphone.

- 18 médecins ont directement refusé de participer à notre travail.
- 26 médecins étaient difficilement joignables.

Dans le cadre d'une enquête descriptive, nous avons mis en avant la nécessité d'obtenir le plus grand nombre de données au sein de notre échantillon. Nous avons décidé de mettre en défaut les objectifs trop restrictifs de collecte (recueil par téléphone). Ainsi 16 questionnaires n'ont pas été recueillis avec la même méthode. Les médecins ayant répondu par mail ont témoigné de leur intérêt pour le travail de recherche en médecine générale. Ils nous ont assuré répondre dans des conditions similaires à celles demandées par téléphone (sans aide de documentation annexe). Le caractère déclaratif des réponses en terme de connaissances ou lors du mode honnête de recueil par mail implique obligatoirement tantôt une sur-évaluation et tantôt une sous-évaluation du niveau de connaissance des praticiens de l'échantillon. Les biais entraînés par ce mode de collecte double ont été acceptés. Malgré cette méthode d'entretien par téléphone, contraignante car dérangement à des moments peu opportuns, les médecins interrogés ont globalement été intéressés par notre travail. 26 d'entre eux ont accepté de recevoir par mail notre travail.

³⁴ 16 minutes en 2006

Le biais de sélection est corrigé par un échantillonnage aléatoire simple réalisé par les médecins du service d'épidémiologie et d'évaluations cliniques du CHU de Nancy.

- L'exclusion des médecins remplaçants peut sous-évaluer les résultats. Ces médecins, plus jeunes, ont une formation initiale plus récente, incluant la contraception d'urgence. Lors de leur activité clinique, ils apportent aux patientes les informations au même titre que les médecins installés. L'âge moyen d'installation reculant de plus en plus, le nombre de remplaçants exerçant et leur impact en termes d'information dans le domaine de la contraception ne fera qu'augmenter dans les prochaines années. Malheureusement, nous n'avons pu quantifier l'activité des remplaçants dans les Vosges et nous n'avons pas soumis notre questionnaire aux remplaçants. Nous ne pouvons donc pas quantifier l'impact de leur pratiques.
- Nous avons exclu l'idée de soumettre le questionnaire uniquement à des praticiens lors de soirées de FMC (groupes de pairs ou séminaires). On peut penser que cet échantillon de médecins n'est pas représentatif de par leur intérêt à l'entretien et la mise à jour de leurs connaissances. Le niveau de connaissances aurait été sur-évalué.

Un biais d'information ou de mesure peut être induit par la nature du questionnaire.

- Certaines questions peuvent être trop fermées ou mal orientées. Aux questions «A la suite de la prise de NORLEVO ou d'ELLAONE®, quelles sont les informations incontournables à donner à la patiente en termes de contraception», peu de praticiens ont cité le dépistage des MST. La citation de cet item lors de la correction proposée à l'oral en fin de questionnaire paraissait souvent évidente pour les praticiens qui ne l'avaient pas rapporté dans leur réponse.
- Les questions à choix multiples peuvent améliorer le taux de bonnes réponses, exprimées de façon aléatoire ou par bon sens par les médecins. Par exemple, les réponses proposées (7, 25, 30, 120 euros, autre, ne sait pas) pour les questions « Quel est le prix approximatif de NORLEVO®, ELLAONE®, DIUcu? » ont peut-être parfois amené les praticiens à choisir par déduction. Cela n'est alors pas le reflet des connaissances nécessaires à l'information des femmes au cours des consultations. Néanmoins, nous avons choisi de ne pas proposer plus de réponses possibles. La soumission orale de cette question répétée trois fois (NORLEVO®, ELLAONE®, DIUcu) aurait alourdi l'entretien. Le type de question « en ouvert » n'a pas été retenu pour des raisons de complexité d'analyse statistique.

Nous n'avons pas souhaité décrire de liens statistiques entre nos données, le but était de décrire le niveau de connaissances et non de tenter d'expliquer les facteurs influençant le niveau des connaissances des médecins généralistes. Nous avons donc écarté le risque de rencontrer des biais de confusion.

Enquête déclarative réalisée dans un temps inférieur à celui d'une consultation de médecine générale.

Caractère modulable augmente acceptabilité du questionnaire sans en diminuer la richesse des données recueillies.

18 refus immédiats. 26 médecins difficilement joignables. 16 questionnaires recueillis selon une seconde méthode.

Echantillonnage aléatoire simple. Exclusion des remplaçants. Refus de soumission aux praticiens lors de séances de FMC.

Le type de questions peut parfois limiter ou améliorer le taux de bonnes réponses.

3.1.4 Généralisation des résultats

La limitation de l'enquête aux médecins généralistes entraîne un manque de représentativité des intervenants sur le territoire français en matière de CU. Nous avons exclu dans notre travail les autres acteurs d'information : en particulier les gynécologues de ville et hospitaliers, les sages-femmes, les infirmières scolaires, les pharmaciens, les intervenants en CEPEF, les enseignants, les médias, les femmes elles mêmes (transmission de l'information entre amies, en famille).

Comme nous l'avons expliqué, les médecins généralistes sont une clé de voûte du système de santé par leur rôle de coordinateur du parcours de soins des patientes. Mais ils sont un des nombreux acteurs dans le cadre de la médicalisation de la contraception.

Selon la DREES-DRASS, en 2007 dans les Vosges, les acteurs médicaux et paramédicaux d'information en termes de CU sont 536 médecins généralistes, 374 médecins spécialistes (n'ayant pas tous une activité ciblée en CU), 392 pharmaciens, 2514 infirmières (n'exerçant bien sûr pas toutes en milieu scolaire), 123 sages-femmes.

En Lorraine en 2011, 2247 médecins généralistes libéraux sont inscrits à l'Ordre des médecins dont 748 en Meurthe et Moselle, 161 en Meuse, 938 en Moselle, 366 dans les Vosges.

Notre échantillon de 100 individus reflète les 339 médecins généralistes libéraux installés dans les Vosges.

Notre objectif principal est l'étude uniquement chez les médecins généralistes. Nos résultats peuvent se généraliser aux médecins vosgiens, du fait de l'échantillonnage aléatoire simple. Les comparaisons de nos résultats se feront au niveau régional et national.

Donc, en aucun cas, nos résultats ne peuvent s'appliquer à tous les intervenants professionnels du domaine de la contraception.

Par ailleurs, les CU disponibles dans les autres pays ne sont pas identiques à celle en France. L'extrapolation de nos données ne peut donc se faire à l'international.

Objectif principal de notre étude : évaluation de la capacité des médecins généralistes installés dans les Vosges à citer les CU.

Extrapolation de nos données possible pour les médecins généralistes vosgiens.

Pas d'éléments pour des extrapolations de nos données d'observation des connaissances aux médecins généralistes de la région Lorraine, du territoire national ou des autres pays ni aux autres intervenants médicaux, paramédicaux ou n'appartenant pas au système de soins

3.2 Commentaires des résultats

Une telle enquête n'a nullement la prétention de définir le niveau de formation en gynécologie des médecins généralistes, mais elle permet de cibler leurs connaissances sur les différents modes de contraception d'urgence.

3.2.1 Profil de la population étudiée

Par rapport à la population de médecins généralistes en Lorraine en 2011³⁵, dans notre échantillon, nous avons :

- moins de femmes que dans la population de médecins généralistes lorrains (23,6% de femmes contre 26%),
- et moins de médecins ayant une activité salariée complémentaire (70,8% de médecins n'exerçant qu'une activité libérale contre 61,5% et 29,2% ayant une activité mixte (salariée et libérale) contre 31,8%). Le type d'activité salariée complémentaire est très varié (médecin d'hôpital local, de rééducation-réadaptation, coordinateur d'EHPAD, de

³⁵ Source Conseil National de l'Ordre des médecins

crèche, à la MDPH, enseignant, président de réseau de santé, vacataire dans des services spécialisés ou de médecine polyvalente). Dans notre échantillon, aucun médecin ne travaille dans une PMI, ou un CEPF.

Par rapport à la population de médecin de l'étude EPILULE (39), les médecins de notre échantillon :

- informent leurs patientes lors de la première prescription de contraception orale plus souvent de façon orale (94,4% versus 60,4%) et de façon visuelle avec des schémas lors de la consultation (26,4% versus 20%) et moins souvent de façon écrite avec document remis à la patiente (12,5% versus 20%),
- interrogent plus souvent leurs patientes sur les oublis de pilule lors des renouvellements de contraception orale : systématiquement pour 51,4% des médecins versus 48,1%, de temps en temps pour 31,9% versus 35,4% et rarement pour 16,7% versus 16,5%.
- rappellent moins souvent la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule lors des renouvellements de contraception orale : rarement pour 20,8% des médecins versus 14,6%, de temps en temps pour 48,6% d'entre eux versus 51,4% et systématiquement pour 30,6% versus 33%.

Nous avons recherché à décrire l'attitude des médecins face aux oublis de pilule si la contraception orale est prescrite par un autre médecin. Nous avons observé que, dans ce cas, les médecins de notre échantillon se préoccupent encore moins des oublis de pilule par une recherche active à l'interrogatoire. Presque deux tiers d'entre eux recherchent rarement les oublis. Est-ce parce qu'ils estiment que le praticien prescripteur le fait ? Est-ce par désintérêt des problématiques gynécologiques de leur patientes ? Dans le contexte actuel de forte médicalisation de la contraception avec un taux élevé d'erreur et échec, il pourrait être bénéfique pour la prévention des grossesses non désirées de majorer les informations de bonnes utilisations de la contraception orale (contraception la plus utilisée en France).

L'activité en gynécologie des praticiens interrogés est très variable. Sur une période arbitraire de 3 mois, le nombre d'introduction de contraception est en moyenne de 4, soit une par mois. Un praticien déclare en avoir réalisé 20. Cela augmente la moyenne de cette variable, alors que la médiane est de 3.

Cette activité est donc peu fréquente mais pas nulle. Les praticiens ont donc régulièrement l'opportunité d'aborder le thème de la contraception d'urgence avec leur patiente désireuse de mettre en place contraception.

Cette consultation y est dédiée entièrement dans presque deux tiers des cas sur demande de la patiente, qui ne consulte que pour cela. Dans les autres cas, le praticien peut selon les recommandations, re-convoquer sa patiente ultérieurement. La contrainte temporelle n'est donc pas un frein à l'information sur la CU. Mais parler de contraception d'urgence peut être délicat à la première consultation et pourrait peut être favoriser l'inobservance de la contraception régulière.

Néanmoins, si la consultation d'introduction de contraception n'est pas à elle seule l'opportunité de délivrer l'information aux femmes, les praticiens peuvent le faire lors des renouvellements. Dans notre échantillon, les médecins réalisent en moyenne 26 consultations de renouvellement de contraception sur 3 mois, soit presque 9 par mois. L'activité des praticiens de notre échantillon est également variée pour ce type de consultation, allant de 1 à 96 actes sur les 3 mois. Lors des consultations au cours desquelles sont faits les renouvellements de contraception, le temps attribué à l'acte de renouvellement est probablement très limité. Le motif de consultation n'est pas le renouvellement dans presque la moitié des cas. Lorsqu'il y a plusieurs motifs de consultations lors d'une même consultation à durée limitée, le temps attribué à chacun des motifs diminue. Donc la quantité et probablement la qualité d'information délivrée en sont diminués.

Par rapport aux médecins généralistes lorrains, notre population comporte moins de femmes, et moins de praticiens ayant une activité salariée complémentaire. Aucun des médecins de notre échantillon ne travaille en PMI ou CEPF.

Par rapport aux médecins au niveau national en 2000 (étude EPILULE), notre population informe plus souvent de façon orale, ou visuelle avec des schémas lors d'initiation de contraception et recherche plus systématiquement les oublis de pilule mais rappellent moins souvent la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule lors de renouvellement de contraception orale.

Lorsque la contraception est prescrite par un autre médecin, notre population s'intéresse peu à la tolérance et l'observance de la contraception de leur patiente.

Motif unique de consultation « gynécologie » peut fréquent mais existant = opportunité de parler de CU. Sinon recommandation de re-convoquer la patiente ultérieurement.

Renouvellement de contraception orale fréquent mais souvent motifs de consultations multiples = peu de place pour parler de CU.

3.2.2 Les connaissances au sujet des CU

Les connaissances des médecins de notre échantillon ont été comparées à celles des 326 médecins généralistes enseignants (GE) ayant participé à la FMC sur la contraception proposée au niveau national en 2006 et 2007 dans le cadre d'un travail de thèse (10); elles sont moins bonnes. Cette différence de niveau de connaissance peut s'expliquer par l'intérêt que portent ces médecins aux problématiques gynécologiques. Ces généralistes enseignants, impliqués en pédagogie, avaient un intérêt particulier à avoir et perfectionner leurs connaissances. Ils représentaient un relais vers 256 internes en stages ambulatoires, 728 internes en médecine générale, et 611 collègues généralistes enseignants n'ayant pas participé à cette FMC.

- Notre population a des connaissances inférieures à celles des GE au sujet des conditions d'obtention du Lévonorgestrel 1,5mg. Seuls 86,1% savent qu'il peut être obtenu sans prescription médicale contre 91% (résultats du questionnaire pré-test de la FMC).
- L'indication du DIUcu en tant que CU est moins connue dans notre population. 51,4% des médecins de notre échantillon répondent « oui » à la question « Le DIUcu est il une CU ? » contre 62% chez les GE.

Concernant l'indication du DIUcu en tant que CU, dans un travail qualitatif sur 25 médecins (9), publié en 2010, seul un médecin avait déjà posé un DIUcu en urgence, 2 médecins l'avaient proposé, 5 connaissaient l'indication mais ne le proposaient pas et 13 ignoraient cette indication du DIUcu.

En 2007, un autre travail qualitatif (46) montre que 2 des 9 médecins du focus group avaient utilisé le DIU en tant que contraception d'urgence mais uniquement une fois. Comme dans les autres travaux, nous observons une très faible activité de pose de stérilets. Cela peut être expliqué par la méconnaissance des textes législatifs (10,8% des médecins généralistes interrogés pensent qu'ils n'ont pas le droit de poser des DIU) et le manque de formation.

Dans notre échantillon, la majorité des médecins ne pose pas de stérilets et 6,9% en posent régulièrement (au moins 5 par an). Pour ceux n'en posant pas, la moitié est demandeuse de formation pour en poser. Même si les médecins généralistes ne posent pas eux-mêmes les DIUcu, ils ne connaissent pas bien les conditions d'obtention (prix), les délais de pose, et l'efficacité du DIUcu en CU. Ils ne sont donc pas à même d'informer les patientes de façon adéquates afin qu'elle fassent un choix libre et éclairé en terme de CU.

Le niveau des connaissances des médecins que nous avons interrogés pourrait être amélioré par une FMC mais aussi par une recherche bibliographique ciblée. En dépit de l'imperfection de leurs connaissances, la délivrance d'une CU n'étant pas une urgence immédiate ou vitale, ils peuvent fournir toute information nécessaire aux patientes candidates à une CU pour qu'elle leur soit délivrée dans un délai acceptable. C'est une circonstance privilégiée pour une information sur la CU et reporter cette information à une consultation ultérieure expose à un risque de ne pas la fournir car la patiente peut ne pas revenir ou se sentir moins concernée par ce problème et y être moins réceptive.

Prescrire par anticipation la CU sur une ordonnance de contraception régulière est une des solutions possibles. Cela permettrait d'insérer la contraception d'urgence dans une démarche éducative, visant à favoriser l'utilisation de la CU pour les femmes décidant d'y avoir recours.

En 1998, une étude montrait que l'auto administration de contraception d'urgence estroprogestative (après prescription par anticipation avec instructions précises d'utilisation) n'était pas préjudiciable pour la santé des femmes et pouvait réduire le nombre de grossesses non désirées, malgré deux biais relevés (antécédents des prise de CU ou d'IVG et niveau d'éducation relativement élevé)(47).

La prescription systématique avec la contraception hormonale régulière a été étudiée (48). En France en 2009, l'IGAS propose d' « encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence à l'avance » (7). En 2010, la DGS demande à l'HAS d'en évaluer entre autres les conséquences sur l'observance de la contraception régulière. Les résultats de ce travail sont attendus très prochainement (49).

Cette pratique est le plus souvent à l'initiative du médecin. Il doit bien connaître cette molécule, ce qui est le cas dans notre échantillon (97,2% des médecins citent le NORLEVO®). Mais seuls 12,5% prescrivent le Lévonorgestrel 1,5mg par anticipation. Actuellement, cette pratique n'est pas courante dans notre population. Mais comme nous l'avons vu en France à ce jour, il n'y a pas encore de consensus français.

Les médecins de notre population connaissent moins bien les conditions d'obtention du Lévonorgestrel 1,5mg et l'indication du DIUcu en tant que CU que les GE interrogés avant une FMC réalisée au niveau national.

Les connaissances et les pratiques de notre population vis à vis du DIUcu en CU, sont faibles mais similaires à celles trouvées dans deux travaux réalisés par des méthodes différentes auprès de médecins généralistes français.

Malgré les capacités certaines d'auto-formation des médecins, une FMC ciblée pourrait être intéressante pour améliorer les connaissances de notre population.

La prescription par anticipation reste marginale = concept nouveau sans consensus français à ce jour

3.2.3 Les facteurs influençant les capacités à citer les CU

Le Lévonorgestrel 1,5mg ou NORLEVO® est très bien connu des praticiens interrogés.

Les 2 médecins n'ayant pas su citer le Lévonorgestrel 1,5mg sont des hommes, jeunes (délai moyen d'obtention de la thèse à 11ans versus 21,7ans), exerçant en libéral seulement, en groupe, loin des maternités et des gynécologues de ville, dans des cabinets informatisés.

Nous pouvons penser que ces médecins ont des champs d'intérêt de médecine générale n'incluant pas en priorité la gynécologie. A défaut de trouver l'information auprès de leur médecin traitant, les patientes de ces 2 médecins ont une alternative en consultant les autres praticiens du cabinet : associées féminines, et/ou pratiquant plus de gynécologie, comme cela nous a été rapporté par un médecin lors d'un des entretiens téléphoniques

L'ulipristal acétate ou ELLAONE® est moins bien connu des praticiens.

Les hommes, les médecins exerçant loin des centres de gynécologie, et/ou dans un cabinet non informatisé, et/ou ayant une activité salariée complémentaire sont moins à même de savoir citer cette CU. Les praticiens isolés et/ou non informatisés et/ou ayant une implication régulière par leur activité salariée dans un domaine éloigné de la gynécologie (aucune activité salariée dans notre échantillon a lieu dans une PMI ou une CEPF) portent probablement moins d'intérêt aux nouveautés thérapeutiques non demandées par leur patientèle. La non appartenance à une association de FMC, l'absence de participation à des FMC (groupes de pairs, séminaires, congrès, et autres modes), l'absence de diplôme complémentaire montrent

que la connaissance de cette molécule récemment mise sur le marché nécessite un intérêt particulier du praticien pour l'actualisation de ses connaissances.

Le DIUcu est une des contraceptions les plus anciennes, connu de tous les praticiens. Néanmoins, peu d'entre eux connaissent son indication en tant que CU. Les hommes, les médecins exerçant loin des maternités et/ou dans des cabinets informatisés connaissent mieux que les autres cette indication. Les praticiens appartenant à une association de FMC et/ou lisant des périodiques médicaux sont mieux à même de citer cette indication.

Les praticiens estiment bien la qualité de l'information délivrée à leur patiente (la moitié de façon insuffisante ou nulle et seulement 5% de façon parfaite).

Nous n'avons pas cherché à savoir s'ils souhaitaient améliorer leur capacité à informer. Nous avons souhaité apporter une réponse pédagogique dans le but d'essayer d'améliorer leurs connaissances et donc la qualité de l'information délivrée. Car c'est un des devoirs de la médecine générale, décrit par la WONCA³⁶:

- « favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- avoir une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- répondre aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle »

36 Définition de la Médecine Générale – Médecine de Famille. WONCA 2002.

TROISIÈME PARTIE

1 Organisation d'une FMC

1.1 La structure de FMC choisie

Il nous a paru important de valoriser notre travail théorique. Mettre en évidence un manque de connaissance n'a que peu d'intérêt si aucune mesure n'en découle. Au vu des résultats de notre étude descriptive, nous avons souhaité mettre en pratique une réponse pédagogique répondant aux besoins de formation des médecins généralistes vosgiens. Le but de ce travail pédagogique n'est pas de révolutionner la pédagogie médicale, mais d'utiliser un mode simple et efficace de formation. Ainsi, nous nous sommes basés sur un système existant et actif de FMC : le groupe de pairs.

Nous avons sollicité le groupe de pairs de la Déodat³⁷, créé en 2003. Ce groupe était initialement labellisé par la Société de Médecine Générale (SFMG), puis il a rejoint des groupes de l'AMVPPU³⁸, avalisés par la Fédération Régionale Lorraine LORFORMEP, appartenant à l'UNAFORMEC³⁹. 8 médecins généralistes installés dans les Vosges sont réunis dans la salle de réunion de la Maison Médicale du Breuil de Senones. 2 internes en stage chez le praticien accompagnent leur maître de stage.



Avec le soutien du Dr Florentin, coordinateur de ce groupe, nous avons organisé une séance thématique sur la contraception et plus particulièrement la contraception d'urgence. Sur demande des médecins participants, nous avons, en fin de réunion, ouvert la thématique à la contraception. Les 5 diapositives présentées ont favorisé les échanges autour des problématiques rencontrées lors de la pratique clinique des praticiens. Nous n'avons pas rapporté dans ce travail les commentaires, analyses et évaluations de ces échanges autour de la « Contraception », sortant de notre sujet de thèse.

³⁷ <https://sites.google.com/site/gappdeladeodat/>

³⁸ Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire

³⁹ L'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues, fondée en 1978, compte 1400 associations locales, 37680 adhérents en novembre 2011.

1.2 Le programme de la formation

Le 2 avril 2012, la séance de travail débute à 20h45 après 30 minutes d'accueil convivial autour d'un buffet.

Le test de connaissance initial est posé à l'oral aux 10 participants simultanément. Il est composé des questions 1 à 46 du questionnaire de notre étude descriptive. Les participants répondent en cochant un formulaire pré-imprimé avec les réponses proposées à l'oral lors des entretiens téléphoniques de l'enquête descriptive. En 7 minutes, les questions 1 à 46 de notre questionnaire de thèse sont soumises. Ce premier questionnaire nous permet de décrire les médecins appartenant à ce groupe de pairs et de cibler leurs connaissances avant notre formation.

En une heure environ, les rappels théoriques adaptés aux besoins de formation mis en évidence par notre enquête descriptive sont exposés à l'aide d'un diaporama⁴⁰ commenté par nos soins.

Puis 3 médecins présentent une situation de consultation choisie dans leur activité relatant la dernière prescription contenant une CU, ou à défaut une initiation ou enfin un renouvellement de contraception. Les caractéristiques des situations cliniques sont relevées dans le dossier du patient à l'aide d'une grille d'exposition des cas.⁴¹

Pour clôturer cette formation, le même questionnaire, limité aux questions 14 à 46, était soumis une seconde fois. Les mêmes modes méthodologiques ont été utilisées. Nous souhaitons comparer les capacités des praticiens à répondre de façon correcte aux questions concernant les 3 CU. En fin de questionnaire, il leur était demandé de commenter cette formation.

Le compte rendu de la séance est rédigé, comme habituellement.⁴²

PROGAMME DE LA FMC

Accueil

Questionnaire d'évaluation des connaissances avant la FMC

Diaporama de rappels théoriques

Partage autour de 3 cas cliniques

Questionnaire d'évaluation des connaissances après la FMC

40 Annexe n°4

41 Annexe n°5

42 Annexe n°6

2 Une FMC ciblée

L'action de formation auprès des médecins généralistes est ciblée sur les différentes modalités de contraception d'urgence. Le but de notre formation est d'améliorer leur capacité à informer leurs patientes au sujet de la contraception d'urgence lors des consultations de médecine générale libérale. Les motifs des consultations au cours desquelles cette information peut être délivrée peuvent être variés. L'information peut être délivrée sur demande de la patiente (situation rare) ou sur initiative du praticien. Il doit alors maîtriser des connaissances validées et actualisées.

Notre objectif pédagogique principal est de leur faire acquérir la capacité à citer les différentes modalités de contraception d'urgence. Les objectifs pédagogiques secondaires sont d'améliorer leur connaissance sur les principes actifs (type de molécules, nom de molécules, posologie), des modalités d'obtention (lieu, prix, mode de remboursement), des indications (délai de prise à la suite d'une situation à risque de grossesse non désirée), de l'efficacité des différentes CU.

Mager explique que « celui qui ne sait pas où il veut aller risque de se retrouver ailleurs, et de ne même pas le savoir ». Nous avons défini ces objectifs pédagogiques répondant à des critères précis (50): le public est uniforme (uniquement des médecins généralistes), nous souhaitons qu'ils sachent exprimer les différentes modalités de CU sans aide extérieure (indices, ou recherche bibliographique), afin qu'ils puissent les expliquer sans erreur ni omission à leur initiative lors de consultations.

Le savoir être du médecin face à la patiente est d'importance en CU. Le sujet est délicat. La femme ayant besoin d'une CU, se trouve le plus souvent en situation de méconnaissance de la situation à risque de grossesse, d'erreur ou encore d'échec de sa contraception régulière. Il peut être difficile pour la patiente d'avouer une défaillance et de demander une CU à son médecin traitant qui la connaît si bien. D'autre part, lorsque le médecin souhaite informer sa patiente par anticipation, la crainte de favoriser une mauvaise observance de la contraception régulière et les questions éthiques engendrées peuvent freiner le médecin dans sa démarche de prévention. Malgré son importance, la formation et l'évaluation du savoir être dans le domaine de la CU ne font pas partie de nos objectifs. L'évaluation du savoir être nécessite des techniques demandant une implication importante des participants (jeu de rôle, glace sans tain). Il est trop difficile à mettre en place avec les moyens dont nous disposons. A chaque réunion, les membres du groupe de pairs Déodatien échange facilement sur leurs façons d'être et leurs ressentis face aux problématiques abordées. Lors de notre formation, le partage des

cas cliniques a permis d'exprimer et d'analyser la relation médecin - patiente au cours de consultations où était abordée la contraception d'urgence. L'évaluation de l'enseignement apporté par ces échanges n'a pas été réalisée. Nous n'avons pas souhaité proposer de modification de fonctionnement à ce groupe très actif par ailleurs (forte participation aux réunions mensuelles non rémunérées).

3 Évaluation

3.1 Niveau d'évaluation

On ne peut pas supposer qu'il y ait apprentissage (modification de l'efficacité) dès lors qu'un praticien a suivi un enseignement quel qu'il soit. Seule l'évaluation d'un apprentissage effectif peut fournir les preuves permettant d'affirmer une telle conclusion. (51)

L'évaluation d'une formation peut porter sur différents aspects d'une action de formation. En fonction de la place de l'évaluation dans l'élaboration de celle-ci, on décrit trois niveaux :

- Avant la formation, la validation des programmes et des projets de formation est nécessaire. Nous avons tenté de le réaliser par notre enquête descriptive.
- Lors de la formation, l'évaluation de l'acquisition immédiate par un questionnaire de connaissances est intéressante. Nous l'avons réalisé. Mais d'autres évaluations qualitative (questionnaire détaillé de satisfaction) et quantitative (durée de la formation, thèmes abordés, nombre de participants à la formation) auraient pu être mises en place.
- Après la formation, son retentissement sur l'activité des médecins (comportement, prescription) et de la population (indicateurs de santé) est très informatif mais son évaluation est lourde à mettre en oeuvre.

Donald Kirkpatrick a défini, dans les années 1950, une échelle d'évaluation des formations à 4 niveaux (adaptée au modèle de formation médicale):

- niveau 1 : Réactions - satisfaction des participants.

La satisfaction des participants est insuffisante pour juger de la qualité d'une formation. Elle est facile à mettre en place, peu chronophage et reste informative. Nous avons posé une question ouverte pour évaluer le ressenti des participants.

- niveau 2 : Apprentissages - évolution des connaissances.

La première partie de notre travail est la description des connaissances d'un échantillon

de médecins. L'évolution des connaissances est une étape incontournable pour espérer obtenir des modifications de pratiques et de l'état de santé des populations. L'évaluation immédiate des connaissances après une FMC (par des questionnaires de type pré-test et post-test) est donc un indicateur utile mais d'intérêt limité. La méthode choisie compare des mesures obtenues avant et après la formation. Les écarts de résultats obtenus avec l'outil d'évaluation que nous avons choisi, nous permettent d'évaluer l'impact de l'action de formation. L'évolution des pratiques ou de l'état de santé de la population dans le temps si le groupe de médecins n'avait pas été formé, n'est pas déterminé. L'évolution des pratiques des médecins formés et de l'état de santé de la population suivie par ces médecins n'est pas non plus évaluée.

- niveau 3 : Comportements ou transferts - évolution des pratiques professionnelles.
L'évaluation de niveau 3, encore plus précise sur l'impact des formations, nécessite une logistique conséquente.
- niveau 4 : Résultats - état de santé de la population.
L'idéal est bien sûr ce niveau d'évaluation, s'intéressant directement aux marqueurs de santé des populations.

Deux travaux à propos de l'évaluation de niveaux 2 et 3 suivant une formation à la contraception ont tracé les avantages et les limites de ce type d'évaluation (10,52).

Evaluation avant la FMC pour valider le programme

Evaluation de niveau faible : 1 (satisfaction) et 2 (apprentissage)

3.2 Résultats

3.2.1 Le niveau de satisfaction des participants

Les 10 participants ont jugé la formation « intéressante », « claire », « précise », « cohérente », « adaptée à la pratique en médecine générale », et la « méthode pédagogique, intéressante ».

La rédaction d'un document écrit résumant les informations données à l'oral avec support visuel a été proposée par un des médecins.

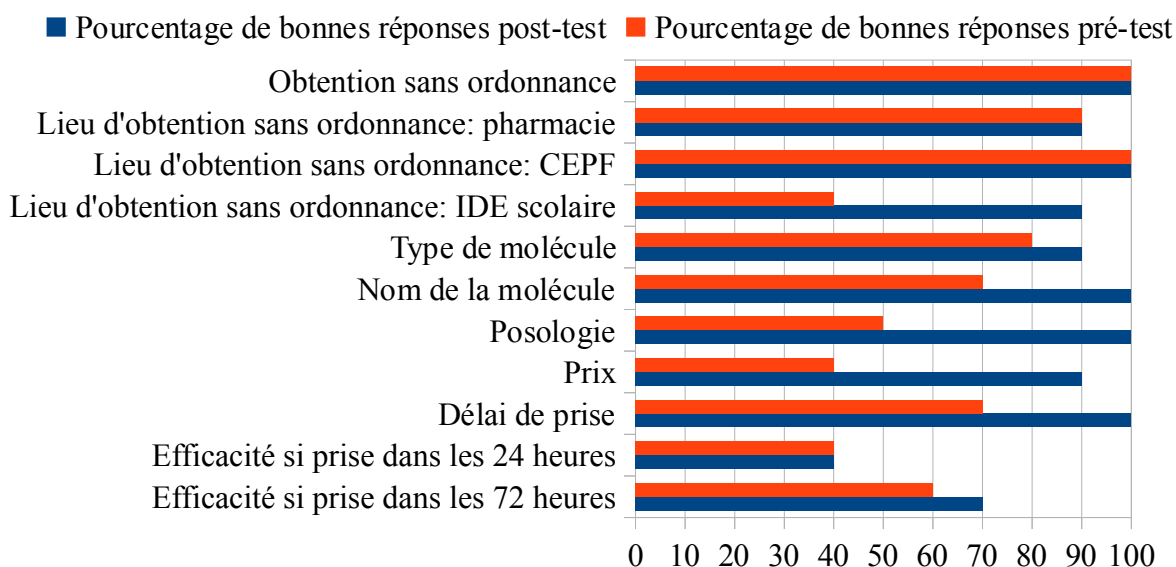
3.2.2 Les connaissances au sujet du Lévonorgestrel 1,5mg

Dans le pré-test et dans le post-test, 100% des médecins savent que le Lévonorgestrel 1,5mg est disponible sans ordonnance.

Parmi les lieux d'obtention sans ordonnance du Lévonorgestrel 1,5mg, respectivement 90% et 100% des médecins citent la pharmacie et le CEPF dans le pré-test et dans le post-test. Et respectivement 40% et 90% des médecins citent les infirmières scolaires dans le pré-test et dans le post-test.

Entre le pré et le post-test, les bonnes réponses passent de 80 à 90% pour le type de molécule, de 70 à 100% pour le nom de la molécule, de 50 à 100% pour la posologie, de 30 à 90% pour le prix, de 70 à 100% pour le délai de prise et de 60 à 70% pour l'efficacité s'il est pris dans les 72 heures. Les bonnes réponses restent à 40% pour l'efficacité s'il est pris dans les 24 heures.

LEVONORGESTREL 1,5MG : COMPARATIF DES CONNAISSANCES

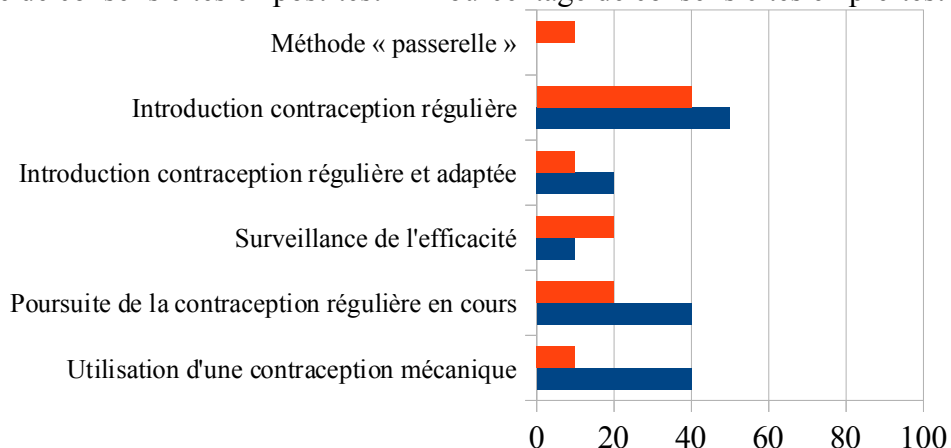


Les conseils donnés à la patiente, après prescription de Lévonorgestrel 1,5mg cités sont :

- l'explication : Lévonorgestrel 1,5mg est une méthode contraceptive « passerelle » (cité 1 fois avant la formation, non cité après)
- l'introduction d'une contraception régulière (cité 4 fois avant la formation, 5 fois après)
- l'introduction d'une contraception régulière et adaptée (cité 1 fois avant la formation, 2 fois après)
- la surveillance de l'efficacité du Lévonorgestrel 1,5mg (test de grossesse) (cité 2 fois avant la formation, 1 fois après)
- la poursuite de la contraception régulière en cours (cité 2 fois avant la formation, 4 fois après)
- l'utilisation de contraception mécanique à la suite de la prise du Lévonorgestrel 1,5mg (cité 1 fois avant la formation, 4 fois après)

CONSEILS DONNÉS À LA PATIENTE APRÈS PRESCRIPTION DE LÉVONORGESTREL 1,5MG

■ Pourcentage de conseils cités en post-test ■ Pourcentage de conseils cités en pré-test

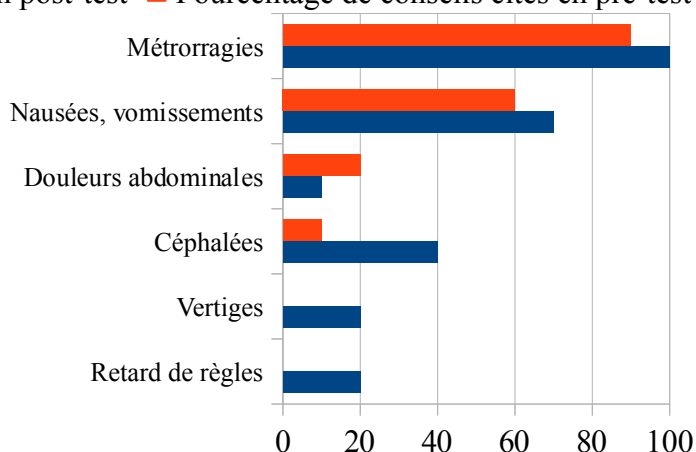


Les effets secondaires expliqués à la patiente, après prescription de Lévonorgestrel 1,5mg cités, sont :

- métrorragie (cité 9 fois avant la formation, 10 fois après)
- nausée, vomissement (cité 6 fois avant la formation, 7 fois après)
- douleurs abdominales (cité 2 fois avant la formation, 1 fois après)
- céphalées (cité 1 fois avant la formation, 4 fois après)
- vertiges (non cité avant la formation, cité 2 fois après)
- retard de règles (non cité avant la formation, cité 2 fois après)

EFFETS SECONDAIRES EXPLIQUÉS À LA PATIENTE APRÈS PRESCRIPTION DE LÉVONORGESTREL 1,5MG

■ Pourcentage de conseils cités en post-test ■ Pourcentage de conseils cités en pré-test

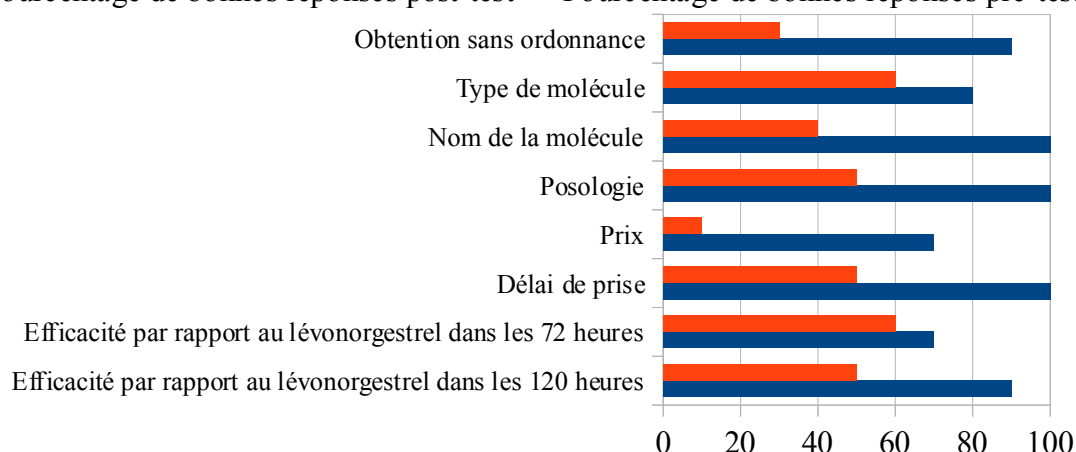


3.2.3 Les connaissances au sujet de Ulipristal acétate

Entre le pré et le post-test, les bonnes réponses passent de 30 à 90% pour l'obtention sans ordonnance, de 60 à 80% pour le type de molécule, de 40 à 100% pour le nom de la molécule, de 50 à 100% pour la posologie, de 10 à 70% pour le prix, de 50 à 100% pour le délai de prise, de 50 à 60% pour l'efficacité par rapport au Lévonorgestrel s'il est pris dans les 72 heures et de 50 à 90% pour l'efficacité par rapport au Lévonorgestrel s'il est pris dans les 120 heures.

ULIPRISTAL : COMPARATIF DES CONNAISSANCES

■ Pourcentage de bonnes réponses post-test ■ Pourcentage de bonnes réponses pré-test

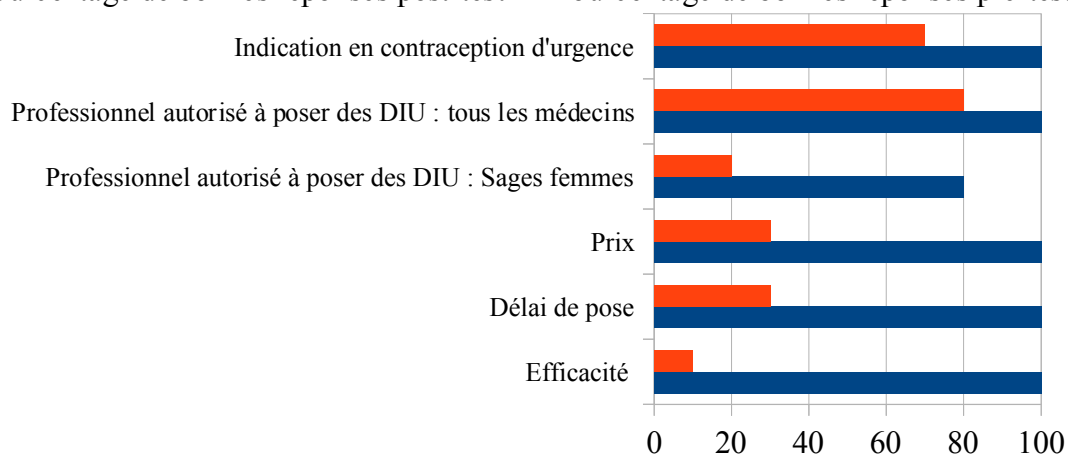


3.2.4 Les connaissances au sujet du DIUcu

Entre le pré et le post-test, les bonnes réponses passent de 70 à 100% pour l'indication du DIUcu en tant que CU, de 80 à 100% pour l'autorisation légale de pose par tous les médecins, de 20 à 80% pour l'autorisation légale de pose par les sages-femmes, de 30 à 100% pour le prix, de 30 à 100% pour le délai de pose, de 10 à 100% pour l'efficacité.

DIUcu : COMPARATIF DES CONNAISSANCES

■ Pourcentage de bonnes réponses post-test ■ Pourcentage de bonnes réponses pré-test



4 Commentaires

4.1 Le type de FMC choisie

Ce type de FMC est accessible car gratuit et proposé en dehors des horaires de consultations. Il demande un investissement personnel des médecins, gage de leur intérêt et de leur attention au message présenté. Cela ne peut que favoriser l'acquisition des connaissances.

Cette FMC peut être réalisée lors d'autres séances d'analyse de pratiques entre pairs d'autres groupes vosgiens. Le support de diapositives peut être commenté par un autre praticien prenant en charge la séance, les cas cliniques issus de l'activité clinique des praticiens participants.

Les données présentées sont pertinentes par rapport à l'activité clinique libérale. Les différents types de CU avec leurs principes actifs, leurs modes d'obtention dont leurs prix, leurs effets secondaires et les précautions d'utilisation sont les connaissances requises lors de l'information donnée à titre systématique ou sur demande de la patiente.

4.2 La méthode d'évaluation

Le mode d'évaluation de notre formation est de qualité supérieure à une simple mesure post-formation. Cette méthode n'aurait pas permis d'attribuer les résultats à notre formation. Nous avons choisi une évaluation de niveau 2 permettant de juger de l'évolution des connaissances en utilisant le même outil que celui utilisé dans notre enquête descriptive. Mais, limités par nos moyens, nous n'avons pu mettre en œuvre une méthode permettant une comparaison par rapport à un groupe contrôle. Une comparaison des résultats obtenus après la formation de notre groupe de médecins à un groupe n'ayant pas suivi notre formation ou aucune formation aurait permis de décrire la qualité de notre formation.

4.2.1 Évaluation de la satisfaction

La satisfaction des participants à cette FMC est bonne. Aucun commentaire négatif n'a été relevé. Les praticiens présents sont habitués à ce mode de formation par des années de pratique commune d'échange entre pairs. Ils sont ouverts à toutes les problématiques touchant la médecine générale et motivés pour faire des rappels de connaissances ou en acquérir de nouvelles.

Nous avons utilisé le schéma habituel de soirée de GAPP en présentant 3 cas. Le rappel théorique classique avec utilisation de diaporama était une étape indispensable pour être exhaustif. Il ne semble pas que cet enseignement magistral ait été trop contraignant. Il a été

interrompu par plusieurs échanges actifs entre les participants.

Une proposition constructive a été faite pour optimiser la mise en application des connaissances acquises lors de cette soirée : un aide mémoire avec les principales données concernant chacune des CU. Nous n'avions pas initialement prévu de réaliser ce document. Cela pourra être fait et distribué aux praticiens ultérieurement.

4.2.2 Évaluation des résultats

Les tests de connaissances réalisés avant et après la formation en attestent l'efficacité. Néanmoins, la taille de cette population est trop petite pour faire une analyse statistique. Les schémas proposés permettent simplement une facilité de lecture.

Toutes les réponses sont meilleures après la formation hormis pour trois éléments. Moins de praticiens savent citer que la CU n'est qu'une méthode passerelle dans le parcours contraceptif, que la surveillance de l'efficacité de la CU est nécessaire et que des douleurs abdominales peuvent être engendrées par le Lévonorgestrel.

Cette action de formation a donc un effet favorable sur les connaissances des praticiens. Des modifications sont souhaitables avant la diffusion de ce type de FMC afin d'optimiser les acquisitions sur chacun de nos objectifs pédagogiques notamment sur les trois points où les praticiens ne progressent pas.

CONCLUSION

Les grossesses non désirées encore trop fréquentes surviennent lors d'absence de méthode permettant d'éviter une grossesse ou bien plus souvent lors d'échec de contraception régulière.

La particularité de la CU est que son utilisation tend à être « démedicalisée » : le Lévonorgestrel 1,5mg, modalité la plus utilisée, ne nécessite pas de recours au médecin (accessible sans ordonnance). Malheureusement, les modalités effectives de l'utilisation de la CU (indications, types de CU utilisés) ne paraissent pas optimales malgré les efforts anciens et continus des divers intervenants sur le thème de la contraception.

En France, le médecin généraliste est au centre de la prise en charge globale du patient qu'il voit régulièrement. Possédant les connaissances nécessaires, il peut informer ses patientes et ainsi favoriser une utilisation adéquate de la CU.

Les connaissances des médecins généralistes vosgiens sont inégales au sujet des différentes CU. Les médecins savent que Lévonorgestrel 1,5mg existe mais ils n'en connaissent pas parfaitement les caractéristiques. ELLAONE (récente) et le DIUcu (peu utilisé) sont beaucoup moins bien connus.

Nous avons répondu à cette problématique par une formation réalisée auprès d'un groupe de pairs habitué à échanger autour de cas cliniques. Cette FMC ciblée a permis une amélioration de leurs connaissances des différentes CU.

Ce travail représente une première démarche en vue de l'amélioration de l'état de santé des femmes. Les pratiques des médecins généralistes nécessitent des connaissances que nous nous sommes efforcées de valoriser. Encore faut-il que les praticiens conservent ces acquis et les utilisent de façon adaptée auprès de leurs patientes. Malgré une diffusion optimale de la contraception, le nombre d'IVG ne baisserait que partiellement. L'IVG reste une contradiction entre désir de grossesse, et réalité socio-économique et familiale. (53) Cette problématique requiert une prise en charge multidisciplinaire.

*"La vraie générosité envers l'avenir consiste à tout donner au présent."
Albert CAMUS – L'homme révolté*

BIBLIOGRAPHIE

1. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés. 2004 déc;(407).
2. Serfaty D. Avenir de la contraception en France [Internet]. Dans: Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ? Levallois-Perret: Editorial assistance; 2000. Available from: www.cngof.asso.fr/d_cohen/co0.htm
3. Wilcox AJ. The timing of the « fertile window » in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. BMJ. 2000 nov 18;321(7271):1259–62.
4. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. Contraception. 2005 mars;71(3):202–7.
5. Lopez-del Burgo C, Mikolajczyk RT, Osorio A, Carlos S, Errasti T, de Irala J. Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. Contraception. 2012 janv;85(1):69–77.
6. Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, The COCON Group, Bajos N. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2006;38(4):190–6.
7. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambraud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales; 2009.
8. Dossier de presse - La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit [Internet]. 2007 sept 11 [cité 2012 mars 15]; Available from: <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/07/cp070911.asp>
9. 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. 2010 mai;39(3):208–17.
10. Mohammadi Moein G. Evaluation d'une formation médicale continue sur la contraception. [Créteil]: Paris Val-de-Marne; 2008. 61 p.
11. HAS - Direction de l'Evaluation Médicale, Economique et de Santé Publique. Commission de la transparence - ELLAONE 30mg, comprimé. Haute Autorité de Santé; 2010.
12. ANAES - Service des recommandations professionnelles. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. 2004 déc; Available from: www.anaes.fr
13. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as postcoital contraceptive agent. Fertility

- and sterility. 1982 avr 1;37(4):508–13.
14. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *The Lancet*. 1998 août 8;352(9126):428–33.
 15. Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio GG, Ezcurra EE, Van Look PP. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 avr 16;(2):CD001324.
 16. Collectif. VIDAL. 88^e éd. 2012. 3024 p.
 17. Contraception postcoïtale : VIKELA^o aussi en prise unique. *La Revue Prescrire*. 2004 juin;24(251):431.
 18. Gemzell-Danielsson K. Mechanism of action of emergency contraception. *Contraception*. 2010 nov;82(5):404–9.
 19. Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Ståbi B, Gemzell Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: Mechanism of action. *Obstetrics and Gynecology*. 2002;100(1):65–71.
 20. Serfaty D. Contraception d'urgence. Dans: *Contraception*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. p. 284–305.
 21. Croxatto H. Ellaone ulipristal acetate / new generation in emergency contraception : mechanism of action. 2009 sept 10;
 22. Benagiano G, von Hertzen H. Towards more effective emergency contraception? *The Lancet*. 2010 janv 29;375(9714):527–8.
 23. Direction générale de la santé. Stratégie d'action en matière de contraception. 2007 janv;
 24. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction (Oxford, England)*. 2003 mai 1;18(5):994–9.
 25. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2007. 608 p.
 26. Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population - Contraception - objectif 97. DREES, INPES; 2011.
 27. Enquête santé | emeVia - réseau national des mutuelles étudiante de proximité [Internet]. [cité 2012 mars 24]; Available from: <http://www.emevia.com/enquete-sante>
 28. Bouceret E, Dell'era D. Santé: les IVG en Lorraine. Bilan économique 2007, Direction Régionale des Affaires Santiaines et Sociales de Lorraine [Internet]. [cité 2011 sept 29]; (134-135). Available from: http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=13108&page=EL/EL134_135/Sante.htm
 29. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*. 2012;375(9714):555–62.

30. Liying Z, Bilian X. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception*. 2001 août;64(2):107–12.
31. Von Hertzen H, Piaggio G, Van Look PF. Emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet*. 1998;352(9144):1939.
32. Lopes P. Task force on postovulatory methods of fertility regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Actualites Reproduction Humaine*. 1999;7(1):24–5.
33. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2001 mars;184(4):531–7.
34. Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Buffet N. Nouveautés en contraception. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. 2011 nov [cité 2012 mars 23]; Available from: <http://www.em-consulte.com/article/670421/alertePM>
35. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 2^e éd. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2005.
36. Coutin A-S, Lopes P. À propos des recommandations sur la contraception d'urgence du rapport Yeni 2010 sur la prise en charge des personnes exposées au VIH. N'y a-t-il rien de nouveau à proposer ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2011 mai;40(3):273–5.
37. Lydié N, Léon C. Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. Dans: *Baromètre Santé 2005 Premiers résultats*. p. 103–8.
38. Cohen J, Madelenat P, Lévy-Toledani R, Nisand I. L'IVG en France. Quelques propositions pour l'avenir. [Internet]. Dans: *Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ?* Levallois-Perret: 2000. Available from: www.cngof.asso.fr/d_cohen/co0.htm
39. Meniere R, Bastien P, Université Henri Poincaré-Nancy 1. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. 2004.
40. Collectif. Rapport relatif à l'accès à la contraception d'urgence dans les établissements d'enseignement et dans les pharmacies [Internet]. 2003. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/>
41. OMS. Approche stratégique de l'OMS pour le renforcement des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique. 2008;
42. Gallois P. La Formation médicale Continue : Principes, Organisation, Objectifs, Méthodes et Evaluation. Flammarion Médecin-Sciences. Paris: 1997. 280 p.
43. Gallois P. 30 ans d'histoire de la FMC et de l'UNAFORMEC [Internet]. Available from: <http://www.unaformec.org>

44. Arnould C. Historique de la formation médicale continue dans les Vosges. L'AMVPPU de ses débuts à nos jours. [Nancy]: Henri Poincaré; 2010.
45. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes: Une synthèse des données disponibles. IRDES, Questions d'économie de la Santé. 2009 juill;(144).
46. Cavarro-Aschehoug G. Dispositifs intra-utérins : historique et analyse de leurs représentations par la réalisation d'un focus group de médecins généralistes. Nantes; 2007. 111 p.
47. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. N. Engl. J. Med. 1998 juill 2;339(1):1-4.
48. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). Cochrane Database Syst Rev. 2007;(2):CD005497.
49. HAS - Service évaluation économique. Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence - Note de cadrage. 2011 nov;
50. Depaquet A. Intérêt de l'audit des pratiques dans l'évaluation des séminaires de formation médicale continue. [Nancy]: Henri Poincaré; 2007. 122 p.
51. Comité d'experts de l'OMS. La Formation permanente des médecins. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1973.
52. Bit-Mignon B. Evaluation d'une formation médicale continue sur la contraception : Impact sur les pratiques professionnelles. Créteil: 2010.
53. Nisand I. Comment diminuer le nombre des IVG en France ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2003 juin;31(6):499-503.

SOMMAIRE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Tétragynon, Laboratoire Schering.....	19
Illustration 2 : Lévonogrestrel 1,5mg, Laboratoire BIOGARAN.....	20
Illustration 3 : Norlevo, Lévonogrestrel 1,5mg, Laboratoire HRA Pharma.....	20
Illustration 4 : Dispositif intra-utérin à faible risque d'expulsion.....	20
Illustration 5 : Dispositif intra-utérin fortement chargé en cuivre 375-380mm ²	20
Illustration 6 : Boîte d'ELLAONE - HRA Pharma.....	21
Illustration 7 : Proportion des femmes déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence (en %) - Source Baromètre Santé.....	23
Illustration 8 : Approche conceptuelle du système de santé pour l'approche stratégique - OMS, 2008.....	27

ANNEXES

1 Informations données au médecin préalablement à la soumission du questionnaire

Bonjour,

Mon travail de thèse de médecine générale présidée par le Pr JUDLIN consiste en une enquête téléphonique descriptive sur les connaissances des médecins généralistes vosgiens au sujet de la contraception d'urgence, afin de proposer secondairement une formation ciblée.

Vous avez été tiré au sort parmi tous les médecins généralistes vosgiens, pour constituer mon échantillon représentatif.

Le recueil des données sera bien sûr rendu anonyme.

Ce questionnaire dure 5 à 10 minutes.

(ajouté pour envoi e-mail :

- Malheureusement, nous n'avons pu trouver le temps de vous y faire répondre par téléphone.
- Je vous propose donc d'y répondre par mail sans aide documentaire annexe, afin de ne pas biaiser les résultats.)

Sachez que vous pouvez interrompre ce questionnaire si vous le jugez trop long. Il vous suffit de descendre en bas du questionnaire et de cliquer sur envoyer.

Si vous ne souhaitez pas ou ne savez pas répondre à une question, passez directement à la suivante.

2 Mode d'emploi du questionnaire

La notice d'utilisation du questionnaire explique les automatisations mises en place avec le logiciel informatique Google Documents de recueil des données.

Les questions 0 à 4 (le nom, le mode de contact, le sexe, l'activité à exercice particulier décrite dans les pages jaunes, la distance avec la maternité la plus proche, l'exercice seul ou en groupe) sont remplies par mes soins, dans un souci d'écourter le questionnaire.

La première question posée au médecin est la question numéro 5.

Le numéro d'anonymat est une information facilitant l'organisation du travail de recueil.

Les questions 9, 11, 16, 26, 39, 43 à 46 sont posées uniquement si respectivement les réponses sont oui aux questions 8, 10, 15, 25, 38 et 42.

La question 18 est posée uniquement si réponse PROGESTATIF SEUL à la question 17.

La question 23 est posée uniquement si réponse 24H, 72H ou 120H à la question 22.

La question 24 est posée uniquement si réponse 72H ou 120H à la question 22.

Les questions 29 à 41 sont posées uniquement si ELLAONE est cité à la question 14.

La question 30 est posée uniquement si réponse modulateur des récepteurs à la progestérone à la question 29.

La question 36 est posée uniquement si réponse 72H ou 120H à la question 35.

La question 24 est posée uniquement si réponse 120H à la question 22.

La question 53 est posée uniquement si réponse SUPERIEUR à 0 à la question 52.

La question 55 est posée uniquement si réponse SUPERIEUR à 0 à la question 54.

La question 57 est posée uniquement si réponse moins de 5 ou plus de 5 à la question 56.

Les questions à choix multiples avec une seule solution possible sont : n° 1.3.4.6.8.10.12.13.15.17.18.19.20.22.23.24.25.29.30.31.32.33.35.36.37.38.42.44.45.46.47.49.50.51.53.55.56.57.

Les questions à choix multiples avec plusieurs solutions possibles sont : n°7.21.34.43.48.

Les questions ouvertes sont : n°2.5.9.11.14.16.26.27.28.39.40.41.52.54.

3 Questionnaire

0. Quel est votre numéro d'anonymat?

0bis. Mode de contact: *refus / appel 1 fois / appel 2 fois / non joignable / Autre*

1. Êtes-vous une femme, un homme ?

2. Une activité à exercice particulier est-elle décrite dans les pages jaunes?

3. Quelle est la distance avec la maternité la plus proche? *moins de 5 km / entre 5 et 10 km / entre 10 et 20 km / plus de 20 km*

4. Exercez vous seul ou en groupe?

TOUT D'ABORD QUELQUES DONNEES AFIN DE VOUS CARACTERISER

5. Quelle est l'année de votre thèse?

6. Appartenez-vous à une association de FMC? *Oui / non / ne sait pas*

7. Quels sont vos modes de FMC? *littérature périodique / groupe de pairs / séminaire / congrès / autre / ne sait pas*

8. Avez-vous des diplômes complémentaires à votre formation initiale de médecine générale? *Oui / Non / ne sait pas*

9. Si oui, lesquels?

10. Avez-vous une activité salariée complémentaire à celle de votre cabinet? *Oui/Non/ne sait pas*

11. Si oui, dans quel domaine d'activité?

12. Êtes-vous informatisé au cabinet médical? *Oui / Non / ne sait pas*

MAINTENANT CONCERNANT VOS CONNAISSANCES EN TERMES DE CONTRACEPTION D'URGENCE

13. Estimez-vous informer vos patientes en termes de contraception d'urgence? *pas du tout / insuffisamment / correctement / parfaitement*

14. Citez les noms de contraceptions d'urgence que vous connaissez:

Concernant le NORLEVO

15. Une patiente peut-elle obtenir NORLEVO sans prescription médicale? *Oui/Non/ne sait pas*

16. Si oui, où?

17. Quel est le type du principe actif de NORLEVO? *oestrogène seul / progestatif seul / estroprogestatif / modulateur des récepteurs à la progestérone / ne sait pas*

18. Quel est le nom du principe actif de NORLEVO? *Lévonorgestrel / mifépristone / desogestrel / ulipristal / ne sait pas*

19. Quelle est la posologie de NORLEVO? *2cp de 0,75mg à 12 heures d'intervalle / 1cp de 1,5mg en 1 prise / autre / ne sait pas*

20. Quel est le prix approximatif de NORLEVO? *7 / 25 / 30 / 120 euros / autre / ne sait pas*

21. Quelles sont les conditions de remboursement par la Sécurité Sociale du NORLEVO? *non remboursé / 35% / 65% / autre / ne sait pas*

22. Quel est le délai indiqué de prise, à la suite de la situation à risque de grossesse? *12H / 24H / 72H / 120H soit 5 jours / ne sait pas*

23. Quelle est l'efficacité approximative de NORLEVO en pourcentage s'il est pris dans les 24 heures qui suivent la situation à risque de grossesse? *99 / 90 / 60 / 30% / autre*

24. Quelle est l'efficacité approximative de NORLEVO en pourcentage s'il est pris dans les 72 heures qui suivent la situation à risque de grossesse? *99 / 90 / 60 / 30% / autre*

25. Y a-t-il des contre-indications pour NORLEVO ? *Oui / Non / ne sait pas*

26. Si oui, lesquelles?

27. A la suite de la prise de NORLEVO, quelles sont les informations incontournables à donner à la patiente en termes de CONTRACEPTION?

28. A la suite de la prise de NORLEVO, quelles sont les informations incontournables à donner à la patiente en termes d'EFFETS SECONDAIRES?

Concernant ELLAONE

29. Quel est le type du principe actif de ELLAONE? *oestrogène seul / progestatif*

seul /estroprogestatif / modulateur des récepteurs à la progestérone /ne sait pas

30 Quel est le nom du principe actif d' ELLAONE? *Lévonorgestrel / mifépristone / desogestrel / ulipristal / ne sait pas*

31 Quelle est la posologie de ELLAONE? *2cp à 12 heures d'intervalle / 1cp en 1 prise / autre / ne sait pas*

32 Une patiente peut-elle obtenir ELLAONE sans prescription médicale? *Oui/Non/ne sait pas*

33 Quel est le prix approximatif d'ELLAONE? *7 / 25 / 30 /120 euros / autre / ne sait pas*

34 Quelles en sont les conditions de remboursement par la Sécurité Sociale d' ELLAONE? *non remboursé / 35% / 65% / autre / ne sait pas*

35 Quel est le délai indiqué de prise, à la suite de la situation à risque de grossesse non désirée? *12H / 24H / 72H /120H soit 5 jours / ne sait pas*

36 ELLAONE est-elle au moins aussi efficace que NORLEVO si la prise du comprimé est dans les 72h suivant une situation à risque de grossesse non désirée? *Oui / Non / ne sait pas*

37 ELLAONE est-elle au moins aussi efficace que NORLEVO si la prise du comprimé est dans les 120h suivant une situation à risque de grossesse non désirée? *Oui / Non / ne sait pas*

38 Y a t il des contre-indications pour ELLAONE? *Oui / Non / ne sait pas*

39 Si oui, lesquelles?

40 A la suite de la prise de ELLAONE, quelles sont les informations incontournables à donner à la patiente en termes de CONTRACEPTION?

41 A la suite de la prise de ELLAONE, quelles sont les informations incontournables à donner à la patiente en termes d'EFFETS SECONDAIRES?

Concernant le STERILET

42. Le dispositif intra utérin au cuivre (DIUcu) est il une contraception d'urgence? *Oui / Non / ne sait pas*

43 Qui peut poser un DIUcu? *uniquement les gynécologues / tous les médecins / les infirmières / les sages-femmes / ne sait pas*

44 Quel est le prix approximatif d'un DIUcu? *7 / 25 / 30 /120 euros / autre / ne sait pas*

45 Quel est le délai indiqué de pose à la suite de la situation à risque de grossesse non désirée? *12H / 24H / 72H /120H soit 5 jours / ne sait pas*

46 Quel est l'efficacité approximative en pourcentage du DIUcu en tant que contraception d'urgence? *99 / 90 / 60 / 30% / autre*

CONCERNANT VOTRE ACTIVITE EN CONTRACEPTION

47. Prescrivez-vous la contraception d'urgence par anticipation? *Oui / Non / ne sait pas*

48 Lors de la première prescription d'une contraception orale, vous délivrez les informations de façon: *orale / visuelle lors de la consultation / écrite / ne sait pas*

49 Lors d'un renouvellement de contraception orale, vous interrogez vos patientes sur la fréquence des oublis de pilule: *rarement / de temps en temps / systématiquement / ne sait pas*

50 Lors d'un renouvellement de contraception orale, vous rappelez la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule: *rarement / de temps en temps / systématiquement / ne sait pas*

51 Lorsque la contraception orale est prescrite par un autre médecin, vous recherchez les oublis de pilule lors de vos consultations de médecins générale : *rarement / de temps en temps / systématiquement / ne sait pas*

52 Depuis 3 mois, combien de consultations de PREMIERES PRESCRIPTIONS de contraception avez vous réalisées?

53 Etait-ce le motif principal de consultation? *Oui / Non / Parfois / ne sait pas*

54 Depuis 3 mois, combien de consultations de RENOUELEMENT de contraception avez-vous réalisées?

55 Etait ce le motif principal de consultation? *Oui / Non / Parfois / ne sait pas*

56 Combien de stérilets posez vous par an? *Aucun / moins de 5 / plus de 5 / ne sait pas*

57 Si vous n'en posez aucun, estimez vous manquer de formation pour poser des stérilets? *Oui / Non / ne sait pas*

4 Diaporama présenté à la séance de FMC du 4 avril 2012

Contraception et contraception d'urgence groupe de pairs dans le cadre de mon travail de thèse Pauline Kalt

Le 02 avril 2012



La contraception d'urgence

- Enquête descriptive des connaissances des médecins généralistes vosgiens en terme de contraception d'urgence
- Comparaison des connaissances à celles d'un groupe d'Enseignants Généralistes
- Comparaison des pratiques à Epilule

Historique

- 1920 interdiction
- 1967 Loi Neuwirth
- 1974 gratuit anonyme mineurs CEPF
- 1980 début de CU
- 1999 Lévonorgestrel sans ordonnance
- 2001 IDE scolaires
- 2002 gratuit anonyme mineurs Pharmacie
- 2004 obj 97 de la Loi de Santé Publique
- 2009 SF pose les stérilets; ulipristal acétate

Quelques chiffres

- >91 % des françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclarent employer une méthode contraceptive. (1)
- Une femme sur cinq oublie sa pilule au moins une fois par mois. (2)
- 5% des français connaissent le délai d'utilisation de 72 heures. (3)
- 53% des français croient qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a lieu pendant les règles. (3)

Un tiers des grossesses reste non prévu ,
et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG . (4)

(1) Baromètre Santé 2010
(2) Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, The COCON Group, Bajos N. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2006;38(4):150-6
(3) Enquête INPES BVA 2007
(4) Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas Baissé en France depuis 30 ans? Population et sociétés. 2004 déc;(407)

Efficacité de la contraception

- Contraception régulière : indice de Pearl
- Contraception d'urgence : nombre de grossesse évitée par rapport au nombre de grossesse observée sans contraception

Les différentes contraception d'urgence



Tétragynon

- Oestroporgestatif
éthinyloestradiol 50µg + lévonorgestrel 250µg
- Méthode Yuzpe
- 1998-2004
- 72 heures
- 2 comprimés + 2 comprimés 12 heures plus tard

Lévonorgestrel progestatif 2^o génération

- NORLEVO, VIKELA, Lévonorgestrel BIOGARAN
- 1cp 1,5mg dans les 72 heures
- 95% - 58% (1)
- 7,58 € 14 € 6,18 €
- non remboursé (sans ordonnance) gratuit 65%
- Pharmacie CEPF IDE
- Précautions d'emploi: Hépatique, grossesse ectopique, TE, Inducteur enzymatique, malabsorption

(1) Lopes P. Task force on postovulatory methods of fertility regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Actualités Reproduction Humaine*. 1999;7(1):24-5.

Modulateur des récepteurs à la progestérone de 2^o génération

- Ulipristal acétate
- 1cp 30 mg dans les 120H
- Efficacité vs lévonorgestrel (1)
- 24,15€ sur Ordonnance 65% gratuit
- CI Grossesse (2)
- Retard de règles (18% plus de 7 jours) (3)

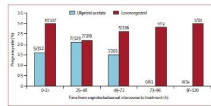


Figure 1: Efficacité des contraceptifs d'urgence (pourcentage de grossesse évitée) selon le délai d'utilisation (en heures)

NB: Mifépristone 1^o génération (Chine, Russie)
(1) Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*. 2010;375(9714):555-62
(2) <http://www.hra-registre-grossesses.fr>
(3) Collectif. VIDAL. 88^e éd. 2012. 3024 p.

Le Dispositif intra-utérin au cuivre

- Gynelle 375, Multiload Cu 375, Monalisa, Euromédial
- 30,50€ remboursé
- 120H
- 99%
- Médecins, Sages femmes
- CI, nulliparité?
- FR infectieux? (1)

(1) CAVARO-ASCHEHOUG G. Dispositifs intra-utérins: historique et analyse de leurs représentations par la réalisation d'un focus group de médecins généralistes. *Nantes*; 2007. 111 p

Les différents acteurs dans le domaine de la contraception

- Campagnes nationales : 2000, 2007, 2010
- Professionnels
 - Médecins **généralistes** et spécialistes
 - Pharmaciens
 - IDE
 - CEPF
 - Professeurs
- Famille, amis

<http://www.sante.gouv.fr/historique-les-campagnes-nationales-d-information.html>

Panorama des principales méthodes de contraception

la préservatif masculin	la pilule contraceptive	le stérilet	les spermicides	la contraception d'urgence
C'est quoi ? C'est un préservatif en latex ou en polyuréthane qui se glisse sur le pénis pour empêcher le sperme d'atteindre l'ovule.	C'est quoi ? C'est un médicament hormonal qui agit sur l'ovulation et l'épaisseur du mucus cervical.	C'est quoi ? C'est un petit objet en plastique ou en cuivre qui se glisse dans l'utérus pour empêcher la fécondation.	C'est quoi ? Ce sont des produits chimiques qui agissent sur le mucus cervical pour empêcher le sperme d'atteindre l'ovule.	C'est quoi ? C'est une méthode de contraception qui agit sur l'ovulation et l'épaisseur du mucus cervical.
Pour qui ? Pour tous les hommes et toutes les femmes.	Pour qui ? Pour toutes les femmes.	Pour qui ? Pour toutes les femmes.	Pour qui ? Pour toutes les femmes.	Pour qui ? Pour toutes les femmes.
Quand ? À l'acte sexuel.	Quand ? Tous les jours.	Quand ? Une fois.	Quand ? À l'acte sexuel.	Quand ? Après l'acte sexuel.
Comment l'utiliser ? En se glissant sur le pénis avant l'acte sexuel.	Comment l'utiliser ? En prenant la pilule tous les jours.	Comment l'utiliser ? En se glissant dans l'utérus avant l'acte sexuel.	Comment l'utiliser ? En se glissant dans l'utérus avant l'acte sexuel.	Comment l'utiliser ? En se glissant dans l'utérus avant l'acte sexuel.
Combien ça coûte ? Entre 1 et 2 euros.	Combien ça coûte ? Entre 1 et 2 euros.	Combien ça coûte ? Entre 1 et 2 euros.	Combien ça coûte ? Entre 1 et 2 euros.	Combien ça coûte ? Entre 1 et 2 euros.

choisisacontraception.fr

Rechercher

Trouver la bonne contraception | En parler c'est mieux | Vos questions | Urgences | Contacts utiles | Pro

Les différents moyens de contraception

La contraception d'urgence

Qu'est-ce que c'est ?
Comment ça marche ?

Qui peut l'utiliser ?
A qui la méthode est-elle conseillée ?

C'est une méthode de rattrapage à utiliser lorsqu'il y a eu un rapport sexuel non ou mal protégé (absence de contraception ou accident de méthode contraceptive - oubli d'une pilule, rupture d'un préservatif...). Ce n'est pas une méthode de contraception régulière (elle est beaucoup moins efficace qu'une méthode régulière et entraîne des irrégularités des cycles). Il en existe 2 types.

La contraception hormonale d'urgence peut être utilisée sans danger par les femmes de tous âges. Le médecin pourra vous la prescrire au cours d'une consultation notamment si vous utilisez une méthode pour laquelle les échecs d'utilisation sont possibles (échec de préservatif, oubli de pilule, par exemple).

http://www.choisisacontraception.fr/moyens_contraception_urgence.php

Faut-il que les garçons soient enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?

Discussion

Prescription par anticipation

- 1998 auto administration non préjudiciable pour santé et réduit le nombre de grossesse non désirée
- 2009 IGAS encourage
- 2010 HAS évalue

(1) Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. N. Engl. J. Med. 1998; 339(1):1-4.
(2) Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambraud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales; 2009.
(3) HAS. Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence - Note de cadrage. 2011 nov

Information des patientes

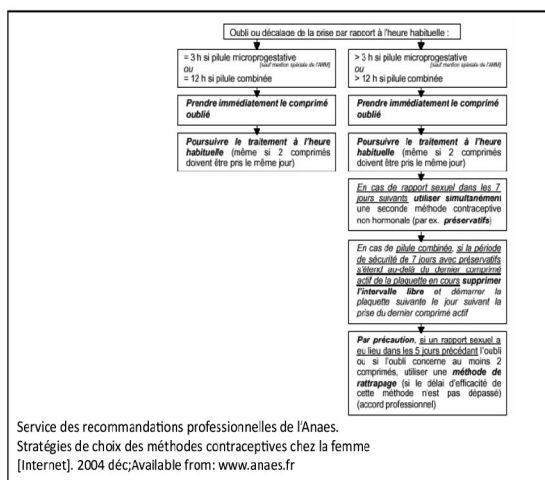
Comment ?

- Ecrit (1)
 - brochure INPES (2)
- Oral

Quoi ?

- Protection, contraception pour la fin du cycle en cours
- Contrôle de l'efficacité
- Dépistage MST
- Effets secondaires
 - Céphalées
 - Dysménorrhée
 - Nausées, vomissement

(1) Services des recommandations et références professionnelles - ANAES. Information des patientes - Recommandations destinées aux médecins. 2000 mars;
(2) <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1363.pdf>



17. Que peut faire une femme qui oublie de prendre son contraceptif oral combiné (COC) ?

Dans le cas des pilules contenant 30 à 35 µg d'éthinylestradiol :

Elle a oublié 1 ou 2 pilules actives (hormonales) ou elle a débuté une plaquette avec 1 ou 2 jours de retard.

- Elle doit prendre une pilule active (hormonale) dès que possible* et continuer ensuite à prendre ses pilules chaque jour, à raison d'une par jour.
- Elle n'a pas besoin de moyen de contraception supplémentaire.

Elle a oublié 3 pilules actives (hormonales) ou plus ou elle a débuté une plaquette avec 3 jours de retard ou plus.

- Elle doit prendre une pilule active (hormonale) dès que possible* et continuer ensuite à prendre ses pilules chaque jour, à raison d'une par jour.
- Elle doit aussi avoir recours à des préservatifs ou s'abstenir de rapports sexuels jusqu'à ce qu'elle ait ingéré une pilule active (hormonale) pendant 7 jours successifs.
- Si elle a oublié de prendre ses pilules au cours de la troisième semaine, elle doit finir les pilules actives (hormonales) de la plaquette en cours et débuter une nouvelle plaquette le jour suivant. Elle ne doit pas prendre les 7 pilules inactives.
- Si elle a oublié de prendre ses pilules au cours de la première semaine et a eu des rapports non protégés, elle peut envisager de recourir à la contraception d'urgence.

Dans le cas des pilules contenant 20 µg ou moins d'éthinylestradiol :

- Si elle a oublié de prendre 1 pilule active (hormonale), ou si elle a commencé 1 plaquette avec un jour de retard, elle doit suivre les instructions ci-dessus s'appliquant à l'oubli d'1 ou 2 pilules actives (hormonales) ou au démarrage d'une plaquette avec 1 ou 2 jours de retard.
- Si elle a oublié de prendre 2 pilules actives (hormonales) ou plus ou si elle débute une plaquette avec au moins 2 jours de retard, elle doit suivre les instructions ci-dessus s'appliquant à l'oubli de 3 pilules actives (hormonales) ou plus ou au démarrage d'une plaquette avec 3 jours de retard ou plus.

Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 2^e éd.
Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2005

La contraception en médecine générale

Tranche d'âge	Fréquence annuelle de consultations	États de santé	% des actes du gynécologue (d'après EPPM)	% des actes du médecin généraliste (d'après EPPM)	% des actes du médecin généraliste (d'après Thalès)
15 à 20 ans	2,5				
21 à 40 ans	2,8	Contraception	59,5 %	53,1 %	36,9 %
41 à 50 ans	3,6	Grossesse	4,3 %	0,5 %	19 %
51 à 55 ans	4,1	Ménopause (et conséquences)	21,4 %	35 %	35,8 %
56 à 65 ans	4,5				
66 ans et plus	5,5	Affections bénignes du sein	5,9 %	5 %	2,9 %
Total	3,6	Stérilité	4 %	0,6 %	0,1 %
		MST	4,9 %	5,8 %	5,3 %
		Total	100 %	100 %	100 %

(1) La prise en charge des femmes françaises [Internet]. Dans: Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ? Levallois-Perret: Editorial assistance; 2000. Available from: www.cngof.asso.fr/d_cohen/co0.htm

(3) <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

- Consultation dédiée, méthode BERCER (3)
- L'examen gynécologique et frottis

(3)

Bienvenue Temps d'accueil de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations. Entretien Temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé. <i>En pratique : voir encadré « diagnostic éducatif » ci-contre</i> Renseignement Diffusion d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques (même exceptionnels), coût. <i>En pratique : voir encadré « méthodes » ci-contre, et recommandations Anaes/Basquippes</i> Choix Le professionnel souligne que la décision finale appartient à la consultante. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à	faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise. Explication Discussion autour de la méthode choisie et de son emploi : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) / réflexions sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées. Retour Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour discuter un changement de méthode. Cette phase prendra en compte les modifications de ses situations personnelle, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation avec l'âge des risques cancéreux et cardio-vasculaires.
---	--

5 Modèle de grille d'exposition de cas clinique lors de GAPP de la Déodat

Groupe de pairs de la Déodat GRILLE D'EXPOSITION DES CAS - SEANCE DU / / 2011

Le patient Sexe Age Profession	Antécédents notables Traitement en cours
Les données biomédicales Motif de consultation Analyse sémiologique Résultat de consultation Ou hypothèse diagnostique	
Les décisions Examens complémentaires demandés Biologie Imagerie Spécialiste Auxiliaire médical (kiné, IDE)	Ordonnance Arrêt de travail
Les facteurs décisionnels Du médecin	Du patient
Les problèmes soulevés	
Qui fait quoi ? Recherche bibliographique :	Contact correspondant :

6 Compte rendu de la réunion de GAPP de la Déodaté du 4 avril 2012

Séance à thème : La contraception et plus particulièrement la contraception d'urgence

- Présentation du planning de la soirée : « FMC ciblée sur les objectifs mis en évidence par l'enquête descriptive des connaissances en terme de contraception d'urgence auprès d'un échantillon de 100 médecins généralistes vosgiens ».

- Questionnaire pré-test des connaissances tiré du questionnaire de thèse

- Présentation de diaporama « Contraception et contraception d'urgence », discussion

- Cas cliniques :

- Cas numéro 1

consultation de septembre 2011

femme 21 ans étudiante

vaccination contre l'hépatite B faite

pas de traitement en cours (pas de contraception régulière)

motif de consultation : demande de contraception d'urgence

anamnèse : rapport sexuel non protégé 48H avant , pas de partenaire régulier (sérologie du partenaire négative datant de moins d'un mois)

examen gynécologique sans particularité (palpation mammaire réalisée)

Information sur la contraception régulière et modalités. Prescription DAILY GE +

NORLEVO (1cp le jour même)

Ordonnance pour sérologie VIH VHC à faire dans 2 mois

Par manque d'information sur les modalités de délivrance de la contraception d'urgence, la patiente ne savait pas que disponible sans ordonnance en pharmacie, donc a attendu 48 heures avant d'obtenir NORLEVO.

- Cas numéro 2

femme 42 ans travaille dans une usine

ATCD : asthme allergique G3P3, pas ATCD familiaux néoplasique, pas de contraception

Motif de consultation : demande de consultation gynécologique (frottis)

à l'examen : prolapsus vésical avec cystocèle palpable, incontinence d'effort. Pas de rééducation après les accouchements. insuffisance veineuse+++

frottis fait, refus contraception information donnée sur stérilisation

ordonnance de kinésithérapie pour rééducation pelvienne

lettre pour avis spécialisé pour insuffisance veineuse

à délai légal de 4 mois de réflexion avant stérilisation tubaire

- Cas numéro 3

femme 20 ans

pas d'ATCD notable

DAILY GE depuis ses 18 ans, PRIORIX réalisé, GARDASIL réalisé avant 18ans

Motif de consultation : renouvellement de DAILY GE

Anamnèse : 1 rapport sexuel à 18 ans, pas de frottis fait pour l'instant

LDL à 0,92 HDL 0,66 tabac+

à frottis non fait, refus de la patiente, renouvellement pour 6 mois

- Questionnaire post test de connaissance

VU

NANCY, le **29 mai 2012**

Le Président de Thèse

Professeur P. JUDLIN

NANCY, le **29 mai 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 4000

NANCY, le 12 juin 2012

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE:

Première partie : La contraception d'urgence (CU), encadrée par une législation stricte récemment modifiée comprend différentes modalités. Problématique de Santé Publique, l'accès à la CU dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours met en jeu de nombreux intervenants (médicaux ou non). Malgré un modèle très médicalisé de la contraception, le rôle du médecin généraliste n'est pas central dans la prescription et l'information sur la CU. Assurant le suivi au long cours et transversal de ses patientes, il pourrait valoriser sa place de conseiller. Son niveau de connaissances malgré la richesse de l'enseignement universitaire et post universitaire est-il suffisant pour apporter aux femmes une information claire et adaptée ?

Deuxième partie : Matériel et méthode : Nous avons tenté de déterminer les besoins de formation médicale continue spécifiques en CU par une étude descriptive par entretien téléphonique auprès d'un échantillon de 100 médecins parmi les 399 médecins généralistes vosgiens installés et inscrits à l'Ordre des médecins. **Résultats :** Respectivement 97,2%, 27,8%, 19,4% des médecins savent citer le *Lévonorgestrel 1,5mg*, l'*ulipristal acétate* et le dispositif intra-utérin au cuivre. Ils connaissent de façon très inégale les spécificités des différentes CU (les conditions d'obtention et de remboursement, les délais de prise ou de pose, le prix, le type de molécule, les informations complémentaires à la prescription essentielles à donner en terme de contraception). Le profil des médecins influe sur les connaissances sans différences statistiquement significatives. **Discussion :** Le questionnaire est bien accepté (entretien téléphonique de moins de 10 minutes): 72 questionnaires sont remplis sur une période courte (niveau des questions posées modulables en fonction des réponses). L'échantillonnage aléatoire simple permet une extrapolation des données à tous les médecins généralistes vosgiens. Malheureusement, le type de questions influe sur le taux de bonnes réponses. Les opportunités d'aborder la question de la CU sont fréquentes (initiation ou renouvellement de contraception, convocation ultérieure) mais nécessite l'initiative du praticien. La prescription par anticipation de la CU reste marginale.

Troisième partie : Une réponse pédagogique ciblée a été proposée à un groupe de pairs actif du département. Une soirée a permis de présenter un diaporama comportant des rappels théoriques sur la CU et d'échanger autour de trois cas cliniques. A l'issue de cette FMC, l'évaluation de satisfaction et l'auto-évaluation de l'acquisition immédiate des connaissances montrent des résultats favorables. Cependant, le type d'évaluation choisie est de niveau faible. Il ne permet pas de conclure à une amélioration des pratiques ni du taux d'utilisation adéquate de la CU par les femmes.

TITRE EN ANGLAIS : The emergency contraception : about the assessment of the knowledge of general practitioners from Vosges departement (in order to perform an action of continuing medical education)

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE, ANNÉE 2012.

MOTS CLÉS: Médecine générale, description des connaissances, contraception d'urgence, formation médicale continue

INTIULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R.:

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex