



HAL
open science

La contraception d'urgence : étude de la relation entre l'information donnée par les médecins généralistes isérois et les connaissances de leurs patientes

Alexis Doro, Juliette Clépoint

► To cite this version:

Alexis Doro, Juliette Clépoint. La contraception d'urgence : étude de la relation entre l'information donnée par les médecins généralistes isérois et les connaissances de leurs patientes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03844419

HAL Id: dumas-03844419

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03844419v1>

Submitted on 8 Nov 2022

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**LA CONTRACEPTION D'URGENCE : ÉTUDE DE LA RELATION
ENTRE L'INFORMATION DONNÉE PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES ISÉROIS ET LES CONNAISSANCES
DE LEURS PATIENTES**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Alexis DORO

[Données à caractère personnel]

Et Mme Juliette CLÉPOINT

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 12/10/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Mme le Pr Pascale HOFFMANN

Membres :

Mme le Dr Marie SICOT (directrice de thèse)

M. le Pr Jean-Nicolas LEDOUX

Mme le Dr Frédérique VERNAY-PIVOT

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LÉTOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LÉVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAÎTRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)

Remerciements communs

Madame la Professeur Pascale HOFFMANN

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier - Service de Gynécologie Obstétrique du CHUGA

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider le jury de notre thèse. Nous vous remercions pour votre implication et l'intérêt que vous portez à notre travail.

Monsieur le Professeur Jean-Nicolas LEDOUX

Professeur associé des Universités - Maître de Stage des Universités - Médecin Généraliste

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse et de juger ce travail de médecine générale.

Madame la Docteur Frédérique VERNAY-PIVOT

Maître de Stage des Universités - Médecin Généraliste

Merci de nous avoir partagé ton expérience et transmis ton intérêt pour la gynécologie et la santé des femmes. Enfin merci d'avoir accepté de juger notre travail.

Madame la Docteur Marie SICOT

Praticien Hospitalier - Maître de Stage des Universités - Service d'orthogénie-planification du CHUGA

Merci de nous avoir accompagné et soutenu durant ce travail de thèse. Merci d'avoir suivi nos changements réguliers de position dans l'objectif de notre travail. Enfin merci pour ta disponibilité.

Remerciements de Juliette

A Thibaud, sans qui je n'aurais jamais pu aller au bout de mes études, merci pour la réassurance et le réconfort permanent, merci pour ta joie de vivre, qui sait peut-être qu'un jour j'accepterais de me marier avec toi...

A mes parents, sur qui je peux compter en toutes circonstances, de votre investissement pour mon concours de première année jusqu'à la relecture de ma thèse, vous avez été un précieux soutien.

A Mathilde, ma sœur chérie et meilleure amie, merci pour ma réadaptation à l'effort après les périodes de révision à rester assise sur une chaise, merci pour nos longues conversations hebdomadaires ponctuées de remise en question mutuelle et de questions existentielles, "I'll be there for you, cause you're there for me toooooo".

Aux frères de Tours city, p'tite Sarah, grande Sarah, Alexia, Titine, CamPay, CamPoul, Gregouch, Félix, Toto, Bidardo, merci pour celles belles années en Touraine, mon externat n'aurait pas été le même sans nos rendez-vous aux berthom, ces soirées vin rouge/fromage, les corposki, les vacances à l'île de Ré, Toulon et j'en passe...

A Elliott et Céline, quelle chance de vous avoir rencontrer, on peut dire qu'on a trouvé chaussure à notre pied ! Merci pour votre générosité, notre histoire ne fait que commencer.

A Claire, ma belle rencontre dès le début de l'internat, merci pour les sorties ski de fond, vélo... Je crois en notre carrière de traileuse professionnelle !

A Manon et Elina, les colocs du love, de notre vie commune à Chambéry, aux réunions tupperware à Grenoble, merci pour ces fous rires, merci pour votre écoute !

A mes maîtres de stage, Christian, Mélanie, Fred, Anne, merci pour votre patience et votre bienveillance.

Aux Camerounais de mon volontariat, Pétro, Yacouba, Emmanuel, Henriette, quelle expérience saisissante vous m'avez fait vivre, merci pour nos nombreux échanges, pour cette leçon de vie, j'espère vous revoir un jour.

Enfin, au co-thésard de l'ambiance **Doro**, merci pour ta persévérance et ta bonne humeur, même à la rédaction de notre 6ème fiche de thèse... Sans rancune pour le fake tableau de résultat que tu m'as envoyé pour que j'écrive la discussion haha, à très vite pour de nouvelles aventures, cette fois sans parler de biblio !

Remerciements d'Alexis

Un grand merci à toi Juliette, pour ta joie et ta bonne humeur durant ces 2 années en binôme (on en aura mis du temps quand même hein ?? ;)) merci de m'avoir supporté et ce fut un réel plaisir de travailler avec toi sur ce sujet.

À Sonia, Vincent, Christophe, mes MSU de Thônes que j'ai eu la chance d'avoir pour mes premiers pas comme interne. Je garde d'excellents souvenirs chez vous.

À l'équipe des urgences de l'hôpital de St Julien en Genevois, merci pour votre accueil et ces 6 mois passés en votre compagnie. À toute l'équipe de pédiatrie de l'hôpital de Voiron, surtout ne changez rien !! A l'équipe de médecine interne de l'ex « 9^{ème} L » du CHUGA et au Dr Chidlovski, merci pour ta bienveillance et ton humanité durant ce semestre riche en apprentissage.

À l'équipe de gynécologie de Voiron, merci à vous de m'avoir accueilli et formé avec patience et confiance dans ce domaine.

À Nathalie, Elisabeth et Jean-Marie vous avez su avec justesse répondre à mes attentes durant mon dernier semestre. Merci à vous.

Un merci particulier pour toi Patrick, et les liens que nous avons tissés au fil des années, depuis ce stage d'externat chez toi.

Merci à tous mes co-internes avec qui nous avons passés de nombreuses heures de travail (et de blagues douteuses, et de cafés aussi) , en particulier Seb et Roman les rois du covid pédiatrique, Chloé pour m'avoir supporté (et ce fût difficile) avec les petits vieux , Tiphaine pour avoir tenu d'une main de fer la mater' haha .

Merci à mes parents, Maman, Papa de m'avoir toujours poussé à donner le meilleur de moi-même quel que soit la situation.

À toi, Marc, mon frère, d'avoir supporté le rythme infernal de la P1 quand tu étais au lycée. Merci à ma grand-mère Josette et feu ma grand-tante, tatie Lucienne, j'espère vous avoir rendu fières.

À tous les copains de médecine depuis la P1 jusqu'à maintenant (et ils sont nombreux !!!)
Aux Chalam', Max, Mymy, Cha, Duch, Tom, Caudal, Alice, Flo, Mahaut, Coco, Joy, Thaïs, Matou pour tous ces doux souvenirs de rires, de soirées, de WE et voyages, on s'est si bien trouvés. Et à toi, Astier, compagnon privilégié de belles aventures à pied, à ski, à vélo, ou même encordés.

À la Xux, Eliott, Céline, Tounou, Aude, Jeep, Sophie, Marion, Léa et tous les autres ! À toutes nos vacances et ces soirées (trop) arrosées, on en redemandera toujours.

Aux copains de l'internat, Thibaud, Claire, Steph, Justine, Valou, Clem, Gigi, Guigon.

À Martin, 3 supers années de coloc ensemble ce n'est pas rien non plus poulet !

À « AD2 » une rencontre voironno-grenobloise autant inouïe que l'amitié qui en découla fût belle.

Et enfin merci à toi Caro, ma future femme. Tu sais à quel point ta présence à mes côtés est précieuse, dans tous nos moments de joie comme ceux de doute. Je suis si heureux de partager ma vie avec toi.

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré une diminution de 4% du taux d'IVG en France en 2020, les situations de grossesse non désirée sont encore nombreuses. La contraception d'urgence n'est pas assez utilisée par les patientes. Il existe deux principaux freins à l'utilisation de la contraception d'urgence : une trop faible information de la part des médecins généralistes et une méconnaissance des patientes. Notre objectif d'étude était de mesurer l'association entre l'information délivrée par le médecin généraliste et le niveau de connaissance de leurs patientes.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle analytique de type cas-témoin. Deux cents médecins généralistes installés dans le département de l'Isère ont été randomisés. Nous avons transmis par mail aux médecins inclus un questionnaire pour eux-mêmes et un questionnaire pour leurs patientes (construits avec les fiches de bonnes pratiques HAS et les recommandations du CNGOF) donnant lieu à un score médecin et un score patiente. Chaque médecin devait inclure 6 à 10 de ses patientes sous contraception orale. Le groupe des cas correspondait aux patientes avec une note supérieure à 10/15 au questionnaire, et les témoins aux patientes avec une note inférieure à 10/15. Les patientes étaient considérées comme exposées si le score de leur médecin traitant était supérieur à 17/24. Notre critère de jugement principal a été mesuré par un OR. Puis nous avons réalisé une analyse descriptive de l'information donnée par le médecin et des connaissances de leurs patientes.

Résultats : Au total, 24 médecins généralistes et 173 patientes ont été inclus entre décembre 2021 et mai 2022. Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'information délivrée par le généraliste et le niveau de connaissances des patientes. La consultation d'internet comme source d'information annexe améliore le score des patientes. Les médecins généralistes informent de façon systématique à 42% sur le décalage autorisé de prise de CO et la conduite à tenir en cas d'oubli. Les explications sur la contraception d'urgence (les différents types, le délai d'utilisation, les possibilités d'accès, la gratuité) sont données systématiquement dans moins de 20% des cas. Une situation à risque de grossesse par décalage de la prise de CO est repérée par 77% des patientes de l'étude. Le délai d'utilisation de la CU après un rapport sexuel non protégé est connu par 38% d'entre elles, et 36% pensent qu'une ordonnance est nécessaire pour se procurer la CU en pharmacie.

Discussion : Les pratiques des médecins isérois sont hétérogènes concernant l'information sur la CU qu'ils délivrent à leurs patientes. Elles peuvent être améliorées par une information complète spécifiquement sur la contraception d'urgence et donnée en consultation dédiée. Les connaissances des patientes restent insuffisantes. Cependant, une source d'information supplémentaire par internet influence positivement leurs connaissances. La diffusion de sites internet fiables nous semble donc primordiale. Enfin, il est nécessaire de cibler les populations à risque, informer autant les hommes que les femmes, mieux informer sur la contraception définitive, et sensibiliser tous les professionnels de santé pouvant être concernés par le domaine de la contraception.

Mots-clés : Contraception d'urgence, contraception orale, grossesses non désirées, médecin généraliste, éducation, connaissance des patientes, étude quantitative.

ABSTRACT

Introduction: In France in 2020, despite a 4% decrease in the abortion rate, unwanted pregnancies are still frequent. Patients do not use emergency contraception (EC) enough. Two main obstacles to the use of emergency contraception exist: lack of information from general practitioners (GP) and lack of knowledge among patients. Our study objective was to evaluate the association between the information provided by GPs and the level of knowledge of their patients.

Method: We conducted a quantitative observational case-control study. Two hundred GP in the Isère department were randomized. We sent to the included GP a questionnaire for themselves and a questionnaire for their patients (built with the HAS good practice sheets and the CNGOF guidelines), resulting in a "doctor's score" and a "patient's score". Each GP had to include 6 to 10 patients receiving oral contraception. Cases were defined as patients with a score above 10/15 on the questionnaire, and controls as patients with a score below 10/15. Patients were considered exposed if their GP score was above 17/24. Our primary endpoint was measured by an OR. Then we performed a descriptive analysis of the information given by GP and the knowledge of their patients.

Results: A total of 24 GPs and 173 patients were included between December 2021 and May 2022. There was no statistically significant relationship between the information provided by GP and the patients' level of knowledge. The use of the internet as a secondary source of information improved the patients' score. 42% of GPs systematically provide information on the authorized delay of OC use and the procedure to follow in case of omission. Explanations on emergency contraception (different kinds, time of use, access possibilities, gratuity) are systematically provided in fewer than 20% of cases. 77% of the patients identified a situation at risk of pregnancy caused by a delay in taking EC. The delay in using EC after unprotected sex was known by 38% of them, and 36% thought that a prescription was necessary to obtain EC from a pharmacy.

Discussion: GP practices in the Isère department are heterogeneous regarding the information they provide to their patients about EC. It could be improved by providing comprehensive and specific information on emergency contraception in a dedicated consultation. Patient knowledge remains insufficient. However, internet as an additional source of information has a positive influence on their knowledge. The diffusion of reliable websites therefore seems essential. Finally, it is necessary to target populations at risk, inform both men and women, provide better information on permanent contraception, and educate all health professionals who may be involved in the field of contraception.

Key words: Emergency contraception, oral contraception, unwanted pregnancies, general practitioner, education, patient knowledge, quantitative study.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
1) Le contexte épidémiologique.....	15
2) Les propositions des sociétés savantes.....	18
3) L'information médicale délivrée par les praticiens et ses déterminants	18
4) Les connaissances des patientes	19
5) L'objectif de notre travail	21
MATÉRIEL ET MÉTHODE	22
1) Caractéristique de l'étude	22
a) <i>Type d'étude</i>	22
b) <i>Objectif principal</i>	22
c) <i>Objectifs secondaires</i>	23
2) Population de l'étude.....	23
a) <i>Recrutement</i>	23
b) <i>Critères d'inclusions et d'exclusions</i>	25
c) <i>Modalité d'observation</i>	25
d) <i>Confidentialité des données</i>	27
3) Analyse statistique	28
a) <i>Nombre de Sujets Nécessaires NSN</i>	28
b) <i>Analyse du critère de jugement principal</i>	28
c) <i>Analyse des critères de jugements secondaires</i>	29
d) <i>Tests statistiques utilisés</i>	29
RÉSULTATS	30
1) Effectif total.....	30
2) Caractéristiques des populations.....	31
a) <i>Médecins</i>	31
b) <i>Patientes</i>	32
3) Analyse du critère de jugement principal	34
a) <i>Analyse univariée</i>	35
b) <i>Analyse multivariée</i>	36
4) Analyses secondaires : l'information du médecin sur la CU.....	37
a) <i>Analyse selon leurs caractéristiques</i>	37
b) <i>Analyses des réponses au questionnaire médecin</i>	38

5) Analyses secondaires : Les connaissances des patientes sur la CU.....	40
a) <i>Analyses selon leurs caractéristiques</i>	40
b) <i>Analyse selon les situations cliniques</i>	42
DISCUSSION	44
1) Les principaux résultats.....	44
a) <i>L'objectif principal</i>	44
b) <i>Les pratiques des médecins isérois</i>	44
c) <i>Les connaissances des patientes iséroises</i>	45
2) La validité interne	49
a) <i>Les forces de notre étude.....</i>	49
b) <i>Les biais et les limites de notre étude</i>	50
3) La validité externe	52
4) Les perspectives.....	52
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES	61

ABRÉVIATIONS

IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
SA	Semaine d'Aménorrhée
CU	Contraception d'urgence
DIU	Dispositif Intra Utérin
IST	Infection Sexuellement Transmissible
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
HAS	Haute Autorité de Santé
SFMG	Société Française de Médecine Générale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ANCIC	Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception
CO	Contraception Orale
OR	Odd Ratio
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
PF	Planning Familial

INTRODUCTION

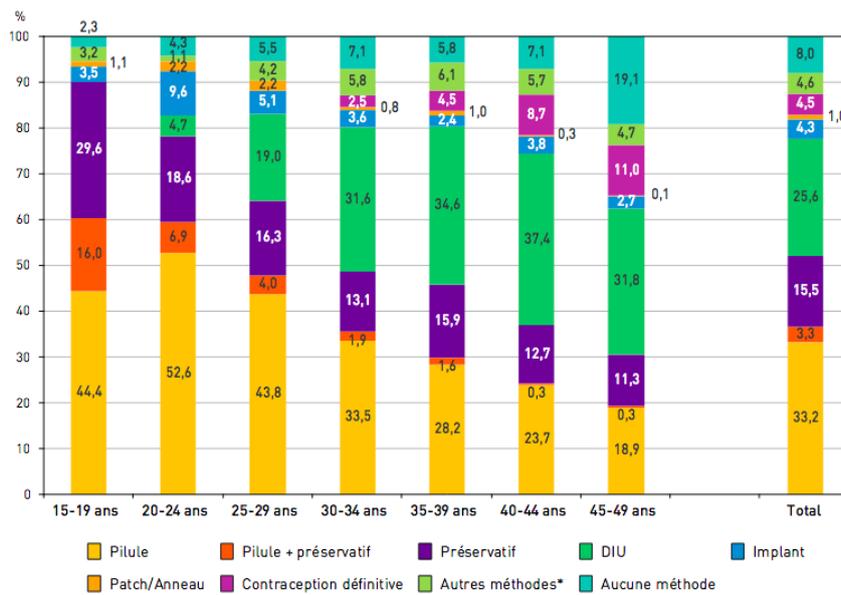
1) Le contexte épidémiologique

Durant la dernière décennie, les habitudes contraceptives en France ont subi quelques remodelages. On peut citer la « crise de la pilule » qui a ébranlé le paysage contraceptif français au début des années 2000 (1). Il s'agit d'une période de débat médiatique provoquée par la mise en lumière des risques thromboemboliques des pilules oestro progestatives à la suite d'une plainte déposée par une jeune femme ayant présenté un Accident Vasculaire Cérébrale (AVC) avec de lourdes séquelles fonctionnelles. Ces débats avaient contribué au déremboursement des pilules dites de "3ème génération" début 2014.

Dans les suites de cette crise provoquant beaucoup de méfiance chez les utilisatrices vis -à - vis des pilules oestro progestatives, une augmentation de la méthode contraceptive par Dispositif Intra Utérin (DIU) a été constatée, notamment le DIU au cuivre.

Néanmoins le mode de contraception majoritaire en France reste la pilule oestro progestative, qui concerne environ 36,8% des femmes en âge de procréer (2). C'est pourquoi nous avons axé notre travail sur cette population cible.

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Source : Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Contraception. In : Baromètre santé 2016. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>

Bien qu'ayant une efficacité théorique importante (indice de Pearl), la pilule oestro progestative rend compte d'une efficacité pratique inférieure aux autres méthodes telles que les DIU ou les implants (3). Dans ce contexte, la question de la contraception d'urgence, mais également celle de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) concernent quotidiennement un nombre important de femmes.

Dans le dernier rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) paru en 2021, on constate une légère baisse du taux d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en 2020 sur l'ensemble du territoire français en comparaison aux années 2018 et 2019 (232 000 IVG en 2019) (4).

L'arsenal législatif facilitant l'accès à l'IVG est en constante évolution depuis la loi Veil de 1975. La loi du 2 mars 2022 a permis l'allongement du délai de recours à l'IVG à 9 Semaines

d'Aménorrhée (SA) pour la méthode médicamenteuse en ville, et à 16 SA pour l'IVG chirurgicale à l'hôpital (5).

En parallèle, l'accès à la Contraception d'Urgence (CU) a été renforcé depuis plusieurs années avec l'arrivée en 2009 d'une nouvelle molécule, l'Acétate d'Ullipristal commercialisée sous le nom d'EllaOne (6). Elle est surnommée "pilule du surlendemain" en raison d'un délai d'efficacité majorée par rapport à la pilule Norlevo (120 h soit 5 jours). En 2015, EllaOne reçoit un avis favorable concernant la possibilité de délivrance sans prescription médicale, tout comme le Norlevo (7). Sa délivrance est gratuite et anonyme pour les mineures.

De nombreux professionnels de santé sont autorisés à délivrer la CU dont les pharmaciens et les infirmières scolaires. Depuis 2012, les médecins universitaires peuvent aussi la distribuer (8).

Malgré tout, il existe une stagnation de l'utilisation de la CU. Ce sont les patientes sous contraception orale qui l'utilisent le plus. L'enquête Baromètre santé publique France estimait que seuls 6,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue, avaient utilisé la CU. Cette sous-utilisation peut en partie s'expliquer par le fait que les patientes sous-estiment le délai pendant lequel la CU peut être prescrite (9). Cela met en avant un défaut d'information de la part des professionnels de santé qu'il faudrait améliorer.

Depuis 2015 en France, il existe deux méthodes et trois moyens de CU qui possèdent l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans cette indication (10) :

La méthode chimique systémique

- Lévonorgestrel (NORLEVO) 1.5 mg en comprimé en prise unique
- Acétate d'ullipristal (ELLAONE) 30mg en comprimé en prise unique

La méthode mécanique locale

- DIU au cuivre

2) Les propositions des sociétés savantes

Concernant le recours à la contraception d'urgence

Les freins principaux rapportés par la Haute Autorité de Santé (HAS) concernent les usagers et les professionnels de santé. On note un manque global de connaissance des usagers (délai d'utilisation, moyens d'accès, perception exagérée du risque d'effets indésirables). Pour les professionnels de santé, l'HAS rapporte un "manque de perception de l'utilité de la CU, une méconnaissance de la CU et des attitudes moralisatrices".

Concernant la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence

La HAS propose "d'améliorer l'information sur la CU en insistant sur

- Les délais d'utilisation des différentes méthodes ;
- Le mode d'utilisation et les possibilités d'accès ;
- À l'occasion de tout contact relatif à la contraception, la sexualité ou la délivrance de préservatifs." (11)

3) L'information médicale délivrée par les praticiens et ses déterminants

L'abord de la CU peut se faire de plusieurs manières et comporte de multiples facettes. Il s'agit aujourd'hui d'une prise en charge multidisciplinaire, intéressant différents acteurs de la santé. Les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmières scolaires sont de potentiels acteurs et interlocuteurs concernant la CU.

Les femmes les plus à risque de se retrouver dans une situation de grossesse non désirée devraient pouvoir être repérées par le médecin généraliste. Les femmes vivant dans des situations de précarité ont un recours plus important à l'IVG, tout comme les femmes présentant des situations sexuelles à risque, Infection Sexuellement Transmissible (IST) ou

partenaires sexuels multiples. Ces situations à risque comme les IST sont aussi à prévenir et devraient s'intégrer dans l'éducation des jeunes femmes en médecine générale.

Différents travaux de thèse français montrent que les connaissances des médecins généralistes sur la CU ne sont pas toujours satisfaisantes. La corrélation entre les connaissances des médecins et la fréquence de l'information délivrée concernant la CU existe mais est très hétérogène (12) ; (13).

La réalisation d'une formation en gynécologie (stage, diplôme ou formation médicale continue) est corrélée à une meilleure délivrance de l'information médicale au sujet de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Dans le travail de J.Allemoz (14), lors d'une prescription initiale d'une contraception, l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli et les situations à risque de grossesse est donnée systématiquement à 76,4%. L'information en général sur la CU est de 42,7%. Ces pourcentages chutent lorsque nous nous intéressons à l'information délivrée lors du renouvellement d'une contraception (respectivement 16,4 et 10%).

4) Les connaissances des patientes

En 2003, l'étude EPILULE, demandée par l'AFSSAPS et menée au niveau national par le réseau EPI auprès de 3000 femmes montre une incapacité des patientes à repérer les risques de grossesse non désirée et leur méconnaissance quant au bon usage de la CU (15). En effet, dans cette étude, 43% des patientes sous pilule (n=1523) connaissaient le délai de retard de prise exposant à un risque de grossesse. Concernant les délais d'efficacité de la CU 8,5% avaient répondu "72h" pour le Norlevo (seule molécule commercialisée en France dans cette indication à l'époque).

Une étude prospective publiée par la revue *Exercer* en 2008 montrait que seulement 7% des patientes avaient une attitude adaptée selon les recommandations HAS en vigueur (16). Des

travaux plus récents mettent en évidence une méconnaissance fréquente de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (17) ; (18).

Une des solutions proposées pour pallier ces lacunes est la diffusion large d'une information médicale adaptée, claire et complète. Les supports d'informations concernant la contraception se sont développés ces dernières années (plaquettes d'informations, site web, applications pour smartphone) (19). Les parents et les professionnels de l'éducation peuvent aussi avoir un rôle informatif.

Le manque d'information des patientes au sujet de la CU pourrait être un des facteurs explicatifs du manque d'utilisation. C'est d'ailleurs ce que mentionne l'HAS dans sa synthèse de bonnes pratiques concernant la CU, publiée en 2013 (11).

Du point de vue des patientes, il semblerait que celles-ci ne soient pas toujours satisfaites de l'information délivrée par le médecin traitant concernant la conduite à adopter en cas d'oubli de pilule. La différence d'information donnée entre une prescription initiale de contraception ou lors d'un renouvellement est aussi constatée par les patientes. Elles souhaiteraient plus d'informations de leur part, et ce d'autant plus qu'elles jugent leur médecin traitant apte à délivrer cette information (20) ; (21) ; (22).

Le motif "contraception" a été classé parmi les motifs les plus fréquents de consultation par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 2009, en 15ème position, représentant 4% des motifs de consultation. Cette statistique ne tient pas compte du fait que la demande de renouvellement de contraception arrive souvent en "motif caché" ou 2ème motif de consultation (23).

5) L'objectif de notre travail

Nous nous intéresserons à deux freins à l'utilisation de la CU, que nous avons énoncé ci-dessus : l'information des médecins généralistes concernant la CU et les connaissances des patientes sur le sujet.

Nous avançons l'hypothèse qu'il pourrait exister une corrélation entre l'information donnée par le médecin généraliste et les compétences des patientes à reconnaître une situation de grossesse non désirée pour avoir recours à la CU. Une information correctement délivrée par le médecin généraliste renforcerait les compétences des patientes à reconnaître les situations de grossesse non désirée. Nous souhaitons donc répondre à la question suivante :

Quelle est l'influence de l'éducation faite par les médecins généralistes Isérois sur les compétences de leurs patientes à repérer les situations à risque de grossesse non désirée ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1) Caractéristique de l'étude

a) *Type d'étude*

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative observationnelle analytique de type cas-témoin pour répondre à notre question de recherche.

Les cas sont les femmes ayant une bonne connaissance de la CU et les témoins sont les femmes ayant peu de connaissance sur la CU. L'exposition étudiée est l'information donnée par le médecin généraliste concernant la contraception d'urgence.

b) *Objectif principal*

Nous souhaitons montrer qu'il existe un lien entre le niveau d'éducation faite par le médecin généraliste en matière de CU et les compétences de leurs patientes à repérer les situations à risque de grossesse non désirée.

Le critère de jugement principal est l'association entre la qualité de l'information délivrée par le généraliste (définie par le « score médecin ») et le niveau de connaissance des patientes (définie par le « score patiente »). Cette association est mesurée par un odds ratio calculé de la façon suivante

$$r = (r/1 - r) \div (r'/1 - r')$$

Avec :

r la fréquence de l'exposition au facteur « information correcte délivrée par le médecin » dans le groupe des cas (i.e. le groupe des patientes ayant de bonnes connaissances sur la CU)

r' la fréquence de l'exposition au facteur « information correcte délivrée par le médecin » dans le groupe des témoins (i.e. le groupe des patientes n'ayant pas de bonnes connaissances sur la CU)

c) *Objectifs secondaires*

Cette étude a également pour but de décrire les pratiques des médecins isérois sur l'occurrence de l'information en matière de contraception d'urgence, ainsi que de donner un aperçu des connaissances des femmes iséroises sous contraception orale sur les situations à risque de grossesse non désirée.

2) **Population de l'étude**

a) *Recrutement*

Les médecins

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par appel téléphonique entre les mois de décembre 2021 et mai 2022.

Nous avons randomisé 100 médecins généralistes à partir d'une base de données réalisées par nous-mêmes depuis le site internet de l'Assurance Maladie "annuaire.santé.ameli.fr". Nous avons fait une recherche grâce à deux critères : la qualification "médecin généraliste" et la localisation "Isère". Cette base de données comprend le nom et le numéro de téléphone des médecins. La randomisation a été réalisée avec le logiciel Excel : nous avons attribué un numéro à chaque médecin grâce à la formule "ALEA()", puis classé les numéros en ordre croissant. Enfin, nous avons sélectionné les 100 premiers numéros correspondant à nos 100 médecins à appeler.

Si le médecin répondait positivement à la demande, il recevait un mail avec son auto-questionnaire "l'information sur la contraception d'urgence" (Annexe 1) ainsi que la fiche

d'information sur la thèse à afficher dans la salle d'attente (Annexe 2) et le questionnaire patiente à imprimer en dix exemplaires (Annexe 3). Ce questionnaire patiente était accompagné d'une fiche de consentement à signer. De même, les réponses au questionnaire patiente ont été transmises au médecin (Annexe 4).

Au cours du recrutement, nous avons changé le format du questionnaire patiente (format A5) pour que le médecin n'ait qu'une seule feuille recto-verso à imprimer par patiente. Devant le taux insuffisant de participation à 2 mois du début de l'étude, nous avons réalisé un nouveau tirage au sort de 100 médecins et appelé chacun 50 médecins de plus.

Les patientes

Le recrutement des patientes s'est fait de la façon suivante :

Le médecin mettait à disposition notre questionnaire patiente dans sa salle d'attente. Nous avons indiqué sur l'en-tête que celui-ci concernait les patientes du médecin concerné par le premier auto-questionnaire, pour éviter les erreurs si plusieurs médecins partagent la même salle d'attente.

Cependant, au moment de la relance à deux mois de l'inclusion du médecin, le nombre de patientes incluses était très faible. En rapport avec la crise sanitaire, certains médecins n'avaient plus de salle d'attente. D'autres avaient enlevé tout papier/magazine à disposition.

Nous avons décidé que le médecin remettrait en main propre le questionnaire aux patientes sous contraception orale, en fin de consultation, puis la patiente y répondait en salle d'attente, en laissant leur réponse au secrétariat.

Au moyen d'un mail ou d'un appel téléphonique, le médecin nous a prévenu lorsque ses patientes avaient répondu au questionnaire. Nous les avons récupérés au sein de son cabinet.

b) *Critères d'inclusions et d'exclusions*

Les critères d'inclusions des médecins étaient les suivants

- Docteur en médecine ;
- Installé en secteur libéral dans le département de l'Isère ;
- Répondant à l'auto-questionnaire adressé et mettant à disposition les questionnaires patiente dans sa salle d'attente (ou remise en main propre en consultation).

Les médecins remplaçants n'ont pas été inclus dans l'étude car ils ne sont pas médecins traitants.

Les critères d'inclusions des patientes étaient les suivants

- Majeure ;
- Sous contraception orale oestro-progestative ou microprogestative en dehors du lévonorgestrel ;
- Non ménopausée ;
- Répondant au questionnaire.

Les patientes mineures, celles sans contraception ou sous une autre contraception orale que celles précédemment citées n'étaient pas incluses (ex DIU, implant). Celles sous contraception orale contenant pour seul principe actif du lévonorgestrel étaient exclues, compte tenu de la différence de décalage autorisé de prise (3h contre 12h). Enfin, les patientes dont la prescription ou le renouvellement de la contraception était assuré uniquement par un gynécologue ou une sage-femme, étaient également exclues de l'étude.

c) *Modalité d'observation*

Les différents questionnaires sont disponibles en annexes.

Le questionnaire médecin était composé de 14 items à réponse unique. La première partie comportait 6 questions décrivant les caractéristiques sociodémographiques de la population

d'étude. Nous avons recueilli les variables suivantes : âge, sexe, secteur d'activité, mode d'exercice, activité dans une structure annexe, formation en gynécologie.

La seconde partie du questionnaire était une enquête de pratique concernant les informations délivrées sur la contraception d'urgence, portant sur 8 questions distinctes. Cette enquête était basée sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant l'amélioration de l'information sur la contraception d'urgence. Quatre réponses étaient proposées à chaque question : "jamais", "parfois", "souvent", "toujours". Nous avons attribué une note à chaque type de réponse : zéro pour jamais, un pour parfois, deux pour souvent, trois pour toujours. Le total était de 24 points et constituait le "score médecin". Le médecin n'était pas mis au courant de cette notation. Cette enquête nous a permis de mettre en évidence le facteur d'exposition.

A la vue de l'hétérogénéité des pratiques médicales concernant la contraception d'urgence, (pratiques déjà étudiées et décrits dans plusieurs travaux de thèse antérieurs) et de l'absence de preuve significative établie dans ces travaux, il semblait difficile de fixer la prévalence du facteur d'exposition de manière certaine, même si des tendances se dégagèrent. Nous avons donc estimé que 1 médecin sur 3 délivre une information de qualité concernant la contraception d'urgence (avec $\frac{1}{3}$ délivrant une information correcte et $\frac{1}{3}$ une information jugée insuffisante). Les patientes seront donc considérées comme exposées si le score de leur médecin traitant est supérieur à 16/24.

Afin de garantir une puissance de 0,8 et un risque alpha de 0,05 dans un contexte où notre NSN ne pouvait pas être très important, nous avons choisi de fixer un odds-ratio élevé.

Exposition

Le questionnaire patiente était composé de 2 parties. La première proposait 10 questions dont 2 à réponses multiples, pour décrire notre population d'étude : âge, source(s) d'information, professionnel(s) renouvelant la contraception, temps d'exposition à la pilule, nombre de grossesse, nombre d'enfants, utilisation de la CU, antécédent d'IVG, niveaux d'étude, niveau de revenu mensuel.

La seconde partie reposait sur les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, transmises au grand public (24). Elle était constituée de 5 situations cliniques correspondant à des questions à choix multiples. Trois items étaient systématiquement proposés pour chaque question, plusieurs réponses étaient possibles. Une bonne réponse à un item apportait un point, une mauvaise réponse aucun point. Le total était donc de 15 points, définissant le "score patiente". La correction du questionnaire était ensuite transmise. Ni le médecin ni la patiente n'étaient mis au courant de la notation.

Après une analyse de la littérature, nous avons choisi une note de 10/15 pour distinguer deux niveaux de connaissances de nos patients. Une note au moins égale à 10/15 au questionnaire incluait les femmes dans le groupe des cas. Une note inférieure à 10/15 incluait les femmes dans le groupe des témoins.

d) *Confidentialité des données*

Les réponses des praticiens recueillies par mail et celles des patientes recueillies sur support papier ont été analysées via le logiciel Excel. Les réponses ont été anonymisées en remplaçant le nom du médecin par un chiffre. De même, nous avons attribué un chiffre à chaque patiente. Les données ont été stockées sur un disque dur externe, protégé par mot de passe alphanumérique. Vis à vis de la CNIL (Commission National de l'Informatique et des Libertés), notre recherche correspond à une méthodologie de référence MR004 correspondant aux "recherches n'impliquant pas la personne humaine, étude et évaluation dans le domaine de la santé". Nous avons reçu une déclaration de conformité de la CNIL avant de débiter notre étude.

3) Analyse statistique

a) Nombre de Sujets Nécessaires NSN

Patientes

Les paramètres pris en compte pour le calcul du NSN sont les suivant

- OR : 3
- Risque alpha : 0,05
- Puissance : 0,8
- Proportion attendue de témoins exposés : 0,33
- Nombre de témoin par cas : 4
- Nature du test : bilatéral

Le calcul a été réalisé avec l'aide de l'outil BiostaTGV, donnant un NSN de patientes à 190.

Médecins

Nous avons émis l'hypothèse que les médecins généralistes voient en moyenne en consultation entre 6 à 10 patientes sous contraception orale pendant une période d'un mois.

Le nombre de médecins nécessaire était donc compris entre 19 et 32.

A la fin de la période de recrutement, si le nombre de patientes ayant répondu au questionnaire était compris entre 6 et 10 (10 inclus), le médecin et ses patientes pouvaient être inclus.

b) Analyse du critère de jugement principal

Notre critère de jugement principal a été analysé par un odds ratio permettant de mesurer la dépendance de la variable "score de la patiente" en fonction de la variable "score du médecin".

Hypothèse nulle : H0 = il n'existe pas de relation entre les connaissances des femmes et l'information donnée par leurs médecins généralistes pour repérer les situations à risque de grossesses non désirées.

Même s'il semble peu probable qu'une information délivrée par le médecin traitant puisse impacter négativement les connaissances des patientes sur les situations à risque de grossesse non désirée, nous avons utilisé un test bilatéral devant l'absence de données probantes concernant l'étude de l'exposition.

c) *Analyse des critères de jugements secondaires*

Nous avons réalisé une analyse descriptive de l'information donnée par les médecins généralistes isérois sous forme de moyenne, médiane et pourcentage. De même pour les connaissances des patientes vis à vis des différentes situations cliniques proposées et de leurs caractéristiques.

d) *Tests statistiques utilisés*

Toutes nos analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Excel Microsoft Office et le logiciel en ligne *p value.io*. L'analyse du score des médecins et des patientes selon leurs différentes caractéristiques a été faite par les tests statistiques suivants : Chi2, Fischer, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Anova et Welch selon les effectifs. Nous avons ensuite réalisé une régression logistique multivariée sur les facteurs de confusion.

RÉSULTATS

1) Effectif total

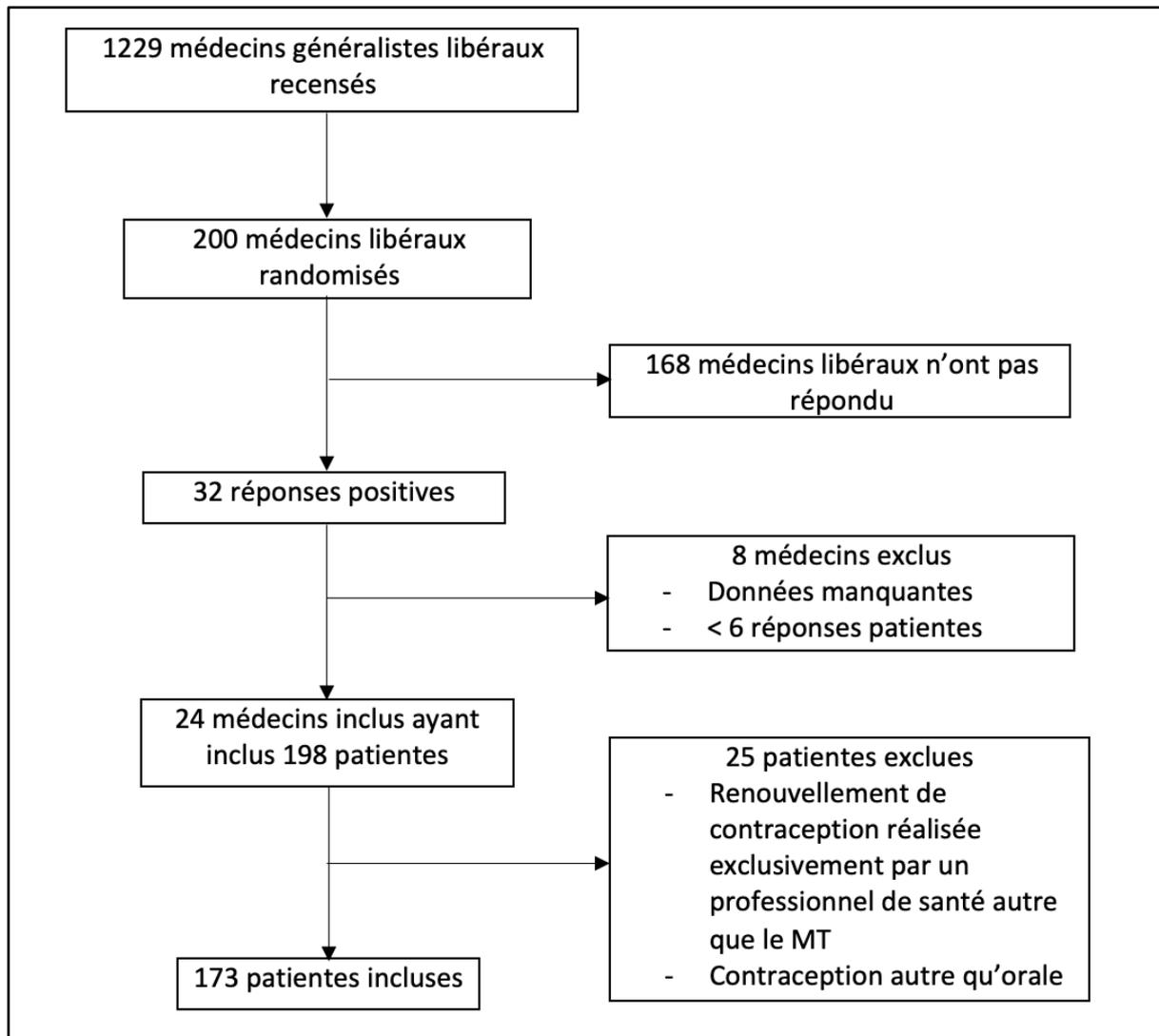


Figure 1 : diagramme de flux

2) Caractéristiques des populations

a) Médecins

Caractéristiques	Effectif n (%)	
Âge	30-39	8 (33%)
	40-49	5 (21%)
	50-59	3 (12%)
	> 60	8 (33%)
Sexe	<i>Féminin</i>	15 (62%)
	<i>Masculin</i>	9 (38%)
Formation des médecins en gynécologie	<i>Aucune</i>	14 (58%)
	<i>Internat</i>	1 (4.2%)
	<i>FMC</i>	9 (38%)
Secteur d'activité	<i>Urbain</i>	7 (29%)
	<i>Semi rural</i>	14 (58%)
	<i>Rural</i>	3 (12%)
Type de structure d'exercice	<i>Cabinet individuel</i>	5 (21%)
	<i>Cabinet de groupe</i>	13 (54%)
	<i>Maison de santé pluriprofessionnelle</i>	6 (25%)

Tableau 1 : caractéristiques des médecins

Aucun médecin inclus n'a déclaré avoir une pratique dans une structure annexe en gynécologie (Planning Familial, attaché(e) hospitalier dans un service de gynécologie).

b) *Patientes*

Caractéristiques		Témoïn (n = 77)	Cas (n = 96)	p
Âge	<i>18-24</i>	25 (32%)	37 (39%)	0.3
	<i>24-30</i>	14 (18%)	25 (26%)	
	<i>30-40</i>	25 (32%)	23 (24%)	
	<i>> 40</i>	13 (17%)	11 (11%)	
Nombre d'enfant	<i>0</i>	40 (52%)	62 (65%)	0.16
	<i>1</i>	8 (10%)	13 (14%)	
	<i>2</i>	18 (23%)	13 (14%)	
	<i>3 ou +</i>	11 (14%)	8 (8.3%)	
Nombre de grossesse	<i>0</i>	38 (49%)	57 (59%)	0.18
	<i>1</i>	6 (7.8%)	12 (12%)	
	<i>2</i>	19 (25%)	13 (14%)	
	<i>3 ou +</i>	14 (18%)	14 (15%)	
Nombre d'IVG	<i>0</i>	60 (78%)	79 (82%)	0.75
	<i>1</i>	13 (17%)	14 (15%)	
	<i>2 ou +</i>	4 (5.2%)	3 (3.1%)	
Antériorité de prise(s) de la CU, n	<i>0</i>	35 (45%)	39 (41%)	0.91
	<i>1</i>	22 (29%)	30 (31%)	
	<i>2</i>	13 (17%)	19 (20%)	
	<i>3 ou +</i>	7 (9.1%)	8 (8.3%)	
Niveau d'études des patientes	<i>BEP/CAP/ BAC</i>	41 (53%)	30 (31%)	<0.01
	<i>Bac +3</i>	22 (29%)	35 (36%)	
	<i>Bac +5</i>	14 (18%)	25 (26%)	
	<i>Bac +8</i>	0 (0%)	6 (6.2%)	

	<i>MT seul</i>	57 (74%)	54 (56%)	
Professionnels renouvelant la contraception	<i>MT et gynéco</i>	19 (25%)	39 (41%)	0.038
	<i>MT et SF</i>	1 (1.3%)	3 (3.1%)	
	<i>Aucun</i>	0 (0%)	1 (1%)	
Revenus (en €)	<i>< SMIC</i>	29 (38%)	32 (33%)	0.1
	<i>< 2200</i>	41 (53%)	42 (44%)	
	<i>< 4000</i>	7 (9.1%)	17 (18%)	
	<i>> 4000</i>	0 (0%)	4 (4.2%)	
Source information : Famille	<i>Non</i>	55 (71%)	57 (59%)	0.099
	<i>Oui</i>	22 (29%)	39 (41%)	
Source information : Internet	<i>Non</i>	57 (74%)	53 (55%)	0.011
	<i>Oui</i>	20 (26%)	43 (45%)	
Source information : Application mobile	<i>Non</i>	72 (94%)	86 (90%)	0.36
	<i>Oui</i>	5 (6.5%)	10 (10%)	
Source information : Médecin traitant	<i>Non</i>	6 (7.8%)	7 (7.3%)	0.9
	<i>Oui</i>	71 (92%)	89 (93%)	
Temps expo pilule (en année)	<i>< 1</i>	4 (5.2%)	8 (8.3%)	0.11
	<i>1 à 5</i>	20 (26%)	38 (40%)	
	<i>5 à 10</i>	20 (26%)	24 (25%)	
	<i>> 10</i>	33 (43%)	26 (27%)	

Tableau 2 : caractéristiques des groupes cas et témoins

3) Analyse du critère de jugement principal

	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	Min	Max	n
Score Médecin	12.1 (5.25)	11.0 [8.00; 15.0]	5.00	22.0	24

Tableau 3 : résultats du questionnaire médecin

Néanmoins, voici la distribution des effectifs en fonction des scores des questionnaires auxquels les 24 médecins inclus avaient répondu : nous avons observé deux blocs de valeurs séparés par les valeurs 15 à 17.

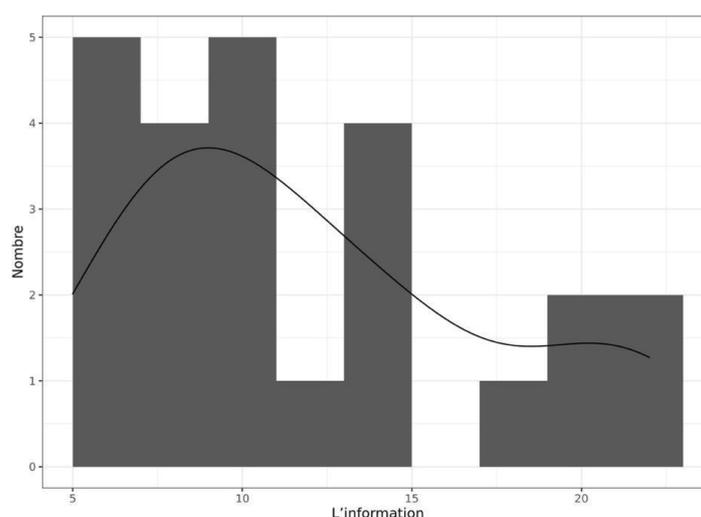


Figure 2 : Distribution des scores du questionnaire médecin

	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	Min	Max	n
Score Patiente	9.79 (2.33)	10.0 [8.00; 11.0]	1.00	15.0	173

Tableau 4 : résultats du questionnaire patiente

La médiane des scores patientes est différente de manière significative selon les groupes cas ou témoins ($p < 0,001$).

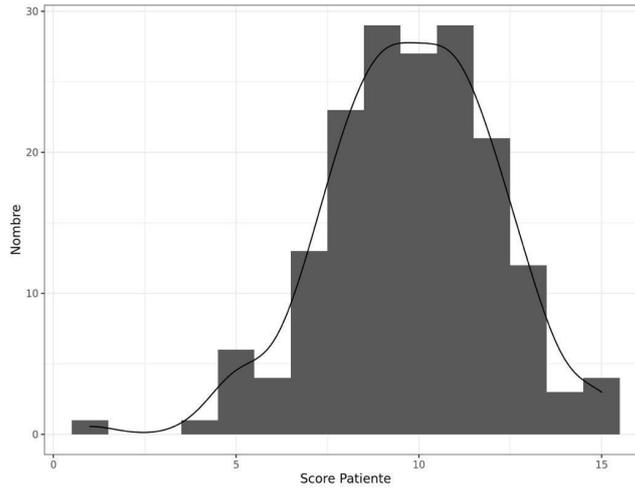


Figure 3 : Distribution des scores du questionnaire patiente

a) Analyse univariée

Nous avons mesuré l'exposition à l'information médicale correcte (i.e. score médecin > 17) dans le groupe des cas (i.e. score patiente ≥ 10) par rapport à l'exposition dans le groupe des témoins (i.e. score patiente < 10) et nous avons représenté cette relation sous la forme d'un Odds Ratio.

	Témoin (n = 77)	Cas (n = 96)	n
Non Exposé	67 (87%)	74 (77%)	141
Exposé	10 (13%)	22 (23%)	32

Tableau 5a : Tableau de contingence

Odds-Ratio (IC)	p	Test
1.99 [0.899; 4.68]	0.095	Chi2

Tableau 5b : Résultat du critère de jugement principal

b) *Analyse multivariée*

En analyse multivariée, après ajustement sur les critères de confusion potentiels, seule la source d'information par internet est prédictive d'un meilleur score patiente, avec un odds ratio ajusté à 2,33 dans un intervalle de confiance compris entre 1,03 et 5,59 ($p=0,049$).

4) Analyses secondaires : l'information du médecin sur la CU

a) Analyse selon leurs caractéristiques

Caractéristiques		Score moyen	Score médian	n	p	Test
Âge	30-39	13.0	11.0	8	0.79	Kruskal-Wallis
	40-49	13.4	11.0	5		
	50-59	10.3	8.00	3		
	> 60	11.1	10.5	8		
Formation	Aucune	12.9	11.0	14	0.18	Kruskal-Wallis
	DU	5.00	5.00	1		
	FMC	11.8	10.0	9		
Secteur	Urbain	11.1	11.0	7	0.97	Kruskal-Wallis
	Semi-rural	12.5	11.0	14		
	Rural	12.7	10.0	3		
Sexe	Fém.	13.8	14.0	15	0.034	Mann-Whitney
	Masc.	9.33	8.00	9		
Structure	Cabinet individuel	10.4	12.0	5	0.51	Kruskal-Wallis
	Cabinet de groupe	13.5	11.0	13		
	Maison de santé pluriprofessionnelle	10.5	9.00	6		

Tableau 6 : Analyse du score des médecins selon leurs caractéristiques.

b) *Analyses des réponses au questionnaire*

Question 1 : Le décalage autorisé dans la prise régulière de la pilule

42% des praticiens déclarent systématiquement informer leurs patientes sur le décalage autorisé dans la prise régulière de la pilule, 33% déclarent les informer souvent, 21% déclarent les informer parfois et 4,2% déclarent ne jamais les informer.

En analyse univariée par test de Fischer, il existe une différence significative avec une meilleure occurrence chez les praticiens femmes que chez les hommes ($p= 0,044$).

Question 2 : La conduite à tenir en cas d'oubli de prise

42% des praticiens déclarent informer systématiquement leurs patientes, 46% déclarent les informer souvent, 12% déclarent les informer parfois. Aucun ne déclare ne jamais les informer.

En analyse univariée par test de Fischer, il existe une meilleure occurrence chez les praticiens femmes que chez les hommes à cette question de manière significative ($p= 0,0496$).

Sur les 6 autres questions, aucune différence n'a été mise en évidence concernant une meilleure occurrence, entre les hommes et les femmes de notre échantillon médecin.

Question 3 : Les différents types de contraception d'urgence

17% des praticiens déclarent informer systématiquement leurs patientes, 25% déclarent les informer souvent, 54% déclarent les informer parfois, 4,2% déclarent ne jamais les informer.

Question 4 : Les différents délais d'utilisation en fonction du type de contraception d'urgence

17% des praticiens déclarent informer systématiquement leurs patientes, 17% déclarent les informer souvent, 54% déclarent les informer parfois, 12% déclarent ne jamais les informer.

Question 5 : Les possibilités d'accès aux différents types de contraception d'urgence

8,3% des praticiens déclarent informer systématiquement leurs patientes, 25% déclarent les informer souvent, 58% déclarent les informer parfois, 8,3% déclarent ne jamais les informer.

Question 6 : La gratuité de la délivrance de la contraception d'urgence pour les femmes mineures (et majeures sous certaines conditions)

12% des praticiens déclarent informer systématiquement leurs patientes, 25% déclarent les informer souvent, 50% déclarent les informer parfois, 12% déclarent ne jamais les informer.

Question 7 : La prescription anticipée de contraception d'urgence pour les patientes utilisant le préservatif ou une méthode naturelle, et les patientes ayant une difficulté d'accès à la contraception

25% des praticiens déclarent informer systématiquement leurs patientes, 12% déclarent les informer souvent, 38% déclarent les informer parfois, 25% déclarent ne jamais les informer.

Question 8 : L'information sur la contraception d'urgence en dehors d'une consultation de renouvellement

4,8% des praticiens déclarent informer systématiquement leur patiente, 12% déclarent les informer souvent, 33% déclarent les informer parfois, 50% déclarent ne jamais les informer.

5) Analyses secondaires : Les connaissances des patientes sur la CU

a) Analyses selon leurs caractéristiques

Caractéristiques	Score moyen	Score médian	n	p	Test
Âge	18-24	10.1	62	0.12	Anova
	24-30	10.2	39		
	30-40	9.48	48		
	> 40	9.00	24		
Nombre enfant	0	10.2	102	0.076	Kruskal-Wallis
	1	9.57	21		
	2	8.94	31		
	3 ou +	9.21	19		
Nombre Grossesse	0	10.2	95	0.065	Kruskal-Wallis
	1	9.67	18		
	2	9.06	32		
	3 ou +	9.18	28		
Nombre IVG	0	10.0	139	0.03	Anova
	1	8.89	27		
	2 ou +	8.71	7		
Nombre prise CU	0	9.69	74	0.72	Anova
	1	9.73	52		
	2	10.2	32		
	3 ou +	9.60	15		

	<i>BEP/CAP/ BAC</i>	8.93	9.00	71		
Niveau d'étude patiente	<i>Bac +3</i>	10.3	10.0	57	<0.001	Kruskal- Wallis
	<i>Bac +5</i>	10.3	11.0	39		
	<i>Bac +8</i>	12.2	12.0	6		
Renouvellement pilule	<i>MT</i>	9.65	9.00	111	0.27	Kruskal- Wallis
	<i>MT + G</i>	10.0	10.0	58		
	<i>MT + SF</i>	10.5	11.5	4		
Revenus Patiente (en €)	<i>< SMIC</i>	9.74	10.0	62	0.11	Kruskal- Wallis
	<i>< 2200</i>	9.61	10.0	83		
	<i>< 4000</i>	10.2	10.5	24		
	<i>> 4000</i>	11.8	11.5	4		
Source info : Famille	<i>Non</i>	9.59	10.0	112	0.097	Welch
	<i>Oui</i>	10.2	10.0	61		
Source info : Internet	<i>Non</i>	9.38	9.00	110	<0.01	Welch
	<i>Oui</i>	10.5	11.0	63		
Source info : Mobile	<i>Non</i>	9.70	10.0	158	0.15	Mann- Whitney
	<i>Oui</i>	10.7	11.0	15		
Source info : MT	<i>Non</i>	9.54	10.0	13	0.52	Mann- Whitney
	<i>Oui</i>	9.81	10.0	160		
Temps expo pilule (en année)	<i>< 1</i>	9.75	10.5	12	0.057	Kruskal- Wallis
	<i>1 à 5</i>	10.4	10.5	58		
	<i>5 à 10</i>	9.86	10.0	44		
	<i>> 10</i>	9.19	9.00	59		

Tableau 7 : Analyse du score des patientes selon leurs caractéristiques

b) *Analyse selon les situations cliniques*

Nous avons étudié toutes les réponses des patientes à chaque situation clinique proposée.

Pour certaines situations nous présentons également les résultats notables en analyse univariée selon les caractéristiques de l'échantillon patiente.

- Le décalage autorisé de prise de la contraception de longue durée d'action (item 1)

Taux de bonnes réponses : 77%.

86% de bonnes réponses chez celles utilisant internet contre 72% chez celles ne déclarant pas l'utiliser (p=0,037).

- Les signes digestifs empêchant l'assimilation de la contraception de longue durée d'action (item 3)

Taux de bonnes réponses : 35%.

- La non-nécessité d'une ordonnance pour la délivrance de la CU (item 4)

Taux de bonnes réponses : 90%.

- Le délai maximal de prise de la contraception d'urgence après un rapport sexuel non protégé (item 5)

Taux de bonnes réponses : 38%.

48% de bonnes réponses chez les patientes utilisant internet contre 32% chez celles ne déclarant pas l'utiliser (p=0,039).

- Le délai d'efficacité maximale de la contraception d'urgence (item 6)

Taux de bonnes réponses : 89%.

- La conduite à tenir en cas d'oubli de la CO et de rapport à risque (item 7 & 8)

Prise du comprimé oublié, taux de bonnes réponses : 65%.

Utilisation d'un préservatif, taux de bonnes réponses : 91%, avec un meilleur taux chez les patientes âgées de 20 à 25 ans (p=0,041).

- Le risque potentiel de grossesse si oubli de contraception orale (item 9)

Taux de bonnes réponses : 72%.

84% de bonnes réponses chez les patientes utilisant internet contre 65% chez celles ne déclarant pas l'utiliser (p< 0,01).

- Les différents types de contraception d'urgence et leur délais respectif d'utilisation (item 10, 11 & 12)

DIU cuivre dans les 120h : taux de bonnes réponses de 4%.

Norlevo dans les 72h : taux de bonnes réponses de 91%

Ellaone dans les 120h : taux de bonnes réponses était de 47%, avec 57% de bonnes réponses chez les patientes utilisant internet contre 41% chez celles ne déclarant pas l'utiliser.

- Le lieu et les modalités pour se procurer une contraception d'urgence (item 13,14,15)

Infirmière ou médecin scolaire ou universitaire : taux de bonnes réponses de 57%, avec un meilleur taux chez les patientes se faisant renouveler leur contraception par le médecin traitant et le gynécologue (p<0,01).

Pharmacien sans prescription médicale : taux de bonnes réponses de 64%.

Planning familial : taux de bonnes réponses de 86%.

DISCUSSION

1) Les principaux résultats

a) *L'objectif principal*

Notre étude n'a pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre l'information délivrée par le généraliste et le niveau de connaissance de leurs patientes en analyse univariée ($p=0,095$).

En analyse multivariée, la source d'information par internet est un facteur de confusion prédictif de meilleures connaissances chez les cas ($p=0,049$).

b) *Les pratiques des médecins isérois*

Notre échantillon de médecins était constitué majoritairement par des femmes (62%), installé en secteur semi-rural (58%) dans des cabinets de groupe (54%). Le secteur et le lieu d'exercice ne semblent pas influencer le score du médecin. Mais nous avons constaté une différence de l'information donnée selon le sexe du médecin. Les femmes médecins ont une note supérieure aux hommes ($p=0,034$).

Plus précisément, cette différence portait sur les deux premières questions : l'information sur le décalage autorisé dans la prise régulière de CO et la conduite à tenir si oubli de CO. Sur les 6 autres questions, aucune différence n'a été mise en évidence. Les résultats de ces deux questions sont similaires dans d'autres travaux comme celui de J.Allemoz déjà mentionné (14).

Le décalage autorisé de prise et la conduite à tenir en cas d'oubli de CO semblent être les deux informations que les médecins donnent majoritairement en consultation (information donnée systématiquement à 42%). Une autre enquête révèle des taux supérieurs à nos

résultats sur ces questions. Cependant, les explications sur la prise d'une contraception d'urgence (les différents types, le délai d'utilisation, les possibilités d'accès, la gratuité) sont omises. C'est sur ces différents points que nous devons améliorer l'éducation des patientes. Enfin, une grande majorité des médecins ne parlent jamais de contraception d'urgence en dehors d'une consultation de renouvellement. Ces résultats ont été en partie retrouvés dans la thèse de M.Majzner (25).

Le score moyen de 16/24 semble conforme à ce que nous pouvons observer dans d'autres travaux et à notre hypothèse de départ. L'hétérogénéité des résultats et donc des pratiques des médecins généralistes semblent être visible ici avec la large distribution du score dans notre population d'étude.

c) *Les connaissances des patientes iséroises*

L'étude COCON de 2004 montrait que 71% des femmes connaissaient la contraception d'urgence mais n'adoptaient pas toujours une conduite adéquate en cas d'oubli de pilule. L'étude EPILULE de 2003 montrait que 75% des femmes s'estiment bien informées sur la contraception d'urgence, malgré des résultats sur les connaissances qui étaient moyens et fluctuants, notamment sur les questions concernant la contraception d'urgence.

D'autres travaux plus récents de thèses et de mémoires faits en France de 2015 à 2018 suggèrent que les connaissances concernant le repérage des situations à risque de grossesse non désirée étaient moyennes et hétérogènes : 30 à 60% des patientes interrogées avaient des connaissances correctes (26) ; (27) ; (28).

C'est après cette analyse de la littérature que nous avons choisi une note de 10/15 pour distinguer deux niveaux de connaissance de nos patientes. Notre étude est superposable à celles précédemment citées, avec un niveau de connaissance comparable.

Selon leur profil

Notre groupe de cas est constitué par les patientes ayant un niveau de connaissance satisfaisant sur le sujet. Nous avons constaté que le niveau d'étude était plus haut chez les patientes de ce groupe ($p < 0,001$). Le renouvellement de la contraception est plus souvent fait conjointement par le médecin traitant et le gynécologue dans le groupe des cas ($p = 0,038$). L'information par différents professionnels de santé semble donc être une des clés pour une meilleure connaissance des patientes sur les situations à risque de grossesse.

Concernant la prise antérieure d'une contraception d'urgence, il n'y a pas de différence entre le groupe des cas et des témoins. On constate qu'environ 58% des patientes ont déjà pris une contraception d'urgence. De même, la durée d'exposition à la pilule n'impacte pas le niveau de connaissance des patientes. En revanche les patientes n'ayant jamais réalisé d'IVG ont un meilleur score que celles en ayant déjà réalisé ($p = 0,03$).

La source d'information principalement choisie par les patientes est le médecin traitant à 93% sans différence entre les cas et les témoins. Internet est la deuxième source la plus choisie par les patientes, plus fréquemment chez les cas ($p = 0,011$). Des adresses de site internet fiable pourraient être transmises systématiquement sur l'ordonnance de contraception, pour inciter les patientes à s'y référer selon leur questionnement. Le site « www.choisirsacontraception.fr » est le site de référence sur la contraception, avec notamment une rubrique sur la CU expliquant comment se la procurer, son fonctionnement et son délai d'utilisation.

Selon les situations cliniques

Une situation à risque de grossesse par décalage de la prise de CO > 12h a été repéré par 77% de nos patientes. Compte tenu de l'information médicale donnée à ce sujet, ce pourcentage nous semble correct. Les signes digestifs comme un vomissement ou de fortes diarrhées ne sont pas considérés comme une situation équivalente à un oubli de pilule pour 65% des patientes.

La CU à base de lévonorgestrel est connue à 91%. Mais seulement 38% des patientes connaissent le délai d'utilisation de la CU après un rapport sexuel non protégé. Ce résultat est faible et similaire dans une autre enquête (22,5%) (26). Concernant les possibilités d'accès à la CU, 36% des patientes pensent qu'une ordonnance est nécessaire pour se procurer la CU en pharmacie.

A propos du DIU au cuivre comme méthode de CU, dans notre échantillon seule 4% des patientes savaient qu'elle existait. Ce résultat est faible. D'autres travaux ayant mesuré cette connaissance retrouvaient un taux de réponse positif de l'ordre de 10% (26) ; (29).

Concernant les modalités d'accès à la contraception d'urgence, les patientes ont des connaissances plutôt satisfaisantes : 57% d'entre elles savaient que l'infirmière scolaire ou universitaire peut la délivrer, 64% savaient qu'elle est disponible en pharmacie et 86% savaient que la CU est disponible dans les PF et CPEF. Pourtant les médecins que nous avons interrogés ne déclarent pas donner de telles informations.

L'âge des patientes ne semble pas avoir d'influence sur les réponses aux situations cliniques hormis sur l'utilisation du préservatif après un oubli de CO, avec un meilleur taux de réponses chez les 20-25 ans ($p=0,041$). Les patientes faisant renouveler leur contraception par leur médecin traitant et leur gynécologue ont une meilleure connaissance des professionnels et des lieux pouvant délivrer une contraception d'urgence ($p<0,01$).

La source d'information par internet semble influencer positivement différentes connaissances des patientes : le décalage autorisé de prise ($p=0,037$), le délai d'utilisation d'une contraception d'urgence ($p=0,039$), le risque de grossesse après un oubli de pilule si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 derniers jours ($p<0,01$), l'existence de la contraception d'urgence à base d'acétate d'ullipristal ($p=0,039$).

Cette dernière est moins connue des patientes, car probablement moins conseillée par les professionnels. En effet, l'efficacité de la CU à base d'acétate d'ullipristal est controversée chez les patientes sous CO, entraînant une probabilité augmentée d'ovulation dans les 5 jours

après la prise. La contraception d'urgence de premier choix conseillée par la revue *Prescrire* des médecins généralistes est le lévonorgestrel, excepté pour les femmes avec IMC>30 (ou faisant >75kg) où le DIU au cuivre doit être préféré (30). Seuls 4% de nos patientes incluses ont répondu correctement à la question sur le DIU en méthode de contraception d'urgence.

Remarques sur le questionnaire

Pour la création du questionnaire et des réponses détaillées, nous nous sommes appuyés sur les recommandations du CNGOF transmises au grand public. Nous avons indiqué que la pilule d'urgence au lévonorgestrel (Norlevo) était utilisable dans les 3 jours après un rapport sexuel non protégé. Pour la pilule d'urgence à base d'ulipristal acétate (Ellaone), nous avons donné le cut-off de 5 jours. Une critique est à faire concernant les délais d'utilisation de ces contraceptifs. L'étude sur le Norlevo a été faite pour une prise dans les 72h après un rapport non protégé. L'étude sur Ellaone a été faite pour une prise dans les 120h après un rapport non protégé. Le Norlevo peut potentiellement être encore utilisé entre 3 et 5 jours selon l'OMS (31).

Nous avons inclus dans notre étude les patientes sous contraception oestro-progestative et progestative seule sauf lévonorgestrel du fait d'une différence de décalage autorisé de prise (3h vs 12h pour le désogestrel). Cependant, une récente revue de la littérature faite par la revue *Prescrire* en août 2021 a indiqué que quel que soit le progestatif utilisé en contraception au long court, le décalage autorisé de prise ne doit pas excéder 3h (32). Les études sur le désogestrel et la drospirénone ne suffisent pas à démontrer l'absence de risque de grossesse s'il existe un décalage de prise de 12h.

2) La validité interne

a) *Les forces de notre étude*

Nous avons effectué une randomisation de tous les médecins isérois pour réduire le biais de sélection. Notre étude a été menée en aveugle pour les patientes. Tous les médecins pratiquent dans des cabinets différents, notre étude est donc multicentrique.

Le questionnaire médecin a été testé à plusieurs reprises sur nos maîtres de stage universitaire. Aucun de ces médecins n'a été tiré au sort lors de la randomisation. Le questionnaire patiente est fait de questions courtes et simples pour la compréhension du plus grand nombre. Les situations cliniques sont énoncées à la première personne permettant d'obtenir des réponses au plus proche de la réalité et donc de limiter le biais de réponse. Nos deux groupes de patientes sont relativement homogènes avec trois différences significatives concernant le niveau d'étude ($p < 0,01$), le(s) professionnel(s) renouvelant la contraception ($p = 0,038$) et la source d'information par internet ($p = 0,01$) (cf Tableau 2).

Finalement, la distribution du questionnaire lors de la consultation a permis aux médecins participant à l'étude de repérer les incompréhensions de leurs patientes et ainsi de les informer sur la contraception d'urgence et les situations à risque de grossesse non désirée. Nous avons transmis aux médecins une version écrite détaillée des réponses aux situations cliniques. Les patientes sont reparties chez elles avec ce document.

Pour pallier un potentiel biais de confusion, nous avons identifié différents facteurs de confusion avant de débiter notre étude tels que les facteurs socio-économiques, l'âge des patientes et les antécédents d'IVG ou d'utilisation de la CU. Finalement, dans notre échantillon de patientes, seul le niveau d'étude était statistiquement plus élevé chez les cas ($p < 0,01$).

Nous nous attendions à un tel résultat et ce facteur de confusion avait déjà été identifié auparavant (33).

Notre étude est novatrice puisqu'elle mesure les connaissances des médecins généralistes mais aussi de leurs patientes et fait le lien entre les deux. Elle permet de mettre en avant le fait qu'internet comme source d'information peut aider les patientes à répondre à leurs différentes interrogations en cas de situation à risque de grossesses non désirées.

b) *Les biais et les limites de notre étude*

Sélection

Nous ne pouvons pas exclure que les médecins ayant accepté de faire partie de notre étude aient une pratique gynécologique plus importante que la moyenne des médecins isérois. Les hommes portaient probablement un intérêt moindre pour notre questionnaire (pour le domaine de la contraception en général) nous donnant un échantillon de médecin constitué majoritairement de femmes.

Notre méthode initiale était de laisser les praticiens déposer dans leur salle d'attente les questionnaires pour les patientes. Compte tenu de la crise COVID, beaucoup de cabinets ont enlevé les magazines et autres documents de leur salle d'attente. De plus, la plupart des patients attendent leur rendez-vous avec leur médecin en consultant leur téléphone. Cette première méthode n'a donc pas abouti et c'est le praticien lui-même qui remettait le questionnaire à la patiente concernée par le sujet. Il existe un potentiel biais de sélection dans ce mode de recrutement, le praticien pouvant choisir préférentiellement une patiente à même de prendre le temps pour répondre au questionnaire. De plus, nous ne pouvons pas estimer l'aide qu'a apporté le médecin à la patiente lors du remplissage du questionnaire.

Les patientes mineures n'ont pas été incluses compte tenu des règles de la recherche clinique. Selon l'enquête Baromètre Santé Contraception de 2016, 44,4% des femmes entre 15 et 19 ans utilisent la pilule comme seul moyen de contraception. On peut aussi noter qu'en 2020, le taux d'IVG chez les mineures de 15 à 17 ans était de 5 pour 1000 femmes, ce qui n'est pas négligeable (4).

Observation

Concernant les questions sur le profil des patientes, nous n'avons pas indiqué si plusieurs réponses étaient possibles. A la question sur le praticien renouvelant habituellement la contraception, beaucoup de patientes ont coché à la fois le médecin traitant et le gynécologue. Cette faute ne nous permet pas de discriminer si l'information est passée par le médecin traitant, entraînant un biais de classement différentiel.

La forme auto-questionnaire entraîne un biais déclaratif, notamment pour l'évaluation de la pratique des médecins. De plus, nous avons créé les questionnaires pour les besoins de l'étude, ils sont donc non validés.

Analyse

Un manque de puissance peut nous être reproché en lien avec un nombre de patientes incluses à 173 contre 190 initialement fixés.

Le NSN a été calculé avec un taux de 4 témoins pour 1 cas, comme proposé par le logiciel d'aide au calcul *biostaTGV*, sans que nous ne modifiions le seuil de 10/15 (i.e score patiente) pour classer les cas et les témoins. Finalement nous avons un nombre de témoins presque équivalent au nombre de cas entraînant un biais de classement différentiel. L'OR mesuré est donc plus faible que celui prévu à priori.

3) La validité externe

Échantillon représentatif et extrapolation

Notre échantillon de médecins est représentatif de la population générale. Il est constitué de 33% de trentenaires, 33% de sexagénaires, et 33% pour le reste des tranches d'âge. Il est constitué de 62% de femmes. En 2020, l'âge moyen d'un médecin généraliste en activité est de 50,1 années. Les femmes représentent 50,4% des effectifs de médecins généralistes en activité, contre 39,2% en 2010. La féminisation du métier est incontestable. Les médecins interrogés sont majoritairement installés dans un secteur urbain ou semi-rural, comme la majorité des médecins français (34).

Notre échantillon de patientes est représentatif de la population de femme sous contraception orale. Il est constitué majoritairement par des femmes jeunes de moins de 30 ans (58%) et sans enfants (59%).

4) Les perspectives

Cibler les populations à risque

Selon le dernier rapport de la DRESS, en 2020 le taux de recours à l'IVG le plus haut concerne majoritairement la tranche d'âge de 25 à 29 ans. C'est aussi chez ces patientes que la contraception orale est utilisée à 47%. Nous devons cibler cette population mais aussi donner une information claire sur l'ensemble de tous les contraceptifs existants à toutes les patientes. Les méthodes contraceptives de longue durée d'action sont peut-être à privilégier chez ces patientes réalisant plus souvent des IVG. A l'échelle mondiale, les contraceptions les plus utilisées sont la stérilisation féminine et le DIU (35).

Nous aurions pu poser une question sur la contraception définitive aux médecins inclus dans notre étude. En 2013, sur 100 couples utilisant une contraception à l'échelle mondiale, 29,9% utilisent la stérilisation féminine. C'est le DIU puis la pilule qui prennent la 2ème et 3ème place. Ce moyen de contraception ne doit pas être oublié, notamment pour les couples ne voulant pas ou plus d'enfants. Au Canada, Royaume-Uni, Nouvelle Zélande, la stérilisation masculine dépasse les 20% alors qu'elle est utilisée par moins de 1% des français (35).

Informar les hommes comme les femmes

L'élargissement de la Consultation Contraception Prévention depuis mars 2022 à tous les hommes et les femmes jusqu'à 25 ans doit nous inciter à éduquer le plus grand nombre (36). Les hommes sont autant concernés que les femmes par la contraception d'urgence et les situations à risque de grossesse non désirée. La réalisation de consultation en couple serait aussi une manière de mieux intégrer l'information. Sensibiliser les hommes jeunes est un moyen supplémentaire de réduire ces situations à risque. Quelques travaux sur les connaissances des hommes en matière de contraception d'urgence ont déjà été réalisés et montrent la nécessité de les informer autant que les femmes.

L'ANCIC (Agence Nationale des Centre d'IVG et de Contraception) a réalisé une enquête en 2011 sur le rapport des hommes à l'IVG et montre un sentiment de coresponsabilité qu'ils peuvent éprouver en rapport avec la douleur de leur partenaire (37) ; (38).

Sensibiliser tous les professionnels de santé

En juin 2022, les documents d'information et d'éducation créés par l'assurance maladie et le Cespharm (*Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française*) concernant la contraception d'urgence ont été actualisés. Les pharmaciens doivent les remettre au moment de la dispensation du médicament, notamment pour les patientes mineures. Ces documents informent sur les modalités de prise de la contraception d'urgence, les possibles effets

secondaires et la conduite à tenir après la prise. De plus, il existe une carte explicative (Annexe 5) regroupant les indications, les modalités de prises et d'obtention de la contraception d'urgence, qui doit être diffusée à un large public par les pharmaciens (39).

Des perspectives plus sombres dans d'autres pays

Nous avons cité plus haut le DIU comme un des deux moyens de contraception les plus utilisés à l'échelle mondiale. En Chine, 40,6% de femmes utilisent le DIU. Cette utilisation est expliquée par la politique de l'enfant unique menée depuis 1979 et l'accès favorisé aux contraceptifs possédant un faible indice de Pearl. Il en est de même pour l'IVG. Cependant depuis septembre 2021, cette politique vient à changer. Face à un ralentissement de la croissance de la population, les familles sont autorisées à avoir jusqu'à 3 enfants. Les droits d'accès à l'IVG sont aussi remis en question, puisqu'une justification médicale est désormais souhaitable pour y avoir accès. On peut considérer que la natalité et donc le corps des femmes sont sous contrôle politique et économique. Le 24 juin 2022, la cour suprême des États unis a annulé l'arrêt *Roe vs Wade* garantissant le droit à l'IVG dans tous les états. Nous avons été surpris d'apprendre qu'en Europe, l'IVG reste illégale dans deux territoires (Andorre, Malte), et très restreinte pour 4 pays (Gibraltar, Monaco, Liechtenstein, Pologne) (40). Le 15 septembre 2022, une loi a été promulguée en Hongrie, obligeant les femmes souhaitant réaliser une IVG à écouter les bruits du cœur fœtaux avant de pouvoir la réaliser (41).

CONCLUSION

Dans cette étude observationnelle incluant 24 médecins généralistes isérois et 173 patientes, nous n'avons pas montré de lien statistiquement significatif entre l'information médicale donnée par les médecins traitants et les connaissances de leurs patientes sur les situations à risque de grossesse non désirée. Chez les femmes utilisant internet comme source d'information annexe, il existerait un lien entre la qualité de l'information donnée par le médecin et la qualité de leurs connaissances.

Notre étude met en lumière l'importance de l'éducation des patientes par le médecin sur la contraception d'urgence et les situations à risque de grossesse non désirée. Ces dernières devraient être prévenues par une éducation ciblée des populations à risque correspondant aux femmes de 25 à 29 ans sous contraception orale. Le stress vécu par les patientes, provoqué par ces situations, ainsi que leur manque de connaissance doivent nous inciter à renforcer notre information. L'effectif des gynécologues en France a baissé de 52% entre 2007 et 2020, plaçant les médecins généralistes dans une position centrale d'éducation en gynécologie.

Il est nécessaire d'informer autant les hommes que les femmes, et de présenter tous les moyens de contraceptions aux patients, notamment la contraception définitive autorisée depuis 2001. Des sources d'information doivent être proposées avec la diffusion de sites internet fiables pouvant répondre aux différentes interrogations en situation d'urgence et ainsi promouvoir l'autonomisation des patientes. N'oublions pas que le droit des femmes à la santé comprend le droit à la santé sexuelle et procréative d'après le HCDH (Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme).

THÈSE SOUTENUE PAR : Alexis DORO et Juliette CLEPOINT

TITRE :

La contraception d'urgence : étude de la relation entre l'information donnée par les médecins généralistes Isérois et les connaissances de leurs patientes.

CONCLUSION :

Dans cette étude observationnelle incluant 24 médecins généralistes isérois et 173 patientes, nous n'avons pas montré de lien statistiquement significatif entre l'information médicale donnée par les médecins traitants et les connaissances de leurs patientes sur les situations à risque de grossesse non désirée. Chez les femmes utilisant internet comme source d'information annexe, il existerait un lien entre la qualité de l'information donnée par le médecin et la qualité de leurs connaissances.

Notre étude met en lumière l'importance de l'éducation des patientes par le médecin sur la contraception d'urgence et les situations à risque de grossesse non désirée. Ces dernières devraient être prévenues par une éducation ciblée des populations à risque correspondant aux femmes de 25 à 29 ans sous contraception orale. Le stress vécu par les patientes, provoqué par ces situations, ainsi que leur manque de connaissance doivent nous inciter à renforcer notre information. L'effectif des gynécologues en France a baissé de 52% entre 2007 et 2020, plaçant les médecins généralistes dans une position centrale d'éducation en gynécologie.

Il est nécessaire d'informer autant les hommes que les femmes, et de présenter tous les moyens de contraceptions aux patients, notamment la contraception définitive autorisée depuis 2001. Des sources d'information doivent être proposées avec la diffusion de sites internet fiables pouvant répondre aux différentes interrogations en situation d'urgence et ainsi promouvoir l'autonomisation des patientes. N'oublions pas que le droit des femmes à la santé comprend le droit à la santé sexuelle et procréative d'après le HCDH (Haut Commissariat des Nations unies aux Droits de l'Homme).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr. Patrice MORAND


Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

19/09/2022

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY

Pr.


P. HOFFMANN

BIBLIOGRAPHIE

1. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés ; 2014. N° 511; page 1.
2. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception.
Disponible sur: /determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception
3. Efficacité des moyens contraceptifs.
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rhone/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
4. Vilain A. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. Etudes & Résultats. sept 2021; Numéro 1207.
5. Loi no 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.
NOR : SSAX2027978L.
6. Baromètre de Santé publique France 2016. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés. Santé Publique France.
Disponible sur: /import/barometre-de-sante-publique-france-2016.-contraception.-la-contraception-d-urgence-des-delais-de-prise-toujours-sous-estimes
7. ELLAONE 30 mg comprimé (ulipristal) : nouvelle modalité de délivrance sans prescription médicale. VIDAL.
Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/15304-ellaone-30-mg-comprime-ulipristal-nouvelle-modalite-de-delivrance-sans-prescription-medicale.html>
8. Décret no 2012-910 du 24 juillet 2012 relatif à la délivrance de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. Ministère de la santé et des solidarités. Juill 26, 2012.
9. Rahib D, Lydié N, Groupe baromètre santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. Bulletin de Revue Epidémiologique. 2018 ; Numéro 29 pages 590-595.
10. HAS. Fiche Contraception d'urgence. 2019 juill.
11. HAS. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. 2013 avr.
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_urgence_-_fiche_de_synthese.pdf
12. Gaiani G. Construction et validation d'un outil d'évaluation des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence. (Étude préliminaire avant une étude de l'information délivrée sur la contraception d'urgence en médecine générale). Thèse d'exercice. Université de Poitiers; 2013. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ->

13. Moreau S. Niveaux de connaissances d'un groupe de médecins généralistes au sujet de la contraception d'urgence et étude d'une corrélation avec leurs représentations. Thèse d'exercice. Université de Poitiers; 2018. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2e6d84b3-045d-44d5-9b69-856eb3a22ee2>
14. Allemoz J. La délivrance de l'information sur la contraception: état des lieux des pratiques des médecins généralistes à Marseille. Thèse d'exercice. Aix-Marseille Université; 2020. dumas-03049011
15. Ménière R. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. Université de Lorraine; 2004. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_MENIERE_RENAUD.pdf
16. Marie P, Champollion S, Ourabah Z. Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? Exercer. Numéro 80: pages13-16. Janvier 2008.
17. Garay É. Évaluation des connaissances des patientes consultant dans le centre d'orthogénie d'Évreux sur les différentes méthodes contraceptives et leurs modes d'utilisation. Thèse d'exercice. Université mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2012. dumas-00704392
18. Boos D. Évaluation de la connaissance des femmes sous pilule de leur contraception. Université Grenoble Alpes Département de Maïeutique; 2018. dumas-01878870
19. Deborde M. Gestion de l'oubli de contraception orale : intérêt pratique de l'application Pill'Oops versus la carte INPES. Université de Bordeauxc2019. dumas-02511539
20. Morand C. Contraception d'urgence: connaissance et attentes des femmes de leur médecin généraliste. Comparaison entre des femmes réalisant une IVG et des femmes de la population générale. Thèse d'exercice. Faculté Paris Descartes; 2017. dumas-01781368
21. Pfeiffer S. Enquête qualitative sur le ressenti des patientes concernant l'information reçue au sujet de leur contraception orale , en particulier en cas d'oubli. Université de Strasbourg; 2021.
22. Garde D. Contraception d'urgence : vécu et attentes des patientes de 30 à 45 ans concernant l'information délivrée par leur médecin traitant. Enquête qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés dans le Gard. Thèse d'exercice. UFR de médecine Montpellier-Nîmes; 2021. dumas-03475219
23. Observatoire de la Médecine Générale. SFMG :Top 25 les diagnostiques les plus fréquents]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
24. Hamdaoui N, Cardinale C, Agostini A. La contraception d'urgence. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 déc 2018 ; Volume 46; Numéro 12; pages 799-805.

25. Majzner M. Impact d'une intervention concernant la contraception d'urgence sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes. Thèse d'exercice. Université de Rouen; 2018. dumas-01080118
26. Paul M. Conduite à tenir en cas d'oubli de prise de contraceptif oestro-progestatif par voie orale, une étude prospective descriptive des connaissances des femmes. Thèse d'exercice. Aix-Marseille Université; 2021 dumas-03461952
27. Aury L. Connaissance de la contraception d'urgence. Université Saint Quentin en Yvelines; 2017.
28. Berthou L. La contraception d'urgence: état des lieux des connaissances des jeunes de 20 à 24 ans. Étude quantitative réalisée auprès de 430 personnes en Bretagne du 9 novembre 2019 au 23 décembre 2019. Université de Brest ESF; 2019.
29. Reynier C. Le dispositif intra-utérin au cuivre comme moyen de contraception d'urgence [Internet]. UPD ESF Baudelocque; 2019. dumas-02379558
30. Fauquemberg S. Interactions entre ulipristal et contraception hormonale : quelles preuves ? Prescrire. oct 2019; Tome 39; Numéro 432 :Page 789.
31. OMS Contraception d'urgence.
Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
32. Contraception progestative par voie orale : le lévonorgestrel est-il encore le premier choix en 2021 ? Prescrire. Aout 2021; Tome 41; Numéro 454; pages 630-631.
33. Dupuis A. Évaluation de la prescription de première contraception par le médecin généraliste Picard. Université de Picardie Jules Verne; 2016.
34. CNOM. Situation au 1er janvier 2021 : Atlas de la démographie médicale en France. 2021. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
35. United Nations. World contraceptive patterns 2013. New York, NY: United Nations; 2013. ISBN : 978-92-1-151510-7
36. TALBOT R. Du nouveau pour la contraception des jeunes femmes et la CCP – Fédération des Médecins de France. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/du-nouveau-pour-la-contraception-des-jeunes-femmes-et-la-ccp/>
37. Cadièrgues D. La connaissance des hommes sur la contraception : Etude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans. Université Paris Diderot; 2015. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4844_CADIERGUES_these.pdf
38. Karim SI, Irfan F, Saad H, Alqhtani M, Alsharhan A, Alzhrani A, et al. Men's knowledge, attitude, and barriers towards emergency contraception: A facility based cross-sectional study at King Saud University Medical City. PLoS One. 2021; Volume16; Numéro4. DOI: 10.1371/journal.pone.0249292 . PubMed PMID: 33901184

PMCID: PMC8075244

39. Ordre des pharmaciens contraception d'urgence. Disponible sur:
<https://www.ordre.pharmacien.fr/layout/set/print/Communications/Les-actualites/Contraception-d-urgence-actualisation-des-outils-a-remettre-au-public>

40. INFOGRAPHIES. Statut juridique, délais, conditions... On a dressé un état des lieux de l'accès des femmes à l'IVG en Europe. Franceinfo. Disponible sur:
https://www.francetvinfo.fr/societe/ivg/infographies-statut-juridique-delaais-conditions-on-a-dresse-un-etat-des-lieux-de-l-acces-a-l-ivg-en-europe_4876173.html

41. Parker C. Hungary decree says abortion-seekers must listen to fetal vital signs. Washington Post. Disponible sur:
<https://www.washingtonpost.com/world/2022/09/15/hungary-abortion-viktor-orban/>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le questionnaire médecin

Profil des médecins généralistes participants à l'étude - 6 questions

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 20-29ans
- 30-39ans
- 40-49ans
- 50-59ans
- >60ans

Etes-vous une femme ou un homme ?

- Une femme
- Un homme

Dans quel type de secteur exercez-vous ?

- Urbain
- Rural
- Semi-rural

Dans quelle structure exercez-vous ?

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluriprofessionnelle
- Autre

Avez-vous une pratique dans une structure annexe à votre cabinet ?

- Centre d'orthogénie
- Planning familial
- Autre
- Aucune

Avez-vous eu une formation spécifique en gynécologie durant votre cursus ?

- DU/DIU
- Capacité
- Formation médicale continue
- Autre
- Aucune

L'information sur la contraception d'urgence - 8 questions

Lors d'un renouvellement de contraception orale, vous informez vos patientes sur

- 1) Le décalage autorisé dans la prise régulière de la pilule :
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours

- 2) La conduite à tenir en cas d'oubli de prise :
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours

- 3) Les différents types de contraception d'urgence :
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours

- 4) Les différents délais d'utilisation en fonction du type de contraception d'urgence :
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours

- 5) Les possibilités d'accès aux différents types de contraception d'urgence :
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours

- 6) La gratuité de la délivrance de la contraception d'urgence pour les femmes mineures (et majeures sous certaines conditions) :
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours

- 7) Vous réalisez une prescription anticipée de contraception d'urgence pour les patientes utilisant le préservatif ou une méthode naturelle, et les patientes ayant une difficulté d'accès à la contraception :
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours

En dehors d'une consultation de renouvellement de contraception orale,

- 8) Vous évoquez la contraception d'urgence à vos patientes sous contraception orale :
- Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours

Questionnaire créé à partir de Fiche contraception d'urgence, HAS, 2013.

Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1528380/fr/contraception-d-urgence-fiche-memo, consultée le 13/12/2021.

AIDE POUR THESE **JEUNES MÉDECINS**

QUESTIONNAIRE À **REEMPLIR**

en 3 min

Vous êtes invitée à répondre au questionnaire ci-joint dans les cas suivants :

- 1. Vous êtes une patiente du Dr**
- 2. Vous êtes majeure**
- 3. Vous prenez une pilule contraceptive en dehors de la pilule “microval”.**

Fiche d’information et de consentement

La contraception d’urgence : étude de la relation entre les connaissances des femmes et l’information donnée par leurs médecins généralistes.

Nous vous proposons de participer à une étude non interventionnelle en médecine générale – soins premiers dans le cadre de notre travail de thèse, en répondant à ce questionnaire anonyme.

Cette lettre d’information a pour but de vous expliquer les objectifs et le déroulement de l’étude ainsi que de recueillir votre non opposition, conformément à la réglementation en vigueur (articles 13 du Règlement Générale sur la Protection des Données des Personnes).

Investigateurs : Juliette Clépoint & Alexis Doro (étudiants en médecine inscrits à la faculté de médecine de Grenoble, Université Grenoble Alpes)

Directeur de thèse : Dr Marie Sicot (Praticien Hospitalier, Hôpital Couple Enfant Quai Yermoloff, 38700 La Tronche)

Objectif de l'étude : Nous souhaitons montrer qu'il existe une relation directe entre le niveau d'éducation prodiguée par le médecin généraliste en matière de contraception d'urgence et les compétences de ses patientes à repérer les situations à risque de grossesse non désirée.

Le protocole de l'étude est simple : Votre médecin traitant a été tiré au sort parmi tous les médecins généralistes du département de l'Isère. Nous l'avons ensuite appelé pour lui expliquer le principe de l'étude et il a accepté d'être inclus dans celle-ci. Votre médecin a dans un premier temps répondu à un questionnaire sur les informations qu'il délivre sur la contraception d'urgence à ses patientes sous contraception orale (pilule). Puis il a mis à disposition dans sa salle d'attente le questionnaire ci-joint pour que vous puissiez y répondre.

Grâce aux réponses de votre médecin et à vos réponses au questionnaire, nous pourrions étudier cette relation.

Une première partie est constituée de questions sur votre profil, et une deuxième sur vos connaissances en contraception d'urgence. Les réponses au questionnaire sont disponibles chez votre médecin, vous pouvez les lui demander pendant votre consultation.

Ce travail de recherche aura pour but de montrer un aperçu des pratiques des médecins généralistes concernant l'éducation de leurs patientes au repérage des situations nécessitant la prise de contraception d'urgence. Nous souhaitons mettre en avant le fait que le médecin généraliste a une place centrale dans la prévention des situations à risque de grossesse non désirée.

Concernant les résultats de l'étude, ils seront mis à disposition dans le cabinet de votre médecin traitant.

Nous n'avons aucune source de financement ni conflits d'intérêts. Ce travail s'inscrit dans un unique but de validation de notre doctorat de médecine générale.

La participation à cette étude est volontaire, vous avez le droit de refuser de participer ainsi que de retirer votre consentement à tout moment sans être pénalisée.

Concernant la confidentialité des données :

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre par les investigateurs pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière. Vos données seront traitées de manière pseudonymisée, c'est-à-dire qu'il n'existera pas de moyen de pouvoir vous identifier de manière directe avec les informations dont nous disposerons, votre anonymat sera préservé. Ces données seront stockées et traitées dans un fichier informatique sans identification, ni par un code ni par classification alphanumérique quelconque, et utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de la recherche.

Les investigateurs procéderont à la collecte de ces données au format papier en main propre dans les centres d'inclusion et à leur traitement.

Ces données seront conservées jusqu'à la date de soutenance de la thèse et au maximum pendant une durée de 5 ans.

Vos données personnelles transmises aux investigateurs ou à des tiers agissant pour leur compte en France sont pseudonymisées, c'est-à-dire codées. Dans le cas où le traitement des données serait délégué à une autre entité, les précautions nécessaires au maintien de votre anonymat seront prises en compte. Vos données peuvent être transmises aux experts indépendants chargés de ré-analyser les données pour vérifier les résultats de la recherche.

Concernant la réglementation :

Cette recherche s'inscrit dans la méthodologie mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004. Ce traitement des données a pour fondement juridique l'article 6.1.a du règlement UE 2016/679 (Règlement Général sur la Protection des Données RGPD) à savoir le consentement au traitement des données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités spécifiques. De plus, au titre des articles 9.2.a et 9.2.h du RGPD le responsable de traitement peut de manière exceptionnelle traiter des catégories particulières de données, incluant des données de santé notamment à des fins de recherche scientifique.

Concernant vos droits :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement.
- Vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.
- Vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli. Néanmoins, conformément aux articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD, ce droit ne s'applique pas dans la mesure où le traitement des données est nécessaire à des fins statistiques et pouvant rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs dudit traitement. Le cas échéant, pour ne pas mettre en péril les résultats de l'étude, nous conserverons donc vos données.
- Vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).
- Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Pour toutes questions relatives à cette étude, n'hésitez pas à nous contacter par mail :

alexis.doro@etu.univ-grenoble-alpes.fr
juliette.clepoint@etu.univ-grenoble-alpes.fr

D'avance un grand merci pour votre participation

ANNEXE 3 : Le questionnaire patiente

Les situations à risque de grossesse non désirée

Votre profil - 10 questions

Quel âge avez-vous ?

- Entre 18 et 24 ans
- Entre 25 et 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- 41 ans ou plus

Quelles sont les sources d'information que vous utilisez concernant la contraception ?

- Site internet
- Application mobile
- Médecin traitant ou autre professionnel de santé
- Réseau familial ou amical

Quel professionnel de santé renouvelle habituellement votre ordonnance de contraception ?

- Votre médecin traitant
- Votre gynécologue
- Votre Sage-Femme
- Autre :

Depuis combien de temps prenez-vous la pilule ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Plus de 10 ans

Combien avez-vous eu de grossesse ?

- 0
- 1
- 2
- 3 ou plus

Combien avez-vous d'enfants ?

- 0
- 1
- 2
- 3 ou plus

Combien de fois avez-vous utilisé une contraception d'urgence ?

- 0
- 1
- 2
- 3 ou plus

Combien d'Interruption Volontaire de Grossesse avez-vous réalisé au cours de votre vie ?

- 0
- 1
- 2
- 3 ou plus

Quel est votre niveau d'étude ?

- BEP/CAP/baccalauréat
- Niveau licence (bac +3) ou équivalent
- Niveau master (bac +5) ou équivalent
- Niveau doctorat (bac +8) ou équivalent

Quels sont vos revenus mensuels nets moyens ?

- Inférieurs au SMIC
- Supérieurs au SMIC mais inférieurs à 2200 euros
- Entre 2200 euros et 4000 euros
- Plus de 4000 euros

Les 5 situations cliniques suivantes sont distinctes les unes des autres

Plusieurs réponses sont possibles

Situation n°1

Je prends ma pilule tous les soirs à 20h. Je m'aperçois à 9h ce matin que j'ai oublié le comprimé de la veille. J'ai eu un rapport sexuel non protégé il y a deux jours :

- Je suis dans une situation à risque de grossesse.
- Je ne suis pas dans une situation à risque de grossesse.
- Un vomissement ou une forte diarrhée dans les 4h après la prise de ma pilule est une situation équivalente à un oubli de pilule.

Situation n°2

Je suis dans une situation à risque de grossesse :

- Je peux me procurer une pilule du lendemain seulement avec une ordonnance de mon médecin.
- J'ai jusqu'à 5 jours maximum après un rapport sexuel non protégé pour prendre une contraception d'urgence.
- Plus je prends la contraception d'urgence tôt, plus elle est efficace.

Situation n°3

Lorsque j'oublie un comprimé de ma plaquette :

- Je prends le comprimé oublié dès que je me rends compte de l'oubli, peu importe l'heure.
- Je n'ai pas besoin d'utiliser de préservatifs si je prends le comprimé oublié.
- Il existe un risque de grossesse si un rapport sexuel non protégé a eu lieu dans les 5 derniers jours.

Situation n°4

Je décide de prendre une contraception d'urgence :

- Le Dispositif Intra Utérin au cuivre (= stérilet au cuivre) peut être utilisé comme contraception d'urgence.
- La pilule du lendemain (Norlevo) peut être prise jusqu'à 3 jours maximum après le rapport sexuel non protégé.
- Il existe une autre pilule du lendemain (Ellaone) pouvant être prise jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel non protégé.

Situation n°5

Les personnes suivantes peuvent délivrer une contraception d'urgence :

- L'infirmière d'un établissement scolaire ou le médecin d'une université.
- Le pharmacien, mais seulement avec une prescription médicale.
- Le personnel du planning familial.

Vous avez consulté internet pour répondre au questionnaire précédent

- Oui
- Non

Vous pouvez remettre ce questionnaire à votre médecin traitant lors de votre consultation, ainsi que lui demander les réponses.

Un grand merci pour votre participation !

A noter : pour toutes questions relatives à la contraception, il existe un numéro vert national "Sexualités, contraception, IVG" : 0 800 08 11 11.

NOTE D'INFORMATION SUR LA NON OPPOSITION

Après avoir pris connaissance des informations présentées dans le cabinet de mon médecin généraliste concernant le travail de thèse « La contraception d'urgence: étude de la relation entre les connaissances des femmes et l'information donnée par leurs médecins généralistes » mené par Juliette Clépoint et Alexis Doro, étudiants à la Faculté de Médecine de Grenoble, Université de Grenoble Alpes et sous la direction du Dr Marie Sicot, Praticien Hospitalier à l'Hôpital Couple Enfant, Quai Yermoloff 38700 La Tronche, et après en avoir discuté et obtenu réponse à toutes mes questions, je consens librement et volontairement à y participer.

Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment de cette étude sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette étude ne portera pas atteinte à mes relations avec mon médecin. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Au cours de cette étude, j'accepte que soient recueillies des données cliniques et biologiques me concernant à des fins d'analyse statistique et de recherche. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés. J'ai été informée que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication, que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle et que seules les données dé-identifiées seront enregistrées et communiquées dans le cadre de l'analyse statistique.

J'accepte que ces données puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif par les autorités de santé. J'ai bien noté que, conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés », le droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement de ces données, s'exerce à tout moment auprès des médecins investigateurs par contact à alexis.doro@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou juliette.clepoint@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Un formulaire d'opposition à l'utilisation de mes données à des fins de recherche et statistique médicale est disponible à ma demande si je souhaite m'opposer à l'utilisation de l'ensemble de mes données.

Alexis DORO et Juliette CLEPOINT
Internes en médecine générale, CHU de Grenoble

Signature libre du consentement

ANNEXE 4 : Les réponses aux situations cliniques

Situation n°1 : Je prends ma pilule tous les soirs à 20h. Je m'aperçois à 9h ce matin que j'ai oublié le comprimé de la veille. J'ai eu un rapport sexuel non protégé il y a deux jours :

1. Je suis dans une situation à risque de grossesse.
2. Je ne suis pas dans une situation à risque de grossesse.
3. Un vomissement ou une forte diarrhée dans les 4h après la prise de ma pilule est une situation équivalente à un oubli de pilule.

Réponse : 1 et 3

1. Votre pilule n'est plus efficace si vous dépassez un délai de 12h après l'heure prévue de la prise.
2. Votre pilule n'est plus efficace si vous dépassez un délai de 12h après l'heure prévue de la prise.
3. L'assimilation du comprimé n'est pas certaine en cas de troubles digestifs.

Situation n°2 : Je suis dans une situation à risque de grossesse :

1. Je peux me procurer une pilule du lendemain seulement avec une ordonnance de mon médecin.
2. J'ai jusqu'à 5 jours maximum après un rapport sexuel non protégé pour prendre une contraception d'urgence.
3. Plus je prends la contraception d'urgence tôt, plus elle est efficace.

Réponse : 2 et 3

1. Seule la pilule du lendemain "Ellaone" est délivrée sur ordonnance.
2. Le délai maximal est de 120h = 5 jours.
3. L'efficacité n'est jamais de 100%. Pour les pilules, l'efficacité est de 98% si la prise est réalisée dans les 12h après le rapport sexuel non protégé, 95% à 24 h, 85 % à 48 h, 60 % à 72 h, 35 % à 5 jours. L'efficacité du DIU au cuivre est très importante avec un taux d'échec à 0,09%.

Situation n°3 : Lorsque j'oublie un comprimé de ma plaquette :

1. Je prends le comprimé oublié dès que je me rends compte de l'oubli, peu importe l'heure.
2. Je n'ai pas besoin d'utiliser de préservatifs si je prends le comprimé oublié.
3. Il existe un risque de grossesse si un rapport sexuel non protégé a eu lieu dans les 5 derniers jours.

Réponse : 1 et 3

1. Vous prenez le comprimé quoi qu'il arrive, même si vous devez en prendre 2 à la fois.
2. Votre pilule n'est plus efficace, l'utilisation du préservatif est recommandée pendant 7 jours.
3. Il existe un risque de grossesse si vous avez eu un rapport sexuel non protégé 5 jours avant ou 5 jours après un oubli de comprimé.

Situation n°4 : Je décide de prendre une contraception d'urgence :

1. Le Dispositif Intra Utérin au cuivre (= stérilet au cuivre) peut être utilisé comme contraception d'urgence.
2. La pilule du lendemain (Norlevo) peut être prise jusqu'à 3 jours maximum après le rapport sexuel non protégé.
3. Il existe une autre pilule du lendemain (Ellaone) pouvant être prise jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel non protégé.

Réponse : 1, 2 et 3

Il existe 3 types de contraception d'urgence : une première pilule (à base de lévonorgestrel - Norlevo) peut être utilisé dans les 3 jours après le rapport sexuel à risque, une deuxième pilule (à base d'acétate d'ulipristal - Ellaone) peut être utilisé dans les 5 jours après le rapport sexuel à risque. La troisième option est la pose d'un DIU au cuivre pouvant être réalisée dans les 5 jours après le rapport sexuel à risque.

Situation n°5 : Les personnes suivantes peuvent délivrer une contraception d'urgence

1. L'infirmière d'un établissement scolaire ou le médecin d'une université.
2. Le pharmacien, mais seulement avec une prescription médicale.
3. Le personnel du planning familial.

Réponse : 1 et 3

1. L'infirmière scolaire ou le médecin universitaire procure la contraception d'urgence de façon gratuite et anonyme à tous les élèves/étudiantes mineures ou majeures.
2. En pharmacie, la contraception d'urgence sera gratuite si vous êtes mineure. Elle peut être remboursée à 65% si vous possédez une ordonnance de votre médecin.
3. En planning familial, elle sera gratuite pour les mineures ou les majeurs sans couverture sociale.

Source : <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception>, consultée le 13/12/2021.

ANNEXE 5 :

Contacts utiles

Fil Santé Jeunes : **0 800 235 236**
(anonyme et gratuit)

Sida Info Service : **0 800 840 800**
(anonyme et gratuit)

Sexualités - Contraception - IVG : **0 800 08 11 11**
(anonyme et gratuit)

.....

Pour en savoir plus :
<https://questionsexualite.fr>

La contraception d'urgence

Où et comment l'obtenir ?

➔ En pharmacie :
➔ pour les mineures : de façon anonyme et gratuite, sans ordonnance ;
➔ pour toutes : sans ordonnance (remboursée sur ordonnance).

➔ Dans les infirmeries scolaires et universitaires, dans les centres de santé sexuelle.

Il existe deux médicaments de contraception d'urgence qui doivent être pris :

➔ soit dans les 3 jours après le rapport non protégé ;
➔ soit dans les 5 jours après le rapport non protégé.

Attention

Tout rapport sexuel sans contraception efficace comporte un risque de grossesse.

La contraception d'urgence

- réduit le risque de grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé (absence de contraception, oubli de pilule, rupture de préservatif...).
- doit être prise le plus tôt possible après un rapport non protégé.

Attention :

- l'utilisation de la contraception d'urgence doit rester occasionnelle. Consultez un médecin, une sage-femme ou un centre de santé sexuelle pour choisir une contraception régulière adaptée (gratuite pour les moins de 26 ans et protégée par le secret pour les mineures) ;
- seul le préservatif vous apporte une protection contre les infections sexuellement transmissibles comme le SIDA.

2022078_ContraceptionDurgence_CarteMetro.indd 3

21/04/2022 14:57

Source : <https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Contraception-d-urgence-les-documents-a-remettre-au-public>, consultée le 13/12/2021.

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”