

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

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

présentée et soutenue publiquement
le 09 Novembre 2017 à Poitiers
par Mlle BOUSKINE Lisa

Revue systématique de la littérature :

Les connaissances des médecins généralistes et leur attitude à l'égard de la contraception d'urgence
Recherche de freins à la prescription

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE
Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER
Madame le Docteur Anne-Laure HEINTZ

Directeur de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

À Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,

Professeur de Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Je vous remercie pour votre engagement en faveur de la formation des internes de médecine générale.

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE,

Professeur de Gynécologie et Obstétrique.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie pour votre regard sur ce travail. Veuillez trouver, dans ce travail, l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER,

Maître de Conférences Universitaire de Pharmacologie Clinique. Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veuillez trouver, dans ce travail, l'expression de mes sincères remerciements et de toute mon estime.

À Madame le Docteur Anne-Laure HEINTZ,

Docteur en Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veuillez trouver, dans ce travail, l'expression de mes remerciements les plus respectueux.

À Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET,

Docteur en Médecine Générale,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger et de juger cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils, votre soutien et votre disponibilité.

Recevez ici mes sincères remerciements pour m'avoir guidée tout au long de ce travail.

Mes remerciements personnels :

Un remerciement tout particulier au Dr Benoit TUDREJ pour son aide précieuse à la relecture et correction de ce travail. Merci pour ton écoute et ta compréhension.

A mes parents pour m'avoir donné la force de me battre et de persévérer malgré mes doutes. Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel, depuis toujours. J'espère pouvoir vous rendre un jour tout ce que vous m'avez apporté.

A Alex. Pour ton humour et ta légèreté. J'ai beaucoup de chance de t'avoir comme frère.

A Omi et Robert. Vous m'avez vu grandir et m'avez soutenu à travers les frontières... Je vous aime. Et merci à l'ensemble de ma famille, d'ici et d'ailleurs...

A Aurélien, pour ton amour et ta confiance en moi. Merci pour ta patience. Tu me donnes de la force au quotidien.

A ses parents pour m'avoir accueilli et pour leur générosité. A Marine, que je considère comme ma sœur. A Florian et Allison, merci pour votre écoute et votre soutien. A Eden, ton sourire est une bouffée d'oxygène.

Bernard, Christine et leurs filles, qui m'ont toujours accueilli comme un membre de leur famille.

A Mathilde, mon rayon de soleil. Merci pour ton amitié si précieuse que la distance ne pourra pas éteindre...

A Marie. Pour ton amitié et ta bonne humeur. Je suis heureuse de t'avoir rencontrée.

Merci aussi à Anne, pour tous ces moments partagés et pour ton soutien.

A Jeremy, pour son amitié mais aussi son professionnalisme. Merci pour ton soutien et ton aide précieuse. A Lucie qui partage ta vie, merci pour sa douceur et son sourire ...

Mes amis d'externat et d'internat : A Laura et sa moitié. Merci pour ta gentillesse et ta joie de vivre. Maxime, Nounette, Julie, Marion, Benoit, Nunus, Coco, Sam, Amélie, Papi, Bichon et les autres ... Sans vous ces années auraient été moins belles.

A tous les autres, que je ne peux citer car la liste est longue, ceux restés sur Poitiers et ceux qui sont partis, avec qui j'ai partagé des joies, des peines, des fêtes ...

Aux équipes médicales et paramédicales qui m'ont vu évoluer. A ceux, qui m'ont fait confiance dès mes débuts, comme le Dr LESIEUR. A ceux qui m'ont poussé pour me rendre meilleure et à ceux qui sont devenus des amis (Maylis, Louis). Merci.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	6
ABREVIATIONS	7
RESUME	8
ABSTRACT	9
INTRODUCTION	10
MATERIEL ET METHODES	12
1- Descriptif	12
2- Matériel	12
RESULTATS	13
1- Sélection des études	13
2- Présentation des études	13
3- Connaissances des médecins généralistes	21
4- Leur attitude à l'égard de la contraception d'urgence	23
4-1 Prescrivent-ils la contraception d'urgence ?	23
4-2 Si non, pourquoi ? Les barrières à la prescription	24
DISCUSSION	26
1- Synthèse des résultats et biais méthodologiques	26
2- Les pistes de réflexion	29
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	35
SERMENT	43

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

COP : contraception oestro-progestative

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CU : contraception d'urgence

D.I.U : dispositif intra utérin

HAS : la Haute Autorité de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LNG : Levonorgestrel

MesH : Medical Subject Headings. Thésaurus de référence dans le domaine biomédical

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SUDOC : Système Universitaire de Documentations

RESUME

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

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

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

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

Mots clés : Contraception d'urgence, médecin généraliste, connaissances, pratique

ABSTRACT

Introduction : The use of the emergency contraception (EC) is constantly increasing since it is easier to get it, however it is rarely broached and prescribed during appointments with a general practitioner. Why is this counseling so infrequent? An overview of this practice has been done in order to highlight some gaps or beliefs which might slow down the emergency contraception prescription.

Method : A systematic review by searching the data base PubMed and the SUDOC out with the key words « Knowledge », « emergency contraception », « general practitioner », and « practice ».

Results: 15 articles on 118 were picking out for the analysis. A lot of GP have gaps regarding the EC use, for example concerning the deadline of pill-taking or the existence of contraindications. Preconceived thoughts are strong and too many GP have a negative opinion of the EC. Some of them even think that the EC prescription could increase thoughtless behaviours or the regular contraception break. Nevertheless, in France as abroad, the majority think that its access is necessary to avoid unwanted pregnancies.

Conclusion: Some studies point out the ignorance and wrong beliefs of the EC. However, few studies were focused on the prescription obstacles. The knowledge level is probably not the only factor which affects the counseling. It would be interesting to make a match between the GP habits and their knowledge of the EC. The next step of this study could be a qualitative work by questioning the GP about their ideas and knowledge of the EC to know their obstacle to prescribe it.

Keywords: emergency contraception, general practitioner, knowledge, practice

INTRODUCTION

La question de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et de la survenue de grossesses non désirées sont des problèmes majeurs de santé publique. La Haute Autorité de Santé (HAS) a depuis déjà plusieurs années compris l'importance d'établir des stratégies et des recommandations ^{1 2} visant à diminuer ces phénomènes.

L'étude COCON ³ réalisée entre 2000 et 2004 montre que 33 % des grossesses sont des grossesses non prévues. Parmi ces grossesses la moitié a fait l'objet d'une IVG. En 2010, 23,9% des femmes de 15 à 49 ans déclaraient avoir déjà utilisé la CU. En 2005 elles n'étaient que 15,2%, et seulement 8,9% en 2000 ⁴. En parallèle le recours à l'IVG est globalement stable depuis une quinzaine d'années. Mais le taux reste inégal d'une année sur l'autre. En 2015, 14,4 femmes pour 1000 (entre 15 et 49 ans) ont eu recours à l'IVG ⁵. Elles étaient 14,5 femmes pour 1000 en 2009 et 14,0 pour 1000 en 2001 ⁴. Ce constat soulève de nombreuses questions notamment quant à l'accès et la bonne utilisation de la contraception d'urgence. Bien que le taux de recours à la contraception d'urgence soit en nette augmentation depuis 2000 avec la facilitation à l'accès et à l'information concernant la CU ⁶ il existerait une difficulté d'accès à cette méthode en cas de rapport non protégé, d'échec de contraception et oubli de pilule.

Accès à la contraception d'urgence et impact de la loi santé

Un rapport de l'IGAS datant d'octobre 2009 ⁷ a été publié. Il avait pour but d'analyser « le fonctionnement du modèle français de contraception et d'évaluer l'effet des mesures prises », suite à la loi du 4 juillet 2001 sur l'IVG ⁸. Les résultats ont relevé une augmentation du nombre de remboursements de « pilule du lendemain » depuis la mise en place du dispositif de facilitation à l'accès de la contraception d'urgence en pharmacie et notamment aux mineures de façon anonyme et gratuite. Cependant ces remboursements sont essentiellement liés à la délivrance gratuite ; en effet les remboursements sous ordonnance ont, eux, peu évolué.

De plus, l'étude COCON ³ indique que les deux-tiers des grossesses non prévues surviennent chez des femmes utilisant une contraception. C'est-à-dire des femmes ayant pour la majorité un suivi par un médecin gynécologue, généraliste ou encore une sage-femme.

Développement d'un « research-agenda »

Comme le recommande la HAS ⁶, le médecin généraliste et tout professionnel de soins primaire devrait aborder la CU de façon régulière et efficiente.

Cependant l'enquête FECOND ⁹ met en évidence que la contraception d'urgence est peu évoquée en consultation. En 2013 ¹⁰ un projet de « research-agenda » a été débuté par G.Gaiani (figure.1) sur la thématique de la CU. Le *counseling* renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement d'une femme favorisant l'expression de son choix. Il repose sur des bases d'empathie envers la consultante et engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. G.Gaiani ¹⁰ est partie du principe que le counseling en médecine générale est un procédé impliquant des connaissances techniques et des compétences relationnelles et de communication. L'hypothèse de son étude était que la connaissance technique de la CU pouvait influencer la fréquence à laquelle l'information était donnée.

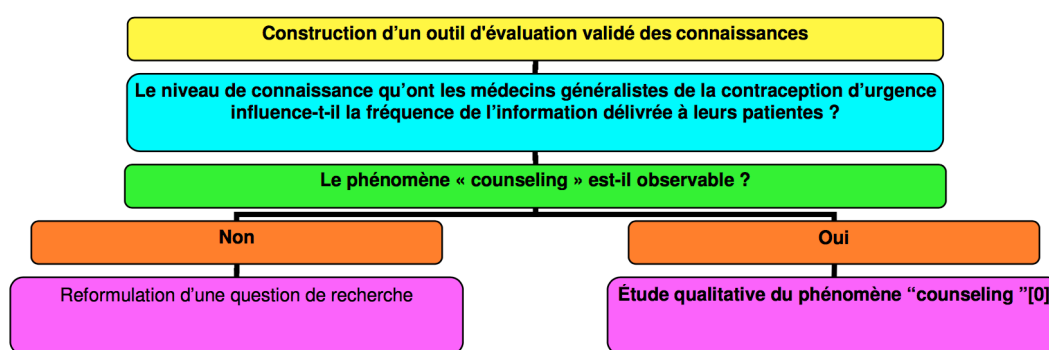


Figure 1. « Research Agenda » sur le counseling en matière de contraception d'urgence

Un premier travail de construction d'outil d'évaluation des connaissances a été réalisé ¹⁰. Dans la continuité de ces recherches, C. Bouquet ¹¹ a étudié en 2015 la fréquence du counseling en médecine générale. En cas d'observation possible du phénomène, le but aurait été d'étudier le niveau de connaissance (à l'aide de l'outil construit en 2013 ¹⁰) des MG qu'ils pratiquent ou pas le counseling. Cependant, les résultats de cette étude ont relevé que le counseling en matière de CU était rare – 0,3% des consultations, ce qui n'a pas permis d'explorer les connaissances.

L'hypothèse principale motivant notre revue de la littérature est qu'il existe des freins à la prescription de la contraception d'urgence. Nous supposons que ces freins peuvent expliquer le faible taux de « counseling » en matière de CU. Nous pensons que le frein principal est la méconnaissance de la CU par les MG. Nous poursuivons le travail initié en reformulant la question de recherche en « quels peuvent être les freins en matière de « counseling » et de prescription de la CU ? »

MATERIEL ET METHODE

1- Objectif principal et objectifs secondaires

Nous avons procédé à une revue systématique de la littérature dont l'objectif principal est de confirmer le manque de connaissance des MG concernant les différentes méthodes de CU. L'objectif secondaire de notre travail est d'analyser les pratiques des MG, et d'observer d'éventuelles croyances ou freins à la prescription de la CU.

2- Matériel

2-1 Critères d'inclusion

La population cible à analyser était les « médecins généralistes ». De par leur rôle de « premier recours » et de « soins primaires », nous avons décidé d'inclure les études travaillant sur les médecins généralistes exerçant dans des 'plannings familiaux' (CPEF) ou d'autres 'établissements de soins primaires'. Compte tenu d'organisation d'accès aux soins très différentes en Europe et à travers le monde il nous semblait intéressant de garder les études exploitant les informations émanant de ce type d'organisme, à conditions qu'ils concernent des médecins de « soins de premier recours ».

Nous avons également intégré les études ayant analysé les résultats en « sous-groupes » permettant ainsi de distinguer les MG des autres spécialistes.

2-2 Critères d'exclusion

Les études interventionnelles travaillant sur l'impact d'une formation ou campagne d'information sur les connaissances et les attitudes des médecins ont été exclues.

2-3 Outils de recueil

La recherche a été effectuée sur la base de données bibliographiques Medline, en utilisant les mots clés MeSH : « general practitioner » « knowledge », « practice » et « emergency contraception ».

Enfin une recherche complémentaire sur la base de données SUDOC a été réalisée avec les mots clés « contraception d'urgence, médecin* généraliste* ».

L'équation de recherche et le choix des bases de données ont été réalisés à l'aide d'une bibliothécaire spécialisée en médecine. L'équation utilisée a été validée par deux auteurs.

RESULTATS

1- Sélection des études

Au terme de ce travail, 87 articles ont été trouvés sur Medline et 31 études sur la base SUDOC (Flow Chart, figure 2). Chaque bibliographie des études sélectionnées a été analysée afin de n'omettre aucun article pertinent. Par ce moyen une référence complémentaire a pu être intégrée à nos résultats.

Au terme de cette recherche, 62 articles ont été éliminés à la lecture de l'abstract. Ils ne répondaient pas à l'objectif de la recherche. Ils n'étudiaient pas la population cible, ou bien analysaient d'autres aspects de la contraception d'urgence, telle que l'approvisionnement.

Quinze articles ont été écartés après lecture complète de l'étude. Dans la majorité des cas ces travaux ne permettaient pas d'analyser les connaissances des médecins généralistes ou médecins de « premier recours » seuls. Les résultats analysaient des groupes contenant plusieurs spécialités ou des corps de métiers différents (infirmier, sage-femme etc.). Certains résultats intéressants seront toutefois exploités dans la discussion. Parmi les thèses retrouvées sur SUDOC, quatre ont été retenues pour analyse. Au final, 11 articles ont été retenus pour l'analyse et 4 thèses (Tableau 1).

2- Présentation des études

Les articles ont été publiés de 1990 à 2015 et proviennent d'Asie, du Moyen orient, des Etats unis, Amérique centrale, Europe, Afrique et enfin du continent Australien. Leurs caractéristiques sont représentées dans le tableau 1. Les études comportent pour la majorité des analyses qualitatives, mais parfois également des analyses mixtes, qualitatives et quantitatives.

L'échantillon de la population de médecins généralistes (ou médecins « de premiers recours ») étudié dans chacune de ces études était compris entre 14 et 236 personnes. Différentes questions, sur les CU et leurs pratiques, étaient posées aux participants via des questionnaires à questions fermées ou parfois ouvertes.

Nous présentons les résultats en deux parties : les connaissances des médecins généralistes sur les différentes méthodes de contraception d'urgence puis leur attitude, en pratique, dont leurs potentielles barrières à la prescription.

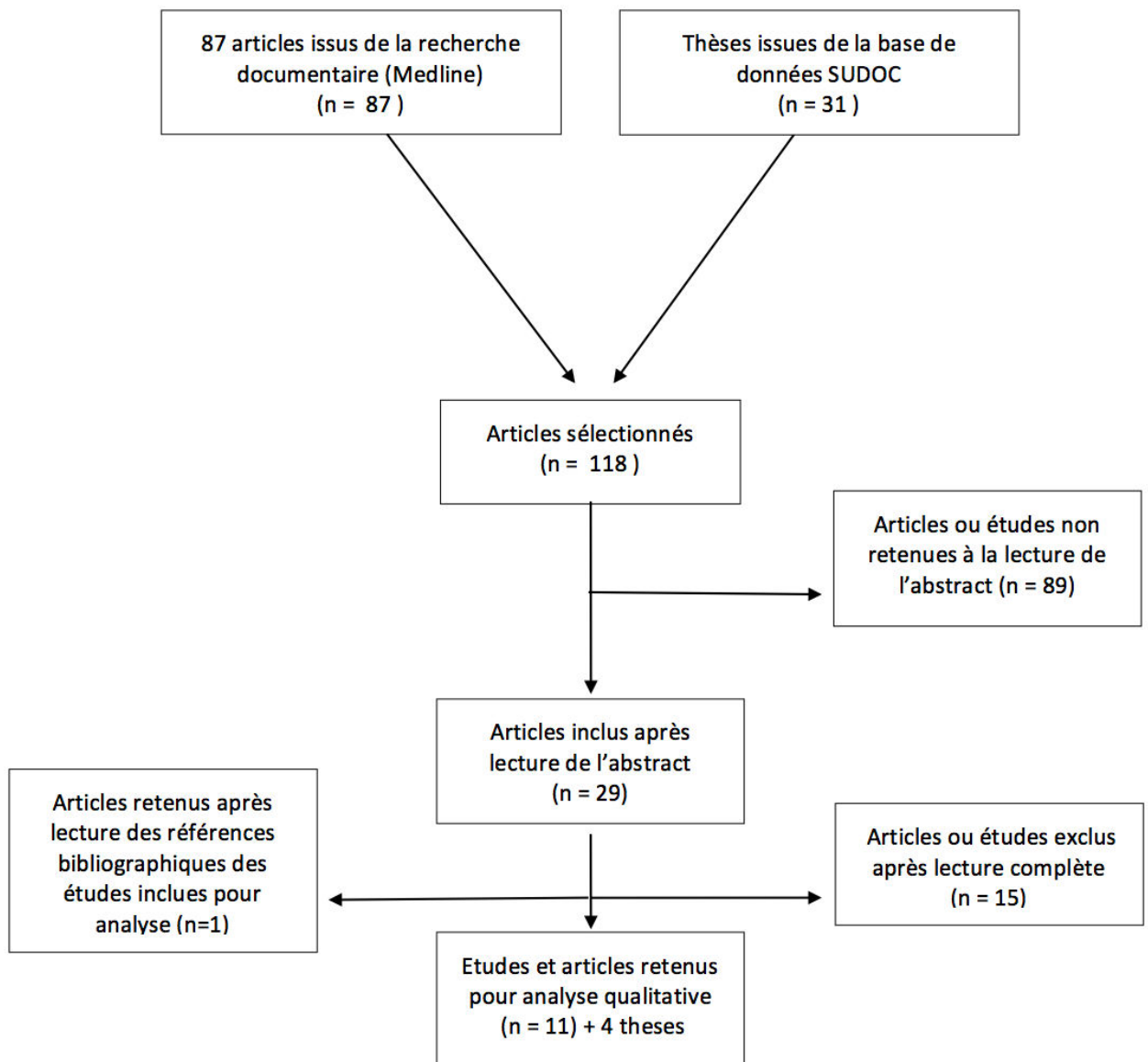


Figure 2 - Flow Chart

Tableau 1. Description des études sélectionnées

1 ^{er} auteur	Revue	Année de parution	Lieu / Pays/ continent	Méthodologie de l'étude				
				Contexte de recrutement et type et nombre de personnes interrogées	Type de questionnaire	Principales questions posées	Mode de recueil des réponses	Analyse effectuée
Bonnin A	Thèse d'exercice	Sept 2015	France (Franche comté)	Etude descriptive Médecins généralistes (n=14)	Questions ouvertes	Connaissances et généralités sur la CU(ORALE et D.I.U), freins à l'utilisation du D.I.U	Entretien semi dirigés	Description des résultats, organisation par thématique
Batur P	Elsevier Contraception	Mai 2015	Etats unis	Etude descriptive transversale Multicentrique Multiples spécialités médicales : Médecine générale (n=220), interniste, gynécologue ...	Questions fermées	Concernant la méthode Yuzpe, UA, LNG et D.i.u « avoir entendu parlé de la méthode » « l'avoir recommandé »	Questionnaire rempli par les participants	Analyse en sous-groupe de spécialistes et corps de métier

Najafi-Sharjabad F	Global Journal of Health Science (canada)	Oct 2013	Iran	Etude descriptive transversale, multicentrique Médecins généralistes (n=35), Sage-femme et "agents en santé familiale"	Questions fermées	Modalités d'utilisation de la CU (Yuzpe) Opinions Pratique	Questionnaire rempli par les participants	Description des résultats Analyse en sous-groupe
Majzner M	Thèse d'exercice	2013	France (Seine-Maritime)	Etude interventionnelle Monocentrique Médecins généralistes (n=52 en prétest, 44 en postinterventionnel)	Questions fermées Prétest et test post interventionnel	Connaissances Concernant la CU hormonale Modalités Fréquence de prescription	Questionnaire rempli par les participants	Analyse des connaissances- en pré et post intervention
Naimi Lelong C	Thèse d'exercice	2013	France (Département de Nord)	Etude observationnelle, Monocentrique Médecins Généralistes (n=108)	Questions fermées	Connaissances de la CU hormonale, opinions et pratiques	Questionnaire rempli par les participants	Descriptions des résultats Recherche de corrélations en fonction des lieux d'exercice et formations

Abdulghani H	Journal of Health population and nutrition	2009	Pakistan	Etude descriptive Monocentrique Etudiant, médecins et professeur Médecine familiale (n=45)	Questions fermées	Connaissances sur les modalités Croyance Barrières à la prescription	Questionnaire rempli par les participants	Descriptions des résultats
Yam EA	International Family Planning Perspectives	2007	Caraïbes Jamaïque et Barbade	Etude descriptive Multicentrique Médecins généralistes (Jamaïque n=94 ; Barbade n= 84) Pharmaciens Obstétriciens Infirmiers	Questions fermées	Connaissance et modalité de la prise de Levonorgestrel Attitude Expérience	Interview - Entretien en direct	Comparaison des deux populations Comparaison
Sevil U	Elsevier, Midwifery	2004	Turquie	Etude descriptive Médecins généralistes (n=51) Infirmier, Sage-Femme	Questions fermées	Connaissances sur la méthode Yuzpe – D.I.U Croyances Attitude	Entretien en direct	Description des résultats Comparaison par corps de métier

Tripathi R	The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research	2003	Inde	Etude descriptive Monocentrique Médecins généralistes (n=41), Gynécologues, Paramédicaux et étudiants en médecine	Questions fermées	Connaissance méthode Yuzpe – D.I.U Pratique Attitude	Questionnaire rempli pas les participants	Description des résultats Sous-groupe par méthode et Sous-groupe par métier et comparaison
Carlón Lopez R	Atencion Primaria Elsevier	2000	Espagne (Asturie)	Etude descriptive Multicentrique, (Planning familial) Médecins généralistes (n=53) Médecins de famille (n=63) et Résidents	Questions fermées	Connaissances (modalité) sur la CU (méthode Yuzpe, COP, LNG) Attitude, Opinions Pratique	Questionnaire rempli par les participants	Description des résultats
Reuter S	The British Journal of Family planning	1999	Angleterre	Etude descriptive Transversale Multicentrique Médecins généralistes (n=65) et médecins de planning familiaux (n=74)	Questions fermées et ouvertes	Connaissance sur le D.I.U Expérience, attitude et pratique	Questionnaire rempli par les participants	Descriptions des résultats Comparaison des deux groupes

Batardy	Thèse d'exercice	1999	France (Nanterre)	Etude descriptive transversale Multicentrique Médecins généralistes (n=116)	Questions ouvertes et fermées	Connaissance sur la CU hormonale et pratique Utilisation du D.I.U	Questionnaire et entretien téléphonique	Description des résultats
Delbanco SF	J Am Med Womens	1998	Etats Unis	Etude descriptive Nationale Evolution entre 1994 et 1997 Médecins généralistes* (n=236), Obstétriciens, Infirmiers et population générale	Questions fermées	Concernant la CU Opinion Attitude Barrières à la prescription	Interview téléphonique	Description des résultats par corps de métier sur la prescription
Weisberg E	The Medical Journal of Australia	1995	Australie	Etude descriptive comparative Multicentrique Médecins généralistes (n=160) Ruraux versus Urbains	Questions fermées et ouvertes	Concernant la méthode Yuzpe Pratique, fréquence de prescription Connaissances Opinions et craintes	Questionnaire rempli par les participants	Description des résultats Comparaison par groupe (Ruraux / Urbains)

Burton R	The British journal of general practice	1990	Angleterre	Etude descriptive Monocentrique Médecins généralistes (n=84) Médecins de plannings familiaux (n=10) Infirmiers Etudiants ...	Questions fermées	Concernant la CU orale (Yuzpe) et D.I.U Connaissance (indications , contre-indications, effets indésirables)	Questionnaire rempli par les participants	Descriptions de résultats Comparaison par corps de métier
----------	---	------	------------	---	-------------------	---	---	--

* Family Physicians

3 - Les connaissances de médecins généralistes

3-1 La CU orale

En France

Très peu d'études ont été réalisées en France évaluant les connaissances des MG sur la CU.

La première a été réalisée en 1999 dans la sous préfecture de Nanterre ¹². Parmi les MG interrogés, 70% connaissaient le bon protocole de prise de la méthode Yuzpe et 57% ont donné le bon délai de prise. Concernant la prise de levonorgestrel (LNG)(Norlevo[®]), récemment mise sur le marché au moment de l'étude, seuls 28% des MG l'utilisant donnaient le bon délai de prise du comprimé.

En 2013, dans le département du Nord ¹³ dans une étude ayant inclus 108 médecins généralistes, 63% des MG donnaient le délai exact de prise du LNG. Des MG donnaient jusqu'à « 5 jours ». Concernant le délai de prise d'Ulipristal Acétate (Ellaone[®]), 59% d'entre eux donnaient le délai exact de « 5 jours », alors que certains pensaient qu'il était possible de le prendre jusqu'à « 8 jours » après le rapport non protégé. Dans cette même étude¹³, 51,3% des MG estiment que la CU ne présente pas de contre-indications et 45% pensent le contraire, sans que les contre-indications soient décrites. Nous notons que pour 20% des MG la CU était considérée comme une pilule « abortive ». La majorité (66%) ne la considère pas comme telle.

Les MG ayant répondu à la première étude ¹² sont 81% à citer le risque de survenue de nausées et vomissements, 13% de céphalées, 11% de troubles des règles. Dans ce même travail, ils sont 57% à penser qu'il existe des contre-indications à la prise de la CU (méthode Yuzpe). La principale citée est l'antécédent de thrombose veineuse. Ils sont également 36% à indiquer que la CU à base de LNG présente aussi des contre-indications. Ils sont tout autant à penser qu'il n'en existe pas. La seule citée étant l'antécédent de thrombose veineuse.

Dans une thèse réalisée en 2013, M.Majzenar ¹⁴ avait inclus 52 MG de la Seine Maritime. Le but était d'évaluer l'impact d'une intervention sur les connaissances et pratiques des MG. Pour 15% des MG il existe un risque tératogène avec l'utilisation de la CU (Norlevo[®]). Le test pré-interventionnel montrait que sur les 52 MG, 87% savaient que la prise de LNG pouvait se faire à n'importe quelle période du cycle. 12% ont répondu qu'elle devait se faire « en période péri ovulatoire ». Concernant le délai de prise, 64% d'entre eux donnaient « 3 jours », 21 % « 2 jours » et 8% « 4 jours » et « 5 jours ». Ils sont 48% des MG de cette étude

à déclarer que le LNG n'est plus efficace après fécondation (réponse vraie), et 52% à penser qu'il l'est toujours.

A l'étranger

Entre 1990 et 2013, cinq études ont été réalisées ^{15 16 17 18 19} chez des MG en Europe, Amérique Centrale, Moyen Orient et Asie. Les résultats de ces études montrent que de nombreux MG ne connaissent pas le délai exact de prise de la CU orale, quelle(s) que soi(en)t la ou les molécules utilisées.

Certains médecins pensent que le mécanisme d'action de la CU est « l'avortement » ^{16 18}. Peu de MG considèrent que la CU peut se prendre de « façon sûre aussi souvent que nécessaire » ¹⁶. Parfois, les MG évoquent la nécessité de réaliser un test de grossesse avant la prise ¹⁷.

Dans ces mêmes études ^{15 16 18}, les MG ont été interrogés sur les contre-indications et les effets indésirables des CU orales. Les principales contre-indications évoquées sont l'antécédent personnel ou la présence de thrombose veineuse profonde ¹⁶. D'autres citaient également « l'utilisation préalable d'une contraception oestro-progestative (COP) » ou encore l'existence « d'une grossesse » ¹⁵.

3- 2 Le D.I.U

En France

En 1999 ¹², V. Batardy a interrogé des MG (exerçant dans la sous-préfecture de Nanterre), sur les modalités d'utilisation de la CU. Ils étaient seulement 44% à penser que le D.I.U au cuivre pouvait être proposé à 4 jours (après 72h) d'un rapport non protégé (et 31% à dire « non »).

Dans une étude réalisée en 2015 par A. Bonnin ²⁰ en Franche comté, sur les 14 MG interrogés, 3 (21,4%) admettaient ne pas connaître l'indication du D.I.U au cuivre en tant que CU. Parmi ceux connaissant son indication, certains ne connaissent pas les modalités pratiques d'utilisation ou encore son taux d'efficacité. Les questions des effets indésirables et des contre-indications du D.I.U n'ont pas été abordées dans ces études.

A l'étranger

Seules quatre études ^{15 19 21 22} ont été publiées entre 1990 et 2006 questionnant des MG sur leurs connaissances du D.I.U. L'indication et le délai de mise en place restent souvent mal connus ¹⁵. Des MG pensent que le D.I.U est indiqué lorsque la CU orale ne l'est pas ou plus pour cause de délai dépassé.

4 - L'attitude des MG

4-1 Prescrivent-ils la CU ?

En France

En 1999 ¹², parmi les MG (116 répondants) interrogés, 94% déclaraient avoir déjà prescrit la CU. Dont la quasi-totalité à l'avoir prescrit dans une situation d'urgence (96,5%), et seulement une minorité en préventif. 95% des MG questionnés déclaraient la prescrire à la demande des patientes. Les CU les plus prescrites étaient alors les COP (telle que le Tetragynon[®] ou le Stédiril[®]).

En 2013, dans le département du Nord ¹³, ils sont majoritaires (93%) à avoir déjà prescrit la CU. Seulement 8% font une prescription systématique de la CU lors d'une première prescription de pilule.

Dans l'étude de M.Majzenar ¹⁴ 67% des MG déclarent prescrire la CU hormonale « une ou plusieurs fois par trimestre », et 25% ne la prescrivent « jamais ». Alors qu'ils sont 98% à prescrire la contraception (en règle générale), ils sont majoritaires (57%) à ne « jamais » prescrire la CU de façon anticipée, 40% à le faire « une ou plusieurs fois par trimestre ».

La même année, parmi les MG ayant été interrogés en Franche Comté ²⁰, nombreux sont ceux qui déclarent avoir eu peu de demandes de CU.

A l'étranger

Entre 1995 et 2016, quatre études ^{16 22 23 24} ont été publiées analysant la pratique des MG en ce qui concerne la prescription de CU. Dans l'étude la plus récente le LNG (Norlevo[®]) est la CU orale la plus connue et utilisée. En dehors de cette étude la méthode Yuzpe reste la plus prescrite.

La fréquence de prescription, quant à elle reste occasionnelle ^{16 24}. L'utilisation du D.I.U dans le cadre de la CU reste quant à elle minoritaire.

4-2 Si non, pourquoi ? Les freins à la prescription

4-2-1 Freins liés aux modalités d'utilisation et à la disponibilité du produit

En France

Concernant l'utilisation du D.I.U au cuivre ²⁰, sur le plan pratique certains MG interrogés en Franche Comté évoquent des difficultés à réaliser ce geste « en urgence ». Soit par manque de temps ou de matériel. D'autres qui ne posent pas de D.I.U en règle générale (dans le cadre de la contraception régulière) évoquent la nécessité, dans cette situation, de trouver une personne compétente rapidement.

A l'étranger

Dans deux études étrangères, en Angleterre et Amérique du centrale ^{15 16} parmi les raisons évoquées par les MG au refus de prescription, nous relevons : la consultation tardive¹⁵, la présence de contre-indications ¹⁶, l'utilisation récente de cette méthode ¹⁶, la préoccupation quant à la sécurité liée à la prise de la CU ¹⁶.

Seule une étude, réalisée en Angleterre ²¹, a questionné les MG sur les freins à l'utilisation du D.I.U. Les MG évoquaient des difficultés liées : au manque de temps, au manque d'instrument, à la nécessité d'aide ou d'espace, et une inquiétude quant à l'utilisation de cette méthode chez les jeunes femmes et/ou nullipares.

4-2-2 Opinions et croyances concernant la CU

En France

Dans la première étude réalisée en 1999 ¹², parmi les 116 MG inclus, 18% évoquaient des réserves médicales à la prescription de la CU, sans préciser lesquelles.

De plus, 73% des MG n'étaient alors pas favorables à la vente libre en pharmacie de la CU. Une des craintes étant pour 31,9% d'entre eux, le risque d'une banalisation de la méthode. L'autre inquiétude (25,8%) était le risque de ne pas donner l'occasion à la patiente de parler avec un médecin.

A contrario, 16% d'entre eux étaient favorables à sa vente libre en pharmacie. 10,3% des MG favorables ou mitigés sur la vente libre de la CU pensent que cela faciliterait son

accessibilité. Dans 95% des cas les MG déclarent répondre positivement à une demande explicite de CU par leur patiente.

En 2013, parmi les MG répondant à l'étude (n=108)¹³ 92,6% sont favorables à la CU (43% sont « plutôt d'accord », 50% sont « tout à fait d'accord »). 72% des médecins pensent que la CU est sous utilisée en France. Ils sont seulement 4% à penser qu'elle est surutilisée.

Il persiste chez certains MG une croyance selon laquelle la CU serait une « pilule abortive » . Et malgré tout, 92,6% des MG pensent que son utilisation est utile pour diminuer le nombre d'IVG.

Chez les MG inclus ¹³, ils sont 78% à penser que c'est « surtout » le rôle du généraliste de donner l'information sur la CU. Cependant 75% des répondants trouvent que c'est « en priorité » celui de l'infirmière scolaire, et 80% dédient ce rôle en « priorité » aux CPEF.

Parmi ces MG, 6% avaient des réticences quant à la prescription de la CU. 22% des MG avançaient que « l'utilisation de la CU favorisait l'inobservance de la contraception régulière », 19% estimant que la CU « augmente les comportements à risque », et 6% évoquant des raisons « éthiques et religieuses ». Ils sont majoritaires (8 médecins sur 10) à la prescrire seulement si la patiente le demande.

Dans la thèse d'exercice de M.Majzenar ¹⁴, ils sont 8% des MG interrogés (n=52) à penser que la prescription anticipée de LNG augmenterait le nombre comportements sexuels à risque, et pour 21% d'entre eux cela engendrerait une diminution de « l'observance de la contraception hormonale ». Malgré tout, 48% considèrent que cela diminue le nombre de grossesses imprévues.

Dans la thèse d'exercice de A.Bonnin ²⁰, parmi les médecins interrogés certains craignent également que la prescription anticipée de CU conduise à une mauvaise observance de la contraception habituelle ou encore à des mésusages.

En 2015 ²⁰, chez les médecins interrogés en Franche Comté nombreux sont ceux qui pensent être un 2^e recours pour l'accès à la CU, venant après le pharmacien. Selon certains, leur rôle est avant tout le conseil et l'information, la prescription étant au second plan.

Concernant le D.I.U, des réticences à son utilisation ont été relevées dans l'étude de 2015 ²⁰. Dans le groupe de MG recruté il existait notamment des réticences à l'utilisation de cette méthode chez les nullipares, avec un risque augmenté de « pose difficile » (col serré) chez des patientes n'ayant parfois jamais eu d'examen gynécologique. Certains pensent également que ce type de contraception ne peut se décider dans un contexte d'urgence, et peut-être vécu comme un évènement « traumatisant ». La « méconnaissance du

statut infectieux » de la patiente au moment de la pause, avec le risque de complication potentiel est un autre frein évoqué.

A l'étranger

Sept études^{16 17 18 19 24 25 26} réalisées dans les Caraïbes, au Pakistan, en Iran, en Espagne, aux Etats Unis, Australie, et en Turquie, ont questionné les MG sur leurs opinions et attitudes à l'égard de la CU. Dans plusieurs de ces études des MG pensent que la CU augmente « le nombre de comportements à risque » et « les infections sexuellement transmissibles »^{16 19 25}. Des objections « morales, éthiques ou encore religieuses » ont également été mentionnées^{25 26}. Des MG craignaient qu'en donnant des informations ou en prescrivant la CU les patientes abandonnent leur contraception régulière au profit de la CU. Certains MG déclarent qu'il n'est pas approprié d'aborder la CU en consultation de routine¹⁷. Malgré certaines opinions négatives, la majorité des MG restent favorables à sa commercialisation pensant qu'elle permet de réduire le taux de grossesses non désirées¹⁶.

DISCUSSION

1-Synthèse des résultats et biais méthodologiques

Les études évaluant les connaissances des MG généralistes ont débuté rapidement après la mise sur le marché et la légalisation de la contraception d'urgence dans de nombreux pays. En France, comme à l'étranger, nous observons des méconnaissances parfois importantes quant à l'utilisation de la CU. Le D.I.U reste quant à lui à la marge dans cette indication, ce qui peut expliquer le faible nombre de résultats à ce sujet. Si les méthodes de CU ne sont pas totalement identiques à travers le monde, la CU hormonale reste la plus prescrite. La prescription devient plus fréquente mais reste globalement occasionnelle.

En France, seules trois études ont cherché à explorer les connaissances et pratiques des MG concernant la CU hormonale. Une seule thèse s'est concentrée sur les freins à l'utilisation du D.I.U et avait inclus peu de MG (n=14). Notons également que la méthodologie utilisée ne permettait pas une bonne analyse des données (pas de vérification auprès des participants).

Une étude de plus grande envergure¹² incluait 116 MG dont les caractéristiques se rapprochaient de la population nationale de MG. Cependant elle a été réalisée il y a plus de 15 ans, alors que les méthodes de CU à disposition n'étaient pas identiques à celles

d'aujourd'hui. Nous notons d'ailleurs qu'à l'époque de nombreux MG de l'étude n'étaient pas favorables à sa vente libre.

A ce jour, une seule étude a été publiée en France questionnant les MG sur leurs opinions et pratiques de la CU¹³. Dans ce travail l'auteure a cherché à identifier des corrélations entre l'attitude des MG et leurs réticences à sa prescription. La qualité de la méthodologie utilisée rend les résultats d'autant plus crédibles. Cependant le questionnaire évaluant les pratiques et les connaissances n'était pas basé sur un outil validé¹⁰. Et le questionnaire interrogeant les MG sur leurs opinions comportait des questions fermées : ce qui facilite les statistiques mais ne permet pas d'inclure toutes les représentations des MG. De plus, la population étudiée est seulement représentative de la démographie médicale du Nord-Pas de Calais. La thèse soutenue en 2013¹⁴ sur l'impact d'une intervention (formation) sur les connaissances de médecins généralistes de la contraception d'urgence a permis de confirmer des lacunes concernant l'utilisation du LNG (Norlevo®). Elle a d'ailleurs utilisé l'outil d'évaluation des connaissances validé dans le travail de G. Gaiani¹⁰.

Concernant le D.I.U, nous notons certaines réticences liées aux risques d'effets indésirables (essentiellement les infections génitales) ou à l'utilisation de cette méthode chez les jeunes femmes et/ou nullipare. Mais compte-tenu de sa faible utilisation les résultats sont peu exploitables.

L'attitude des MG reste majoritairement positive dans les études réalisées en France. Les MG sont majoritaires à répondre « positivement » à une demande de CU¹² et à penser que son utilisation est nécessaire pour diminuer le risque de survenue de grossesses non désirées et le nombre d'IVG. Nous notons cependant la crainte que la prescription de la CU augmenterait les comportements à risque¹⁴ ou entraînerait une « inobservance de la contraception régulière »¹³. Précisons que ces données ont été observables dans un petit échantillon non représentatif de la population étudiée : âge moyen des MG entre 46 et 66 ans, majoritairement masculine, ou dont nous ne connaissons pas la proportion d'activité gynécologique. Ces croyances sur l'impact de la CU sur les comportements à risque, l'augmentation des IST ou l'inobservance de la contraception ont été aussi observées dans d'autres études, à l'étranger.

En effet nous relevons des similarités entre les résultats d'études françaises et étrangères. Il nous semblait intéressant de pouvoir étudier des populations de médecins généralistes différentes de par leur lieu de travail : des études ont été menées à la fois dans des villes,

dans des zones rurales, et dans des centres de soins primaires, des cabinets libéraux ou encore dans des plannings familiaux.

Par exemple, certains MG considéraient que la CU avait un mécanisme « abortif ». Cette méconnaissance du mécanisme d'action est identifiée chez des MG travaillant en Iran ¹⁸ ou Amérique du Sud ¹⁶. Les résultats de ces deux études sont à peu près équivalents à ceux obtenus en France¹³.

Cependant d'autres résultats sont à re-contextualiser, car nombreuses études étaient basées sur les connaissances de la méthode Yuzpe. Or cette méthode de CU n'est plus utilisée en France depuis la commercialisation du Lévonorgestrel (Norlevo®).

Il est également nécessaire d'intégrer le milieu socioéconomique, culturel et géographique dans lesquels les MG inclus exercent au quotidien. En effet nous remarquons que certaines barrières à la prescription peuvent être étroitement liées à l'environnement des MG interrogés. Par exemple, l'existence d'un « malaise » éthique, moral ou encore religieux ^{17 25} ²⁵ en lien avec la prescription de la CU a été majoritairement mis en évidence chez des MG travaillant dans des pays où la religion conserve une forte influence (Pakistan, Etats-Unis et Espagne).

Nous remarquons également que les études réalisées à l'étranger ont majoritairement interrogé des MG travaillant dans des centres de soins et hôpitaux, donc peu représentatif de la médecine générale pratiquée en France. Dans ces travaux publiés, aucune corrélation entre les connaissances et les croyances des MG n'a été recherché.

Les populations incluses n'étaient donc pas toujours représentatives de la population des MG en France. Les méthodes de CU à disposition au moment de chaque étude n'étaient pas toujours identiques à celles à disposition actuellement dans notre pays. Ces éléments sont des biais importants de notre revue.

La qualité des questionnaires utilisés dans les études également : en effet, chaque étude évaluant les connaissances de médecins généralistes est basée sur son propre questionnaire (à l'exception de la thèse de M. Majzner¹⁴). Ils contenaient parfois des questions fermées ou ouvertes, parfois les deux. Ces questions étaient basées sur ce que chaque auteur juge important. Les questions fermées, notamment sur l'opinion des MG concernant la CU peuvent exclure certaines pistes. Les professionnels ayant répondu aux différentes études sont volontaires et donc peut-être, parfois plus sensibilisés sur ce thème (notamment ceux travaillant en plannings familiaux).

2- Les pistes de réflexion

L'étude réalisée par C. Bouquet ¹¹ n'a pas permis de relever un nombre suffisant de consultations abordant la CU parmi les actes de MG observés pour permettre d'en identifier des facteurs facilitant ou freinant.

Une première hypothèse était que le manque de connaissances et de formation pouvait influencer l'attitude des médecins généralistes. Une seule étude¹⁴ a cherché à mettre en évidence une corrélation entre le niveau de connaissance et le taux de prescription et de délivrance d'information. Elle a pu mettre en évidence qu'une formation des MG au sujet de la CU permet une augmentation significative du nombre de prescriptions et de délivrances d'information mais aussi une amélioration significative des connaissances.

Mais le niveau de connaissance est presque identique quel que soit le taux de prescription. L'étude n'a pas permis de confirmer que les MG mieux informés prescrivent plus ou informent plus. Ce travail confirme que le niveau de connaissance n'était pas le seul facteur influençant l'attitude des MG à l'égard de la CU.

Concernant l'objectif secondaire de notre travail, nous avons trouvé une seule étude¹³ en France cherchant à mettre en évidence des corrélations entre la prise en charge des MG en termes de CU et leurs opinions. Mais peu de médecins âgés de moins de 40 ans ont été inclus ainsi qu'une minorité de femmes. Les résultats ne peuvent être extrapolables à la population générale des MG, compte tenu de ces éléments et des autres biais cités précédemment concernant notamment la qualité des questionnaires.

Certaines études, comme en Australie ²⁴, vont dans le même sens que le travail de C. Bouquet ¹¹, et montrent que les MG délivrent peu, de façon spontanée, des informations sur la CU. D'autres études étrangères ^{19 25} mettent en évidence que l'information est donnée seulement à certaines patientes, en fonction notamment de leur contraception régulière ou si elles-mêmes en font la demande. Dans le département du Nord aussi ¹³, dans 72% des cas la CU est évoquée qu'à condition que la patiente l'aborde elle-même.

Notre travail a relevé quelques croyances et idées préconçues pouvant être des freins à la prescription, et pourquoi pas, aussi au counseling. L'information concernant la CU et son accès auprès des patientes sont nécessaires pour réduire le nombre de grossesses non désirées, mais ils dépendent de l'attitude des médecins. Or il existe selon la littérature une difficulté à aborder la CU, même dans un contexte de consultation de routine ¹⁷ ou d'une prescription de pilule ¹³. Il serait donc intéressant d'en comprendre les raisons.

Dans notre région, une étude en 2008 ²⁷ a montré que près de 40% des MG ne parlaient jamais de CU. Ces croyances et idées préconçues sont-elles également identifiables chez ces MG ? Et ces facteurs influencent-ils significativement leur pratique à l'égard de la CU ?

Il serait intéressant de mener une étude qualitative auprès de MG pour mettre en évidence leurs représentations et leurs freins à la prescription de la CU et secondairement d'explorer leurs connaissances pour corrélérer leurs habitudes de prescription à leurs connaissances.

CONCLUSION

Notre recherche avait pour but d'explorer les connaissances et les pratiques de MG concernant les différents moyens de contraception d'urgence. Nous souhaitons mettre en évidence d'éventuelles lacunes ou croyances pouvant constituer des freins à la prescription de la CU.

La revue de la littérature a permis de montrer qu'il existe, en France comme à l'étranger, d'importantes méconnaissances concernant l'utilisation de la CU. Les études révèlent de nombreuses idées préconçues comme le risque d'abandon de la contraception régulière et le risque d'augmentation des comportements sexuels à risque. Certaines objections avaient un caractère moral ou religieux.

Nous n'avons pas mis en évidence d'étude ayant montré de corrélation entre la présence de ces croyances et la fréquence prescription de la CU et/ou la délivrance d'information concernant cette méthode.

Cependant une étude a permis de montrer que l'attitude de certains MG pouvait être significativement influencée par des outils informatifs, sans qu'un lien avec leur niveau de connaissance ait pu être démontré. Cette information abonde dans notre hypothèse que la qualité des connaissances d'un MG ne serait pas le seul facteur influençant sa pratique.

Il semble exister un vide dans la littérature concernant les facteurs influençant la pratique des MG en termes de CU. Il serait donc intéressant d'explorer les représentations, les freins à la prescription et les connaissances de la CU chez un groupe de MG. Cette exploration pourrait éventuellement permettre d'observer une corrélation entre le comportement de prescription et les connaissances de ces MG.

BIBLIOGRAPHIE

1. Journal officiel de la république française. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Sect. 4 14277. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>. [Consulté le 01/10/2017]
2. Journal officiel de la république française. LOI n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. Sect. 3 19830. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000755450&categorieLien=id>. [Consulté le 01/10/2017]
3. Bajos N, Goulard H, Job-Spira N. Emergency contraception: from accessibility to counseling. *Contraception* 2003;67:39-40.
4. Vilain A, Mouquet M, Gonzalez L, De Riccardis N. Etudes et résultats : les interruptions volontaires de grossesse en 2011. DREES, 2013. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er843.pdf>. [Consulté le 01/10/2017]
5. Vilain A. Etudes et résultats : les interruptions volontaires de grossesse en 2015. DREES, 2016. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>.
6. Hamers F. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence - Synthèse des recommandations en santé publique. HAS, 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_fiche_de_synthese.pdf. [Consulté le 01/10/2017]
7. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. IGAS, 2009. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>. [Consulté le 01/10/2017]
8. Journal officiel de la république française. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Sect. 1 10823. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000222631>. [Consulté le 01/10/2017]
9. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe de l'enquête FECOND. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés* 2012;1-4.
10. 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.

11. Bouquet C, Victor Chaplet V, Gomes J, et al. Évaluation de la fréquence du « counseling » en matière de contraception d'urgence en médecine générale: Étude observationnelle auprès des maîtres de stage ambulatoires de Poitou-Charentes. Thèse d'exercice : Université de Poitiers, 2015.
12. Batardy V. Les médecins généralistes et la contraception d'urgence: étude auprès de 150 médecins généralistes des villes de la sous préfecture de Nanterre. Thèse d'exercice : Université de Paris 12-Creteil, 1999.
13. Naïmi-Lelong C. La contraception d'urgence: opinions, souhaits et pratiques des médecins généralistes du département du Nord. Thèse d'exercice : Université du droit et de la santé de Lille, 2013.
14. Majzner M, Mauviard É. Impact d'une intervention concernant la contraception d'urgence sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Université de Rouen, 2014.
15. Burton R, Savage W. Knowledge and use of postcoital contraception: a survey among health professionals in Tower Hamlets. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 1990;40:326-30.
16. Yam EA, Gordon-Strachan G, McIntyre G, et al. Jamaican and Barbadian health care providers' knowledge, attitudes and practices regarding emergency contraceptive pills. *Int Fam Plan Perspect* 2007;33:160-7.
17. Abdulghani HM, Karim SI, Irfan F. Emergency contraception: knowledge and attitudes of family physicians of a teaching hospital, Karachi, Pakistan. *J Health Popul Nutr* 2009;27:339-44.
18. Najafi-Sharjabad F, Hajivandi A, Rayani M. Knowledge, attitude, and practice about Emergency Contraception among health staff in Bushehr state, south of Iran. *Glob J Health Sci* 2013;6:52-60.
19. Sevil U, Yanikkerem E, Hatipoglu S. A survey of knowledge, attitudes and practices relating to emergency contraception among health workers in Manisa, Turkey. *Midwifery* 2006;22:66-77.
20. Bonnin A. Etude des freins à l'utilisation du dispositif intra-utérin au cuivre en contraception d'urgence chez les médecins généralistes de Franche-Comté. Thèse d'exercice. : Université de Franche-Comté., 2015.
21. Reuter S. Barriers to the use of IUDs as emergency contraception. *Br J Fam Plann* 1999;25:61-8.
22. Tripathi R, Rathore AM, Sachdeva J. Emergency contraception: knowledge, attitude, and practices among health care providers in North India. *J Obstet Gynaecol Res*

2003;29:142-6.

23. Batur P, Cleland K, McNamara M, Wu J, Pickle S, EC Survey Group. Emergency contraception: A multispecialty survey of clinician knowledge and practices. *Contraception* 2016;93:145-52.
24. Weisberg E, Fraser IS, Carrick SE, Wilde FM. Emergency contraception. General practitioner knowledge, attitudes and practices in New South Wales. *Med J Aust* 1995;162:136-8.
25. Carlón López R, García Houghton RF, González Varela A, Martínez Suárez MM, Suárez Gil P. Postcoital hormonal contraception: study on the attitudes and prescription of primary care physicians. *Aten Primaria* 2000;26:595-9.
26. Delbanco SF, Stewart FH, Koenig JD, Parker ML, Hoff T, McIntosh M. Are we making progress with emergency contraception? Recent findings on American adults and health professionals. *J Am Med Womens Assoc* 1972 1998;53:242-6.
27. Mottet C. Information sur la conduite à tenir en cas d'oubli d'une pilule oestro-progestative: enquête auprès de 179 médecins généralistes du Poitou-Charentes. Thèse d'exercice : Université de Poitiers., 2008.
28. OMS. Contraception d'urgence - Aide-mémoire. WHO. 2017. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>. [Consulté le 01/10/2017]
29. Commission de la transparence. NORLEVO. HAS, 2015. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040123/fr/norlevo. [Consulté le 01/10/2017]
30. Hamers F. Contraception d'urgence - Fiche mémo. HAS, 2015. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>.
31. Commission de la transparence. ELLAONE. HAS, 2015. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2569065/fr/ellaone. [Consulté le 01/10/2017]
32. Hamers F, Scemama O, Rumeau-Pichon C. Note de cadrage: Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence. HAS, 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/note_cadrage_cu_vf.pdf. [Consulté le 01/10/2017]
33. Schumacker C, Bständig B, Bongain A. Mise au point sur les nouveautés : la pilule du lendemain en pratique. *La lettre du gynécologue Internet* 2005; Disponible sur : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/10560.pdf>. [Consulté le 01/10/2017]
34. Aubény E. Dossier : la contraception d'urgence. *La lettre du gynécologue Internet* 2000; Disponible sur : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/3810.pdf>. [Consulté le 01/10/2017]

ANNEXES

Annexe 1 : Généralités sur la CU, définition et indication ²⁸

La définition de la contraception d'urgence selon l'OMS ²⁸, est une « méthode utilisée pour prévenir un risque de grossesse non désirée à condition de l'utiliser le plus tôt possible et jusqu'à 5 jours après l'évènement à risque ».

Les indications selon l'OMS ²⁸ sont : après un rapport sexuel, dans un certain nombre de situations, et notamment:

- l'absence de contraception ;
- dans les cas d'agression sexuelle ou de viol, lorsque la femme n'est pas protégée par une méthode efficace de contraception;
- l'échec ou usage défectueux de la méthode contraceptive, notamment : une déchirure, un glissement ou utilisation incorrecte du préservatif ;
- un oubli du contraceptif oral associé pendant 3 jours consécutifs ou plus ;
- la prise d'un contraceptif progestatif (microprogestatif) avec plus de 3 heures de retard sur l'heure habituelle, ou plus de 27 heures après la pilule précédente ;
- la prise d'une pilule à base de désogestrel (dosée à 0,75 mg) avec plus de 12 heures de retard sur l'heure habituelle, ou plus de 36 heures après la pilule précédente;
- l'injection de l'éнанtate de noréthistérone (EN-NET progestatif seul) avec plus de 2 semaines de retard;
- l'injection de l'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR-progestatif seul) avec plus de 4 semaines de retard;
- l'injection d'un contraceptif injectable combiné (CIC) avec plus de 7 jours de retard;
- le déplacement, rupture, déchirure ou retrait trop précoce d'un diaphragme ou d'une cape cervicale;
- l'échec de la méthode du retrait (éjaculation dans le vagin ou sur les organes génitaux externes, par exemple);
- un comprimé ou une film spermicide non dissous avant le rapport ;
- une erreur de calcul de la période d'abstinence ou incapacité à s'abstenir ou à utiliser une méthode barrière pendant la période de fécondité du cycle, lorsque le couple utilise une méthode de sensibilisation à la fertilité ;
- l'expulsion du dispositif intra-utérin (DIU) ou de l'implant hormonal contraceptif.

Annexe 2 : Contraception orale, Norlevo®

Norlevo® 29 30

Molécule et mécanisme d'action :

C'est un comprimé de Lévonorgestrel 1,5mg.

Le mode d'action principal est de bloquer et/ou de retarder l'ovulation par la suppression du pic de l'hormone lutéinisante (LH).

Indications et délai d'efficacité

La prise d'un comprimé, dont l'efficacité est d'autant plus grande que le traitement est mis en route rapidement après le rapport. Idéalement dans les 12 h après le rapport et il est possible de le prendre jusqu'à 72h après le rapport.

Il est possible de le prendre à chaque moment du cycle

Contre- indications

Une éventuelle hypersensibilité au Lévonorgestrel ou à l'un des excipients.

La grossesse n'est pas une contre-indication (pas de risque d'avortement) et il n'existe pas dans la littérature de risques malformatifs rapportés.

Précautions d'utilisation

Des évènements thromboemboliques ont été rapportés après la prise du Norlevo®.

L'utilisation concomitante avec Ellaone® (l'ulipristal acétate) n'est pas recommandée.

En cas d'allaitement, la tétée doit être décalée de 8 heures. Il n'y a pas d'effet sur la fertilité retrouvé à ce jour. En cas d'échec et survenue d'une grossesse, il existe un risque de grossesse ectopique.

Elle est déconseillée en cas d'antécédent de salpingite ou de grossesse extra-utérine, et non recommandée en cas d'insuffisance hépatique sévère

Effets indésirables

On note essentiellement des vertiges, céphalées, signes digestifs , modifications des règles

...

Disponibilité :

Elle est accessible directement sans prescription (anonyme et gratuite pour mineure)

A noter que ce traitement existe en générique.

Annexe 3 : Contraception orale, Ellaone®

Ellaone® 31 30

Molécule et mécanisme d'action :

C'est un comprimé de 30mg d'Ulipristal d'acétate. Un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone agissant principalement par inhibition ou retardement de l'ovulation

Indications et délai d'efficacité

Le comprimé est à prendre le plus tôt possible après le rapport à risque et jusqu'à 120 h (soit 5 jours) après. Il peut être utilisé à n'importe quel moment du cycle.

Contre- indications

L'hypersensibilité à l'Ulipristal d'acétate.

Précautions d'emploi :

Il existe différentes informations quant à l'utilisation (non recommandée) au cours de la grossesse. Ce traitement est non recommandé en cas d'insuffisance hépatique sévère ou en cas d'asthme sévère traité par corticoïdes oraux.

En cas d'allaitement une pause d'une semaine est conseillée (tirer et jeter le lait).

Effets indésirables

Les plus fréquents mis en évidence sont les céphalées, nausées, douleurs abdominales et dysménorrhées.

Disponibilité

Ce traitement est délivré en pharmacie avec prescription médicale uniquement.

Annexe 4 : Contraception orale, *Tetragynon*[®]

Tetragynon[®] dite méthode Yuzpe ^{32 33 34}

Cette combinaison n'est plus commercialisée en France.

Mécanisme d'action et molécule :

Il s'agit d'une association d'éthinylestradiol + lévonorgestrel . Retarde ou inhibe l'ovulation.

Modalités et délai d'efficacité

Prise de comprimés contenant 50 ug d'EE + 0,25 de lévonorgestrel, soit 2 comprimés dans les 72h après le rapport et puis 2 comprimés dans les 12 à 24h suivantes.

Effets indésirables :

Essentiellement les nausées et vomissements

Contre-indications

Les antécédents personnels de maladies thromboemboliques veineuses. Dans le cas d'antécédents familiaux il est recommandé d'être « prudent ». Les autres contre-indications des COP ne sont pas applicables car la méthode Yuzpe n'est pas prise au long court.

Précautions d'emploi

Disponibilité en pharmacie avec une ordonnance

Nb : Il a été démontré dans la littérature que ce traitement était moins efficace et présentait plus d'effets indésirables.

Le Stédiril[®] a également été utilisé comme méthode de CU aux oestroprogestatifs mais n'avait pas l'AMM.

Annexe 5 : Contraception orale, Mifepristone

Mifepristone (RU 486)^{32 34}

Mécanisme et molécule :

C'est un comprimé d'antiprogestatif. Il interfère sur l'ovulation en décalant ou réduisant le pic de LH.

Il est utilisé pour les IVG médicamenteuse en France.

Il reste prescrit comme CU dans d'autres pays.

Annexe 6 : Contraception d'urgence mécanique, D.I.U au cuivre

D.I.U (stérilet) au cuivre^{28 30}

Mécanisme d'action :

Effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation. Inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé.

Elle est la forme la plus efficace de contraception d'urgence.

Avec 99% des grossesses prévenues si la pose est réalisée dans les 120h.

Indication et délai d'efficacité :

Il peut être posé jusqu'à 5 jours après le rapport à risque.

Contre-indications :

Celles des D.I.U, en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués.

Précautions d'emploi :

Une évaluation du risque infectieux avant la pose est nécessaire et en cas de doute, un test de grossesse afin d'éliminer une grossesse évolutive.

Effets indésirables :

Ce sont ceux propres au D.I.U de manière générale : risque d'expulsion, risque de perforation lié à la pose (exceptionnel), effets sur les règles (règles plus importantes par l'absence d'imprégnation hormonale ou dysménorrhées), ainsi que d'éventuelles complications infectieuses.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

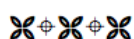


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



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

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

