



HAL
open science

Les méthodes naturelles de régulation des naissances : étude descriptive auprès des sages-femmes libérales

Marie-Alice Fargue

► **To cite this version:**

Marie-Alice Fargue. Les méthodes naturelles de régulation des naissances : étude descriptive auprès des sages-femmes libérales. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01440354

HAL Id: dumas-01440354

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01440354>

Submitted on 10 Feb 2017

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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

LES METHODES NATURELLES DE REGULATION DES NAISSANCES

Etude descriptive auprès des sages-femmes libérales

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Marie-Alice FARGUE

Sous la direction de

Christiane ROUX – Assesseur Maïeutique

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de mon mémoire :

Madame Christiane Roux, Assesseur Maïeutique, directrice de ce mémoire de fin d'études, pour ses conseils, son soutien, sa disponibilité et son exigence,

Romain Demailly, sage-femme, pour sa disponibilité et son aide précieuse en statistiques,

Les quatre réseaux de périnatalité du Nord et du Pas-de-Calais, qui m'ont aidée dans la diffusion du questionnaire,

Les sages-femmes, pour leur investissement dans l'étude,

Monsieur et Madame Jean-François Lozier, moniteurs Billings pour leur précieuse bibliographie, leur aide et leur soutien,

Mon fiancé, ma famille et mes amis pour leur soutien, leur patience et leur motivation.

Sommaire

1. Introduction.....	2
2. Matériel et méthode	9
3. Résultats.....	10
3.1 Définition de l'échantillon.....	10
3.2 Caractéristiques générales des sages-femmes.....	11
3.3 Les méthodes naturelles de régulation des naissances.....	12
3.4 La pratique des sages-femmes	17
4. Discussion.....	23
4.1 Limites et points forts de l'étude	23
4.2 Caractéristiques de la population.....	24
4.3 Les connaissances des sages-femmes sur les MNRN.....	24
4.4 L'efficacité des MNRN	28
4.5 Proposition des MNRN par les sages-femmes.....	29
4.6 Ouverture et propositions.....	30
5. Conclusion	31
6. Bibliographie	32

1. Introduction

D'après l'INSEE, la France comptait le 1^{er} janvier 2015 15 millions de femmes en âge de procréer (1). Parmi elles, selon l'enquête *Fecond* menée par l'Inserm et l'Ined (2) 67.7 % utilisent une méthode contraceptive hormonale (la pilule seule, la pilule et le préservatif, une autre méthode hormonale, ou le stérilet), 15.3% le préservatif, 9.5 % une autre méthode (retrait, abstinence, méthode locale), 4.3 % la stérilisation et 3.1 % n'utilisent aucune méthode. Concernant les 9.5% qui utilisent le retrait, l'abstinence ou une méthode locale (comme les spermicides), l'HAS (3) précise que 6 % utilisent une méthode dite « naturelle ».

Selon l'OMS « Les méthodes naturelles de planification familiale sont basées sur l'identification, au cours du cycle, des jours où la femme est féconde, soit en observant les signes d'ovulation telles les sécrétions cervicales et la courbe des températures, soit en comptant les jours. » (4). Dans les cas où le couple souhaite différer une grossesse, ces méthodes impliquent une période d'abstinence. Mais elles peuvent aussi être utilisées afin de favoriser une grossesse. Ainsi on ne parle pas de méthodes naturelles de contraception mais plutôt de méthodes naturelles de régulation des naissances.

Ces méthodes n'interfèrent pas l'acte sexuel. Par conséquent le préservatif, le diaphragme et les spermicides ne sont pas des méthodes naturelles mais des méthodes mécaniques qui peuvent être utilisées en association avec les méthodes naturelles.

Ne modifiant pas la fécondité de la femme, les MNRN impliquent que le couple adapte son comportement et sa sexualité au rythme de la fertilité de la femme. Il y a donc un partage de la responsabilité de la fécondité entre l'homme et la femme. C'est pourquoi, dès lors qu'on parle de méthodes naturelles, on parle du couple et plus seulement de la femme.

Bien que la pilule soit le moyen de contraception le plus usuel des femmes en âge de procréer, depuis quelques années les méthodes hormonales sont remises en question. En effet, le débat médiatique et scientifique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations en 2012 et 2013 (2), ainsi que la prise de conscience de l'impact des hormones sur notre environnement (5) ont entraîné un changement de la norme contraceptive (notion employée pour caractériser « *les pratiques contraceptives socialement valorisées aux différentes phases de la vie sexuelle et reproductive.* » (3)). Ainsi, la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations a baissé de 9 points et celles utilisant les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération n'a augmenté que de 1 point. Les femmes se sont donc tournées vers d'autres moyens de contraception tels que le stérilet (+1.9 point),

le préservatif (+3.2 points) et l'abstinence ou le retrait (+3.4 points). Il est cependant important de noter que ce dernier chiffre comprend 2 types de méthodes : d'un côté le retrait, de l'autre les MNRN. On ne peut donc pas évaluer précisément l'augmentation d'utilisation de ces méthodes.

Malgré tout, cela montre qu'un certain nombre de couples se sont tournés vers les MNRN, bien que celles-ci soient jugées comme étant peu efficaces (6). En effet, d'après l'HAS (7), le taux de grossesse la première année d'utilisation d'une MNRN en pratique correcte et régulière varie de 3 à 5% selon les méthodes tandis qu'en pratique courante ce taux peut aller jusqu'à 25 %. Il est important de noter que l'HAS ne précise pas de quelle méthode il s'agit lorsqu'elle évoque l'indice de Pearl à 25%. Il est donc difficile d'avoir une idée précise de leur efficacité.

Aujourd'hui, il existe cinq principales méthodes naturelles de régulation des naissances. Ont été mises au point dans l'ordre chronologique :

La méthode Ogino-Knaus (8):

La méthode Ogino-Knaus, aussi appelée méthode du calendrier ou méthode du rythme a été mise au point simultanément par deux gynécologues : le japonais Ogino et l'autrichien Knaus dans les années 1930. Ce sont les premiers à avoir défini de façon approximative la période féconde.

Leur méthode repose sur 3 principes fondamentaux (qui furent corrigés par la suite) :

- Au cours de chaque cycle, une ovulation a lieu environ 14 jours avant les menstruations suivantes.
- La durée de vie des spermatozoïdes est de 3 jours.
- La durée de vie d'un ovule est de 48 heures (selon Knaus).

Aujourd'hui on sait qu'il peut se produire deux ovulations à 24h d'intervalle maximum même si cela reste rare, que la durée de vie des spermatozoïdes est d'environ 5 jours, et que l'ovule a une durée de vie de 12 à 24 heures.

Pour pouvoir utiliser la méthode Ogino-Knaus, la femme doit d'abord répertorier 6 à 12 cycles afin de connaître de façon globale la durée de ceux-ci. Pour identifier la période féconde, il faut enlever 18 jours au cycle le plus court des cycles répertoriés, et enlever 11

jours au cycle le plus long. Ainsi on obtient respectivement le premier et le dernier jour de la période féconde. A cela, Ogino ajoute par précaution un jour avant et un jour après.

Cette méthode ne peut être utilisée en cas de maladie, d'allaitement et en péri-ménopause.

La méthode des températures (8):

Exposée en 1947, cette méthode se base sur la variation de la température corporelle basale tout au long du cycle et notamment sur le lien entre l'élévation de la température (différence de 0.3 à 0.5 degrés Celsius) et la période ovulatoire. En effet, au cours du cycle menstruel on observe deux phases : la phase pré-ovulatoire hypothermique et la phase postovulatoire hyperthermique qui correspond au plateau thermique. Cette différence de températures est due à l'imprégnation hormonale. Lors de la première partie du cycle, l'œstrogène dont le taux est élevé provoque une diminution de la température corporelle basale tandis qu'en deuxième partie de cycle, la progestérone produite par le corps jaune entraîne une élévation de la température basale.

L'ovulation se produit le dernier jour de basse température. On n'est assuré que l'ovulation a eu lieu uniquement trois jours après celle-ci, lorsque le décalage thermique est confirmé.

En pratique la femme doit prendre sa température tous les matins à la même heure, au même endroit, avec le même thermomètre, après une période de sommeil et avant toute activité physique. Elle doit ensuite reporter sur un tableau la température en annotant des indications particulières qui sont à prendre en compte lors de l'interprétation. En effet il existe des facteurs perturbants l'interprétation de la courbe comme l'insomnie, la fièvre, l'infection, les chocs affectifs, les levers nocturnes, et certaines substances comme le café, le thé et l'alcool.

Ne pouvant interpréter qu'à *posteriori* les variations de température, le couple pour différer une grossesse doit s'abstenir de rapport sexuel non protégé du 1^{er} jour des règles au 3^{ème} matin consécutif de température élevée. Cette méthode nécessite donc une grande motivation de la part du couple du fait de cette longue période d'abstinence.

La méthode d'Ovulation Billings(9) :

Cette méthode, mise au point par les Drs John et Evelyn Billings dans les années 70 se base sur les liens établis entre l'évolution de la glaire cervicale chez la femme au cours du cycle et sa fécondité. D'autres professeurs ont, par leurs recherches, participé à l'élaboration de cette méthode ; parmi eux le professeur E. Odelblad qui a découvert les différents types de glaire produites par le col de l'utérus (10).

La femme s'observe plusieurs fois par jour. Elle apprécie la sensation perçue à la vulve mais aussi la consistance et la couleur de la glaire. Ces observations sont notées tous les soirs sur un tableau par le conjoint si possible. Elles permettent au couple de savoir à quelle période du cycle la femme se situe.

Trois mots clés sont à retenir pour cette méthode :

- Le **Profil d'Infécondité de Base (PIB)**. Il correspond aux jours après les menstruations pendant lesquels la femme peut se sentir sèche. A ce moment-là le couple est infertile du fait d'un taux de progestérone bas et de la présence d'un bouchon de glaire épaisse obstruant le col. Il peut cependant arriver que la femme ait un Profil d'Infécondité de Base avec des sécrétions continues. Dans ce cas ces sécrétions ne changent pas, elles restent identiques jour après jour.
- Le **profil changeant de fertilité**. Il est la première indication de fertilité potentielle. Il est observé par la femme par un changement de sensation produite à la vulve par la glaire. Au fil des jours, la glaire se modifie et devient de plus en plus filante, glissante et lubrifiante. Cette période dure en moyenne 5 à 6 jours.
- Le **jour Sommet**. Il correspond au dernier jour de sensation de lubrification à la vulve. Dans les jours qui suivent, la glaire peut toujours être présente mais la sensation de lubrification sera moins importante et tendra à diminuer pour disparaître. Dans la plus part des cas l'ovulation se produit ce jour-là, les rapports sexuels sont les plus à même d'être féconds.

Dans cette méthode quatre règles sont à respecter afin de différer une grossesse:

- La **règle numéro 1 d'avant-Sommet**. Durant les jours de saignements menstruels abondant, le couple ne peut avoir de rapport. En effet, lorsque la femme a des cycles courts, elle peut être fertile alors que les saignements sont toujours présents, constituant un obstacle à l'observation de la glaire.
- La **règle numéro 2 d'avant-Sommet**. Quand la femme a repéré son Profil d'Infertilité de Base, le couple peut avoir un rapport un soir sur deux au coucher. En effet, le lendemain d'un rapport la femme peut avoir une sensation d'humidité due à l'écoulement du liquide séminal l'empêchant ainsi d'apprécier un possible changement du type de glaire. Durant cette période, il est important de n'avoir de rapport que

le soir pour attester l'absence de changement par rapport au Profil d'Infécondité de Base.

- La **règle numéro 3 d'avant-Sommet**. Le couple ne doit pas avoir de rapport sexuel dès qu'il y a un changement par rapport au Profil d'Infécondité de Base. Il doit attendre jusqu'à ce qu'il puisse interpréter ce que signifie ce changement. Soit ce dernier conduit au jour Sommet et dans ce cas le couple applique la règle du jour Sommet. Soit il y a un retour au Profil d'Infécondité de Base, auquel cas le couple doit attendre trois jours de Profil d'Infécondité de Base pour avoir un rapport.
- La **règle du jour Sommet**. Le couple ne peut avoir de rapport les trois soirs qui suivent le jour Sommet. Au matin du 4eme jour, les rapports sont possibles tous les jours et à n'importe quel moment de la journée, jusqu'à la fin du cycle.

La méthode sympto-thermique (11):

Découverte par Dr Anna Flynn et décrite par Paul Thyra à la fin des années 70, cette méthode associe la prise de température à l'observation de la glaire cervicale. A la différence des méthodes des températures et Billings, les observations peuvent être relevées seulement en première partie de cycle. En effet, dès lors que la température reste haute et stable après trois jours consécutifs le couple se sait infertile jusqu'aux menstruations suivantes il peut donc cesser de noter les observations.

Dans les cas où la modification de la glaire cervicale ne serait pas très importante, d'autres signes peuvent être utilisés comme par exemple l'auto-palpation du col, la congestion mammaire ou encore la douleur abdominale lors de l'ovulation. Toutes ces observations sont notées sur un tableau chaque soir.

La méthode MAMA (12) :

L'allaitement utilisé depuis très longtemps par les femmes pour différer une grossesse en post-partum, est à l'échelle planétaire le principal facteur de régulation des naissances. Cependant, aucune étude n'avait été réalisée prouvant le lien entre l'infertilité et l'allaitement jusqu'en 1988 où l'OMS, l'UNICEF et FIH ont fait un résumé de 13 études menées dans 8 pays montrant que l'allaitement exclusif permettait de différer une grossesse. Ils ont alors décrété le Consensus de Bellagio. Un an plus tard en 1989 des

spécialistes ont élaboré une nouvelle méthode de planification des naissances basée sur ce consensus : la méthode MAMA.

Les trois conditions pour que cette méthode soit effective sont :

- Un **allaitement exclusif** ou presque exclusif avec au minimum une tétée toutes les 4 heures la journée et une toutes les 6 heures la nuit.
- Une **absence de retour de couches.**
- Un **âge de l'enfant inférieur à 6 mois.**

Selon l'OMS, lorsque les règles sont bien observées l'indice de Pearl de cette méthode est de 2.

D'autres MNRN sont utilisées dans le monde. Etant des simplifications de méthodes citées ci-dessus, nous avons fait le choix de ne pas les décrire ici.

L'efficacité des méthodes décrites est variable entre elles mais aussi selon les études. Ainsi Claire Bonneville dans sa thèse de doctorat en médecine sur les MNRN (13) a établi un tableau regroupant les indices de Pearl de différentes études publiées depuis 1980. Certaines ont un niveau de preuve 1 selon les critères de la SORT [Annexe I]. En effet, on peut observer que l'indice de Pearl de la méthode Billings varie de 1.1 (*Indian Medical Task Force* – niveau de preuve 1) à 3.2 (*Trussell* - niveau de preuve 2) pour une utilisation parfaite et de 10.5 (*Indian Medical Task Force*) à 22 (*Trussell*) pour une utilisation habituelle, et que celui de la méthode sympto-thermique varie de 0.4 à 0.6 (*Frank-Hermannen* – niveau de preuve 1) en utilisation parfaite et de 1.6 à 2 (*Frank-Hermannen*) en utilisation habituelle.

On peut donc observer une grande variabilité en fonction des méthodes mais aussi en fonction des études.

Plus que pour les autres moyens de contraception, l'efficacité des MNRN dépend en grande partie de l'action humaine. Ce facteur rend ainsi leur utilisation plus complexe à mettre en œuvre. Il existe, tout d'abord une difficulté liée aux contraintes d'auto-observation : la femme doit penser à s'observer plusieurs fois par jour et doit savoir interpréter ses observations. La qualité de l'interprétation dépend elle-même en partie de la qualité de l'enseignement que le couple a reçu. L'efficacité de ces méthodes repose aussi sur les motivations du couple à les utiliser mais aussi sur sa capacité à observer la continence lors des périodes fécondes. Ainsi, si le nombre de grossesse peut être plus fréquent pour les MNRN en pratique habituelle cela est davantage dû à une difficulté

d'observation ou au non-respect des règles de la méthode qu'à la méthode elle-même. En effet ces méthodes sont basées sur des données scientifiques (8).

La continence se vit dans l'intimité du couple mais une meilleure connaissance de la physiologie féminine peut être apportée par les sages-femmes. En effet, le suivi gynécologique de prévention et la prescription de contraception font parties des missions exercées par les sages-femmes depuis 2009 suite à la publication des décrets d'application de la loi HPST (15). Elles ont donc un rôle important à jouer dans l'accompagnement des couples dans la gestion de leur fécondité et peuvent être sollicitées par les couples utilisant ou souhaitant utiliser les MNRN. Cependant, une étude réalisée dans le Maine-et-Loire en 2009 par une étudiante sage-femme (16) auprès des sages-femmes du département met en évidence le fait que ces professionnels de santé connaissent les méthodes naturelles de régulation des naissances de manière globale et non précise. En effet 98.6% des sages-femmes interrogées en ont déjà entendu parler (le plus souvent en cours). Cependant en explorant les connaissances des sages-femmes sur ces méthodes Clotilde Verdier met en évidence que le pourcentage de sages-femmes ayant des connaissances précises variait de 1.4 à 12.5% selon les méthodes, celui des connaissances peu précises allait de 31.9 à 80% et celui des connaissances fausses évoluait de 4.2 à 23.6%.

Par ailleurs, depuis 2000, le nombre de sages-femmes exerçant en libéral ne cesse d'augmenter. En effet on remarque une hausse de 7 % par an jusqu'en 2010 ce qui représente 14% de l'effectif des sages-femmes en activité en 2011. Ce mode d'exercice continuera d'attirer un grand nombre de sages-femmes puisque la DREES (17) prévoit qu'une sage-femme sur trois travaillera en libéral en 2030. A cela s'ajoute une diminution du nombre des gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux entre 2010 et 2020 et un élargissement du champ de compétences des sages-femmes au domaine de la gynécologie. Ces professionnelles de santé seront donc de plus en plus sollicitées pour assurer des suivis de contraception.

Ainsi il nous a semblé intéressant de refaire une étude 7 ans après le mémoire de Clotilde Verdier dans les régions du Nord et du Pas-de-Calais dont la problématique est :

Quelles sont les attitudes des sages-femmes face aux méthodes naturelles de régulation des naissances ?

L'**objectif principal** de ce travail est d'analyser les connaissances et les représentations des sages-femmes au sujet des MNRN.

L'**objectif secondaire** est de recueillir l'expérience et/ou opinions des sages-femmes dans la façon dont elles prennent ou imaginent prendre en charge les couples qui les sollicitent à propos des MNRN.

2. Matériel et méthode

Notre étude était de **type** descriptive, qualitative.

La **période** d'enquête s'étendait du 25 novembre 2015 au 20 février 2016.

La **population** interrogée était les sages-femmes libérales des départements du Nord et du Pas-de Calais.

Le **recrutement** a été fait grâce à la diffusion du questionnaire par les quatre réseaux périnataux du Nord et du Pas-de-Calais (le réseau Ombrel, le réseau Pauline, le Réseau Périnatalité du Hainaut, et le réseau Bien Naitre en Artois).

Etaient **incluses** les sages-femmes libérales sans limite d'ancienneté, ayant été confrontées ou non à des demandes d'informations sur les MNRN, réalisant des consultations gynécologiques, prénatales, de rééducation périnéales et des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

Les **critères de jugement** étaient :

- Le sexe
- L'âge
- L'année du diplôme
- Le type de consultation proposé par la sage-femme
- L'intérêt accordé par les sages-femmes à la gynécologie et aux méthodes naturelles de régulation des naissances
- Les connaissances des sages-femmes au sujet des MNRN (connaissances globales et approfondies)
- Le jugement des sages-femmes sur l'efficacité de ces méthodes

- Les raisons pour lesquelles certains couples utilisent une MNRN, selon les sages-femmes
- Les qualificatifs que les sages-femmes attribuent aux MNRN.
- La connaissance d'organismes qui accompagnent les couples utilisant ou souhaitant utiliser une méthode naturelle de régulation des naissances
- Les situations dans lesquelles les sages-femmes proposent les MNRN
- La possibilité pour la sage-femme de répondre à l'attente de ces couples
- L'évolution dans la prise en charge des couples utilisant une MNRN
- L'avis sur le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des couples utilisant une MNRN
- Le jugement des sages-femmes sur la formation qu'ils ont reçue sur les MNRN

L'**outil** utilisé était un questionnaire réalisé sur Google Doc contenant 30 questions [Annexe II].

Pour la **méthode d'analyse** ont utilisés le logiciel Excel et son tableau croisé dynamique ; pour les statistiques, l'application BiostatTGV.

3. Résultats

3.1 Définition de l'échantillon

Le questionnaire a été diffusé par les quatre réseaux périnataux du Nord et du Pas-de-Calais à toutes les sages-femmes répondant aux critères d'inclusion, c'est-à-dire à 270 sages-femmes.

Après deux relances faites par les réseaux de périnatalité, 41 questionnaires nous sont revenus. Au vu du peu de réponses, nous souhaitons contacter par téléphone chaque sagefemme des quatre réseaux. Par manque de temps nous n'avons pu contacter que les sages-femmes du réseau de périnatalité du Hainaut. Ces relances nous ont permis d'obtenir 5 réponses supplémentaires, ce qui porte l'effectif de l'échantillon à 46 sages-femmes libérales. Soit un taux de réponses de 17 %.

3.2 Caractéristiques générales des sages-femmes

- **Sexe**

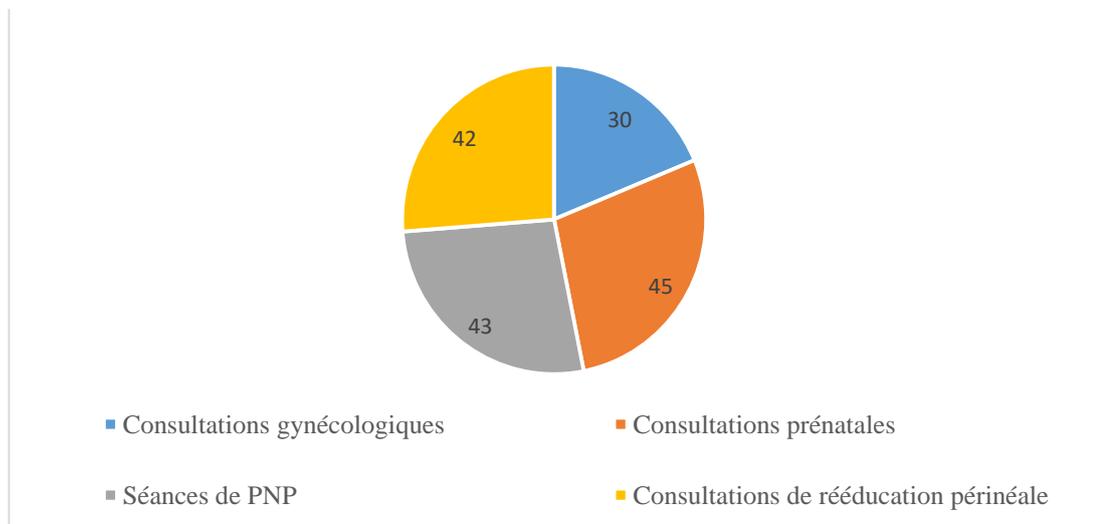
L'immense majorité de la population étudiée est de sexe féminin (44 sur 46).

- **Age**

L'âge médian de l'échantillon est de 37 ans. [30-49 ans]

- **Type d'activité de la population**

FIGURE I : TYPE D'ACTIVITE DE LA POPULATION



Dans l'échantillon, la consultation gynécologique est l'activité la moins pratiquée. En effet, seuls 3/4 des sages-femmes en réalisent alors que les autres activités sont, proposées par la quasi-totalité des participantes.

TABLEAU I : PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE EN FONCTION DE L'ANNEE
D'OBTENTION DU DIPLÔME

Année d'obtention du diplôme d'Etat	Sages-femmes (n=46)	Sages-femmes réalisant des consultations gynécologiques
De 1976 à 2009	36	21 (58.3%)
De 2010 à 2015	10	9 (90%)

De plus, on observe assez nettement sur l'échantillon que la majorité des sages-femmes diplômées après la mise en application du décret de la loi HPST réalisent des consultations gynécologiques. En effet, si 58.3% des participants diplômés avant 2010 déclarent effectuer des consultations gynécologiques, ce taux passe à 90% pour les personnes diplômées après 2010.

- **Intérêt porté à la gynécologie**

Afin d'évaluer l'intérêt des sages-femmes pour le suivi gynécologique de prévention, il leur a été demandé de le reporter sur une échelle notée de 0 à 10. La médiane obtenue était de 8 [4-10]. Les sages-femmes interrogées sont donc dans l'ensemble intéressées par ce sujet.

- **Intérêt personnel porté aux MNRN**

Parmi les sages-femmes interrogées, 15 portent un intérêt personnel pour les MNRN.

3.3 Les méthodes naturelles de régulation des naissances

Au sein de l'échantillon, une seule sage-femme dit ne pas avoir entendu parler des MNRN.

• Sources d'informations

TABLEAU II : DIFFERENTES SOURCES D'INFORMATION DES SAGES-FEMMES

	Sages-femmes	
<i>Sources d'informations</i>	Etudes de sage-femme	34
	Patiente	23
	Professionnels de santé	17
	Entourage	12
	Médias	11

A la question « Par qui en avez-vous entendu parler ? » plusieurs réponses étaient possibles. La principale source d'informations est la formation initiale évoquée par 3/4 sages-femmes.

Ont été citées d'autres sources d'informations telles que : la « formation » (citée par 4 d'entre elles), la « recherche internet » et la « curiosité professionnelle ».

• Contre-indications des MNRN

Pour 15 participants à l'étude, les MNRN présentes des contre-indications. Celles qui sont le plus souvent énoncées sont l'irrégularité des cycles, une pathologie (gynécologique ou non) perturbant les cycles, une méconnaissance de son corps et de sa physiologie, une grossesse non envisageable par la patiente mais aussi médicalement (« traitement nécessitant une contraception optimale-roaccutane », « post-GEU »).

23 sages-femmes ont répondu que les MNRN n'avaient pas de contre-indications et 8 ont répondu qu'ils ne savaient pas.

• Connaissances précises sur les MNRN

Ces connaissances étaient évaluées par les questions 10 à 14. Les sages-femmes étaient amenées à répondre par VRAI, FAUX, NE SAIS PAS ou JE N'EN AI JAMAIS ENTENDU PARLER. Les connaissances étaient considérées comme :

- absentes si aucune réponse n'était correcte,
- fausses si 1 seule réponse était correcte,
- peu précises si 2 réponses étaient correctes (dans le cas où la question comportait trois propositions) ou 3 réponses correctes (dans le cas où la question comportait 4 propositions),

- précises si toutes les réponses étaient correctes (la réponse « ne sais pas » étant considérée comme fausse)
- inconnues lorsqu'à toutes les affirmations la sage-femme répondait « je n'en ai jamais entendu parler ».

TABLEAU III : CONNAISSANCES PRECISES DES SAGES-FEMMES SUR LES MNRN

		inconnue	absentes	fausses	Peu précises	précises
<i>Méthodes</i>	MOK	5	4	10	17	10
	TEMP	0	7	24	13	2
	MOB	2	1	10	27	6
	MST	16	8	16	5	1
	MAMA	1	1	1	26	17

On observe tout d'abord que les méthodes les plus connues sont la méthode des températures (connue de tous) et la méthode MAMA (inconnue d'une seule personne). La méthode sympto-thermique n'est pas connue par plus d'1/4 des sages-femmes interrogées.

Cependant, le fait qu'une méthode soit connue de la plupart des sages-femmes interrogées ne signifie pas que les connaissances à son sujet sont précises. En effet, seules 2 sages-femmes ont des connaissances précises sur la méthode des températures tandis que la plupart ont des connaissances fausses ou peu précises.

La méthode qui est le mieux maîtrisée par les sages-femmes est la méthode MAMA.

En général les connaissances sur les MNRN sont fausses ou imprécises.

- **Efficacité des MNRN selon les sages-femmes**

Pour la moitié des sages-femmes, les méthodes d'Ovulation Billings et sympto-thermique sont, en utilisation correcte, efficaces mais seul 1/4 d'entre elles les jugent efficaces en pratique courante. Par ailleurs les méthodes jugées les moins efficaces sont les méthodes Ogino et des températures. Au mieux elles ne sont considérées efficaces que par respectivement 10 et 15 sages-femmes et ceci en utilisation correcte uniquement.

Mais de manière générale, les MNRN sont jugées inefficaces.

TABLEAU IV : EFFICACITE DES MNRN SELON LES SAGES-FEMMES

	MOK	TEMP	MOB	MST	MAMA
<i>Efficacité en utilisation correcte :</i>					
<i>pas efficace</i>	36	31	22	22	14
<i>efficace</i>	10	15	24	24	32
<i>Efficacité en pratique courante :</i>					
<i>pas efficace</i>	43	38	34	32	31
<i>efficace</i>	3	8	12	14	15

Les MNRN sont, pour la plupart des sages-femmes interrogées, moins efficaces qu'une méthode hormonale bien observée, que ce soit en utilisation correcte ou courante.

La méthode jugée efficace par le plus grand nombre de sages-femmes, que ce soit en utilisation courante ou correcte et en comparaison ou non avec une méthode hormonale bien observée est la méthode MAMA.

FIGURE II : EFFICACITE DES MNRN EN UTILISATION CORRECTE EN COMPARAISON AVEC UNE CONTRACEPTION BIEN OBSERVEE

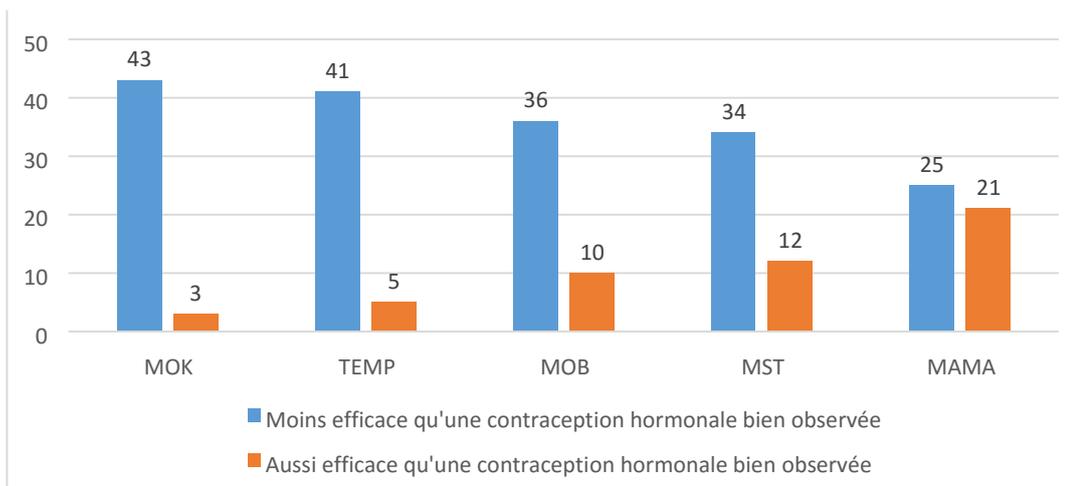
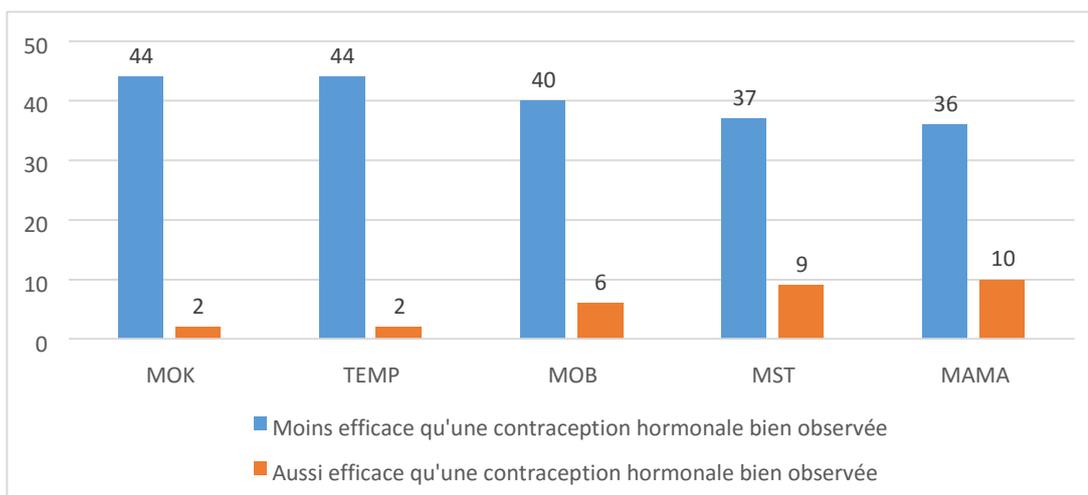


FIGURE III : EFFICACITE DES MNRN EN UTILISATION COURANTE EN COMPARAISON AVEC UNE CONTRACEPTION BIEN OBSERVEE



3.4 La pratique des sages-femmes

- **Motivations des couples**

TABLEAU V : LES MOTIVATIONS DES COUPLES SELON LES SAGES-FEMMES

	Sages-femmes	
<i>Motivations des couples</i>		
	Valeurs personnelles (approche écologique)	44
	Convictions Religieuses	42
	Insatisfaction des autres moyens de contraception	40
	Hormones non supportées	36
	CI aux contraceptifs hormonaux	35
	Meilleure connaissance du cycle féminin	32
	Partage des responsabilités de la fécondité	16
	Epanouissement du couple	15
	Fiabilité de la méthode	3

Nous avons demandé aux sages-femmes de cocher les raisons qui pouvaient motiver les couples à utiliser une MNRN. A cette question, plusieurs réponses étaient possibles.

Selon elles, le choix de ces couples se base principalement sur des idéaux, des convictions. En effet, la quasi-totalité a cité « les valeurs personnelles » et les « convictions religieuses ».

- **Qualificatifs employés pour désigner les MNRN**

TABLEAU VI : LES QUALIFICATIFS EMPLOYES POUR DESIGNER LES MNRNR

		Sages-femmes
<i>Qualificatifs</i>	Probables grossesses non programmées	32
	Solution en cas d'intolérance aux contraceptifs	27
	Choix supplémentaire	21
	Approche écologique	15
	Contrainte acceptable	9
	A oublier	5
	Néfastes pour l'intimité du couple	3

La question « Pour les couples d'aujourd'hui, diriez-vous que les MNRN sont : .. ? », était une question à choix multiples.

Même si la plupart des sages-femmes n'a pas confiance en l'efficacité des MNRN, les associant à de « probables grossesses non programmées », la moitié les voit comme une alternative de plus pour les femmes de réguler leur fécondité. Seules quelques-unes sont totalement réfractaires à ces méthodes estimant qu'elles sont « à oublier » ou « néfastes pour l'intimité du couple ».

Ce qui ressort dans les réponses « autres », c'est une certaine méfiance vis-à-vis de ces méthodes : « compliquées », « à envisager s'ils ne sont pas opposés à une future grossesse » mais aussi le fait que ces MNRN constituent une possibilité de plus pour les femmes : « choix (très) personnel » (cité 2 fois), « une méthode d'espacement de naissances ». Une sage-femme ira jusqu'à dire que ces MNRN sont « un très beau cadeau de mariage ».

- **Connaissance d'organismes ou personnes accompagnant les couples**

TABLEAU VII : CONNAISSANCES D'ORGANISMES OU PERSONNES RESSOURCES

		Sages-femmes (n=46)
<i>Connaissances d'organismes</i>	Non, je n'en vois pas l'intérêt	5
	Non, mais je souhaiterais les connaître	27
	Oui	14

Parmi les sages-femmes interrogées, plus de la moitié n'a pas dans ses contacts de personnes ressources à qui adresser les patientes demandeuses d'informations.

Parmi les 14 sages-femmes qui connaissaient un organisme compétent certaines ont cité : « Fertility care », le « Cler », « Billings », « Amour et vérité », la « Napro technologie », la « naturopathie » ainsi que « l'application et le site internet sympto.ch ». D'autres ont cité de façon plus globale les professionnels de santé (« sage-femme », « médecin traitant », « gynécologue »), la PMI, le centre de planification familiale ou encore des contacts personnels.

- **Proposition spontanée des MNRN selon l'intérêt personnel des sages-femmes pour celles-ci**

TABLEAU VIII : PROPOSITION SPONTANEE DES MNRN SELON L'INTERET DES SAGES-FEMMES POUR CELLES-CI

		Proposition spontanée des MNRN		p
		oui	non	
Intérêt personnel pour les MNRN (n=45)	Oui (n=15)	4 (26 %)	11 (73 %)	Fischer p<0.05
	Non (n=30)	1 (3 %)	29 (97 %)	

Parmi les sages-femmes interrogées, une d'entre elles disait ne pas avoir entendu parler des MNRN, elle n'a donc pu répondre à cette question qui n'était visible que par celles qui répondait par l'affirmative à la question précédente. Notre effectif est donc pour cette question de 45.

On peut observer dans l'échantillon que, de manière générale les sages-femmes ne proposent pas spontanément les MNRN au même titre que les moyens de contraception. En effet, qu'elles y portent un intérêt personnel ou non seuls respectivement 26 et 3 % les proposent spontanément.

Cependant selon le test de Fischer, $p < 0.05$, il existe une différence de répartition des sages-femmes proposant spontanément les MNRN en fonction de l'intérêt qu'elles leur portent ou non. En effet, les sages-femmes qui disent avoir un intérêt personnel pour les MNRN les proposent plus spontanément que les autres.

- **Abord des MNRN dans des situations particulières**

Nous avons demandé aux sages-femmes si dans différentes situations, elles avaient l'habitude ou non d'aborder les MNRN.

TABLEAU IX : ABORDS DES MNRN DANS DES SITUATIONS PARTICULIERES

	Toujours	Parfois	Jamais
Première contraception	4	3	39
Renouvellement de contraception	0	11	35
A une femme souhaitant changer de méthode de contraception	5	20	21
En cas de contre-indication aux contraceptifs hormonaux	13	22	11
A une femme /un couple ouvert(e) à la possibilité d'une grossesse	17	24	5
A une femme/un couple consultant pour désir de grossesse	14	19	13

Les MNRN sont rarement abordées lors d'une demande de première contraception ou de changement de moyen de contraception. En règle générale, elles ne sont pas abordées par les sages-femmes. Seul 1/3 d'entre elles les proposent systématiquement lorsque le couple est ouvert à une possible grossesse ou même lorsqu'il consulte pour désir de grossesse.

- **Attitude des sages-femmes face à une demande de conseils**

TABLEAU X : ATTITUDE DES SAGES-FEMMES FACE A UNE DEMANDE DE CONSEILS

		Sages-femmes	
<i>Réponse à une demande de conseils</i>	Oui par (n=33)	Connaissances suffisantes	3
		Devoir d'informer	28
		Respect du choix du couple	29
	Non par (n=13)	Manque de connaissance	10
		Manque de temps	0
		Méthodes jugées inefficaces	5

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles avaient déjà été confrontées à des demandes de conseils à propos des MNRN. 20 ont répondu par l'affirmatif.

Puis nous voulions savoir s'il leur paraissait envisageable de répondre à une demande de conseils à propos des MNRN. Leur réponse devait être justifiée. Plusieurs raisons pouvaient être citées.

Face à une telle demande, 2/3 des sages-femmes pensent pouvoir répondre à cette attente. Les raisons principales de cette réponse positive sont le respect du choix du couple et le devoir d'informer. Seules 3 sages-femmes répondent à cette attente parce qu'elles estiment que leurs connaissances sont suffisantes.

Lorsque les sages-femmes estiment ne pas pouvoir répondre à la demande des patientes, jamais le manque de temps n'est incriminé.

- **Rôle de la sage-femme dans les MNRN**

A la question « Pensez-vous qu'il est du rôle de la sage-femme d'accompagner les couples utilisant une MNRN ? », 41 sages-femmes ont répondu oui, 2 estiment que non et 3 ne savent pas.

- **Formation initiale et complémentaire des sages-femmes aux MNRN**

TABLEAU XI : FORMATION INITIALE ET COMPLEMENTAIRE DES SAGES-FEMMES AUX MNRN

		Sages-femmes
<i>Formation jugée insuffisante</i> (n=40)	information complémentaire	28
	formation complémentaire	11
	Coordonnées d'associations ou d'organismes	25
	rien de plus	2
<i>Formation jugée suffisante</i> (n=6)		6

Lorsque les sages-femmes estimaient que leur formation dans le domaine des MNRN était insuffisante, il leur était demandé de préciser ce qu'elles souhaitaient pour combler leurs lacunes. La grande majorité est demandeuse d'information, formation ou coordonnées supplémentaires (38/40).

Cependant une sage-femme a coché à cette question toutes les réponses. Elle dit donc souhaiter à la fois une information, une formation, des coordonnées supplémentaires et à la fois « rien du tout ». Sa réponse est donc incohérente. Nous pouvons penser à une erreur d'inattention car à la question 21 il a répondu qu'il ne connaissait pas d'organismes accompagnant les couples qui utilisent une MNRN mais souhaitait en connaître.

Parmi les sages-femmes qui estiment avoir des connaissances suffisantes, 2 ont suivi des formations complémentaires. L'une pour être formatrice, l'autre a fait un DIU contraception et régulation des naissances et un DU de gynécologie. Une autre sage-femme qui juge avoir une formation suffisante a complété sa réponse par le commentaire suivant : « Manque d'efficacité. A quoi bon suivre une formation et tout connaître en détails ? ».

- **Commentaires libres :**

Les commentaires libres faits par les sages-femmes, mettent en évidence :

1) L'importance de du choix du couple ou de la patiente :

« J'estime que l'on ne peut pas juger une méthode efficace ou non, il faut que ça corresponde à la patiente, qu'elle soit informée des risques et qu'elle adhère à son traitement et là on pourra peut-être parler d'efficacité. »

« Les méthodes citées ont autant de définitions que de couples..... le problème est que chaque couple fait sa "sauce" sans forcément comprendre donc il faut leur expliquer et les accompagner. Elles restent toutes plus efficaces que l'absence de contraception et c'est un point important. Et tu as oublié le retrait, méthode très utilisée et "naturelle". C'est leur CHOIX, leur VIE et nous n'avons rien à y redire mais l'information du risque de grossesse doit être loyale. »

2) Le fait que les MNRN ne correspondent pas à toutes les femmes :

« Je pense quand même que c'est un type de contraception réservé à la femme dont le compagnon est investi et concerné par ce sujet. »

3) La méfiance vis-à-vis de l'efficacité des MNRN :

« Trop de grossesse surprise avec ces méthodes donc non fiable à mes yeux sauf si une grossesse surprise ne dérange pas.... »

4. Discussion

4.1 Limites et points forts de l'étude

Malgré plusieurs relances le taux de réponses à notre étude était relativement faible (17%). Ceci pourrait être imputable à deux choses. La première est le sujet de l'étude. En effet, les MNRN sont parfois très décriées par les professionnels de santé ou même le ministère de la santé et l'INPES qui les jugent contraignantes, peu fiables (18) ou démodées. Ainsi donc, les sages-femmes n'étaient peut-être pas intéressées par ce sujet. Le deuxième élément qui expliquerait le faible taux de réponses est très certainement la longueur et la densité du questionnaire. En effet, ayant pour objectif principal l'analyse des connaissances et des représentations des sages-femmes au sujet des MNRN, nous avons choisi de faire un questionnaire très développé.

Cependant si le questionnaire avait été moins long nous aurions perdu en précision. Hors, cette précision est ce qui constitue un point fort de notre étude.

De plus, un participant à notre étude a dit ne pas connaître les MNRN (question 6), il n'a donc pas pu répondre aux questions 7 et 8. Il a cependant répondu aux questions sur les connaissances de ces méthodes.

4.2 Caractéristiques de la population

L'échantillon de notre étude est constitué à 98 % de femmes. Et l'âge moyen de la population est de 39 ans +/- 11. L'âge médian de notre population est de 37 ans.

Même si notre échantillon est faible celui-ci est plutôt représentatif des sages-femmes libérales en France. En effet, une étude menée en 2012 en Ile-de-France (19) sur la démographie des sages-femmes, observait que la profession de sages-femmes n'est composée que de 1.8% d'hommes. De même, la DREES en 2012 (17) estimait que la moitié des sages-femmes avaient moins de 40 ans.

Qu'il soit personnel ou professionnel, dans l'ensemble la population interrogée a un intérêt pour le sujet de notre étude.

4.3 Les connaissances des sages-femmes sur les MNRN

D'après les résultats obtenus, on observe que les connaissances des sages-femmes sur les MNRN sont globales et peu précises. En effet, 45 sages-femmes sur 46 ayant répondu au questionnaire en ont déjà entendu parler mais seuls 34 disent avoir eu des cours à ce sujet durant leurs études de sage-femme et 40 estiment que leur formation est insuffisante. 2 de ceux qui jugent leur formation suffisante l'expliquent par le fait d'avoir suivi des formations complémentaires soit pour être formateur pour une MNRN soit un « DIU contraception et régulation des naissances + DU de gynécologie ». Une autre estime qu'elles « manque[nt] d'efficacité. A quoi bon suivre une formation et les connaître en détails? »

Par ailleurs, aux questions 10 à 14 sur les connaissances précises sur MNRN, très peu de sages-femmes ont répondu correctement à toutes les affirmations concernant une méthode. Le nombre de sages-femmes ayant des connaissances précises est en moyenne de 7.2 sur 46 avec un minima pour la méthode sympto-thermique de 1 et un maxima pour la méthode MAMA à 17.

La méthode MAMA est la mieux connue des MNRN par les sages-femmes interrogées puisque 17 la connaissent de façon précise et 26 de façon peu précise. Les principes les plus connus sont l'allaitement exclusif et le blocage de l'ovulation par celui-ci.

Cette méthode se basant sur l'aménorrhée lactationnelle, les sages-femmes sont plus à même d'être au fait de ses principes. Ceci est d'autant plus vrai que cette méthode est largement promue par la Leche League et reconnue par l'OMS. Cependant cette conclusion n'est pas forcément évidente. En effet, l'étude de Claire Verdier (16), montrait que très peu de sages-femmes avaient des connaissances précises sur le sujet : seules 5 sur 72. Cette différence peut s'expliquer par une sensibilisation importante des sages-femmes du département du Nord à l'allaitement du fait d'un grand nombre de maternités ayant le label IHAB.

La méthode Ogino-Knaus n'est connue de façon précise que par 10 sages-femmes interrogées. La plupart des connaissances sur cette méthode sont fausses ou peu précises. Elle reste tout de même la deuxième méthode la mieux connue. Ceci peut être expliqué par le fait que la méthode Ogino-Knaus a été le premier moyen de réguler les naissances, à l'époque où les moyens de contraception n'existaient pas encore. Cette méthode a très largement été utilisée par nos grands-mères. Cependant, comme nous l'avons dit plus haut cette méthode se base sur des principes erronés la rendant peu fiable. C'est ainsi que de nombreux « bébés Ogino » ont vu le jour.

De plus, lorsqu'il est demandé aux sages-femmes les contre-indications des MNRN, 4 citent l'irrégularité des cycles. Cependant la seule méthode qui parte du principe que les cycles se ressemblent et sont réguliers est la méthode Ogino. Les autres MNRN, demandent une observation journalière des symptômes, elles ne sont en aucun cas rétrospectives. La méthode Ogino vieille de 70 ans reste donc l'emblème des MNRN alors que les connaissances scientifiques sur la physiologie du cycle féminin ont évolués depuis.

Les connaissances sur la méthode d'Ovulation Billings sont dans l'ensemble fausses ou peu précises. Elle n'est connue de façon précise que par 6 sages-femmes. Malgré le fait que 41 sages-femmes sur 46 sachent que dans cette méthode la période féconde est marquée par une glaire filante, seules 6 sages-femmes connaissent la fréquence des observations journalières que la femme doit faire pour définir le profil dans lequel elle se situe. Ces 6 sages-femmes sont les 6 à connaître de façon précise la méthode.

De même que pour la méthode d'Ovulation Billings, les connaissances sur la méthode des températures sont fausses ou peu précises. Seules 2 sages-femmes ont répondu

correctement aux 4 items proposés. Le principe du décalage thermique est connu par 34 sages-femmes.

Cependant, il n'y a dans notre échantillon que 10 sages-femmes sur 46 qui savent que pour différer une grossesse, la période d'abstinence dure du premier jour des règles au troisième matin de suite de température haute et stable. A cette affirmation 18 sages-femmes avaient répondu qu'elles ne savaient pas et les 18 autres ont répondu de façon incorrecte.

Enfin, la méthode sympto-thermique est la méthode la moins maîtrisée par les sages-femmes. Seule une d'entre elles a répondu correctement à tous les items. Le principe le mieux connu de cette méthode est le fait qu'elle se base sur l'observation de la glaire et de la température basale corporelle. Mais très peu (2/46) savent que pour différer une grossesse, le couple applique la règle des premiers jours (rapport possible un soir sur deux en l'absence de glaire et de saignement).

Par ailleurs, en additionnant l'ensemble des réponses correctes des questions 10 à 14, on obtient un nombre de 406 sur 828 soit environ la moitié. Le reste des réponses (422/828) se répartissent en trois catégories : les mauvaises réponses (182/828), « je ne sais pas » (140/828) et « je n'en ai jamais entendu parler » (100/828). Par conséquent, un peu moins d'1/4 des sages-femmes ont des connaissances fausses sur les MNRN et un peu plus d'1/4 ne connaissent pas certains principes fondamentaux des MNRN.

Pourtant la sage-femme est une professionnelle médicale qui habilitée depuis la loi HPST de juillet 2009 (15) au suivi gynécologique de prévention et à la prescription de contraception. Elle ne peut se permettre d'avoir des connaissances approximatives sur les différents moyens de régulation des naissances. Ses connaissances doivent être basées sur des données scientifiques.

Si elle ne peut tout maîtriser parfaitement, la sage-femme se doit cependant d'avoir dans ses contacts le nom d'organismes ou de personnes pouvant répondre aux attentes de sa patiente. Et ce au nom du « *...respect de (...) la personne humaine* »¹ et de l'obligation pour la sage-femme d'assurer « *...la continuité des soins...* »². Cependant 13 sages-femmes sur les 46 interrogées disent ne pas pouvoir répondre aux demandes des couples et parmi elles 11 ne connaissent ni organismes ni personnes à qui adresser ces couples ; 5 n'en voit pas l'intérêt mais 27 souhaiteraient en connaître.

¹ Article R.4127-302 du code de la santé publique

² Article R.4127-328 du code de la santé publique

Si les moyens de contraception hormonaux sont aujourd'hui remis en question, les MNRN ont tout de même du mal à trouver une place dans notre société actuelle. En effet, proposant l'abstinence et la responsabilité partagée de la fécondité elles sont à contre-courant des valeurs et mœurs que nous propose cette société. En effet, avant que le cycle féminin ne soit compris par les scientifiques et que la contraception ne soit autorisée, le désir sexuel de la femme était altéré par la peur d'une grossesse non désirée. Un grand nombre de femmes subissait leur maternité, certaines mourraient des suites d'avortements clandestins. Des femmes et des hommes ont donc mené un véritable combat pour que la sexualité puisse être dissociée de la fécondité. Ceci devint possible par le vote de la loi Neuwirth en décembre 1967 légalisant la contraception orale. Les femmes peuvent désormais contrôler leur fécondité, leur maternité est choisie et non plus subie. Naissent alors des slogans tels que « Un enfant, si je veux, quand je veux » ou encore « mon corps m'appartient ».

C'est dans ce contexte historique que se développent peu à peu les nouvelles MNRN telles que la méthode d'Ovulation Billings, la méthode sympto-thermique et la méthode MAMA. Mais l'idéal qu'elles véhiculent va à contre-courant de l'ambiance générale. Elles se basent sur la responsabilité partagée de la fécondité au sein du couple, l'observation du cycle féminin et l'abstinence périodique tandis que la libération sexuelle bat son plein. L'efficacité de ces méthodes repose sur le couple qui en est le garant alors qu'on est à la recherche de l'efficacité infaillible des contraceptifs. Les connaissances sur ces méthodes sont alors peu ou mal transmises. Ce phénomène historique explique en partie la méfiance et les préjugés que les sages-femmes peuvent avoir sur ces méthodes.

Mais aujourd'hui en 2016, les connaissances scientifiques et techniques sont suffisamment avancées pour permettre de connaître précisément les périodes du cycle et la date de l'ovulation. Ainsi, un grand nombre d'appareils de plus en plus précis ont été mis sur le marché pour aider les femmes à s'observer. On peut citer parmi eux Persona, Cyclotext 2 plus, Femometer Smart Fertility Tracker, LadyComp, Bioself... Les MNRN modernes ne sont pas des méthodes rétrogrades ou désuètes mais des options supplémentaires basées sur des connaissances scientifiques qui méritent d'être connues.

Les MNRN ne sont donc pas à considérer comme les antagonistes des moyens de contraception mais plutôt comme des choix supplémentaires pour les femmes de réguler leur fécondité. Elles ne peuvent cependant pas non plus constituer la seule option pour les femmes en âge de procréer. En effet, ces méthodes ne peuvent être utilisées par toutes les femmes puisqu'elles requièrent une vie de couple stable ainsi qu'un investissement de la part du conjoint.

4.4 L'efficacité des MNRN

L'HAS a défini comme étant **très efficaces** les MNRN ou moyens de contraception ayant un indice de Pearl entre 0 et 0.9, comme **efficaces** ceux ayant un indice de Pearl entre 1 et 9, **modérément efficaces** pour ceux dont l'indice de Pearl est entre 10 et 25 et **moins efficaces** pour ceux ayant un indice de Pearl compris entre 26 et 32.

Par conséquent, selon la classification de l'HAS (20) et selon les indices de Pearl publiés en 2011 par l'OMS (21), les méthodes sympto-thermique et MAMA sont efficaces en utilisation correcte et courante, les méthodes Ogino d'Ovulation Billings et des températures ne sont efficaces qu'en utilisation correcte et modérément efficaces en utilisation courante.

De plus, en utilisation correcte, les MNRN sont toutes moins efficaces qu'un moyen de contraception hormonal bien observé. Cependant en utilisation courante, les méthodes MAMA et sympto-thermique sont plus efficaces que les pilules oestro-progestatives, progestatives normo ou minidosées et les progestatifs injectables.

Il y a donc un décalage important entre l'efficacité de chaque méthode annoncée par l'OMS et celle perçue par les sages-femmes. En effet, les sages-femmes interrogées ont tendance à sous-estimer l'efficacité des MNRN. Peut-être aurions-nous dû rappeler dans notre questionnaire, ce qu'était pour l'HAS une méthode efficace ou peu efficace.

MNRN et moyens de contraception	IP utilisation correcte	IP utilisation courante
Implants	<1	
DIU	<1	
Progestatifs injectables	<1	3
Injectables mensuels ou combinés	<1	3
Pilules œstro-progestatives	<1	8
Méthode MAMA	1	2
Pilules progestatives ou minidosées	1	3-10
Méthode sympto-thermique	2 0.6*	2 1.8*
Méthode des températures	1	25
Méthode d'Ovulation Billings	2.8**	19.4**
Méthode Ogino	9	25

*Résultats de l'étude menée par Frank-Hermann (22)

**Résultats de l'étude menée en 1981 par l'OMS (8)

Mais en pratique ces chiffres sur l'efficacité des méthodes sont à relativiser. Lorsqu'une femme cherche à réguler sa fécondité, on ne peut lui imposer tel ou tel moyen de contraception ou méthode naturelle soit prétexte que ce/cette dernier(e) est efficace. C'est en effet ce que la sexologue Thérèse Hargot souligne dans son livre « Une jeunesse sexuellement libérée (ou presque) » : « *Quand on cherche l'efficacité, il ne faut pas l'entendre uniquement d'un point de vue technique. Une méthode est efficace quand elle convient au besoin de la personne, quand elle est appropriée à son vécu. Une femme n'est pas la même à 15, 25 ans, 35 ans et 45 ans.* »³. Ceci fait d'ailleurs écho à la campagne de communication menée par l'INPES en 2007 intitulée « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » (23).

4.5 Proposition des MNRN par les sages-femmes

Nous venons juste de dire qu'une femme n'était pas la même en fonction de son âge mais de même, deux femmes d'un même âge sont différentes et ont des attentes qui sont différentes vis-à-vis de leur fécondité. Il est donc important, afin de les aider à trouver le moyen de planification des naissances qui leur convient mieux, de leur exposer toutes les possibilités qui s'offrent à elles. C'est d'ailleurs ce que requiert le référentiel métier et compétences des sages-femmes de 2010 (24) : la sage-femme doit savoir « *décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement en présentant les différentes formes de contraception possibles pour éclairer son choix :*

- *en utilisant des supports pédagogiques en étant à l'écoute de ses attentes et de son mode de vie et en lui présentant les risques/bénéfices de chaque option.*
- *en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle.*
- *en instaurant le dialogue autour de la sexualité avec la femme / le couple. »*

Cependant lorsqu'on observe les résultats de notre étude on remarque que les MNRN ne sont pas systématiquement proposées par les sages-femmes au même titre que les moyens de contraception. En effet, lors d'un renouvellement de contraception, seules 11 sages-femmes sur 46 en parlent de temps en temps. Les 35 autres ne les mentionnent jamais dans cette situation.

De même, lorsqu'une femme souhaite changer de méthode de contraception, seules 5 sages-femmes proposent les MNRN de façon systématique et 20 de temps en temps.

³ Thérèse Hargot, « Une jeunesse sexuellement libérée (ou presque) », 2016.

Par ailleurs, en cas de contre-indications aux contraceptifs hormonaux, les MNRN ne sont proposées systématiquement que par 13 sages-femmes. Certaines de ces méthodes représentent cependant après la stérilisation et le stérilet au cuivre une alternative plus efficace que les méthodes barrières telles que le préservatifs masculins ou féminins, les spermicides ou encore les diaphragmes (8).

Enfin, même dans les cas où une grossesse est souhaitée ou que le couple est ouvert à la possibilité d'une grossesse les MNRN ne sont pas proposées systématiquement par les sages-femmes. Certaines sages-femmes n'en parlent même jamais dans cette situation (13/46). Les MNRN sont pourtant basées sur la physiologie du cycle féminin, permettant à la femme de reconnaître la période la plus fertile de son cycle.

Le fait que les MNRN soient si peu proposées montre bien que les sages-femmes ne maîtrisent pas correctement ce sujet.

Même si, dans l'ensemble les sages-femmes ne proposent pas systématiquement les MNRN, 33 d'entre elles estiment pouvoir répondre aux demandes de conseils des couples au sujet des MNRN. 29 le feraient ou le font par respect du choix du couple et/ou par devoir d'informer. 5 sages-femmes ne répondraient tout de même pas à l'attente des couples parce qu'elles jugent les MNRN inefficaces.

Quel que soit l'avis qu'on puisse avoir sur les MNRN, il est de notre devoir, en tant que professionnel de santé de nous former sur ces méthodes mais aussi d'exposer leurs principes aux femmes de la même façon que pour les moyens de contraception surtout lorsqu'elles le demandent. Nous ne pouvons pas nous permettre d'avoir un discours infondé ou basé sur des croyances datant des années 30 tel que l'impossibilité d'utiliser ces méthodes en cas de cycles irréguliers. Que dirions-nous d'une sage-femme qui proposerait à ses patientes un régime particulier pour que leur enfant soit du sexe qu'elles souhaitent ? Il en va de même pour les MNRN, ce que nous disons aux patientes doit être fondé.

4.6 Ouverture et propositions

Les études de sage-femme ou de médecine comprennent des enseignements sur les moyens de contraception. Cependant, rares sont les enseignants qui prennent le temps d'expliquer en détails les MNRN comme le montrent les études de Claire Bonneville (13) et Claire Verdier (16). Peut-être serait-il intéressant d'une part de faire intervenir des médecins ou sages-femmes connaissant bien ces méthodes ou des formateurs qui seraient

à même de former les futures générations de médecins et sages-femmes ; et d'autre part d'élaborer un support d'information à destination des professionnels de santé reprenant les grands principes des MNRN ainsi que des coordonnées d'organismes ou de personnes ressources.

5. Conclusion

Nous avons pour objectif principal d'analyser les connaissances et les représentations des sages-femmes au sujet des MNRN. Notre objectif secondaire était de recueillir leur expérience et/ou opinions dans la façon dont elles prennent ou imaginent prendre en charge les couples qui les sollicitent à propos de ces méthodes.

Après avoir été longtemps décriées et mises de côté, les MNRN intéressent aujourd'hui de plus en plus de femmes et de couples désireux de limiter la prise d'hormones et de redécouvrir la physiologie du cycle féminin. Pourtant, notre conclusion est sensiblement la même que celle de Claire Verdier (16) : peu de sages-femmes connaissent de façon précise les MNRN et peu les proposent aux femmes au même titre que les moyens de contraception. De plus, elles restent méfiantes vis-à-vis des MNRN, sous-estimant leur efficacité.

Pourtant certaines MNRN modernes, telle que la méthode sympto-thermique, basées sur les connaissances scientifiques actuelles ont une efficacité prouvée comparable à celle de moyens contraceptifs hormonaux.

Malgré une méconnaissance du sujet, nous avons pu observer un certain intérêt accordé aux MNRN, qui était parfois même personnel. Estimant avoir un rôle à jouer dans l'accompagnement des couples utilisant ces méthodes et soucieuses de répondre à leurs attentes par respect de leur choix et devoir d'informer, beaucoup de sages-femmes sont demandeuses d'informations au sujet des MNRN. De même, lorsqu'elles n'ont pas de personnes ressources à qui elles peuvent adresser leur patientes la quasi-totalité des sages-femmes interrogées souhaiterait en avoir.

Il existe donc un réel besoin de former les sages-femmes de façon complète sur les MNRN, pour qu'elles soient compétentes sur le sujet et qu'elles puissent accompagner les patientes qui leur font confiance en ne restreignant pas la liberté de choix.

6. Bibliographie

- [1] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=ccc
- [2] Bajos.N, Rouzaud-Cornabas.M, Panjo.H, Bohet.A, Moreau.C et l'équipe Fécond La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Société [En ligne]. 2014 mai [Consulté le 15/03/2015]; n°511: [4 pages]. Consultable à l'URL:
http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
- [3] HAS Etats des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [En ligne] 2013 avril [Consulté le 03/03/2015]. Consultable à l'URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
- [4] OMS Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives [En ligne] 2005 [Consulté le 29/04/2015] ; 3^{ème} édition : [195 pages]. Consultable à l'URL : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242562661.pdf>
- [5] Minier C. Etude des perturbations du système reproducteur des populations de poissons (flet, gobbie) en estuaire et baie de seine [En ligne]. 2003 mars [Consulté le 24/03/2015]. Consultable à l'URL: http://seine-aval.crihan.fr/web/attached_file/componentId/kmelia63/attachmentId/2989/lang/fr/name/410745753702_rfl_th1_Minier.pdf
- [6] Service du droit des femmes et de l'égalité, l'Association française pour la contraception (AFC), le mouvement français pour le planning familial (MFPF) et le Centre régional d'information et de prévention du sida Ile-de-France (CRIPS). Choisir sa contraception. Découvrez tous les modes de contraception et trouvez celui qui vous convient le plus. Brochure métropole [En ligne]. 2014 [Consulté le 22/03/2015]. [12 pages]. Consultable à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1371.pdf>
- [7] HAS Efficacité des méthodes contraceptives [En ligne] 2013 [Consulté le 26/03/2015]. Consultable à l'URL: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
- [8] Dr. Ruiz R, Rev. Russell J, Dr Ruiz I. Proceeding of the international seminar natural family planning and family life education – Hong Kong University Press – Hong Kong – 1990 – 309p
- [9] Billings Life Votre désir est d'éviter une grossesse ? Et vous cherchez une nouvelle approche pour contrôler les naissances ? [En ligne.] 2013 [Consulté le 04/07/2015]. [18 pages]. Consultables à l'URL : <file:///C:/Users/fargue/Downloads/Billings%20LIFE%20eBook%20%20Preventing%20Pregnancy%202013%20French.pdf>

- [10] Odelblad E - La découverte des différents type de glaire cervicale et la Méthode d'Ovulation Billings - 1994 septembre – 37 pages.
- [11] <http://sexplique.org/sympto-thermique.html>
- [12] La Leche League France. Allaitement et régulation des naissances. Dossiers de l'allaitement [En ligne]. 2004 juillet-août-septembre [Consulté le 04/07/2015] ; n°60 : [28 pages]. Consultable à l'URL : <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fondsdocumentaire/dossiers-de-l-allaitement/1343-da-60-allaitement-regulation-naissances>
- [13] Bonneville C. - Les méthodes naturelles de régulation des naissances : connaissances des internes rennais en médecine générale – Thèse de doctorat en médecine – Université de Rennes 1 Faculté de médecine – 2014 – 128 pages.
- [14] Qian SZ, Zhang DW, Zuo HZ - Evaluation de l'efficacité d'un programme de régulation naturelle de la fécondité en Chine - Bulletin of Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia – 2000 – 6 pages.
- [15] Benoit Truong-Canh M. Les nouvelles compétences des sages-femmes après la publication de la loi HPST du 21 juillet 2009 Contact Sages-femmes [En ligne]. 2009 octobre [Consulté le 26/03/2015]; n°21: [28 pages]. Consultable à l'URL: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/108>Contact21.pdf>
- [16] Verdier C. - Les méthodes naturelles de régulation des naissances. Enquête auprès des sages-femmes du Maine-et-Loire – Mémoire – Ecole de sage-femme René Rouchy – Angers – 2009 – 57 pages.
- [17] DREES. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et Résultats [En ligne]. 2012 mars [Consulté le 05/11/2015]. Consultable à l'URL : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>
- [18] Ministère de la santé, INPES. Ou Service du droit des femmes et de l'égalité, l'Association française pour la contraception (AFC), le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) et le Centre régional d'information et de prévention du sida Île-de-France (CRIPS) Choisir sa contraception. [En ligne]. 2015. [Consulté le 26/03/2015] ; [12 pages] Consultable à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1371.pdf>
- [19] Teurnier F, Démographie des sages-femmes. CERGORIF 2013, [Consulté le 29/03/2016] 14p. Consultable à l'URL : http://www.cegorif.fr/congres/cegorif_2013/PDF/teurnier_demographie_SF.pdf
- [20] HAS Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [En ligne] 2013 mars [Consulté le 08/02/2016]. Consultable à l'URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

[pdf/2013http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
[03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)

[21] OMS. Planification familiale/Contraception. Aide-mémoire [En ligne]. 2015 mai [Consulté le 08/02/2016] ; Numéro 351. Consultable à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>

[22] Franck-Herrmann P, Heil J, Gnoth C. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time : a prospective longitudinal study. Hum Reprod. [En ligne]. 2007 mai [Consulté le 17/03/2016] ;

Volume 22, issue 5 : [pages 1310-9]. Consultable à l'URL : <http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/5/1310.full>

[23] INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. [En ligne]. 2007 septembre

[Consulté le 20/03/2016] ; 17 pages. Consultable à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>

[24] Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. [En ligne]. 2010 janvier [Consulté le 20/03/2016] ; Consultable

à l'URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

Annexe I

Niveaux de preuve d'après la SORT (the strength of recommendation taxonomy)

- Etudes de diagnostic : Niveaux de preuve

1 : Preuve de bonne qualité centrée sur le patient

Règles de décision validées

Revue systématique ou méta-analyse d'études de bonne qualité

Etude de cohorte de bonne qualité

2 : Preuve de qualité limitée centrée sur le patient

Revue systématique ou méta-analyse d'études de cohortes de qualité intermédiaire
ou avec des résultats inconsistant

Etude de cohorte rétrospective

Etude de cohorte de faible qualité

Etudes cas-témoin de diagnostic

3 : Autres conférences de consensus

Extrapolation de recherche pratique professionnelle

Opinion

« disease oriented evidence » (résultats intermédiaire ou physiologique seulement)

Série de cas

- Consistance à travers les études

- Consistant : La plupart des études ont des conclusions similaires ou cohérentes
(la cohérence signifie que les différences sont explicables)

OU Si des revues systématiques ou des méta-analyses actualisées et de haute qualité existent, elles appuient la recommandation.

- Inconsistant : Importantes variations entre résultats d'études et manque de cohérence

OU Si des revues systématiques ou des méta-analyses actualisées et de haute qualité existent, elles ne trouvent pas d'évidence consistante en faveur de la recommandation

ANNEXE II

Étudiante sage-femme en dernière année à la faculté de médecine et de maïeutique de Lille, je réalise mon mémoire sur les méthodes naturelles de régulation des naissances. Je cherche à étudier les connaissances et les représentations des sages-femmes mais aussi à recueillir leur expérience et opinions sur le sujet.

Ce questionnaire est conçu pour que la réponse aux questions n'excède pas 15 minutes.

Les réponses seront traitées de façon anonyme.

Je vous remercie pour le temps que vous m'accorderez.

NB : Le questionnaire ayant été réalisé sur google form, certaines questions ne pouvaient être vues par les sages-femmes en fonction de leur répon

I/ Présentation

1. Sexe

Féminin

Masculin

2. Année de naissance :

3. Année d'obtention du diplôme :

4. Quel(s) type(s) d'activité proposez-vous ?

Consultations gynécologiques

Consultations prénatales

Séances de PNP

Consultations de rééducation périnéale

5. La loi HPST a élargi le champ de compétences de la sage-femme au suivi gynécologique des patientes tant que celui-ci reste physiologique. Évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre intérêt pour cette activité.

II/Connaissances

6. Avez-vous déjà entendu parler des méthodes naturelles de régulation des naissances ?

Oui

Non

Si vous avez répondu non à la question 6, passez directement à la question 9.

- 7. En avez-vous entendu parler parce que ces méthodes vous intéressent ou vous ont intéressé(e) à titre personnel ?**

Oui

Non

- 8. Par qui avez-vous entendu parler ? (plusieurs réponses possibles)**

Au cours de vos études de sage-femme

Par des patientes

Par des professionnels de santé

Par votre entourage

Par les médias

Autre :

- 9. Selon vous, les méthodes naturelles de régulation des naissances présentent-elles des contre-indications ?**

Oui

Non

Ne sais pas

Si oui, lesquelles ?

- 10. La méthode Ogino-Knaus :**

	Vrai	Faux	Ne sais pas	Je n'en ai jamais entendu parler
Se base sur le fait que l'ovulation a toujours lieu le 14 ^{ème} jour du cycle				
Est une méthode rétrospective se basant sur les précédents				
Se base sur le fait qu'il n'y a qu'une seule ovulation par cycle				

11. La méthode des TEMPERATURES s'appuie sur les éléments suivants :

	Vrai	Faux	Ne sais pas	Je n'en ai jamais entendu parler
La sécrétion d'œstrogènes entraîne la chute de la température corporelle				
L'ovulation ne peut être interprétée qu'à posteriori grâce à un décalage thermique				
Pour différer une grossesse la période d'abstinence dure du 1 ^{er} jour des règles au 3 ^{ème} matin de suite de température haute et stable				

12. Les principes de la méthode BILLINGS sont :

	Vrai	Faux	Ne sais pas	Je n'en ai jamais entendu parler
L'observation de la glaire à la vulve par la sensation				
Se base sur le fait qu'en période féconde la glaire cervicale devient plus filante				
Pour différer une grossesse le couple ne peut avoir de rapport que le lendemain du jour sommet				
La femme s'observe une fois par jour à heure précise				

13. La méthode SYMPTO-THERMIQUE s'appuie sur les éléments suivants :

	Vrai	Faux	Ne sais pas	Je n'en ai jamais entendu parler
Utilise à la fois le principe de modification de la glaire au cours du cycle et de plateau thermique en deuxième phase du cycle				

Pour différer une grossesse le couple applique la règle des premiers jours (rapport possible un soir sur deux en l'absence de glaire et de saignement)				
Cette méthode peut être utilisée en post-partum				
Cette méthode peut être utilisée en péri-ménopause				

14. La méthode MAMA s'appuie sur les éléments suivants :

	Vrai	Faux	Ne sais pas	Je n'en ai jamais entendu parler
Se base sur le fait que l'allaitement bloque l'ovulation				
Le bébé doit téter toujours à la demande et non à heure fixe				
Pour différer une grossesse l'allaitement maternel doit être exclusif				
Pour différer une grossesse il faut que le bébé tète au moins toutes les 4h le jour et toutes les 6h la nuit				

Lorsqu'on parle de l'efficacité d'un moyen de contraception ou d'une méthode naturelle de régulation des naissances on distingue toujours l'efficacité théorique de l'efficacité pratique. La première correspond à l'usage correct de la méthode, la deuxième à l'utilisation courante de la méthode.

15. Selon vous, lorsqu'elles sont CORRECTEMENT UTILISEES les méthodes suivantes, sont :

	Pas efficace	Efficace
Méthode Ogino-Knaus		
Méthode des températures		
Méthode Billings		

Méthode sympto-thermique		
Méthode MAMA		

16. Selon vous, lorsqu'elles sont CORRECTEMENT UTILISEES les méthodes suivantes sont :

	Moins efficace qu'une contraception hormonale bien observée	Aussi efficace qu'une contraception hormonale bien observée
Méthode Ogino-Knaus		
Méthode des températures		
Méthode Billings		
Méthode sympto-thermique		
Méthode MAMA		

17. Selon vous, en PRATIQUE COURANTE les méthodes suivantes sont :

	Pas efficace	Efficace
Méthode Ogino-Knaus		
Méthode des températures		
Méthode Billings		
Méthode sympto-thermique		
Méthode MAMA		

18. Selon vous, en PRATIQUE COURANTE les méthodes suivantes sont :

	Moins efficace qu'une contraception hormonale bien observée	Aussi efficace qu'une contraception hormonale bien observée
Méthode Ogino-Knaus		
Méthode des températures		

Méthode Billings		
Méthode sympto-thermique		
Méthode MAMA		

19. Selon vous, quelles sont les motivations des couples qui utilisent ou souhaitent utiliser ces méthodes ?

	Oui	Non	Ne sais pas
Conviction religieuse			
Fiabilité de la méthode			
Partage de la responsabilité de la fécondité			
Epanouissement du couple			
Valeurs personnelles (approches écologiques...)			
Insatisfaction vis-à-vis des autres moyens de contraception			
Contre-indication aux contraceptifs hormonaux			
Hormones non supportées			
Meilleure connaissance du cycle féminin			

Autre :

20. Pour les couples d'aujourd'hui, diriez-vous que les méthodes naturelles sont ? (plusieurs réponses possibles)

Une offre de choix supplémentaire

Une approche écologique

Une solution en cas d'intolérance aux contraceptifs

Des contraintes acceptables

De probables grossesses non programmées

Néfastes pour l'intimité du couple

A oublier

Autre :

21. Connaissez-vous des personnes ou organismes qui pourraient accompagner les couples qui utilisent ou souhaitent utiliser une méthode naturelle ?

Oui

Non, mais je souhaiterais les connaître

Non, je n'en vois pas l'intérêt

Commentaires éventuels :

Si vous avez répondu oui, pouvez-vous citer les personnes ou organismes ressources ?

III/ Votre pratique

22. Proposeriez-vous spontanément les méthodes naturelles de régulation des naissances à vos patientes, de la même façon que les autres moyens de contraception ?

Oui

Non

23. Dans les situations suivantes, abordez-vous (ou aborderiez-vous) les méthodes naturelles de régulation des naissances ?

	Toujours	Parfois	Jamais
Demande de première contraception			
Demande de renouvellement de contraception			
A une femme souhaitant changer de méthode de contraception			
En cas de contre-indication aux contraceptifs hormonaux			
A une femme/un couple ouvert(e) à la possibilité d'une grossesse			
A une femme/un couple consultant pour un désir de grossesse			

24. Existe-t-il d'autre(s) situation(s) dans laquelle/lesquelles vous abordez ou aborderiez les méthodes naturelles de régulation des naissances :

Non

Oui, lesquelles ?

25. Avez-vous déjà reçu en consultation des patientes ou des couples vous demandant des conseils à propos des méthodes naturelles de régulation des naissances ?

Oui

Non

26. Vous paraît-il envisageable de répondre à cette attente ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous préciser les raisons pour lesquelles il vous paraît envisageable de répondre à cette attente ?

Connaissances suffisantes

Devoir d'informer

Respect du choix du couple

Autre :

Si non, pouvez-vous préciser les raisons pour lesquelles il vous paraît inenvisageable de répondre à cette attente ?

Connaissances insuffisantes

Manque de temps

Méthodes jugées inefficaces

Autre :

27. Dans le cas où vous avez été confronté(e) à des demandes de femmes ou de couples au sujet des méthodes naturelles de régulation des naissances, votre façon d'aborder le sujet et d'accompagner ces couples a-t-elle évolué ?

Oui

Non

Si oui, expliquez en quoi :

28. Pensez-vous qu'il est du rôle de la sage-femme d'accompagner les couples utilisant une méthode naturelle ?

Oui

Non

29. Estimez-vous que votre formation est suffisante dans ce domaine ?

Oui, expliquez en quoi :

Non

Si non, souhaiteriez-vous :

Une information complémentaire

Une formation complémentaire

Des coordonnées d'associations ou d'organismes à qui adresser les couples

Rien du tout

Autre :

30. Commentaires libres :

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2016

TITRE : Les méthodes naturelles de régulation des naissances. Etude descriptive sur les connaissances et représentations des sages-femmes libérales du Nord et du Pas-de-Calais.

AUTEUR : Marie-Alice FARGUE

Sous la Direction de Mme Christiane ROUX

MOTS-CLES : Méthodes naturelles de régulation des naissances, Contraception, Sage-femme, Connaissances, Représentations

RESUME :

- **Contexte :**

Nous assistons depuis quelques années à une remise en question de la contraception hormonale suite aux débats médiatique et scientifique sur la pilule de 2012/2013 mais aussi à une prise de conscience de l'impact des hormones sur l'environnement. Les femmes s'interrogent alors sur leur moyen de planification familiale et de plus en plus envisagent d'utiliser une méthode naturelle de régulation des naissances. Nous avons donc voulu analyser les connaissances et représentations des sages-femmes libérales sur ces dernières puisque depuis 2009 le suivi gynécologique de prévention et la prescription de contraception font partie de leur compétences.

- **Méthode :**

Nous avons réalisé notre étude à l'aide d'un questionnaire mis en ligne et envoyé aux sages-femmes libérales des départements du Nord et du Pas-de-Calais du 25 novembre 2015 au 20 février 2016.

- **Résultats :**

Nous avons obtenu 17 % de réponses, 46 questionnaires ont été exploités.

Les connaissances des sages-femmes sur les méthodes naturelles de régulation des naissances sont globales et peu précises. Sous-estimant leur efficacité, ces professionnelles de santé ne les proposent pas systématiquement aux femmes. Cependant, nombreuse sont celles qui désirent améliorer leurs connaissances sur ce sujet et aimeraient connaître des organismes ou personnes ressources à qui adresser leurs patientes. □ **Conclusion :** Estimant avoir un rôle à jouer dans l'accompagnement des couples utilisant les méthodes naturelles de régulation des naissances beaucoup de sages-femmes sont désireuses de perfectionner leurs connaissances et de connaître les organismes ressources.

Il existe donc un réel besoin de leur proposer une formation ou information complète sur le sujet, notamment sur les nouvelles méthodes dont l'efficacité peut être comparable à certains contraceptifs hormonaux.

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN

60 rue du Port – 59040 Lille Cedex

Téléphone : 03-59-56-69-79

Email : contact-bibliotheque@univ-catholille.fr