



Vécu et motivation des femmes pratiquant les méthodes de connaissance de l'ovulation comme moyen de régulation des naissances

Laura Hyerle, Marie Sulpis Chovelon

► To cite this version:

Laura Hyerle, Marie Sulpis Chovelon. Vécu et motivation des femmes pratiquant les méthodes de connaissance de l'ovulation comme moyen de régulation des naissances. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01589205

HAL Id: dumas-01589205

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01589205>

Submitted on 18 Sep 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.

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2017

VÉCU ET MOTIVATIONS DES FEMMES PRATIQUANT LES MÉTHODES
DE CONNAISSANCE DE L'OVULATION COMME MOYEN DE
RÉGULATION DES NAISSANCES

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE, DIPLÔME D'ÉTAT

Par **Laura HYERLE**, [Données à caractère personnel]
Et **Marie SULPIS épouse CHOVELON**, [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A L'UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE
le **08/09/2017**

DEVANT LE JURY DE MÉDECINE COMPOSÉ DE :

Madame le Professeur Pascale HOFFMANN

Président du jury

Madame le Professeur Sylviane HENNEBICQ

Monsieur le Professeur Jean-Claude PONS

Madame le Docteur Amandine COSTE

Directeur de thèse

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

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUTI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Pascale HOFFMANN,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions pour votre intérêt et vos conseils sur le sujet de notre thèse. Soyez assurée de notre considération et de notre gratitude.

À Madame le Professeur Sylviane HENNEBICQ,

Nous exprimons notre plus grande reconnaissance d'avoir accepté d'être membre de notre jury. Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre motivation sur ce sujet.

À Monsieur le Professeur Jean-Claude PONS,

Vous nous faites l'honneur d'être membre de notre jury. Nous vous en sommes reconnaissantes et nous vous remercions pour le temps que vous avez pris pour nous et les réflexions que vous nous avez partagées.

À Madame le Docteur Amandine COSTE,

Nous te remercions infiniment de t'être lancée dans la direction de thèse avec nous, de nous avoir consacré tout ce temps et prodigué de précieux conseils en recherche qualitative. Nous avons beaucoup apprécié ta disponibilité, ta gentillesse, et ton attitude toujours dynamique et positive. Sois-en vivement remerciée.

À Madame le Docteur Isabelle ÉCOCHARD et Monsieur le Professeur René ÉCOCHARD,

Nous vous remercions mille fois pour les précieux conseils que vous avez pris le temps de nous dispenser, et la relecture de notre travail. Nous sommes admiratives pour tout le travail que vous avez fait ces dernières années dans ce domaine, et vous en remercions très vivement.

À Madame le Docteur Michèle GUY et Monsieur le Docteur François GUY,

Nous vous remercions très vivement pour le partage de votre expérience, et tous les documents que vous avez pris le temps de nous transmettre pour ce travail. Votre exemple est source de beaucoup d'admiration pour nous. Nous vous remercions pour toute votre contribution sur ce sujet.

À tous les professionnels de santé qui ont pris le temps de nous adresser des patientes et de nous prodiguer aide et réflexion dans ce domaine, nous vous remercions sincèrement.

À toutes les femmes qui ont accepté de participer à notre étude, prenant le temps pour nous dévoiler une part intime de leur vie. Vos réflexions nous ont édifiées. Soyez en très chaleureusement remerciées.

Pour Laura :

À Marie, je n'en suis toujours pas revenue d'avoir réussi à te recruter comme co-thésarde, et je ne pouvais pas en rêver de mieux. Merci pour ton aide, ton enthousiasme, et ton organisation sans faille !

À Maman, tu as été un roc pour moi tout au long de mes études, et je ne pourrai jamais te dire à quel point je te remercie. To Dad, thank you so much for all your executive planning that helped launch this thesis. I am forever grateful for having parents like you.

Zoé et William, je ne pouvais pas rêver d'une meilleure fratrie, qui m'a toujours soutenue et cru en moi.

Bonne-Maman, merci pour tout ce que vous faites pour nous, pour le temps passé ensemble à Brianny et à Paris, et pour les longues conversations téléphoniques où je vous faisais part de mon enthousiasme pour mon sujet !

À toute la famille, toujours prête pour me faire rire en toutes circonstances.

À tous mes amis, qui me soutiennent de près et de très loin. À ma jumelle, Marie Paulhiac, j'espère que ta réadaptation à la vie française ne sera pas trop brutale. Au Dr. Anne-Sophie Truche, pour tout le temps passé à parler de tout ou de rien. Au Dr. Corinne Legagneur, super coloc et parfois hébergeuse à distance ! Merci à vous tous.

À tous mes collègues et maîtres de stage, qui m'ont fait apprendre et grandir à leurs côtés. À toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai eu la chance de rencontrer, je reste marquée par votre gentillesse, professionnalisme et bonne humeur !

Aux Dr. Grasset, Yem-Tarantini, et Fuentes, vous avez été des modèles pour moi lors de mon apprentissage. Au Dr. Bernard Perret, merci pour mon dernier stage d'internat et ton aide tout au long de mon remplacement.

Pour Marie :

A Guillaume,

Je te remercie de tout mon cœur pour ton amour, ta joie et ton dynamisme. Merci pour nos enfants et le bébé que nous avons la joie d'attendre. Merci infiniment pour tes conseils pour cette thèse, tes encouragements, d'avoir cru en moi. Sans compter toute ton aide logistique, sans toi je n'aurais jamais pu aller jusqu'au bout !

A Louis et Paul,

Mes trésors. Merci pour votre tendresse et votre patience pendant ces longs mois de travail.

A ma famille,

A mes parents, vous m'avez entourée d'une profonde affection et avez été pour moi un soutien sans faille depuis le début dans ces longues études. Je vous en suis tellement reconnaissante et vous remercie pour l'aide logistique avec Louis et Paul, et votre grande disponibilité pour nous soutenir.

A Benoît, Sarah et Damien, merci de tout cœur pour cette fraternelle affection qui nous unit.

A mes grands-parents. Merci pour tout ce que j'ai reçu de vous, en particulier le sens du travail et de l'effort. Je sais votre fierté, ce travail vous est également dédié.

A ma belle-famille,

Je vous remercie mille fois chers Elisabeth et Michel pour toute votre aide avec les enfants et votre soutien.

A Laura,

Amie depuis 20 ans sur les bancs de l'école, je n'aurais jamais cru que nous terminerions notre parcours universitaire ensemble ! Merci pour ce projet auquel tu m'as associée et pour ton travail rigoureux et minutieux. You are a great friend and physician. Thank you so much !

A mes amis,

Merci à mes amis médecins : Bénédicte, Claire, Lucie, Jessie, Julien, Marthe, Olivia. Votre soutien et nos échanges ont été et sont pour moi toujours inestimables.

Merci infiniment à tous mes amis pour votre amitié précieuse et pour tous les instants partagés.

A tous mes maîtres de stage, enseignants, équipes médicales et paramédicales et tous les patients rencontrés. Grâce à vos conseils, formations, et encouragements, j'ai pu avancer et progresser. Vous m'avez édifiée. Soyez en vivement remerciés.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS :	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS :	9
INTRODUCTION :	10
MATÉRIEL ET MÉTHODES :	13
RESULTATS :	16
DISCUSSION :	28
CONCLUSION :	35
BIBLIOGRAPHIE :	37
ANNEXES :	40
ANNEXE 1 : Document descriptif destiné aux professionnels de santé	40
ANNEXE 2 : Document descriptif de notre travail destiné aux participantes	41
ANNEXE 3 : Guide d'entretien initial	42
ANNEXE 4 : Guide d'entretien final	43
ANNEXE 5 : Méthodes d'observation de la glaire	44
ANNEXE 6 : Méthode de l'Allaitement Maternel et Aménorrhée	49
ANNEXE 7 : Méthode des températures basales	50
ANNEXE 8 : Méthode d'Auto-Observation et sympto-thermie	52
ANNEXE 9 : Méthodes calculo-thermiques	54
ANNEXE 10 : Méthodes Calendaires	55
ANNEXE 11 : Méthodes hormonales	57
Bibliographie :	58
ANNEXE 12 : Caractéristiques des participantes	60
ANNEXE 13 : Codages et citations	62
ANNEXE 14 : Retranscriptions des entretiens	71
Participante 1	71
Participante 2	83
Participante 3	88
Participante 4	93
Participante 5	101
Participante 6	107
Participante 7	115
Participante 8	121
Participante 9	128
Participante 10	135
Participante 11	141
Participante 12	146
Participante 13	150
Participante 14	154
Participante 15	160
Participante 16	163
Participante 17	168
Participante 18	186
Participante 19	194
Participante 20	202
SERMENT D'HIPPOCRATE :	205
RÉSUMÉ :	206
ABSTRACT:	207

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CLER : Centre de Liaison des Équipes de Recherche sur l'amour et la famille

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

CPEF : Centre de Plannification et d'Éducation Familiale

DIU : Dispositif Intra Utérin

FABM : Fertility Awareness Based Method

FACTS : Fertility Appreciation Collective to Teach the Systems

FSH : Follicle-Stimulating Hormone

HAS : Haute Autorité de Santé

HIV : Human Immunodeficiency Virus

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Luteinizing Hormone

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel, et de l'Aménorrhée

MAO : Méthode d'Auto-Observation

MCO : Méthode de Connaissance de l'Ovulation

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNF : Planification Naturelle Familiale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Dans les consultations de médecine générale, le choix d'une méthode de contraception est un motif fréquent (1)(2). La contraception est par ailleurs un sujet d'intérêt pour beaucoup de femmes : parmi les femmes en âge de procréer, ne désirant pas de grossesse en France en 2013, 96,3% d'entre elles utilisaient un moyen de contraception (3). La majorité (83%) de celles-ci utilisent des moyens de contraception « classiques », c'est à dire des méthodes hormonales, des dispositifs intra-utérins, et préservatifs. Parmi les caractéristiques les plus importantes pour les femmes dans leur choix de contraception, l'efficacité et l'absence de dangerosité pour la santé sont décrits comme des éléments majeurs (4). Ainsi, il a été noté depuis la polémique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération qu'une femme sur cinq a changé de mode de contraception, et le recours à la pilule est passé de 50 à 41% entre 2010 et 2013 (3). Dans ce contexte, une petite partie des femmes utilise de manière grandissante d'autres méthodes, (6,2% en 2010 à 9,3% en 2013) (3)(5).

Parmi ces autres méthodes sont comptées les « méthodes naturelles », que l'OMS définit comme des méthodes « basées sur l'observation des signes et symptômes apparaissant naturellement durant les phases fertiles et infertiles du cycle menstruel. L'identification de la phase fertile peut autoriser un couple à choisir le moment de ses unions sexuelles pour éviter ou favoriser une grossesse. La régulation naturelle des naissances fournit ainsi une alternative à ceux qui, pour quelque raison que ce soit, ne peuvent ou ne souhaitent pas utiliser des contraceptifs pharmacologiques ou mécaniques » (6).

Sur le site gouvernemental www.choisirscontraception.fr, on « qualifie de "naturelles" toutes les méthodes qui visent à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là. ».

Ces définitions ne prennent pas en compte les couples qui utilisent des méthodes barrières lors des périodes qu'ils ont identifiées comme fertiles. Une nuance a donc été faite dans la définition de ces méthodes, appelées dans les études en anglais « méthodes basées sur la connaissance de la fertilité » ou FABM (7), pour ne pas exclure cette population. En français, ce terme a pu être simplifié en « méthodes de connaissance de l'ovulation. » Les femmes qui les utilisent peuvent se baser sur différents signes : observation de la glaire cervicale, prise de la température quotidienne, positionnement du col utérin, calculs ou comptage des jours (cf. annexes 5 à 11).

En France, il n'y a pas d'études qui évaluent précisément l'utilisation de chacune de ces approches. La grande étude française par l'équipe FECOND (3)(5) en permet une approximation, en les comptabilisant avec le retrait et des méthodes locales. Malgré tout, les FABM restent assez méconnues du grand public et des médecins, gardant une image obsolète et inefficace (4).

Dans une société qui encourage de plus en plus une relation du médecin « centrée sur le patient » (8), il est important de comprendre les représentations des patients pour mieux les accompagner dans leur projet de soins (9). Pour les FABM en particulier, qui peuvent s'apprendre et se pratiquer indépendamment du monde médical, il est intéressant de savoir pourquoi des femmes font ce choix-là, quelles satisfactions cela leur apporte ou à quelles difficultés elles sont confrontées.

L'objectif de cette étude était d'appréhender le vécu et les motivations, que ce soit au niveau personnel, dans le couple, avec l'entourage, et avec le monde médical des femmes qui pratiquent ou qui ont pratiqué les méthodes de connaissance de l'ovulation pour réguler les naissances.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Justification de l'approche qualitative

Ce travail est une étude qualitative, d'approche phénoménologique, avec des entretiens semi-dirigés et individuels.

Cette méthode permet de collecter et d'analyser des données subjectives, telles que des représentations, le vécu, et les comportements des personnes. Elle permet d'explorer l'existence et la signification de phénomènes sociaux ou psychosociaux (10), et ainsi, d'avoir une approche globale de la femme, d'étudier son ressenti, ses émotions, et des éléments d'ordre psychologique.

Population de l'étude

Critères d'inclusion :

- Etre âgée de plus de 18 ans.
- Utiliser ou avoir utilisé une méthode de connaissances de l'ovulation dans un but d'espacer ou d'éviter les grossesses.

Critères d'exclusion :

- Femmes mineures.
- Femmes ayant des troubles cognitifs ou un handicap mental.
- Femmes sous protection juridique.
- Utilisation des méthodes de connaissance de l'ovulation uniquement dans un but d'aide à la procréation.

Les femmes ont été recrutées par des annonces (cf. annexe 1) qui ont été données à plusieurs professionnels de santé (sage femmes, gynécologues, médecins généralistes). Nous avons également publié cette annonce sur les sites internet des associations de formation de ces

méthodes naturelles, dans de nombreux blogs féminins, ou sur des groupes Facebook® à propos des méthodes naturelles. Le recrutement a aussi été fait en petite partie par effet boule de neige.

Plusieurs femmes nous ont appelées spontanément pour participer à un entretien en ayant vu le document descriptif de notre travail. Pour les autres, leurs coordonnées nous ont été transmises par des professionnels de santé. Parmi toutes les femmes contactées, aucune n'a refusé de participer.

Le recrutement s'est étendu d'avril 2016 à avril 2017.

Le choix des différentes participantes a été fait dans un souci d'explorer la diversité des femmes ayant recours à ces méthodes. Nous avons recherché des participantes en variation maximale sur les critères de leur âge, leur croyance spirituelle, leur catégorie socio-professionnelle et leur situation conjugale.

Les premiers contacts se sont fait par téléphone ou courrier électronique pour programmer un entretien.

Recueil des données

Les deux investigateurs étaient des internes en médecine générale de Grenoble et elles n'avaient pas de conflit d'intérêt. L'étude a été envisagée avec la grille COREQ (11), grille de validité pour les méthodes qualitatives. Chaque investigateur a réalisé, indépendamment de l'autre, des entretiens semi-dirigés individuels, après l'accord de chaque participante qui avait reçu une information orale et écrite (cf. annexe 2).

Ces entretiens étaient réalisés soit en personne au domicile de la participante, soit grâce au logiciel Skype™, et plus rarement par téléphone.

Les entretiens étaient réalisés sur la base d'un guide d'entretien, qui abordait les principaux thèmes de la recherche et qui comportait des questions ouvertes et fermées. Il a été élaboré

selon l'état actuel des connaissances scientifiques (12)(13)(14)(15). Au fur et à mesure de nos entretiens, nous avons modifié ce guide pour optimiser le recueil d'informations. Les deux versions se trouvent en annexe (cf. annexes 3 et 4).

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est à dire jusqu'à ce qu'aucun élément nouveau ne soit exprimé par une participante pendant au moins deux entretiens consécutifs.

Chaque entretien enregistré a été retranscrit littéralement par le logiciel Microsoft Word, par l'investigateur ayant réalisé l'entretien. Ces verbatims, visibles en annexe, ont été systématiquement relus par les participantes et modifiés si elles le souhaitaient, (deux seulement ont ajouté des modifications). Les verbatims ont été anonymisés. Les données ont été exploitées avec l'accord de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Méthode d'analyse

Chaque verbatim a été analysé par les deux chercheurs indépendamment, puis mis en commun pour réaliser une triangulation des données. Le fruit de cette analyse a été transcrit sur le logiciel NVivo de QSR International. Le codage s'est fait en plusieurs niveaux : tout d'abord une analyse ligne par ligne, pour faire ressortir les idées exprimées, puis une analyse thématique pour regrouper et classer les codes précédemment mis en évidence (16).

RESULTATS

Vingt femmes ont participé à l'étude. Le tableau résumé des caractéristiques des participantes est présenté en annexe (cf. annexe 12).

Motivations et vécu personnel des femmes vis à vis des FABM

Connaissance et respect du corps féminin :

L'immense majorité des femmes a soit été motivée, soit a perçu comme avantage, que la pratique des FABM permettait « une meilleure connaissance de son corps », et d'être ainsi « relié(e) à son corps ». Elles trouvaient « ça passionnant, de comprendre vraiment, ce qui se passe », « important de savoir comment (elles) fonctionnai(ent) ». Pour elles, ce n'était « pas tant [...] une contraception... qu'une manière de (se) connaître (soi) avant tout ». Cette « meilleure compréhension, du coup, de tous les signes féminins » leur permettait de « ressentir toute (leur) subtilité de femme ».

Les femmes rapportent un « émerveillement » devant la découverte de leur physiologie, avec des superlatifs nombreux : « génial », « enthousiasmant », « incroyable », « très chouette », et « fabuleux ». Elles sont nombreuses à faire « confiance à (leur) corps » car si « ça exist(e) dans la nature, et qu'il y a un cycle », elles peuvent « s'en servir ». Du coup, la plupart ne « voulais(ent) surtout pas intervenir [...] artificiellement dans (leur) cycle ». Ce fonctionnement « naturel » leur permet selon elles de « se respecter ». Ainsi, une de leur motivation principale pour débiter une FABM était « une démarche personnelle de santé, de cohérence par rapport à (leur) corps ».

Autonomie et indépendance lors de la pratique des FABM :

Un autre point important pour ces femmes était d'avoir « une méthode qui (les) rend(e) autonome », avec l'impression que celle-ci leur permette de reprendre « possession de (leur)

esprit et de (leur) corps ». Elles sont nombreuses à revendiquer un « contrôle [...] sur la fertilité », et une « maîtrise sur [...] la contraception ». Elles disent goûter au fait « d’être indépendant(e)s » sans avoir besoin « d’aller à la pharmacie ou au supermarché pour acheter quelque chose pour [...] avoir des unions », et de ne pas « avoir quelque chose d’intrusif dans la relation intime ou amoureuse ».

Epanouissement personnel :

Une majorité de femme rapportent « une vraie satisfaction intérieure » suite à l’utilisation des FABM. Certaines rapportent que « le travail avec les cycles a transformé (leur) vie », et combien elles sont « hyper contente(s) » d’avoir connu ces méthodes « assez incroyable(s) » pour leur épanouissement personnel, leur « vie de couple »... Par cette « connaissance interne » certaines femmes ont pu développer une « confiance en (elles) ». Cela leur a appris aussi « à être vraiment à l’écoute d’(elle) même(s) ». Un petit nombre a vu ces méthodes comme un « travail [...] de détective », « un défi ».

La spiritualité, moteur pour les FABM :

Quelques femmes ont choisi les FABM suite à l’invitation de « l’Église catholique », par rapport à leur « foi », ou encore rapport aux obligations de leur « pratique religieuse ». Pour d’autres, cela a été l’aboutissement d’ « un cheminement », d’ « un choix personnel ». Pour certaines, cela a été le fruit d’une « démarche de recherche spirituelle, qui forcément déteint sur (leur) choix de vie ». Elles rapportent parfois « un travail » et une « élévation spirituelle ».

Préoccupation sur l’écologie environnementale :

Le motif « écologique » pour choisir les FABM revient fréquemment, avec un questionnement sur « l’impact sur (elles) et l’environnement ». Certaines se préoccupent du « latex (jeté) à la poubelle régulièrement », et d’autres des « hormones dans les urines » qui terminent « dans les rivières et les poissons ». Là encore, ce choix de « mode de vie naturel »

est souvent en cohérence avec les préoccupations écologiques rapportées par les femmes, par exemple du même ordre qu'« acheter bio ».

Adhésion variable aux FABM :

La plupart des participantes ont « confiance » et ne « doute(nt) pas » de leur méthode. Elles sont soit « rassuré(es) » par le côté « scientifique » des FABM, ou pour certaines, la confiance est venue avec le « recul » et l'expérience. D'autres « se rassure(nt) » avec une aide technologique qui donne « une double sécurité ».

À l'inverse, certaines ne trouvent pas leur méthode « fiable » « sans compléments, sans méthodes barrières ». Ce manque de confiance peut s'expliquer chez certaines lorsque la méthode « n'a pas marché », sans parfois avoir « compris » d'où venait l'erreur. Ces échecs entraînent soit une perte de confiance en la méthode, soit « curieusement » une perte de « confiance en (elle) », en gardant l'idée que « ces méthodes naturelles sont précieuses [...] et fiables ».

Contraintes et exigences des FABM :

Les femmes rapportent très souvent que ce sont des méthodes « contraignante(s) » et « un chemin d'exigence ». « Prendre la température tous les matins [...] trois minutes », de même que « l'observation » sont considérés comme « long(s) », « fastidieux », « ennuyeux », voire « rasoir ». En conséquence, les femmes n'ont parfois « plus envie ». Ainsi, certaines ont choisi d'utiliser le « Lady-Comp » ou une « appli » pour limiter ces contraintes.

Beaucoup de femmes insistent sur l'importance de certains facteurs pour pratiquer les FABM. Tout d'abord, une « certaine hygiène de vie », et le fait d'être « rigoureux ». Elles disent qu'il « faut être motivé », bien « formé » et « accompagné » en rencontrant « une conseillère ou un couple moniteur ». Ces méthodes demandent selon elles une bonne « communication » dans le couple et « implique(nt) quand même une certaine notion de [...] fidélité » et de

« stabilité ». Par conséquent, les femmes relèvent souvent que ces méthodes ne sont pas adaptées pour tout le monde : femmes « gêné(es) » par l'auto-observation, « enfant [...] de quinze ans », femmes qui « change(nt) de partenaire ».

Malgré cet impératif de rigueur, certaines femmes disent faire « un peu un mélange de tout » et procéder par « recoupement » quand à l'observation de leurs signes de fertilité.

Cependant, des femmes on fait « des inconvénients » de la méthode « des forces », et ne voient maintenant « que des avantages » ou « des contraintes » choisies comme faisant « partie du tout ».

Rejet de la contraception classique :

De très nombreuse femmes remettent en cause la contraception classique, car elles ne veulent plus « se laisser [...] manipuler [...] sans réfléchir » quant aux « effets sur la santé de la pilule. » Devant l'absence de « retour » perçu « sur ce que peuvent provoquer les prises d'une même substance toute (leur) vie », elles ont « arrêt(é) la pilule qui glisse dans gorge ». Elles ne veulent pas « laisser cette partie de (leur) vie [...] dans les mains d'une industrie pharmaceutique ».

Ne se considérant « pas malade(s) » beaucoup de femmes disent ne pas vouloir « avaler un médicament tous les jours », et voient dans la prise de pilule une « contrainte » qui n'a « plus d'intérêt », et dans le « stérilet » qu'il « faut [...] contrôler » un moyen de « reste(r) dépendant de quelque chose d'extérieur ». De manière répétée, les femmes rapportent ne pas avoir envie de se « doper aux hormones ». Elles refusent aussi la présence d'un « corps étranger à l'intérieur (d'elles) », que ce soit un « diaphragme », un « stérilet », ou « un implant ». Certaines femmes ont rapporté s'être senties « psychologiquement propre(s) » et « libérée(s) » suite à l'arrêt de la pilule.

Un certain nombre de femmes rapporte soit des effets indésirables vécus avec la contraception classique : « pertes de sang », « problèmes de libido », « infections urinaires », utérus « perforé », soit une peur d'effets indésirables de la pilule : « prise de poids », ou « moins de libido ». Une petite partie a eu des échecs de leur méthode de contraception antérieure (« deux IVG, une sous stérilet »), ou ont une contre-indication à la pilule, du fait d'une pathologie particulière (« antiphospholipides »). Certaines sont méfiantes envers le stérilet, car elles « assimile(nt) ça à des mini avortement ». Par conséquent, le choix des FABM est parfois fait « un peu par élimination ».

Aspect financier des FABM :

Pour terminer, les méthodes sont vues comme « financièrement » avantageuses « une fois qu'(elles sont) autonomes », mais pour certaines, avec un certain « coût aussi » de la formation.

Vécu en couple :

Effets des FABM sur les liens du couple :

Pour de nombreuses femmes, il y a un partage en couple des FABM, qui est perçu comme « un sujet intéressant [...] dans le couple de gérer ça à deux ». Cela « oblige » l'homme à se sentir « beaucoup plus partie prenante de la contraception dans le couple qu'auparavant ». Pour certaines femmes le conjoint doit être « d'accord avec ça » et « motivé autant qu'(elles) ». Cependant, l'investissement des conjoints est perçu comme très divers : certaines vivent « cette méthode un peu de (leur) côté », d'autres ont un « soutien technique » du conjoint. Enfin, certains conjoints sont tellement investis que « sans ce mari-là » elles utiliseraient un autre moyen de contraception. Pour certaines, toutefois, « c'est quand même plus la femme qui s'en occupe que l'homme [...] et puis ça repose beaucoup sur la femme ».

Beaucoup affirment que les FABM leur « apporte(nt) beaucoup dans (leur) vie de couple ». Selon elles, les FABM leur ont « appris à se connaître l'un et l'autre », les ont fait « grandi(r) en intimité de couple », les ont fait devenir « beaucoup plus complice(s) ». Elles affirment avoir « beaucoup évolué en bien dans l'écoute mutuelle », et « mieux communiquer [...] dans le couple », sans « avoir peur [...] de parler de la sexualité ». Pour d'autres femmes, la pratique des FABM n'a « franchement [...] rien changé » à leur lien de couple.

Plusieurs fois il est rapporté par les femmes que les FABM sont « un mode de vie plus qu'une méthode » et sont « au delà d'un simple moyen de contraception ». Un petit nombre ne considère pas leur méthode comme une « méthode de contraception ».

Pour quelques femmes, leur méthode est un « détail qui fait partie d'une démarche globale » avec une recherche de « sens de ce que l'on pouvait vivre dans le couple », qui, une fois « compris » ne fait plus vivre « de la même façon du tout » la méthode.

Effets des FABM sur la sexualité du couple :

Au niveau de la sexualité, pour les femmes qui vivent l'abstinence périodique, cela est perçu comme un « inconvénient, » particulièrement pour des cycles avec « des périodes fertiles très longues ». L'abstinence est cependant souvent vécue comme positive, car elle « apprend à exprimer (l')amour autrement que dans la relation sexuelle ». Certaines trouvent qu'elle leur permet de plus « rythmer les choses », car cela peut « redonne(r) une sorte d'élan » et donc trouvent « finalement cette période d'attente [...] très chouette ». Elles rapportent « plus de plaisir » après une période d'abstinence, décrivant ces moments comme « magique(s) ».

Beaucoup de femmes rapportent que les FABM les ont « épanoui(e)s sexuellement », que « les rapports ne sont plus les mêmes », qu'elles se sont « réapproprié(es leur) plaisir ». Certaines disent que leur « amour a grandi » grâce à « l'approfondissement du sens de la relation sexuelle dans le couple », car la « méthode vient chercher l'authenticité de la relation

intime de la sexualité ». Un petit nombre a l'impression d'être « plus actrice de (sa) sexualité et d'être beaucoup moins passive(s) ». Au contraire, pour d'autres, la pratique des FABM n'est « pas ce qui fait [...] (leur) sexualité », et elles ne notent donc aucun changement.

Contrôle des naissances et gestion d'une grossesse imprévue :

Face à la problématique du contrôle des naissances, un petit nombre de femmes trouve que la période d'abstinence est en cohérence avec « les états d'âme du couple » et est « en accord avec (leur) non désir d'enfant ». Par exemple, quand elles ne veulent pas d'enfant, elles n'ont « jamais envie de faire l'amour au moment où (elles sont) fertile(s) » ou n'ont pas de rapport avec « pénétration parce que c'est pas en accord avec ce qu'(elles) veu(lent) ».

Devant l'hypothèse d'une grossesse imprévue, de nombreuses femmes vivent « des moments de grandes angoisses du fait effectivement de pas avoir de contraception ». D'autres, ayant « le désir d'avoir une grande famille » sont moins inquiètes à ce sujet. Une majorité « n'avorterai(ent) pas » si cela arrivait et « accueill(er)ai(en)t avec plaisir » une grossesse imprévue, quoique certaines « ne (savent) toujours pas » ce qu'elles feraient.

Les femmes rapportent une ambiguïté devant des grossesses non prévues, pour lesquelles elles identifient a posteriori « une envie de ce bébé », qui a ainsi pu être conçu « en conscience ».

Enfin, les FABM « permet(tent) d'aider pour avoir des grossesses » car un petit nombre de femmes disent les avoir utilisées « plutôt dans une optique de conception » à un moment de leur vie.

Vécu des femmes avec leur entourage :

Influence de l'entourage :

Tout d'abord l'influence de l'entourage peut « motive(r) » certaines à se former pour les FABM. Il y a également un facteur « un peu culturel » qui invite les femmes à se diriger vers ce moyen de contraception. L'héritage familial peut être important avec un « cadre familial » très favorable aux FABM et une « maman » qui enseigne les méthodes à ses enfants. Souvent, pour les participantes, leur entourage pratique également les FABM : « voisins », « bons amis », « cousine », « sœurs », « belles sœurs »... Ce n'est « pas rare ».

Pour certaines, cela reste « dur socialement », au sein d'une société qui n'aide pas « dans ce fonctionnement » et qui véhicule « beaucoup de clichés ».

Réactions de l'entourage :

Quand les participantes parlent à leur entourage de ces FABM, les réactions sont très variées : un sentiment de jugement avec « des regards de “vous auriez pu vous débrouiller mieux que cela” », des collègues « moqueurs ». D'autres proches « s'inquiètent » avec « une peur latente » : est ce que « c'est vraiment fiable ? » D'autres réagissent en étant « assez sceptiques » avec beaucoup « d'interrogations » tout en n'ayant « pas trop confiance ». Enfin, cela « intéresse » un certain nombre de membres de l'entourage, amenant « souvent des discussions sur la physiologie de la femme, vraiment interrogatives ».

Promotion des FABM :

La plupart des participantes souhaitent promouvoir leur FABM. Quelques unes voudraient que l'on « mentionne » ces méthodes dans « les collèges et les lycées » pour que « ça évolue de ce côté-là ». La plupart « commence(nt) à en faire la promotion dès que l'occasion se présente » et « en parle(nt) à tout le monde » sans « vraiment aucun tabou, » en ayant « envie que tout le monde le sache ». Sous leur impulsion, « certaines ont commencé à prendre un peu leur température ou d'autres qui ont commencé à observer leur glaire ». Des amis « enthousiasmés par cette méthode » vont faire des « stages » pour se former. Des

participantes veulent « devenir monitrice » ou le sont devenues pour l'enseignement dans un cadre plus formel.

Des parents sensibilisent sur ce sujet leurs « enfants » avec qui ils rencontrent « une adhésion complète » car cela « fait partie complètement de (leur) vie et donc tout est normal et naturel ! ». Certaines participantes veulent « faire changer les mentalités » et peuvent même créer un site internet « pour un peu essayer de communiquer différemment sur ces méthodes » en sortant de leurs milieux. Car pour elles, « le message de se connaître, comprendre son corps, [...] faire attention à sa santé, être autonome, être responsable, il peut toucher bien plus que [...] des catholiques ».

Certaines, professionnelles de santé, « l'envisage(nt) aussi vraiment comme une partie de (leur) travail » avec « une envie de transmission par rapport à ça ». En en discutant avec les « patients », elles veulent « sensibiliser les gens aux méthodes naturelles. » Et dans des « consultations sur une contraception, même pour des jeunes [...] ça fera partie de toutes les méthodes » dont elles peuvent parler avec la patiente.

Cependant, un petit nombre de femmes « avoue » n'en avoir « jamais parlé à des amis », se disant d' « une génération pudique », Pour elles, « la contraception reste quelque chose d'assez intime dans un couple ».

Vécu des femmes avec le corps médical :

Relation des femmes avec le corps médical :

Les participantes adoptent des attitudes très variées vis-à-vis du corps médical sur ce sujet des FABM. La plupart ont une relation de confiance dans ce domaine avec un médecin qui a pu leur donner « des réponses de confiance », où elles ont pu « lui demander conseil », où « l'échange a été très fructueux ».

D'autres choisissent leur médecin ou professionnel de santé « exprès » en fonction de leurs convictions.

Cependant, parfois, certaines femmes disent « ne plus du tout (avoir) confiance » suite à un vécu médical douloureux où elles trouvent que les médecins « ont usurpé quelque chose de leur pouvoir médical ». La relation médecin-patiente a parfois souffert suite à des « réactions [...] disons de frayeur » qu'elles n'ont plus « envie d'avoir ». Un petit nombre de femmes a peur que le médecin « donne quelque chose qui puisse nuire » et interférer avec les FABM. Plusieurs femmes déplorent aussi « un manque de connaissance [...] très clairement » sur ce sujet du corps médical qui du coup a du mal à « aider dans ce domaine ». Ainsi quand le médecin « donnait des conseils » pour cela, elles trouvaient que « ce n'était jamais de vrais conseils à suivre, enfin vraiment, franchement erronés ». D'où une perte de confiance vis-à-vis du corps médical, et une tendance des participantes à faire appel pour la formation « à des formateurs extérieurs. Non médicaux ». La femme peut se considérer aussi comme « assez spécialiste dans le domaine » et ne donc pas une aide auprès du corps médical. Enfin, la plupart expriment une volonté d'indépendance vis-à-vis du corps médical, avec un refus de médicalisation, voulant être « autonome ». Elles souhaitent « une contraception hors médecin, hors médecine, hors cabinet médical », disant même : « sans quelqu'un pour pouvoir gérer notre contraception, c'est génial ! ».

Réactions du corps médical face à la pratique des FABM :

Quand les patientes expriment qu'elles pratiquent une FABM, les réactions du corps médical sont variées. Parfois elles se sentent « incomprises ». De temps à autre, elles ont l'impression d'être « moquées », d'être vues comme « des niais, des naïfs », « un peu retardé(es) » et trouvent ces réactions « très très déplacé(es) ». Parfois, les médecins peuvent être « très sceptiques. » La réaction est cependant souvent neutre sans que le médecin « relève ». Le professionnel de santé peut aussi proposer son aide en se « replonge(ant) dans ses

documents » et en « donn(ant) des courbes » de température. Enfin, le médecin peut donner des conseils de prudence en disant que c'est « bien mais de faire attention » parce que ce ne sont « pas des méthodes vraiment très fiables ». Il peut aider dans la réflexion en demandant à la patiente si elle a « bien conscience de » ce qu'elle fait. Plusieurs professionnels de santé sont décrits comme « bienveillant(s) », « accueillant(s) », ou « ouverts » sur la question, ce qui peut parfois « étonne(r) » les femmes. Pour finir, des membres du corps médical sont décrits comme « à fond » et trouvant « ça génial ».

Souhaits et désirs des femmes vis-à-vis du corps médical :

Les participantes ont de nombreux souhaits et désirs vis-à-vis du corps médical. Tout d'abord, elles demandent « un regard plus positif et bienveillant » et « d'être vraiment respectée(s) » dans leurs choix. Elles veulent aussi que les méthodes ne soient « pas autant dévalorisé(es) » avec une « ouverture » d'esprit du corps médical sur les FABM.

Un petit nombre de participantes souhaite que le médecin « se spécialise » dans ce domaine, et beaucoup souhaitent que « cela fasse partie de la formation médicale », « qu'il puisse être suffisamment informé » et « formé » à tout ça. Elles demandent que « le corps médical ait simplement la connaissance de l'efficacité et de la fiabilité » des FABM, « que ça soit plus tabou ». Ceci pour que le médecin « puisse [...] la proposer comme une autre méthode » et qu'il « sensibilise les gens à cette méthode qu'ils ne connaissent pas ». Les femmes insistent pour la plupart sur le fait qu'« il faudrait que ça soit proposé au même niveau que tous les autres moyens » de contraception « parce que ça peut correspondre à certaines femmes ». Les participantes précisent que « ce sont des éléments qu'on devrait donner à tout le monde pour que les personnes puissent choisir librement ce qui leur conviendrait réellement en toute liberté ». Elles veulent « une vraie proposition » et « qu'après chacun pourrait prendre son choix de contraception consciemment en fait ». Les patientes désirent ainsi qu'on leur « rende

un peu cette connaissance et cette autonomie ». et d'arrêter d'être « déresponsabilisé(es) » avec un médicament.

« Si le médecin n'est pas suffisamment formé », les participantes sont nombreuses à réclamer « qu'il puisse réorienter les personnes » et « qu'ils renvoient vers des moniteurs ».

Quelques participantes demandent au médecin qu'il puisse jouer « un rôle de conseil et d'information complet » et qu'il a tout à fait « une place à prendre à ce sujet-là ».

D'autres femmes aimeraient des explications « des gynécos ou même des généralistes » sur « comment ça se passe un cycle » et d'autres points de physiologie. Enfin, les femmes réclament en petit nombre une indépendance, « une transparence » du corps médical vis-à-vis « des firmes pharmaceutiques ». Et également que « la science un peu s'y mette », que le « côté scientifique des méthodes » soit connu.

DISCUSSION

Principaux résultats :

D'un point de vue de leur vécu personnel, les femmes relèvent avant tout l'importance de la connaissance de leur corps, l'autonomie et l'indépendance qu'elles ressentent en pratiquant les FABM, ainsi que la notion d'épanouissement personnel.

Les motivations pour les mettre en place peuvent être en cohérence avec leur spiritualité ou leur préoccupation écologique ou encore par rejet de la contraception classique.

Les FABM restent cependant contraignantes et exigeantes, et la confiance que les femmes ont en la méthode est très variable suivant les échecs rencontrés.

Concernant le vécu en couple, les femmes sont nombreuses à penser que les FABM renforcent leur lien de couple et améliorent leur sexualité, ce qui n'est pas le cas cependant pour toutes les participantes. Face à l'hypothèse d'une grossesse non prévue, les réactions des femmes sont diverses.

L'entourage proche a pu en motiver certaines à pratiquer les FABM, mais en général les personnes autour des femmes ont des réactions très variées quand elles en parlent. La majorité des femmes interrogées veulent promouvoir les FABM.

Enfin, vis-à-vis du corps médical, les relations des femmes avec les professionnels de santé sont variées : entre confiance, refus de médicalisation et désir d'indépendance. Les professionnels de santé ont eux aussi des réactions très diverses quand leurs patientes annoncent pratiquer ces FABM. Les femmes ont de nombreux désirs et souhaits vis-à-vis du corps médical sur ce sujet : une connaissance et une formation du corps médical, une « ouverture » d'esprit, et que les professionnels de santé proposent ces méthodes puis laissent la liberté de choix aux patientes.

Forces de l'étude :

Cette étude porte sur un sujet novateur et d'actualité (17), dans un contexte de diminution de la prise de la pilule œstro-progestative. De plus, un grand soin a été apporté dans la recherche d'un échantillonnage le plus varié possible en regard de plusieurs caractéristiques, comme l'âge, la situation matrimoniale, le niveau socio-économique, et le type de FABM. L'objectif n'a pas été de constituer un échantillon le plus représentatif possible, mais bien de faire dialoguer, se rencontrer différents points de vue.

D'un point de vue méthodologique, cette étude répond à 30 critères sur 32 de la grille COREQ d'évaluation de la validité des analyses qualitatives (11).

Limites de l'étude :

Les deux investigatrices de l'étude étaient peu expérimentées en recherche qualitative, mais ont été encadrées par une directrice de thèse compétente en la matière.

En dépit de très nombreuses recherches et demandes, il a été difficile de trouver un échantillon plus varié au niveau des religions pratiquées par les participantes, ou un plus grand nombre de femmes ayant arrêté les FABM. Il se peut que la pratique de ces méthodes est peu répandue dans certaines catégories de population, hypothèse qui a été avancée plusieurs fois oralement aux chercheurs par des professionnels de santé en contact avec elles. De plus, les personnes ayant stoppé les FABM étaient difficiles à recruter car elles ne sont plus en contact avec les organismes de formation et les professionnels de santé qui les suivent n'ont pas forcément la notion qu'elles ont pratiqué antérieurement ces méthodes. Dans un contexte de discussion d'un sujet très intime, la pratique d'un focus groupe n'a pas semblé adaptée. De même, réaliser des entretiens à plusieurs investigateurs est apparu délétère à une expression libre sur ce sujet délicat. Pour harmoniser les réponses induites par les questions des investigatrices, le guide d'entretien a été suivi par les deux chercheuses, et les techniques d'entretien discutées à deux.

Il peut être intéressant de souligner que la plupart des femmes interrogées ont le sentiment de pratiquer une méthode peu courante, qu'elles ont quasiment toutes à cœur de promouvoir. Dans ce contexte, elles ont pu être sur la défensive, connaissant la profession des investigatrices. Dans les entretiens, il existe probablement un biais de survalorisation de la méthode car comparativement à la littérature, plusieurs points négatifs ou difficultés n'ont jamais été exprimés (13).

Enfin, l'analyse qualitative était surtout thématique, et une approche plus intégrative serait intéressante pour poursuivre ce travail. Cette analyse intégrative permettrait d'approfondir cette étude en cherchant des liens entre les thèmes et sous-thèmes des différentes catégories pour faire peut-être émerger une modélisation ou une conception différente du sujet.

Comparaison avec la littérature :

De nombreuses femmes de l'étude ont un niveau socio-économique élevé, sont souvent de religion catholique, et en couple stable, ce qui est mis en évidence à de nombreuses reprises dans la littérature (13)(18)(19).

Dans les études de Van de Vusse et Perez (13)(20), il est décrit que les raisons principales du choix d'une FABM sont par respect du corps dans 42% des cas, pour des motivations religieuses ou morales pour 15 à 30%, et par peur des effets indésirables de la contraception classique dans 14% des cas, motivations retrouvées également dans ce travail.

L'importance accordée par les femmes à la connaissance du corps est aussi plusieurs fois soulignée, de même que le sentiment d'émerveillement devant sa physiologie (21)(22). Le contrôle sur sa fertilité et sur soi-même est là aussi perçu comme un bénéfice des FABM (13) dans la littérature.

De même, un changement positif de la relation de couple et de la sexualité sont largement rapportés par une majorité de femmes, dans une population où la communication avec le partenaire et son intérêt dans les méthodes sont importants pour les femmes (4)(12)(13)(21).

Cependant, de façon plus marquée que cette étude, d'autres travaux comme ceux de Van de Vusse, Pallone, Oddens, ont mis en évidence des difficultés au niveau sexuel, comme une diminution de la fréquence et de la spontanéité des rapports sexuels (5,1 rapports par mois chez les personnes utilisant les FABM, contre 5,5 en moyenne mondiale), ainsi qu'une possible dégradation des liens du couple pour une petite partie de l'échantillon (13)(18)(23).

Dans l'étude de Van de Vusse, il est aussi noté que les FABM peuvent permettre l'approfondissement de la spiritualité (13), ce qui est également retrouvé dans ce travail.

Le côté exigeant et contraignant des FABM est aussi rapporté (13).

Dans l'étude de Pérez (20), il est souligné que jusqu'à 97% de femmes acceptent la possibilité d'une grossesse imprévue en utilisant les FABM, ce qui est cohérent avec cette étude où beaucoup de participantes ont indiqué poursuivre une grossesse imprévue. Il a été suggéré dans la littérature que l'utilisation des FABM est associée à un recours à l'IVG moins important que dans les populations n'utilisant pas ces méthodes (18)(24)(25).

Le fait d'avoir le désir de grossesses futures est un facteur associé au choix des FABM (26).

Les FABM peuvent aussi être une aide à la conception : ainsi, l'observation de la glaire a été liée à une probabilité de grossesse plus importante, indépendamment de l'utilisation de tests de LH urinaires (27).

De nombreuses femmes dans cette étude rapportent connaître d'autres membres de l'entourage qui pratiquent les FABM. Il a été montré dans l'étude d'Oddens, que la perception que d'autres personnes utilisent telle méthode de contraception augmente son utilisation (4), et peut donc expliquer en partie le choix qu'ont fait les femmes. L'étude de Van de Vusse note également que les réactions de l'entourage peuvent être blessantes quand le sujet des FABM est abordé (13).

Comme plusieurs femmes de cette étude, il a été rapporté chez Van de Vusse que certaines femmes souffrent de l'attitude parfois perçue comme négative des médecins, et peuvent en

conséquence avoir peur de leur en parler (13). Même sans griefs envers eux, il est noté dans l'étude de Guida que de nombreuses femmes souhaitent éviter une médicalisation de leur contraception, et avoir un contrôle sur leur fertilité (22), ce qui a été affirmé de nombreuses fois par les participantes de ce travail.

Ouvertures :

Dans la littérature, il est rapporté à plusieurs reprises, que l'on peut distinguer deux groupes de couples pratiquant les FABM. Certaines personnes vivent la pratique des FABM comme une obligation morale et religieuse. Elles mettent plutôt en avant l'aspect purement « technique » ou même « physiologique » des FABM, comme par exemple l'importance de la connaissance du corps, et la communication portant sur les modalités pratiques de la méthode. Pour d'autres au contraire, le choix des FABM n'est pas un devoir, mais un choix personnel, mûri et réfléchi. Dans ce groupe, les couples voient ces méthodes au-delà d'une simple contraception et vivent un « cheminement », un changement de vie, avec ces FABM. Cette approche, qualifiée de « psychologique », est souvent associée à l'expression d'attitudes plus élaborées, telles le respect de soi et du conjoint, et le développement d'une intimité de couple. Il a été remarqué que ces personnes évoquaient plus souvent une relation personnelle avec une puissance transcendante (28). Cette dichotomie a fait mettre en évidence une satisfaction plus importante chez les personnes chez qui le sentiment religieux est important, versus celles qui utilisent les FABM par devoir ou obligation religieuse (29). Il est intéressant de voir dans ce contexte qu'il a été noté une association entre la pratique des FABM et le bien-être spirituel, même si ces études portaient sur un nombre restreint de personnes (14). Bien que non recherchées explicitement, ces différentes attitudes « physiologiques » et « psychologiques » ont pu se dessiner dans les propos des participantes. Il serait intéressant de poursuivre la recherche pour vérifier si ces différentes approches sont d'actualité en France, et si elles ont des conséquences sur la pratique clinique.

Par ailleurs, s'il a été montré que de nombreuses femmes sont intéressées par les FABM (30), elles ne sont qu'un petit nombre à les pratiquer réellement (31). Par exemple, aux Etats-Unis, il est estimé que 0,1% des femmes en âge de procréer utilisent une FABM qualifiée de moderne (méthodes basées sur la glaire et méthodes combinées). Parmi les obstacles exprimés à leur pratique, on retrouve les difficultés et peurs liées à l'abstinence (32). Or dans ce travail, les femmes sont nombreuses à parler des bienfaits de l'abstinence sexuelle périodique. Dans la société occidentale, l'abstinence est rarement perçue comme un avantage d'une méthode de contraception, et donc peu prônée. Ces dernières années, des sexologues sont intervenus dans de grands médias français pour encourager de manière périodique cette pratique. Dans la littérature également, il a été rapporté que l'abstinence périodique suite à l'utilisation des FABM a pu permettre l'augmentation du plaisir et de la libido (23). Cela implique un changement de comportement sexuel et une nouvelle vision de la sexualité, certes exigeants, mais qui, pour certains a pu permettre d'améliorer leur sexualité (13). Pour ceux-là, surmonter l'obstacle de la « non spontanéité » des unions sexuelles rend possible une autre expression de la tendresse et permet de redécouvrir un autre sens de la sexualité (33). Pour certains, que l'exigence d'une telle pratique ne freine pas, l'abstinence sexuelle dans le cadre des FABM peut donc être une piste pour l'épanouissement de leur sexualité.

Un autre frein à l'utilisation des FABM est leur manque d'efficacité perçue, avec l'anxiété d'une grossesse imprévue (13)(32). Dans ce contexte, il faut faire la différence avec les anciennes méthodes calendaires et les méthodes dites modernes à l'efficacité plus éprouvée (34)(35). De plus, l'anxiété d'une grossesse imprévue est une peur très répandue chez les femmes en âge de procréer, quel que soit le moyen de contraception choisi, comme en témoignent les nombreuses questions dans les forums médicaux : « enceinte sous pilule, est-ce possible ? », etc. Dans cette étude, il a été frappant de constater que plusieurs femmes ont eu des grossesses non prévues, mais ont affirmé ensuite que la grossesse était quand même

désirée de façon inconsciente. Ce phénomène est tellement répandu que certaines formations aux FABM enseignent aux couples que toute « prise de risque » en conscience équivaut à un essai de conception (36). Le désir de grossesse et d'enfant est une notion complexe, liée à de nombreux facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux (37). Dépendant à la fois d'un raisonnement conscient et plus ou moins rationnel, et d'une part d'inconscient plus ambivalente (38), il est donc nécessaire pour les femmes et pour les couples de le définir au maximum pour une meilleure utilisation des FABM ou de toute contraception.

Au niveau du corps médical, ces méthodes peuvent être jugées difficiles à mettre en place auprès des patientes. Les praticiens les considèrent comme peu adaptées à toutes les femmes et n'ont pas connaissance de définition et d'enseignement standardisé des FABM (39). Dans plusieurs études, une majorité des médecins ne proposent jamais les FABM à leurs patientes, et la plupart sous-estiment leur taux d'efficacité. De plus, les médecins connaissent et expliquent souvent de vieilles méthodes, comme les méthodes calendaires ou de température seule (40)(41)(42). Cependant, dans une population médicale ayant une vue négative des FABM, il a été montré qu'après une formation et une expérience pratique de conseil des patientes, cette opinion s'est améliorée (43). Les médecins qui ont une meilleure connaissance de l'efficacité des FABM et de la présence de formateurs dans leur région donnent des informations plus pertinentes à propos des FABM à leurs patientes (44). Il a aussi été rapporté que de nombreux médecins sont intéressés par le sujet en raison de leur aspect « éducationnel » pour les couples, et allant dans le sens d'une « écologie de la personne » (42). Ainsi, malgré une connaissance imparfaite des FABM par le corps médical, cette approche peut être proposée à certaines femmes qui désirent vivre cette démarche globale. Même avec un désir d'indépendance par rapport au monde médical, elles sont nombreuses à souhaiter que les FABM puissent leur être proposées par leur médecin, quitte à être formées par des intervenants extérieurs.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Laura HYERLE et Marie SULPIS épouse CHOVELON

TITRE : Vécu et motivations des femmes pratiquant les méthodes de connaissance de l'ovulation comme moyen de régulation des naissances

Dans un contexte de recul de la contraception œstroprogestative, certaines femmes se tournent vers d'autres moyens de régulation des naissances. Parmi ces méthodes, une part d'entre elles choisit les méthodes de connaissance de l'ovulation (MCO). La relation médecin-malade étant de plus en plus centrée sur le patient, il est important d'identifier les attentes et désirs des femmes à propos de leur contraception.

Cette étude qualitative, réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés individuels avec des femmes, avait donc pour but de mettre en évidence leur vécu et motivations par rapport à leur pratique des MCO.

Si les motivations pour choisir ces méthodes sont variées, les femmes rapportent souvent les pratiquer pour être en cohérence avec leur spiritualité ou leur préoccupation écologique. Elles sont nombreuses à rejeter la contraception médicale classique.

Au niveau personnel, les participantes apprécient particulièrement de mieux connaître leur corps. Elles ressentent une autonomie dans leur pratique, et mettent en avant à travers celle-ci un épanouissement. Cependant, les femmes décrivent les MCO comme contraignantes et exigeantes. Elles ont le plus souvent confiance en leur méthode. Bien qu'elles puissent ressentir une anxiété à l'idée d'une grossesse imprévue, la survenue de celle-ci n'est pas forcément considérée comme négative.

De plus, certaines femmes pensent que les MCO leur ont permis d'améliorer leur lien de couple, et que l'abstinence périodique, vécue par un grand nombre, a induit un changement positif dans leur sexualité. Pour un certain nombre, elles considèrent que les MCO vont au delà d'une simple contraception, et font partie intégrante de leur choix et mode de vie.

La majorité des femmes veulent promouvoir les MCO, que ce soit à leur entourage ou auprès des professionnels de santé. Avec eux, la relation peut osciller entre confiance et désir d'indépendance.

Majoritairement, les femmes relèvent des bénéfices à pratiquer les MCO. Il serait cependant intéressant de poursuivre la recherche sur plusieurs points : l'abstinence périodique et ses effets sur la sexualité, ou le vécu des hommes par rapport à ces MCO, qui nécessitent, comme l'ont souligné les femmes, une plus forte implication de leur part. Enfin, pour les professionnels de santé, avoir une ouverture sur les MCO pourrait leur permettre d'évoquer les méthodes auprès de leurs patientes qui recherchent d'autres moyens de régulation des naissances.

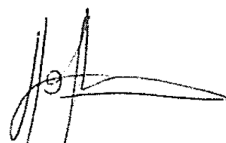
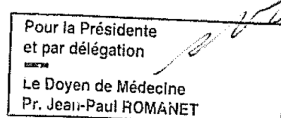
VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 12/07/17

LE DOYEN

LE PRESIDENT DE LA THESE

J.P. ROMANET

P. HOFFMANN



BIBLIOGRAPHIE

1. Curbilie P. État des lieux des outils en ligne d'aide à la décision médicale en consultation de médecine générale [Internet]. [cited 2015 Aug 2]. Available from: <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=2/TTL=23/CLK?IKT=1016&TRM=E%CC%81tat+des+lieux+des+outils+en+ligne+d%27aide+a%CC%80+la+de%CC%81cision+me%CC%81dicale+en+consultation+de+me%CC%81decine+ge%CC%81ne%CC%81rale>
2. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cited 2017 Jun 9]. Available from: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
3. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? [Internet]. Institut National d'Études Démographiques (INED); 2014 [cited 2017 Jun 9]. (Population et Sociétés). Report No.: 511. Available from: <https://ideas.repec.org/p/idg/posocf/511.html>
4. Oddens BJ. Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany II: psychological factors. J Biosoc Sci. 1997;29(04):437–470.
5. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? [Internet]. Institut National d'Études Démographiques (INED); 2012 Sep [cited 2017 Jun 9]. (Population et Sociétés). Report No.: 492. Available from: <https://ideas.repec.org/p/idg/posocf/492.html>
6. Organization WH. Natural family planning : a guide to provision of services. Planificación natural de la familia : guía para la prestación de servicios [Internet]. 1988 [cited 2017 Jun 20]; Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/39322>
7. Overview of FABMs [Internet]. FACTS. [cited 2017 Jun 20]. Available from: <http://www.factsaboutfertility.org/resources/overview/>
8. Rogers C. Client Centred Therapy (New Ed). Hachette UK; 2012. 429 p.
9. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif, To Know the Patient's Representations to Optimize the Educational Project. Rech Soins Infirm. (98):36–68.
10. Pope C, Mays N. Qualitative Research in Health Care. John Wiley & Sons; 2013. 143 p.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 Dec 1;19(6):349–57.
12. N K, K H, G H. Psychological aspects of NFP practice. Int J Fertil. 1987 Dec;33 Suppl:65–9.
13. VandeVusse L, Hanson L, Fehring RJ, Newman A, Fox J. Couples' Views of the Effects of Natural Family Planning on Marital Dynamics. J Nurs Scholarsh. 2003 Jun 1;35(2):171–6.
14. Fehring RJ. Self-esteem, spiritual well-being, and intimacy: a comparison among couples using NFP and oral... - Abstract - Europe PMC. Int Rev. 13(3–4):227–36.

15. Durand-Viel T. Vécu des couples utilisateurs de la planification naturelle familiale, et rôle du médecin généraliste Une étude qualitative [Qualitative study]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard - Lyon 1 Faculté de médecine Lyon Est; 2014.
16. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014 [cited 2017 May 30]. 152 p. Available from: <http://lectures.revues.org/17952>
17. Béguin LC et F. La contraception « naturelle » de plus en plus prisee. Le Monde.fr [Internet]. 2014 Aug 11 [cited 2017 Jun 22]; Available from: http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/08/11/la-contraception-naturelle-de-plus-en-plus-prisee_4469893_3224.html
18. Pallone SR, Bergus GR. Fertility Awareness-Based Methods: Another Option for Family Planning. *J Am Board Fam Med*. 2009 Mar 1;22(2):147–57.
19. Frank-Herrmann P, Freundl G, Gnoth C, Godehardt E, Kunert J, Baur S, et al. Natural family planning with and without barrier method use in the fertile phase: efficacy in relation to sexual behavior: a German prospective long-term study. *Adv Contracept*. 1997;13(2–3):179–189.
20. Perez A, Labbok M, Barker D, Gray R. Use-effectiveness of the ovulation method initiated during postpartum breastfeeding. *Contraception*. 1988 Nov;38(5):499–508.
21. Unseld M, Rötzer E, Weigl R, Masel EK, Manhart MD. Use of Natural Family Planning (NFP) and Its Effect on Couple Relationships and Sexual Satisfaction: A Multi-Country Survey of NFP Users from US and Europe. *Front Public Health* [Internet]. 2017 Mar 13 [cited 2017 Jun 12];5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5346544/>
22. Guida M, Tommaselli GA, Pellicano M, Palomba S, Nappi C. An overview on the effectiveness of natural family planning. *Gynecol Endocrinol*. 1997 Jan 1;11(3):203–19.
23. Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception*. 1999 May;59(5):277–86.
24. Wilson MA. The Practice of Natural Family Planning versus the Use of Artificial Birth Control: Family, Sexual and Moral Issues. *Cathol Soc Sci Rev*. 2002;7:185–211.
25. Che Y, Cleland JG, Ali MM. Periodic abstinence in developing countries: an assessment of failure rates and consequences. *Contraception*. 2004 Jan;69(1):15–21.
26. Mikolajczyk RT, Stanford JB, Rauchfuss M. Factors influencing the choice to use modern natural family planning. *Contraception*. 2003 Apr;67(4):253–8.
27. Evans-Hoeker E, Pritchard DA, Long DL, Herring AH, Stanford JB, Steiner AZ. Cervical mucus monitoring prevalence and associated fecundability in women trying to conceive. *Fertil Steril*. 2013 Oct;100(4):1033–1038.e1.
28. Borkman T, Shivanandan M. The impact of natural family planning on selected aspects of the couple relationship. *Int Rev Nat Fam Plan*. 1984 Spring;8(1):58–66.
29. Heffernan V. Attitudes of some couples using natural family planning. *Communio Spokane Wash*. 1977;4(1):94–6.

30. Stanford JB, Lemaire JC, Fox A. Interest in natural family planning among female family practice patients. *Fam Pract Res J*. 1994 Sep;14(3):237–49.
31. Stanford JB, Lemaire JC, Thurman PB. Women's interest in natural family planning. *J Fam Pract*. 1998 Jan;46(1):65–71.
32. Fehring RJ, Schneider M, Raviele K, Rodriguez D, Pruszynski J. Randomized comparison of two Internet-supported fertility-awareness-based methods of family planning. *Contraception*. 2013 Jul;88(1):24–30.
33. Ecochard I, Ecochard R. *Intimité, sexualité, fécondité*. Pierre Téqui éditeur; 2015. 95 p.
34. Planning IC of MRTF on NF. Field trial of Billings Ovulation Method of natural family planning. *Contraception*. 1996 février;53(2):69–74.
35. Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, et al. 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*. 2007 May 1;22(5):1310–9.
36. Howard MP, Stanford JB. Pregnancy Probabilities During Use of the Creighton Model Fertility Care System. *Arch Fam Med*. 1999 Sep 1;8(5):391.
37. Lehfeldt H. Psychology of contraceptive failure. | POPLINE.org. *Med Aspects Hum Sex* [Internet]. 1971 May [cited 2017 Jun 27];5(5). Available from: <http://www.popline.org/node/480736>
38. D'andres C. *Le désir d'enfant chez la femme, importance pour la pratique clinique en gynécologie-obstétrique*. Genève; 2011.
39. Kelly PJ, Witt J, McEvers K, Enriquez M, Abshier P, Vasquez M, et al. Clinician Perceptions of Providing Natural Family Planning Methods in Title X Funded Clinics. *J Midwifery Women's Health*. 2012 Jan 1;57(1):35–42.
40. Choi J, Chan S, Wiebe E. Natural family planning: physicians' knowledge, attitudes, and practice. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC*. 2010 Jul;32(7):673–8.
41. Lawrence RE, Rasinski KA, Yoon JD, Curlin FA. Obstetrician-gynecologists' views on contraception and natural family planning: a national survey. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Feb;204(2):124.e1-124.e7.
42. Girotto S, Del Zotti F, Baruchello M, Gottardi G, Valente M, Battaggia A, et al. The behavior of Italian family physicians regarding the health problems of women and, in particular, family planning (both contraception and NFP). *Adv Contracept Off J Soc Adv Contracept*. 1997 Sep;13(2–3):283–93.
43. Gribble JN, Lundgren RI, Velasquez C, Anastasi EE. Being strategic about contraceptive introduction: the experience of the Standard Days Method®. *Contraception*. 2008 Mar 1;77(3):147–54.
44. Stanford JB, Thurman PB, Lemaire JC. Physicians' knowledge and practices regarding natural family planning. *Obstet Gynecol*. 1999;94(5, Part 1):672–678.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Document descriptif destiné aux professionnels de santé

Bonjour,

Nous sommes deux médecins généralistes préparant une thèse sur le vécu et les motivations des femmes utilisant les méthodes naturelles de contraception, particulièrement les méthodes de connaissance de l'ovulation.

Les méthodes naturelles sont peu connues. Nous souhaitons nous entretenir avec des femmes qui les pratiquent ou qui les ont pratiquées afin de mieux connaître et comprendre leur expérience de ces méthodes, que ce soit au niveau personnel, dans le couple, au niveau social, ou avec le milieu médical.

Pour ce faire, nous réalisons des entretiens seul à seul avec ces femmes. La conversation sera intégralement retranscrite, puis le document sera relu et corrigé si nécessaire par la personne qui a été interrogée, afin de valider ses propos.

Les entretiens seront ensuite anonymisés. A tout moment, les femmes ayant accepté de participer à ce travail pourront renoncer à en faire partie et leur entretien sera supprimé si elles le souhaitent.

Nous analyserons toutes les deux les contenus des entretiens afin d'en extraire toutes les idées exprimées par les femmes interrogées.

Si vous le désirez, nous pourrions vous faire parvenir par courriel notre travail de thèse une fois fini.

D'avance nous vous remercions pour toute l'aide que vous nous apporterez dans le cadre de notre thèse de médecine générale.

Marie Chovelon et Laura Hyerle

Laura Hyerle
laura.hyerle@gmail.com
06 48 74 ** **

Marie Chovelon
marie.chovelon@sfr.fr
06 89 19 ** **

ANNEXE 2 : Document descriptif de notre travail destiné aux participantes

Bonjour,

Nous sommes deux médecins généralistes préparant une thèse sur le vécu et les motivations des femmes utilisant les méthodes naturelles, particulièrement les méthodes de connaissance de l'ovulation.

Les méthodes naturelles sont peu connues. Nous souhaitons nous entretenir avec des femmes qui les pratiquent ou qui les ont pratiquées, afin de mieux connaître et comprendre leur expérience de ces méthodes, que ce soit au niveau personnel, dans le couple, au niveau social, ou avec le milieu médical.

Pour ce faire, nous souhaitons réaliser des entretiens seul à seul avec vous (par téléphone ou Skype® c'est également possible), si vous pratiquez ces méthodes. Nous vous poserons des questions sur votre vécu et votre expérience. Sachez qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. La conversation sera intégralement retranscrite, puis vous pourrez relire le document et le corriger si vous en sentez le besoin, afin de valider vos propos.

Les entretiens seront ensuite anonymisés. A tout moment vous pourrez renoncer à faire partie de ce travail et votre entretien sera supprimé si vous le souhaitez. Nous analyserons ensuite les contenus des entretiens afin d'en extraire toutes les idées exprimées. Si vous le désirez, nous pourrions vous faire parvenir par courriel notre travail de thèse une fois fini. D'avance nous vous remercions pour toute l'aide que vous nous apporterez dans le cadre de notre thèse de médecine générale.

Marie Chovelon et Laura Hyerle

Laura Hyerle
laura.hyerle@gmail.com
06 48 74 ** **

Marie Chovelon
marie.chovelon@sfr.fr
06 89 19 ** **

ANNEXE 3 : Guide d'entretien initial

Présentation de la patiente

« Parlez-moi un peu de vous » :

- âge
- situation conjugale
- nombre d'enfants
- activité professionnelle/statut socio-économique
- croyance religieuse
- « quelle méthode avez-vous choisi ? » « comment en avez-vous entendu parler ? »
« comment vous êtes-vous formée ? »

Motivations de la patiente

« Qu'est-ce qui vous a donné envie de pratiquer ces méthodes ? » (motivation)

Vécu des patientes

- PERSONNEL
 - o « Quels sont les avantages et les inconvénients que vous percevez pour vous-même avec cette méthode ? » « Avez-vous déjà utilisé d'autres méthodes ? » / VIE SEXUELLE
 - o « Est-ce que vous trouvez votre méthode fiable ? »
 - o « Avez-vous confiance ? »
- DANS LE COUPLE
 - o « Qui a proposé d'utiliser cette méthode de contraception ? »
 - o « Qu'a pensé votre conjoint quand les méthodes naturelles ont été envisagées ? »
 - o « Quel est son investissement ? »
 - o « Quels effets cette méthode a-t-elle eu sur votre vie de couple et votre vie sexuelle ? »
- SOCIALEMENT
 - o « Est-ce que vous connaissez d'autres personnes autour de vous qui pratiquent ces méthodes ? »
 - o « Parlez-vous de ces méthodes autour de vous ? »
 - o « Quelles sont les réactions de votre entourage ? »
- VIS À VIS DU CORPS MÉDICAL
 - o « Avez-vous déjà parlé de votre pratique de ces méthodes avec votre médecin ? » Généraliste/gynécologue ?
 - o « Quelle a été sa réaction ? »
 - o « Pensez-vous pouvoir lui demander conseil à ce propos ? »
 - o « Quel rôle aimeriez-vous qu'il joue sur ce sujet ? »

ANNEXE 4 : Guide d'entretien final

Présentation de la patiente

« Parlez-moi un peu de vous » :

- âge
- situation conjugale
- nombre d'enfants
- activité professionnelle/statut socio-économique
- croyance religieuse
- « quelle méthode avez-vous choisi ? » « comment en avez-vous entendu parler ? »
« comment vous êtes-vous formée ? »

Motivations de la patiente

« Qu'est-ce qui vous a donné envie de pratiquer ces méthodes ? » (motivation)

Vécu des patientes

- PERSONNEL
 - o « Quels sont les avantages et les inconvénients que vous percevez pour vous-même avec cette méthode ? » « Avez-vous déjà utilisé d'autres méthodes ? » / VIE SEXUELLE
 - o « Est-ce que vous trouvez votre méthode fiable ? »
 - o « Avez-vous confiance ? »
- DANS LE COUPLE
 - o « Qui a proposé d'utiliser cette méthode de contraception ? »
 - o « Qu'a pensé votre conjoint quand les méthodes naturelles ont été envisagées ? »
 - o « Quel est son investissement ? »
 - o « Quels effets cette méthode a-t-elle eu sur votre vie de couple et votre vie sexuelle ? »
 - o « Comment gérez-vous la période fertile ? »
 - o « Si vous avez une grossesse non prévue savez-vous ce que vous feriez ? »
- SOCIALEMENT
 - o « Est-ce que vous connaissez d'autres personnes autour de vous qui pratiquent ces méthodes ? »
 - o « Parlez-vous de ces méthodes autour de vous ? »
 - o « Quelles sont les réactions de votre entourage ? »
- VIS À VIS DU CORPS MÉDICAL
 - o « Avez-vous déjà parlé de votre pratique de ces méthodes avec votre médecin ? » Généraliste/gynécologue ? Autres professionnels de santé ?
 - o « Quelle a été sa réaction ? »
 - o « Pensez-vous pouvoir lui demander conseil à ce propos ? »
 - o « Quel rôle aimeriez-vous qu'il joue sur ce sujet ? »

ANNEXE 5 : Méthodes d'observation de la glaire

Méthode Billings

Historique

Dès 1855, des travaux sur la glaire mettent en évidence que les chances de conception augmentent quand la glaire est plus fluide, et que la production de celle-ci varie au cours du cycle. Plus tard, est démontré que l'ovulation a lieu en même temps que cette production de glaire très fluide.

En 1953, les docteurs John et Evelyne Billings, en se basant sur l'observation de la glaire cervicale, mettent au point la Méthode d'Ovulation Billings (MOB) ou méthode de la glaire cervicale (45).

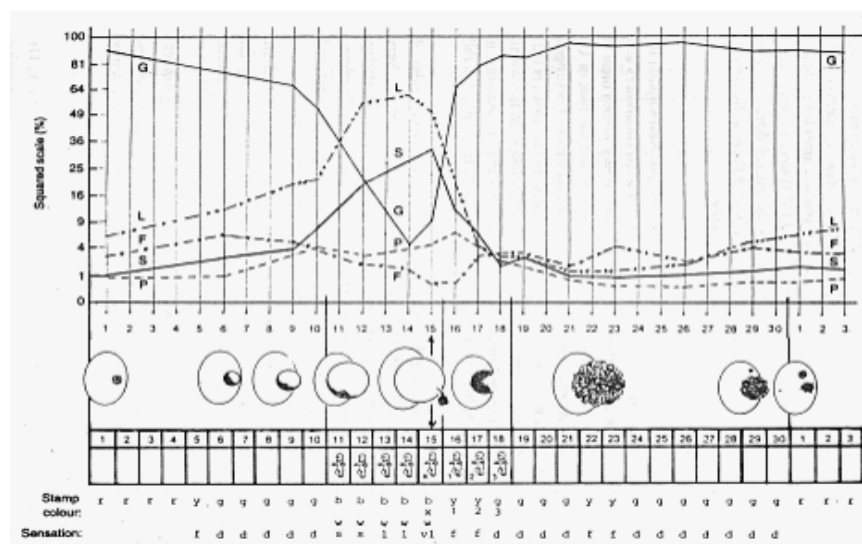
Physiologie

Il existe au niveau de l'épithélium glandulaire de l'endocol quatre types de cryptes différentes nommées G, L, S, P et qui produisent respectivement la glaire de type G, L, S et P.

- La progestérone stimule les cryptes G qui produisent une glaire type G qui ne donne pas de sensation particulière à la vulve.
- Quand les œstrogènes augmentent, la glaire de type L (pour *locking in mucus*) est sécrétée, puis en fin de phase folliculaire la glaire de type S (pour *sperm transmission mucus*) apparaît avec cette sensation glissante ou lubrifiante à la vulve.
- La veille et le jour sommet, la glaire de type P est produite (pour *peak*) et donne une sensation à la vulve très lubrifiante.
- Dans la deuxième partie du cycle sous l'effet de la progestérone on a de nouveau une production de glaire de type G (46).

Mucus characteristic	Mucus type			
	G-	G+	L	S
Place of biosynthesis in cervix	Lowest third	Lowest third	All cervix	Upper half
Hormonal and other stimulation	Low progesterone	High progesterone; interleukin 1	Average and increasing levels of oestrogens	High oestrogens; noradrenaline
Average viscosity by NMR	11	30	3.5	1.3
(95% interval)	(6 to 17)	(15 to 45)	(2.4 to 5)	(0.9 to 2.2)
Apparent viscosity	High	Very high	Medium	Fluid
Function in ascent of spermatozoa	Barrier to sperm advancement	Barrier to sperm advancement	Attracts malformed sperm	Conveys normal sperm to the crypts
Presence during cycle	First infertile phase	Second infertile phase	Fertile phase	Pre-ovulatory phase and Peak day
Sensation at the vulva	Dry	Dry	Wet, sticky	Wet, lubricative
Approximate time for mucolysis	24 hr	36 hr	5 hr	5 hr

Mucus characteristic	Mucus type				
	P6	Pa	F	Z	"Vaginal mucus"
Place of biosynthesis in cervix	Upper fifth	Upper fifth	All cervix	Isthmus	Vagina
Hormonal and other stimulation	High and decreasing oestrogens; noradrenaline	High and decreasing oestrogens; noradrenaline	Probably none	Probably none	Low and average levels of oestrogens;
Average viscosity by NMR	2.0	2.0	7	1.5	5
(95% interval)	(1.4 to 3)	(1.4 to 3)	(2 to 11)	(1 to 6)	(2 to 10)
Apparent viscosity	Fluid	Fluid	Medium	Commonly Fluid	Low or medium
Function in ascent of spermatozoa	Conveys normal sperm from crypts upwards	Absorbs Z secretion and performs mucolysis	No known function	Various enzymatic activities	-
Presence during cycle	Beginning and end of the fertile phase	Beginning and end of the fertile phase	Throughout cycle	Probably throughout cycle	Infertile phases
Sensation at the vulva	At Peak day wet and very lubricative	Loosens plug. Wet and very lubricative	Sticky	Wet	Flaky
Approximate time for mucolysis	1.5 hr	1.5 hr	24 hr	-	36 hr



Principe de la méthode

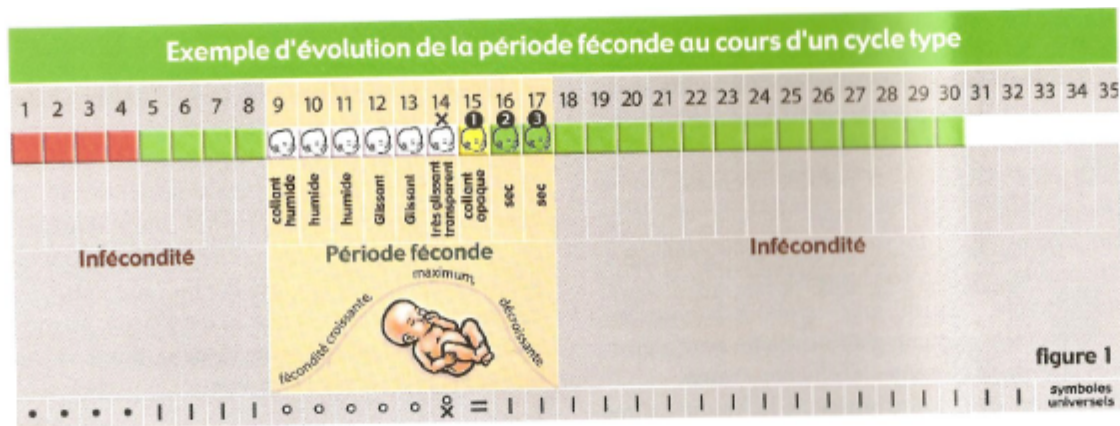
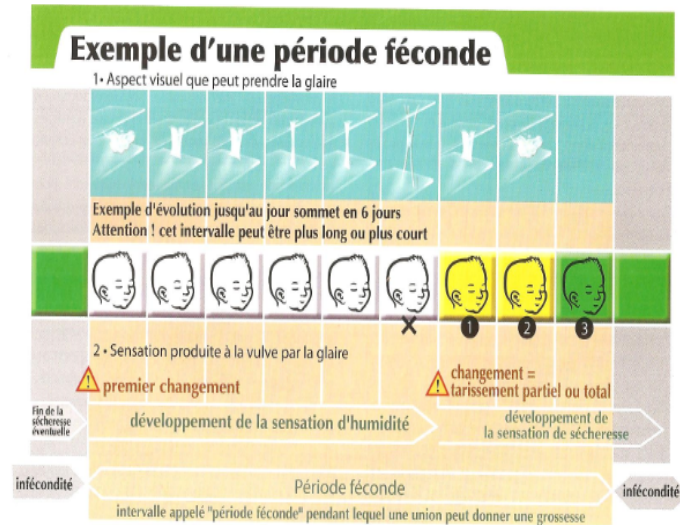
L'association Billings France s'occupe de former des moniteurs qui enseignent la méthode sur le territoire national.

Chaque jour de son cycle menstruel, la femme observe et note sur un tableau le comportement de la glaire. Ainsi elle détermine la période du profil infécond de base et la période de fécondité.

Le signe sommet représente l'évolution de la sensation de glaire à la vulve et de l'aspect visuel jusqu'au jour sommet. Le profil de la glaire en période féconde change de jour en jour, passant d'une glaire collante, grumeleuse vers une glaire glissante, lubrifiante, filante.

Le jour sommet ne peut être défini que le lendemain, comme le dernier jour de présence de cette glaire qui donne cette sensation à la vulve de glissement. C'est le jour où la possibilité de fécondation est maximale.

Pour éviter une grossesse, la méthode demande aux couples de s'abstenir d'unions sexuelles du premier jour d'entrée dans la période féconde (sensation de glaire à la vulve après période de sensation de sécheresse) jusqu'au début du troisième jour après le jour sommet (47).



Efficacité

Il est décrit une efficacité théorique de 1,1 à 3,2% de probabilité de grossesse accidentelle en un an. L'efficacité pratique quant à elle est entre 10,5 et 22% (34)(48). Parmi toutes les études d'efficacité sur cette méthode, ce sont les deux travaux cités qui ont été retenus comme les plus fiables méthodologiquement (49).

Limites

La sensation de glaire à la vulve peut être modifiée par une infection génitale, le liquide séminal présent après une union sexuelle, ou des contraceptifs locaux qui sont donc incompatibles avec la méthode.

La méthode **FERTILITYCare System** : **Creighton Model**

Historique et principe de la méthode

La méthode **FERTILITYCare** s'est développée dans le prolongement de la méthode Billings par l'université de Creighton aux Etats-Unis (50).

Elle repose donc aussi sur l'observation chaque jour de la glaire cervicale mais cette fois avec une description objective et standardisée de celle-ci. Cette standardisation des observations de la glaire cervicale permet de gagner en objectivité et d'avoir un langage commun entre la femme et le médecin.

Schéma spécifiant les différentes notations à mettre dans le tableau de cette méthode suivant les observations du jour :

DÉFINITIONS			
GLAIRE DE TYPE PIC = Toute glaire qui est TRANSPARENTE ou TRÈS ELASTIQUE ou LUBRIFIANTE			
GLAIRE DE TYPE NON-PIC = Toute glaire qui n'est ni TRANSPARENTE ni TRÈS ELASTIQUE ni LUBRIFIANTE			
JOUR PIC = Le dernier jour de glaire TRANSPARENTE ou TRÈS ELASTIQUE ou LUBRIFIANTE			

SYSTÈME DE NOTATION DES ÉCOULEMENTS VAGINAUX			
H = Flux abondant M = Flux modéré L = Flux léger VL = Flux vraiment léger (spotting) B = Saignement brun (ou noir)	 	0 = Sec 2 = Humide SANS lubrification 2 W = Mouillé SANS lubrification 4 = Brillant SANS lubrification 6 = Peu élastique (½ cm) 8 = Moyennement élastique (1 à 2 cm) 10 = Très élastique (2,5 cm ou plus) 10DL = Humide AVEC lubrification 10SL = Brillant AVEC lubrification 10WL = Mouillé AVEC lubrification	B = Saignement brun (ou noir) C = Opaque (blanc) C/K = Opaque/ transparent G = Gommeux (collant) K = Transparent L = Lubrifiant P = Pâteux (crèmeux) Y = Jaune (même jaune pâle)

Notez toujours la présence ou l'absence de glaire durant les jours de flux léger ou très léger

De plus, notez combien de fois dans la journée vous avez observé le signe le plus fertile du jour, puis inscrivez-le de la façon suivante :

X1 = Vu une fois ce jour **X2** = Vu deux fois ce jour **X3** = Vu trois fois ce jour **AD** = Vu toute la journée

je n'arrive pas à prendre la glaire : glaire

Efficacité

Il est décrit dans deux études méthodologiquement fiables (49) 0,14 à 0,5% de grossesses non prévues à un an en utilisation correcte. Cependant, dans ces études, les grossesses « non prévues » étaient comptabilisées dans les grossesses attendues si le couple avait eu des rapports sexuels pendant la période qu'ils avaient identifiée comme fertile (36)(51).

Méthode des deux jours

Historique et principe de la méthode

Cette méthode apparaît à la fin des années 1990. Elle a été mise au point par l'Institut de la Santé Reproductive, *Georgetown University* (52). La femme observe tous les jours si elle a des sécrétions cervicales. Si c'est le cas, le couple s'abstient de rapports sexuels ce jour-là et le lendemain. Il ne s'agit pas d'identifier le type de sécrétion, mais simplement de déterminer sa présence.

Efficacité

Le taux de grossesse à un an est de 3,5% en utilisation théorique, de 6,3% si utilisation de préservatifs ou du retrait pendant la période fertile, et de 13,7% en utilisation habituelle (53).

Limites

En plus des limites communes aux méthodes d'observation de la glaire, la période d'abstinence est plus longue.

ANNEXE 6 : Méthode de l'Allaitement Maternel et Aménorrhée

Historique

En 1988, sous l'égide de l'OMS, de l'UNICEF et de FHI (Family Health International), de nombreux scientifiques ont décrété le consensus de Bellagio, déclarant ainsi que « Si la mère allaite complètement ou presque son enfant, et si elle reste en aménorrhée (sans retour de couches), l'allaitement permet d'éviter plus de 98 % des grossesses pendant les six premiers mois » (54).

Physiologie

Sur le plan physiologique, il n'y a pas d'explication claire. Les scientifiques pensent que cette infertilité naturelle résulte soit d'une hyperprolactinémie, en réponse à la succion du bébé, qui vient diminuer la sécrétion des hormones gonadotropes, soit par blocage direct de l'axe hypothalamo-hypophysaire par les réflexes de succion.

Principe de la méthode :

Pour pratiquer correctement cette méthode de la MAMA à visée contraceptive, il faut :

- Une absence de retour de couches depuis la délivrance. Les légers saignements qui se produisent durant les 56 premiers jours ne sont pas pris en compte.
- Un bébé nourri exclusivement ou presque, au sein.
- Un allaitement à la demande de l'enfant, avec entre 6 à 10 tétées par jour. Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser quatre heures le jour et six heures la nuit.
- Un bébé de moins de 6 mois.

Dans ces conditions, la femme n'est pas considérée comme féconde et le couple peut donc avoir des unions sexuelles sans période d'abstinence et sans observation des signes de fertilité.

Efficacité :

L'OMS estime une efficacité pour prévenir les grossesses de 99% moyennant un usage correct et régulier de la méthode, et de 98% telle qu'elle peut être utilisée couramment (55). Selon une revue de la littérature Cochrane, il est recommandé de définir l'aménorrhée comme l'absence totale de saignements vaginaux pour une meilleure efficacité (56).

Limites :

Les limites de cette méthode sont les contre-indications de l'allaitement maternel : pathologie maternelle, traitement particulier de la mère, pathologies du bébé empêchant l'allaitement, etc.

ANNEXE 7 : Méthode des températures basales

Historique

Dès 1868, il est noté l'existence de deux phases d'évolution de la température au cours du cycle. En 1904, Van de Velde, gynécologue hollandais, s'intéresse au phénomène de l'élévation de la température après l'ovulation. Dans les années 1930, William Hillebrand formalise la méthode de la température basale (15). Le Dr Van der Staepen, à Nantes, a été le pionnier de son utilisation comme moyen de régulation des naissances (57).

Physiologie :

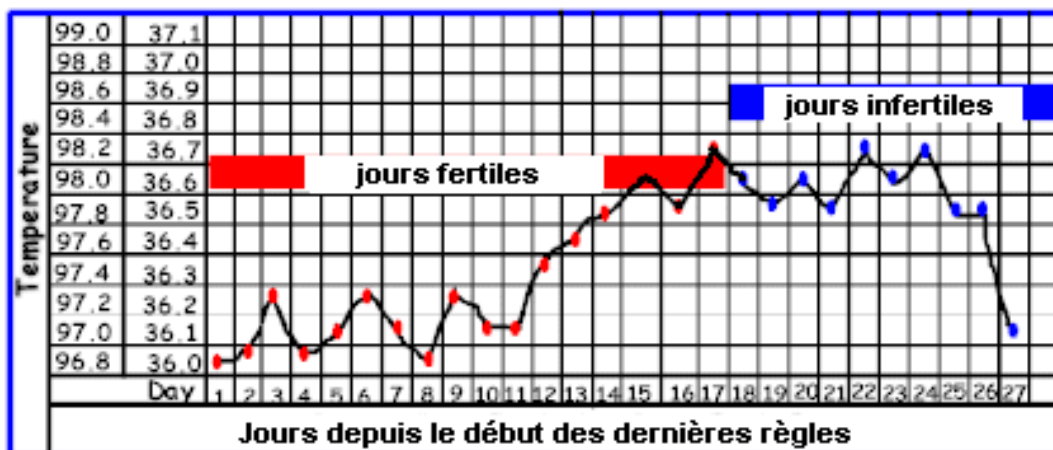
Avant l'ovulation, la température est basse sous l'influence des œstrogènes. Au moment de l'ovulation, la température basale du corps monte sous l'effet de la progestérone fabriquée par le corps jaune, pour atteindre un plateau qui durera toute la phase post ovulatoire, jusqu'aux prochaines menstruations.

Principe de la méthode :

La femme mesure sa température tous les matins à la même heure et la note sur un graphique pour identifier la montée de température et son plateau.

Les rapports sexuels ne sont pas possibles du premier jour des règles, jusqu'au troisième jour consécutif après la montée de température inclus.

Graphique de la température basale



Principe de prise de la température :

- au réveil, avant le lever
- à jeun

- avec le même thermomètre (pas électronique)
- par voie rectale ou vaginale pendant trois minutes
- à heure fixe

Pour lire le graphique :

On repère le niveau bas, le décalage de 0.2°C à 0.5°C et le plateau haut qui durera jusqu'aux menstruations suivantes.

Efficacité

Selon l'OMS, l'efficacité est de 99% en cas d'utilisation correcte et régulière (55). En utilisation pratique, il est décrit une efficacité de 75% (58).

Limites

La température peut être modifiée par de nombreux éléments : travail de nuit, infection concomitante, prise d'alcool, lever nocturne, coucher tardif, etc.

ANNEXE 8 : Méthode d'Auto-Observation et sympto-thermie

Historique

Le mot « sympto-thermie » a été utilisé pour la première fois en 1968 par le Dr. Josef Rötzer. Puis c'est en 1973 qu'a été mise au point la méthode du double contrôle, c'est-à-dire combinant l'observation des signes en période pré- et post-ovulatoire.

Physiologie :

La méthode décrit trois temps dans le cycle féminin :

A)- Période de latence : variable

La température basale est basse ; le col utérin est en position basse et inclinée ; et la glaire est épaisse et collante.

B)- a) Période fertile pré ovulatoire : durée de 5 à 9 jours

Sous l'effet des œstrogènes, le col s'ouvre et la glaire cervicale se modifie comme décrite précédemment.

b)- Période fertile ovulatoire

Le col est ouvert, de consistance molle, en position haute et redressée ; la glaire est particulièrement liquide, transparente, et filante de type fertile ; la température peut chuter de quelques dixièmes de degrés (point nadir).

C)- Période post ovulatoire : durée de 12 à 16 jours

La température est haute en plateau ; le col se ferme, il est dur, en position basse ; la glaire devient rapidement épaisse et collante (59).

Principe de la méthode :

La femme surveille deux indicateurs de fertilité : la température basale, ainsi que l'aspect et la sensation de la glaire à la vulve. Selon les organismes de formation, la position et la consistance du col utérin peuvent aussi être observés par autopalpation.

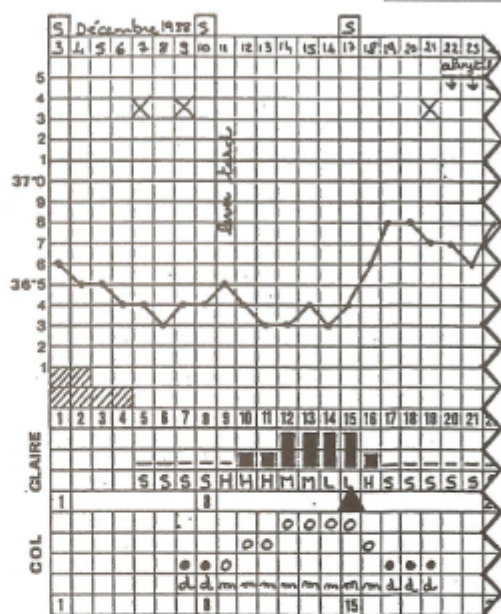
Il existe par ailleurs, des indices mineurs qui peuvent aider à identifier avec plus de précision la période ovulatoire : douleur abdomino-pelvienne, saignement inter-menstruel, tension mammaire...

La femme utilise l'observation de la glaire pour déterminer l'entrée en période fertile et celle de la température pour confirmer que l'ovulation a bien eu lieu et donc la sortie de la phase fertile. Elle se considère comme fertile du premier jour de glaire sentie ou vue à la vulve, au troisième jour inclus de température haute et stable. Certaines méthodes utilisent un calcul pour préciser le début de période fertile : celle-ci s'ouvre huit jours avant le début de la

montée de température la plus précoce observée, ou le premier jour de glaire, celui qui arrive le plus tôt (60).

GRAPHIQUE SYMPTO-THERMIQUE DU C.L.E.R.

1. INSCRIRE AU JOUR LE JOUR



(*) (M) = Masculin
(F) = Féminin
(I) = Interrompu
(S) = Spermicide

jour, mois, année.
dates
nom du médicament.
↓ jour du traitement.
relation sexuelle : X complète - 0 incomplète
ou avec contraception locale. (*)

verticalement : événement particulier
(décalage horaire, voyage, modification de l'allaitement, etc.)

• température.
D douleur dans le ventre.
■ règles ou pertes de sang.

GLAIRE

OBSERVATION	SENSATION
■ rien	S sécheresse
■ gl. épaisse	H humidité
■ gl. élastique	M mouillé
	L lubrifié

COL

● fermé	□ glaire intérieure, constatée par le toucher.
○ ouvert	
m mou	
d dur	

2. INSCRIRE « A POSTERIORI »

▲ : « Jour-sommet », dernier jour de sensation de lubrification, et de glaire filantes.

Efficacité

Selon l'OMS, l'efficacité théorique de cette méthode est de 98%. L'efficacité en pratique courante est identique (19)(35). Dans ces deux études, considérées comme fiables méthodologiquement (49), il est décrit 1,6 à 2,2% de grossesses non prévues pour des couples pratiquant l'abstinence périodique, et de 1,43 à 2,02% pour des couples utilisant une méthode barrière en période fertile. Ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.

Limites

Elles sont celles des méthodes d'observation de la glaire et de la température basale.

ANNEXE 9 : Méthodes calculo-thermiques

Historique

Les méthodes calculo-thermiques ont été développées à la fin des années 80. Le système le plus connu a été conçu en Allemagne en 1986 : Le Lady-Comp® (initialement « Baby Comp ») (61).

Principes de la méthode

Il s'agit d'un ordinateur relié à un thermomètre. La patiente indique le début de ses règles et prend sa température basale tous les matins. Grâce à ces données et aux données des précédents cycles, l'algorithme de l'ordinateur lui permet de déterminer une période fertile.

L'appareil signalera à la patiente les jours fertiles (lumière rouge), les jours infertiles (lumière verte), et s'il est incertain, il affichera une lumière orange, que l'on recommande de considérer comme potentiellement fertile.

A noter que l'ordinateur permet une plus grande variabilité dans les horaires de prise de la température basale (plus ou moins trois heures).

Efficacité

Une étude rétrospective a mis en évidence un indice de Pearl théorique de 0,7 et de 3,8 en utilisation réelle (62).

Limites

Par rapport aux méthodes sympto-thermiques, il est noté que la période estimée fertile par le Lady-Comp® est plus longue.

ANNEXE 10 : Méthodes Calendaires

Méthode Ogino-Knaus

Historique

Aussi appelée méthode rythmique ou méthode cyclique, elle a été développée initialement par le médecin japonais Kyusaku Ogino, comme aide à la conception. C'est en 1928 que le médecin autrichien Hermann Knaus confirme et précise la méthode, cette fois en la proposant comme méthode contraceptive, contre l'avis du Dr. Ogino qui ne l'estime pas assez fiable pour cela.

Principes de la méthode

La méthode nécessite un minimum de six mois d'observation des cycles avant de pouvoir déterminer les jours fertiles, qui se calculent ainsi :

- Premier jour de la période féconde : $10 + \text{longueur du cycle le plus court} - 28$
- Dernier jour de la période féconde : $17 + \text{longueur du cycle le plus long} - 28$.

Efficacité

Une étude de 1996 a rapporté les indices de Pearl des « méthodes calendaires du rythme » tels qu'ils ont été estimés dans plusieurs études. Ceux-ci allaient de 47 à 5,2 selon les études (63). Il faut noter que plusieurs de ces études définissaient la période fertile par des jours fixes, et pour d'autres, la méthode pour définir la période fertile n'était pas précisée.

Limites

Une des grandes limites de la méthode Ogino-Knaus est son problème d'efficacité, particulièrement chez les femmes qui ont des cycles irréguliers. Il est à noter que de nombreuses femmes pensent utiliser cette méthode mais n'observent pas leur cycle de la manière décrite.

Méthode des jours fixes

Historique

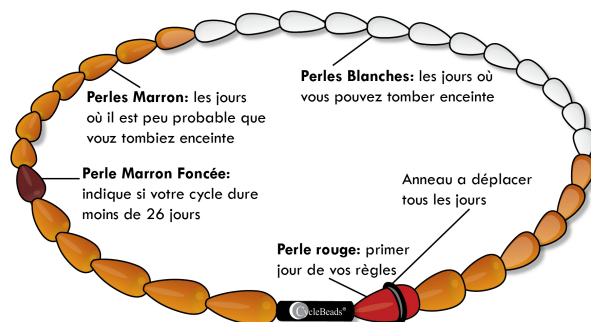
La méthode des jours fixes (« Standard Days Method ») a été développée à la fin des années 1990 – début des années 2000 aux États Unis (64), à partir des données OMS recueillies sur l'analyse de cycles par la méthode Billings.

Il a été testé pour la première fois en 2001 en Bolivie, au Pérou et au Philippines (65).

Principes de la méthode

On estime, pour des femmes dont les cycles durent habituellement entre 26 et 32 jours, que la période de fertilité se situe du 8^{ème} au 19^{ème} jour. Le couple prendra soin de ne pas avoir de relations sexuelles ou d'utiliser des méthodes barrières pendant cette période s'il veut éviter une grossesse.

Une aide visuelle peut être proposée pour aider les femmes à se repérer dans leur cycle :



Il s'agit du « collier du cycle », où la femme va déplacer un anneau sur les perles du collier chaque jour du cycle.

Efficacité

L'efficacité calculée est de 95,2% en utilisation parfaite en cas de continence périodique, 94,2% lors de l'utilisation de méthodes barrières ou retrait lors de la période fertile, et de 86,3 à 88% en utilisation réelle à un an (65)(66).

Limites

Le principal désavantage de cette méthode est le risque d'avoir une grossesse accidentelle en cas de cycle qui « sort » de la fourchette des 26 à 32 jours.

ANNEXE 11 : Méthodes hormonales

Historique et principe de la méthode

Dès le milieu des années 80, des tests domestiques de prédiction de l'ovulation ont été introduits sur le marché. Ils se composent d'un petit moniteur électronique portable et de bâtonnets diagnostiques (test d'urine) jetables. Les tests urinaires détectent dans les premières urines du matin la LH, dont le pic précède de 36 heures l'ovulation, et un métabolite urinaire de l'œstrogène, l'estrone-3-glucuronide (E3G), dont l'augmentation marque le début de la période fertile (57).

Cette méthode calculo-hormonale était initialement commercialisée en France sous le nom de Persona®, et maintenant de ClearBlue Moniteur de Contraception®. L'appareil coûte de 80 à 100 euros et les recharges mensuelles une vingtaine d'euros (utilisation de 8 à 16 bandelettes par mois).

Efficacité

L'évaluation de l'efficacité de cette méthode pose question : en effet, les études d'efficacité de l'appareil Persona® proposent des chiffres basés sur une extrapolation lors d'un recalcul de l'algorithme de la machine (pour élargir la période fertile pré-ovulatoire) (67).

Face à ce problème, des méthodes standardisées associant deux ou plusieurs marqueurs de la fertilité ont été proposés, en particulier l'observation de la glaire cervicale, permettant d'ouvrir plus tôt et de manière plus précise la période de fertilité. On obtient ainsi un taux de grossesse non prévues à un an de 2,1% en utilisation correcte, et de 14,2% en utilisation courante (68).

Limites

La méthode peut prêter à confusion lorsque plusieurs indicateurs de fertilité se contredisent. Ces méthodes ont aussi un coût financier important qui peut limiter leur utilisation.

Bibliographie des annexes

15. Durand-Viel T. Vécu des couples utilisateurs de la planification naturelle familiale, et rôle du médecin généraliste Une étude qualitative [Qualitative study]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard - Lyon 1 Faculté de médecine Lyon Est; 2014.
19. Frank-Herrmann P, Freundl G, Gnoth C, Godehardt E, Kunert J, Baur S, et al. Natural family planning with and without barrier method use in the fertile phase: efficacy in relation to sexual behavior: a German prospective long-term study. *Adv Contracept*. 1997;13(2-3):179-189.
34. Planning IC of MRTF on NF. Field trial of Billings Ovulation Method of natural family planning. *Contraception*. 1996 février;53(2):69-74.
35. Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, et al. 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*. 2007 May 1;22(5):1310-9.
36. Howard MP, Stanford JB. Pregnancy Probabilities During Use of the Creighton Model Fertility Care System. *Arch Fam Med*. 1999 Sep 1;8(5):391.
45. Petite histoire de la Méthode Billings [Internet]. [cited 2017 Jun 2]. Available from: <https://www.methode-billings.com/methode/170313/petite-histoire-de-la-m%C3%A9thode-billings>
46. Odeblad E. La découverte des différents types de glaire cervicale et la méthode de l'ovulation Billings. *Bull Cent Régulation Naiss Par Méthodes Nat Counc Vic* [Internet]. 1994 [cited 2017 Jun 2];21. Available from: https://www.methode-billings.com/sites/default/files/E_Odeblad_decouverte_glaire_cervicale.pdf
47. Centre Billings France. Connaître sa fécondité par la méthode naturelle des Docteurs Billings [Internet]. 2007 [cited 2017 Jun 2]. 35 p. Available from: <https://www.parvis.ch/fr/livres-et-brochures/connaître-sa-fecondite-par-la-methode-naturelle-des-docteurs-billings>
48. Trussell J, Grummer-Strawn L. Further analysis of contraceptive failure of the ovulation method. *Am J Obstet Gynecol*. 1991 décembre;165(6, Part 2):2054-9.
49. Manhart MD, Duane M, Lind A, Sinai I, Golden-Tevald J. Fertility awareness-based methods of family planning: A review of effectiveness for avoiding pregnancy using SORT. *Osteopath Fam Physician*. 2013 Jan;5(1):2-8.
50. Hilgers TW. Le Système FertilityCare™ du modèle CREIGHTON. 5th ed. 2011. 89 p.
51. Hilgers TW, Stanford JB. Creighton Model NaProEducation Technology for avoiding pregnancy. Use effectiveness. *J Reprod Med*. 1998 Jun;43(6):495-502.
52. Sinai I, Jennings V, Arévalo M. The twoday algorithm: a new algorithm to identify the fertile time of the menstrual cycle. *Contraception*. 1999 Aug;60(2):65-70.
53. Arévalo M, Jennings V, Nikula M, Sinai I. Efficacy of the new TwoDay Method of family planning. *Fertil Steril*. 2004 Oct;82(4):885-92.
54. Barras-Kubski T. AA 60 : Allaitement et fertilité [Internet]. [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1146-60-allaitement-et-fertilite>
55. WHO | Family planning/Contraception [Internet]. WHO. [cited 2017 Jun 2]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>

56. Van der Wijden C, Manion C. Lactational amenorrhoea method for family planning. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cited 2016 Jan 17]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001329.pub2/abstract>
57. Gautier-Lavaste C. Planification familiale naturelle Enquête auprès d'internes en médecine générale : Connaissances, intérêts pour le sujet, enseignement à la faculté et place dans une consultation au cabinet [Quantitative study]. [Paris, France]: Université René Descartes - Paris 5 Faculté de médecine; 2007.
58. Trussell J, Lalla AM, Doan QV, Reyes E, Pinto L, Gricar J. Cost effectiveness of contraceptives in the United States. *Contraception*. 2009 Jan;79(1):5–14.
59. Centre de Liaison des Équipes de Recherches. La Fertilité de l'Homme et de la Femme et ses points de repère. 1989. 25 p.
60. Wettstein RH, Bourgeois C. La Symptothermie Complete: La Contraception - ou Conception - Ecologique pour Tous! 1st ed. CreateSpace Independent Publishing Platform; 2014. 120 p.
61. L'histoire de Lady-Comp [Internet]. [cited 2017 May 8]. Available from: /historique
62. Freundl G, Frank-Herrmann P, Godehardt E, Klemm R, Bachhofer M. Retrospective clinical trial of contraceptive effectiveness of the electronic fertility indicator Ladycomp/Babycomp. *Adv Contracept Off J Soc Adv Contracept*. 1998 Jun;14(2):97–108.
63. Kambic RT, Lamprecht V. Calendar rhythm efficacy: a review. *Adv Contracept*. 1996 Jun;12(2):123–8.
64. Arévalo M, Sinai I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception*. 1999 Dec;60(6):357–60.
65. Arévalo M, Jennings V, Sinai I. Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method*. *Contraception*. 2002 May;65(5):333–8.
66. Kursun Z, Cali S, Sakarya S. The Standard Days Method®: Efficacy, satisfaction and demand at regular family planning service delivery settings in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014 Jun 1;19(3):203–10.
67. J B, A F, G F, R K, R R, R S. Personal hormone monitoring for contraception. *Br J Fam Plann*. 1999 Jan;24(4):128–34.
68. Fehring RJ, Schneider M, Raviele K, Barron ML. Efficacy of Cervical Mucus Observations Plus Electronic Hormonal Fertility Monitoring as a Method of Natural Family Planning. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007 Mar 1;36(2):152–60.

ANNEXE 12 : Caractéristiques des participantes

Participante	Age (années)	FABM	Temps de pratique	Statut marital	Nb enfants	Emploi	Autre contraception antérieure (Autre contraception actuelle)	Formation	Religion
P1	33	Sympto-thermie	5 ans	Célibataire	0	Psychomo-tricienne	Préservatifs Pilule	- Auto-formation - Sage femme	Sans religion
P2	28	MAO MAMA	5 ans	Mariée	3	IDE puis Mère au foyer	Préservatifs	CLER Monitrice du CLER	Chrétienne catholique
P3	24	MAO	5 mois	Pacsée	0	Tech. labo	Pilule Patches Implant Anneau vaginal	CLER	Chrétienne catholique
P4	46	MAO M. Billings	4 ans	Mariée	4	Médecin généraliste	0	- Auto-formation - Formation Billings	Chrétienne catholique
P5	48	MAO M. Billings Bandelette Persona	20 ans puis arrêt	Mariée	6	Journaliste puis Coach	0 (Préservatifs)	0	Chrétienne catholique
P6	37	Sympto-thermie	4 mois	Mariée	3	Monitrice de ski	Pilule DIU Préservatifs	Sage femme	Sans religion
P7	35	Comptage de jours +/- observe glaire	Non précisé puis arrêt	Mariée	3	Sage femme	Préservatifs Pilule (Préservatifs)	0	Sans religion
P8	34	Sympto-thermie	1 an	Pacsée	2	Cadre au chômage	Pilule Préservatifs	Sage femme	Sans religion
P9	26	Sympto-thermie	2 ans 1/2	Union libre	0	Contrôleur laitier	Pilule DIU	Sage femme	Sans religion
P10	27	Sympto-thermie Lady-Comp	1 an	Mariée	0	Educatrice petite enfance	Pilule Préservatifs	Sage femme	Chrétienne
P11	26	M. Billings	1 an	Mariée	1	Technico-commercial	0	Moniteurs Billings	Chrétienne catholique
P12	27	Persona MAO	10 ans	Mariée	2	Interne en méd. générale	Pilule DIU	- Auto-formation - CLER - Gynéco.	Chrétienne
P13	28	MAO Lady-Comp	1 an	Mariée	1	IDE puis Mère au foyer	Pilule	CLER	Chrétienne catholique
P14	38	Observe glaire/col/ signes secondaires	10 ans	Pacsée	0	Chargée de com.	Pilule Préservatifs Anneau vaginal Diaphragme Spermicides	Auto-formation	Sans religion

P15	26	Comptage de jours	18 mois	Union libre	0	Employée de commerce	Pilule Préservatifs actuellement	Auto-formation	Sans religion
P16	53	Méthode des températures M. Billings MAO	30 ans	Mariée	7	Assistante maternelle	0	Formation familiale Formation Billings puis CLER Monitrice du CLER	Chrétienne catholique
P17	32	MAO	2 ans 1/2	Mariée	3	Ingénieur Mission humanitaire actuelle	Pilule	Auto-formation puis CLER	Chrétienne catholique
P18	26	Fertility Care	6 mois	Mariée	0	Educatrice spécialisée En master 2	0	Instructrice Fertility Care	Chrétienne catholique
P19	31	MAO	2 ans puis arrêt	Mariée	1	Maraîchère	Pilule DIU	CLER	Chrétienne
P20	27	MAMA Comptage de jours	6 mois	Mariée	1	Sans emploi	Pilule	- Auto-formation - Sage femme	Musulmane

ANNEXE 13 : Codages et citations

Thème : Motivations et vécu personnel

Sous-thème : Connaissance et respect du corps

- Connaissance de son corps : vraiment l'avantage c'est de se relier à son corps (P9) vraiment, en avantage, une meilleure connaissance de son corps, une meilleure compréhension, du coup, de tous les signes féminins, (P10) Et voilà pour moi c'était important de savoir comment je fonctionnais en fait. (P15) Je trouve ça passionnant. De comprendre, vraiment, ce qui se passe. [...] Je le vois pas tant qu'une contraception qu'un... une manière de me connaître moi avant tout. (P18)

- Connaissance de l'identité de la femme : l'avantage de la méthode, en fait m'a permis de me rendre compte que ben toutes ces différentes facettes du féminin [...] cette méthode elle est venue me faire ressentir toute ma subtilité de femme et toute la subtilité de mes changements, émotionnels, énergétiques, physiologiques. (P1)

- Émerveillement devant la physiologie : Euh, ça, vraiment, je trouve ça génial, je trouve ça enthousiasmant. Euh... et je trouve ça incroyable, comment ça fonctionne, [...] C'est presque un émerveillement, [...] qu'elle ait put m'apprendre, plus en détail comment le corps de la femme fonctionne. Je trouve ça juste... déjà satisfaisant, cette part-là, vraiment très chouette. (P10) Après j'ai trouvé ça assez fabuleux (P18).

- Confiance au corps : je me suis dit que si ça existait dans la nature, et qu'il y avait un cycle et qu'on pouvait s'en servir, je me suis dit, c'est bête de pas s'en priver, quoi. (P19) de faire plus confiance à mon corps, à ma capacité à guérir par moi-même (P8).

- Respect de la physiologie : je voulais surtout... pas intervenir... comment dire, artificiellement dans... dans mon cycle (P6) Ah ben les avantages, c'est qu'en fait il n'y a rien qui est lissé enfin, mon cycle... enfin je... Enfin c'est super, c'est naturel en fait. C'est comme ça et je trouve que c'est aussi se respecter et pas se mettre dans une boîte (P14).

- Démarche de santé : Mais en tout cas au départ c'était vraiment une démarche personnelle de... (Regarde vers le haut) de santé, de cohérence... par rapport à mon corps (P1).

Sous-thème : Autonomie et indépendance

j'ai repris possession de mon esprit et aussi de mon corps. [...] c'est vraiment une méthode qui rend autonome (P1) c'est quand même une grande liberté. (P8)

- Indépendance du couple dans sa sexualité : et de pas toujours avoir besoin de faire appel à l'aide extérieure, et d'avoir quelque chose d'intrusif dans la relation intime ou amoureuse. Ça, ça avait de l'importance pour moi. (P10) j'aime bien me dire que je n'ai pas besoin non plus d'aller à la pharmacie ou au supermarché pour acheter quelque chose pour pouvoir avoir des unions. Voilà, c'est d'être indépendants, pour moi c'est quelque chose qui se vit dans notre couple et on n'a pas besoin d'outils ou de quoi que ce soit pour le permettre quoi. (P2)

- Contrôle et maîtrise de la fertilité : Et puis je pense que j'aime bien aussi avoir un contrôle, en fait, tout simplement, sur la fertilité (P7) Mais j'avais envie d'avoir une maîtrise dans mon couple sur [...], la contraception. (P10)

Sous-thème : Épanouissement personnel

- Sentiment de satisfaction : ça apporte une vraie satisfaction intérieure. (P10)

- Développement de la personne : Le travail avec les cycles, c'est pour ça que moi je pense ça... vraiment ça a transformé ma vie ces derniers temps (P1) Et alors que finalement, vraiment je suis hyper contente de, d'être—enfin, c'est plus que contente, quoi. Je me dis que j'aurais pu vraiment passer à côté d'un truc assez incroyable. Pour moi, pour notre vie de couple, et puis même pour euh... le rapport à la nature, à la... au monde, aux autres, à la vie. (P17)

- Confiance en soi : Ça m'a donné confiance en moi, le fait de pouvoir, d'avoir cette connaissance, et cette connaissance interne. (P1)

- Ecoute de soi : à être vraiment à l'écoute de moi-même aussi. (P2) être à l'écoute de soi (P6).

- Défi à relever : C'était vraiment, moi c'est vraiment un travail un peu de détective, de recherche. (P1) je pense un peu, oui, un défi, où se dire : "Ben voilà, c'est pas facile mais c'est possible." (P18)

Sous-thème : Spiritualité

- Motivation suite à des préceptes religieux ou moraux : et puis c'est vrai que l'Eglise catholique nous invite (P5) Déjà, à l'origine, je pense qu'il y a ma foi. Euh... voilà, enfin des raisons religieuses (P18) vis-à-vis de ma pratique religieuse (P20).

- Cheminement personnel : c'est venu plus tardivement à moi d'en faire le choix, aussi, par rapport à mon cheminement. (P10) Vraiment un choix personnel et en dehors de la foi. (P16)

- Choix en cohérence avec un mode de vie chrétien : On est dans une démarche de recherche spirituelle, qui forcément déteint sur nos choix de vie et le sujet des méthodes naturelles qui nous rassemble (P17).

- Enrichissement de la vie spirituelle : Je pense franchement, honnêtement parce qu'on a le temps et qu'on est dans un cadre propice à une élévation spirituelle, voilà. (P17) Et moi vraiment, c'est venu... me faire ressentir un travail spirituel, et me le faire vivre dans mon corps de femme. (P1)

Sous-thème : Écologie environnementale

- Protection de l'environnement : euh... écologique aussi. Je trouve ça bizarre que je mets du latex à la poubelle régulièrement. Euh donc voilà ça on va dire c'est l'impact sur moi et sur l'environnement (P2) le fait de ne plus rejeter les hormones dans les urines et donc dans les égouts et donc dans les rivières et les poissons et tout ça... (P3)

- Mode de vie naturel cohérent : Ensuite en avantages [...] c'est que, ça fait partie aussi d'un mode de vie naturel quoi. (P3) et du coup j'ai complètement changé de façon de vivre. [...] Et puis je voulais vraiment plus mettre des choses nocives dans mon corps, donc j'essayais d'acheter bio, j'essayais de faire attention à tout ce que j'achetais au niveau nourriture. Et du coup la pilule, j'ai compris aussi que c'était ultra nocif. (P9)

Sous-thème : Adhésion variable aux FABM

- Confiance dans la méthode :

La méthode j'en doute pas. (P4) Oh, oui, moi je me sens en confiance, là, ouais. Tout à fait. (P10)

Preuves scientifiques : Ça rassure de voir que c'est des méthodes scientifiques. (P17)

Confiance vient avec l'expérience : je vous dis sinon ce serait 20 enfants qu'on aurait si ce n'était pas fiable. (P16). mais pour le recul que j'en ai, je la trouve très fiable. (P18)

Aide technologique pour augmenter fiabilité : Alors, au début, mon idée, c'était aussi de pouvoir entre guillemets "me rassurer" par rapport à ce que j'allais pouvoir analyser, du coup de la température et de mes glaires. Ça faisait un peu une double sécurité (P10).

- Manque de confiance :

Euh, alors fiable... sans compléments non. Je ne pense pas que l'on puisse dire oui sans compléments, sans méthodes barrières. (P15)

Échec : je pense que après j'ai été un peu échaudée du fait d'avoir eu ces deux autres enfants à toute vitesse et j'ai perdu complètement confiance en moi... par rapport à la glaire. (P5) Euh, ouais, là c'était pas génial, c'était la glaire et le retrait, sur les jours à risque. Donc, euh, ça n'a pas marché (P7)

Attitude ambivalente : Nous on a toujours pas compris comment on avait eu A. et B. [...] On a eu des unions avant l'ovulation, normalement on était pas dans le truc. [...] Je ne me faisais plus confiance. Non, non c'est pas dans la méthode curieusement... J'ai toujours su que c'était une méthode qui était euh... que toutes ces méthodes naturelles sont précieuses et sont fiables (P5).

Sous-thèmes : Contraintes et exigences

Dans les inconvénients, euh, c'est que ça reste pour moi une méthode plutôt contraignante. (P10) C'est un chemin d'exigence (P5).

- Contraintes de l'auto-observation : ben c'est ce côté prendre la température tous les matins, direct au lever, tout ça j'ai du mal, et longtemps en plus, la prendre pendant trois minutes, là je trouve que c'est long. (P12) Négatif c'est fastidieux, que ce soit l'observation ou la température, c'est rasoïr. [...] J'ai trouvé ça oui rasoïr, ennuyeux [...] mais là il y a une observation de soi jour après jour et parfois on n'a plus envie. (P5).

- Aide technologique pour limiter les contraintes : En plus, là, j'utilise Lady-Comp pour prendre ma température pour pouvoir me permettre d'avoir ces écarts d'heure qui sont pas forcément possibles si on prend simplement le thermomètre. (P10) Parce que c'est clair que l'appli elle facilite quand même vachement la prise des observations. (P17)

- Facteurs nécessaires pour les FABM :

Hygiène de vie : Donc ça implique, voilà, d'avoir une certaine... soit une certaine hygiène de vie (P10).

Rigueur : C'est bien plus complexe que ça et il faut être rigoureux pour euh... pour fonctionner avec des méthodes naturelles. (P4) Donc nous on est rigoureux dans l'application de la méthode, ça c'est sûr (P16).

Motivation forte et investissement personnel : C'est vrai que c'est difficile de se dire bon ben on se lance, on saute le pas, faut, faut, faut vouloir quoi ! Faut être motivé (P11).

Formation sérieuse : Mais je pense qu'il faut être formé. [...] Je pense qu'il faut vraiment se faire aider [...] il faut être accompagné (P4) Faut quand même un investissement de départ, il faut rencontrer une conseillère ou un couple moniteur (P17).

Communication : Voilà donc plus que la méthode, j'allais dire, cela nous a montré les défauts de communication dans notre couple (P16).

Couple stable : C'est vrai que ça implique quand même une certaine notion de la fidélité, la stabilité (P2) il faut que le couple ait envie de durer. (P5)

- Méthodes pas adaptées pour tout le monde : Je dis ça parce qu'après j'ai rencontré des femmes que ça a gêné. (P1) C'est sûr qu'une enfant, moi la mienne elle a quinze ans, L. euh... Elle pourra peut-être pas utiliser cette méthode-là. (P6) si les gens ils préfèrent entre guillemets « prendre du plaisir » mais qui ne veulent pas qu'il y ait de grossesse, ou changer de partenaire, enfin ça me semble un peu dangereux ou risqué de pratiquer ces méthodes là (P11).

- Adaptation de la méthode : Alors en fait je me suis assez documentée, c'est un peu un mélange de tout j'ai envie de vous dire ! Je suis un peu fainéante pour tous les matins, prendre mon petit... je devrais le faire, j'y ai pensé mais j'avoue que je suis pas assez motivée [...] mais je fais par recoupement en fait. (P14)

- Inconvénients transformés en avantages : Les inconvénients j'en ai fait des forces [...] Et après tout ça j'en ai fait que des forces et j'y vois que des avantages (P1) Des choix que je fais, moi j'ai toujours du mal à dire qu'il y a des contraintes parce qu'à partir du moment où je fais des choix... Enfin ça fait partie du tout quoi. (P14)

Sous-thème : Rejet de la contraception classique

- Remise en question de la contraception classique :

Il y a quand même un mouvement qui est assez fort de la part des gens [...] de reprendre un peu les choses en main et de ne plus se laisser... pas manipuler mais... être un peu aveuglés par la simplicité de ce qu'on nous amène sur un plateau, sans réfléchir, et des effets sur la santé de la pilule. (P8) et moi je me questionnais quand même pas mal sur la pilule, [...] mais on a pas encore vraiment de retour sur ce que peuvent provoquer les prises d'une même substance toute sa vie. Il y a des femmes ça fait 40 ans qu'elles sont sous pilule... enfin et moi je me suis dit je veux pas me retrouver dans ce type de configuration donc j'ai commencé par arrêter la pilule qui glisse dans la gorge ! (P14) De pas aussi laisser cette partie de ma vie à... dans les mains d'une industrie pharmaceutique. (P8)

- Refus des modalités de la contraception classique :

Rejet du concept de médicament dans ce domaine : Enfin j'étais pas malade, donc j'avais pas besoin de prendre un médicament tous les jours (P1) Enfin, de pas avaler un médicament tous les jours, pour faire quelque chose que finalement on peut faire assez simplement d'une autre façon (P8)

Contraintes de la contraception classique : Enfin pour moi la pilule c'était une contrainte et ça n'avait plus d'intérêt. Donc je voulais plus de contraintes. (P14) le stérilet, je crois, il faut le contrôler au départ, à six mois

pour voir s'il a pas bougé, enfin, tu vois, tu restes dépendant de quelque chose extérieur (P17).

Refus des hormones de synthèse : je pouvais pas me doper aux hormones je voulais pas de pilule (P5) J'avais, j'ai vraiment pas envie de prendre d'hormones, (P7)

Refus d'un corps étranger : diaphragme parce que rien que d'en voir un aujourd'hui je me suis dit, non je ne mettrai pas ça dans mon corps. (P1) Après c'est vrai qu'au niveau stérilet, j'avais pas très envie. Ça me gênait d'avoir un corps étranger à l'intérieur de moi (P7) Il était hors de question pour moi de me faire poser un implant, du fait de l'incrustation dans mon corps (P14).

- Soulagement à l'arrêt de la contraception : Alors il y a un avantage c'est que psychologiquement je me sens propre [...] Je me sentais libérée en fait. C'était bizarre enfin d'avoir quelque chose d'aussi fort, j'étais super contente juste de plus l'avoir. (P3)

- Effets indésirables de la contraception :

Effets indésirables vécus : Et surtout sur la fin où je voyais les effets que ça faisait, les pertes de sang et euh... et aussi les problèmes de libido [...] à chaque fois c'était pour des infections urinaires parce que pendant mes soucis de... j'avais plein d'infections. (P3) J'ai tenté une pose de stérilet au cuivre. Euh... mais, j'ai perforé l'utérus, j'ai dû avoir une coelio, j'ai eu horriblement mal à la pose, donc ça c'est fini, plus jamais. (P7)

Effets indésirables théoriques : il y a moins de libido chez les femmes qui prennent la pilule (P4) ça réglerait aussi le problème des filles qui prennent la pilule comme moyen de contraception et qui finalement ont des prises de poids ou des effets secondaires très importants. (P3)

- Echec de la contraception classique : ben j'ai fait quand même deux IVG. Une sous stérilet (P6).

- Contre indication contraception classique : la pilule depuis on a bien vu qu'il y a des effets très moyens moyens et puis de toute façon après on a vu mes antiphospholipides et compagnie et on m'a dit surtout surtout surtout pas (P5).

- Refus de méthodes contragestives : Mais en fait moi globalement, la méthode du stérilet moi ça me catastrophise parce que moi j'assimile ça à des mini avortements (P14).

- Choix par élimination des autres modes de contraception : vraiment la pilule c'était non, le préservatif encore moins, le stérilet, euh... un objet dans le corps non merci et donc euh (P5) C'est un peu par élimination (P17)

Sous-thème : Aspect financier

- Pratique financièrement avantageuse : Ben l'avantage qu'on n'a besoin de plus rien acheter financièrement une fois qu'on est autonome. (P9)

- Formation onéreuse : Et qui a un coût aussi, c'est sûr. (P6)

Thème : Vécu en couple :

Sous-thème : Lien du couple

- Gestion de la méthode en couple :

Partage en couple de la méthode : au niveau complicité, enfin, je trouve que c'est quelque chose de chouette à partager à deux [...] C'est aussi un sujet intéressant je trouve dans le couple de gérer ça à deux. (P8)

Homme acteur de la contraception du couple : ça oblige à ce que l'homme se sente aussi beaucoup plus partie prenante de la contraception dans le couple qu'auparavant. (P8) il faut que le conjoint soit d'accord avec ça et motivé autant que moi parce que sinon je pense que ça peut faire des grossesses non prévues et euh... et il faut s'y mettre à fond (P3).

Investissement divers du conjoint : Donc c'est vrai qu'au départ j'ai vraiment vécu cette méthode un peu de mon côté (P1) Voilà, c'est plus un soutien technique, mais qui peut m'être utile parce que je suis voilà, parfois à l'ouest, ou ça me fatigue d'aller noter, voilà. (P10) voilà il a toujours été un soutien. (P7) sans ce mari-là, euh, je pense que j'aurais un stérilet à l'heure qu'il est (P17).

Plus une affaire de femmes quand même : on a beau dire qu'il faut que le mari participe, faut quand même être honnête, c'est quand même plus la femme qui s'en occupe que l'homme [...] et puis ça repose beaucoup sur la femme (P5).

- Effets des FABM : Approfondissement de la relation de couple :

Mais, euh, nous ça nous apporte beaucoup dans notre vie de couple. (P4)

Amélioration de la connaissance mutuelle: Aidé clairement dans la connaissance de nous-même [...] Donc je pense que nous deux, ça nous a vraiment appris à nous connaître. (P18) On a appris à se connaître l'un et l'autre (P4).

Augmentation de la complicité et de l'intimité: effectivement, on a vachement grandi en intimité de couple depuis qu'on utilise ces méthodes (P17) Je trouve qu'on est beaucoup plus complice (P3) Ça c'est clair. Je dirai même que nous nous aimons plus en fait (P16).

Développement de l'écoute mutuelle et du respect : ça nous a fait beaucoup évoluer en bien dans l'écoute mutuelle. [...] ça m'a poussée à aller plus vers lui, être plus attentive à ça (P2) Du respect, ça invite au respect c'est évident alors là je pense plutôt au respect de l'homme vis-à-vis de la femme. (P5)

Meilleure communication: ça permet aussi de mieux communiquer je trouve dans le couple. C'est vrai qu'on en parlerai pas et là ça nous permet d'être beaucoup plus libre, et de pas avoir peur en fait de parler de la sexualité (P11).

Aucun effet : Non, franchement non. Non, ça n'a rien changé. (P6)

- Choix de vie du couple :

Plus qu'un moyen de contraception : C'est vraiment un mode de vie plus qu'une méthode (P16) On voit qu'on est au delà d'un simple moyen de contraception comme un autre ! (P17) nous n'avons pas utilisé de méthode de contraception, jamais. (P4)

Sens de la relation de couple : C'est un détail qui fait partie d'une démarche globale que l'on mène tous les deux en fait. (P14) Mais une fois qu'on a compris le sens, du coup on ne le vit plus de la même façon du tout. Ce n'est plus quelque chose qui nous est imposé, c'est plus dans l'émerveillement et dans la beauté de ce qu'on a à vivre (P16) sens de ce que l'on pouvait vivre dans le couple [...] je me suis rendu compte qu'il fallait vraiment chercher le sens (P2).

Sous-thème : Sexualité

- Abstinence périodique:

Difficulté à la vivre : Au niveau inconvénients, euh... L'abstention (*pires*). C'est, ben... c'est de devoir s'abstenir une certaine période (P9).

Cas cycles particuliers : Et c'est vrai que d'avoir les ovaires polykystiques j'avais des cycles très longs. (P19) l'inconvénient c'est que j'ai des périodes fertiles très longues. (P1)

Favorise autre marques de tendresse : mais l'avantage c'est que cela nous apprend à nous exprimer notre amour autrement que dans la relation sexuelle [...] Et après au niveau des relations, de la tendresse, le fait de trouver de la tendresse à d'autres moments et de pas avoir forcément de relations sexuelles (P16).

Rythme la vie sexuelle : Ben ça a permis de plus rythmer les choses, (P11) en fait ça redonne une sorte d'élan, un peu, à chaque fois. (P18) cette période d'attente que moi je trouve finalement très, très chouette. (P4)

Favorise le plaisir sexuel : c'est un peu plus de plaisir quand c'est le moment. (P6) toutes ces premières fois où on se retrouve, c'est assez magique. (P18)

- Points de vue sur les changements opérés dans la sexualité :

Epanouissement sexuel : Du coup ça nous a vraiment épanouis sexuellement. (P9) les rapports ils sont plus les mêmes (P3) ça permet de ré-approprier mon plaisir [...] Cette méthode-là, en amenant une autre sexualité et en connaissant bien mon corps de femme (P1).

Sens de la relation sexuelle : Donc je pense que notre amour a grandi grâce à l'approfondissement du sens de la relation sexuelle dans le couple. (P16) cette méthode elle vient chercher l'authenticité de la relation intime de la sexualité (P1).

Acteur de sa sexualité : Avant j'avais une sexualité je pense assez passive, ça m'a permis de me rendre plus actrice, euh de ma sexualité et d'être beaucoup moins passive. (P1)

Aucun changement noté : Dans le sens que ouais non c'est pas ce qui fait que notre sexualité (P14)

Sous-thème : Contrôle des naissances et gestion d'une grossesse imprévue :

- Cohérence entre vie sexuelle et désir enfant : pour moi être en accord avec mon non-désir d'enfant actuel, c'est, euh, ben d'être en accord que pendant ma période fertile, ou en tout cas hautement fertile, je n'ai pas de pénétration parce que c'est pas en accord avec ce que je veux. (P1) Je trouve qu'en fait généralement ça suit bien

nos états d'âme du couple, [...] il y a des périodes où on n'a pas du tout envie d'avoir des enfants ou c'était pas du tout le moment. A ce moment là en fait on a jamais envie de faire l'amour au moment où je suis fertile. [...] Généralement quand ça revient ce côté fertile et tout ça, il y a aussi le côté désir d'enfant qui revient (P12).

- Hypothèse d'une grossesse imprévue :

Anxiété face à cette hypothèse : Donc je l'ai vécu comme toutes les femmes des moments de grandes angoisses du fait effectivement de pas avoir de contraception ben il y a des moments où voilà... Ça c'est pas forcément non plus confortable. (P5)

Désir de famille nombreuse : on savait que l'on voulait une grande famille (P5) Et puis on avait le désir d'avoir une grande famille (P16).

Poursuite d'une grossesse imprévue : et puis si j'ai un deuxième enfant et ben il sera le bienvenu quand même...(P20) si jamais [...] je tombais enceinte et qu'on avait un enfant j'avorterai pas. [...] on l'accueillerait avec plaisir et ça serait pas un souci (P3) Je sais toujours pas (P9).

- Ambiguïté du désir de grossesse : du coup c'est notre cinquième qui est arrivée, on va pas dire grâce à la méthode mais bon, quelque part on en avait envie de ce bébé. (P16) on a eu effectivement des bébés qui sont voilà... qui sont arrivés mais on était conscient de ça enfin on le fait avec euh... oui en conscience. [...] On le fait en sachant bien le risque qui devient une chance en fait ça c'est très clair (P5).

- FABM comme aide à la conception : puis ça permet d'aider pour avoir des grossesses...(P11) pendant longtemps ça n'a pas été des méthodes naturelles de contraception parce que c'était des méthodes naturelles plutôt dans une optique de conception (P4).

Thème : Vécu avec l'entourage :

Sous-thème : Influence de l'entourage

- Entourage qui motive : Je pense qu'au début c'était vraiment P. qui était motivé. (P17) C'était un peu culturel [...] autour de nous (P16) je pense qu'avec mes belles sœurs on a du en parler (P2).

- Héritage familial : dans mon cadre familial c'était... bon, j'ai eu, finalement j'aurais pu même avoir, j'avais déjà pratiquement toutes les informations.(P10) ma maman utilisait la méthode des températures, quand j'ai commencé à avoir mes règles, elle m'a appris à noter mes règles[...]. Et puis de façon naturelle, j'ai pris ma température, en fait pour moi ça a été évident, je ne me suis même pas posé la question d'une contraception. (P16)

- Entourage pratique les FABM : Dans l'entourage il y en a quand même. C'est pas rare (P2) Alors à part ma sœur il y a ma cousine (P3) ben j'ai des belles sœurs qui pratiquent Billings. (P13) Alors, Fertility Care, il doit y avoir probablement mes voisins, [...] Deux très bons amis qui font (P18).

- Sentiment de solitude au sein d'une société qui n'encourage pas : je trouve que c'est dur [...] socialement parlant, on n'est tellement pas du tout aidé dans ce, dans ce fonctionnement. (P4) Il y a beaucoup de clichés, en fait, qui circulent là dessus, et qui sont malgré tout fondés, puisque c'est sociétal. (P8)

Sous-thème : Réactions de l'entourage

- Jugement : Non ce que j'ai senti [...] des regards de... euh "vous auriez pu vous débrouiller mieux que ça." (P5)

- Moqueries : ah ils sont assez interrogateurs ou... moqueurs ! (P2)

- Stress : Mais avec toujours cette peur latente, quand même. (P8) Après peut-être certains, oui, qui s'inquiètent plus de voilà est-ce que vraiment c'est fiable et puis de... et qui s'inquiètent aussi pour moi (P10).

- Scepticisme : on va dire, et on sentait que c'était un peu oui voilà assez sceptiques sur le fond voilà quoi. Ils n'ont pas trop confiance. C'est vrai qu'on en parle. (P2) c'est plutôt d'interrogations, beaucoup de : "Oh, la la, mais t'es sûre ?" (*Rires*) (P8).

- Intérêt : socialement ça intéresse mes copines (P1) Euh, ben ça intéresse en général, (P19) Ça amène souvent des discussions sur la physiologie de la femme, vraiment interrogatives. Ça, ça intéresse et à chaque fois (P2).

Sous-thème : Promotion des FABM :

- Education des jeunes : Et que dans les collèges et les lycées, plutôt que de parler de méthodes [...] Bon, il faudrait que ça évolue de ce côté-là, quoi. (P19)

- Transmission et enseignement à l'entourage : Certaines ont commencé à prendre un peu leur température ou d'autres qui ont commencé à observer leur glaire. (P1) soit ils vont faire un stage avec moi, soit je leur explique et ils se laissent le temps de réfléchir mais ils sont enthousiasmés par cette méthode, vraiment. [...] J'en parle à tout le monde, il y a vraiment aucun tabou, et j'ai vraiment envie que tout le monde le sache, justement (*rire*). (P9) J'allais dire par contre je commence à en faire la promotion dès que l'occasion se présente, voilà. (P10)

- Monitrices : mais j'aimerais bien devenir monitrice à notre retour en France, (P17) entre temps en fait je suis devenue monitrice MAO (P2).

- A la famille : Avec nos enfants par exemple, nous avons une adhésion complète [...] et ce qui a touché les jeunes c'est que nous parlions de sexualité sans gêne devant nos enfants, que cela paraissait naturel pour nous et eux. En fait cela fait partie complètement de notre vie et donc tout est normal et naturel ! (P16)

- Sortir d'un milieu, faire évoluer les mentalités : Mais sauf que euh... enfin pour faire changer les mentalités je pense qu'il va falloir du travail quoi... voilà ! (P3) donc tu sais je me suis lancée dans mon projet de site là, depuis quelques mois, pour un peu essayer de communiquer différemment sur ces méthodes. [...] Et le message de se connaître, comprendre son corps, euh... faire attention à sa santé, être autonome, être responsable, il peut toucher bien plus que des, que des catholiques. (P17)

- Promotion dans son métier : Et, euh, par rapport aux contraceptions naturelles moi je l'envisage aussi vraiment comme une partie de mon travail, vraiment une envie de transmission par rapport à ça. (P1) Et euh je veux sensibiliser les gens aux méthodes naturelles. [...] Euh j'imagine si j'ai une consultation sur une contraception même pour des jeunes, j'en parlerai direct, enfin ça fera partie de toutes les méthodes dont je vais parler (P12).

- Réticence à communiquer sur le sujet : J'avoue que nous on en a jamais parlé à des amis. On était une génération pudique. (P5) La contraception ça reste quand même quelque chose d'assez intime dans un couple, donc, euh... Je, j'ai pas forcément, moi, beaucoup communiqué sur ce sujet. (P8)

Thème : Vécu avec le monde médical :

Sous-thème : Relation avec le corps médical :

- Relation de confiance

Echange : Voilà, lui demander conseil, expliquer, enfin voilà. Il m'avait d'ailleurs dit des choses très intéressantes enfin l'échange avait été très fructueux, très simple (P5) et toujours pu poser des questions auxquelles je pouvais avoir des réponses qui me paraissaient des réponses de confiance... (P14)

Choix du médecin en fonction de ses convictions : J'étais allée la voir exprès pour ça (P12).

- Perte de la confiance :

Suite à un vécu médical douloureux : J'avais confiance encore dans le corps médical, aujourd'hui je n'ai plus du tout confiance. (P19) Ils ont usurpé quelque chose de leur pouvoir médical. J'ai trouvé ça très déplacé. (P5)

Suite à des réactions perçues comme négatives : C'est surtout j'ai pas envie d'avoir des, des réactions comme j'ai eues, disons de frayeur mais c'est pas effrayant quoi, c'est pas grave. (P3)

Suite à un manque de connaissances dans ce domaine : Enfin à chaque fois que l'on nous donnait des conseils, ce n'était jamais des vrais conseils à suivre. Enfin vraiment, franchement erronés. (P2) C'est un manque de connaissance, je pense, très clairement. (P8) Enfin, ils ne m'auraient pas donné de conseils ni quoi que ce soit. Ils n'auraient pas pu m'aider dans ce domaine. (P16)

Par peur d'un traitement : Je n'avais pas envie qu'il me donne quelque chose qui puisse nuire à l'allaitement mais aussi du coup avec la MAMA (P2).

- Confiance dans les intervenants non médicaux :

je pense que je ferai plutôt appel à des formateurs extérieurs. Non médicaux, enfin, non médecins. (P4) je me

suis tellement renseignée que je me considère quand même assez spécialiste dans le domaine et que je cherche pas de conseil par rapport à ça (P1).

- Indépendance vis à vis du corps medical, refus de médicalisation

se dire qu'on a pas besoin de quelqu'un pour pouvoir gérer notre contraception, c'est génial ! (P9) Donc, ouais, on est autonome, quoi. Ça nous comble ! [...] au moins, contraception est hors... hors euh... hors médecin, hors médecine, hors cabinet medical (P17).

Sous-thème : Réactions du corps medical face à la pratique des FABM

- Incompréhension : Non, plutôt incomprise. (P4)

- Moqueries : elle s'est moquée de moi, explicitement, de mon mode de contraception, de.... non non ça a été très très déplacé de la part d'un chef de service [...] Elle pensait peut être même que j'étais un peu retardée. [...] On était des niais, des naïfs... (P5)

- Scepticisme : Donc je leur ai expliqué, et ils étaient vraiment très sceptiques, hein. (P9)

- Réaction neutre : Et euh mon généraliste peut être que je lui ai dit mais elle a pas relevé quoi, elle a dit « ok d'accord ». (P20)

- Conseil de prudence : elle m'a mis en garde parce que ce sont pas des méthodes vraiment très très fiables (P15) Euh il a dit de faire très attention, enfin, il a dit que c'était bien mais de faire attention (P13).

- Aide à la réflexion : Enfin peut être même plus quelque chose d'aidant comme « vous avez bien conscience de... » (P5).

- Proposition d'aide : que si jamais j'avais besoin de quelque chose, elle pouvait se replonger dans ses documents (P13) J'ai eu un gynéco qui m'a donné des courbes (P16).

- Bienveillance, écoute : Donc vraiment bienveillant, j'étais hyper étonnée je m'attendais pas du tout à ça [...] Non c'était des personnes ouvertes, et à chaque fois j'ai rencontré des personnes sympas (P13) Là, je me fais suivre par une sage femme maintenant, qui est tout à fait accueillante aussi à tout ça. (P16)

- Enthousiasme : Donc elle était à fond ! Elle trouvait ça génial et tout. (P12)

Sous-thème : Souhaits et désirs vis à vis du corps medical

- Regard positif et bienveillant : Oui, puis après j'aimerais bien sentir que, d'être vraiment respectée, [...] Un regard plus positif et plus bienveillant. (P2)

- Ouverture d'esprit du corps médical : Que ce soit pas autant dévalorisé, (P11) En tout cas une ouverture sur autre chose. (P1)

- Formation des médecins : Ben pour ça il faudrait qu'il se spécialise ! (P13) Donc moi je trouve que ça serait important effectivement que cela fasse partie de la formation médicale, (P16) Après c'est juste que je me dis, voilà, il y a, c'est vrai que ça pourrait être intéressant qu'ils soient plus formés à ce sujet et qu'ils puissent être suffisamment informés (P10).

- Connaissance du corps médical : une connaissance du corps médical pour pouvoir proposer autre chose. [...] Donc ça serait que le corps médical ait simplement la connaissance de l'efficacité et de la fiabilité de la méthode [...] et que ça soit plus... tabou (P1).

- Donner l'information au patient/proposer les FABM : et qu'on puisse nous la proposer, comme une autre méthode. (P1) Déjà de sensibiliser les gens à cette méthode, qui ne connaissent pas ! (P12) il faudrait que ça soit proposé au même niveau que tous les autres moyens. [...] ça serait bien que les médecins, ils le proposent, ils en parlent. Ils en parlent, parce que ça peut correspondre à certaines femmes. (P6)

- Laisser la liberté de choix au patient/ responsabilité du patient : Ce sont des éléments qu'on devrait donner à tout le monde, pour que les personnes puissent choisir librement ce qui leur conviendrait réellement en toute liberté (P16) Mais que ce soit une vraie proposition, [...] Je trouve que le corps médical au contraire devrait permettre de laisser le choix. (P18) C'est juste qu'après chacun pourrait prendre son choix de contraception consciemment en fait. (P14) qu'on nous rende un peu cette connaissance et cette autonomie. Euh... ben ça va avec ce que je vous disais tout à l'heure, en arrêtant de nous déresponsabiliser en nous disant qu'un médicament suffira, quoi. (P8)

- Orienter vers personnes compétentes : si le médecin n'est pas suffisamment formé, qu'il puisse réorienter les personnes...(P11) qu'ils renvoient vers des moniteurs les gens qui ont envie de se former à ça. (P16)

- Rôle de conseil : Oui, oui, oui bien sûr, un rôle de conseil... (P15) Moi, je trouve ça dommage qu'ils ne puissent pas avoir ce rôle de conseil et d'information complet. Je me dis face aux montagnes de choses et aux études qu'ils ont, ben oui je trouve qu'ils auraient une place à prendre à ce sujet-là, oui. (P10)

- Explication de la physiologie : Au niveau médical que les gynécos ou même les généralistes, les médecins de famille puissent alerter sur la connaissance exactement, comment ça se passe un cycle (P14).

- Indépendance par rapport aux lobbies : Un rôle de transparence; ils sont dirigés par des firmes pharmaceutiques (P19).

- Recherche scientifique : il faudrait vraiment que la science un peu s'y mette (P19) Donc le côté scientifique des méthodes n'est pas connu, et c'est vraiment dommage. (P16)

ANNEXE 14 : Retranscriptions des entretiens

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



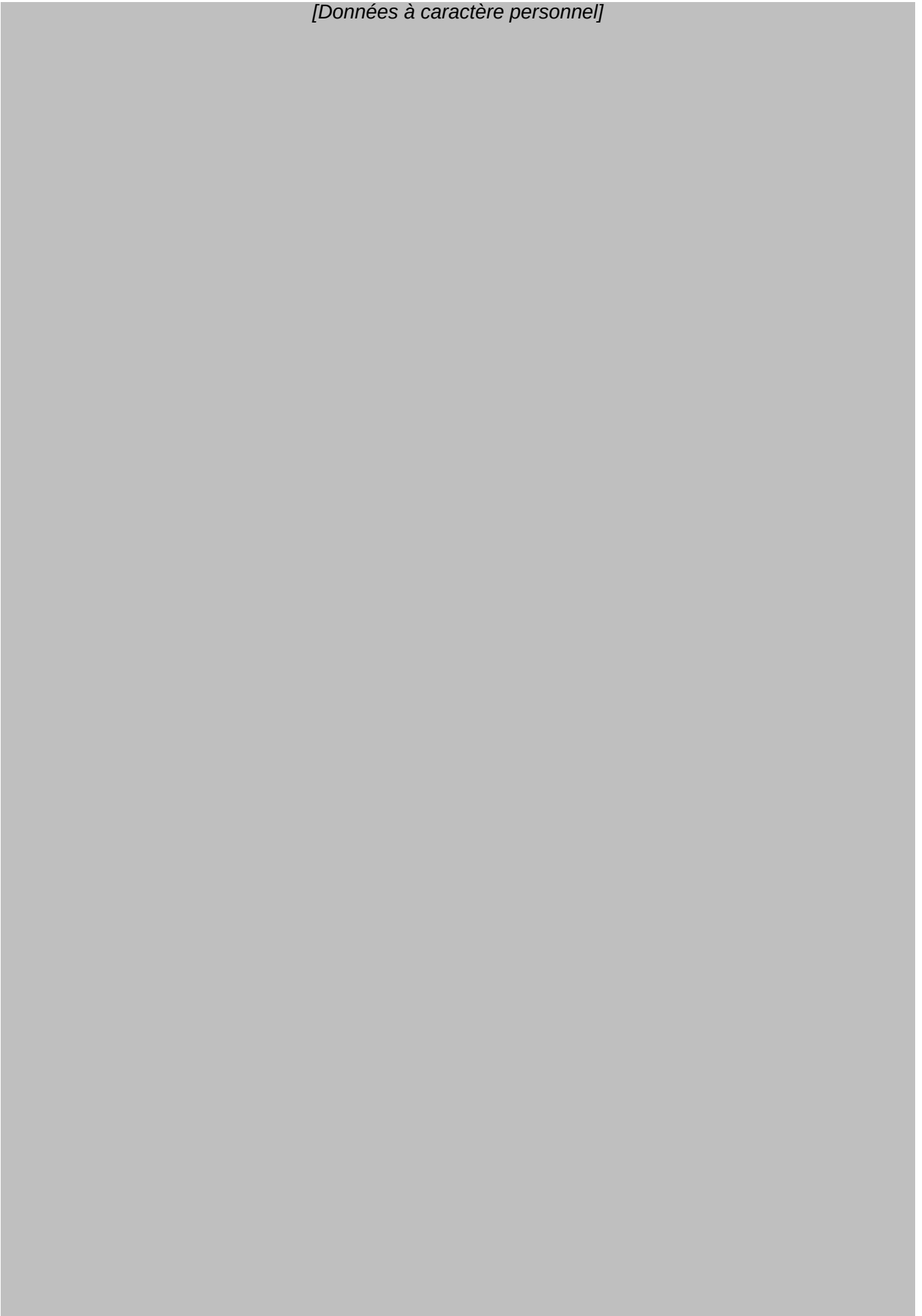
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

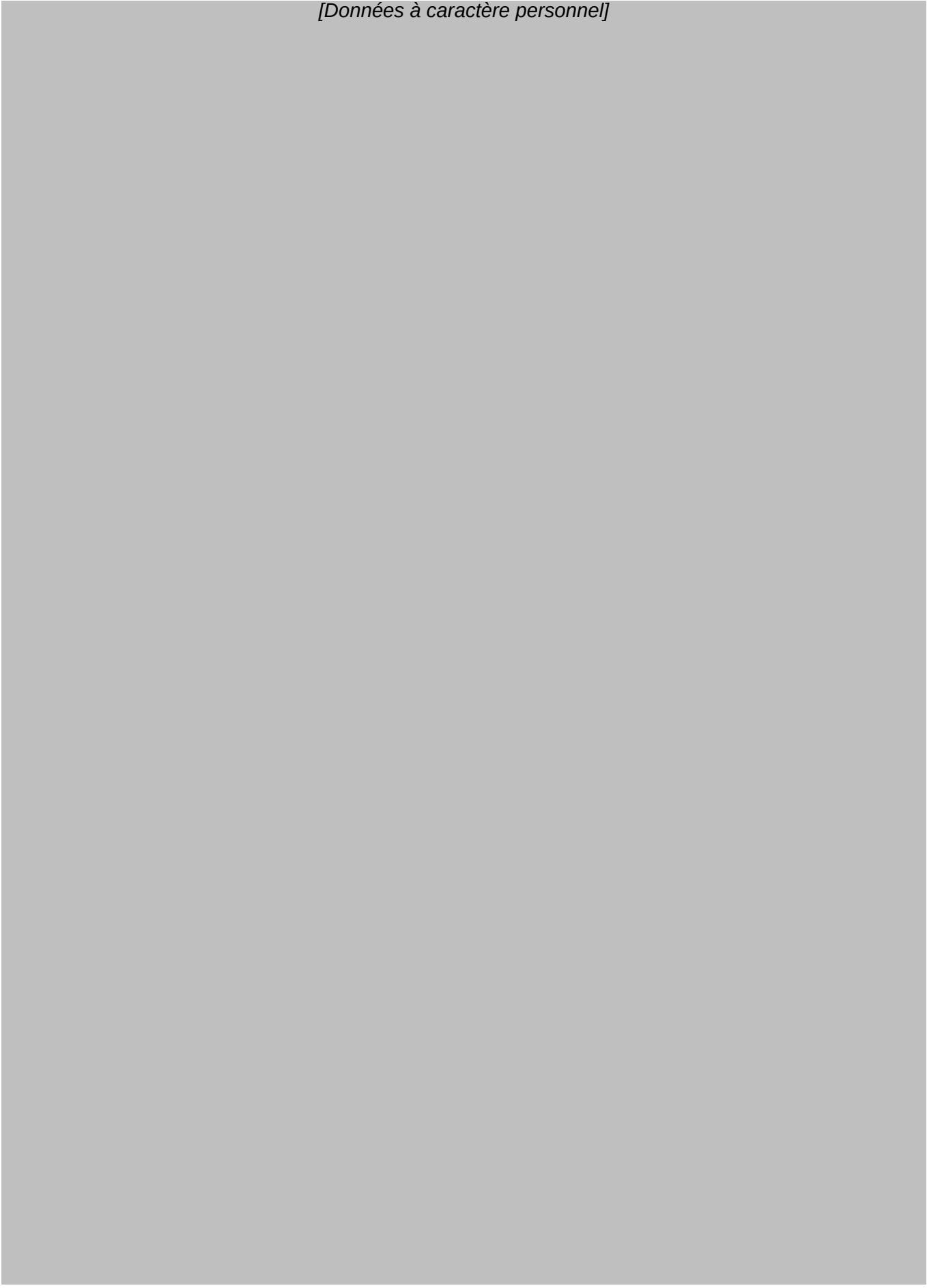


[Données à caractère personnel]

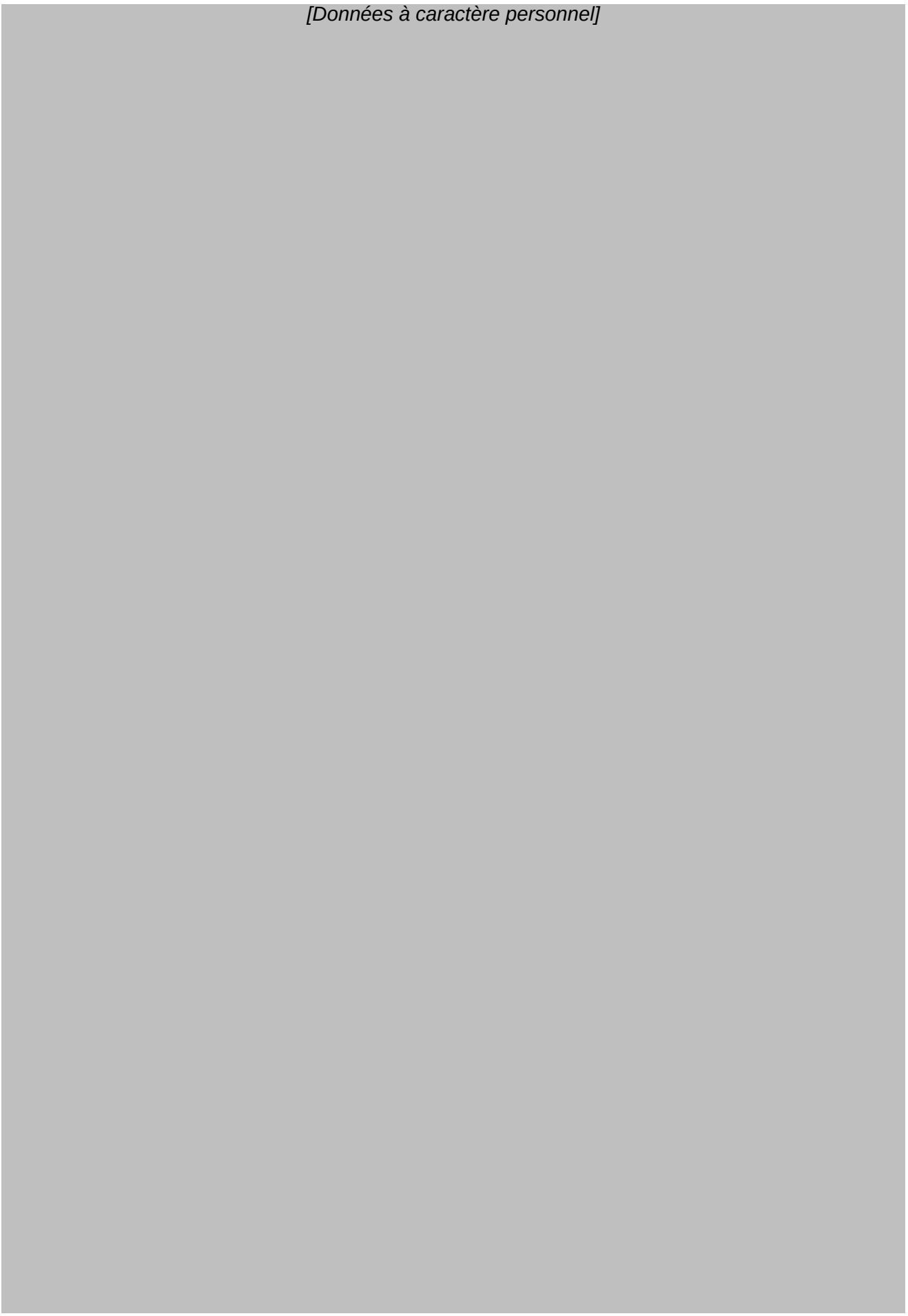


[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



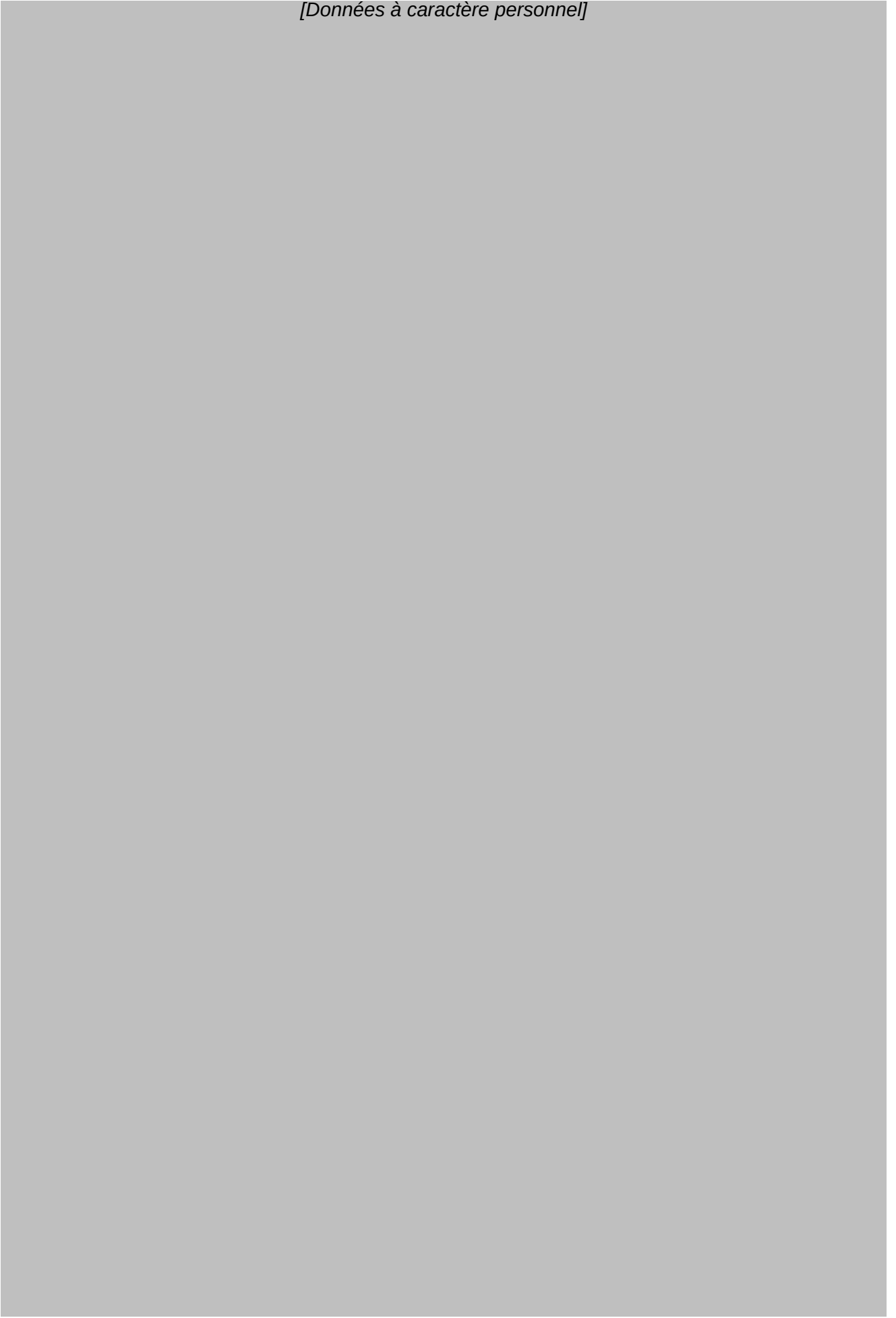
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



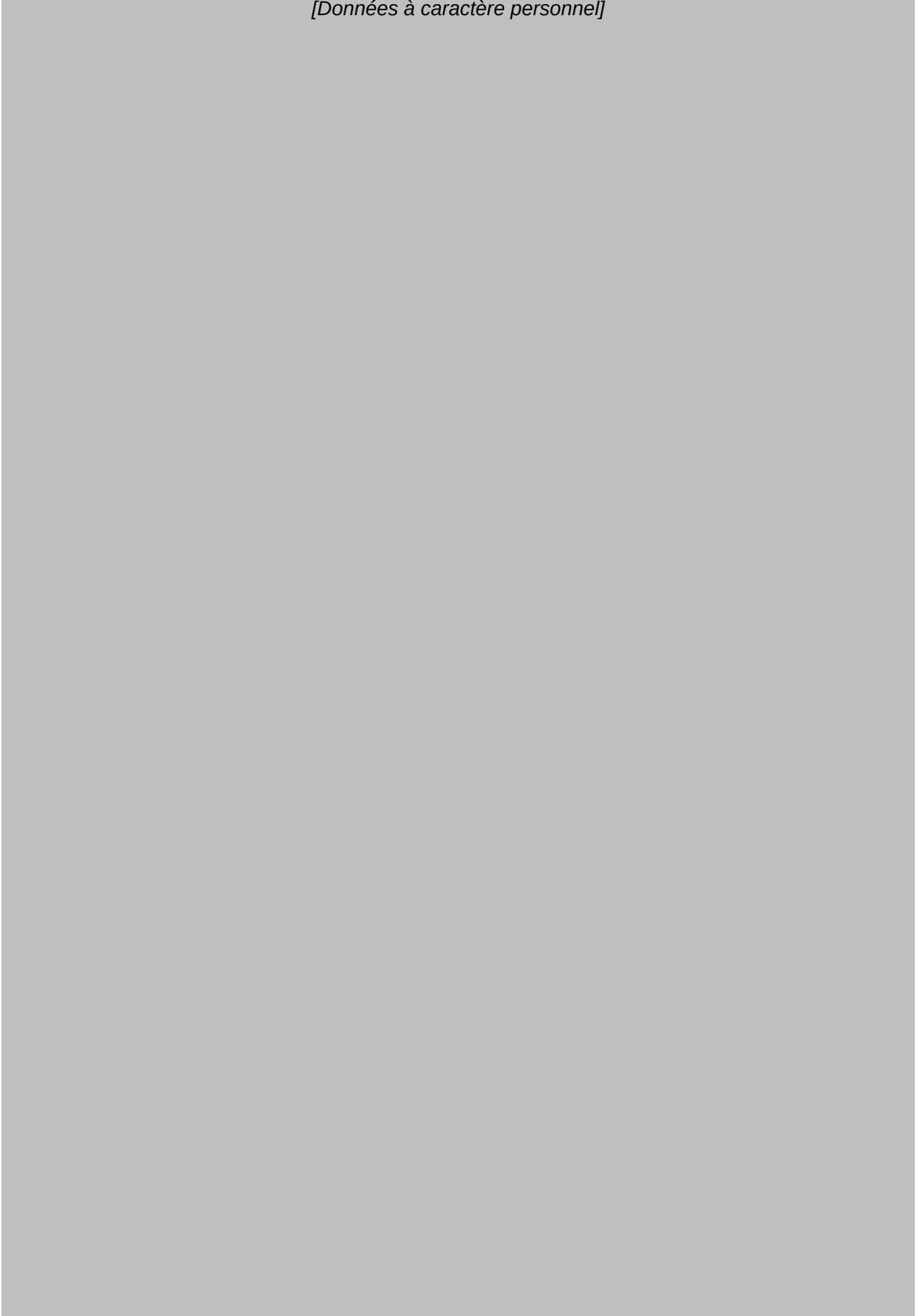
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



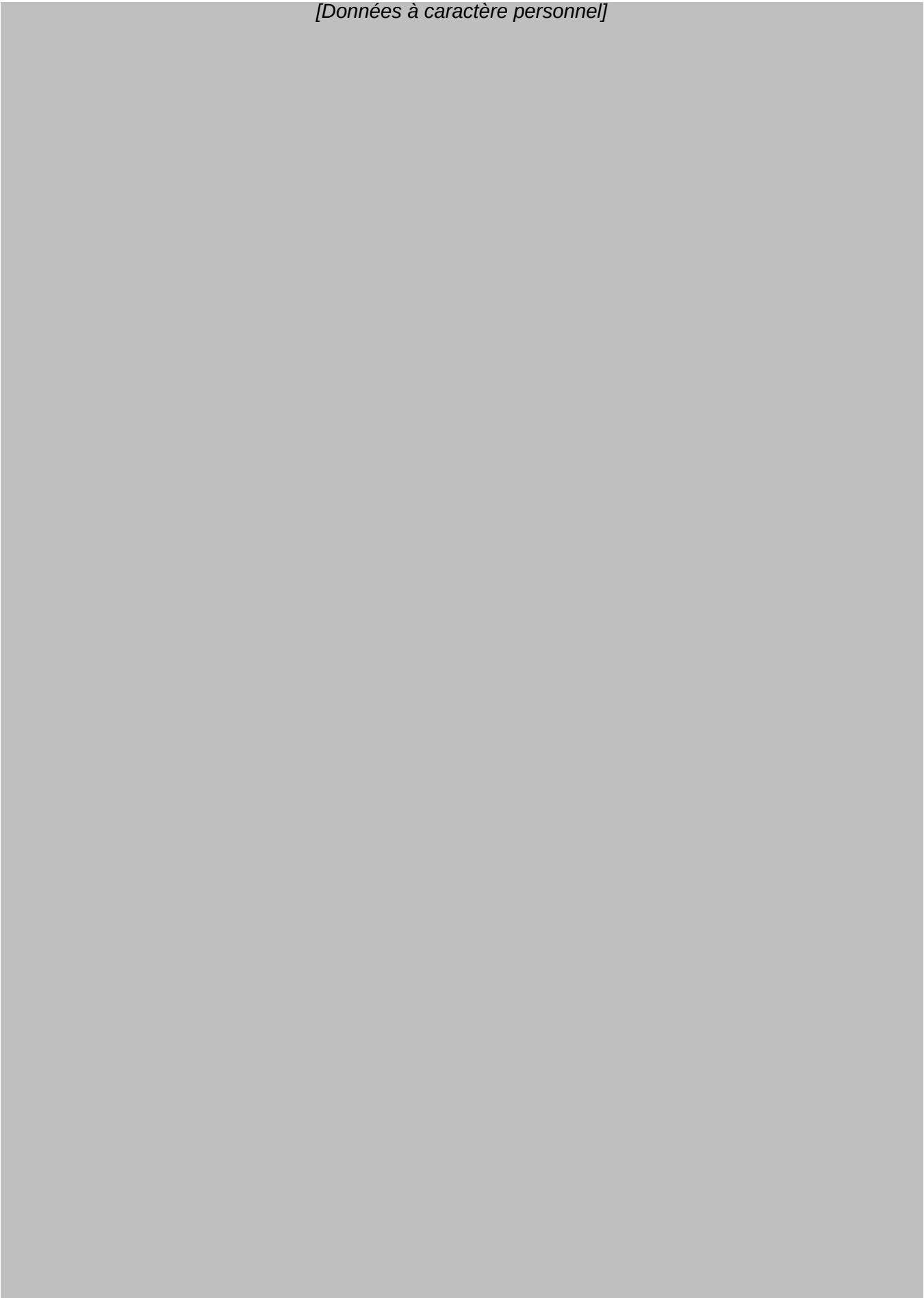
[Données à caractère personnel]



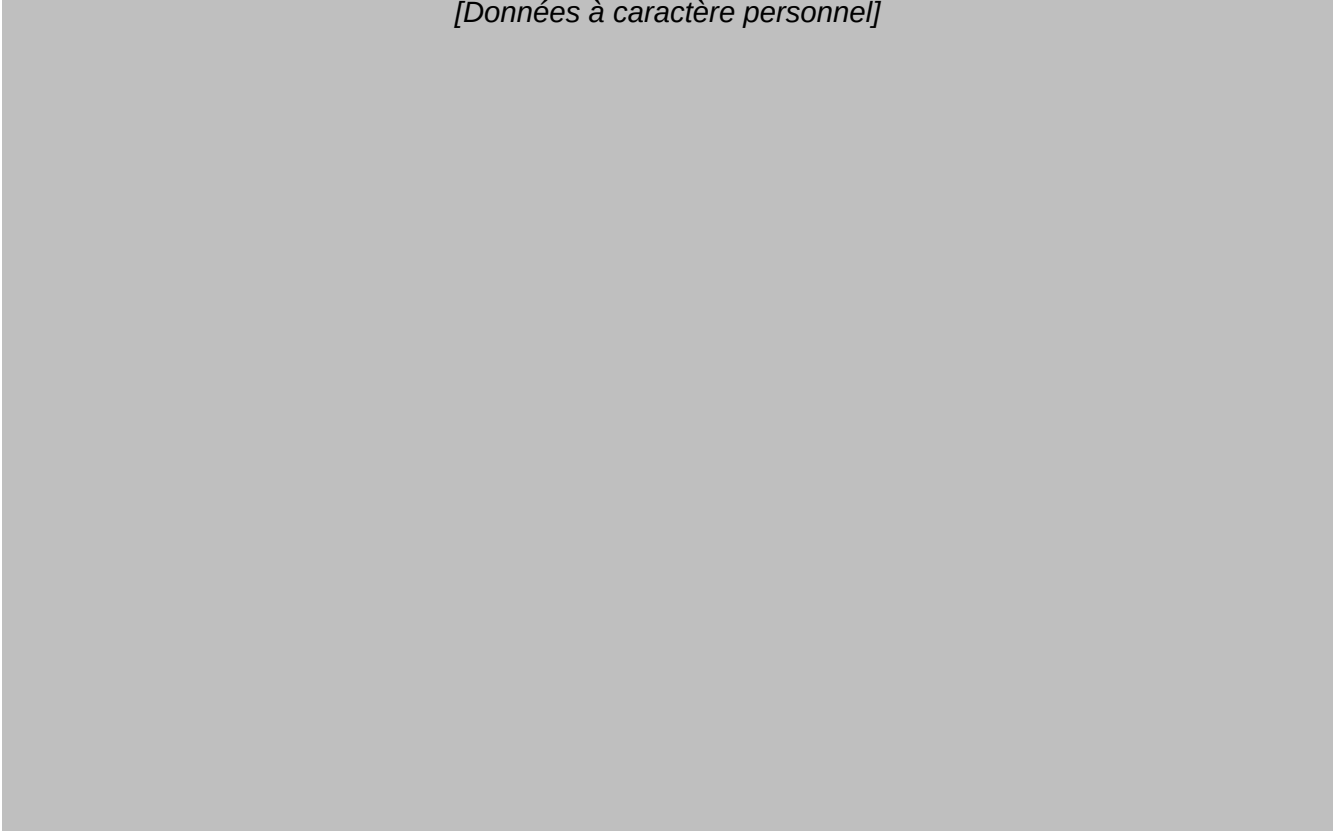
[Données à caractère personnel]



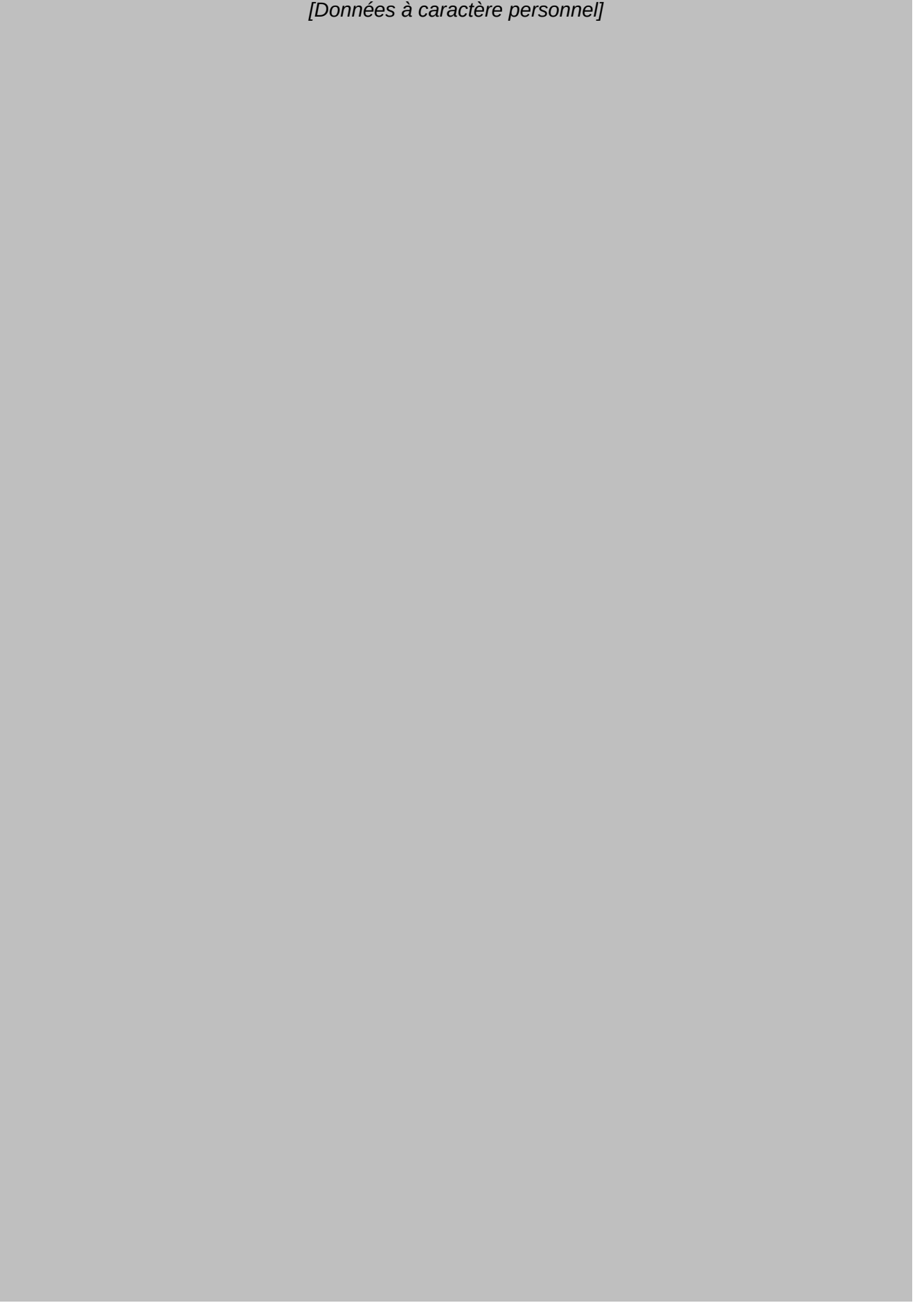
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



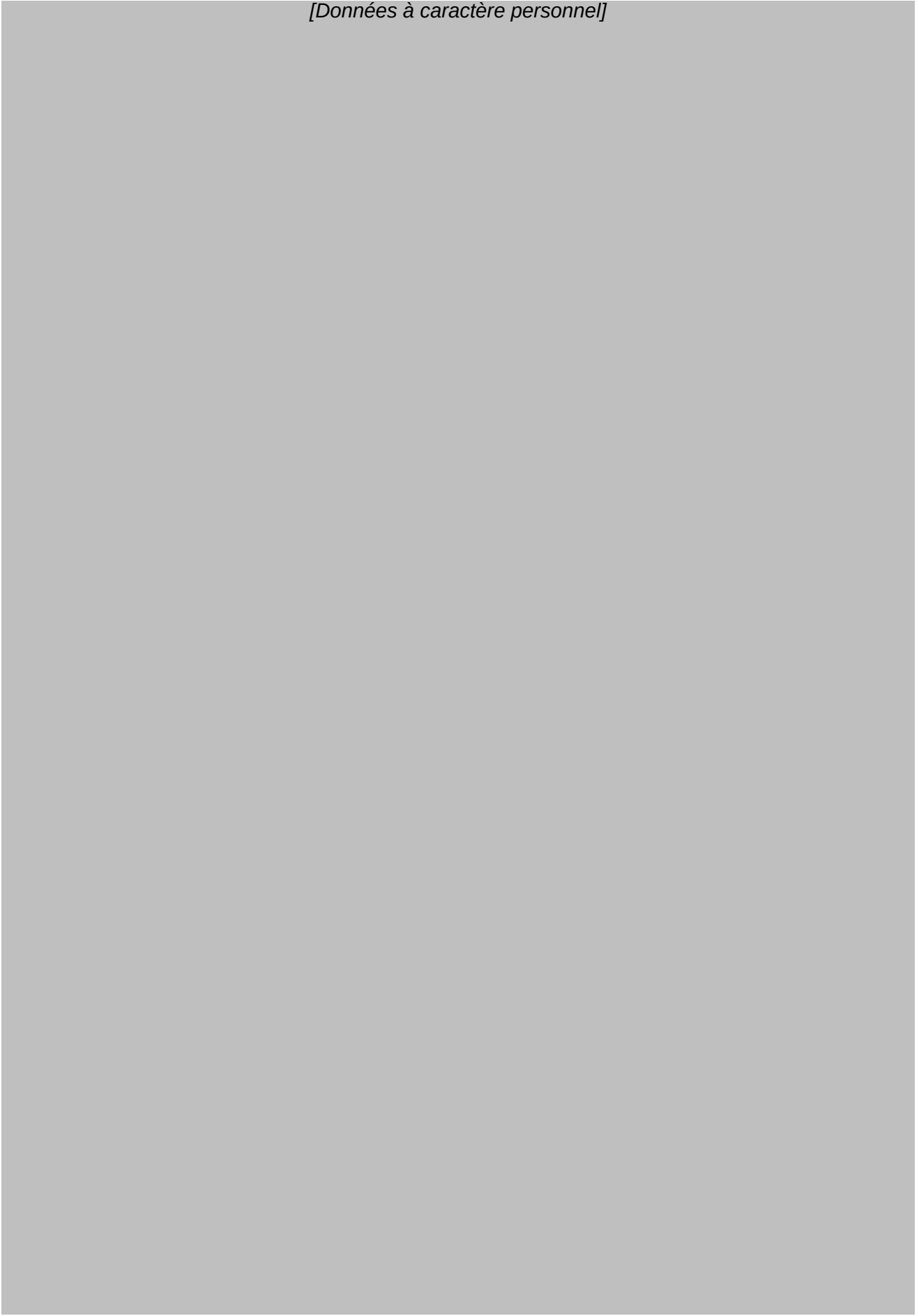
[Données à caractère personnel]



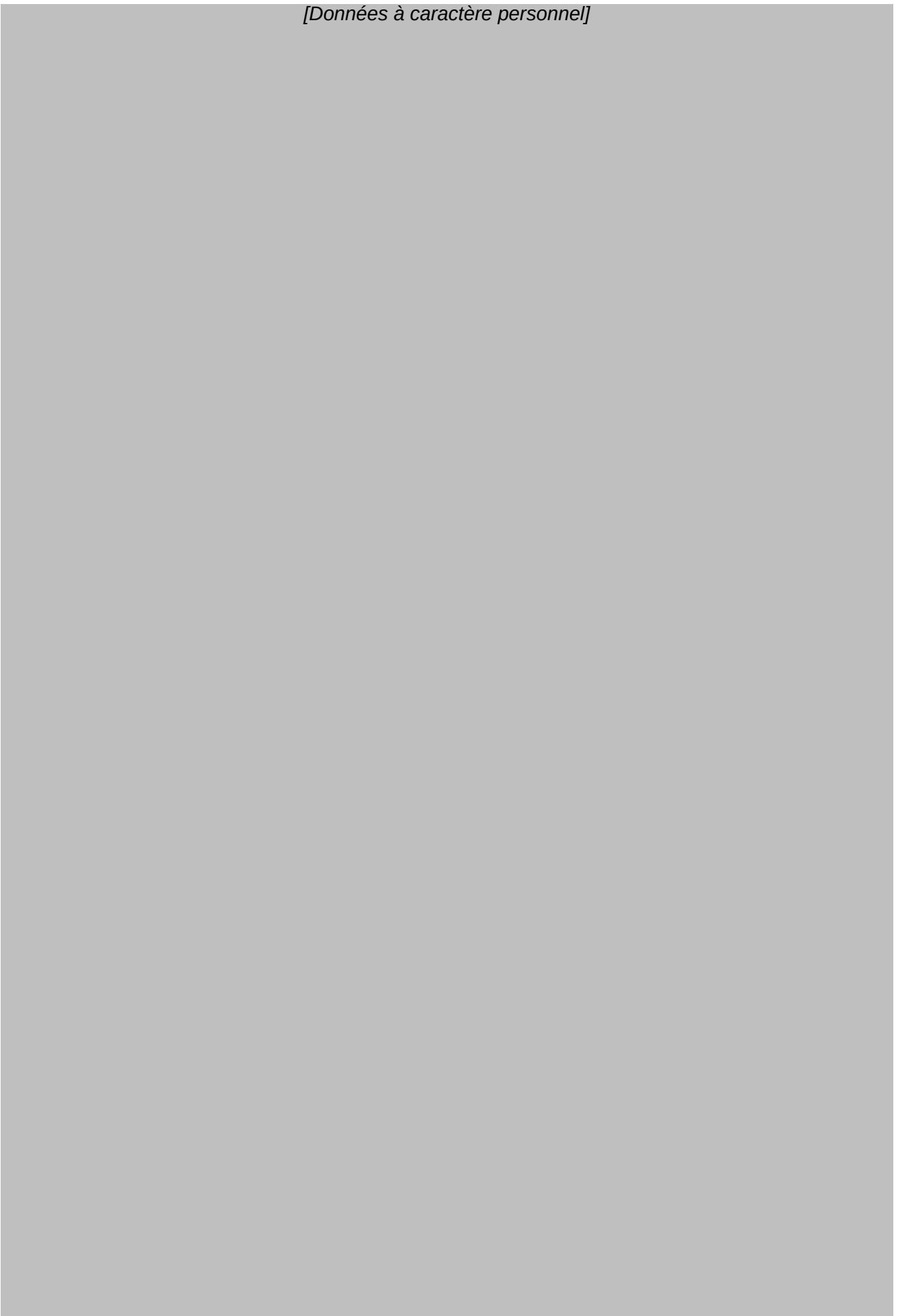
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



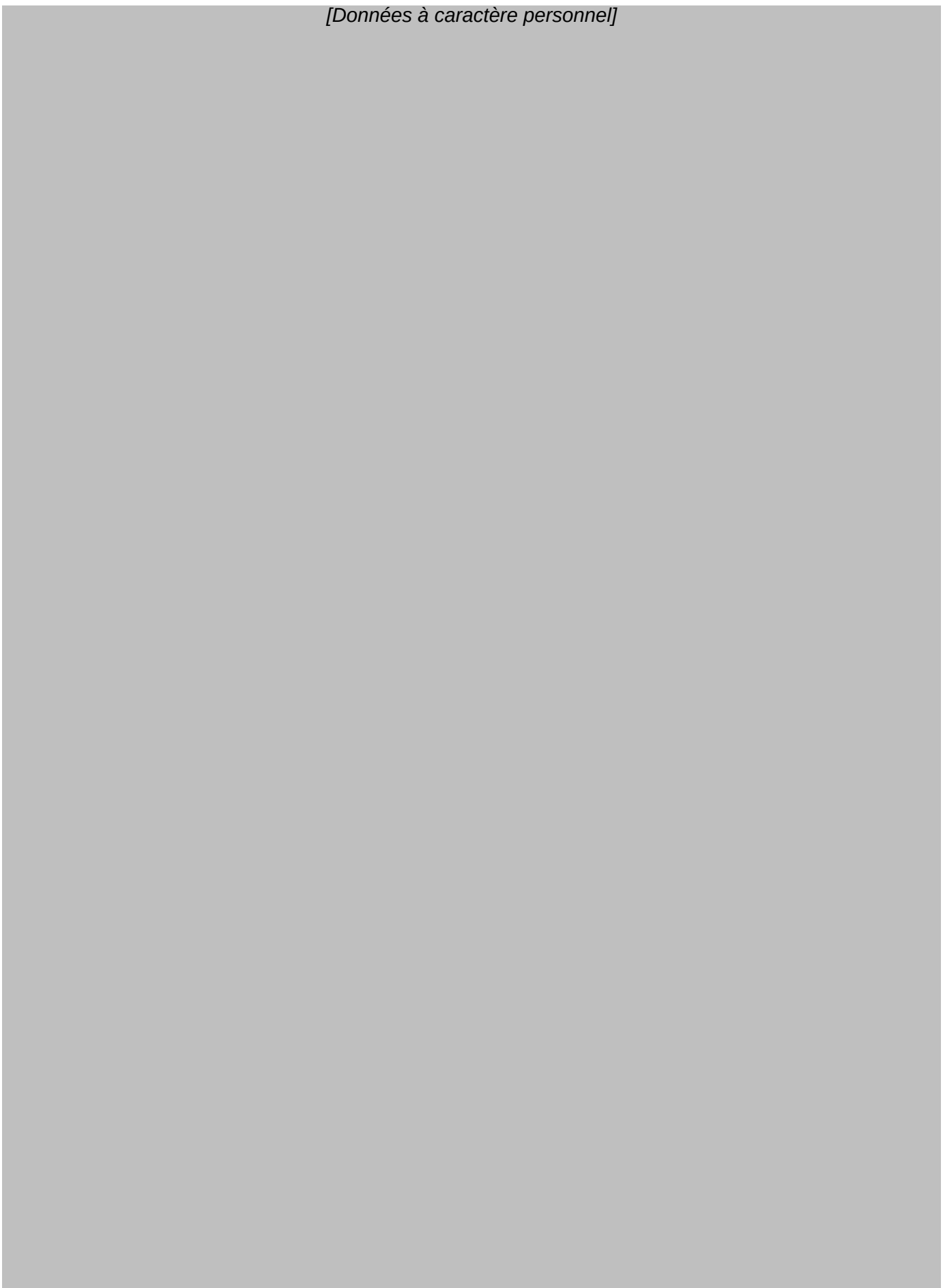
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



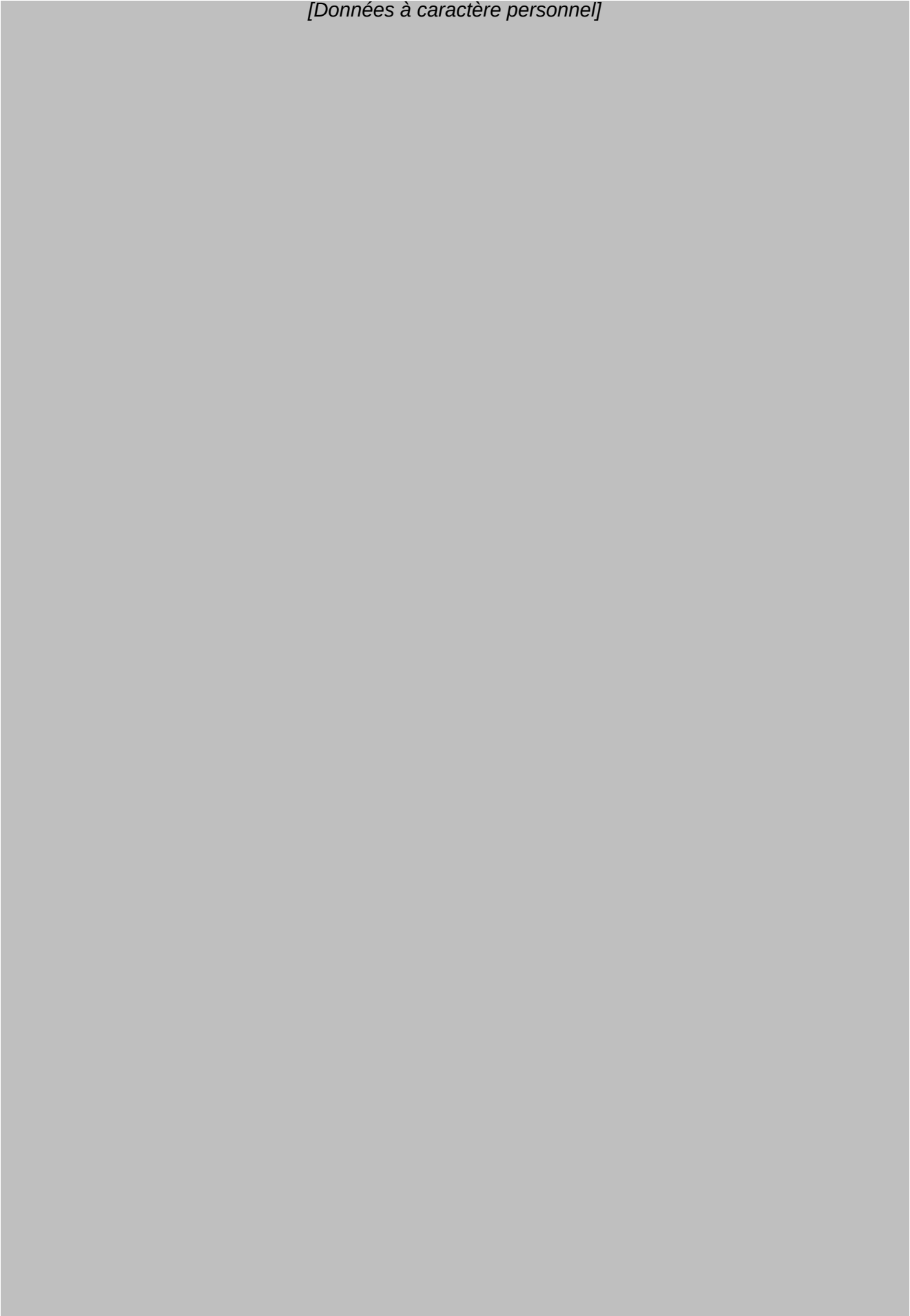
[Données à caractère personnel]



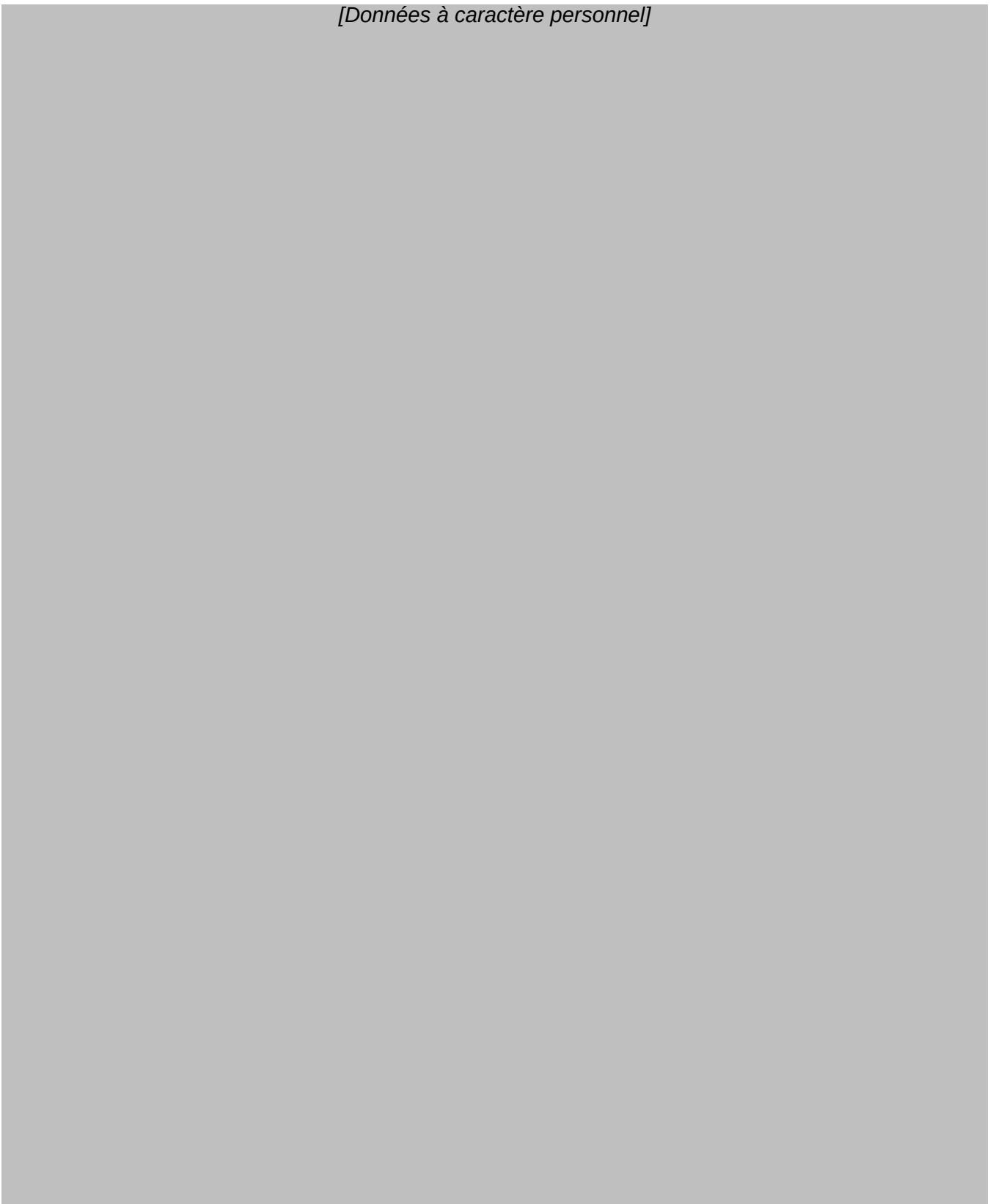
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



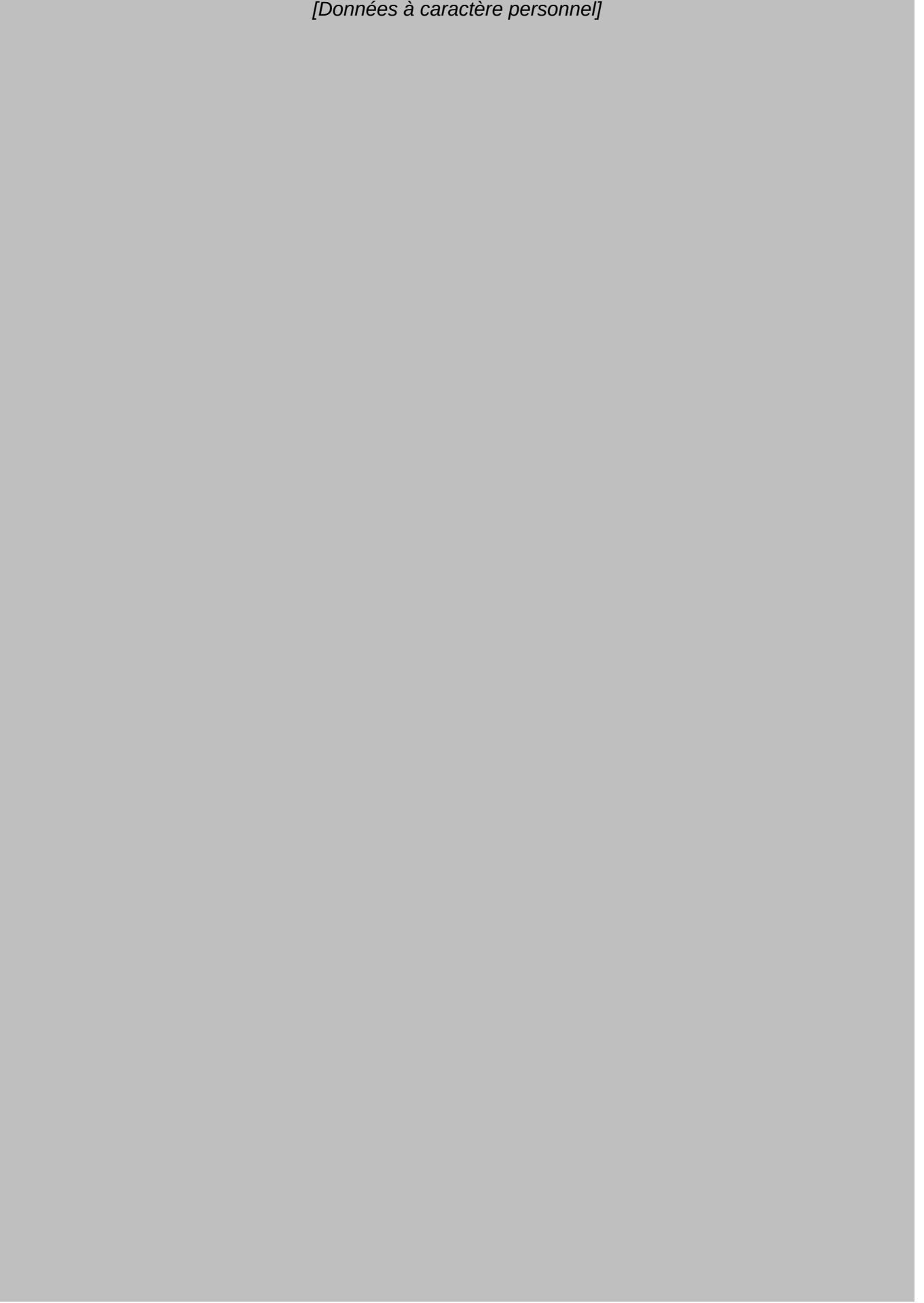
[Données à caractère personnel]



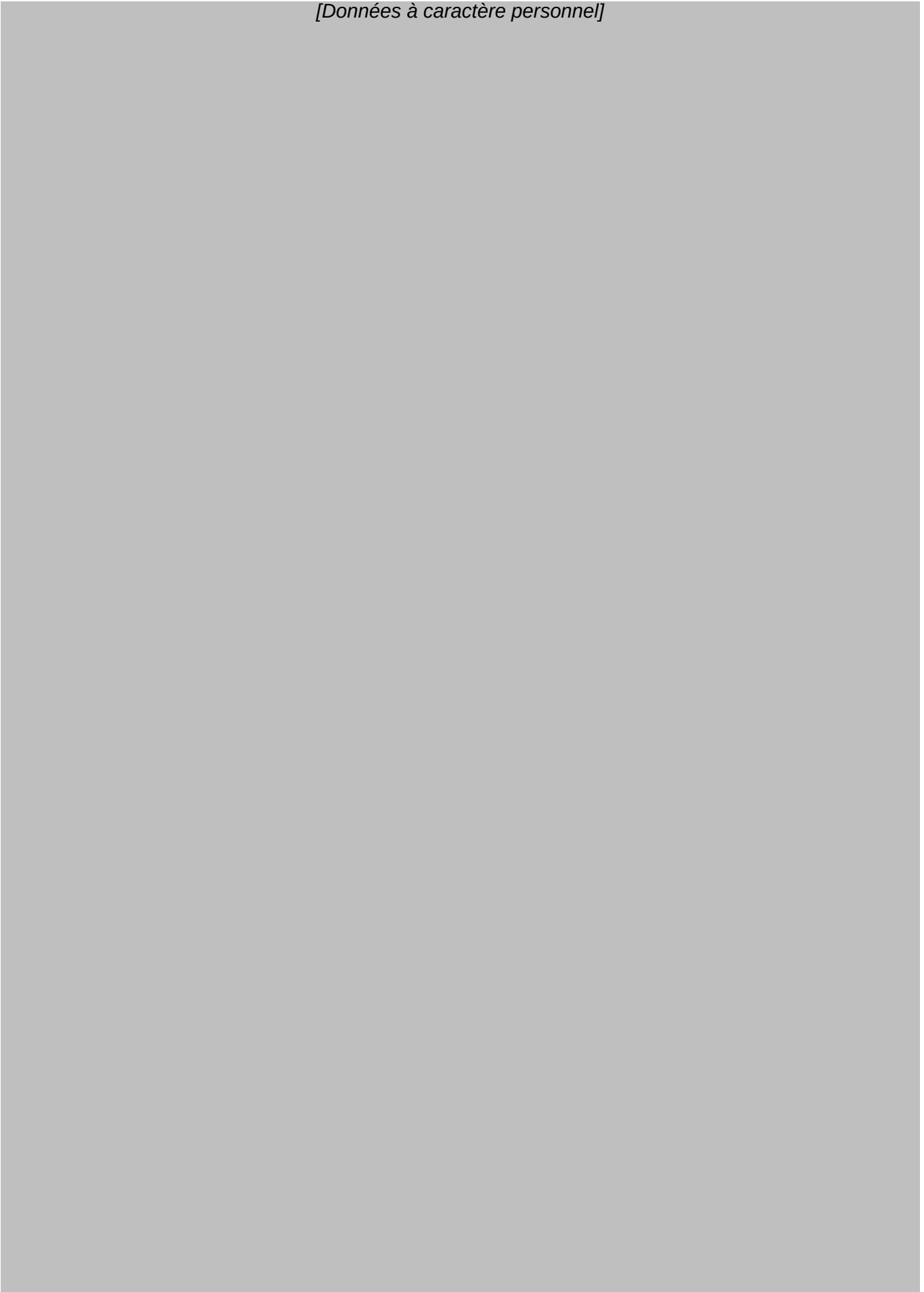
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



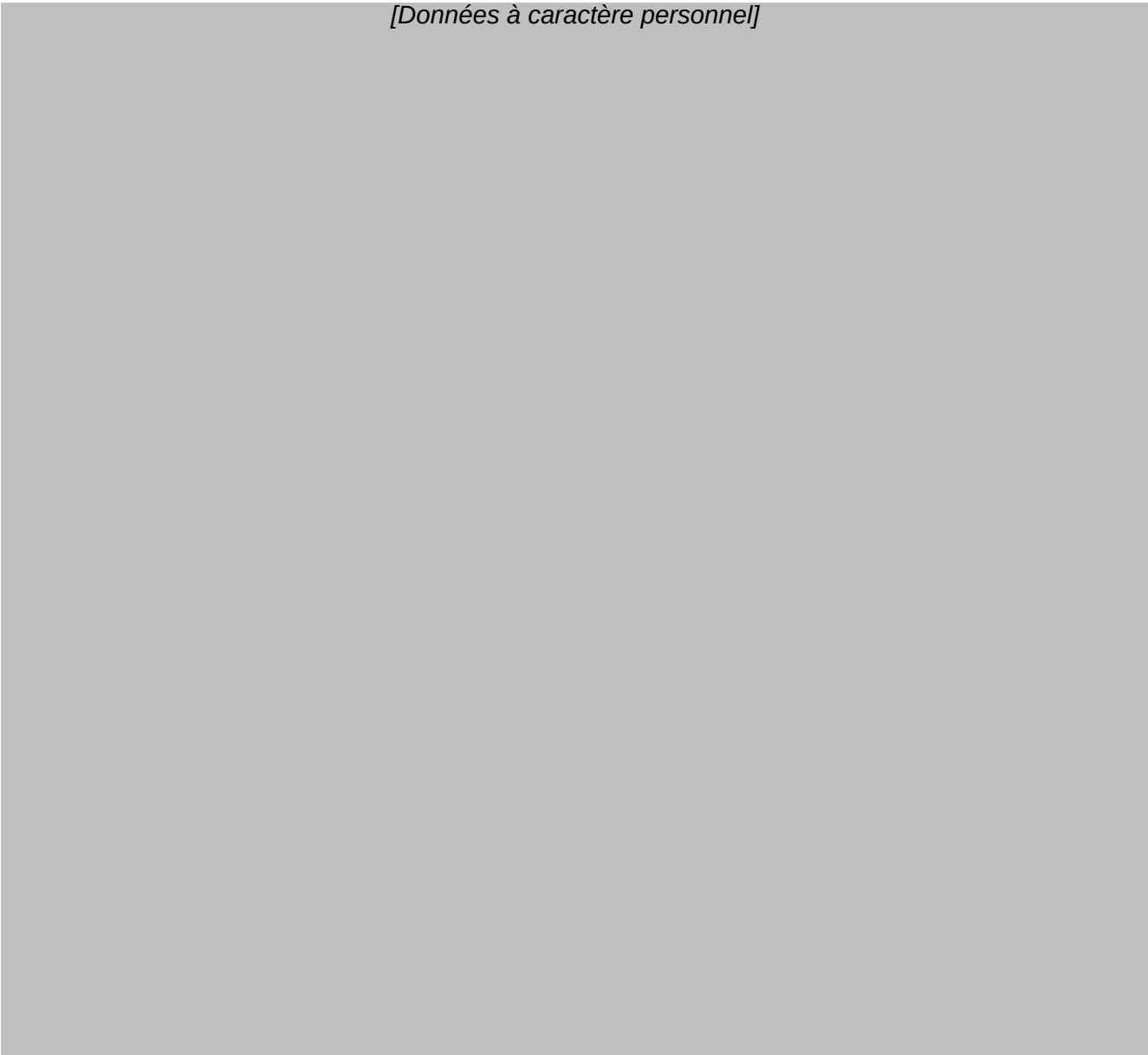
[Données à caractère personnel]



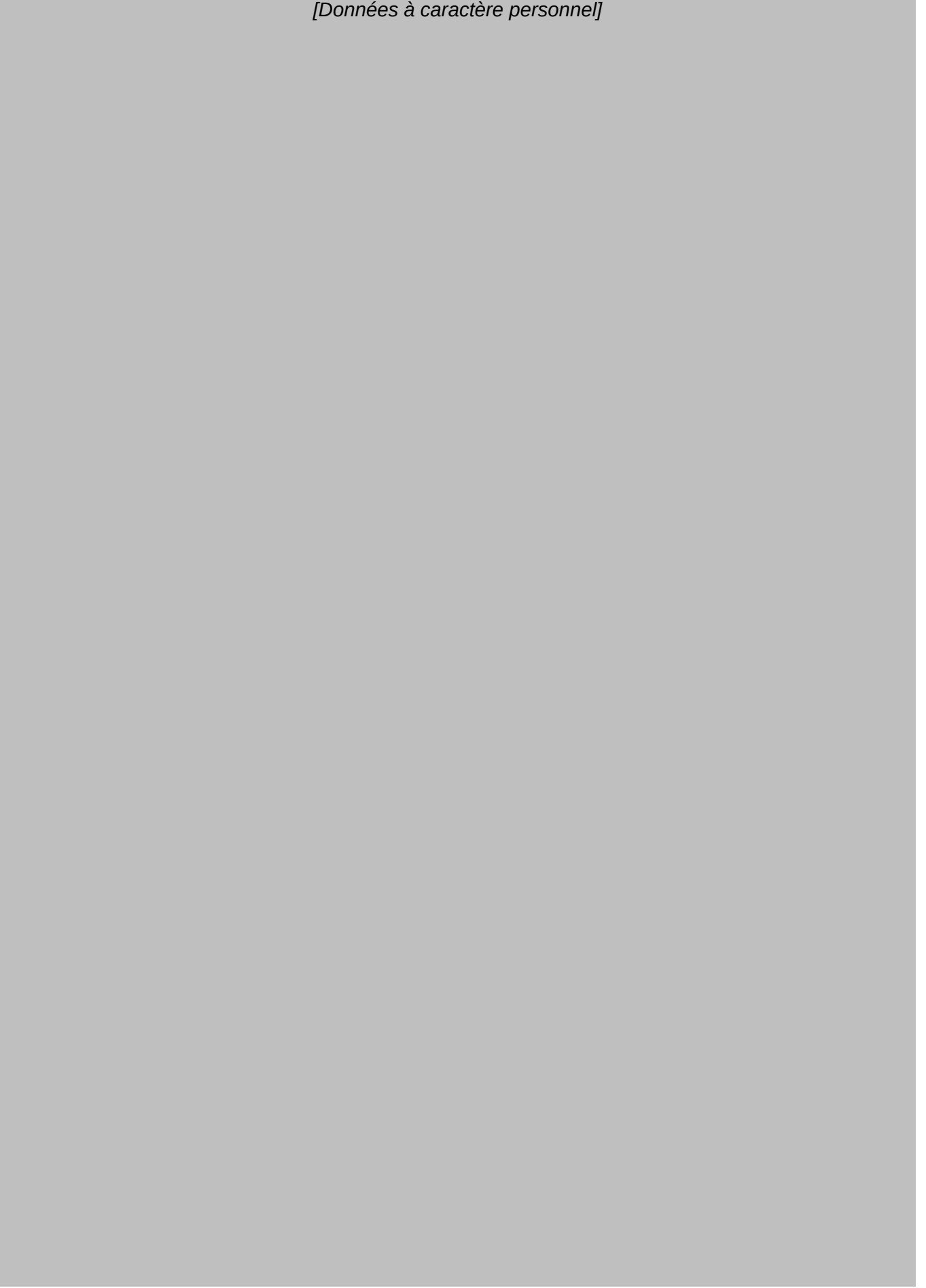
[Données à caractère personnel]



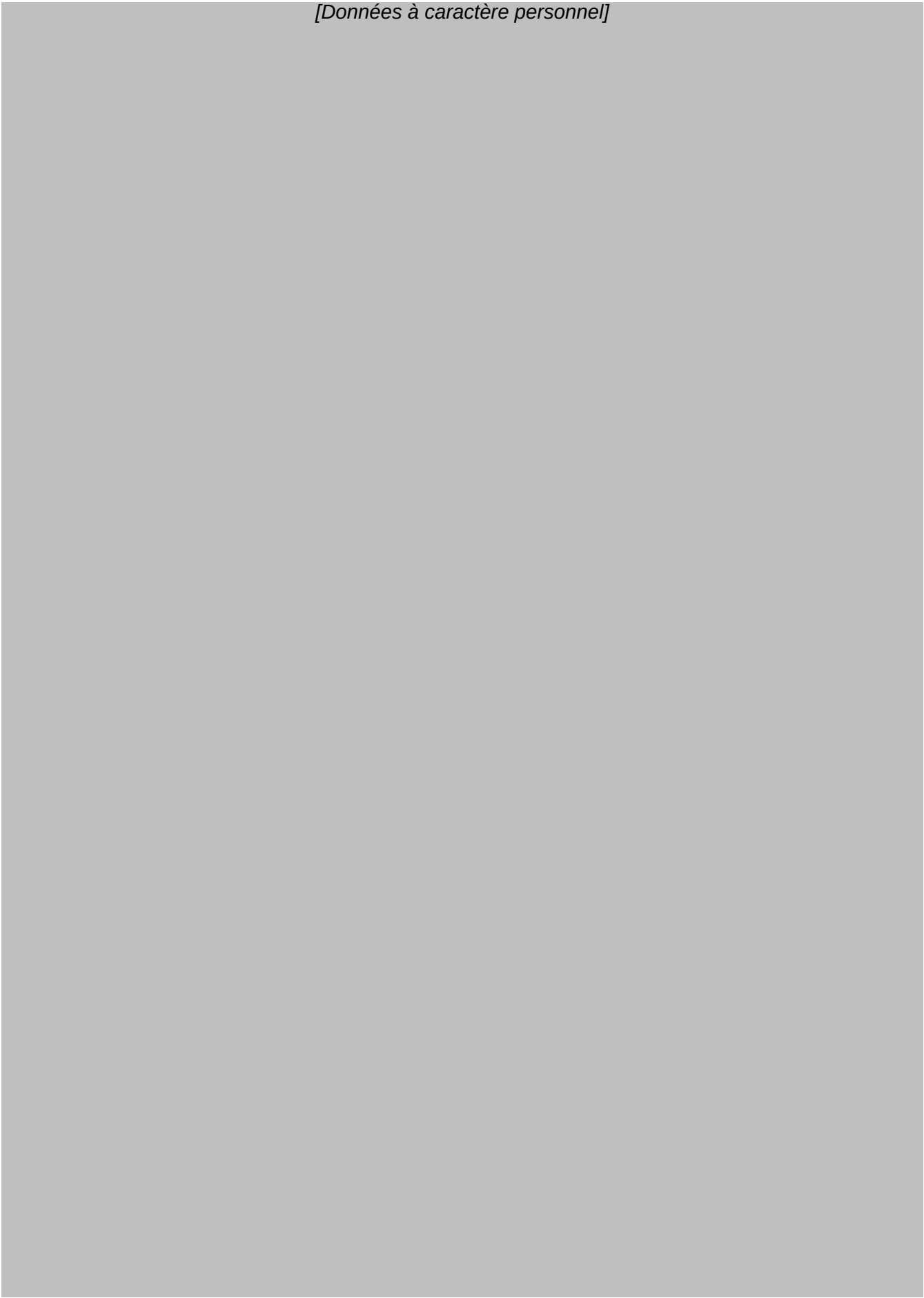
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



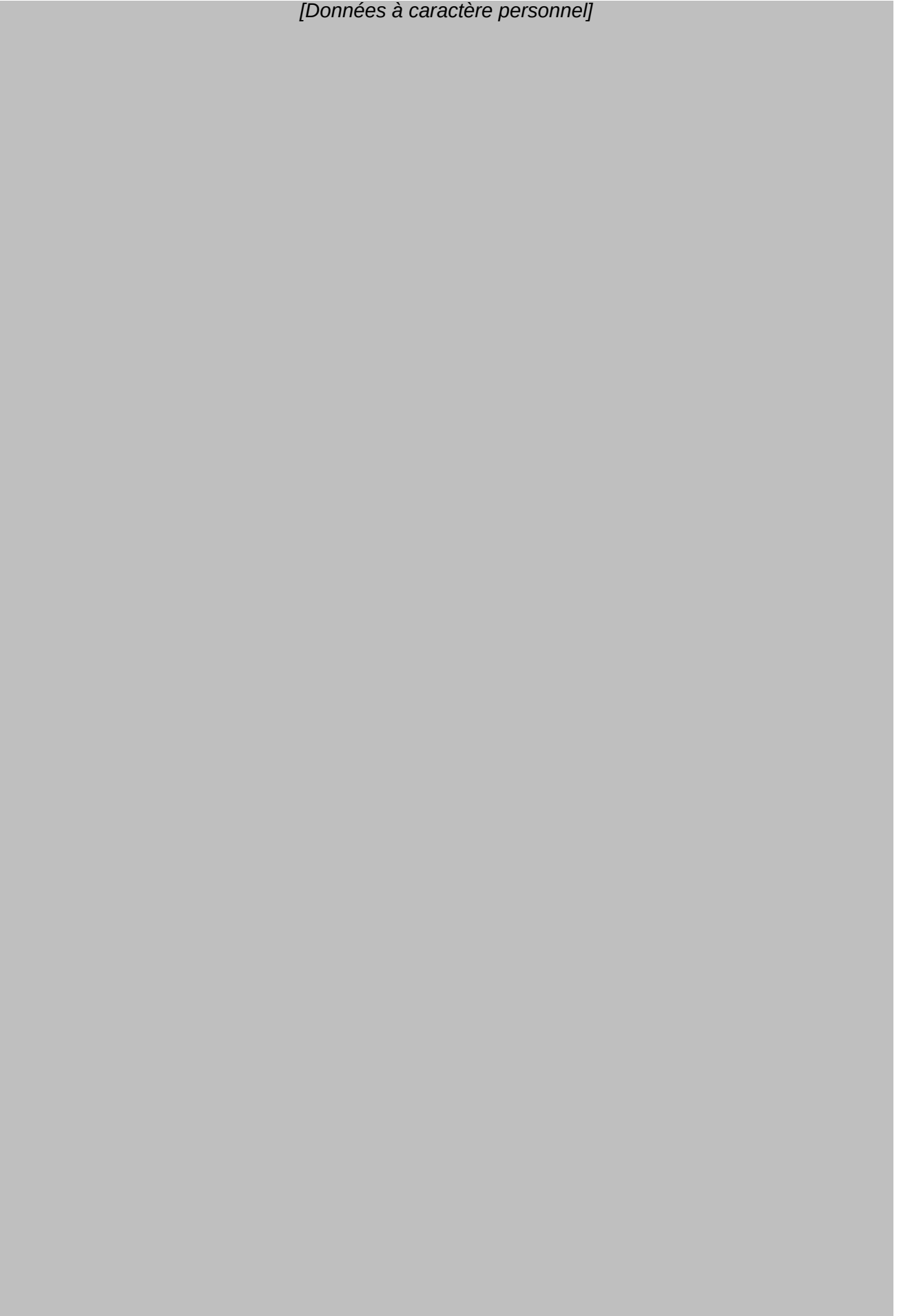
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



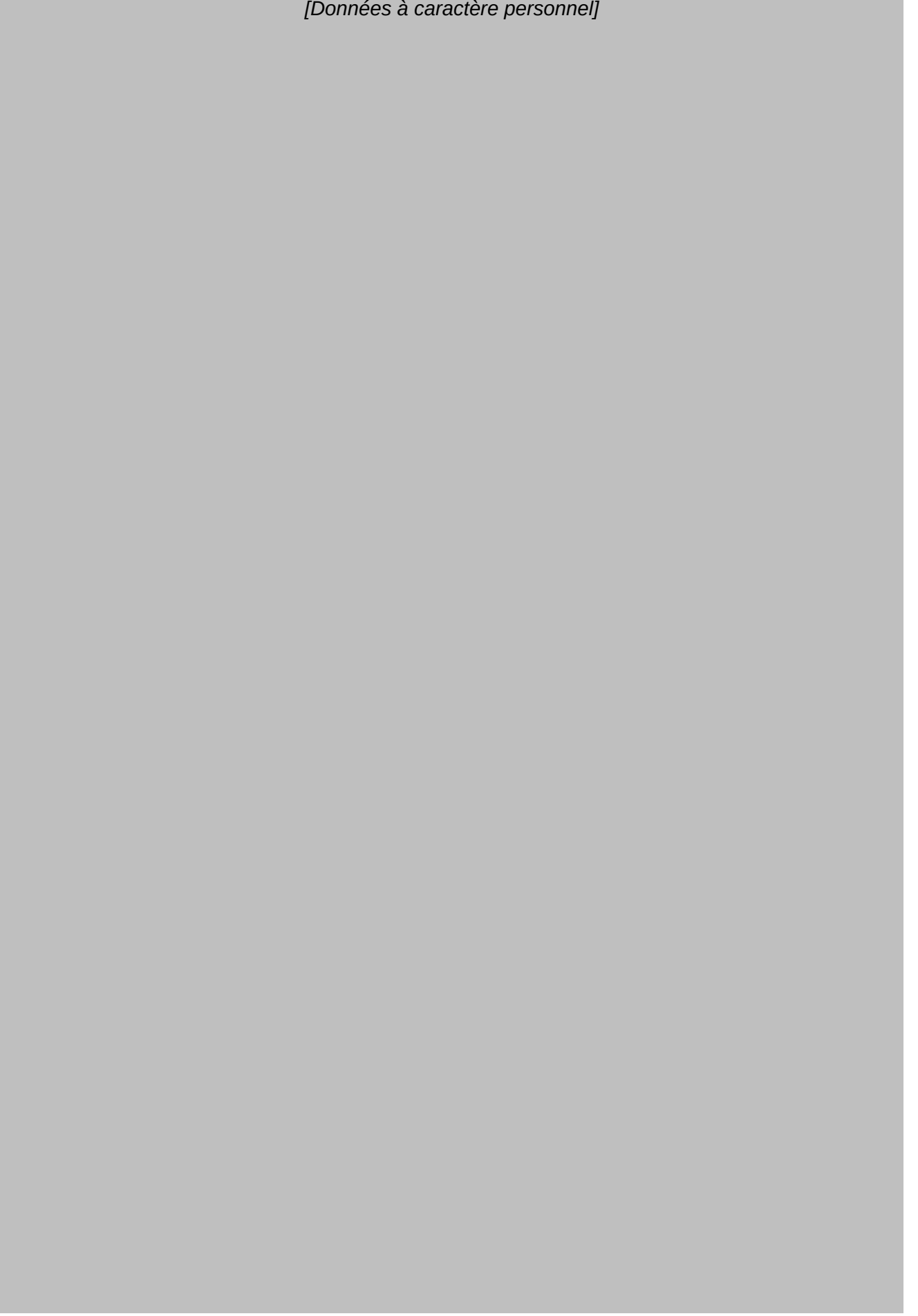
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



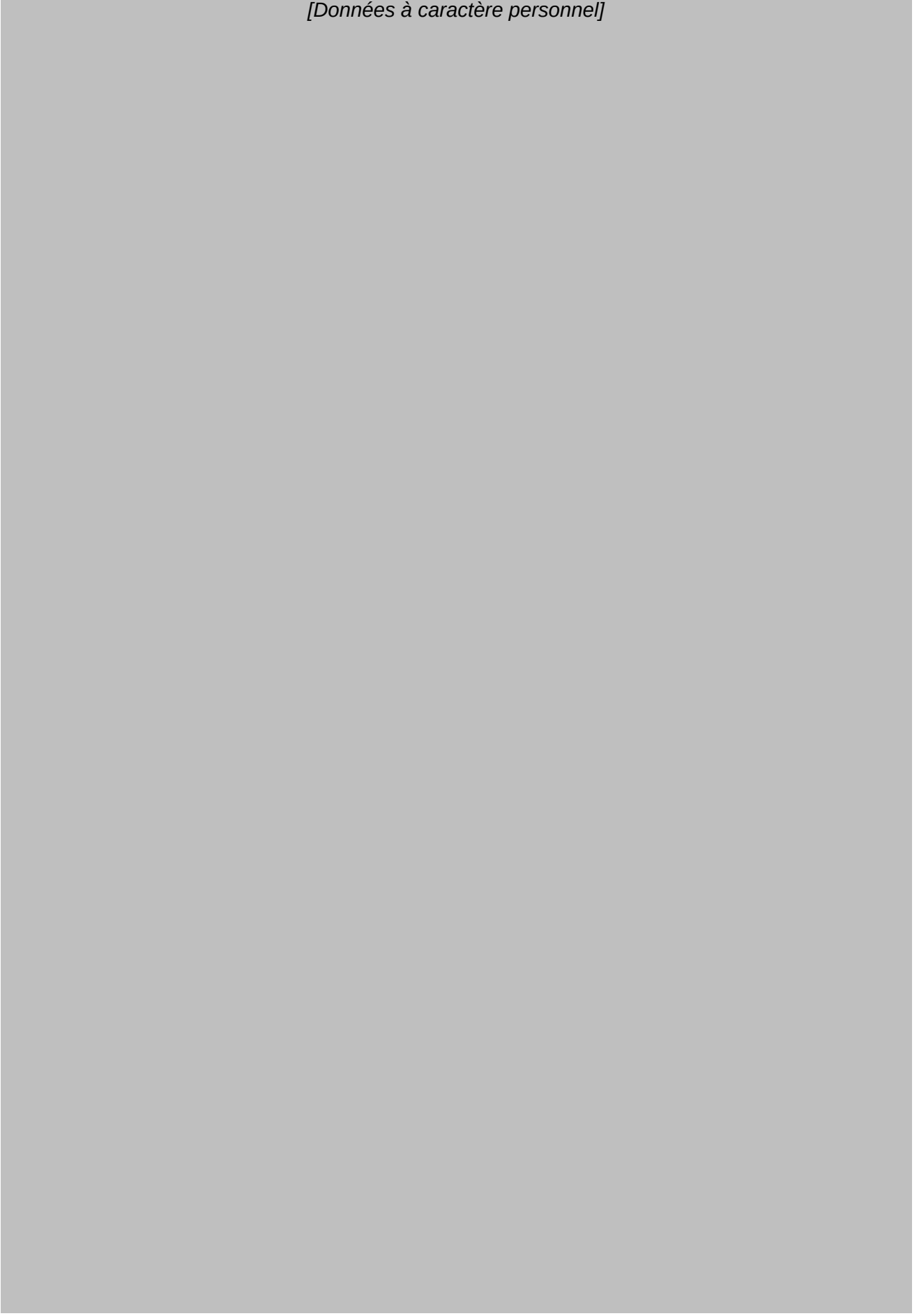
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



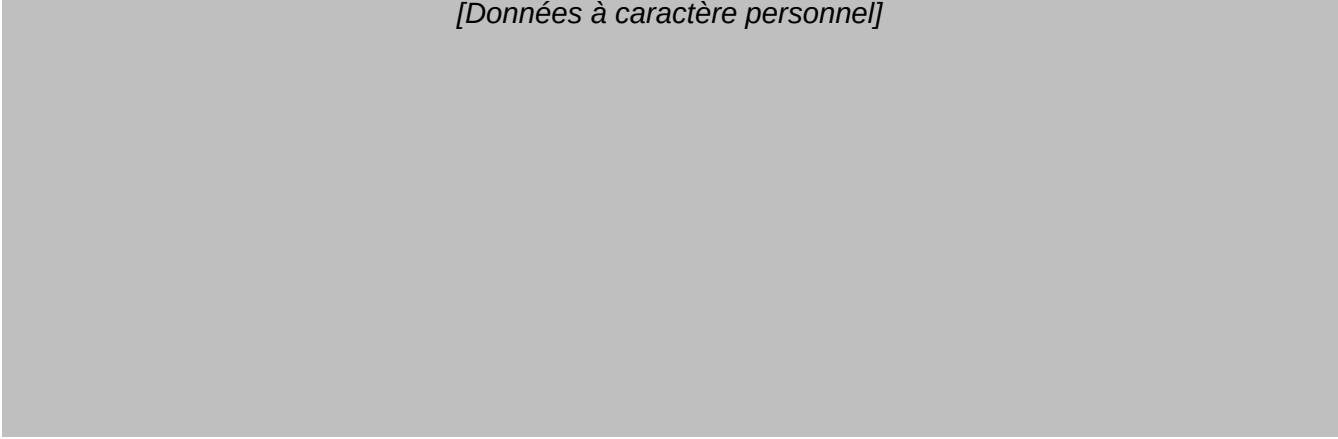
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



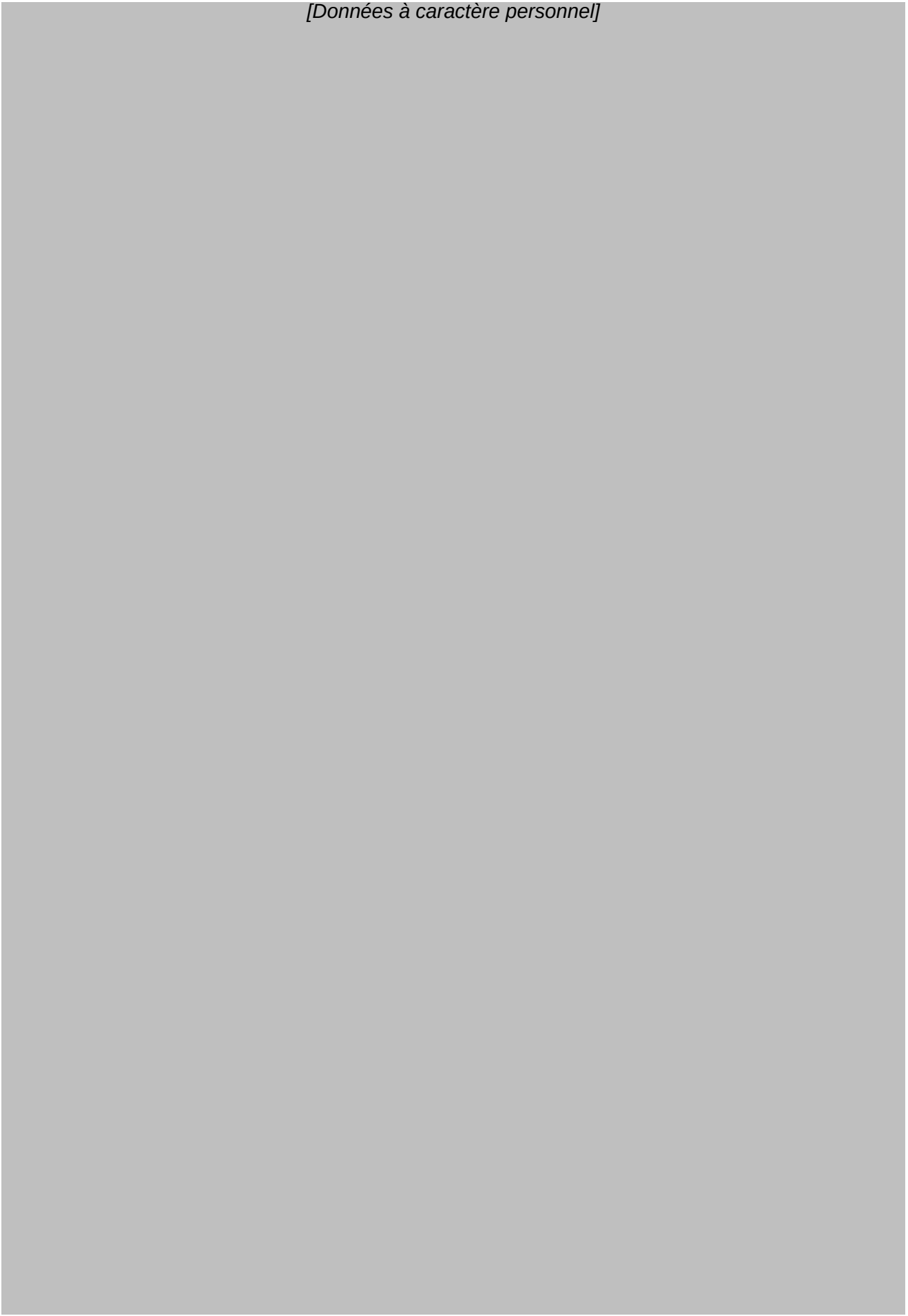
[Données à caractère personnel]



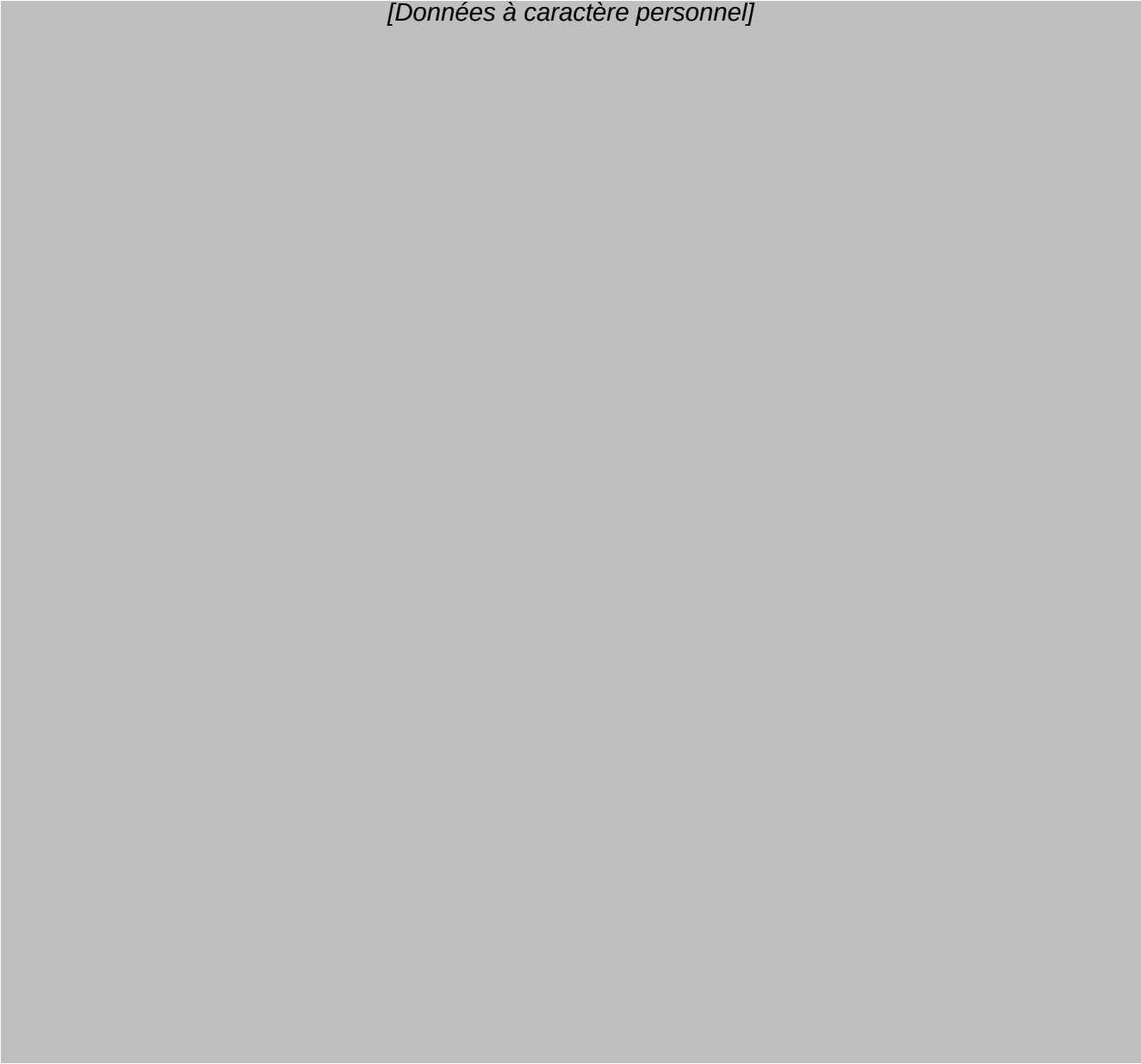
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



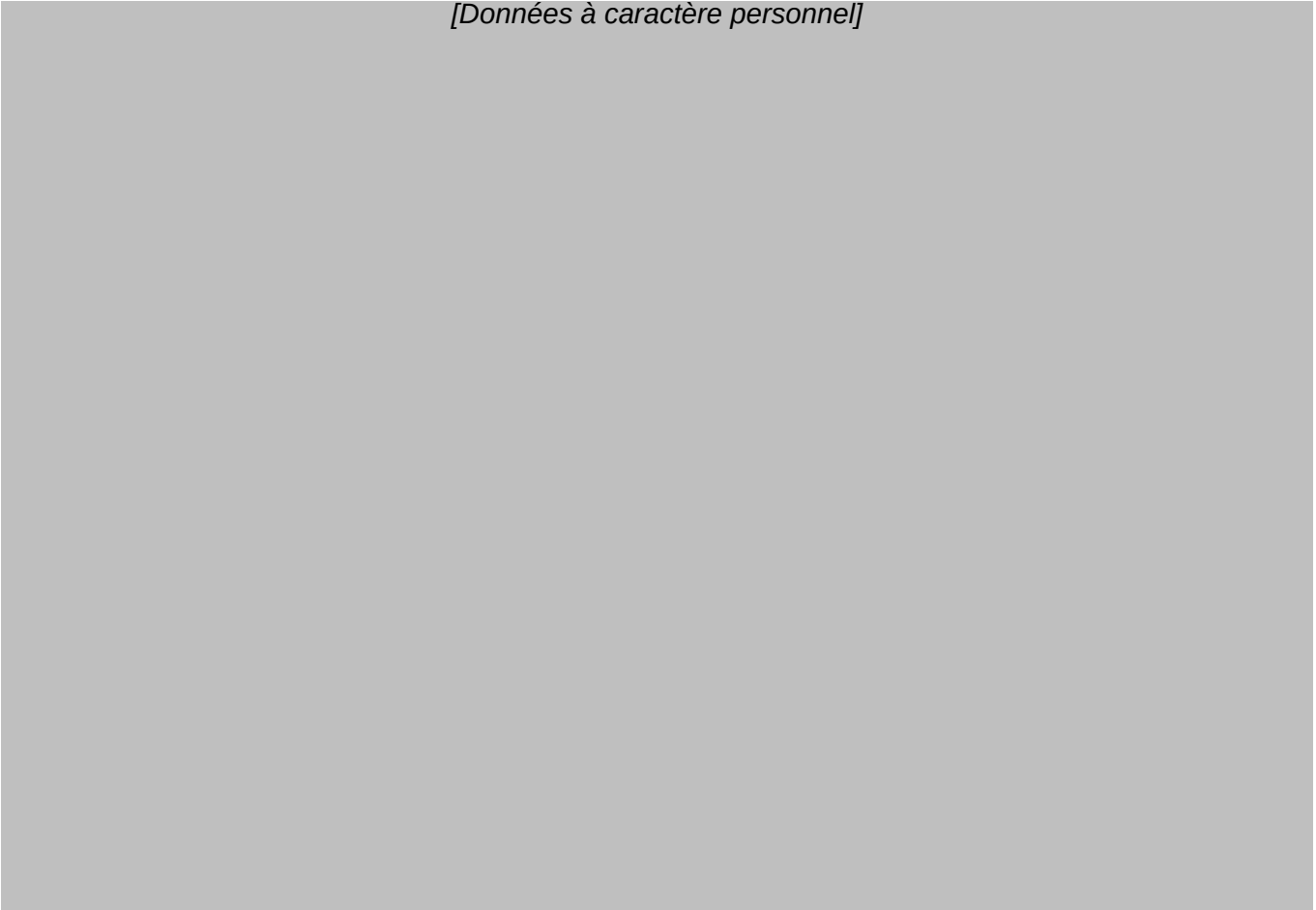
[Données à caractère personnel]



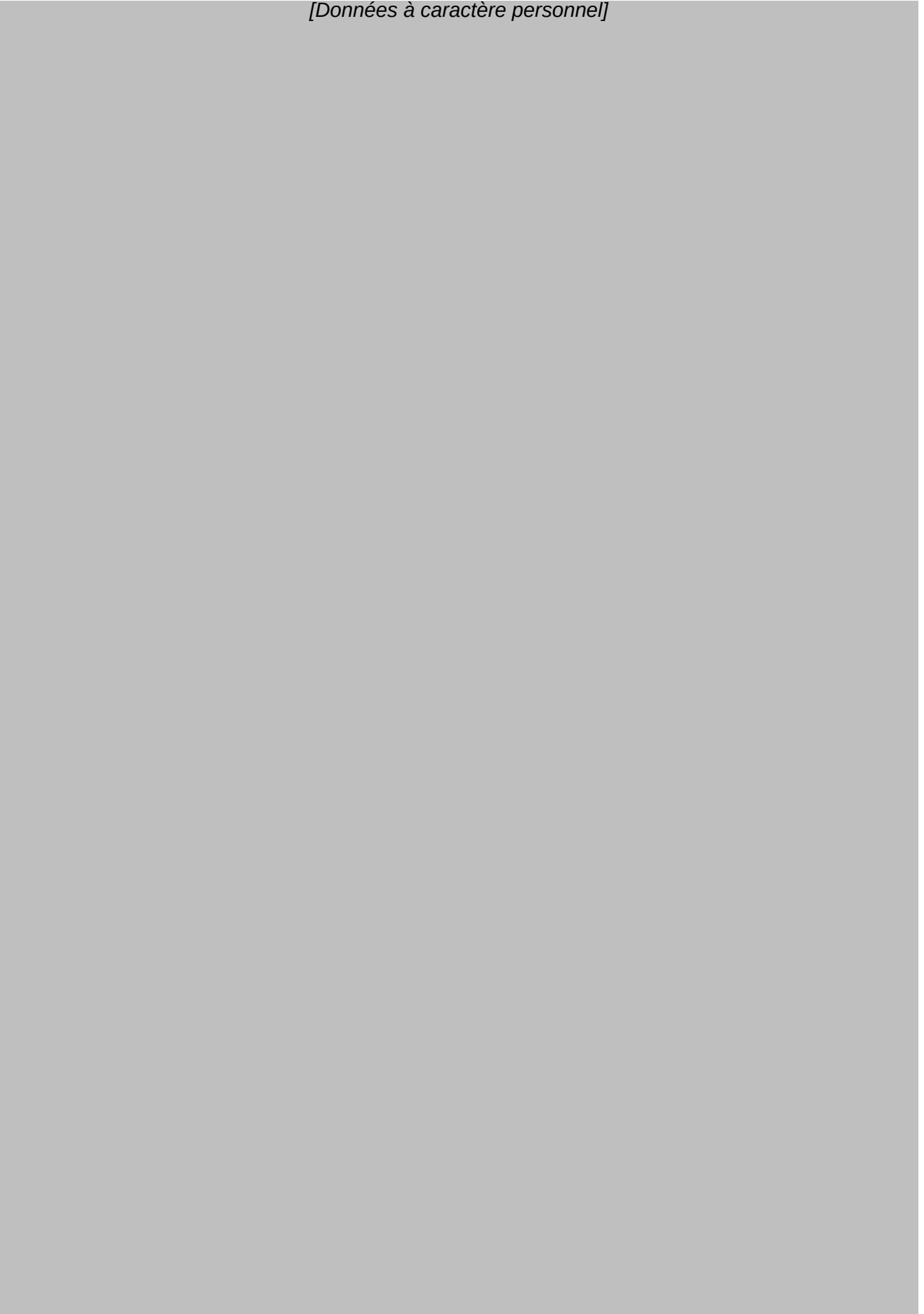
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



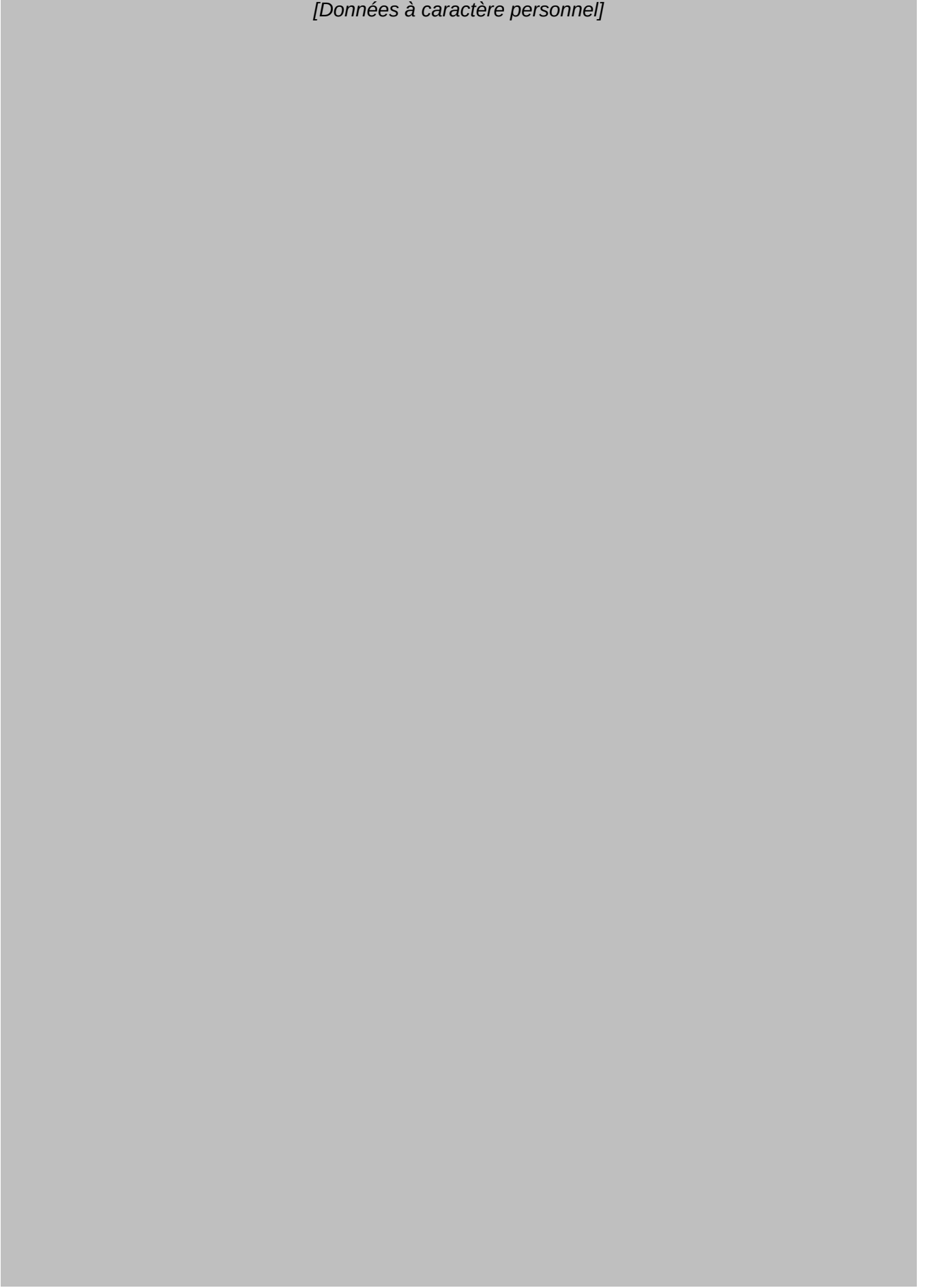
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



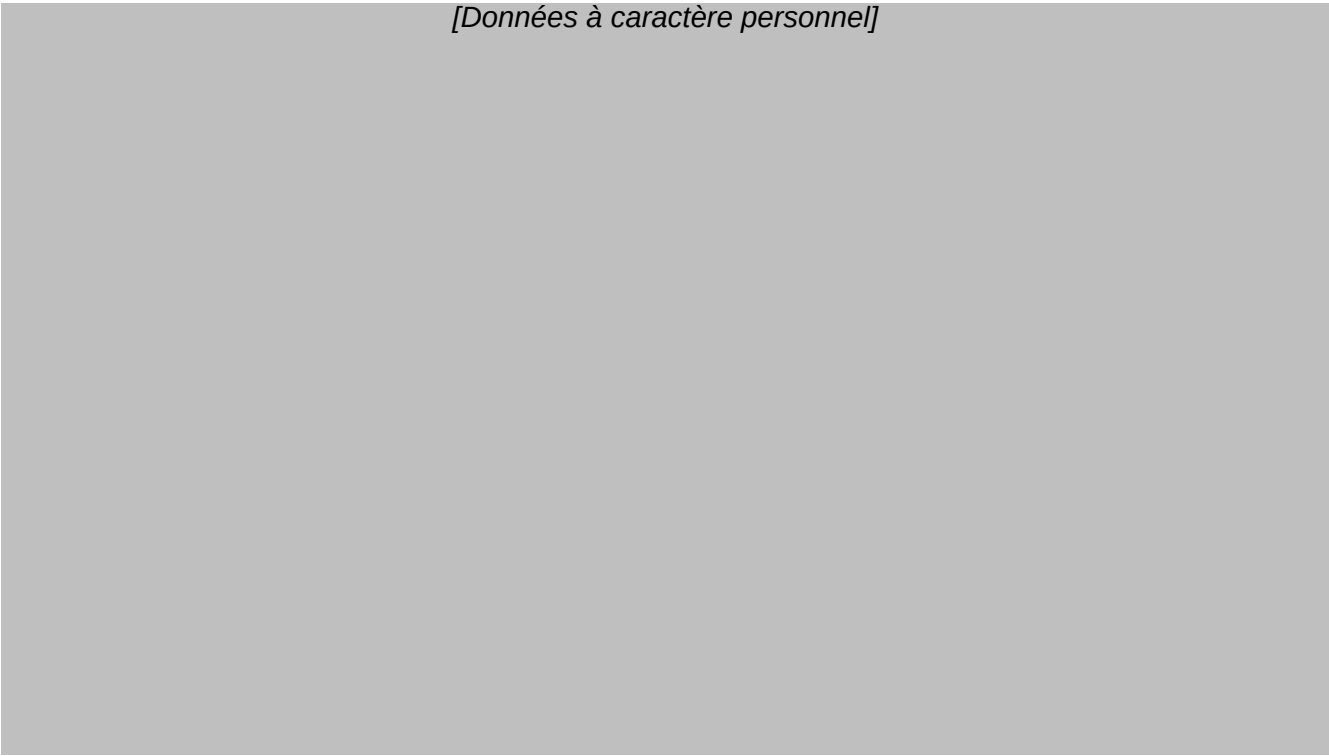
[Données à caractère personnel]



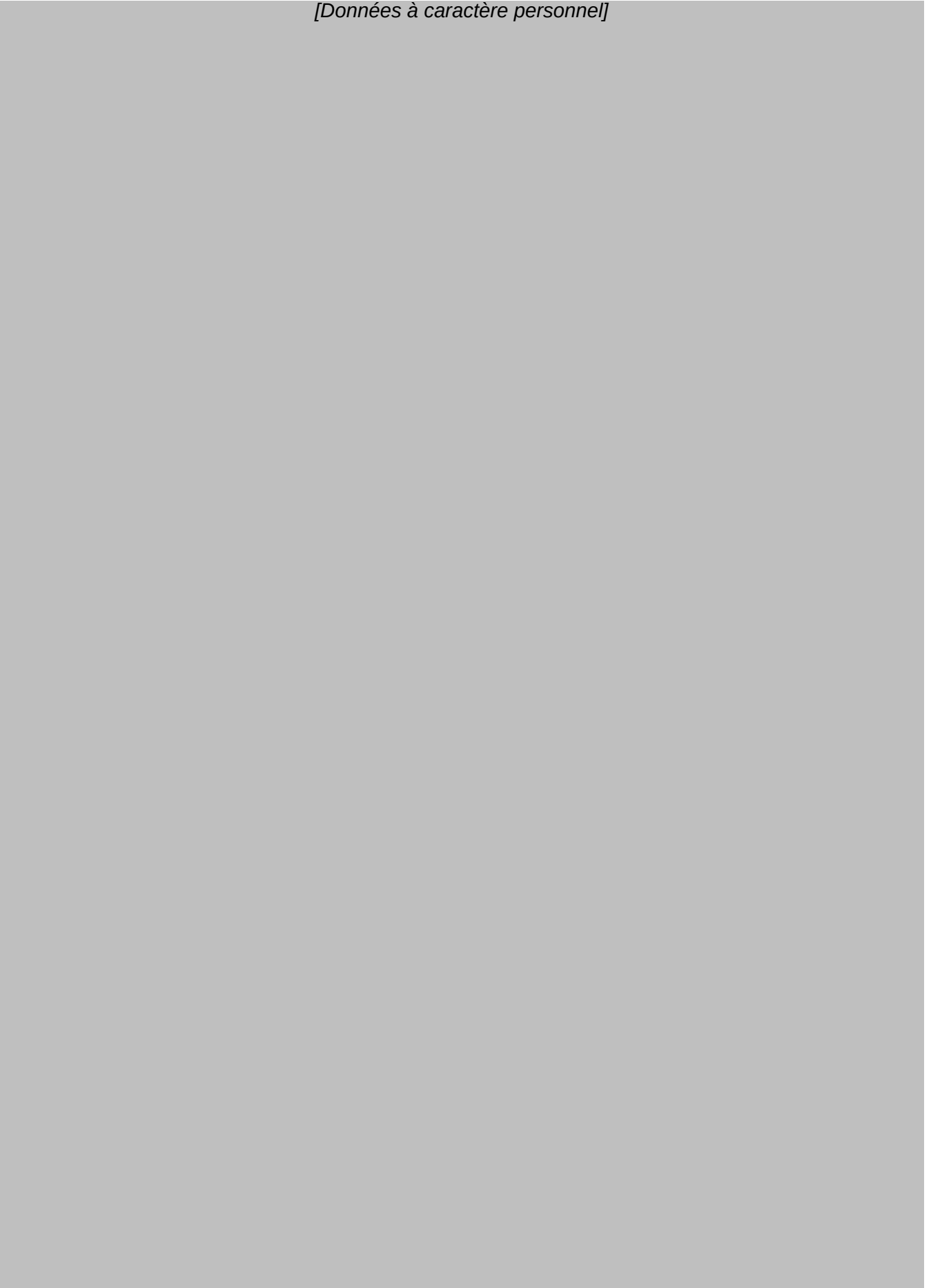
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



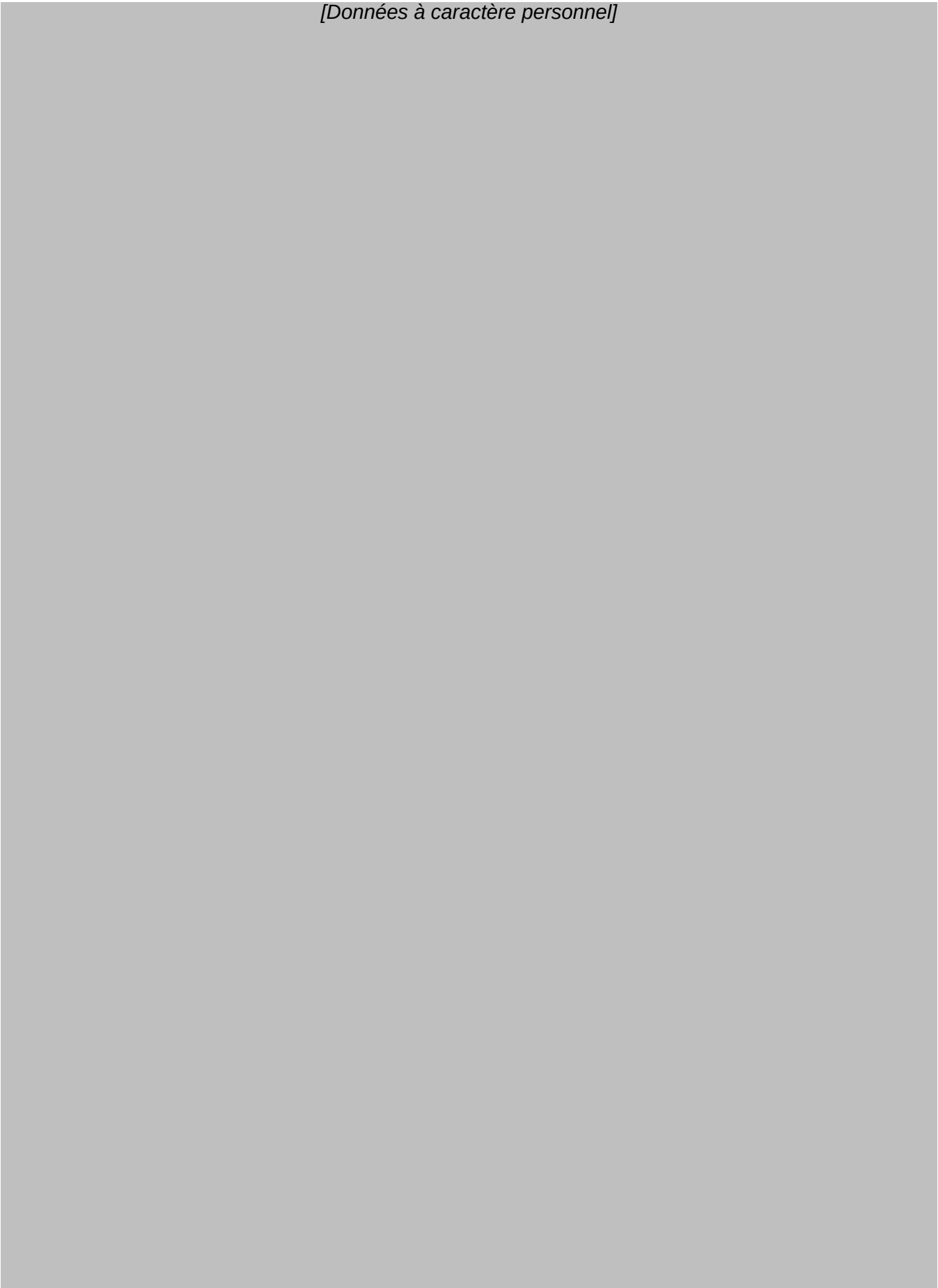
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



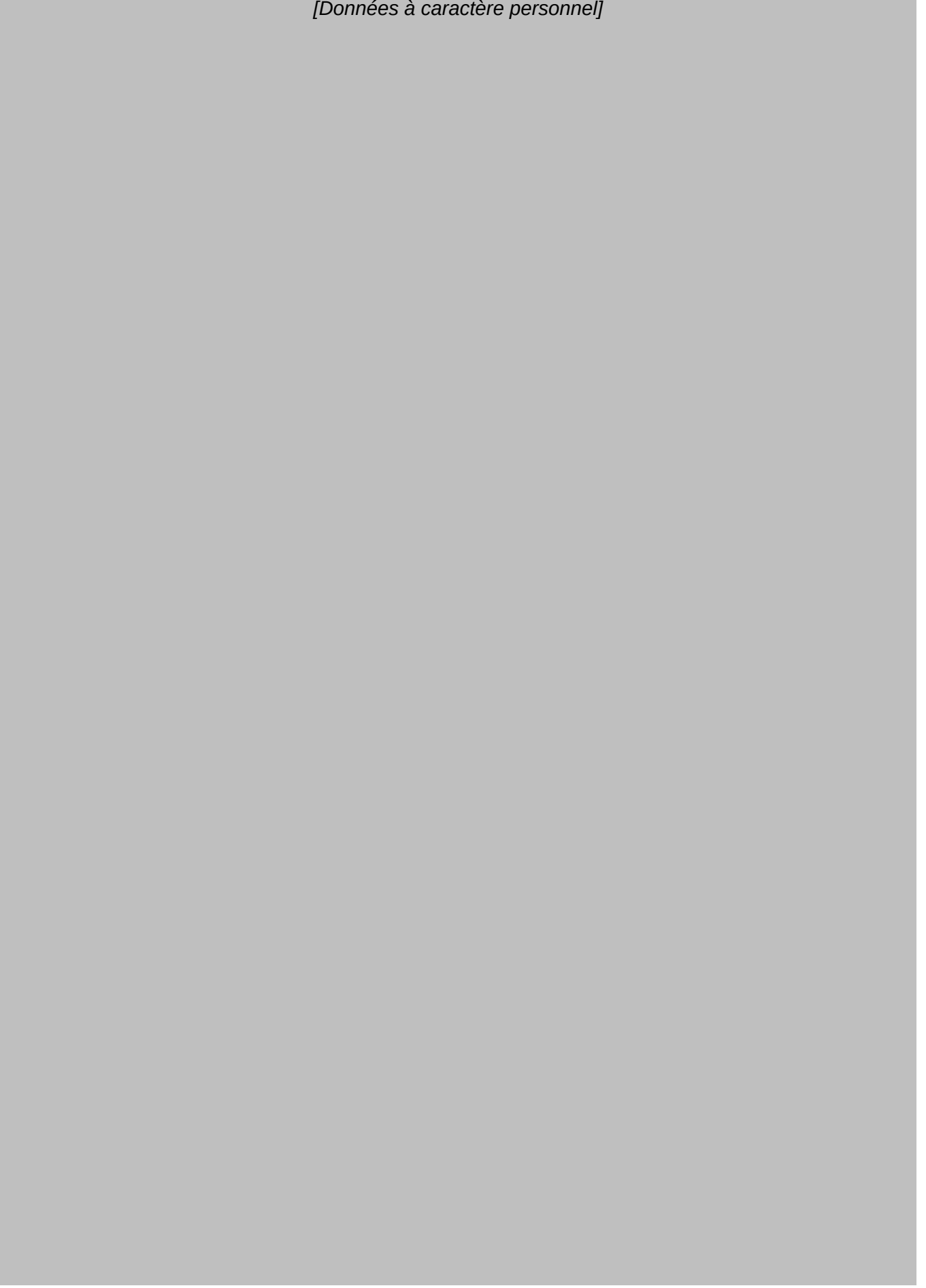
[Données à caractère personnel]



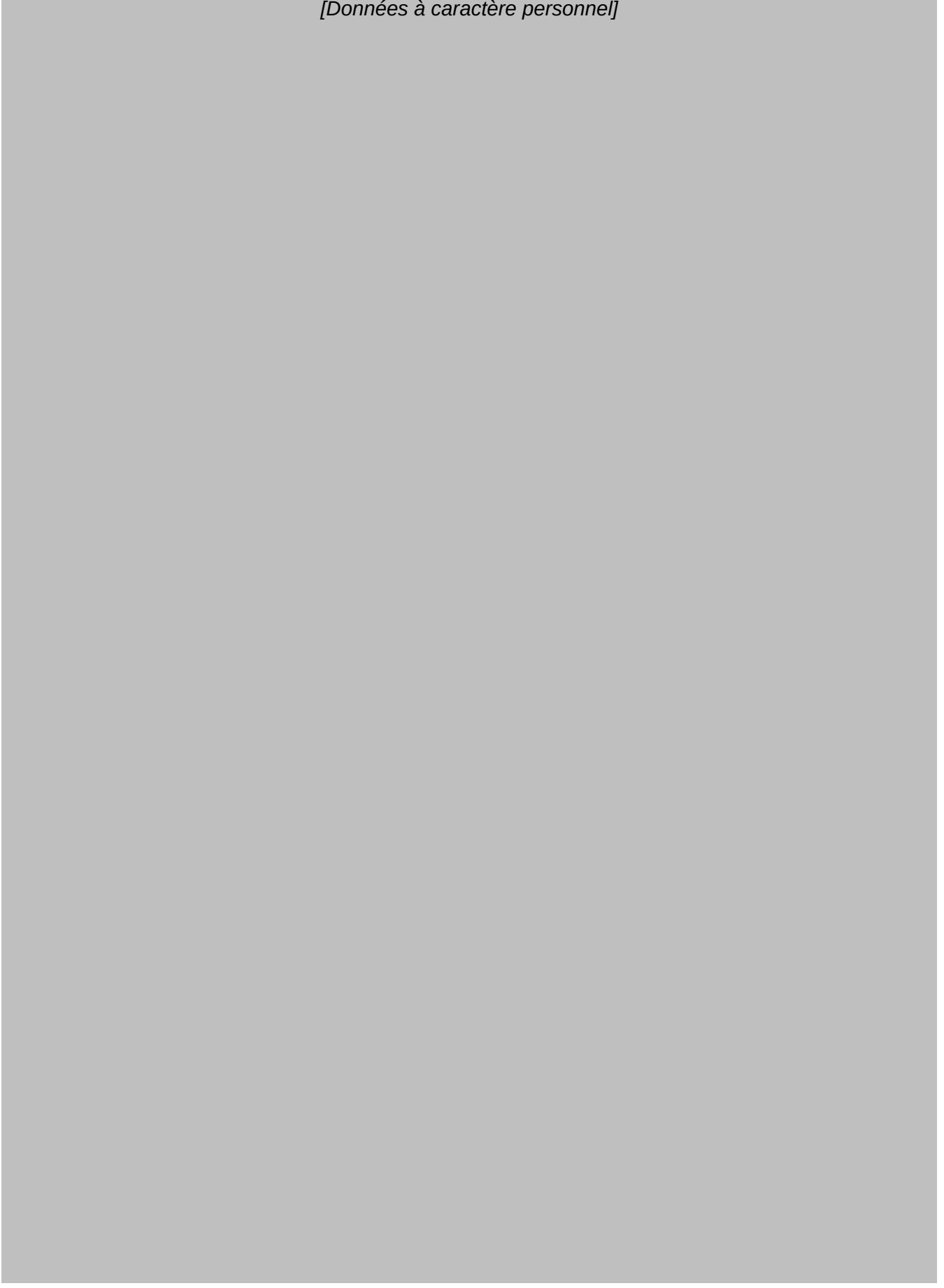
[Données à caractère personnel]



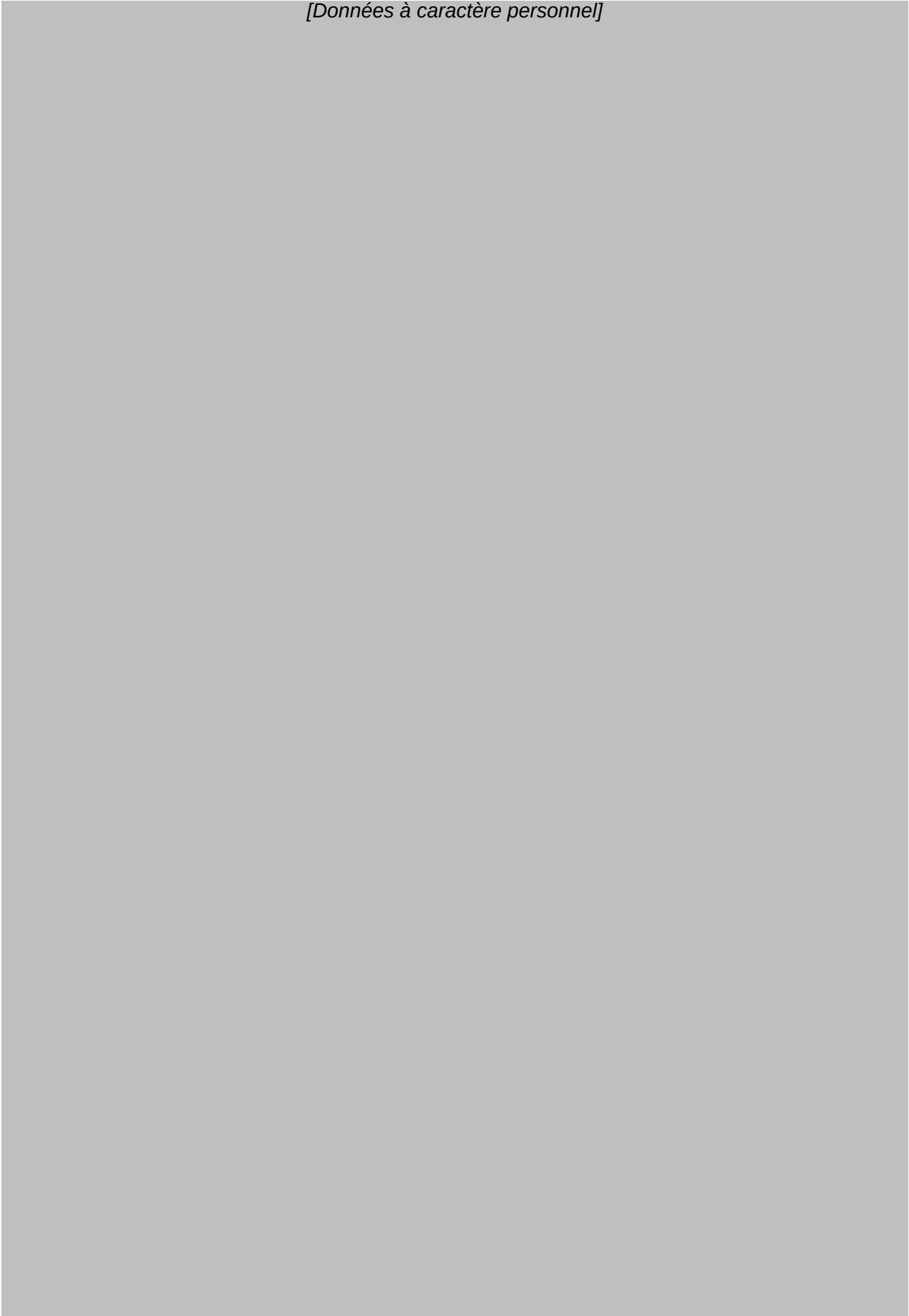
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



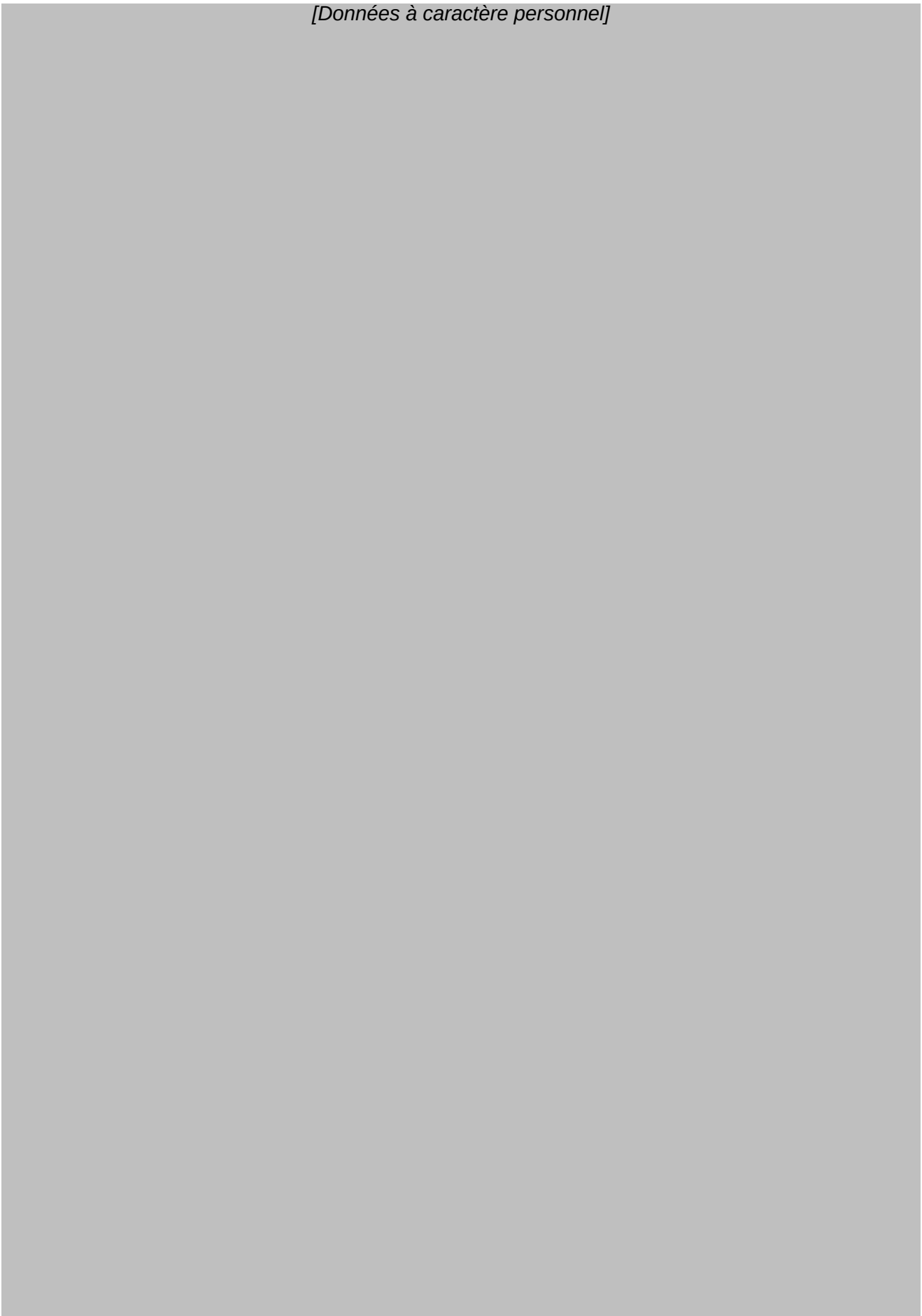
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



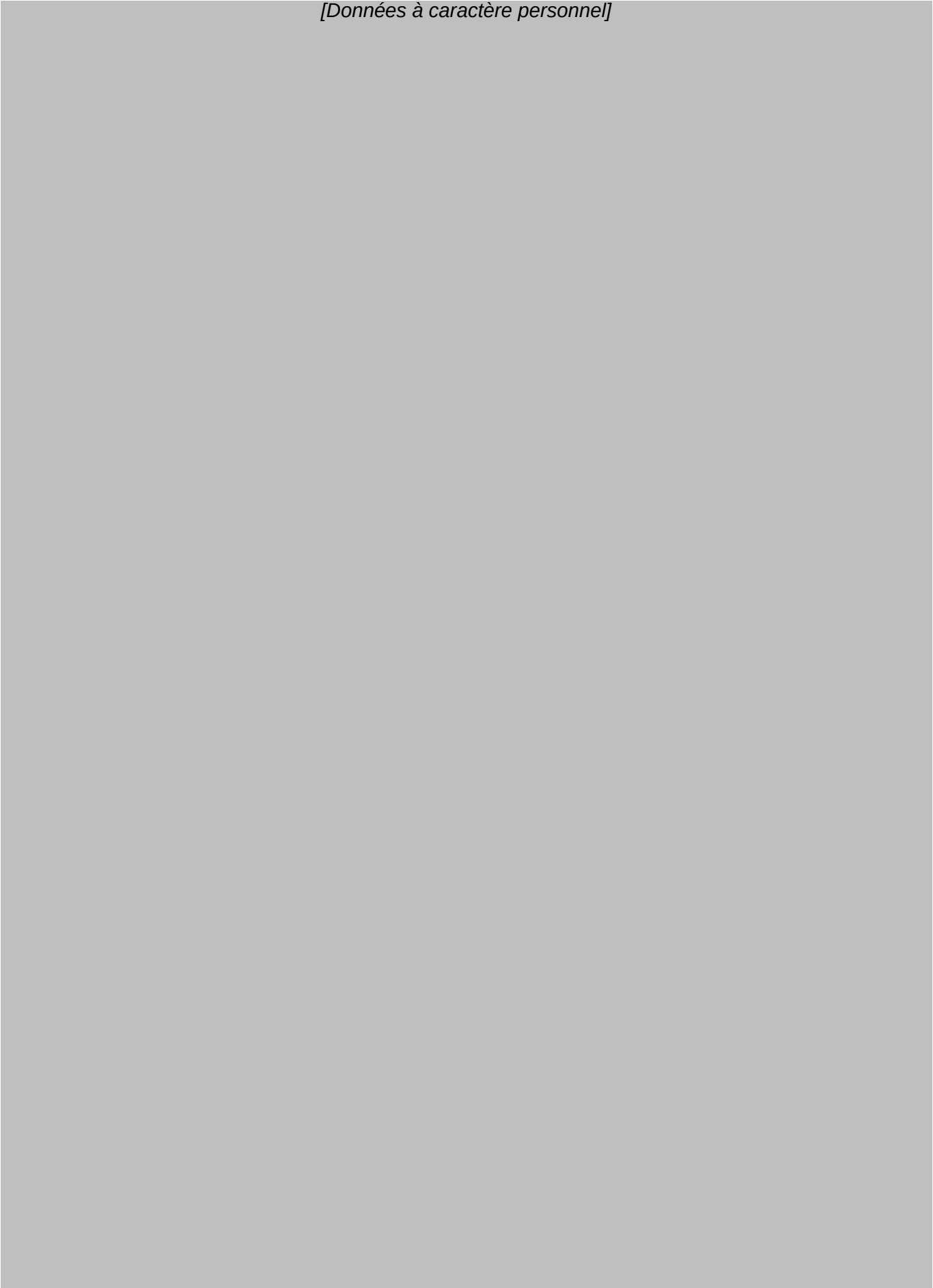
[Données à caractère personnel]



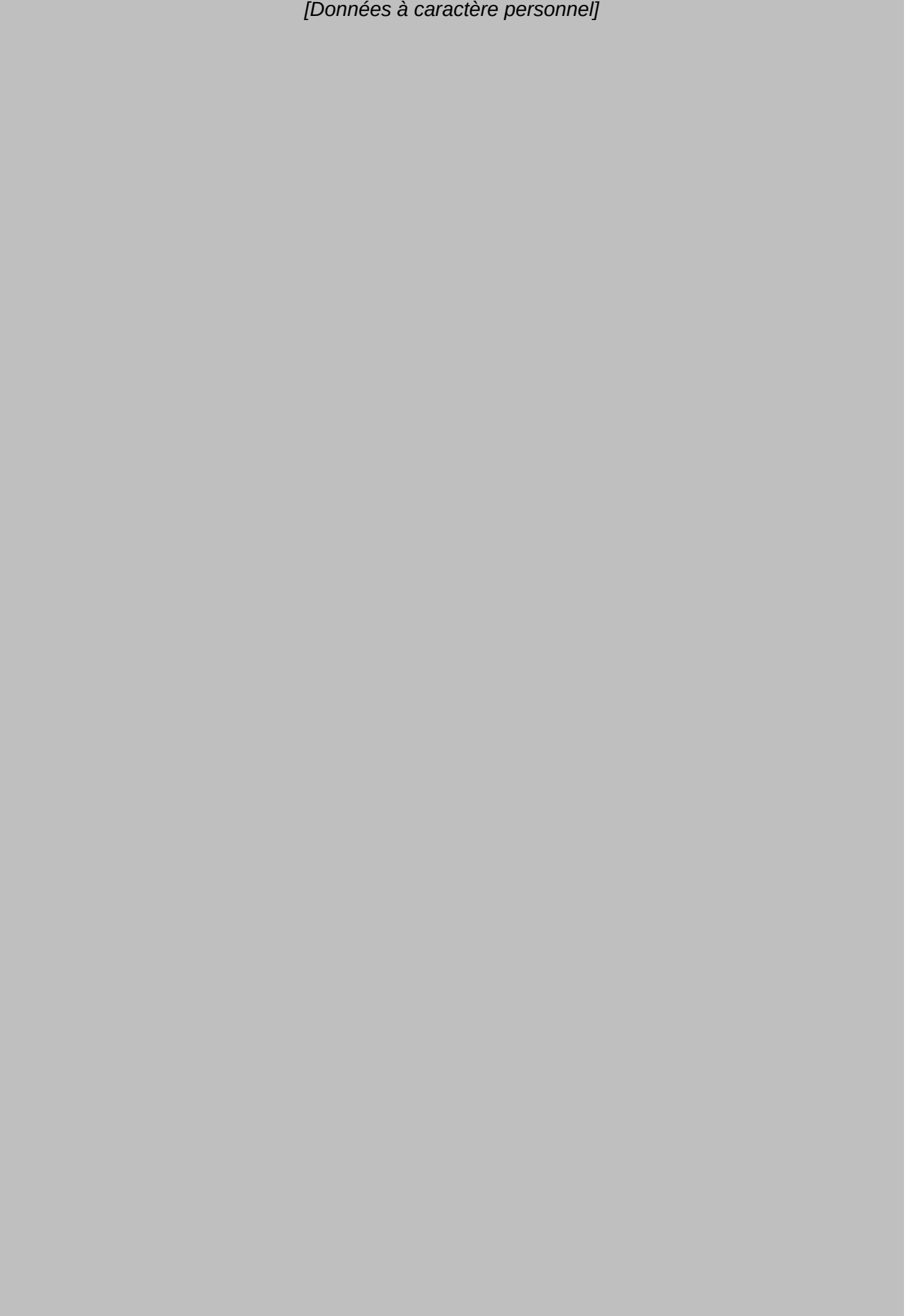
[Données à caractère personnel]



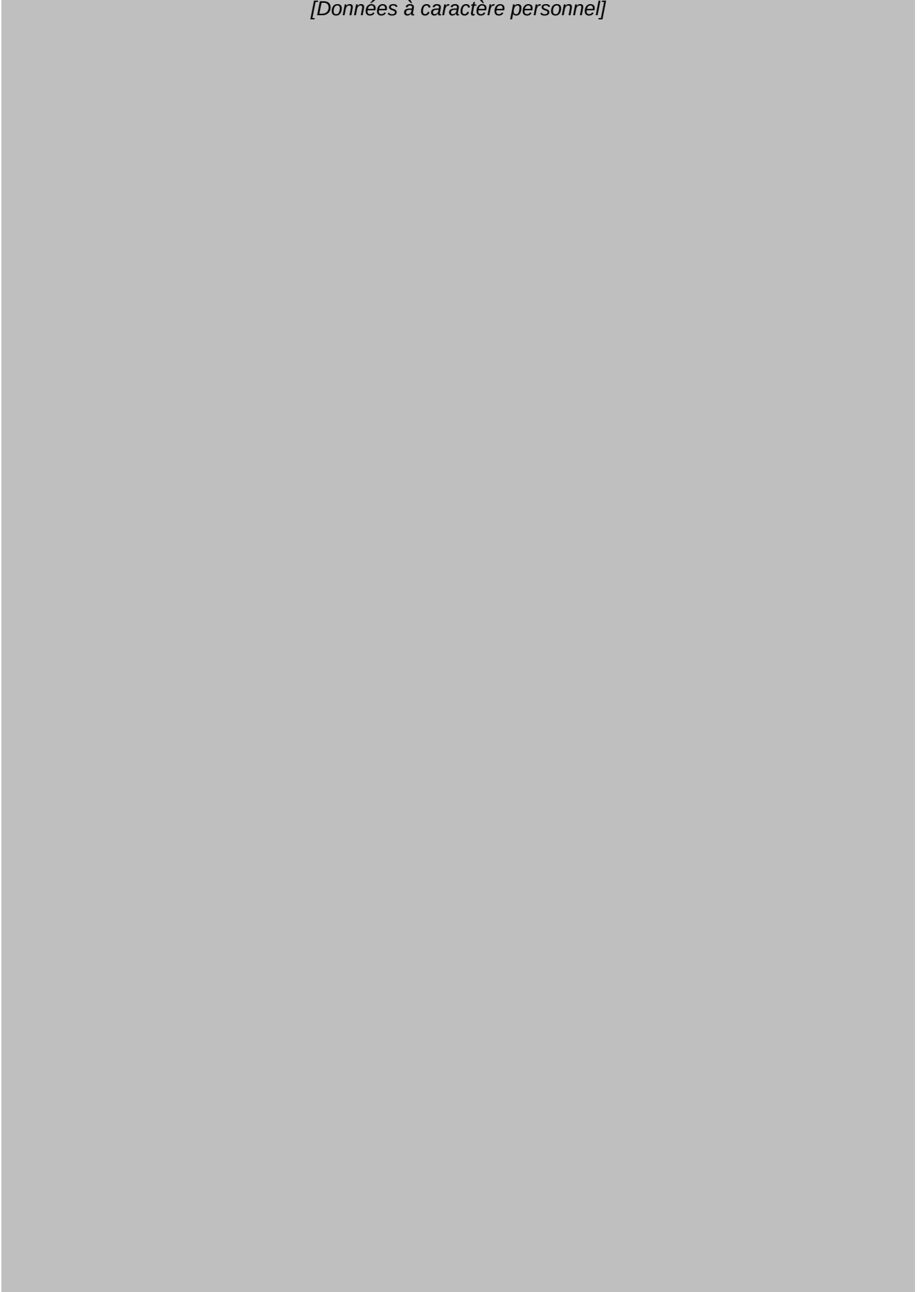
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



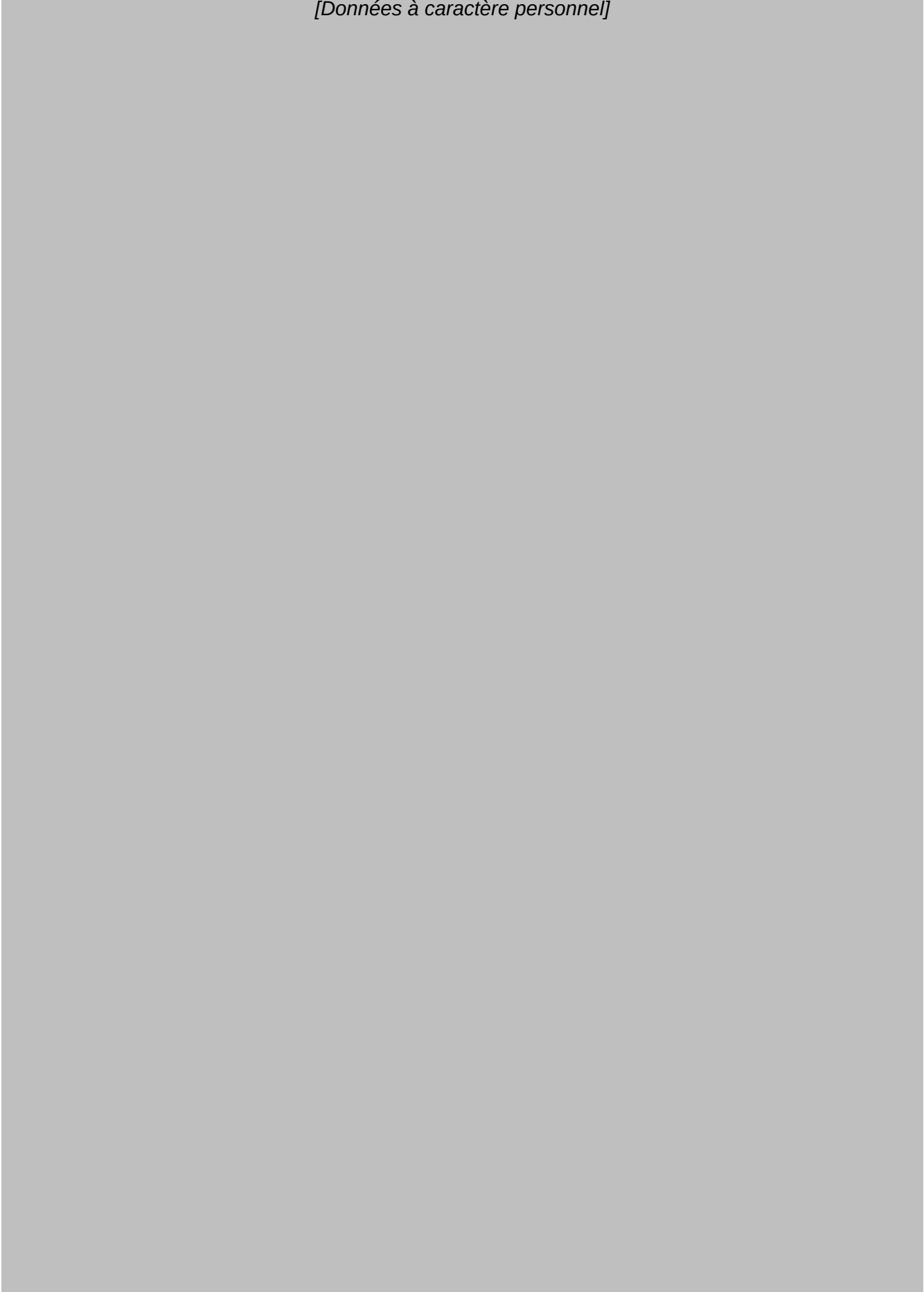
[Données à caractère personnel]



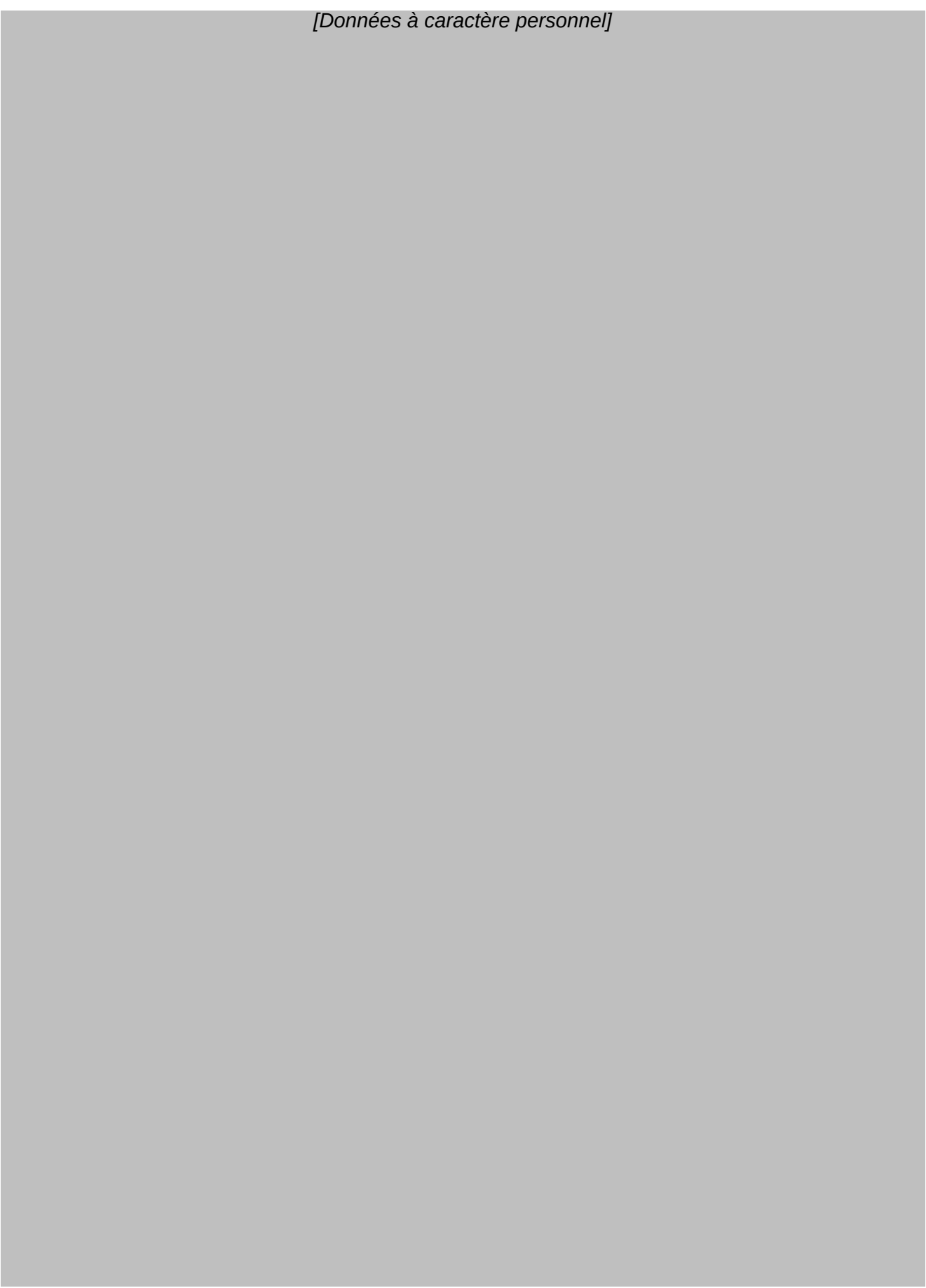
[Données à caractère personnel]



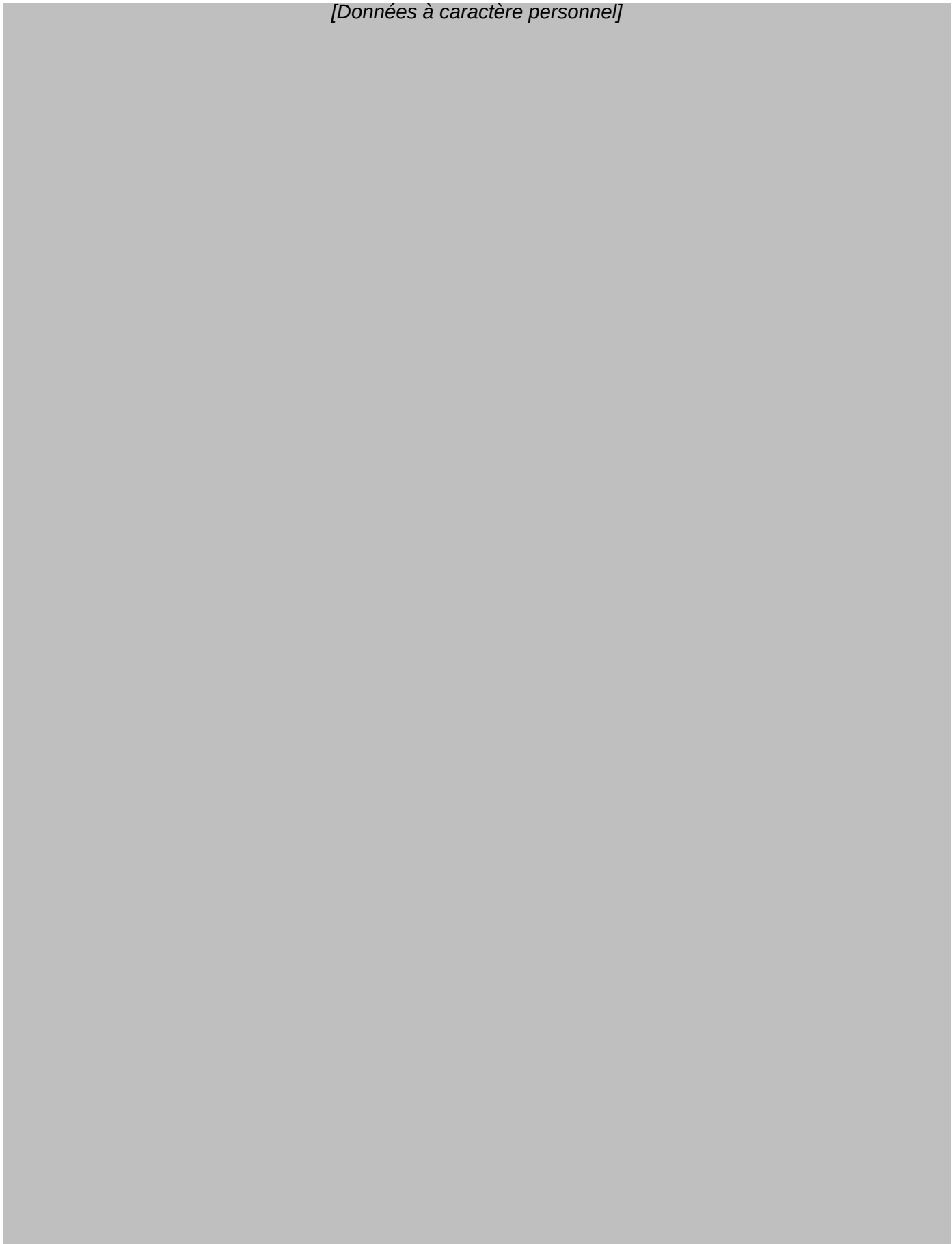
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



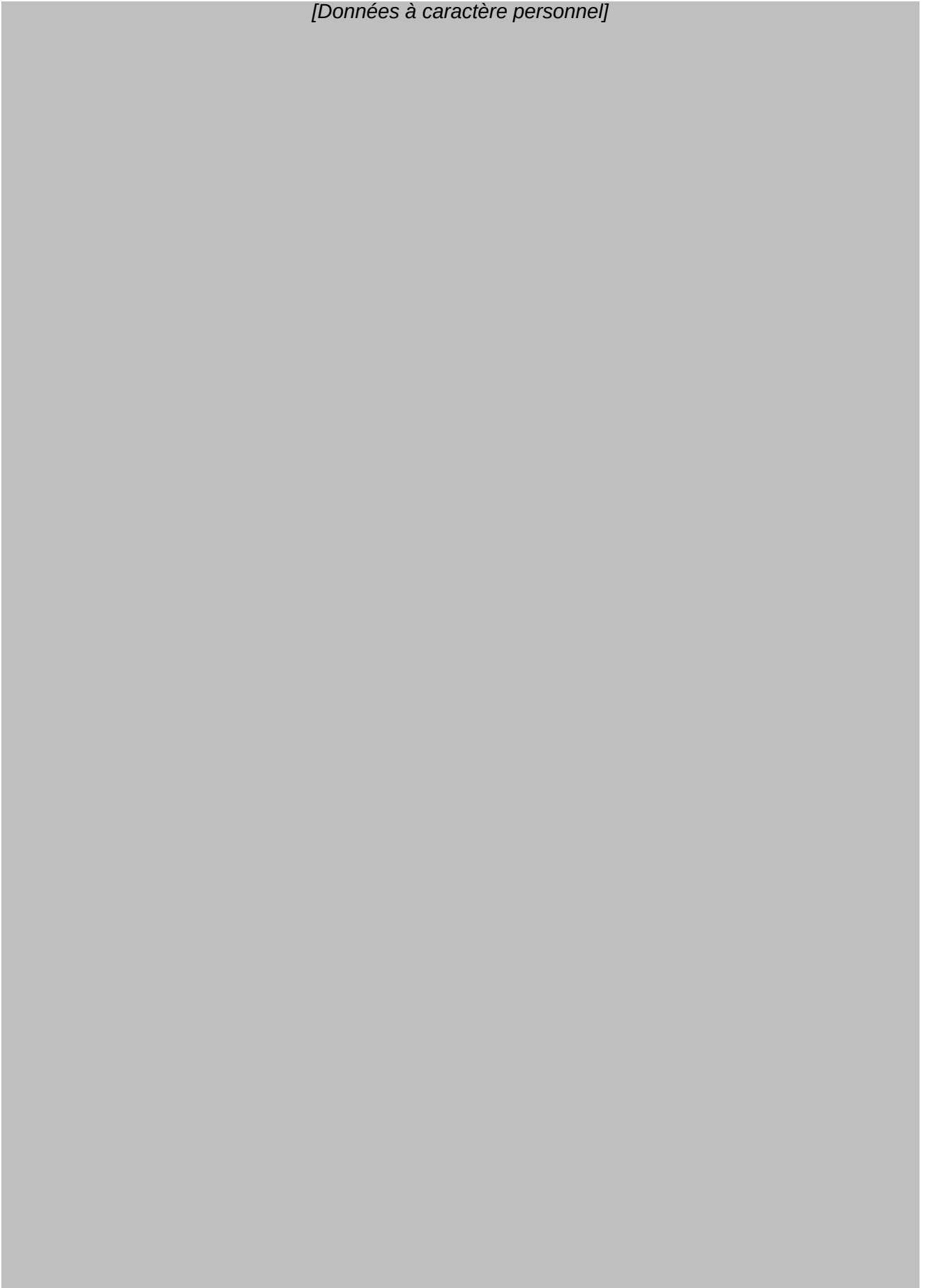
[Données à caractère personnel]



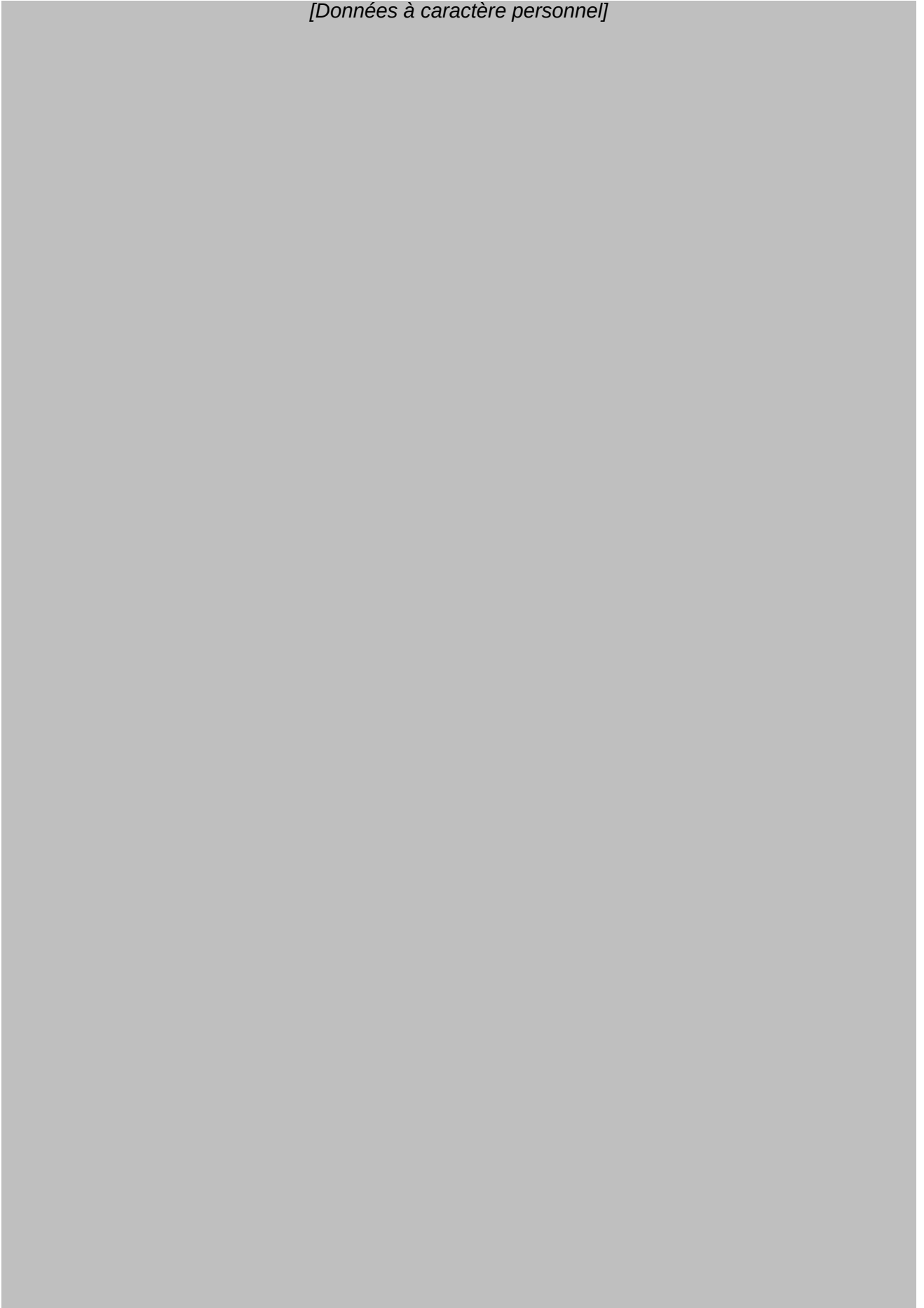
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



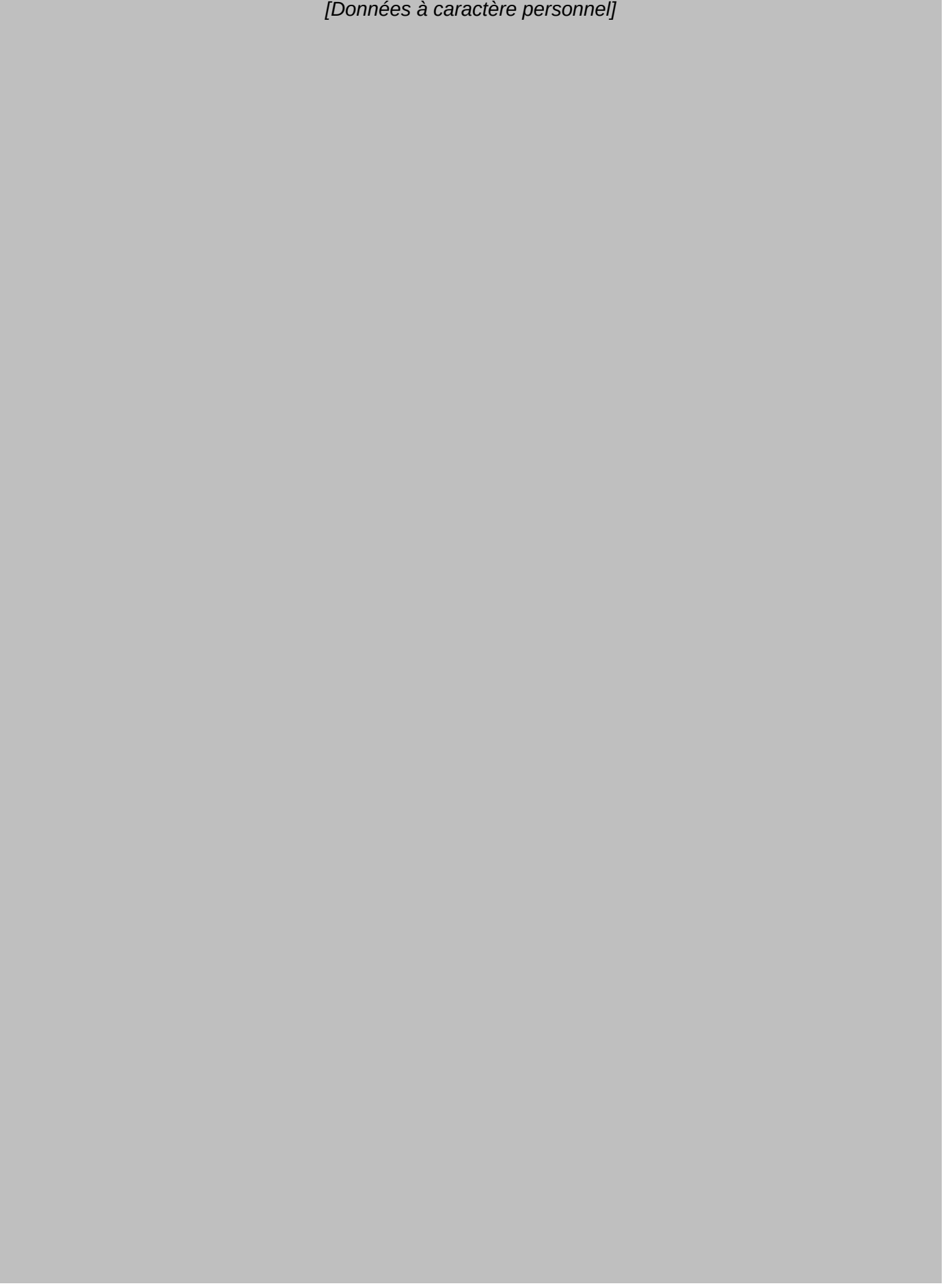
[Données à caractère personnel]



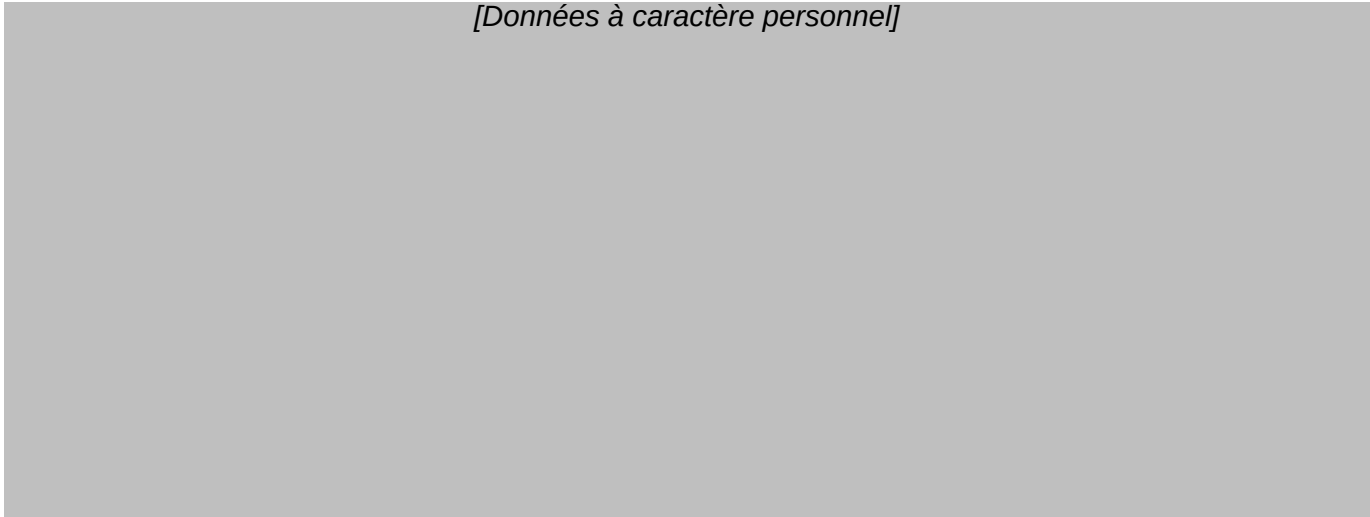
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



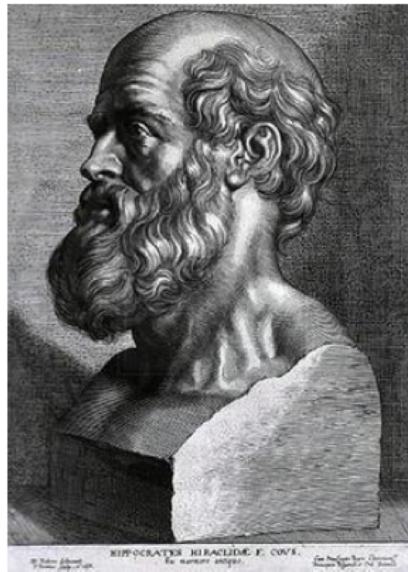
[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]



SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.

RÉSUMÉ :

Objectif : Avec le recul de la contraception œstroprogestative en France, les femmes choisissent d'autres moyens, comme les méthodes basées sur la connaissance de la fertilité, ou FABM. L'objectif était d'explorer le vécu et les motivations des femmes les pratiquant.

Méthodes : Une étude qualitative a été réalisée avec des entretiens semi-dirigés individuels de femmes en âge de procréer, pratiquant ou ayant pratiqué les FABM. L'étude a été conduite suivant un guide d'entretien, jusqu'à saturation des données.

Résultats : 20 femmes ont été incluses d'avril 2016 à avril 2017. L'analyse thématique avec triangulation des données, a montré que les femmes développent la connaissance de leur corps, qu'elles valorisent l'autonomie et leur épanouissement personnel en pratiquant les FABM. Bien que contraignantes et exigeantes, ces méthodes sont choisies pour être en cohérence avec la spiritualité ou la préoccupation écologique des femmes, ou encore par rejet de la contraception classique. La confiance dans la méthode est variable. La plupart pensent que les FABM renforcent leur lien de couple et améliorent leur sexualité et veulent les promouvoir. En dépit d'une envie d'indépendance vis à vis du corps médical, les femmes désirent une meilleure connaissance des médecins à ce sujet et qu'ils leur proposent les FABM en laissant la liberté de choix.

Discussion : Majoritairement, les femmes relèvent des bénéfices en pratiquant les FABM. Il serait intéressant de poursuivre la recherche sur l'abstinence périodique sexuelle et ses possibles bienfaits. Pour les médecins, une meilleure connaissance du sujet pourrait permettre un dialogue avec les femmes et un rôle de conseil.

Mots-clés : Méthodes de connaissance de l'ovulation, contraception, sexualité, abstinence périodique, couple, communication, connaissance du corps

ABSTRACT:

Experiences and motivations of women who use Fertility Awareness Based Methods (FABMs) of family planning.

Objective: Following the decrease of estroprogestative contraception in France, women have been choosing other methods, such as FABMs. The objective was to study the experiences and motivations of women using them.

Methods: This qualitative study was conducted through semi-structured interviews of women of reproductive age, who are using or have used FABMs. The study was conducted following an interview guide, and continued until data saturation.

Results: 20 women were interviewed between April 2016 and April 2017. A thematic analysis, with data triangulation, showed that women value the knowledge they acquire of their body, the independence in their practice of FABMs, and the sense of inner growth they feel. Even though FABMs are considered fastidious and constraining, women may choose them in accordance with their spirituality, their ecological concerns, or because they reject medical contraception. Their trust in the method is variable. Most believe FABMs can strengthen their couple's relationship and improve their sexuality. Many want to promote these methods. In spite of their wish for independence from the medical community, women hope their doctors would have of a better knowledge of FABMs, would offer them as an option, and would let the women decide freely which contraceptive method to use.

Conclusion: Most women in this study describe positive experiences in their practice of FABMs. It would be interesting to research periodic sexual abstinence and its possible benefits further. For doctors, a better knowledge of the subject could improve discussions and allow them to better counsel their patients.

Key words: Fertility awareness based methods, contraception, sexuality, periodic abstinence, couple, communication.