



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Année 2017 - N°402

REGARD DES FEMMES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE

Etude qualitative auprès de 15 patientes de la région
lyonnaise

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 12 décembre 2017

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par Camille BOEDEC, née le 24 mars 1989 à Concarneau

Sous la direction du Docteur Corinne PERDRIX

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie

Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale

Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims Richard Rimmele	Sylvain Jean-Christophe Thomas	Neurologie Réanimation ; médecine d'urgence Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Chirurgie digestive Physiologie
Robert Rossetti Souquet Thaunat Thibault Wattel	Maud Yves Jean-Christophe Olivier Hélène Eric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Néphrologie Physiologie Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori Letrilliart Moreau Zerbib	Marie Laurent Alain Yves
--	-----------------------------------

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux Beziat Chayvialle Cordier Daligand Droz Floret Gharib Gouillat Mauguière Michallet Neidhardt Petit Sindou Touraine Trepo Trouillas Viale	Jacques Jean-Luc Jean-Alain Jean-François Liliane Jean-Pierre Daniel Claude Christian François Mauricette Jean-Pierre Paul Marc Jean-Louis Christian Jacqueline Jean-Paul	Cardiologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Pneumologie ; addictologie Médecine légale et droit de la santé Cancérologie ; radiothérapie Pédiatrie Physiologie Chirurgie digestive Neurologie Hématologie ; transfusion Anatomie Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Neurochirurgie Néphrologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Cytologie et histologie Réanimation ; médecine d'urgence
--	--	--

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib Bringuier Chalabreysse Germain Jarraud Le Bars	Mehdi Pierre-Paul Lara Michèle Sophie Didier	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale Cytologie et histologie Anatomie et cytologie pathologiques Physiologie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière Biophysique et médecine nucléaire
--	---	---

Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Remerciements

A Madame le Professeur Marie Flori,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Votre point de vue de professeur, de médecin et de femme m'a été très précieux pour enrichir mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Gautier Chêne,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse si rapidement. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Liliane Daligand,

Vous me faites l'honneur et le plaisir de participer à ce jury. Votre avis m'est précieux étant donné votre implication pour la santé des femmes.

A Madame le Docteur Corinne Perdrix,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre ouverture d'esprit, vos conseils avisés et vos relectures appliquées. Ce travail n'aurait pu aboutir sans votre aide, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Isabelle Ecochard,

Je vous remercie d'avoir accepté mon invitation à participer à ce jury. Merci de m'avoir fait découvrir une autre façon d'appréhender la régulation des naissances, veuillez trouver ici l'expression de toute mon admiration pour le travail que vous faites.

A toutes ces femmes que j'ai pris plaisir à questionner et à écouter longuement sur ce sujet intarissable qu'est la régulation des naissances.

Aux médecins rencontrés sur mon parcours, dont les qualités humaines ont forcé mon admiration, je pense particulièrement aux Dr Anne-Marie Le Berre, Dr Muriel Augustin, Dr Véronique Magadur, Dr Anissa Bouaziz et Dr Françoise Badet.

A tout le personnel paramédical qui a su me donner des conseils et me soutenir dans les situations difficiles.

A toi Melen, copilote de thèse mais surtout copilote de vie, merci pour ton soutien à toute épreuve, ton objectivité et la confiance que tu as en moi.

A toi Alice, ma merveille, merci d'avoir bouleversé ma vie, merci d'être toi, petit rayon de soleil qui illumine mon quotidien.

A toi maman, pour ton soutien inconditionnel, pour avoir surmonté à mes côtés toutes les difficultés rencontrées durant mes études. Tu étais là à chaque étape, tu l'es toujours et je t'en remercie.

A toi papa, pour ta confiance inébranlable en moi, pour m'avoir répété à chaque coup dur « je sais que tu vas y arriver » et pour m'avoir transmis ta « niaque » légendaire.

A mes frangins, merci de m'avoir supportée durant tout ce temps, ça n'était pas toujours chose facile.

A vous mémé et pépé, modèles de persévérance et de courage. Je regrette que vous ne puissiez être là aujourd'hui mais le plus important est d'avoir été à mes côtés durant ces longues études. Je vous en remercie.

A Brigitte, pour ton regard bienveillant et ton énergie communicative.

A Vio, pour ta présence constante, de près comme de loin, pour ton honnêteté et pour avoir toujours souhaité fêter les grandes étapes de mon cursus comme il le fallait !

A Lulu et Mailys, pour tous ces moments de complicité, de rires et de pleurs partagés qui ont été pour moi un véritable exutoire et qui me manquent à présent. Merci Lulu pour tes solutions à chaque problème, et à toi Mailys de t'être autant démenée pour moi.

A Katy, pour tous ces moments de bonheur partagés, suite à une rencontre inespérée lors de cette première année de médecine.

A Marie, pour tes connaissances sur les médecines alternatives, pour tous les documents intéressants que tu m'as permis de lire.

A Gaëlle, Vincent et Nico, co-internes de choc avec qui j'ai passé tant de bons moments.

A tata Zabeth, merci pour ta répartie et ton humour et merci de me faire confiance tous les mercredis, et plus si affinités...

A Lucile, secrétaire de choc qui a largement contribué à ce travail.

A tous les amis qui ont été présents à nos côtés durant ces derniers mois. Mention spéciale à Anna et son dictaphone et à Coco pour nos discussions philosophiques.

A Maud, même si nos chemins se sont séparés, tu gardes une place importante pour moi.

A Sandrine et papi, avec qui j'aurais souhaité partager ce moment...

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	12
ABREVIATIONS	16
INTRODUCTION	17
MATERIEL ET METHODES	20
1 BIBLIOGRAPHIE	20
1-1 Mots clés	20
1-2 Sources bibliographiques.....	20
2 CHOIX DE LA METHODE D'ENQUETE	21
3 POPULATION- ECHANTILLONNAGE.....	21
4 RECUEIL DES DONNEES	22
5 ANALYSE DES DONNEES	22
6 RESPECT ETHIQUE ET DROITS DES PATIENTS	23
RESULTATS	24
1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	24
2 LA CONTRACEPTION	27
2-1 Connaissances relatives à la contraception.....	27
2-2 Questionnements relatifs à la contraception	28
2-3 Histoire personnelle de la contraception.....	29
Historique de la contraception	29
Motivations.....	29
2-4 Le choix.....	30
Un choix affirmé	30
Un sentiment d'obligation	30
Influences et éléments contextuels	31
2-5 Représentations.....	34
Idées du naturel	34
Les craintes	34
La place de l'homme et de la femme	35
Un sujet tabou	36
Les avantages.....	36
Les inconvénients.....	36
Les contre-indications.....	37
Les effets secondaires.....	37

L'efficacité.....	38
3 LA PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE (PFN).....	39
3-1 Connaissances relatives à la PFN.....	39
3-2 Questionnements au sujet de la PFN.....	41
3-3 Histoire personnelle de la PFN.....	42
3-4 Eléments contextuels.....	43
Le contexte socio-environnemental	43
Les médecins.....	43
Le conjoint	44
3-5 Représentations de la PFN.....	45
Le cycle féminin	45
Les principes de la PFN	47
La rigueur	48
Le caractère archaïque.....	48
L'abstinence périodique	48
Les personnes concernées	49
L'apprentissage.....	51
Les avantages.....	51
Les inconvénients.....	53
Les freins à l'utilisation de ces méthodes, les difficultés	54
Les conditions d'utilisation	55
L'efficacité.....	55
La place de l'homme et de la femme	56
La satisfaction	56
L'aide à la procréation	56
3-6 Autres méthodes	58
Le coït interrompu	58
Les méthodes traditionnelles.....	58
Autres méthodes	58
4 L'INFORMATION.....	58
4-1 Les sources d'information.....	58
4-2 La quantité d'information	60
4-3 La qualité de l'information	60
4-4 L'impact de l'information	61
4-5 Le ressenti à l'égard de l'information	61
Un sentiment de confiance.....	61
Un sentiment de méfiance.....	61
Un sentiment d'inégalité	61
4-6 Les freins à l'information.....	62
4-7 L'information souhaitée	62
5 AUTRES THEMES ABORDES	63

5-1 L'interruption volontaire de grossesse	63
5-2 Les infections sexuellement transmissibles	64
5-3 La sexualité.....	64
5-4 Le désir d'enfant.....	64
5-5 La fertilité et la procréation médicalement assistée (PMA)	65
DISCUSSION	66
1 FORCES ET LIMITES DU TRAVAIL.....	66
1-1 Forces	66
Choix de la question.....	66
Choix de la méthode.....	66
Validité interne	66
Validité externe : échantillonnage	67
1-2 Limites	67
Inhérentes aux enquêteurs.....	67
Inhérentes aux participantes	67
Inhérentes à la méthode.....	67
2 LA CONTRACEPTION.....	67
2-1 Les connaissances.....	67
2-2 La crainte des hormones	68
2-3 L'attrait pour le naturel.....	68
2-4 La satisfaction	68
3 LA PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE	69
3-1 Le cycle féminin	69
3-2 La curiosité pour la PFN.....	70
3-3 Les connaissances de la PFN, l'apprentissage.....	70
3-4 Les utilisateurs des méthodes naturelles.....	72
3-5 Les avantages et inconvénients.....	72
3-6 Les freins à l'utilisation de la PFN et les difficultés ressenties	73
3-7 L'aide à la procréation.....	75
4 LA PLACE DE L'HOMME ET DE LA FEMME	75
5 L'INFORMATION ET LA PLACE DU MEDECIN	76
5-1 L'information.....	76
5-2 Les pratiques médicales	78
5-3 Le choix.....	79
4 PERSPECTIVES DE RECHERCHE	81
CONCLUSION.....	82
BIBLIOGRAPHIE	84

ANNEXES.....	89
ANNEXE 1 : LES DIFFERENTES METHODES NATURELLES DE REGULATION DES NAISSANCES.....	89
ANNEXE 2 : PRINCIPES, USAGES, EFFICACITE DE LA PFN.....	92
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	97
ANNEXE 4 : VERBATIM ENTRETIEN 15.....	98
ANNEXE 5 : TABLEAU DE CODAGE ENTRETIEN 15.....	104

ABREVIATIONS

DIU : dispositif intra-utérin

PFN : planification familiale naturelle

HAS : Haute autorité de santé

IVG : interruption volontaire de grossesse

SUDOC : Système universitaire de documentation

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

IST : infections sexuellement transmissibles

MAMA : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

PMI : Protection maternelle et infantile

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

MOB : méthode d'ovulation Billings

PMA : Procréation médicalement assistée

CEFA : Centre d'éducation à la famille et à l'amour

MAO : méthode d'auto-observation

OMS : Organisation mondiale de la santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

CLER : Centre de liaison des équipes de recherche

INED : Institut national d'études démographiques

MJF : méthode des jours fixes

NPT : Naprotechnologie

INTRODUCTION

La question de la contraception se pose très fréquemment en consultation de médecine générale. Elle concerne la majeure partie des femmes en âge de procréer.

La méthode contraceptive idéale devrait être facile d'emploi, sans contre-indication et sans contrainte mais surtout adaptée à chaque femme et à son mode de vie (1).

Un grand nombre de moyens contraceptifs sont actuellement disponibles en France. Une étude de 2006 a montré que les femmes françaises semblaient globalement satisfaites de leur contraception mais souhaitaient être mieux informées sur l'ensemble des moyens contraceptifs existants pour choisir le plus adapté à leur mode de vie (2).

Les experts en sciences sociales décrivent une norme contraceptive française : au début de la vie sexuelle, les femmes utilisent le préservatif puis la pilule. A l'âge où elles ont des enfants, il leur est proposé des moyens tels que les dispositifs intra-utérins (DIU). Il s'agit de pratiques contraceptives socialement valorisées aux différentes périodes de la vie sexuelle et reproductive, en quelque sorte il s'agit de la « normalité », correspondant à un modèle figé (3). Les histoires personnelles des femmes ne cadrent pas toujours avec les impératifs de cette norme, ce qui peut participer à des échecs de contraception.

Le paysage contraceptif est en perpétuelle évolution, les habitudes contraceptives changent, notamment depuis début 2013, on assiste à une demande plus importante des femmes de changement de contraception (4).

La polémique à propos des pilules de 3^e et 4^e génération qui a eu lieu fin 2012 – début 2013 a contribué à modifier ce paysage contraceptif. L'enquête Fécond (4) a permis d'étudier l'impact de ces événements sur les pratiques contraceptives et les représentations de la pilule : cette enquête a été réalisée en 2010 puis reconduite en 2013 suite à l'apparition de la polémique. Il en ressort que la pilule, dont l'utilisation avait déjà diminué depuis le milieu des années 2000 a subi une désaffection encore plus marquée avec une utilisation passant de 50% à 42% entre 2010 et 2013, les femmes se sont tournées vers d'autres moyens contraceptifs tels que le DIU, le préservatif ou d'autres méthodes comme les dates ou le retrait. Ce sont principalement les femmes dans une situation financière difficile qui se sont tournées vers les méthodes dites naturelles.

La crainte vis-à-vis des hormones existe bien, comme le soulignent les résultats d'un travail de thèse récent, paru après la polémique (5) : il s'agit de craintes concernant les effets indésirables mais

également de craintes moins connues, « *sans substrat physiologique précis, plus instinctives que matérialisées* ». Ces craintes semblent être un frein à une bonne observance.

Plus récemment, d'autres polémiques autour de moyens contraceptifs sont apparues : en 2016, le dispositif Essure® est au centre d'un débat car soupçonné d'être à l'origine d'effets indésirables importants puis c'est au tour du DIU Mirena® d'être accusé d'être responsable d'effets secondaires lourds auxquels les patientes ne s'attendaient pas.

Toutes ces polémiques influencent d'ores et déjà les choix contraceptifs des patientes.

En parallèle, on constate un engouement chez certaines patientes pour des techniques dites plus « naturelles » : sans médicament, sans hormone, sans corps étranger. Cet attrait a été confirmé dans un travail de thèse de 2015 : les résultats montrent une perte de confiance en la contraception hormonale pour beaucoup de patientes qui s'en remettent à des méthodes non hormonales comme la méthode Ogino ou encore à des contraceptifs mécaniques comme le préservatif masculin (6).

Nous nous sommes intéressés aux méthodes naturelles de régulation des naissances regroupées sous le terme de planification familiale naturelle (PFN). Elles semblent peu connues en France malgré leur intérêt. Elles sont surtout développées au niveau associatif. Ces méthodes, basées sur l'identification des jours où la femme est féconde et supposant l'abstinence ou la combinaison à des méthodes barrières pendant la phase fertile (7), ont une efficacité théorique semblable à celle des contraceptifs usuels (8). Leur efficacité pratique varie considérablement en fonction des études et semble étroitement liée à la bonne compréhension de la méthode, à la compliance du couple (9–11), à sa motivation à faire face à des situations d'abstinence et à la qualité de l'enseignement reçu (12). La PFN ne présente aucune contre-indication (7). Selon la Haute autorité de santé (HAS), les méthodes naturelles étaient utilisées par 6% des femmes en France en 2013, un chiffre stable depuis les années 2000 (3), mais ce chiffre inclut la méthode du retrait qui n'entre pas dans le cadre strict des méthodes naturelles.

Le médecin généraliste, acteur de soins primaires, occupe une place prépondérante dans le choix et la prescription d'une contraception, d'autant plus du fait de la diminution du nombre de gynécologues en France. D'après l'observatoire de la médecine générale en France, il suit en moyenne ses patients pendant 19 ans, il connaît donc bien le couple, la famille et leur situation. Il se doit de donner une information claire, loyale et appropriée et d'exposer la totalité des méthodes disponibles mais il semblerait que les méthodes naturelles soient souvent oubliées (13). Un rapport d'élaboration de la HAS de 2004 mis à jour en 2013 mentionne pourtant en ce qui concerne les méthodes naturelles : « *il est recommandé que leurs principes généraux soient exposés à toute femme, et à son partenaire, envisageant l'utilisation d'une méthode contraceptive* » (14).

Ce manque d'information donnée aux femmes est en partie expliqué par les lacunes des professionnels de santé au sujet des méthodes naturelles (13,15–19) : dans toutes les études retrouvées, il ressort que ces professionnels et tout particulièrement les médecins, sous-estiment l'efficacité de ces méthodes et n'offrent donc pas de renseignements appropriés aux patients. La formation médicale apporte une simple évocation des différentes méthodes associée à des chiffres erronés de fiabilité. Les méthodes naturelles les plus anciennes et les moins efficaces semblent les mieux connues. Certains médecins sont désireux d'obtenir plus d'informations sur ces méthodes.

Nous nous sommes posé la question de savoir ce que pensent les patientes de la planification familiale naturelle.

L'objectif de ce travail est d'évaluer, à partir de leurs connaissances sur la contraception et la physiologie féminine, les représentations des patientes en matière de planification familiale naturelle dans le but d'adapter le discours des professionnels de santé à ce propos, pour in fine limiter les échecs de contraception et le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

L'annexe 1 reprend toutes les méthodes de PFN recensées.

Les principes de la PFN, son efficacité et son usage dans le monde sont détaillés dans l'annexe 2 de ce travail.

MATERIEL ET METHODES

1 Bibliographie

1-1 Mots clés

Nous avons utilisé les termes français : « planification familiale naturelle », « méthodes naturelles », « régulation des naissances », « contraception naturelle », « médecin généraliste », « patient(e)s ».

Nous avons utilisé les termes anglais : « natural family planning », « natural family planning method », « patient », « general practitioner », « family practitioner », « fertility awareness-based methods », « non-hormonal methods », « traditional contraception methods ».

Les recherches ont été effectuées avec plusieurs combinaisons de ces termes, en utilisant les différents opérateurs booléens existant, afin d'obtenir les résultats les plus pertinents.

1-2 Sources bibliographiques

La recherche bibliographique a débuté en avril 2015, période à laquelle a commencé le travail préparatoire à cette thèse (mémoire d'initiation à la recherche). Nous avons poursuivi les recherches bibliographiques tout au long du travail de thèse pour les arrêter définitivement le 12 septembre 2017.

Les recherches ont été réalisées par le biais du portail documentaire de la bibliothèque universitaire de la faculté Lyon 1, qui a permis l'accès à différents moteurs de recherche tels que Pub Med, la Banque de Santé Publique, le Cairn, Pascal, Cochrane Library, Web of science, EM Premium, Google Scholar et le Système universitaire de documentation (SUDOC).

Nous nous sommes inspirés de la bibliographie de certains articles qui nous semblaient intéressants comme par exemple celle de « *Analyse des échecs de la planification familiale naturelle* » (12).

Nous avons consulté les sites internet suivants : méthodes-naturelles.fr (20), masexualité.ca (21), choisirscontraception.fr (22), pfn.be (23) et sympto.org (24).

Nous avons visité des forums concernant la contraception afin de connaître les préoccupations des patientes en matière de contraception et d'articles de presse comme celui du numéro 26 de la revue Neosanté intitulé « *Contraception naturelle, l'alternative à la pilule qu'on vous cache* » (25).

Pour nous aider dans l'analyse des entretiens, nous avons lu le livre « Manuel d'analyse qualitative » de Christophe Lejeune (26).

2 Choix de la méthode d'enquête

Pour comprendre le ressenti des patientes tout en faisant émerger des idées variées nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Ce sujet personnel, parfois même tabou, est difficilement évocable en groupe. Ainsi l'opinion d'un participant n'était pas influencée par celle des autres membres. Des entretiens semi-dirigés ont permis d'obtenir la plus grande liberté de parole tout en restant dans le cadre de l'étude.

3 Population- Echantillonnage

Le recrutement s'est fait parmi des femmes en âge de procréer, sachant comprendre et parler le français.

Le critère d'exclusion était le refus de participer à l'étude.

Les participantes ont été recrutées de différentes façons :

- Certaines patientes ont été recrutées dans les cabinets où nous effectuons notre stage praticien de niveau 1, nous demandions en fin de consultation à la patiente si elle était d'accord pour participer à un entretien concernant les méthodes de régulation des naissances. Si c'était le cas, nous prenions ses coordonnées et la recontactons par téléphone pour convenir d'un rendez-vous.
- D'autres patientes ont été recrutées via une affichette dans la salle d'attente du cabinet médical où nous exerçons actuellement.
- Une patiente a également été recrutée via un cabinet de sage-femme libérale : après accord de la patiente, la sage-femme nous a donné ses coordonnées pour que nous la contactions.

Nous avons essayé de varier la population interrogée afin que soit obtenu un maximum d'idées. Nous avons sélectionné des femmes d'âges différents, nullipares, unipares ou multipares et utilisant des contraceptions différentes, y compris la planification familiale naturelle. Le but n'était pas d'obtenir un échantillon représentatif mais un corpus diversifié.

4 Recueil des données

Nous avons élaboré avec notre directrice de thèse et en nous appuyant sur l'étude de la littérature un canevas d'entretien en quatre parties, en fonction des objectifs de l'étude. Ce guide d'entretien figure en annexe 3.

L'entretien débutait par une présentation du cadre de l'étude et les modalités de l'entretien. La garantie de l'anonymat était rappelée, et le consentement des participantes pour la réalisation des entretiens et leur enregistrement était recueilli. Nous demandions ensuite à la patiente de se présenter. La deuxième partie était axée sur la **contraception en général** afin d'approcher en douceur le sujet de l'étude et de recueillir des données plus générales sur la contraception, la troisième partie était centrée sur les **méthodes naturelles de régulation des naissances**. Enfin, nous demandions aux patientes si elles avaient des choses à ajouter, des suggestions pour améliorer l'information ou encore leur degré de motivation pour participer à l'étude. L'entretien se clôturait par une feuille de présentation à remplir par la patiente, permettant d'établir les caractéristiques de la population étudiée dans un second temps.

Le canevas d'entretien constituait une ligne directrice sous forme de questions types avec relances. Les questions étaient le plus souvent ouvertes. L'ordre des questions pouvait être modifié et de nouvelles questions pouvaient être posées en fonction du déroulement de l'entretien afin d'approfondir certaines idées ou d'en faire émerger de nouvelles.

Le guide d'entretien a pu être testé lors de la réalisation d'un mémoire de recherche, rédigé à partir des trois premiers entretiens. Le guide a alors pu être amélioré en apportant des modifications à certaines relances.

Les entretiens étaient réalisés de manière individuelle. Ils étaient enregistrés par dictaphone numérique. Le choix du lieu de l'entretien était laissé aux patientes.

Nous tenions un journal de terrain nous permettant de transcrire nos observations au cours des entretiens, les conditions de déroulement de ces-derniers et notre ressenti.

5 Analyse des données

Les entretiens étaient retranscrits de façon manuelle par nous-mêmes sur ordinateur le jour même de l'entretien à l'aide du logiciel Word®. La retranscription a été faite mot à mot en prenant soin de retranscrire les données non verbales.

Afin de conserver l'anonymat des patientes, un numéro a été attribué à chacune en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens (de P1 à P15).

Le verbatim de l'entretien 15 se trouve en annexe 4.

Après retranscription complète, les entretiens étaient relus plusieurs fois afin de dégager les idées principales.

Nous avons ensuite réalisé une analyse longitudinale avec un codage manuel de chaque entretien sous forme de tableaux de codage : les verbatim ont été découpés en unités de signification qui ont elles-mêmes été regroupées en thèmes et sous-thèmes. Une lecture croisée a été effectuée avec notre directrice de thèse et avec une autre interne de médecine générale pour obtenir une triangulation des analyses.

Un exemple de tableau de codage (correspondant à l'entretien 15) se trouve en annexe 5.

Puis la mise en lien des éléments signifiants textuels et contextuels par une analyse transversale a été réalisée selon le principe de la théorisation ancrée.

La saturation des données a été obtenue à la fin du 13^e entretien et a été vérifiée avec la réalisation de deux autres entretiens pour confirmer l'absence d'émergence de nouvelles occurrences.

6 Respect éthique et droits des patients

Ce travail de thèse a été enregistré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le n° 2100542.

D'après la loi Jardé, relative aux recherches impliquant la personne humaine, notre travail se situe dans la catégorie des « recherches non interventionnelles, dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle ».

Notre recherche ayant débuté avant le 16 Novembre 2016 (publication des décrets d'application de la loi Jardé), il n'a pas été nécessaire de solliciter l'avis d'un Comité de protection des personnes (CPP).

Le consentement des participantes a été recueilli par oral puis les entretiens retranscrits ont été relus par les participantes.

Les règles d'anonymat et de confidentialité ont été respectées.

RESULTATS

1 Caractéristiques de la population étudiée

Les entretiens ont été réalisés du 8 décembre 2015 au 5 juin 2017. La totalité des entretiens réalisés a été analysée. La durée moyenne des entretiens était de 29 minutes. Un entretien a eu lieu au domicile de la patiente (P12), les autres se sont déroulés au cabinet.

Les caractéristiques de la population interrogée figurent dans le Tableau 1.

Les femmes interrogées avaient entre 24 et 49 ans. La moyenne d'âge était de 34,9 ans. 6 femmes habitaient la région lyonnaise, 9 résidaient en nord Isère. 3 femmes n'avaient pas d'enfants, l'une d'entre elles était enceinte au moment de l'entretien. L'âge de leurs enfants était compris entre 4 mois et 24 ans. Une seule femme n'avait pas d'activité professionnelle. 4 femmes déclaraient être de religion catholique dont l'une était non pratiquante (P15). Une femme déclarait être de religion musulmane. Une patiente mentionnait croire en la Terre-Mère.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population interrogée

N°	Age	Origine géographique	Situation familiale	Nombre d'enfants	Pratique d'un culte	Profession	Contraception en cours	Durée de l'entretien
1	38 ans	Lyon	Mariée	3 (de 7 ans et demi à 2 ans et demi)	Non	Responsable communication et développement social	Préservatifs	25 minutes
2	29 ans	Décines	Mariée	1 (6 mois)	Oui	Employée commerciale	Méthodes naturelles	19 minutes
3	40 ans	Lyon (originaire de Touraine)	Divorcée	2 (4 ans et 6 ans)	Non	Naturopathe	Méthodes naturelles + préservatifs	38 minutes
4	42 ans	Feyzin	Célibataire	1 (8 ans)	Non	Conseillère de vente	Pilule microprogestative (Desogestrel)	24 minutes
5	37 ans	Saint Jean de Bournay	Pacsée	2 (5 ans et demi et 17 mois)	Non	Chef de projet	Préservatifs	29 minutes
6	31 ans	Saint Jean de Bournay	Mariée	2 (4 ans et 1 an)	Non	Exploitante dans le transport	DIU au cuivre	17 minutes
7	41 ans	Lyon	Divorcée	3 (18, 16 et 12 ans)	Non	Infirmière en pédiatrie	Implants contraceptifs définitifs (Essure®)	19 minutes

8	27 ans	Saint Jean de Bournay	Pacsée	2 (6 ans et 3 ans)	Non	Assistante d'éducation	DIU à la progestérone	16 minutes
9	35 ans	Chatonnay (originaire de Marseille)	Célibataire	0	Non	Professeur des écoles	Pilule estroprogestative de 3° génération (Desobel)	30 minutes
10	24 ans	Saint Jean de Bournay	Mariée	1 (4 mois)	Non	Éducatrice jeunes enfants	Préservatifs	31 minutes
11	49 ans	Saint Jean de Bournay (originaire de Dijon)	Mariée	5 (24, 22, 20, 18 et 16 ans)	Oui	Enseignante	Billings® + préservatifs	63 minutes
12	24 ans	Bourgoin jallieu (Originaire de Perpignan)	Mariée	0 (grossesse en cours)	Oui	Vendeuse à domicile indépendante	Symphothermie	42 minutes
13	35 ans	Lyon	Pacsée	1 (2 ans et demi)	Non	Ingénieure commerciale	Aucune (DIU à la progestérone venant d'être retiré)	27 minutes
14	35 ans	Saint Jean de Bournay (originaire du Gard)	Mariée	0	Oui	Préparatrice en pharmacie hospitalière	Pilule estroprogestative	29 minutes
15	37 ans	Saint Jean de Bournay	Pacsée	2 (7 ans et 4 ans)	Non	En recherche d'emploi	DIU au cuivre	22 minutes

2 La contraception

2-1 Connaissances relatives à la contraception

Les patientes pouvaient citer **un grand nombre de moyens contraceptifs** : « *Enfin voilà, après bah le préservatif pour les méthodes masculines. Après y'a les implants aussi au niveau hormonal, les patchs, voilà...* » (P5), « *Je sais qu'il existe la pilule, le préservatif, le stérilet... L'implant. (Souffle...) Le préservatif féminin* » (P2).

Elles les classaient parfois en **catégories** : « *Alors il y a différents types de contraception, des avec hormones et des sans* » (P10).

Le fonctionnement et la finalité de chaque moyen contraceptif étaient **bien connus** pour la plupart des patientes : « *Oui alors il y a le stérilet mais le stérilet c'est un abortif* » (P11), « *Que ça sert à décider quand on veut avoir des enfants (rires)* » (P9).

Le **lien avec les infections sexuellement transmissibles (IST)** était souvent fait : « *Y'a les contraceptions préservatifs, qui sont là pour empêcher enfin pour éviter d'avoir des enfants mais aussi pour les maladies sexuellement transmissibles* » (P8), « *Pour certaines contraceptions ça peut empêcher les maladies aussi.* » (P6).

Les patientes évoquaient également la contraception d'urgence, sans pouvoir la classer dans une catégorie : « *Alors la pilule du lendemain pour moi n'est pas une méthode de contraception. C'est un...* » (P1).

Elles considéraient bien connaître les moyens à disposition, comme P1 : « *je connais à peu près toutes les méthodes de contraception qui existent* », mais certaines reconnaissaient un manque de savoir, comme P12, utilisatrice de méthodes naturelles : « *J'en connais pas énormément* ».

Des **erreurs** étaient constatées : « *tu peux ligaturer les trompes un moment et après on peut les enlever quoi! Donc après tu peux avoir un rapport normal et tomber enceinte* » (P2).

P14 mentionnait des lacunes dans les connaissances de la contraception dans certaines populations : « *à l'époque où je travaillais en officine par exemple, la pilule du lendemain par les ados était considérée comme un moyen de contraception* ».

Pour cette même patiente, l'âge était un facteur important dans les connaissances en matière de contraception : « *Enfin à 27 ans je m'estime assez mature pour savoir que le retrait ce n'est pas une bonne méthode* ».

Plusieurs patientes faisaient référence au **modèle contraceptif français** : « *Parce que maintenant malheureusement la méthode de contraception la plus classique c'est la pilule* » (P3), « *Après c'était un peu le schéma classique quoi, on a une relation un peu stable, on va arrêter le préservatif et on passe par la pilule* », « *Après au début je pense que c'était très stigmatisé. Préservatifs, pilule quand... stérilet... Ce que je fais finalement. Mais voilà ce schéma un peu classique* » (P5).

Une femme évoquait les habitudes contraceptives dans d'autres pays : « *y'a très peu de femmes qui prennent la pilule au Québec* » (P11)

Les patientes faisaient référence à un modèle non figé, avec des **habitudes changeantes** : « *d'autant plus que les filles prennent maintenant la pilule de plus en plus tôt* » (P11), et une évolution des sciences : « *On n'avait pas de recul au début là-dessus mais je pense que maintenant...* » (P4), « *et puis à l'époque c'était d'autres pilules...* » (P5), « *Au tout début quand j'avais commencé à me renseigner sur ce truc-là, c'était l'époque où on disait que le stérilet il fallait pas le prendre tant qu'on n'avait pas eu d'enfants, parce que ça pouvait endommager ou je ne sais quoi... Je sais que maintenant ça n'est plus du tout le cas* » (P9).

Encadré 1 : Connaissances relatives à la contraception

Les patientes connaissaient un grand nombre de moyens contraceptifs. Elles estimaient avoir de bonnes connaissances dans l'ensemble, on notait des erreurs concernant les mécanismes d'action. Les patientes faisaient référence à un modèle contraceptif avec des habitudes adoptées par la majorité des femmes mais qui évoluaient en fonction des progrès de la science.

2-2 Questionnements relatifs à la contraception

La majorité des femmes interrogées semblaient porter de l'**intérêt** à la **contraception** : « *Je me suis renseignée sur la contraception* » (P2), tout en reconnaissant l'**absence de questionnement** : « *je me suis même pas posée la question, c'était la pilule à l'époque* » (P6), « *moi j'avoue que j'avais 15 ans, je ne m'étais pas du tout posé la question* » (P11).

Elles s'y intéressaient pour leurs enfants : « *et que là je m'initie pour mes filles aussi* » (P7).

Cet intérêt était jugé croissant dans le temps selon certaines patientes : « *Et puis après, on va dire de par le vécu ben on s'intéresse un peu sur les autres méthodes* » (P15).

Cet intérêt n'était pas partagé par les patientes utilisatrices de la PFN : « *Et après j'ai pas grand-chose d'autre à dire sur la contraception en général parce que je me suis jamais vraiment penchée* » (P12).

La patiente P9 jugeait la **contraception utile** : « *mais après ça rend bien service quoi* », voire nécessaire : « *C'est la cata sinon [sans pilule]* ». Pour d'autres, la mise sur le marché des contraceptifs avait été une **révolution** : « *Alors la contraception euh... Ça a été une grande révolution parce que les femmes ont pu avoir le choix d'avoir des enfants ou non donc ça c'est très bien* » (P3).

Une femme mentionnait l'inutilité de la contraception à certaines périodes de la vie génitale : « *Mais en même temps je ne voulais pas trop entendre parler de contraception à ce moment-là [post accouchement]. Je sais pas si je l'aurais faite car plus tôt j'aurais pas voulu avoir de rapports en fait donc...* » (P10).

Encadré 2 : Questionnements relatifs à la contraception

Les utilisatrices de contraceptifs usuels portaient de l'intérêt à la question de la contraception qu'elles jugeaient utile voire indispensable, la contraception constituait une révolution pour le libre arbitre des femmes selon certaines. D'autres reconnaissaient une absence de questionnement.

2-3 Histoire personnelle de la contraception

Historique de la contraception

Les patientes citaient les moyens contraceptifs utilisés : « *je suis sous pilule depuis l'âge de 16 ans, jamais d'autres moyens de contraception si ce n'est les préservatifs...* » (P14), avec pour certaines des difficultés à se remémorer le nom des moyens utilisés ou la chronologie de ceux-ci : « *Et après, le truc c'est que j'ai vécu 10 ans à l'étranger, je ne me rappelle plus du tout ce que je faisais là-bas. Est-ce que j'avais une pilule ou pas ? Je ne sais plus du tout.* » (P3), « *parce qu'après y'a eu au moment de l'allaitement la micropilule des choses comme ça... Euh... J'ai testé l'implant, le stérilet...Et les ...Je sais plus comment ça s'appelle... Essure®, définitive...* » (P7)

Beaucoup de femmes avaient utilisé **les mêmes contraceptifs dans le même ordre**, comme P5 : « *Préservatifs, pilule quand... stérilet... Ce que je fais finalement* » (P5).

Motivations

Les motifs cités de prise de contraceptifs étaient variés, allant de **la crainte d'une grossesse non désirée** : « *soit parce que leur maman a envie de se protéger, elles leur filent la pilule en leur disant « t'as trois boutons, tu vas la prendre et tu sais ma petite chérie si tu rencontres un petit copain ,j'ai tellement peur d'avoir un enfant »* » (P11) , au **traitement de dysfonctionnements endocriniens** : « *moi au départ je l'ai pas du tout prise comme contraceptif, parce que j'avais des problèmes hormonaux, donc pour essayer de réguler un peu tout ça* » (P9), en passant par le **traitement de pathologies dermatologiques** : « *Y'a aussi les pilules pour quand on a trop de boutons* » (P4).

Les **modalités d'utilisation** étaient également évoquées pour justifier la prise d'un contraceptif : « *j'avais plus forcément envie de prendre quelque chose à heure fixe tous les jours* » (P15).

La **période de la vie génitale** était citée pour expliquer l'orientation vers un moyen contraceptif : « *parce que le stérilet c'est quelque chose que j'avais en tête par rapport au fait que je voulais plus forcément d'enfants* » (P15).

Encadré 3 : Histoire personnelle de la contraception

Les patientes suivaient un modèle contraceptif avec une utilisation marquée de la pilule puis du DIU après la ou les grossesse(s). Les contraceptifs, de par leurs modalités d'utilisation et leur finalité escomptée, étaient destinés à différentes périodes de la vie génitale. Les contraceptifs étaient pris dans le but d'éviter une grossesse ou pour traiter des pathologies ou désagréments en rapport avec le cycle.

2-4 Le choix

Un choix affirmé

La plupart des patientes affirmaient leur **choix contraceptif** : « *c'est ma décision* » (P1), « *mais c'est mon choix* » (P6), « *Je vous avouerais que ma (insiste sur le ma) contraception c'est moi qui gère. (Rires)* » (P7).

Les patientes étaient pour la majorité **satisfaites** de ce choix : « *Oui très bien, en plus sans interruption c'est très bien* » (P4).

Certaines envisageaient un changement de contraception : « *mais du coup je vais mettre un stérilet donc je vais voir* » (P10).

Un sentiment d'obligation

On retrouvait chez plusieurs patientes **un sentiment d'obligation** : « *enfin parce qu'il a fallu de toute façon que je prenne la contraception...* » (P10), **ou d'impasse** : « *La contraception pour moi, à titre personnel c'est hyper compliqué car j'ai mes convictions professionnelles mais que j'applique aussi au niveau personnel* » (P3), « *Et ben je sais pas du tout ce que je ferai... (Rires) Je mise tout sur le stérilet!* » (P6), « *Mais bon de toute façon moi j'ai pas le choix* » (P9).

Une femme mentionnait **le manque de choix** : « *parce que ben à l'époque moi les... [...] j'avais pas le choix entre 50 000 propositions* » (P15).

Influences et éléments contextuels

Le **contexte familial, conjugal, social et environnemental** apparaissait comme un **facteur décisif** dans la prise d'une contraception : « *Enfin oui j'ai pris la pilule à partir de 16 ans parce que ma maman voulait vraiment s'assurer que voilà...* » (P14), « *Je suis pas concernée par la deuxième vu que je suis mariée, pas de préservatifs* » (P6).

- Les soignants

Les médecins étaient souvent cités **comme intervenants privilégiés** en matière de contraception, qu'il s'agisse de gynécologues ou de médecins généralistes : « *Pas du tout. Alors avant je devais demander à ma gynéco à la base ou à mon médecin généraliste. J'ai demandé pour me faire prescrire une pilule.* » (P3). Dans certains cas, **le choix contraceptif revenait au médecin** : « *Je sais pas enfin c'est le médecin qui a décidé* » (P14).

Les sages-femmes étaient également citées : « *Et là maintenant comme je suis suivie par une sage-femme du coup la contraception je la vois avec elle, depuis l'accouchement* » (P10).

Certaines patientes mentionnaient une **relation de confiance** avec leur médecin : « *Et puis le médecin traitant, ben du coup on va tout le temps voir le même et il y a une relation qui se crée un peu* » (P10), « *donc on a créé une relation de confiance* » (P5).

D'autres dénonçaient **l'incompétence et les pratiques du corps médical** : « *euh et malheureusement les gynécos c'est comme tous les médecins, quand on s'en rend compte c'est bien dommage, il y a des incompetents !* » (P9), « *tu ne sais pas si la personne est rémunérée sur le nombre de pilules qu'elle arrive à placer. Voilà et puis alors ce qui est assez édifiant c'est que t'essayes une pilule, ça va pas, bon ben on va changer, on va essayer une autre.* » (P3).

Les médecins étaient considérés comme des **prescripteurs potentiels** de contraceptifs, comme le soulignait P7 : « *De toute façon le personnel de santé... Si on va chez un médecin, forcément il vous prescrit un truc* » avec une **conduite jugée stéréotypée** selon certaines patientes comme P5 : « *j'avais l'impression que pour elle c'était un peu automatique...* »

P5 mentionnait une gêne vis à vis du personnel médical masculin au sujet de la contraception : « *je sais pas pourquoi mais je me sens pas à l'aise avec un gynécologue homme.* »

Une patiente évoquait le traumatisme d'une consultation : « *J'étais ressortie de là un peu bouleversée* » (P11), une autre dénonçait des **violences médicales** : « *Parce que c'était... Enfin je sais pas... Presque comme un viol quoi ! J'avais 17ans, j'étais vierge, c'était la première fois que j'étais*

examinée... Et finalement sans prévenir, sans rien, on fouille les lieux ! Voilà quoi ! Sans explications... C'était très froid, c'était horrible, j'avais pas du tout aimé » (P6).

Une patiente s'était sentie **infantilisée** : « *Donc ne pas dépendre de tout ce personnel qui est quand même globalement infantilisant » (P11).*

- Les laboratoires

Une seule patiente évoquait l'utilité des laboratoires pour la mise à disposition des contraceptifs : « *je sais bien que les laboratoires pharmaceutiques sont importants » (P11)*

- L'entourage

Le **rôle de l'entourage** dans les connaissances et le choix d'une contraception était souvent souligné : « *J'en parlais pas mal avec ma sœur qui était plus grande que moi » (P4), « Donc je pense que c'est plus en discutant avec des copines » (P5), « là pour le stérilet en l'occurrence, j'en ai parlé un peu avec cousines, copines... Etc., pour celles qui sont concernées on échange là-dessus...elles m'ont conseillée en fait... » (P6).*

Une patiente disait s'être confiée : « *ma mère je lui avais dit que je me faisais mettre le stérilet » (P8).*

- Le conjoint

La plupart des patientes soulignaient l'**absence de rôle du conjoint** dans la contraception : « *Ben aucun... [Rôle] » (P1), « Nan absolument pas, ça me fait sourire parce qu'il [son conjoint] en a pas [de rôle dans le choix contraceptif] » (P14)*

Le conjoint était souvent informé de la contraception choisie mais **exclu du choix** : « *je l'ai enlevé en informant mon conjoint... Après je choisis la contraception qui me va le mieux et puis j'ai envie de dire qu'il suit comme il peut » (P1).*

Certaines patientes sollicitaient l'avis de leur conjoint : « *Est ce que toi euh... ? Parce que j'avais entendu dire qu'il y avait des hommes qui voulaient pas trop que leur femme... On en a discuté mais il m'a dit qu'il y avait pas de soucis » (P5).*

D'autres patientes mentionnaient une ignorance et une absence d'intérêt du conjoint concernant leur contraception : « *Aucun [rôle], sincèrement... Il ne m'a jamais demandé ce que je prenais ni comment... Du tout* » (P4).

- Les croyances, la foi

La plupart des patientes, qu'elles pratiquent un culte ou non, évoquaient l'**absence d'influence** de la religion dans leurs choix contraceptifs : « *Ah aucune, il n'y en a pas* » (P15), « *Ben alors je suis pas du tout pratiquante donc du coup ça a aucun impact, en tout cas j'ai pas une religion qui m'influencerait sur... Pas du tout* » (P13).

Pour trois patientes, toutes **utilisatrices de méthodes naturelles, la foi avait eu une influence** sur leur contraception : « *Parce que je pense que pour mes parents c'était vraiment lié à la foi et pour moi en fait au tout début je me disais, bon l'Eglise catholique nous, enfin je comprends pourquoi elle nous demande de pas utiliser de contraception enfin par rapport à toutes les idées je trouve ça plutôt logique* » (P12), « *Déjà je suis musulmane. Dans la religion musulmane, on n'a pas le droit à la contraception à la base. [...] C'est interdit* » (P2).

Encadré 4 : Le choix

Les patientes affirmaient pour la plupart leur choix et en étaient le plus souvent satisfaites même si certaines envisageaient un changement de contraception.

On retrouvait à plusieurs reprises un sentiment d'obligation, d'impasse et de manque de choix.

Le choix était influencé par le contexte socio-environnemental. Le rôle de l'entourage familial et amical était souligné. Le conjoint était informé du choix contraceptif mais ne participait pas à la décision.

Les croyances, la pratique d'un culte influençaient le choix des méthodes naturelles mais pas celui de la contraception en général.

Les médecins apparaissaient tantôt comme des intervenants privilégiés en leur qualité de prescripteurs et d'informateurs, tantôt comme des gens incompetents aux conduites stéréotypées. Certaines patientes dénonçaient le traumatisme d'une consultation, des violences gynécologiques et un sentiment d'infantilisation.

2-5 Représentations

Nous avons choisi de classer certains items dans ce paragraphe mais ils pourraient être classés dans le paragraphe « Connaissances ». Les connaissances entraînaient des représentations variées et réciproquement.

Idées du naturel

La majorité des patientes attribuait un **caractère artificiel** à la contraception : « *enfin je sais pas trop ce qu'il y a dans la pilule...mais c'est pas naturel justement* » (P1).

Le naturel était défini comme l'**absence d'hormones ou de corps étrangers** : « *Ben naturel c'est sans médicaments et sans corps étranger qui rentre, enfin sans prise de médicaments quoi* » (P2), « *y'a pas d'hormones du coup, enfin c'est complètement naturel quoi* » (P10).

La contraception était jugée artificielle car **perturbant le fonctionnement physiologique du corps**, comme le disait P4 : « *Et je pense que ça dérègle pas l'organisme quoi... ça reste naturel* », ou P12 : « *parce que ça irait à l'encontre de... Moui... Parce que c'est pas naturel, ça irait complètement casser ce beau rythme que la nature nous donne* ».

Certaines patientes justifiaient ce caractère artificiel par le fait que la contraception soit un médicament, un produit chimique, comme P9 : « *ben c'est pas naturel tout ce qui est chimique* ».

Une seule patiente considérait les hormones comme naturelles, mais leur quantité excessive n'était pas considérée comme tel : « *à la base c'est naturel l'hormone mais d'en avoir davantage que ce qu'on peut produire ça devient...* » (P10).

Les craintes

Plusieurs patientes exprimaient un désir de ne plus prendre de contraceptif hormonal : « *je lui avais dit que j'avais pas très envie de reprendre d'hormones etc.* » (P5) « *Et c'est vrai que moi si je pouvais me passer de pilule du coup j'en prendrais pas quoi* » (P9), « *et puis du coup moi ça correspondait aussi à une attente de plus avoir envie d'ingérer des hormones, des choses comme ça* » (P15). On notait une **méfiance à l'égard de la contraception orale** : « *Il y a beaucoup de pilules qui sont, qui ont été comme la Minidril® et tout ce qui s'ensuit... Ça fait peur quand même de prendre...* », « *Tout ça, ça me fait peur* », « *Il y a des pilules parfois qui n'ont même pas été testées comme il faut* » (P2).

Une patiente exprimait des **craintes relatives au DIU** : « *je sais pas si j'aurais osé le mettre, enfin c'est quand même très intrusif...* » (P10).

La contraception était considérée comme **potentiellement nuisible, dangereuse** : « *que prendre une pilule et je sais que je suis en train de...(Réfléchit) De m'intoxiquer quoi* » (P2).

Plusieurs femmes faisaient référence aux **polémiques concernant les contraceptifs** pour justifier ces craintes : « *Après ma grossesse là par contre j'avais plus du tout envie de reprendre d'hormones, comme l'histoire des hormones revenait et je me suis dit c'est pas top top... » (P5), « et en plus surtout avec les histoires qu'il y a eu de la pilule... 3° génération tout ça, c'était un peu, ça faisait un peu peur » (P6), ou aux scandales sanitaires plus largement : « *Mais bon souvent les médicaments on apprend 10 ans après que tel médicament qui était tellement bien y'a 10 ans ben maintenant il provoque ça ça ça... » (P7).**

La place de l'homme et de la femme

La contraception était souvent considérée comme « **une affaire de femmes** » avec des moyens mis à disposition majoritairement adressés aux femmes, la responsabilité de la contraception revenait le plus souvent à ces-dernières : « *Alors on va dire dès qu'on entend le mot contraception, pour moi enfin par rapport à l'expérience que j'ai eue, ça veut plus ou moins dire déjà plus contraception féminine » (P15).*

P14 mentionnait le fait que la contraception soit parfois dissimulée par la femme : « *donc du coup elles, sans dire à leur mari qu'elles utilisaient un moyen de contraception ben en fait elles utilisaient ça ».*

Plusieurs patientes ressentait une **inégalité** dans le domaine de la contraception : « *Mais ils se déchargent bien sur nous quand même pour ça aussi... Parce qu'eux après ils estiment que nous on fait ce qu'il faut de notre côté donc c'est vrai que c'est nous qui prenons des substances finalement pas très bonnes et c'est pas leur problème... » (P4), « C'est ce que je disais tout à l'heure, personnellement je suis scandalisée du... Que on n'ait jamais émis l'hypothèse ou presque jamais que on pouvait, on avait aussi le droit de répartir les rôles sur la contraception » (P3).*

Une patiente évoquait même un caractère machiste de notre société : « *contrairement à la France où il y a encore un côté très macho des hommes » (P11).*

Le préservatif était le seul contraceptif usuel considéré comme une contraception de couple, dont la responsabilité revenait autant à l'homme qu'à la femme selon P11 : « *Je pense que le préservatif c'est mieux que la pilule du coup car il y a quand même un échange ».*

Une patiente évoquait cependant un manque de confiance en la contraception masculine avec un désir de contrôler sa fertilité seule : « *Ceci dit en même temps si la contraception pouvait être exclusivement masculine, j'aurais pas confiance » (P9).*

Un sujet tabou

Les femmes parlaient de **tabou** pour caractériser le sujet de la contraception et de la sexualité : « pour ma mère c'était difficilement concevable le sexe en dehors du mariage. Donc nous, ados ou plus grandes on ne parlait pas de... De par notre relation c'était un peu tabou... » (P1), « c'est vrai que quand on est jeune au début c'est pas évident de parler de ces choses-là, on est gêné, on a limite honte » (P4) même si pour plusieurs patientes la discussion avait toujours été facile, comme pour P10 : « enfin après moi je trouve que c'est pas difficile d'en parler ».

Cette notion de tabou était plus forte **pendant la période de découverte du corps et de la sexualité** : « parce que y'a des choses surtout au collège où ben voilà on est en train de se découvrir, on est un peu bringuebalant par rapport à ça, on commence à avoir ses règles, d'autres qui les ont pas encore... Les garçons ça commence aussi machin... » (P10).

Les avantages

Les femmes trouvaient beaucoup d'avantages aux contraceptifs usuels : « et alors j'hésitais avec l'implant contraceptif parce que l'avantage c'est qu'on n'a pas besoin de penser quoi il y est et puis voilà » (P9), « alors c'est vrai qu'il y avait vraiment des avantages où des fois que ça allait à la chose purement pratique où on part en vacances on n'a pas envie d'être embêtée avec ses règles, et ben on continue la pilule et puis du coup ça reportait au mois prochain » (P15).

La contraception permettant des rapports à tout moment pouvait être un avantage, comme le disait P11 : « et puis ce côté très libre-service en fait puisque le stérilet a le même avantage que la pilule c'est-à-dire qu'on ne se pose pas de questions » (P11).

Le caractère non contraignant était évoqué par deux patientes : « Parce que je me dis que la pilule ça reste quand même le procédé le plus facile et le plus... » (P9).

Les inconvénients

Plusieurs inconvénients concernant les **effets secondaires** ou les **modalités d'utilisation** étaient cités pour tous les contraceptifs : « Alors hormis effectivement tous les petits désagréments qu'il peut avoir où j'ai des règles qui sont plus du tout comme avant, qui sont hyper abondantes enfin pendant une semaine je suis à plat, il y a quand même des petits inconvénients, mais voilà ça dure quelques jours dans le mois » (P15), « puisque les préservatifs c'est quand même pas très agréable je trouve, ben déjà à mettre et puis faut y penser il y a moins de sensations aussi donc... » (P10).

La **disponibilité permanente de la femme sur le plan sexuel** était vue comme un inconvénient par les patientes utilisatrices de PFN : « C'est pas clean dans le sens où, si moi dans mon cycle, dans mon corps aujourd'hui j'en suis là, je sais que si on veut pas avoir d'enfant aujourd'hui il faut pas qu'on ait

de relation sexuelle jusqu'au bout etc. Et ben c'est vouloir comment dire, c'est même pas lui rendre service car au final c'est lui donner la possibilité de, lui donner cette liberté de dire « bon ben elle est dispo quand je veux, elle est dispo tout le temps etc. », si j'utilisais une autre contraception ce serait ça quoi, quand on veut tout le temps etc. » (P12).

Certaines patientes jugeaient contraignantes la contraception orale : « *on n'est pas esclave de sa pilule à prendre à heure régulière* », « *La pilule, je trouve ça très contraignant* » (P1).

Les contre-indications

Certaines patientes évoquaient les contre-indications de la contraception estroprogestative : « *j'ai des problèmes de circulation donc en fait comme pilule j'avais seulement droit à Cerazette®* » (P1), « *Ben justement j'ai eu le cas, je suis limite trop vieille parce que j'ai plus de 40 ans, je suis en surpoids, je suis fumeuse, enfin rien ne va... (Rires)* » (P4).

Les effets secondaires

Les effets secondaires des contraceptifs étaient cités par toutes les patientes, elles rapportaient des **effets indésirables les concernant** : « *Au niveau... alors je sais pas peut-être que c'est dans la tête mais au niveau de la libido... J'ai l'impression qu'à chaque fois que j'arrête la pilule j'ai plus de libido* » (P6), « *ben l'implant c'était bien mais ça m'a fait prendre du poids* » (P7).

La contraception était parfois considérée comme **inadaptée** par les patientes : « *Et donc c'est sûr que là maintenant je reprendrais pour rien au monde la pilule parce que je sais que ça me réussissait pas* » (P13).

L'**infertilité provoquée** par la prise de pilule était citée à plusieurs reprises : « *parce que des années de pilule ça altère quand même sacrément une fécondité* » (P11), « *parce que nous quand on a voulu avoir un bébé ça a pris un peu de temps alors on se disait c'était peut-être le fait d'avoir pris la pilule le temps que le corps se remette, tout ça* » (P10).

Il y avait une notion de dose-effet pour deux patientes : « *mais ça a pas dû me faire trop mal [la pilule] parce que je n'en ai pas pris pendant longtemps* » (P3), « *et pour moi je pense que c'est carrément trop dosé [Adepal®]* » (P14).

Parfois le lien de cause à effet n'était pas évident, comme pour P13 concernant ses migraines : « *pourtant on a investi pleins pleins de pistes et celle-là en fait était pas pertinente à priori puisque c'était pas pendant le cycle ou avant le cycle* ».

Les **effets sur l'entourage** étaient également évoqués : « *ça s'est pas très bien passé, en plus elle [mère de la patiente] a pris beaucoup de poids* » (P5).

L'efficacité

Les femmes interrogées jugeaient **efficaces** les méthodes contraceptives : « *Que c'est un mode assez sûr pour éviter des grossesses* » (P4), elles avaient **globalement confiance en ces méthodes** : « *Euh la pilule c'est vrai que ça permet de faire confiance* » (P9).

Certaines mentionnaient le fait qu'elles soient imparfaites : « *alors ouais le risque zéro existe pas* » (P13), le **risque d'échec** était évoqué : « *même si y'a 0,01% de chance que ça fonctionne pas* » (P14).

Une patiente justifiait l'efficacité par le fait que les contraceptifs soient des **produits chimiques** : « *Mais c'est vrai qu'on a l'impression que parce qu'il y a de la chimie ça va vraiment marcher, alors que s'il n'y en a pas, ça marche moins* » (P1).

Encadré 5 : Représentations de la contraception

Le naturel était défini comme l'absence d'hormones, de corps étrangers, de produits chimiques. La contraception était artificielle car elle perturbait le fonctionnement physiologique du corps.

De nombreuses craintes étaient soulevées : les hormones étaient jugées dangereuses car potentiellement toxiques. Il existait une méfiance à l'égard de la contraception orale, majorée depuis la polémique sur les pilules de 3^e et 4^e génération. Les scandales sanitaires impliquant d'autres médicaments contribuaient à augmenter ces craintes.

La contraception était considérée comme une affaire de femmes, les patientes dénonçaient une inégalité dans le domaine de la contraception. Il existait une ambivalence à ce sujet : certaines patientes préféraient garder le contrôle de leur fertilité.

Les patientes évoquaient des difficultés à aborder le sujet de la contraception et de la sexualité. Il s'agissait de sujets tabous, surtout pour les plus jeunes.

Les modalités d'utilisation et la forme de liberté sexuelle autorisée par les contraceptifs étaient tantôt perçues comme des avantages, tantôt comme des inconvénients. Les femmes dénonçaient de nombreux effets secondaires jugés gênants comme la prise de poids, la baisse de libido, les crises migraineuses et une diminution de la fertilité.

Les contre-indications étaient peu évoquées et mal connues.

Les contraceptifs usuels étaient considérés comme efficaces même s'il persistait un risque d'échec. Une patiente estimait que cette efficacité était liée aux composants chimiques.

3 La planification familiale naturelle (PFN)

3-1 Connaissances relatives à la PFN

Les **principes de la PFN** étaient **connus** par la plupart des patientes, comme P5 : « *Après y'a les méthodes dites naturelles (mime des guillemets), on calcule son ovulation et on essaie de pas avoir de rapports pendant l'ovulation* », et P8 : « *enfin pendant les périodes d'ovulation ne pas avoir de rapports* ».

La **méthode des températures** faisait partie des méthodes les plus citées, ses principes étaient grossièrement connus : « *Je crois qu'on a un peu plus de température, on a une température un peu plus élevée à l'ovulation* » (P6).

Une patiente essayait d'expliquer le lien entre la température et l'ovulation : « *Non je pense pas que la température soit le témoin de où il [l'ovule] se trouve. Je pense qu'elle est témoin... Elle témoigne de l'activité hormonale. Qui fait que, qui témoigne du fonctionnement de l'ovaire et donc de... Où il en est lui dans son cycle de fabrication... Livraison, stockage... (Rires)* » (P9).

Les patientes évoquaient à plusieurs reprises la **méthode Ogino** : « *Ben au calendrier* » (P4).

La plupart des patientes parlaient de méthodes de calculs à partir du cycle, avec un **manque de précision concernant ces calculs** : « *Et puis enfin compter ses jours, enfin essayer de compter son cycle pour connaître ses cycles et savoir un peu combien de temps ils durent* » (P1), « *Je compte par rapport au premier jour des règles, il me semble que la période d'ovulation est à peu près vers le milieu...* » (P4), « *Je notais le premier jour de mes règles, on comptait 12 jours, à partir de 12 jours on va dire qu'on faisait attention jusqu'à 17 jours et après on faisait moins attention car on savait que les règles allaient arriver...* » (P6), « *qui je crois que c'est au 14^e jour après le début des règles n'avait plus de rapports pendant 5 jours ou autre parce que c'était la période d'ovulation pour éviter de tomber enceinte...* » (P8), « *C'est 14 jours après le premier jour des règles je crois, si je me trompe pas. Quand on a des règles régulières, sur un cycle de 28 jours* » (P9).

Les **méthodes d'observation de la glaire cervicale** étaient mentionnées par 7 patientes : « *mais bon après, avec les sécrétions vaginales et tout ce qui s'en suit, il y a moyen de suivre quoi* » (P2). Une patiente pensait que la quantité de glaire était le facteur à observer : « *Pendant 2 jours, je sais, je sécrète beaucoup de pertes blanches. Pendant 2 jours, parfois même 3, c'est un peu tangent, c'est moins que les 2 derniers jours mais voilà. Une fois que tout est parti au niveau du 3^e ou 4^e jour ben je*

sais que je suis plus en période d'ovulation » (P2). Une autre évoquait l'apparence de la glaire : « et dire : alors attends ma glaire cervicale elle est trop lisse... » (P7).

Deux patientes citaient la symptothermie, l'une était utilisatrice, l'autre non : « *Dans la symptothermie moderne, il y a un petit tableau ou justement on note la qualité de la glaire cervicale, la température, donc t'as un petit thermomètre buccal hypersensible qui permet de... Il y a un petit kit comme ça, température, étude de la glaire cervicale... » (P3). Une erreur était commise en comparant la symptothermie à la méthode Ogino : « *Je sais qu'il existe la symptothermie moderne, où on regarde la glaire, un peu comme la méthode Ogino mais un peu plus travaillée » (P3).**

La patiente P10 évoquait la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et ses principes : « *il faut que le bébé tète bien toutes les 3h je crois, en journée maximum 4h, la nuit faut pas que ce soit espacé de plus de 6h, et faut pas avoir de retour de règles je crois » (P10).*

Les détecteurs d'ovulation étaient connus par deux patientes : « *En méthode naturelle aussi il y avait des petits appareils électroniques avec des petites bandelettes urinaires sur lesquelles tu fais pipi. Ça dit vert ou rouge en fonction... » (P3).*

Les applications smartphone étaient citées par plusieurs patientes : « *Après je suis tombée récemment sur des applications qui nous aident à noter et pas à faire le tableau à la maison mais on note tout dans une application » (P12)*

Les patientes relataient une **incertitude** concernant leur savoir au sujet de la PFN : « *C'est ce que je suppose oui [méthode des températures] » (P9), « donc je crois que c'est ça mais j'en suis même pas sûre » (p13).*

Le retrait était, à tort, plusieurs fois inclus dans les méthodes naturelles : « *Ben naturelles, après vous avez celles qui font le retrait aussi » (P14), tout comme le préservatif* : « *et puis sinon le préservatif hein... C'est une contraception naturelle hein le préservatif... (Semble douter) » (P3).*

Encadré 6 : Connaissances relatives à la PFN

Les principes généraux de la PFN étaient connus avec la nécessité d'une abstinence périodique. Les patientes évoquaient des méthodes de calculs à partir de dates pour connaître la période d'ovulation mais les explications fournies sur la réalisation de ces calculs étaient imprécises.

Les patientes avaient des incertitudes et des doutes sur leurs connaissances.

Des erreurs étaient commises : le retrait, le préservatif et les méthodes traditionnelles étaient incluses à tort dans les méthodes naturelles.

La méthode Ogino et la méthode des températures étaient les mieux connues. Certaines méthodes plus récentes étaient citées (symptothermie, méthode MAMA) mais leurs principes étaient mal connus, sauf des utilisatrices.

3-2 Questionnements au sujet de la PFN

Les patientes utilisatrices de PFN portaient de l'intérêt aux méthodes naturelles. Pour l'une d'elles, les méthodes naturelles avaient été une « **révélation** » : « *et pour moi ça a été un peu une révélation* » (P12). Une autre patiente était devenue formatrice : « *On a été à cette conférence et ça l'a passionné et moi aussi et du coup on est devenus, on s'est formés, on a passé les tests pour être moniteurs Billing[®]s, on est devenus moniteurs Billings[®] et on a utilisé cette méthode de régulation naturelle des naissances* » (P11).

Plusieurs patientes exprimaient un **manque d'intérêt** : « *C'est quelque chose qui m'attire pas* » (P15), « *étant donné que le sujet ne m'intéressait pas du tout ou ne me concernait pas du tout, étant donné que je suis réfractaire un peu à ce truc, du coup je m'y suis intéressée qu'à moitié...* » (P8).

Pour d'autres, les méthodes naturelles étaient jugées **ridicules** : « *ça me fait un peu sourire la méthode des températures* » (P14).

On retrouvait de la **curiosité** pour la PFN : « *ça m'avait interpellé* » (P15).

Le fait de participer à l'étude entraînait des **interrogations**, parfois une **remise en question** de la part des patientes : « *quand on parle là toutes les deux je me rends compte que je le prends comme quelque chose d'un peu voilà, parce que je l'ai peut-être pas eu d'une personne qui m'aurait donné peut-être des avantages avec... C'est intéressant...* » (P13), « *Peut-être aussi les méthodes naturelles, ce serait à considérer du coup* » (P9).

Certaines patientes évoquaient un **désintérêt global pour les contraceptifs usuels** à la faveur d'une utilisation grandissante des méthodes d'observation du cycle, comme P6 : *« y'a pas mal de gens, même autour de moi, mes cousines etc., qui ont plus de contraceptifs et qui font juste ça, juste attention en fait... »*

Encadré 7 : Questionnements au sujet de la PFN

Les patientes portaient de l'intérêt pour le naturel en général mais pas pour les méthodes naturelles en elles-mêmes. Il s'agissait plutôt d'une curiosité, les patientes avaient des interrogations, notamment à l'issue des entretiens. Un désintérêt global pour les contraceptifs usuels était noté, à la faveur d'une utilisation grandissante des méthodes d'observation du cycle.

3-3 Histoire personnelle de la PFN

La majorité des patientes n'avaient **aucune expérience** des méthodes naturelles : *« Zéro »* (P14).

4 patientes utilisaient les méthodes naturelles, parfois dans un **cadre imprécis**, comme pour P3 : *« Moi c'est un mélange de sympto-thermie... Et puis si t'as envie d'avoir un rapport pendant les périodes un peu cruciales aux alentours du 14^e jour et tu sais que t'es fertile, ben c'est le préservatif ».*

La patiente P1 avait déjà eu recours à la méthode des températures mais **dans le but de concevoir** : *« Je me souviens que pour ma première grossesse qui a mis un peu de temps à arriver on m'a donné des grilles de... »*

La plupart des patientes avaient déjà effectué des calculs afin de connaître la période du cycle dans laquelle elles se trouvaient : *« Je compte un peu, moi j'ai des cycles hyper réguliers donc je note dans mon agenda les jours et je sais que tous les mercredis toutes les 4 semaines j'ai mes règles »* (P3), *« J'essaie de noter en fait, le premier jour des règles, [...] Ça m'arrive d'oublier mais j'essaie de noter »* (P5).

Certaines patientes utilisaient les applications smartphone, parfois dans le simple but de se situer dans leur cycle, comme P7 : *« j'ai une petite application où je marque quand est ce que j'ai mes règles ça me calcule en gros la période de fécondité tout ça... »*

Encadré 8 : Histoire personnelle de la PFN

La majorité des patientes n'avait aucune expérience des méthodes naturelles. Elles avaient expérimenté des méthodes de calculs, mais plutôt dans un souhait de tomber enceinte ou pour se situer dans leur cycle.

Certaines les utilisaient, parfois dans un cadre imprécis.

3-4 Éléments contextuels

Le contexte socio-environnemental

Le contexte environnemental apparaissait comme **décisif** dans le choix de la PFN pour P11 : « *Et puis en Afrique j'ai été en contact avec des religieuses qui apprenaient aux Africaines à gérer leur fécondité avec la méthode Billings®* ».

De la même façon, le contexte familial avait orienté le choix de la PFN pour P12 : « *Alors c'est sûr que du coup dans ce milieu un peu familial, dans mon éducation etc., les méthodes naturelles ça coulait de source* ».

Une patiente évoquait sa situation professionnelle pour expliquer son manque d'attrait pour la PFN : « *Nan je suis préparatrice en pharmacie, c'est pour ça, moi ça me... Ça me... Ça me fait un peu sourire la méthode des températures c'est pour ça* » (P14).

Les médecins

Dans le domaine des méthodes naturelles, le médecin était considéré comme **inutile** : « *Parce que du coup finalement comme j'ai pas besoin de lui pour une prescription ou une pose* » (P6).

Certaines patientes mentionnaient un interrogatoire médical portant sur le cycle : « *parce que souvent quand on a les consultations gynéco c'est la première chose [la date des dernières règles] qu'on nous demande* » (P5).

Lorsqu'elles évoquaient l'utilisation de la PFN, les patientes jugeaient négatives les réactions des médecins, **l'indifférence et le mépris** étaient cités : « *on ne m'a jamais posé aucune question, aucun professionnel* » (P11), « *Avec deux trois remarques ou une réflexion. J'ai notamment un gynécologue qui m'a dit que je reviendrai sûrement le voir pour une ligature des trompes quand j'en serai au 8°, 9° ou 10° enfant* » (P11), « *Et bon voilà vraiment cette impression de ne pas être, enfin que ce que je dis c'est pas crédible, c'est complètement méprisable quoi* » (P12).

Parfois, de **l'étonnement** était constaté : « *et quand j'en ai parlé moi-même aux gynécologues ou aux médecins que je rencontrais, [...] à chaque fois que je faisais mention de cette méthode naturelle des naissances [...] en général on me regardait avec des yeux à me dire... Que j'étais quelqu'un... Un extraterrestre* » (P11).

L'infantilisation et le manque de confiance étaient soulignés : « *« ah bon mais ça va pas du tout, il faut absolument que vous pensiez très sérieusement à prendre quelque chose, vous imaginez si vous tombez enceinte, la sécurité machin... » Et puis bon on y revenait : « il faudra qu'on reprenne rendez-vous quand même pour cette histoire »* » (P12).

Le conjoint

Trois des patientes utilisatrices de méthodes naturelles mentionnaient **un intérêt de leur conjoint** pour ces méthodes : « *Et j'avoue que mon mari d'emblée s'est montré très réceptif et puis très intéressé* » (P11).

Parfois cet intérêt était jugé **supérieur** au leur : « *parce que mon mari y a tenu plus que moi* » (P11).

Les raisons de cet intérêt étaient variées, l'attrait pour le versant scientifique était souligné : « *Enfin c'est un scientifique, un chimiste, il a tout de suite eu besoin d'avoir des choses précises et tout* » (P12). Les méthodes naturelles permettaient de valoriser le conjoint : « *mais je pense que la place que je lui ai laissée dans cette méthode-là, c'est-à-dire le fait de lui faire complètement confiance, de lui donner les signes, de lui donner vraiment une place, je pense aussi que ça l'a beaucoup aidé parce que du coup je pense qu'il s'est senti un peu investi d'une mission, et presque aussi, je sais pas hein, mais peut-être que ça joue aussi dans le fait qu'il ait envie de me protéger, j'ai l'impression que ça lui donne un peu son rôle d'homme qui protège sa femme* » (P12), ou de respecter ses principes religieux : « *C'est plus mon mari qui pense ça oui... Qui pense que par rapport à ma religion, on n'a pas le droit de...* » (P2).

De la curiosité pour le fonctionnement du cycle féminin était évoquée : « *donc quand on s'est connus, que je lui ai parlé de la méthode Billings, lui ça lui a ouvert un horizon, et il m'a dit « moi on m'a jamais parlé, je ne sais pas ce que c'est qu'une femme, je ne sais pas comment ça fonctionne »* » (P11).

La patiente P12 évoquait une ignorance de ces méthodes avant leur rencontre : « *il devait plus ou moins en avoir entendu parler mais il était pas spécialement au courant de ces méthodes naturelles quand je l'ai connu. Même si ses parents l'avaient pratiqué pendant un moment mais c'est pas quelque chose qu'ils ont transmis à leurs enfants du tout, et du coup lui était assez ignorant sur la question* ».

Encadré 9 : Eléments contextuels

Le choix de la PFN était influencé par le contexte familial, environnemental et professionnel.

Le médecin était parfois jugé incompétent en matière de PFN. L'absence de nécessité de prescription était évoquée. Des sentiments négatifs étaient soulignés lors de l'évocation de la PFN face à un médecin : indifférence, mépris, étonnement, infantilisation et manque de confiance avaient été ressentis par les patientes utilisatrices de la PFN.

Le conjoint avait un rôle important dans les méthodes naturelles : il était impliqué dans la méthode choisie, au moins autant que sa partenaire. Il s'y intéressait de par ses principes religieux ou de par le versant scientifique de la méthode. Il se sentait valorisé par la confiance que sa partenaire avait en lui.

3-5 Représentations de la PFN

Comme précédemment, nous avons choisi de classer certains items dans ce paragraphe mais ils pourraient être classés dans le paragraphe « Connaissances ». Les connaissances entraînaient des représentations variées et réciproquement.

Le cycle féminin

L'observation et l'écoute du corps permettaient selon plusieurs patientes de savoir à quel stade de leur cycle elles se situaient : « *Et en écoutant mon corps, si j'avais les seins gonflés, si j'étais énervée, si j'avais des pertes blanches* » (P2), « *mais je voyais au milieu de cycle les pertes blanches plus abondantes, des tensions un peu dans les seins* » (P5), « *Je sentais à quel moment c'était le plus propice pour tomber enceinte* » (P5), « *Ben quand j'ai mal aux seins, qu'ils sont tendus, euh... J'ai plus de glaire cervicale, assez fluide on va dire au moment de l'ovulation... Je sais que c'est une période d'ovulation...* » (P7).

Le cycle était **connu dans son fonctionnement global** : « *mais du coup y'a toute la phase d'ovulation et du coup le fait d'avoir ses règles c'est que l'ovule n'a pas été fécondé et donc toute la paroi utérine qui a été avant l'ovulation construite pour accueillir le potentiel fœtus, s'en va, c'est ouais un peu une façon de nettoyer l'utérus. Et voilà ensuite ça reprend, la paroi se reconstruit pour accueillir un nouvel ovule, etc.* » (P10).

Les patientes avaient des **notions erronées et approximatives** concernant les différentes phases : « *c'est le 14° jour après le premier jour des règles, où c'est la période de fertilité, après je pense que c'est sur 3-4 jours, peut-être... Enfin 1 journée ou 2 avant et 2 jours après environ... On va dire entre les 12-13° jours après le premier jour des règles et le 15° jour, grosso modo... enfin la plus grosse période...* » (P8), « *Je sais plus... Je l'ai su... Je crois que c'est [période d'ovulation] 8 jours avant les règles un truc comme ça non ?* » (P10).

Certaines patientes reconnaissaient une **ignorance de la physiologie** : « *mais dès que j'arrête ma contraception c'est complètement irrégulier donc je compte pas je sais pas exactement quand, [...] mais sinon pour moi c'est compliqué ouais de... Donc nan nan je calcule pas.* » (P13), « *Ah ben alors je ne sais pas du tout* » (P15).

D'autres évoquaient des **difficultés à identifier les phases** du cycle : « *Alors que pour ma première grossesse, je sentais pas mon corps en fait, je connaissais pas en fait* » (P5).

L'âge était un critère de connaissance du corps selon P5 : « *mais du coup je me dis que pour bien connaître son corps il faut peut-être avoir quelques années de recul depuis ses règles quoi...* »

Le **caractère individuel** et la **variabilité du cycle** était souligné à plusieurs reprises : « *que ma période d'ovulation était pas à 14 jours mais plutôt à 20-25 jours dans mon cycle donc voilà.*» (P1), « *Ben justement d'une personne à l'autre ça peut être différent* » (P4), « *Parce que moi je vois, j'ai des cycles de 32 jours comme de 25 jours* » (P7).

Certaines patientes abordaient l'**irrégularité du cycle**, considérée comme **pathologique** et nécessitant une intervention médicale, comme P9 : « *Après oui ma maman m'a amenée parce que j'avais des règles complètement irrégulières et on s'est dit qu'il fallait peut-être gérer ça* ».

Le **vécu du cycle** était **variable** d'une patiente à l'autre. Certaines l'acceptaient, comme P10 : « *Oui du coup le voir comme un cycle c'est plus une contrainte parce que c'est naturel c'est dans l'ordre des choses et c'est pas chaque mois « bim » ça nous tombe dessus, « oh c'est encore là ! »* », d'autres l'admiraient comme P11 : « *que c'est quelque chose d'extraordinaire, de très bien réglé finalement* ».

Le caractère contraignant du cycle était parfois abordé : « *Et puis moi j'ai eu mes règles très tôt aussi, je les ai eues en CM1, fin de CM1. Peut-être c'est pour ça aussi ça m'embêtait* » (P10).

Le cycle était vu comme complexe, comme le disait P12 : « *toutes les complexités de la femme* ».

La patiente P11 évoquait un sentiment de honte au moment de la phase ovulatoire : « *Avant ce que j'en savais c'est qu'il y avait une période où je me sentais très humide, très moite, mouillée et je vivais ça de manière très honteuse* ».

L'importance des menstruations était soulignée, elles étaient considérées comme indispensables au bon fonctionnement du corps selon P3 : *« c'est très important qu'une femme ait ses règles. Ma vision en tant que naturopathe, on appelle ça un émonctoire secondaire, c'est une voie de sortie des déchets, c'est une manière de se nettoyer. C'est une vraie purge chaque mois »*.

Le syndrome prémenstruel était parfois mal vécu : *« et que moi j'ai toujours été, je suis très liée à mon cycle. C'est à dire que je suis très cyclothymique, j'ai été souvent, j'ai essayé l'homéopathie, les plantes... J'ai vraiment une période avant les règles qui est compliquée »* (P11), parfois inexistant, comme pour P3 : *« je n'ai pas de syndrome prémenstruel, je ne sais pas ce que c'est. Je ne suis pas énervée, je n'ai pas les seins qui gonflent, je n'ai pas de migraines... Et moi elles peuvent arriver je me rends pas compte. Moi je m'en rends compte juste quand je vais aux toilettes »*.

Le vécu du cycle pouvait évoluer avec le temps comme le soulignait P10 : *« Si j'ai plus des règles régulières ça me dérange moins maintenant »*.

Des patientes estimaient que le cycle pouvait changer : *« mon cycle est en train de changer »* (P11).

[Les principes de la PFN](#)

L'une des patientes (P12), utilisatrice de la symptothermie mentionnait le fait que l'application de la méthode puisse être **adaptée aux capacités à reconnaître la période d'ovulation** : *« donc au début je pense que je prenais ma température pratiquement tous les jours mais bon très rapidement j'ai appris à reconnaître mon jour d'ovulation, du coup après la seconde partie du cycle je prenais plus la température, et puis après je prenais la température sur la semaine ou les dix jours ou je savais que mon ovulation allait arriver. Je prenais même plus au début du cycle »*.

Une patiente mentionnait la **responsabilité féminine** de la PFN avec les conséquences négatives que cela pouvait impliquer : *« je trouve que ça fait peser beaucoup de responsabilités sur la femme, puisque si jamais elle se trompe ou s'il y a une erreur de faite elle va se retrouver, enfin je pense que ça peut remettre sa responsabilité en jeu »* (P13). Cette responsabilité n'était pas observée avec les contraceptifs usuels : *« Ben je trouve qu'avec un autre moyen de contraception, [...] enfin on fait confiance à un système ou un dispositif donc la responsabilité est pas tout à fait la même, si jamais on tombe enceinte alors que c'était pas désiré ou quoique ce soit, c'est plus à ce niveau- là. Il y aurait, c'est un peu un transfert de responsabilité vers l'objet »* (P13).

Une femme évoquait la **finalité non contraceptive** des méthodes naturelles qui étaient plutôt un moyen d'espacer les naissances : *« un inconvénient aussi c'est peut-être de tomber enceinte un peu tôt parce que c'est pas une contraception... C'est pas un spermicide quoi »* (P2).

Une patiente mentionnait la **possible utilisation conjointe du préservatif** et de la PFN : « *et quand je ne m'observe pas parce que je passe un concours ou que je suis dans une période et que je ne me suis pas observée et ben j'utilise un préservatif* » (P11).

La rigueur

Certaines patientes évoquaient la nécessité d'une rigueur dans l'application des méthodes : « *si c'est vérifier la température, si c'est compter... Faut pas se planter parce que sinon on risque plus gros, donc...* » (P9).

Un manque de rigueur était parfois reconnu pour les utilisatrices de ces méthodes, comme P12 : « *je prenais mes précautions mais du coup j'étais assez large quand je comptais mes jours* ».

Les règles à suivre s'inscrivaient dans un **cadre précis** comme le disait P10 : « *enfin y'a quand même des règles [méthode de l'aménorrhée lactationnelle]* », et P14 : « *La température corporelle c'est quelque chose qui peut changer, là c'est vraiment des degrés qui sont assez, enfin c'est pas t'as 37°2 et tu vas monter à 40°* ».

Les méthodes naturelles étaient considérées comme **exigeantes** par l'une des patientes : « *parce que c'est exigeant* » (P11).

Le caractère archaïque

Le **caractère ancien et démodé** des méthodes naturelles était souvent évoqué : « *mais je trouve que c'est un peu un retour en arrière* » (P1), « *comme autrefois finalement, je pense qu'ils se basaient beaucoup là-dessus* » (P4), « *Donc moi ces méthodes-là pour moi c'est pas, pour moi c'est d'un ancien temps, maintenant il y a d'autres méthodes* » (P13).

L'abstinence périodique

La majorité des patientes considérait l'**abstinence périodique nécessaire** à l'application des méthodes naturelles : « *Et que pour ne pas tomber enceinte j'ai du mal à voir comment faire, à part être abstinent* » (P5).

Cette abstinence devait avoir lieu au moment de l'ovulation : « *ah bon ben je suis en pleine ovulation c'est sûr je vais pas aller* » (P7).

Mais la période d'abstinence nécessaire était parfois **mal définie** : « *Donc je me dis pour pas tomber enceinte, à part être abstinent les trois quarts du cycle, je voyais pas trop* » (P5).

La continence était acceptée par P2 : « *Mais voilà, on n'est pas des animaux, on peut se contenir un jour* ».

Plusieurs patientes critiquaient cette abstinence sans mentionner explicitement ses inconvénients : « *Les envies doivent être cadrées quand même* » (P4). **La difficulté semblait être dans la gestion du désir** : « *Donc la difficulté c'est de gérer l'abstinence* » (P11).

Les utilisatrices de la PFN lui trouvaient des avantages, elle **exacerbait le désir** : « *ça exacerbe un peu le désir de pas pouvoir faire tout de suite maintenant, de devoir attendre 3 jours, ça veut dire que dans 3 jours ce sera peut-être encore plus extraordinaire parce que le désir sera exacerbé par cette attente* » (P12) et permettait de ne pas se « lasser » des activités sexuelles selon P11 : « *nous ça nous intéresse encore parce qu'effectivement on n'a pas eu l'habitude d'avoir des relations sexuelles trois fois par jour trente jours par mois. Ça a toujours été une fête, ça a toujours été quelque chose qui était, des retrouvailles, on n'a jamais eu le temps de s'user* ».

Les utilisatrices de la PFN trouvaient des **moyens de « pallier » à cette abstinence** : « *en même temps on apprend à vivre autrement en couple, on apprend à sortir à ce moment-là, à réserver ses soirées, ses sorties à ce moment-là* » (P11).

Les personnes concernées

Selon la plupart des patientes, **le public concerné par la PFN était large** : « *Elles sont à mon avis pour tout le monde, adaptées à tout le monde* » (P1), « *Je pense à tout le monde finalement* » (P4).

Les personnes intéressées par ses méthodes devaient être **des femmes connaissant leur corps** et étant à l'aise avec celui-ci, **soucieuses de respecter leur cycle** et de le découvrir davantage : « *Des femmes [...] qui connaissent très très bien leur corps, qui ont une certaine maturité ...* » (P5), « *Après il faut quand même être assez à l'aise avec son corps, par exemple pour vérifier la glaire tout ça, faut quand même être... Enfin je sais qu'il y a des femmes, enfin par exemple je verrais pas du tout ma mère faire ça quoi ! (Rires)* » (P6), « *Pour moi à toutes les femmes déjà qui ont envie de se connaître et de vivre un peu en harmonie avec leur rythme de femme* » (P12).

Le cycle devait être régulier selon P5 : « *Des femmes qui ont vraiment des cycles très très réguliers* ».

La disponibilité de la femme était évoquée : « *Ça s'adresserait à celles qui ont que ça à faire, à compter les jours* » (P7).

D'autres patientes parlaient de femmes ne souhaitant pas prendre de médicaments, d'hormones ou ayant une contre-indication médicale à la contraception : « *Je pense qu'elle s'adresse aux gens qui sont contre le fait de prendre un médicament quoi* » (P2), « *s'il y a des contre-indications médicales* » (P14).

Le fait de ne pas avoir accès à la contraception était mentionné par P10 : « *pour des personnes qui peuvent pas forcément avoir accès à la contraception ou qui sont un peu éloignées de ça et qui veulent avoir quand même des rapports* ».

Plus généralement, **les anticonformistes, les écologistes, les idéologistes et les gens de classe sociale aisée prônant la vie de bohème étaient cités** : « *un côté « vivre une vie très bobo »* » (P1), « *Le bio... Enfin tout ce qui est... Je ne vais pas dire hippie (insiste sur le mot) mais... (Rires). Mais des personnes qui sont pour l'écologie et tout ce qui s'ensuit* » (P2), « *ou peut-être les véganes ou des gens comme ça qui, dans les pilules par exemple, les véganes y'a sûrement des choses qu'ils peuvent pas prendre donc ça peut être une solution peut-être pour eux* » (P10), « *Je pense que c'est vrai que au départ quand on s'est formés à Billings® et qu'on faisait une information une fois par mois en expliquant ce qu'était la méthode Billings® aux gens, les gens qui venaient je dirais c'était 2/3 d'écolos, de gens motivés par l'écologie* » (P11), « *je vois ça sur les gens un peu... C'est pas péjoratif, pas du tout, les gens un peu « baba cool », qui veulent...* » (P15).

D'autres patientes considéraient que ces méthodes s'adressaient à des **couples stables**, souhaitant partager la responsabilité de la contraception : « *Aux couples stables je dirais* » (P9), « *Nan ce serait un peu réducteur de dire ça mais pour moi c'est quand même merveilleux de pouvoir le vivre en couple* » (P12).

La patiente P12, utilisatrice de la symptothermie estimait que la PFN visait des couples souhaitant une relation durable : « *Ça pour moi, ça c'est voilà, toutes les femmes qui ont envie de construire un amour durable je pense que c'est un super outil* ».

Le fait d'**accepter le risque de grossesse** était mentionné : « *donc à la limite pour ces couples-là qui au pire s'ils ont un enfant, enfin si madame tombe enceinte, si c'est pas très grave, à la limite s'ils pratiquent ces moyens-là c'est pas vraiment gênant* » (P8), « *Alors après c'est une méthode qui demande à être ouvert à la vie* » (P11).

Les utilisateurs ne devaient pas être porteurs d'IST selon P8 : « *S'ils se connaissent et qu'ils savent qu'il y a aucun risque de maladie aussi* ».

La religion était abordée : pour certaines, les utilisateurs de la PFN étaient croyants, ils avaient des **convictions religieuses** : « *ou selon les religions tout ça...* » (P10).

La patiente P11 évoquait une dimension politique et philosophique à l'utilisation des méthodes naturelles : « *Voilà donc moi y'a une dimension, je pense que j'ai pas mis les mots exacts dessus mais une dimension politique, métapolitique qui est vraiment importante, philosophique* » (P11).

Les patientes parlaient de groupes ne devant pas être concernés par les méthodes naturelles comme les adolescents et les femmes ayant plusieurs partenaires : « *c'est que moi je pense beaucoup aux jeunes en fait, je me dis que les jeunes qui vont pas prendre la pilule ou autre chose...* » (P8), « *Et puis pour moi c'est sûr qu'une femme qui a envie de vivre des aventures sexuelles un peu à droite à gauche, c'est pas forcément la méthode qu'il faudrait* » (P12).

L'apprentissage

L'apprentissage des méthodes naturelles était évoqué par une patiente, utilisatrice de la méthode Billings®, elle soulignait la **nécessité d'être accompagné** dans la PFN : « *d'être accompagné par une, quelqu'un qui a utilisé la méthode Billings® et qui peut rassurer la femme, le couple, qui peut l'aider à persévérer* ».

L'apprentissage était plus facile pour les femmes africaines que pour les femmes occidentales car elles avaient une meilleure connaissance de leur corps : « *Alors du coup je sais que quand les religieuses avaient parlé de la méthode Billings® avec ma mère, elles disaient que c'était très très facile pour elles d'apprendre ça aux femmes africaines parce qu'elles elles connaissent très très bien leur corps* », « *et elles [les Africaines] maîtrisent ça très très bien par rapport à la femme occidentale* », « *beaucoup plus facilement qu'une femme occidentale qui travaille qui a un métier, alors plus elle est éduquée plus c'est compliqué car elle est loin de son ressenti et elle n'a pas du tout pris conscience de son cycle* ».

Les femmes aveugles parvenaient mieux à maîtriser les signaux de fertilité et d'infertilité selon P11 : « *De même que quand on était formés à Billings® on disait « mais vous verrez si vous rencontrez une femme qui est aveugle vous verrez qu'elle va s'emparer de la méthode Billings beaucoup plus facilement »* ».

Les avantages

Les avantages de la PFN étaient surtout évoqués par les patientes qui l'utilisaient.

La PFN **facilitait la communication dans le couple** : « *dans notre couple il y a une complicité, un échange, il y a une discussion sans aucun tabou sur ce que chacun peut vivre, sur ce que chacun a envie de vivre avec l'autre. Donc pour moi l'avantage numéro 1* » (P11). Le désir était exacerbé au profit d'un amour grandissant : « *Je trouve qu'on fait grandir notre amour en apprenant à respecter ce que la nature fait ce que je suis quoi* », « *je pense quand même que ça aiguise le désir et que du coup ça doit jouer sur le long terme* » (P12).

Apprendre à gérer son désir était un avantage pour P12 : « *enfin moi je le vis vraiment comme ça et je pense que si mon mari était là pour témoigner je pense qu'il dirait pareil parce que du coup ben il apprend à, lui-même il apprend du coup à gérer son désir* » (P12).

La sexualité était vécue librement : « *du coup je me sens très libre dans ma sexualité, et j'ai presque envie de dire y'a rien qui vient entacher cette sexualité, y'a rien d'extérieur qui vienne voilà* » (P12).

La compréhension du cycle féminin était soulignée : « *Mais voilà cette connaissance de la féminité c'est incomparable. C'est un énorme avantage* » (P11).

La PFN permettait de mieux tolérer les humeurs cycliques de la femme : « *j'accepte beaucoup plus, beaucoup mieux mes sautes d'humeur* », « *Et ça a permis à mon mari aussi d'accepter ça, de supporter ça* » (P11).

P11 estimait que les méthodes naturelles lui avaient permis d'éviter un adultère : « *ça m'a permis d'en parler avec cet ami-là, et du coup lui a découvert un monde, lui a été complètement bluffé de la relation qu'on vivait avec mon mari, ça m'a renvoyé une image par rapport à ce que je vivais, par rapport à la famille que j'avais, et on a décidé d'un commun accord de se séparer* », « *Ça m'a empêché de tromper mon mari, de passer vraiment à l'acte* ».

L'avantage économique était mentionné par P12 : « *C'est gratuit ! (Rires)* ».

P11 mettait en avant l'indépendance de la PFN vis à vis des laboratoires et des personnels de santé : « *de ne pas être tributaire des laboratoires pharmaceutiques, qui ont un fonctionnement qui dans un autre registre, que ce soit le registre économique ou politique me semblent parfaitement scandaleux. Moins je peux dépendre d'eux mieux c'est* », « *et puis de ne pas être non plus tributaire et infantilisée par une visite chez le gynécologue et chez le médecin qui finalement me met sous camisole chimique et sous dépendance chimique. Et puis y compris du pharmacien d'ailleurs* » (P11).

Les autres patientes retenaient principalement **l'absence d'hormones et de corps étrangers**, permettant de ne pas modifier le cycle, l'aspect naturel était encore mis en avant : « *Avantages, c'est que du coup on n'avale pas d'hormones, on bouscule pas les cycles, enfin c'est naturel quoi !* » (P6), « *Ben c'est laisser faire naturellement ce qui doit se passer comme ça doit se passer. Après c'est quelque chose qui, là c'est plus le côté tu laisses faire la nature, et tu utilises pas quelque chose d'extérieur pour intervenir et entraîner une modification* » (P14).

Des femmes évoquaient **l'absence d'effets secondaires et de contraintes** liés aux contraceptifs usuels : « *Pas de prise de poids* » (P2), « *L'avantage ben du coup [...] y'a pas un stérilet qui provoque plus de saignements* » (P5), « *Après au niveau avantage, hormis le fait de ne pas prendre la pilule [...]*

et de ne pas mettre de préservatifs... » (P8), « Ben du coup y'a pas à penser à prendre une contraception autre » (P10).

L'absence d'interactions médicamenteuses était soulignée par P13 : *« ou des interactions avec un autre traitement ».*

La préparation du corps à une éventuelle grossesse était mentionnée par P10 : *« et du coup ça peut être ça l'avantage, de préparer son corps à revenir au cycle naturel ».*

Les inconvénients

Le **caractère contraignant** de la PFN était à plusieurs reprises mentionné : *« Quand même, c'est assez contraignant » (P4), « Pfff mais nan mais ce serait trop contraignant en fait » (P7).*

Les raisons de cette contrainte étaient parfois **implicites** : *« ce que je trouve un peu contraignant l'idée de prendre la température » (P1).*

L'abstinence périodique était vécue comme une contrainte : *« Les envies doivent être cadrées quand même » (P4), tout comme le fait de devoir penser à sa « contraception » tous les jours : « Quelque chose où il faut faire attention, où il faut que j'y pense c'est pas pour moi... » (P6), « Bon ça c'est contraignant puisque faut prendre tous les matins je crois avant de se lever du lit. » (P10), « mais ça oblige quand même à faire une action tous les jours, et surtout d'être, de noter, enfin en tout cas d'avoir un suivi » (P13), « l'inconvénient c'est aussi par exemple tous les jours d'aller regarder sa culotte et dire « bon tiens comment elles sont... » » (P15).*

Une patiente évoquait une possible obsession de ces méthodes : *« Moi je vois pour mes copines avec la méthode des températures, ça devient limite, enfin elles sont obnubilées par ça » (P14).*

L'aspect contraignant était modéré par certaines femmes : *« Mais ça aussi je pense que c'est pareil, c'est un a priori, je suis sûre que dès qu'on a pris le truc et qu'on est vraiment au courant de comment ça se passe c'est beaucoup moins contraignant que ce que je pense » (P9).*

L'absence de protection contre les IST était mentionnée : *« Je me dis qu'ils sont peut-être, enfin y'a des risques de maladie » (P8).*

L'exigence de l'apprentissage de la PFN était citée : *« Donc des inconvénients j'en vois pas sinon la mise en place, l'exigence de la mise en place » (P11).*

Selon P12, il y avait plus d'inconvénients que d'avantages à ces méthodes pour des femmes n'étant pas en couple stable : *« Mais peut-être que pour le coup y'aurait plus de contraintes que d'avantages derrière, je sais pas. Ça dépend de chacune ».*

Les freins à l'utilisation de ces méthodes, les difficultés

Les patientes ne voulaient pas utiliser la PFN par **manque d'aisance avec leur corps** : « *c'est pas la méthode symptothermique où il y a aussi un toucher vaginal et ça j'étais pas à l'aise et pas prête* » (P11), par **peur de l'inconnu** et par **manque d'audace** : « *Alors je pense que la symptothermie moderne c'est pas mal mais j'ai un peu peur quand même... J'ai pas osé me lancer complètement* » (P3).

Le **jugement d'autrui** pouvait être un obstacle : « *Gérer ça [les moqueries] ça a pas été facile, on a vraiment traversé des hauts et des bas* » (P11), tout comme **les préjugés** : « *mais j'imagine très bien que ça peut faire peur surtout avec ce qu'on en dit habituellement voilà* » (P12).

L'incertitude concernant le moment de l'ovulation était soulignée, une patiente craignait les ovulations spontanées : « *que potentiellement tu peux avoir une ovulation spontanée...* » (P3), une autre soulignait les difficultés de la méthode MAMA : « *Mais du coup si on a un retour de règles ben on a ovulé avant donc c'est pas facile de savoir* » (P10).

Pour P11, l'application de la PFN était compliquée avec un partenaire irrégulier : « *mais si on se voit ponctuellement, je peux pas choisir mon temps, c'est pas possible* ».

Le fait de devoir beaucoup communiquer dans le couple pouvait être une difficulté pour P11 : « *Donc il y avait une exigence en termes de communication, une exigence parce que quand on se disputait on pouvait pas se réconcilier sur l'oreiller* ».

Les autres obstacles concernaient **les médecins** : « *Sensibiliser les médecins à ça, ça va être compliqué* » (P3), « *parce que les médecins du coup, s'ils ont le malheur de dire à une petite, ben tiens t'as une contraception naturelle plutôt qu'une pilule et que bim la gamine elle tombe enceinte, ils vont avoir un procès sur le dos donc...* » (P3), « *mais après je suis pas sûre que les médecins conseillent non plus donc je sais pas...* » (P8), **les laboratoires** : « *à la limite même si les labos pouvaient empêcher une campagne nationale de contraception naturelle, ils seraient prêts à payer pour je pense...* » (P3), **les autorités** : « *Mais intervenir dans les écoles, il faut que ce soit co-acté par le ministère de l'éducation nationale qui doit se mettre d'accord avec le ministère de la santé... Et à mon avis on n'en est vraiment pas là... Donc ça va être compliqué* » (P3).

Le frein économique était évoqué : « *les contraceptions naturelles y'a personne qui va payer une campagne nationale pour la contraception naturelle quoi...* » (P3).

Les conditions d'utilisation

Selon plusieurs patientes, la **régularité du cycle** était préférable : « *parce que comme je suis pas réglée hyper bien ce serait vraiment jouer à la roulette russe quoi. Aucune chance de m'en sortir...* » (P13)

Des **critères** devaient être remplis pour utiliser la méthode MAMA selon P10 : « *Pour l'allaitement, la méthode de l'allaitement [...] et puis quand elle [sa sage-femme] en a parlé il [son bébé] avait déjà dormi plusieurs fois 6h la journée donc du coup c'était plus possible* ».

La PFN était parfois considérée comme une **méthode temporaire ou transitoire** : « *Et du coup c'est vrai que la méthode de l'allaitement si c'est encore possible ça peut permettre dans un premier temps en tout cas de se laisser le temps de se faire prescrire une contraception donc pourquoi pas* » (P10).

L'efficacité

La majorité des femmes interrogées considérait que les méthodes naturelles étaient **inefficaces** pour limiter les naissances : « *Je trouve que c'est le meilleur moyen pour tomber enceinte ! (Rires)* » (P5).

Le **caractère aléatoire** était mentionné : « *Donc ça se fait mais c'est approximatif pour moi* » (P4).

La **variabilité individuelle et interindividuelle du cycle** était reconnue comme source potentielle d'échecs : « *Ben justement d'une personne à l'autre ça peut être différent donc c'est là que je pense qu'il peut y avoir des problèmes* » (P4).

La PFN était **imparfaite** selon les patientes : « *Après il n'y a pas de risque zéro* » (P2), mais certaines patientes estimaient qu'aucune méthode n'était fiable à 100% : « *Mais même avec les pilules il n'y a pas de risque zéro donc ça se rejoint après* » (P2).

Les méthodes naturelles étaient jugées **moins efficaces que les contraceptifs usuels** pour la plupart des patientes : « *Pour moi c'est moins fiable qu'une méthode... Enfin pilule ou stérilet.* » (P6), « *ça me semble pas aussi fiable que les autres moyens de contraception plus médicamenteux* » (P13).

Les patientes n'avaient donc **pas confiance** en ces méthodes : « *et je pense pas que j'aurais vraiment eu confiance là-dedans [méthode de l'aménorrhée lactationnelle]* » (P10).

L'efficacité était peu évoquée par les utilisatrices de la PFN. Quand nous évoquions le sujet, la fiabilité était exprimée : « *Ça fait 2 ans que je ne suis pas tombée enceinte en faisant que ça* » (P2), « *Moi ça fait des années et des années que j'ai ce type de contraception là, je suis jamais tombée enceinte quand je le voulais pas* » (P3), « *même si c'est aussi sécuritaire qu'une pilule* » (P3).

La place de l'homme et de la femme

Deux patientes utilisatrices de la PFN mentionnaient l'implication du couple dans la PFN avec une **répartition des rôles** : « *Donc au début on demande à l'homme de tenir, c'est lui qui tient le relevé de ce que la femme perçoit et il sait exactement où sa femme en est dans son cycle* » (P11), « *et au final, bon quand c'est un peu limite, on regarde ensemble, on choisit ensemble si on va s'unir ou pas* » (P12).

La satisfaction

Parmi les patientes utilisatrices de la PFN, une était insatisfaite et considérait qu'elle n'avait pas de contraception : « *Non, car je n'en ai pas* » (P3), les trois autres se disaient pleinement satisfaites : « *Oui complètement* », « *on était contents d'avoir cet outil [application smartphone] un peu plus moderne* » (P12).

L'aide à la procréation

Plusieurs patientes estimaient que les méthodes naturelles constituaient une aide à la procréation : « *et à celles aussi pour tomber enceinte* » (P1).

Certaines les avaient d'ailleurs expérimentées **dans un souhait de tomber enceinte** : « *Je m'y étais un peu plus intéressée au moment où je voulais tomber enceinte* » (P15).

Encadré 10 : Représentations de la PFN

Nous relevions une ignorance de la physiologie du cycle féminin, les femmes interrogées savaient qu'il existait des signes indiquant la période du cycle mais ne parvenaient pas à identifier les différentes phases. Pour certaines, les menstruations étaient importantes. Le cycle, considéré comme complexe, était tantôt accepté, tantôt mal vécu notamment du fait de l'existence d'un syndrome prémenstruel. La variabilité interindividuelle du cycle était soulignée. L'irrégularité était considérée comme anormale et pathologique.

Les patientes observaient que la PFN était adaptable à ses utilisateurs, à l'expérience qu'ils en avaient, à la période de la vie génitale dans laquelle la femme se trouvait. L'utilisation conjointe du préservatif était évoquée. La responsabilité était imputable aux utilisateurs de la PFN et non aux prescripteurs, avec les conséquences négatives que cela pouvait impliquer en cas d'erreur. La finalité non contraceptive était mentionnée. Les patientes évoquaient le fait que ces méthodes puissent être utilisées pour aider à concevoir.

Les femmes jugeaient la PFN exigeante et rigoureuse. Les méthodes naturelles étaient vues comme des méthodes anciennes, démodées, d'un autre temps.

L'abstinence périodique devait avoir lieu au moment de l'ovulation mais les patientes avaient des difficultés à définir cette période. La gestion du désir pouvait être compliquée durant cette période d'abstinence, les utilisatrices trouvaient des moyens de pallier à cela et notaient que l'abstinence exacerbait le désir et permettait « de ne pas se lasser ».

Le public concerné par la PFN était large, les patientes considéraient qu'elle s'adressait plutôt à des femmes connaissant leur corps, soucieuses de respecter la physiologie du cycle et d'en connaître davantage. Le cycle devait être régulier de préférence, le risque de grossesse accepté. Les patientes citaient comme potentiels utilisateurs les anticonformistes, les idéologistes, les écologistes et les « bobos ». La pratique d'un culte était évoquée. Les personnes n'ayant pas accès aux contraceptifs usuels pouvaient être concernées, tout comme celles ayant des contre-indications. Certaines populations ne devaient pas utiliser la PFN : les adolescents, les femmes ayant plusieurs partenaires et les porteurs d'IST. Selon les utilisatrices de la PFN, ces méthodes s'adressaient à des couples souhaitant une relation durable et souhaitant partager la responsabilité de la contraception.

L'apprentissage était peu évoqué, une seule patiente soulignait l'importance d'être accompagné. Cet apprentissage était selon elle difficile pour les femmes occidentales.

Les avantages étaient principalement évoqués par les utilisatrices : désir exacerbé, amour renforcé, communication améliorée dans le couple, compréhension du cycle féminin et meilleure tolérance des humeurs fluctuantes. L'avantage économique et l'indépendance par rapport aux laboratoires et personnels de santé étaient soulignés. Pour les patientes utilisant des contraceptifs usuels, c'est l'absence d'effets secondaires et de modification du cycle qui était perçue comme un avantage. Les inconvénients étaient relatifs à l'abstinence périodique ou au fait qu'il faille penser à sa « contraception » quotidiennement. Les freins à l'utilisation de la PFN concernaient les patientes : la peur de l'inconnu, du jugement d'autrui, le manque d'aisance avec leur corps, l'incertitude du moment de l'ovulation, l'application difficile avec un partenaire irrégulier et l'exigence de la communication étaient rapportés. Les autres freins concernaient les médecins, les laboratoires et les autorités qui ne faisaient pas connaître ces méthodes.

La PFN était considérée comme une méthode transitoire et temporaire par certaines. Elle était jugée inefficace car aléatoire, ou du moins, moins efficace que les contraceptifs usuels. Le manque de confiance ressortait. La variabilité du cycle était vue comme une source potentielle d'échecs. Le couple se répartissait les rôles dans la PFN, le conjoint était impliqué. Les utilisatrices de la PFN étaient globalement satisfaites.

3-6 Autres méthodes

Le coït interrompu

Le retrait, nous l'avons vu, était à plusieurs reprises considéré comme une méthode naturelle.

Les patientes jugeaient cette méthode inefficace : « *Pour ce qui est de la rétractation, non, pour moi c'est pas efficace parce qu'il peut quand même y avoir avant l'éjaculation, on peut quand même, il peut quand même y avoir un risque de fécondation donc voilà* » (P13).

L'expérience était un prérequis à l'efficacité de cette méthode pour P14 : « *mais bon ça aussi c'est pareil je pense qu'il faut un peu de bouteille de la part de monsieur je pense* ».

Une patiente estimait que le retrait pouvait s'adresser à des couples souhaitant une grossesse dans un proche avenir : « *Euh... Pour le fait de se retirer... Ben du coup je pense à ma sœur, aux gens qui voudraient avoir un enfant mais pas forcément tout de suite, qui veulent préparer leur corps* » (P10).

Les méthodes traditionnelles

Certaines méthodes traditionnelles, inspirées de savoirs ancestraux étaient évoquées par les patientes comme faisant partie des méthodes naturelles : « *A base de plantes* » (P2).

Autres méthodes

Une patiente évoquait une méthode appartenant à la médecine chinoise et la qualifiait de méthode naturelle : « *J'ai pris des cours à une époque de médecine chinoise et j'ai entendu parler d'un médecin dont je ne pourrai plus vous dire le nom qui par le toucher au niveau des ovaires...* » (P11).

4 L'information

4-1 Les sources d'information

Les sources d'informations sur la contraception en général étaient **variées**.

Des patientes citaient **l'école**, comme P1 : « *donc au lycée on en parlait beaucoup avec les intervenants...* », et **le corps médical** : « *Beaucoup les médecins, les gynécologues qui m'ont suivie* » (P1). Certaines patientes parlaient des **centres de protection maternelle et infantile (PMI)** et des **centres de protection et d'éducation familiale (CPEF)** : « *t'as les PMI* » (P3), « *Jeune, j'avais consulté au planning familial, pour avoir la pilule* » (P8).

Les **médias** étaient cités par plusieurs patientes : « *TV, internet...* » (P6), « *donc étudiante les affichages à l'université* » (P11).

L'entourage familial et amical avait également une place dans l'information, comme le disait P8 : « *Le dialogue avec les copines* ».

La transmission parents-enfants était évoquée à plusieurs reprises : « *moi je sais que j'essaierai dans la mesure du possible d'en parler à mes enfants* » (P15).

Les sources étaient différentes en fonction de l'enseignement reçu selon P12 : « *j'ai toujours été dans l'enseignement catholique, du coup je pense que j'ai été un peu à l'abri des cours sur la sexualité* ».

Concernant la PFN, **peu de sources** d'information étaient citées.

Il s'agissait de **l'entourage familial**, comme l'évoquait P11 et P13 : « *C'est plus exactement ma mère qui m'en a parlé* » (P11), « *Je pense que c'est en parlant avec, enfin voilà déjà quand j'en parle avec ma mère qui m'expliquait... ou ma grand-mère quand elle était encore là, de comment ça se passait avant* » (P13).

P12 avait eu des informations dans **des livres** : « *Enfin j'ai appris toute seule avec des bouquins* », « *Et puis... Donc des bouquins très vieux...* »

Deux patientes évoquaient des informations entendues **au hasard** : « *Et puis après voilà tu glanes des informations à droite à gauche* » (P3), « *et ce que j'ai pu glaner à droite à gauche mais sans vraiment discuter du sujet...* » (P9).

La plupart des patientes n'en avait jamais discuté avec leur médecin : « *Avec les professionnels de santé, je pense qu'on en [méthodes naturelles] a jamais discuté...* » (P5).

En cas de besoin, les patientes auraient cherché l'information via les médias et particulièrement Internet tout **en veillant à trouver des sites jugés sérieux** : « *j'irais chercher sur internet, alors en essayant de trouver plutôt des sites médicaux* » (P1), et auraient pris **l'avis de leur médecin** : « *Je pense que je demanderais soit à mon gynéco soit à mon médecin traitant...* » (P7), « *Je vérifierais quand même avec un médecin* » (P9).

L'entourage amical et familial était également cité : « *déjà voir s'ils en connaissent, plus au niveau des amies filles* » (P1).

Des patientes auraient cherché l'information auprès de **personnes dignes de confiance** : « *Après c'est très compliqué parce que je pense qu'il faut soit, avoir une grande relation de confiance avec la personne avec laquelle on en parle* » (P14).

Plusieurs patientes évoquaient une **implication personnelle** dans la recherche d'informations : « *Je pense qu'on y a accès quand on cherche* » (P5), « *Je pars aussi du principe que les gens qui sont*

adultes et majeurs et matures sont assez grands pour se renseigner eux-mêmes et trouver donc » (P8), « J'en ai jamais parlé, alors je sais pas j'ai jamais posé la question non plus donc c'est certainement pour ça » (P13).

L'information devait être actualisée selon P15 : *« J'aime bien des fois se tenir informée des fois que on soit pas au courant de quelque chose qui... »*

4-2 La quantité d'information

La quantité d'information reçue au sujet des contraceptifs usuels était plus importante que celle au sujet de la PFN. L'information était **restreinte à certains contraceptifs** : *« ce qui se disait, ce qui pouvait s'entendre dans la société j'avoue que à part la pilule et le préservatif euh... » (P11), « après on vous explique pas vraiment tout le panel... » (P7).*

Les patientes trouvaient qu'il y avait **peu d'information au sujet des méthodes naturelles** : *« En tout cas la méthode naturelle on n'en parle jamais ! » (P7) « Pas très importante, elle est minime » (P1).*

Plusieurs patientes considéraient que l'information au sujet de la PFN était **insuffisante** : *« Ben je pense qu'ils n'en parlent pas assez. Dans les médias, à l'école, de partout ! » (P2), « Ah c'est pas suffisant du tout si jamais je devais m'en servir quoi [des méthodes naturelles] » (P9).*

Une patiente évoquait une évolution dans la quantité d'information reçue : *« Pour ces méthodes naturelles, j'en entends un peu plus parler qu'avant donc je pense que ça bouge un peu mais... » (P12).*

4-3 La qualité de l'information

Les patientes considéraient avoir été **bien informées** : *« Ben moi j'ai toujours été bien informée » (P1), « J'ai tout de même été bien renseignée la plupart du temps dans le domaine de la contraception » (P4), « euh moi les bouquins que j'ai eus de ma maman évidemment étaient très vieux donc bon ça n'empêche qu'ils étaient clairs » (P12).*

Plusieurs femmes notaient une évolution dans la qualité des informations données au cours du temps : *« Enfin on était moins informé je trouvais quand j'étais plus jeune que maintenant » (P6).*

Certaines patientes ressentait un manque d'information au sujet des effets secondaires, des interactions médicamenteuses ou du fonctionnement des contraceptifs, l'information était jugée **incomplète** : *« Qui généralement listent les méthodes de contraception mais qui donnent pas dans les détails comment ça fonctionne quoi » (P9), « Après y'a aucune information sur les conséquences de*

prendre la pilule, les interactions médicamenteuses avec d'autres médicaments » (P3), « Alors déjà, toutes les jeunes filles à qui on donne la pilule, on leur donne sans leur dire, un : que ça peut, ça va forcément altérer leur fécondité d'une manière ou d'une autre » (P11).

4-4 L'impact de l'information

La patiente P1 pensait qu'elle n'avait pas essayé la PFN du fait d'un manque d'information : « *Si j'avais une meilleure connaissance de ces moyens, j'essaierais » (P1).*

Une bonne information était un **prérequis à l'efficacité** des méthodes naturelles, comme le disait P2 : « *car si on suit à la lettre ce qu'ils disent et qu'on calcule bien son cycle, et qu'on écoute notre corps, ben moi je pense que ça peut marcher ».*

L'importance d'une information précoce était mentionnée : « *enfin si j'en ai reçu pour la méthode de l'allaitement mais un peu tard finalement puisque c'était déjà trop tard en fait » (P10).*

4-5 Le ressenti à l'égard de l'information

Un sentiment de confiance

Certaines patientes avaient confiance en l'information donnée : « *en général je fais confiance à mon médecin » (P7).*

Un sentiment de méfiance

Plusieurs patientes étaient méfiantes et évoquaient un **sentiment de manipulation**, de contrôle de l'information : « *Il y a peut-être un pouvoir aussi des lobbies pharmaceutiques pour que justement on n'ait plus l'accès, enfin que les femmes prennent la pilule... » (P1), « j'ai l'impression qu'on ne nous dit pas tout » (P4).*

Les femmes émettaient des **réserves quant à l'utilisation des médias** comme sources d'information : « *Internet y'a tellement tout et rien... » (P10), « Mais bon le problème c'est que sur Internet on trouve tout et beaucoup de n'importe quoi donc... » (P14).*

Un sentiment d'inégalité

Les femmes, en fonction du contexte socio-culturel dans lequel elles évoluaient, ne recevaient pas toutes la même information selon plusieurs patientes : « *Après on n'a pas eu tous ce degré d'éducation-là » (P14).*

4-6 Les freins à l'information

Le **frein économique** à la PFN était soulevé : « *Je pense que de toute façon l'information passera jamais à visage découvert puisqu'elle ne rapporte d'argent à personne* » (P11).

La **crainte du jugement d'autrui** était mentionnée : « *Mais après je pense que la démarche est toujours un peu compliquée, de passer la porte et d'aller demander des informations là-dessus. Peut-être d'avoir peur d'être jugé par rapport à quelque chose* » (P14).

4-7 L'information souhaitée

La plupart des femmes suggéraient l'importance d'être informées au sujet des méthodes naturelles. Elles proposaient une **revalorisation de l'image de la PFN** : « *Je pense qu'il faut revaloriser l'image des méthodes naturelles* » (P1).

L'information devait être **la plus large possible** : « *L'information elle devrait être large* » (P11), voire concerner toutes les femmes selon certaines patientes : « *Et je pense que toutes les femmes ont besoin de cette information-là. Au moins parce que y'en a tellement qui sont en difficulté de concevoir un enfant. Que cette information-là il faut absolument leur donner* » (P11).

L'information devait être **la plus précoce possible** : « *ça pourrait être intéressant d'avoir l'info quand on est plus jeune aussi peut-être* » (P10).

Elles suggéraient que les **professionnels de santé** abordent le sujet le plus souvent possible : « *ou même dans les plannings familiaux !* » (P2), « *Si les ostéos pouvaient en parler, si les naturo pouvaient en parler...* » (P3), « *Les sages-femmes un peu ouvertes, si des maternités un peu alternatives pouvaient en parler...* » (P3).

Des patientes **souhaitaient que l'information soit donnée à l'école** : « *quand est-ce que dans les lycées on va proposer ça ? Au même titre que les autres comme préservatifs et tout ça* » (P12), et dans les médias : « *ou des affichages dans la salle d'attente ça pourrait être pas mal aussi...* » (P6), « *Peut-être dans les fascicules qui sont liés aux méthodes de contraception...* » (P15).

L'intérêt d'une association d'intérêt général était mentionné par P12 : « *J'en sais rien, j'imagine qu'il faudrait que ça passe par une asso d'intérêt général, qu'il puisse y avoir des subventions peut-être de l'état j'en sais rien* ».

Une patiente suggérait que l'information au sujet des contraceptifs dans leur ensemble soit **moins censurée** : « *Après je pense qu'il y a un moment il faut arrêter d'expliquer avec des images cucul la praline !* » (P14)

Encadré 11 : L'information

De nombreuses sources d'information étaient citées au sujet de la contraception : médecins, école, médias, CPEF, PMI et entourage. En ce qui concerne la PFN, les médecins ne donnaient aucune information selon les patientes. L'information était glanée « à droite à gauche », un peu au hasard et passait par les médias, avec la nécessité d'une implication personnelle pour pouvoir obtenir des informations. En cas de besoin, les patientes cherchaient sur Internet des sources fiables avant de demander l'avis de leur médecin.

L'information semblait restreinte à certains contraceptifs, elle était quasi inexistante concernant les méthodes naturelles, ce qui ne permettait pas vraiment de juger de sa qualité. Pour la contraception, l'information était jugée claire mais incomplète, notamment au sujet des effets secondaires, du fonctionnement et des interactions.

Le fait d'être informées aurait pu conduire certaines patientes à utiliser la PFN. Être bien informées permettait une meilleure efficacité des méthodes naturelles et les patientes soulignaient l'importance d'une information précoce.

Les patientes avaient globalement confiance en l'information donnée mais certaines relevaient un sentiment de manipulation et émettaient des réserves quant à l'utilisation des médias.

Les freins à l'information concernaient les patientes avec la peur d'être jugées et le versant économique : la PFN n'était pas rentable financièrement selon plusieurs patientes.

Les patientes souhaitaient que l'image de la PFN soit revalorisée, que l'information à son sujet soit donnée à toutes les femmes, le plus tôt possible. Elles suggéraient que l'information passe par les professionnels de santé, l'école, les médias ou des associations à but non lucratif. Elles voulaient également qu'il y ait moins de censure et de tabou autour de la contraception en général.

5 Autres thèmes abordés

5-1 L'interruption volontaire de grossesse

Certaines patientes évoquaient leur perception de l'IVG.

P1 distinguait bien l'IVG d'un éventuel moyen de contraception : « *C'est pour moi une possibilité de décider ou pas de mener sa grossesse à terme mais ce n'est pas un moyen de contraception* ».

P3 ne se positionnait pas : « *je ne suis pas pour ou contre l'avortement* ».

P13 évoquait la culpabilité des femmes et la culpabilisation du corps médical autour de l'IVG ainsi que le manque d'information sur la contraception qui en découlait : « *le retour que j'ai eu à chaque fois c'était que le, que c'était assez difficile en fait quand même en terme de culpabilité parfois par certaines équipes médicales ou autre* », « *je m'étais dit c'est du one shot, ils la culpabilisent et derrière ils lui proposent aucune solution* ».

5-2 Les infections sexuellement transmissibles

La plupart des patientes savait que seul le préservatif permettait de protéger des IST : « *pour éviter les maladies déjà [le préservatif]* » (P4).

Pour certaines, l'abandon du préservatif pour un autre contraceptif ne se faisait qu'après dépistage des IST : « *on faisait le petit test VIH avec les hépatites etc. et si c'était ok bon ben voilà moi je prenais la pilule donc y'avait pas de soucis pour lâcher le préservatif* » (P14).

5-3 La sexualité

La sexualité, nous l'avons vu, était souvent un sujet tabou au même titre que la contraception.

Une patiente, utilisatrice de la méthode d'ovulation Billings® (MOB) revenait à plusieurs reprises sur ce sujet en évoquant une complexité de la sexualité : « *mais la sexualité c'est plein de choses. Et c'est pas seulement la méthode de contraception. Et c'est pas seulement l'union sexuelle. C'est beaucoup de choses et beaucoup d'autres choses* » (P11).

Cette même patiente évoquait un possible bouleversement de la sexualité du couple au moment de la ménopause. Elle faisait le lien entre sexualité et fertilité : « *Je ne suis pas encore là-dedans mais je pense que la sexualité des couples change et est vraiment bouleversée à ce moment-là* » (P11).

5-4 Le désir d'enfant

Le désir d'enfant était cité à plusieurs reprises : « *Et puis après j'ai voulu un bébé enfin on a voulu un bébé* » (P5), « *Si en plus j'avais quelqu'un, ben déjà faire un bébé (rires)* » (P9).

Les femmes parlaient de « projet » pour évoquer le souhait de concevoir un enfant. Ce projet s'inscrivait dans une démarche de couple, dans un contexte devant être favorable, comme l'exprimait P3 : « *C'est un projet d'abord, un projet de couple un enfant* », « *Et puis un enfant ça s'accueille dans un milieu posé* ».

Chacun devait se sentir prêt et avoir de « bonnes motivations » à concevoir cet enfant : « *et puis du coup après quand je me sentais prête pour le projet d'un bébé* » (P5), « *mon mari était moyennement chaud pour avoir un deuxième* » (P15), « *Tu ne fais pas un gamin pour résoudre tes problèmes d'enfance, de petite enfance, de pas avoir été assez aimé etc...* » (P3).

L'impatience était parfois mentionnée : « *Comme on avait attendu longtemps avant car je finissais mes études du coup au moment où on a voulu ben ça doit être tout de suite* » (P10).

5-5 La fertilité et la procréation médicalement assistée (PMA)

Chaque femme avait sa propre vision de sa fertilité, certaines estimaient pouvoir concevoir facilement, comme P15 : « *ben mon premier enfant je l'ai eu assez facilement* », d'autres anticipaient le besoin d'une aide à la conception, comme P9 : « *pour que le jour où je veux avoir un enfant, on puisse booster tout ça encore plus chimiquement et puis voilà ...* ».

DISCUSSION

1 Forces et limites du travail

1-1 Forces

Choix de la question

Le choix de la question nous a semblé original : plusieurs études se sont intéressées aux connaissances et représentations des personnels de santé en matière de méthodes naturelles de régulation des naissances mais nous n'avons retrouvé que peu d'études traitant de la perception de ces méthodes par les patients. La plupart des études s'intéressant au ressenti des patients étaient réalisées auprès de couples utilisateurs de la PFN.

Le médecin généraliste est un acteur important dans le domaine de la contraception, il se doit d'adapter continuellement ses pratiques à l'évolution de la médecine. Face à l'engouement récent des patientes pour des méthodes de régulation des naissances plus naturelles (4,27), il a besoin d'outils pour répondre à leurs attentes. Il nous paraissait donc judicieux d'explorer les représentations des patientes et leur besoin d'information.

Choix de la méthode

L'approche qualitative nous a semblé la plus appropriée pour explorer le ressenti des patientes.

Une méthode par discussion de groupe aurait été moins judicieuse, notre étude visant à faire part d'une expérience personnelle. Les entretiens individuels étaient bien adaptés en permettant une plus grande liberté d'expression sur un sujet intime et personnel.

Débuter l'entretien par des questions sur la contraception en général nous a permis de faciliter la suite de l'entretien, de mettre à l'aise les patientes et d'obtenir des données intéressantes et aidant à la compréhension de leurs représentations des méthodes naturelles.

Validité interne

Le nombre d'entretiens réalisés a permis d'obtenir une redondance des données à partir du treizième entretien, et confirmée lors du quatorzième et quinzième entretien.

Une lecture croisée des entretiens avec notre directrice de thèse a permis de limiter les biais d'interprétation.

Validité externe : échantillonnage

Nous avons obtenu une variété dans la population interrogée, grâce à un échantillonnage raisonné, avec des femmes d'âges différents, ayant des situations maritales variées et un nombre d'enfants différent. Deux religions étaient représentées. Certaines patientes étaient utilisatrices des méthodes naturelles et avaient donc des représentations très différentes des autres.

Cet échantillonnage raisonné laisse supposer une transférabilité des données.

Les résultats obtenus confirment notre idée de départ, à savoir que les patientes ont des connaissances approximatives et souvent erronées au sujet des méthodes naturelles.

1-2 Limites

Inhérentes aux enquêteurs

L'une des limites de ce travail était notre manque d'expérience des techniques d'entretien pouvant être à l'origine d'un biais d'investigation. Nous avons essayé de poser des questions qui soient les plus ouvertes possibles mais il nous arrivait probablement d'orienter les réponses des patientes.

Inhérentes aux participantes

Les patientes ayant accepté de participer à l'entretien étaient intéressées par le sujet de la contraception, certaines s'étant même proposer spontanément pour participer à l'étude, ce qui a inévitablement induit un biais d'auto sélection.

L'évocation de situations personnelles par les patientes pouvait induire un biais de mémorisation.

Inhérentes à la méthode

L'analyse des entretiens comporte un biais d'interprétation liée à la subjectivité de l'enquêteur, limité par la triangulation de l'analyse des données.

2 La contraception

2-1 Les connaissances

Les femmes interrogées pouvaient citer un grand nombre de moyens contraceptifs mais le fonctionnement de ces moyens était parfois mal connu, des erreurs étaient commises notamment sur le mode d'action de ceux-ci. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec ceux d'une étude européenne (28) : les femmes interrogées connaissaient mal les mécanismes d'action des contraceptifs, même ceux qu'elles avaient déjà utilisés, à titre d'exemple, 28% des femmes

interrogées ne connaissaient pas le mécanisme d'action de la contraception orale et elles étaient près de 41% à ne pas connaître le mécanisme d'action du DIU hormonal.

2-2 La crainte des hormones

On retrouvait chez les patientes une crainte des hormones et une méfiance vis-à-vis de la contraception orale principalement. Cette crainte concernait les effets secondaires des contraceptifs, qui étaient clairement mentionnés par les patientes : baisse de la libido, prise de poids, céphalées, infertilité provoquée, mais on retrouvait également une crainte plus implicite, difficilement explicable par les patientes.

Ces résultats se retrouvent dans le travail de Sophie Perichon qui cite des « *craintes moins connues, sans substrat physiologique précis, plus instinctives que matérialisées* » (5), avec l'idée que l'absence d'hormones est préférable mais sans justification claire de la part des patientes.

Ces craintes étaient renforcées par les récentes polémiques sur la contraception orale, le DIU progestatif et les implants contraceptifs définitifs, mais également par les scandales sanitaires impliquant d'autres médicaments.

2-3 L'attrait pour le naturel

Les patientes mentionnaient pour la plupart un attrait pour le naturel, au sens dénué d'effets secondaires, sans hormones, sans produits chimiques, sans corps étranger et ne perturbant pas le fonctionnement physiologique du corps. Elles préféraient utiliser des moyens sans risques pour leur santé. Ces résultats sont comparables avec ceux d'une étude récente ayant montré que les patientes, suite à la polémique concernant les pilules de 3^e et 4^e génération, s'en remettent à des moyens contraceptifs plus « naturels » avec l'utilisation de la méthode Ogino ou encore de méthodes barrières en attendant une alternative plus adaptée (6). On comprend donc l'enjeu pour les praticiens de présenter les méthodes naturelles et de donner un maximum d'informations sur le sujet pour une utilisation correcte.

2-4 La satisfaction

Les patientes de notre étude étaient plutôt satisfaites de leur contraception, même si certaines souhaitaient en changer ou attendaient de trouver un moyen plus adapté à leurs souhaits.

Une étude conduite en 2006 en Ile-de-France a montré que les femmes étaient globalement satisfaites de leur contraception, elles voulaient utiliser des moyens peu contraignants, faciles

d'utilisation et rester informées sur l'ensemble des moyens à disposition (2). Cette étude a cependant été menée avant les récentes polémiques sur les contraceptifs et mériterait donc d'être reconduite pour évaluer les changements d'opinions.

Dans cette même étude (2), la contraception a été perçue par 79 % des femmes interrogées comme une libération, alors que 15 % l'ont considérée comme une contrainte. Ces résultats correspondent à ceux observés dans notre étude, la majeure partie des patientes considéraient la contraception comme avantageuse car permettant une liberté sexuelle avec la possibilité d'avoir des rapports à tout moment.

Lara Lalman, animatrice au Centre d'éducation à la famille et à l'amour (CEFA), écrit à ce propos (29) : « *La principale opposition qui ressort est, sans beaucoup de surprise, la contraception libératrice versus la contraception vécue comme contraignante. Entre celles qui se sont battues pour l'accès à la contraception et celles qui « sont nées avec », une marge s'est installée semble-t-il, qui laisse place aujourd'hui au questionnement.* »

3 La planification familiale naturelle

3-1 Le cycle féminin

Dans notre étude, les femmes avaient des connaissances plutôt superficielles sur la physiologie du cycle féminin. Elles étaient capables de définir l'existence de différentes phases mais avaient des difficultés à identifier ces phases et leur succession dans le temps. Elles le définissaient parfois comme complexe. Ces résultats sont comparables avec ceux d'une étude menée dans des centres de santé américains délivrant une contraception à des personnes à faibles revenus (30) : moins de 40% des patientes de l'échantillon avaient des connaissances précises sur la période féconde de leur cycle. Les connaissances du cycle féminin sont un prérequis indispensable à la bonne utilisation de la PFN, ce qui pourrait expliquer certains échecs des méthodes naturelles.

Le cycle féminin était peu expliqué, notamment aux adolescents qui, comme le soulignaient les patientes de notre étude, n'en connaissaient que ce qui leur avait été appris au collège ou lors de leurs études. En 2003, Barbara Müller titrait sa thèse de médecine « *Le cycle féminin à trois temps. Observer pour comprendre et prescrire.* » (31). Elle décrivait le cycle en trois phases : la phase de latence, la fenêtre de fertilité biologique et la phase post-ovulatoire. Ce travail pourrait constituer un outil pour les médecins afin de mieux expliquer la physiologie du cycle aux patientes et les faire participer davantage à la démarche de prise en charge.

La variabilité interindividuelle était soulignée et les irrégularités étaient considérées comme anormales et pathologiques par plusieurs patientes. On peut se demander si cela n'est pas la conséquence de la prescription assez systématique de la contraception pour pallier à ces irrégularités. Est-ce dans une volonté d'homogénéiser les cycles ? De les faire correspondre à une norme standardisée à laquelle on se réfère en matière de contraception ? Ou est-ce pour améliorer le confort des patientes qui, ainsi, peuvent prévoir et anticiper les différentes phases de leur cycle ? Une étude de 2006 (2) a montré que pour 43% des femmes interrogées, la principale attente envers leur contraception était la régulation du cycle devant la prévention des grossesses non désirées. On peut s'interroger sur cette médicalisation de la fertilité et de la sexualité en l'absence de toute pathologie.

3-2 La curiosité pour la PFN

Nous avons noté de la curiosité pour les méthodes naturelles, plus qu'un réel intérêt. Les patientes se questionnaient sur des moyens de contraception alternatifs, plus « naturels » que les contraceptifs usuels, c'est-à-dire sans hormones, sans corps étrangers et ne perturbant pas le fonctionnement physiologique du corps. Le fait de participer à l'étude et d'aborder le sujet de la PFN entraînait pour certaines patientes un questionnement. Une étude conduite aux Etats-Unis dans les années 90 retrouvait déjà de l'attrait pour ces méthodes : 43% des femmes interrogées souhaitaient approfondir leurs connaissances sur les méthodes naturelles, 24% dans le but d'éviter une grossesse et 32% dans le but d'aider à obtenir une grossesse (32).

3-3 Les connaissances de la PFN, l'apprentissage

Les patientes avaient des notions approximatives et souvent erronées des méthodes naturelles. Les principes généraux étaient globalement connus avec la nécessité d'une abstinence périodique au moment de l'ovulation et la possibilité d'une utilisation associée aux méthodes barrières. Le préservatif seul, le retrait et les méthodes traditionnelles étaient incluses à tort dans les méthodes naturelles, ce qui a introduit un biais dans notre étude.

Nous n'avons pas approfondi la question des connaissances des mécanismes d'action des méthodes naturelles. Une étude conduite dans 5 pays d'Europe en 2011 (28) a montré qu'environ 80% des françaises de l'étude savaient que la méthode Billings® empêchait la fécondation. Elles étaient près de 20% à ne pas connaître le mécanisme d'action de la méthode symptothermique et près de 8% à penser que cette méthode agissait après la fécondation. Mais ces résultats étaient transposables aux

contraceptifs usuels avec de mauvaises connaissances des mécanismes d'action de la contraception orale également.

Les méthodes naturelles les plus anciennes étaient les mieux connues, ce qui contribuait à faire considérer la PFN comme un moyen archaïque : les patientes citaient notamment la méthode Ogino et la méthode des températures. Ces résultats sont comparables avec ceux obtenus dans les études portant sur les connaissances des personnels de santé au sujet des méthodes naturelles. Claire Bonneville a montré dans son travail (15) que « 72 % des internes en médecine interrogés s'estimaient incompetents sur les méthodes Billings™ et sympto-thermique ». Ceci est à mettre en lien avec une insuffisance de formation des médecins : dans cette même étude, il apparait que « le seul message retenu de l'enseignement par leurs pairs concerne la non fiabilité de méthodes obsolètes ». Pourtant, la PFN ne cesse d'évoluer avec l'approfondissement des connaissances du cycle féminin, on parle d'ailleurs de symptothermie « moderne » pour définir la méthode d'auto-observation (MAO) apparue en 1978.

Les femmes interrogées évoquaient des méthodes de calculs leur permettant d'estimer la période d'ovulation. Cela semblait être une méthode s'inspirant de la méthode Ogino mais qui n'était pas citée comme telle et dont les bases n'étaient pas aussi bien définies que pour la méthode du calendrier.

La majorité des patientes n'avait aucune expérience de ces méthodes en dehors des méthodes de calculs citées, qu'elles avaient utilisés dans le but de concevoir ou simplement pour se situer dans leur cycle.

L'apprentissage de ces méthodes était peu évoqué : seule une patiente (P11), utilisatrice de la méthode Billings® soulignait l'importance d'un accompagnement. Cet accompagnement est un prérequis indispensable à l'utilisation correcte des méthodes naturelles, comme cela a été souligné dans une étude conduite en 1998 (12). Cette même patiente considérait que l'apprentissage pouvait être plus difficile pour les femmes occidentales, de niveau socio-éducatif élevé. Une étude de 1994 conduite en Espagne (33) a montré que la PFN était facilement accessible, même pour les couples de bas niveau socio-éducatif. Une autre étude (34), réalisée en Chine auprès de femmes de différents niveaux socio-économiques a retrouvé de rares échecs de la méthode parmi les analphabètes qui étaient très attentives à l'enseignement reçu et respectaient scrupuleusement les règles de la méthode. Les auteurs suggéraient de donner une attention particulière aux personnes ayant des professions « intellectuelles » car la méthode semblait trop « simple » pour eux et ils ne réussissaient à s'en emparer que sous une stricte supervision.

Par ailleurs, une étude (35) a montré que les échecs de contraception étaient plus importants lors de la première année d'utilisation pour les méthodes naturelles incluant le retrait et les spermicides (23 à 28% d'échecs la première année) puis diminuaient au fur et à mesure de l'utilisation, avec une baisse de 40% du taux d'échecs au cours de la deuxième année d'utilisation.

3-4 Les utilisateurs des méthodes naturelles

D'après nos patientes, ces méthodes s'adressaient à un public large, presque à toutes les femmes mais certains groupes étaient davantage visés : les femmes connaissant leurs corps, soucieuses de respecter la physiologie du cycle, ayant un cycle régulier et qui acceptent le risque de grossesse. Les personnes n'ayant pas accès aux contraceptifs usuels et ayant des contre-indications étaient des utilisateurs potentiels. Les anticonformistes, les idéologistes, les écologistes étaient cités. Des patientes mentionnaient l'orientation religieuse et les croyances comme motif de choix.

Selon une étude menée chez des femmes en post-partum à Cracovie et Berlin (36), les facteurs influençant le choix d'une méthode naturelle étaient : le désir de grossesses futures, les croyances religieuses, la capacité à identifier la fenêtre fertile et l'acceptation de son propre corps.

Selon les utilisatrices, ces méthodes s'adressaient à des couples souhaitant une relation durable et un partage de la responsabilité de la contraception. Ceci correspond aux résultats de Marie Guilbert au sujet du motif du choix des couples pour une régulation des naissances (37) : *« Ils [les couples] rapportent l'importance de l'implication des deux conjoints, une qualité de la relation conjugale, un respect de la personne et de leur fertilité, considérée comme précieuse. La fiabilité est peu évoquée. La grossesse éventuelle sera accueillie. Les couples trouvent dans ce choix une cohérence personnelle et conjugale, et un bien-être spirituel. Ils décrivent une meilleure connaissance de soi, de leur corps et de l'autre. Ces méthodes sont reconnues exigeantes et parfois contraignantes »*

Selon les femmes de notre étude, certaines populations ne devaient pas être concernées par la PFN : les adolescents, les femmes ayant plusieurs partenaires ou les personnes porteuses d'IST. On peut effectivement supposer que les méthodes naturelles sont plus adaptées à des couples stables étant donné ce qu'elles impliquent de la part de chaque individu mais les représentations des professionnels de santé ne devraient pas empêcher de limiter l'information donnée.

3-5 Les avantages et inconvénients

Pour les patientes, Le versant naturel était un réel avantage à l'utilisation de la PFN qui, de ce fait, n'entraînait pas d'effets secondaires et de modifications du cycle.

Pour les utilisatrices, la PFN permettait d'exacerber le désir sexuel, de renforcer l'amour et la communication dans le couple, de mieux comprendre le cycle féminin et ainsi de mieux tolérer les humeurs changeantes de la femme au cours de ce cycle.

L'inconvénient majeur était la difficulté à faire face à l'abstinence périodique. Mais cette gestion du désir était considérée comme un avantage à long terme par les utilisatrices qui y voyaient un moyen de renforcer les liens dans le couple. C'est ce que l'on retrouve dans l'étude de Vande Vusse (38) de 2003 dans laquelle « 74% des couples interrogés avaient exprimé que la planification familiale naturelle avait contribué à améliorer la communication, la connaissance de soi et de l'autre et à renforcer les liens dans le couple. »

Le fait de devoir penser chaque jour à sa contraception et de devoir observer les signes de fertilité quotidiennement était une contrainte pour beaucoup de patientes. Cependant, comme l'ont souligné certaines patientes, cet aspect était retrouvé avec d'autres moyens contraceptifs comme la contraception orale.

Le manque d'efficacité était souligné, les patientes n'avaient pas confiance en ces méthodes jugées aléatoires. La variabilité du cycle était vue comme source potentielle d'échecs. Il s'agit pourtant de méthodes efficaces lorsqu'elles sont correctement utilisées (39,40). Une étude analysant les raisons des échecs de ces méthodes (12) montre que l'efficacité dépend de la capacité du couple à faire face à l'abstinence périodique et de la capacité à reconnaître la période fertile. La compliance du couple est également indispensable, car, comme l'a soulignée une autre étude (9), les échecs proviennent soit d'un manque de connaissance de la méthode, soit d'une inobservance. Ceci sous-tend l'importance d'un apprentissage et d'un accompagnement : La PFN doit être expliquée correctement à des sujets motivés. Une étude de 2013 (40) a enregistré moins d'échecs de la PFN parmi les couples les plus motivés.

3-6 Les freins à l'utilisation de la PFN et les difficultés ressenties

Les freins à l'utilisation de ces méthodes étaient nombreux.

Ils concernaient les patientes, qui pouvaient avoir peur de l'inconnu ou du jugement d'autrui. Le manque d'aisance avec leur corps et l'incertitude sur le moment de l'ovulation rendaient difficile l'application de ces méthodes. Les femmes peuvent être tout à fait capables d'identifier leur phase fertile et d'adapter leur comportement sexuel en fonction de celle-ci comme ont montré les résultats d'une étude européenne en 2005 (41) : le moment et la durée de la phase d'ovulation identifiés par les femmes étaient étroitement corrélés à ceux détectés par échographie et mesure de l'hormone lutéinisante.

Les difficultés relatives à la période de la vie génitale étaient peu abordées dans notre étude (excepté l'adolescence), pourtant l'identification de la phase fertile peut être plus compliquée dans le post-partum, lors de l'allaitement ou en péri-ménopause, ce qui justifierait un suivi rapproché des patientes utilisant la PFN à ces moments de leurs vies. Dans une étude analysant les raisons des échecs de la PFN (12), il a été constaté plus de grossesses non désirées dans les six mois qui suivaient un accouchement chez les utilisatrices de la PFN. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise que certaines situations justifient la prudence dans l'utilisation de la PFN et le recours aux conseils de personnes compétentes : début de la vie génitale, péri-ménopause, post-partum et post-abortum, affections particulières (pathologies modifiant le cycle, saignements ou écoulements vaginaux rendant difficile l'observation) (7).

La PFN était réputée rigoureuse, exigeante et s'inscrivant dans un cadre précis avec des critères à respecter. Cette exigence semblait faire peur à beaucoup de patientes tandis que les utilisatrices de la PFN estimaient que l'expérience permettait d'acquérir suffisamment d'assurance pour que le caractère exigeant s'estompe.

Les freins se retrouvaient également au sein de la profession médicale : les patientes estimaient que les médecins n'étaient pas favorables à l'utilisation de ces méthodes. Ce qui est retrouvé dans plusieurs études comme récemment en Colombie britannique (13) : « *seuls 3 % à 6 % des médecins disposaient de connaissances exactes au sujet de l'efficacité des méthodes de PFN. 50% des médecins répondants mentionnaient la PFN à leurs patientes à titre d'option contraceptive et 77% à titre d'aide à la procréation. Les médecins plus âgés étaient plus susceptibles d'évoquer la PFN que les plus jeunes* ». Ce manque d'information de la part des médecins est expliqué par leur manque de connaissances, probablement imputable au manque de formation concernant ces méthodes tout au long du cursus médical. On peut également supposer qu'ils craignent la survenue d'une grossesse non désirée dont ils seraient en quelque sorte « responsables ». Il est à noter que les grossesses non planifiées dues à l'échec d'une méthode naturelle aboutissent moins souvent à une IVG que les grossesses non programmées dues à l'échec de la pilule (19,1% pour les méthodes naturelles contre 23,1% pour la pilule) (42). Les couples qui font le choix délibéré d'une méthode naturelle acceptent souvent mieux la venue d'une grossesse non désirée. L'IVG est souvent contre leurs principes moraux, spirituels ou écologiques (43).

Les laboratoires, à qui les méthodes naturelles ne rapportent pas d'argent, étaient suspectés d'empêcher la promotion de ce type de méthodes. Plus généralement, le frein économique était souligné : la PFN n'étant rentable pour personne, elle souffrirait d'une mauvaise image et ne serait pas promulguée. Il s'agit d'une réalité, les méthodes naturelles sont gratuites. Cependant, leur

apprentissage ne l'est pas, et n'est pas remboursé par la sécurité sociale contrairement aux contraceptifs. Les patientes qui font le choix de ces méthodes et qui souhaitent les appliquer au mieux doivent se former auprès de moniteurs diplômés dont les services sont payants. La formation, même facultative, des médecins à ces méthodes serait donc une option non négligeable pour pallier à ces difficultés. Actuellement très peu de formations sont proposées aux personnels de santé.

3-7 L'aide à la procréation

Le versant aide à la procréation était peu développé par les patientes dans nos entretiens, possiblement du fait du déroulement de ceux-ci où nous commençons par évoquer le sujet de la contraception en général.

Mais les patientes qui avaient utilisé les méthodes naturelles l'avaient parfois fait dans le but de tomber enceinte, avec l'utilisation notamment de la méthode des températures. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec ceux d'une étude américaine (32) qui a montré que 32% des femmes souhaitaient approfondir leurs connaissances sur les méthodes naturelles pour optimiser leurs chances de concevoir.

Il s'agit là d'une différence fondamentale entre la contraception et la planification familiale naturelle qui possède cette double utilisation. Ceci constitue un argument supplémentaire pour inciter les professionnels de santé à s'informer sur ces méthodes pour pouvoir les proposer dans certains cas de difficultés à concevoir.

4 La place de l'homme et de la femme

En matière de contraception en général, la place du conjoint était minime, pour ainsi dire inexistante. Il était informé du choix de sa partenaire mais ne participait pas à la décision. La contraception semblait être une affaire de femmes, les patientes ressentaient une inégalité.

Ceci n'était pas retrouvé chez les patientes utilisatrices de la PFN, le conjoint avait alors un rôle (important) à jouer : il était impliqué dans l'utilisation de la méthode, le couple se répartissait les rôles, le conjoint était le rapporteur des observations de son épouse.

Dans une dimension plus sociétale, certains s'interrogent sur les bouleversements des rapports hommes-femmes depuis la « révolution contraceptive » (44) : en s'appuyant sur plusieurs études, Nathalie Bajos et Michèle Ferrand constatent que la contraception « *conforte la construction d'une identité féminine toujours fondée sur la maternité* », et, même si elle permet aux femmes d'envisager

une activité professionnelle continue, « elle ne remet pas en cause la division sexuelle entre travail productif et travail reproductif, qui reste inscrite dans l'organisation sociale. »

Frédérique Giraud, en analysant ces constatations de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand écrit (45) : « En libérant en grande partie les femmes de l'angoisse de la grossesse non souhaitée et en permettant une dissociation totale entre l'acte sexuel et la procréation, la contraception médicale (pilule et stérilet) place théoriquement les femmes dans une position équivalente à celle des hommes face aux risques pris dans les rapports sexuels [...] Mais la contraception est aussi contemporaine de l'émergence d'une nouvelle « norme procréative » tout aussi exigeante pour les femmes. Toute naissance se doit d'être désirée et programmée, mais le droit de choisir le moment d'être mère s'accompagne en même temps de la lourde responsabilité de faire ce choix [...] Puisque tout enfant doit être désiré, les femmes se doivent d'être les meilleures des mères pour cet enfant qu'elles ont décidé de mettre au monde. Comme si la contraception avait permis le passage d'une « maternité sous contrainte » à celle d'une « maternité idéale », proposant « simplement » des « habits neufs » à un vieux modèle. »

5 L'information et la place du médecin

5-1 L'information

L'information reçue au sujet de la contraception en général était large : les patientes trouvaient l'information auprès des médecins, à l'école, dans les médias, les CPEF, les PMI ou encore avec leur entourage.

Les femmes avaient globalement confiance en l'information donnée mais on relevait un sentiment d'être manipulées par les sources d'informations pour certaines. L'enquête de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) de 2007 (46) intitulée « *Les français et la contraception* », visant à orienter sa prochaine campagne de communication et d'information sur les modes de contraception note que 43% de la population interrogée avait confiance en l'information fournie par leur médecin généraliste, et seulement 8% concernant l'information délivrée sur Internet. En conclusion l'INPES suggérait d'intensifier davantage le rôle de relais des médecins.

Les patientes considéraient que les informations qu'elles avaient reçues étaient claires mais incomplètes, notamment au sujet des effets secondaires des contraceptifs. Ces résultats peuvent être comparés à ceux observés dans le travail de Sophie Perichon (5) : « *La majorité des patientes se sentait globalement assez bien informée (parfois trop) pour faire leur choix, malgré quelques exceptions* ». Dans une autre étude (2), il est dit que « 23,6 % des femmes ont considéré ne pas avoir

été bien informées sur les différents moyens de contraception, y compris lorsque le choix de la contraception a été orienté par les conseils d'un médecin ».

Pour la PFN, les sources d'informations étaient restreintes : les femmes glanaient des informations au hasard, parfois avec leur entourage. L'information passait essentiellement via Internet, avec souvent des sources peu fiables. On y trouve beaucoup d'informations erronées, y compris sur les sites dédiés à la contraception et destinés à un large public (22) : les méthodes naturelles sont décrites comme imprécises et peu fiables. Il est également dit que ces méthodes nécessitent d'avoir des cycles extrêmement réguliers, ce qui, avec l'apparition des méthodes telle que la symptothermie n'est pas le cas.

Une étude conduite aux Etats-Unis auprès de patientes utilisatrices de la PFN (11) retrouvait des sources d'information similaires (Internet et l'entourage), les professionnels étaient également reconnus comme une source d'information. Une autre étude, française, s'intéressant à la contraception du post-partum (47) a montré que l'information relative aux méthodes naturelles était transmise par l'entourage et non par les professionnels de santé. Cette différence est-elle liée à une particularité socio-culturelle française ?

Nous avons pu constater que de plus en plus de revues adressées au grand public traitent de la planification familiale naturelle en expliquant les différentes méthodes et contribuent à alimenter l'attrait des femmes pour des méthodes alternatives, c'est le cas de la revue Néosanté qui publiait en 2013 l'article : « *Contraception naturelle, l'alternative à la pilule que l'on vous cache* » (25).

Une patiente (P10) notait qu'elle aurait souhaité être informée plus précocement de l'existence et des modalités d'utilisation de la méthode MAMA. Un travail de thèse réalisé en 2015 (47) sur la contraception des femmes dans le post-partum a montré un manque de connaissance de la méthode MAMA : les patientes ne connaissaient pas les critères à respecter pour que l'allaitement soit contraceptif. On peut supposer que la période du post-partum est une période sensible pour la femme qui peut avoir des difficultés à appliquer une méthode comme celle-ci, il serait donc intéressant d'évoquer cette méthode pendant la grossesse aux femmes qui souhaitent allaiter et leur en expliquer les aspects.

Les patientes insistaient sur l'implication personnelle nécessaire à l'obtention d'informations. Beaucoup de femmes pensaient qu'elles iraient chercher des informations relatives à la PFN sur Internet en cas de besoin et qu'elles demanderaient l'avis de leur médecin dans un second temps. Plusieurs patientes évoquaient l'impact de l'information : le fait d'être informée aurait pu les conduire à utiliser ces méthodes, être bien informée permettait une meilleure efficacité de la PFN. Certaines femmes soulignaient l'importance d'une information précoce. D'autres proposaient que

l'image des méthodes naturelles soient revalorisée, que l'information soit donnée à toutes les femmes et le plus tôt possible, que ce soit par les professionnels de santé, par les médias ou à l'école.

Pourtant, comme le suggère Frédou Braun (48), « *il semble que les médecins, soient éventuellement prêts à parler de ces méthodes aux femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants mais pas aux jeunes filles* ». Est-ce parce que les professionnels de santé ne souhaitent pas prendre la responsabilité d'une grossesse non désirée ?

Les informations reçues dans l'enseignement secondaire en cours de biologie étaient jugées incomplètes ou inadaptées par plusieurs patientes.

Des améliorations seraient donc à envisager concernant l'information. L'une des patientes proposait la création d'une association d'intérêt général pour promouvoir ces méthodes. Nous pouvons citer l'existence d'une association française aconfessionnelle : le CycloShow-XY France (49), dont l'histoire a commencé en Allemagne en 1999 grâce au Dr Elisabeth Raith-Paul. Elle propose des ateliers (y compris dans les collèges) axés sur l'anatomie, le cycle féminin et la grossesse ainsi que les changements de la puberté, dans un souci de transmettre une vision positive du corps aux jeunes filles et jeunes garçons.

5-2 Les pratiques médicales

Les médecins étaient considérés comme des intervenants privilégiés dans le domaine de la contraception, ils avaient un rôle d'information, de prescription et un rôle technique (pose de DIU ou d'implant). Les patientes avaient généralement confiance en leur médecin même si certaines dénonçaient une incompétence du corps médical et des pratiques parfois stéréotypées avec une prescription importante de pilules au début de la vie génitale notamment. L'analyse de l'enquête Fécond de 2010 (4) a montré des disparités infondées dans ce que les soignants proposent en matière de contraception : l'implant apparaît plus souvent proposé en cas de difficultés financières ou si la femme est originaire d'Afrique sub-saharienne tandis que les femmes de catégorie socio-professionnelle élevée se sont vues proposer plus souvent les pilules estroprogestatives de 3^e génération (en 2010). Les représentations que se font les soignants de la contraception et notamment de son observance influent donc sur le choix proposé aux femmes.

A l'évocation de l'utilisation des méthodes naturelles face à un médecin, les patientes avaient ressenti de l'indifférence, du mépris, de l'étonnement ou de l'infantilisation. Ces réactions ne sont-elles que le reflet d'un manque de confiance des médecins en la capacité des femmes à gérer leur fertilité ? Thérèse Hargot, sexologue et philosophe, auteure du livre « *une jeunesse sexuellement*

libérée (ou presque) » suggère (50), face aux échecs de contraception, « de cesser d'invoquer les femmes comme étant irresponsables et immatures et de remettre en cause le produit » à savoir les contraceptifs usuels.

Certaines femmes avaient vécu des consultations traumatisantes, l'une d'elle (P6) évoquait des violences gynécologiques. Ces violences font actuellement beaucoup parler d'elles. Dans « *Le livre noir de la gynécologie* » (51), la journaliste Mélanie Déchalotte s'appuie sur des témoignages de patientes et analyse les raisons de cette maltraitance qui, selon elle, est « *rarement volontaire ou intentionnelle* » et pourrait être en partie liée à la formation des jeunes médecins.

5-3 Le choix

Les patientes utilisaient des moyens contraceptifs souvent similaires en fonction de la période de la vie génitale dans laquelle elles se trouvaient, elles décrivaient cela comme étant la normalité, comme étant dans la logique des choses : le modèle contraceptif français (3) imprégnait les choix contraceptifs des patientes.

Elles semblaient porter de l'intérêt à la contraception tout en reconnaissant l'absence de questionnement à plusieurs reprises : est-ce parce que le sujet de la contraception est si fréquent qu'il en devient commun, banalisé et n'est donc plus sujet à questionnement ? Ou est-ce parce que les patientes se laissent guider par les intervenants médicaux comme l'ont suggéré plusieurs patientes : « *Je sais pas enfin c'est le médecin qui a décidé* » (P14).

Les patientes affirmaient leur choix mais le médecin semblait avoir un rôle prépondérant dans la décision du moyen contraceptif utilisé. Une étude concernant la satisfaction des patientes au sujet de leur contraception (2) a montré que le mode de contraception était imposé par le médecin dans 28,3% des cas, le choix pour un contraceptif était orienté par le médecin dans 77,6% des cas.

Les patientes utilisatrices de la PFN évoquaient l'absence de rôle des médecins dans leurs connaissances et leur choix. On peut toutefois supposer que les femmes consultent moins au sujet des méthodes naturelles car ces dernières ne nécessitent aucune prescription et aucun acte technique. Mais cela ne semble pas être la seule explication, nous pouvons citer à ce propos un travail de thèse traitant de la prescription médicamenteuse en médecine générale (52) : il en ressortait une discordance entre les attentes des patients et la perception de ces attentes par leurs médecin, « *les patients faisaient majoritairement confiance à leur médecin. Ils attendaient un diagnostic, des explications, et acceptaient une prise en charge non médicamenteuse de leur santé* ».

Les patientes utilisatrices des méthodes naturelles avaient opté pour ces méthodes car elles étaient en accord avec leurs idéaux. Ces résultats correspondent à ceux retrouvés dans le travail de Marie Guilbert sur les motifs de choix des couples pour une régulation des naissances (37) : *«les couples utilisant un contraceptif choisissent le moyen le moins contraignant et le plus efficace, ce choix revient souvent à la femme en lien avec le médecin, les couples utilisant la PFN choisissent les méthodes naturelles car elles sont en accord avec leurs convictions profondes, ils y trouvent une cohérence personnelle et conjugale et un bien-être spirituel. Ils reconnaissent les méthodes naturelles comme étant contraignantes et exigeantes mais s'en accommodent. »*

Les patientes utilisant les contraceptifs usuels mentionnaient l'absence d'influence d'une quelconque religion sur leur choix contraceptif, contrairement aux patientes utilisatrices de la PFN. Ces dernières avaient, pour trois d'entre elles, une orientation religieuse, musulmane ou catholique. Une étude européenne s'intéressant aux facteurs influençant le choix de la PFN a retrouvé une importance des convictions religieuses (36) : *« l'importance des croyances religieuses était indépendamment associée au choix d'utiliser la PFN »*. Il est à noter que le Centre de liaison des équipes de recherche (CLER), qui enseigne la symptothermie en France, est une association issue d'un mouvement chrétien initialement.

Une patiente (P10) mentionnait croire en la Terre Mère, et on notait un attrait pour le naturel dans sa globalité. Cet attrait s'apparentait parfois à une conviction profonde que l'on pourrait presque considérer comme une croyance à part entière et qui pourrait influencer le choix pour une méthode naturelle.

Ces résultats encouragent, comme préconisé dans les recommandations (14), à exposer les principes de la planification familiale naturelle à toutes les femmes qui envisagent l'utilisation d'une méthode contraceptive. Ses principes devraient être explicités lors d'une consultation dédiée à la contraception, en évaluant l'état des connaissances et des représentations des patientes au sujet de ces méthodes afin d'adapter le discours médical et limiter les échecs de contraception (1). Il appartient au médecin de respecter le modèle BERCER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour) proposé par l'OMS (53) en renseignant la patiente sur toutes les méthodes existantes.

4 Perspectives de recherche

Les représentations des patientes dépendent en grande partie des représentations des soignants. Plusieurs études quantitatives ont été conduites au sujet des représentations des soignants, mais pas en France. Il pourrait donc être intéressant d'étudier par une étude qualitative les freins des professionnels de santé à exposer les principes de la PFN et à proposer ce type de méthode au même titre qu'un contraceptif usuel.

L'une des difficultés abordées par les patientes était le fait que les méthodes naturelles ne puissent s'adresser aux adolescentes, ces dernières étant rarement en couple stable et ayant plus de difficultés à comprendre et interpréter leur cycle. Une étude de 2013 (54) s'est intéressée à cette population : Les adolescents souhaitaient être informés par leur médecin généraliste qu'ils considéraient comme fiable, et souhaitaient pouvoir parler de contraception avant leurs premières relations sentimentales. Ils souhaitaient que ce soit le médecin qui aborde le sujet et voulaient pouvoir aborder d'autres sujets comme les risques liés à la sexualité.

Parler de contraception implique de parler de sexualité, mais également de physiologie du cycle féminin, ce qui semble être rarement fait en pratique. Il pourrait donc être judicieux d'interroger les jeunes filles pour comprendre leurs représentations du cycle, les connaissances qu'elles en ont.

Les patientes évoquaient à plusieurs reprises leur fertilité, leur capacité ou non à concevoir, avec un jugement tantôt positif tantôt négatif : la fertilité était considérée comme « bonne » ou « mauvaise ». Il pourrait être intéressant d'étudier de manière plus approfondie la vision qu'ont les femmes de leur fertilité.

Nous n'avons inclus que des patientes dans notre étude et nous avons vu que le partenaire masculin jouait un rôle important dans le choix de la PFN. Interroger des hommes ou des couples permettrait de mieux cerner leurs représentations et d'adapter le discours des praticiens.

De plus en plus d'informations circulent à présent sur la PFN, en parallèle de critiques relatives à la contraception usuelle. Plusieurs articles de presse parus dans des revues grand public et certains livres suggèrent la possible utilisation de méthodes naturelles à la place des contraceptifs : « *J'arrête la pilule* » (55), « *Se passer de la pilule c'est possible* » (56). Les patientes seraient-elles prêtes à se tourner vers de telles méthodes ? Et si oui, dans quel délai ces méthodes de régulation des naissances pourraient être opérationnelles ? Quelle serait alors la place du médecin de ces patientes ?

CONCLUSION

De tout temps, les femmes ont essayé de contrôler leur fécondité. Les méthodes naturelles, dont la première décrite fut la méthode Ogino dans les années 1930, rapidement suivie par les méthodes d'auto-observation, ont été mises de côté avec l'invention de la pilule contraceptive en 1956.

50 ans après la Loi Neuwirth autorisant l'usage de la pilule en France, les contraceptifs usuels subissent une désaffection à la faveur d'un désir de « retour au naturel ». La norme contraceptive française est en pleine évolution, notamment du fait de la crainte des hormones, exacerbée par les polémiques récentes concernant les contraceptifs.

Nous avons voulu évaluer, à partir de leurs connaissances sur la contraception et la physiologie féminine, les représentations des patientes en matière de planification familiale naturelle (PFN) dans le but d'adapter le discours des professionnels de santé à ce propos.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patientes de la région lyonnaise. Nous avons interrogé ces femmes sur leurs représentations de la planification familiale naturelle et l'information reçue au sujet des méthodes de régulation des naissances.

Cette étude a mis en évidence des lacunes dans les connaissances des méthodes naturelles considérées comme des méthodes archaïques et inefficaces. La planification familiale naturelle était réputée exigeante et rigoureuse. Ses principes généraux étaient connus : les patientes citaient la nécessité d'une abstinence périodique ou d'une combinaison à des méthodes barrières au moment de l'ovulation. La difficulté résidait en la capacité à définir la fenêtre fertile : les patientes utilisaient des méthodes de calculs approximatives et parfois erronées. Elles avaient aussi des lacunes dans les connaissances de la physiologie du cycle féminin.

D'après les patientes, la planification familiale naturelle pouvait s'adresser à presque tout le monde, mais certaines populations seraient davantage visées : les écologistes, les « bobos », les personnes pratiquant un culte, les couples stables souhaitant une relation durable.

L'ensemble des patientes trouvait de nombreux avantages aux méthodes naturelles : le naturel était un avantage en lui-même, l'absence de contre-indications et d'effets secondaires était soulignée. Les utilisatrices de la PFN estimaient que ces méthodes permettaient de renforcer l'amour et la communication dans le couple, l'avantage économique et l'indépendance par rapport aux laboratoires et aux personnels de santé étaient rapportés.

Les difficultés concernaient les patientes : la gestion du désir sexuel pouvait être compliquée, la peur d'utiliser un moyen mal connu et la crainte d'être jugé étaient citées. Les freins à l'utilisation de la PFN étaient aussi relatifs aux médecins qui ne promulguaient pas ces méthodes selon les femmes interrogées, et qui adoptaient une attitude négative vis-à-vis des femmes utilisant la PFN. Les laboratoires et les autorités étaient cités comme des obstacles potentiels : la PFN étant gratuite, elle n'était pas rentable et donc inintéressante sur le plan économique.

L'apprentissage était peu évoqué, une seule patiente citait l'importance d'être accompagnée et de se former aux méthodes naturelles avant de les utiliser.

Le conjoint, absent du choix dans le domaine de la contraception, était très présent dans la planification familiale naturelle : son avis était sollicité et il participait activement au contrôle de la fécondité en aidant sa compagne dans ses observations et en se faisant le rapporteur de ces observations.

Les patientes montraient de la curiosité pour les méthodes naturelles, elles s'interrogeaient, notamment à l'issue des entretiens.

Les informations reçues au sujet de la PFN étaient rares : aucun médecin n'avait évoqué spontanément ces méthodes aux patientes interrogées, elles avaient glané des informations au hasard ou se renseignaient via les médias et particulièrement Internet, tout en se méfiant de la fiabilité des informations données.

Les femmes suggéraient que l'image de la PFN soit améliorée et que l'information à son sujet soit donnée à toutes les femmes le plus tôt possible à l'école, via les médecins et les médias.

Tenant compte des 203 463 IVG recensés par l'Institut national d'étude démographiques (INED) en 2015, il nous semble indispensable que les médecins exposent à toutes les femmes vues en consultation pour une demande de contraception l'ensemble des moyens à disposition y compris la planification familiale naturelle. Ceci pourrait contribuer à limiter les échecs de contraception. Les soignants devraient être capables d'orienter les patients qui le souhaitent vers des gens compétents pour les aider dans leur apprentissage. Les médecins devraient tenter de dépasser leurs craintes et faire confiance aux patientes pour la gestion de leur fertilité, après leur avoir donné tous les outils et informations nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Contraception: prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
2. » A. Le Tohic, P. Raynal, I. Grosdemouge, F. Fuchs, P. Madelenat, P. Panel. Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception ? Enquête auprès de 263 patientes. 2006.
3. HAS. Document de synthèse État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
4. Nathalie Bajos*, Mylène Rouzaud-Cornabas*, Henri Panjo*, Aline Bohet*, Caroline Moreau* et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? 2014 May
5. Périchon S. Les craintes et les représentations des patientes concernant les hormones utilisées en contraception: enquête qualitative à partir de l'entretien de 12 patientes de la région lyonnaise [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
6. Heng-Mounie Kim. Ressenti des femmes de Sevrans et ses alentours sur la contraception depuis la polémique sur les pilules de 3ème et 4ème génération. 2015.
7. OMS. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives [Internet]. 2005. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44754/1/9789242563887_fre.pdf
8. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2010 Feb;15(1):4–16.
9. Tommaselli GA, Guida M, Palomba S, Pellicano M, Nappi C. The importance of user compliance on the effectiveness of natural family planning programs. *Gynecol Endocrinol*. 2000 Jan 1;14(2):81–9.
10. Kambic RT. the effectiveness of natural family planning methods for birth spacing : a comprehensive review. 1997

11. Guzman L, Caal S, Peterson K, Ramos M, Hickman S. The use of fertility awareness methods (FAM) among young adult Latina and black women: what do they know and how well do they use it? Use of FAM among Latina and black women in the United States. *Contraception*. 2013 Aug;88(2):232–8.
12. Ecochard R, Pinguet F, Ecochard I, De Gouvello R, Guy M, Huy F. Analyse des échecs de la planification familiale naturelle. A propos de 7 007 cycles d'utilisation (French). *Anal Fail Nat Fam Plan Anal Carried 7 007 Cycles Engl*. 1998 cover date;26(4):291–6.
13. 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.
14. HAS. HAS. Rapport d'élaboration : Contraception chez l'homme et chez la femme. Service des bonnes pratiques professionnelles. Avril 2013 ; p 47 [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
15. Bonneville C. Méthodes naturelles de régulation des naissances: connaissances des internes rennais en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
16. Verdier Clothilde. Les méthodes naturelles de régulation des naissances. 2009.
17. Deckert K, Gengembre V. Maîtriser sa fertilité: régulation naturelle des naissances. Nîmes, France; 2013. 83 p.
18. Stanford JB, Thurman PB, Lemaire JC. Physicians' knowledge and practices regarding natural family planning1. *Obstet Gynecol*. 1999 Nov;94(5, Part 1):672–8.
19. Céline Gautier-Lavaste. 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. 2007.
20. Site méthodes-naturelles [Internet]. Available from: <http://www.methodes-naturelles.fr/>
21. Site Ma Sexualité [Internet]. Available from: <http://www.masexualite.ca/>
22. Site Choisir sa contraception [Internet]. Available from: <http://www.choisirsacontraception.fr/>
23. Site Le planning Familial Naturel avec Sensiplan [Internet]. Available from: www.pfn.be

24. Site Sympto.org. [Internet]. Available from : www.sympto.org
25. Pryska Ducoeurjoly. Contraception naturelle : l'alternative à la pilule que l'on vous cache. Néosanté. 2013 Sep;(26).
26. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. De boeck; 2014.
27. Site Doctissimo [Internet]. Available from : forum.doctissimo.fr
28. Lopez-del Burgo C, Mikolajczyk RT, Osorio A, Carlos S, Errasti T, de Irala J. Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. *Contraception*. 2012 Jan 1;85(1):69–77.
29. Lara Lalman. Conceptions : Quel choix pour les femmes d'aujourd'hui?
30. Witt J, McEvers K, Kelly PJ. Knowledge and Experiences of Low-Income Patients With Natural Family Planning. *J Nurse Pract*. 2013 Feb;9(2):99–104.
31. Muller Barbara. Le cycle féminin à trois temps : observer pour comprendre et prescrire. 2003.
32. 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.
33. Chica MD, Barranco E. Fertility control by natural methods. Analysis of 218 cycles. *Adv Contracept*. 1994 Mar 1;10(1):33–6.
34. Qian, S.Z., Zhang, D.W, Zuo, H.Z, Lu, R.K., Peng, L., & He, C.H. (2000). Evaluation of the Effectiveness of a Natural Fertility Regulation Programme in China. *Bulletin of OMR&RCA*, 27(4), 17-22
35. Contraceptive Failure in the First Two Years of Use:Differences Across Socioeconomic Subgroups. Guttmacher Institute. 2005
36. Mikolajczyk RT, Stanford JB, Rauchfuss M. Factors influencing the choice to use modern natural family planning. *Contraception*. 2003 Apr;67(4):253–8.
37. Guilbert M. Étude des motifs de choix des couples pour une régulation des naissances: contraceptif ou méthode naturelle ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2015.
38. Vande Vusse L, Hanson L, Fehring RJ, Newman A, Fox J. Couples' views of the effects of natural family planning on marital dynamics. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. 2003;35(2):171–6.

39. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. Mai 2011;83(5):397-404
40. Fehring RJ, Schneider M, Barron ML, Pruszynski J. Influence of motivation on the efficacy of natural family planning. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2013 Dec;38(6):352–8.
41. Frank-Herrmann P, Gnoth C, Baur S, Strowitzki T, Freundl G. Determination of the fertile window: reproductive competence of women--European cycle databases. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol*. 2005 Jun;20(6):305–12.
42. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2003 May;18(5):994–9.
43. Fehring, R. and Rodriguez, D. Spiritual care of couples using natural family planning. *Linacre Q* 80 2013 225-238. 2013;
44. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sci Soc Santé*. 2004;22(3):117–42.
45. Giraud F. Contraception médicale et domination masculine renouvelée. 2008
46. INPES. Les français et la contraception. Mars 2007
47. Charlotte Malfois - Masson. La contraception du post-partum : Approche qualitative de l'information reçue, de l'état des lieux des connaissances et de l'attente des patientes.
48. Frédou Braun. Gérer sa fertilité : un art de vivre.
49. Cycloshow XY France – Mon corps, un trésor pour la vie. Available from: <https://cycloshow-xy.fr/>
50. Site Thérèse Hargot [Internet]. Available from: theresehargot.com
51. Déchalotte M. Le livre noir de la gynécologie. First éditions ; 2017
52. Mauraizin G. La prescription médicamenteuse en médecine générale : attente des patients, perception des médecins et comportements associés [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France] : Université Toulouse III; 2007
53. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception. Septembre 2013
54. Mortain (Gouessant) Virginie. Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste ? Etude réalisée auprès d'adolescents de classes de quatrième, seconde et terminale au sein d'établissements publics des Yvelines. 2013.

55. Debusquat S. *J'arrête la pilule. Les liens qui libèrent* ; 2017
56. Lucereau B, Pinguet F. *Se passer de la pilule, c'est possible. Les secrets d'une sexualité épanouie*. Editions Emmanuel ; 2010

ANNEXES

Annexe 1 : Les différentes méthodes naturelles de régulation des naissances

- Méthode Ogino

La première à avoir été décrite est la méthode Ogino ou méthode du calendrier. Apparue dans les années 1930, elle a été simultanément mise au point par un japonais, Ogino et un Autrichien, Knaus. Après étude du cycle féminin, ils sont partis du postulat que la fertilité effective pour un cycle de 28 jours se trouvait entre le 11^e (14-3) et le 16^e (14+2) jour du cycle. Ogino, par prudence, ajoute un jour avant et un après, ce qui aboutit à une période fertile du 10^e au 17^e jour du cycle. En pratique, la femme doit répertorier la durée de ses 12 cycles précédents en notant le nombre de jours du cycle le plus court et le plus long. Elle soustrait 18 jours à son cycle le plus court pour estimer le début de sa phase fertile et 11 jours à son cycle le plus long pour estimer la fin de sa phase fertile. Il ne s'agit pas d'une méthode d'auto-observation car elle se base sur une étude rétrospective des cycles.

- Méthode des températures

La méthode des températures a été décrite en 1947 par Férin : elle est basée sur l'observation de la température basale du corps. En phase de latence (avant l'ovulation), la température est basale. En phase péri-ovulatoire, les œstrogènes peuvent l'abaisser, on parle d'hypothermie relative, il s'agit du niveau moyen bas caractérisé par un minimum de 6 points bas avant la montée thermique. Puis on observe un décalage thermique qui caractérise l'ovulation, soit le premier jour de la montée si celle-ci est brutale, soit le 2^e ou 3^e jour de la montée si celle-ci est progressive. Enfin, un plateau thermique persiste en phase post-ovulatoire, c'est le niveau moyen haut qui se maintient jusqu'aux prochaines menstruations. La température doit être prise à la même heure, tous les jours, par la même voie (buccale ou rectale). Certaines affections, certains stress ou certaines substances peuvent modifier la température centrale et être sources d'erreurs. La température est notée sur un graphique avec les éléments susceptibles de modifier la courbe. Les couples s'abstiennent de rapports sexuels non protégés du 1^{er} jour des règles jusqu'au 3^e matin de suite de température haute et stable.

- Méthode d'Ovulation Billings (MOB)

En 1953, un couple de médecins Australiens du nom de Billings débutent des travaux concernant le cycle féminin. Ils définissent en 1960 les règles de la MOB basée sur l'observation de la glaire cervicale qui donne, par sa sensation à la vulve et son aspect, un reflet exact de la fertilité. La glaire varie en fonction de l'imprégnation hormonale du cycle. Il est décrit 4 types de glaires, observées à des moments différents du cycle. La glaire de type fertile, appelée glaire P, donne une grande sensation de lubrification et de glissement à la vulve indiquant l'imminence de l'ovulation. Le dernier jour de lubrification ressentie à la vulve est appelé le « jour sommet » qui coïncide dans 80% des cas avec l'ovulation. En pratique, la femme doit penser à observer la glaire (aspect visuel) et analyser la sensation de lubrification 3 à 4 fois par jour puis consigner dans un tableau les observations à l'aide de couleurs correspondant aux différents aspects de la glaire. L'abstinence doit avoir lieu du jour sommet jusqu'à 3 jours après ce jour sommet si le couple ne souhaite pas de grossesse.

- Méthode sympto-thermique

La méthode sympto-thermique ou Méthode d'Auto Observation (MAO) a fait son apparition en 1978. Elle a été décrite par Paul Thyra. Elle est actuellement enseignée en France par le Centre de Liaison des équipes de recherche (CLER). Elle combine l'observation de la température, de la glaire cervicale et d'autres aspects comme celui du col en fonction de la période du cycle. La période fertile se trouve entre le premier jour de glaire sentie ou vue à la vulve et le troisième matin de température haute ou stable. L'autopalpation du col est utilisée si les 2 signes principaux sont insuffisants. Des applications informatiques de la MAO sont récemment apparues avec notamment une application pour téléphone portable : Sympto-ch (2006), ainsi qu'un logiciel pour faciliter le report et l'interprétation des courbes : Dafra (2007).

- Tests d'ovulation

Il existe également des tests d'ovulation utilisés fréquemment en complément des méthodes d'observation telles que Billings. Les premiers tests urinaires de détection de LH sont apparus en 1986. Ils évaluent le taux de LH dans les urines et se positivent à partir d'un certain seuil, permettant ainsi d'aider les femmes à déterminer leur période d'ovulation. Ils peuvent se coupler à une analyse informatique afin de déterminer la période fertile, il s'agit alors d'une méthode calculo-hormonale.

Des dispositifs tels que le LadyComp® permettent une prise de température chaque matin et un enregistrement des données pour indiquer la période fertile. Ce moniteur de fertilité a un coût d'environ 500 euros. Une autre aide à la détermination de la période fertile est le dispositif Ovatel permettant une observation microscopique de la salive (le pic estrogénique entraîne une sécrétion de saline dans le mucus, réalisant un dessin de fougère).

- Méthode MAMA

En 1988, la méthode MAMA, Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée ou méthode de l'aménorrhée lactationnelle découle du consensus de Bellagio (résumé de 13 études conduites dans 8 pays). La méthode obéit à 3 principes :

- Aménorrhée. Les saignements qui se produisent durant les 56 premiers jours du post-partum ne sont pas pris en compte.
- Allaitement maternel exclusif. Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser 4h le jour et 6h la nuit.
- Avant les 6 mois de l'enfant. Le risque d'ovulation avant le retour de couches augmente avec le temps, il devient important après 26 semaines, soit 6 mois.

Si l'une de ces conditions n'est pas remplie, la femme est possiblement fertile.

- Algorithme des 2 jours

L'algorithme des 2 jours ou TwoDays Method, qui n'est autre qu'une simplification de la MOB est apparu dans les années 2000. Cette technique a été mise au point par l'Institut de la Santé reproductive, rattaché à la faculté de médecine de Georgetown University. Les femmes doivent se poser deux questions : est-ce que j'ai eu des sécrétions aujourd'hui ? Hier ? Si la réponse est « non » à ces questions, elles ont peu de chance d'être fertiles. Peu importe le type de sécrétion, leur présence suffit à conclure.

- Méthode des jours fixes (MJF)

La MJF, également apparue dans les années 2000 est une standardisation de la méthode Ogino. Elle a été mise au point par l'Institut de la Santé Reproductive tout comme l'algorithme des 2 jours. Elle

s'applique à des femmes ayant des cycles menstruels de 26 à 32 jours. Elles ne doivent pas avoir de rapports sexuels entre le 8ème et le 19ème jour du cycle. Elles peuvent s'aider du collier du cycle, outil visuel accompagnant la méthode : ce dernier possède des perles de couleurs différentes représentant les différentes parties du cycle. Cette méthode est surtout utilisée dans les pays d'Afrique et d'Amérique du Sud. Il ne s'agit pas d'une méthode d'auto observation.

Annexe 2 : Principes, Usages, Efficacité de la PFN

- Principes

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les méthodes naturelles de planification familiale sont les méthodes basées sur l'identification des jours où la femme est féconde. Elles utilisent soit un calcul de jours, soit une observation des signes cliniques de fertilité : les sécrétions cervicales et/ou la courbe des températures. Les méthodes naturelles sont aussi appelées les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité. Ces méthodes, lorsqu'elles sont utilisées pour éviter une naissance, supposent l'abstinence sexuelle pendant la période féconde. L'OMS précise que ces méthodes peuvent être employées en association avec des périodes d'abstinence ou peuvent être combinées à des méthodes barrières pendant la phase fertile du cycle¹. Toutes les méthodes naturelles reposent sur le fait que la période féconde chez la femme est limitée à la période qui entoure l'ovulation : 5 jours à 1 semaine avant, durée de vie maximale des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines, et 1 jour après, durée de vie de l'ovule lui-même, soit une fenêtre biologique de maximum 8 jours. Il existe différentes méthodes de PFN qui sont toutes des méthodes basées sur l'abstinence périodique à l'exception de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle.

Il est à noter que le préservatif n'est pas une méthode naturelle, il s'agit d'une méthode barrière ou mécanique. Le coït interrompu ou retrait est une méthode traditionnelle n'entrant pas dans le cadre des méthodes naturelles.

La PFN veut concilier nature physiologique et responsabilité familiale. Elle diffère de la contraception qui dissocie la sexualité et la procréation. Les méthodes de régulation des naissances ne sont pas contraceptives dans le sens où elles ne modifient pas la fécondité de la femme ni ne suppriment la possibilité de conception.

¹ OMS. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives*

La PFN peut également aider à concevoir, en utilisant la NaPro Technologie (NPT) : il s'agit d'une assistance médicale à la procréation « naturelle », spécialité qui se développe depuis une trentaine d'années et qui s'attache à rechercher les causes de l'hypofertilité et à les traiter en utilisant des techniques médicales et chirurgicales de pointe pour faciliter la conception lors d'un rapport sexuel normal. Elle s'appuie sur le système Fertility Care, une méthode d'évaluation des cycles à la fois prospective et standardisée.

- Histoire

De tout temps, les femmes ont essayé de contrôler leur fécondité.

Déjà dans l'Antiquité, Soranos d'Éphèse, un gynécologue, préconise l'abstinence sexuelle rythmée juste avant et après les règles, pensant, après étude des cycles, que la femme est fertile à ces moments-là.

Ce sont les années 30 qui ont marqué le début des fondements scientifiques des méthodes d'observation, même si déjà en 1895 Smith signalait les variations cycliques de la glaire. En 1942, Félix Pouchet établit la relation entre menstruation et ovulation tout en se méprenant sur la chronologie du cycle.

C'est le Docteur Ogino qui interpréta correctement le cycle féminin. Il découvrit que l'ovulation a lieu en moyenne le 14^e jour précédent les menstruations suivantes. À partir de cette découverte, il mit au point dans les années 30 sa célèbre méthode, la Méthode Ogino.

Suivront ensuite les autres méthodes de planification familiale naturelle, qui continuent encore actuellement de se développer grâce aux progrès de la recherche scientifique.

- Efficacité

L'efficacité d'une méthode (naturelle ou contraceptive) s'exprime généralement par l'**indice de Pearl** qui correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant un moyen de régulation des naissances pendant 1 an, et ce, en utilisation optimale. Les résultats sont donnés en « % années-femmes ».

Pour toutes les méthodes, on peut distinguer l'**efficacité théorique** et l'**efficacité pratique** : l'efficacité théorique est celle de la méthode en elle-même utilisée parfaitement, l'efficacité pratique inclut les erreurs d'utilisation de la méthode.

Concernant les méthodes naturelles, de nombreuses études sont parues sur le sujet et se contredisent fréquemment.

Globalement, l'efficacité théorique de la plupart des méthodes naturelles est semblable à celle des contraceptifs usuels mais l'efficacité pratique varie considérablement en fonction des études.

D'après les résultats d'une étude à haut niveau de preuve², la probabilité de survenue d'une grossesse non programmée à un an après utilisation parfaite des méthodes naturelles serait de 0,7 à 3,1% et de 3,8 à 20,4% en utilisation habituelle. Une autre étude à haut niveau de preuve³ retrouve une probabilité de grossesse non programmée à un an de 24% en utilisation habituelle. Dans cette même étude, il est noté une efficacité théorique de 0,4% pour la méthode sympto-thermique.

En 2011, l'OMS a défini les efficacités théoriques (sur les 12 premiers mois d'utilisation) des méthodes naturelles ainsi ⁴ :

- 3% pour les méthodes de l'ovulation (dont l'OMS ne donne pas précisément la définition)
- 4% pour la méthode des 2 jours
- 5% pour la méthode des jours fixes
- 0,9% pour la méthode MAMA

Ces méthodes sont donc considérées comme efficaces car leur efficacité est comprise entre 1 et 9.

Il semble que les méthodes les plus récentes soient aussi les plus efficaces : plusieurs études conduites en Europe retrouvent des chiffres d'efficacité comparables aux méthodes contraceptives usuelles en ce qui concerne la méthode sympto-thermique⁵, et une étude conduite en Australie faisant la synthèse de trois autres études montre un haut niveau d'efficacité de la méthode Billings⁶.

² Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. *Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature*

³ Trussell J. *Contraceptive failure in the United States*

⁴ Organisation mondiale de la santé, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Agence des États-Unis pour le développement international. *Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève: OMS; 2011*

⁵ 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 behaviour during the fertile time : a prospective longitudinal study*

⁶ Hume K. *Fertility awareness in the 1990s – the Billings Ovulation method of natural family planning, its scientific basis, practical application and effectiveness*

Une méta-analyse⁷ suggère également que les méthodes modernes de régulation des naissances (MOB et méthode symptothermique notamment) peuvent être utilisées efficacement pour réguler les naissances.

- Utilisation

Selon l'HAS, les méthodes naturelles étaient utilisées par 6% des femmes en France en 2013, un chiffre stable depuis les années 2000⁸, mais ce chiffre inclut la méthode du retrait qui n'entre pas dans le cadre strict des méthodes naturelles.

- Indications et contre-indications

Les méthodes naturelles ne présentent aucune contre-indication. Il existe cependant un certain nombre d'affections rendant difficile leur utilisation⁹

Des précautions doivent être prises lors de certaines périodes de la vie génitale, notamment dans le post-partum ou en péri-ménopause.

Elles peuvent être indiquées chez toutes les femmes en âge de procréer, pour peu qu'elles s'inscrivent dans une démarche de couple qui accepte l'exigence de ces méthodes.

- Apprentissage

L'un des prérequis à l'efficacité des méthodes naturelles est un enseignement rigoureux par un moniteur expérimenté : la qualité de l'enseignement influence directement l'efficacité de la méthode¹⁰.

En France, trois associations enseignent ces méthodes : le CLER, le Centre Billings France et la Leche League.

⁷ Grimes DA, Gallo MF, Halpern V, Nanda K, Schulz KF, Lopez LM. *Fertility awareness-based methods for contraception*

⁸ HAS. *Document de synthèse : Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*

⁹ OMS. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives*

¹⁰ Ecochard R, Pinguet F, Ecochard I, De Gouvello R, Guy M, Huy F. *Analyse des échecs de la planification familiale naturelle. A propos de 7 007 cycles d'utilisation*

- La PFN dans le monde

La PFN est peu utilisée en France. Dans de nombreux états, des organismes font la promotion des méthodes naturelles, c'est le cas de l'Australian Council of natural family planning en Australie ou encore de Fertility UK au Royaume-Uni.

En 2013, selon le département des affaires économiques et sociales des nations unies, la prévalence d'utilisation de la méthode du calendrier chez les femmes en couple était de 28,4% en Pologne, 20,8% en Bolivie et 11,3% au Vietnam. Nous n'avons pas retrouvé de données précises concernant la prévalence d'utilisation des autres méthodes naturelles.

- Méthodes naturelles et IVG

Concernant les méthodes naturelles, il apparaît que 67,1% des grossesses non programmées sous méthodes naturelles ont pour origine un retrait incomplet du partenaire : cette méthode n'entre pas dans le cadre des méthodes naturelles. 26, 2% des grossesses non programmées sous méthodes naturelles correspondent à une erreur de date, probablement dans le cadre de l'application de la méthode Ogino. Or on sait que cette méthode est parmi les moins fiables des méthodes naturelles, avec des règles souvent mal appliquées. Par ailleurs, les grossesses non programmées dues à l'échec d'une méthode naturelle aboutissent moins souvent à une IVG que les grossesses non programmées dues à l'échec de la pilule (19,1% pour les méthodes naturelles contre 23,1% pour la pilule)¹¹.

¹¹ *Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency*

Annexe 3 : Guide d'entretien

- Introduction

Bonjour,

Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui et de me consacrer du temps.

En quelques mots, cet entretien a pour but d'évaluer les représentations des femmes en matière de régulation des naissances.

Les entretiens réalisés sont exploratoires, c'est-à-dire que je souhaite recueillir le maximum d'idées possibles sur le sujet.

Bien entendu tout ce qui est dit au cours de cet entretien restera confidentiel et anonyme. Si je vous propose de l'enregistrer, c'est pour faciliter notre discussion et éviter des erreurs dans ma prise de notes. Etes-vous d'accord ?

J'attire votre attention sur l'importance de votre témoignage personnel, qui sera accueilli sans jugement.

Avez-vous des questions ?

- Première Partie : Présentez vous
- Deuxième Partie : Contraception-Généralités

Que savez-vous de la contraception en général ?

- Historique de la contraception du sujet
- Autres moyens contraceptifs connus
- Rôle de l'entourage et particulièrement du conjoint
- Place de la foi dans le choix d'une contraception, croyances qui entrent en ligne de compte
- Sources d'informations
- Evaluation de la quantité et de la qualité des informations reçues
- Troisième Partie : Planification familiale naturelle

Si je vous dis « méthodes naturelles », à quoi pensez-vous ?

- Propre expérience du sujet

- Intérêt pour ces méthodes
- Perception du cycle féminin, évaluation de la fenêtre fertile
- Différents types de méthodes de régulation naturelle connus
- Avantages et inconvénients selon vous
- A qui ces méthodes s'adressent-elles selon vous ?
- Comment pourriez-vous avoir accès à des informations relatives à ces méthodes selon vous ?
- Évaluation de la qualité et de la quantité d'information reçue par les professionnels de santé
- Quatrième Partie : Conclusion
- Êtes-vous satisfaite de votre contraception ?
- Avez-vous des suggestions pour améliorer l'accès à l'information concernant la contraception et les méthodes naturelles de régulation des naissances ?
- Quel était votre degré de motivation pour participer à cette étude ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?
- Fiche de présentation (âge, origine géographique, situation maritale, enfants, contraception en cours, profession et pratique d'un culte)

Annexe 4 : Verbatim entretien 15

Pour commencer pouvez-vous vous présenter ?

Alors moi je m'appelle ***, je suis née le *** 19**, j'ai travaillé pendant 16-17 ans dans une bijouterie et puis là je suis un peu en reconversion professionnelle, j'ai deux enfants, donc mon fils qui est né en 2009 et ma petite fille qui est née en 2012, donc qui ont 4 et 7 ans. Je suis mariée depuis 11 ans.

Que savez-vous de la contraception en général ?

Alors on va dire dès qu'on entend le mot contraception, pour moi enfin par rapport à l'expérience que j'ai eu, ça veut plus ou moins dire déjà plus contraception féminine et pour moi ça renvoie forcément à la pilule, voilà à la base on va dire. Parce que du coup j'ai été amenée à prendre la pilule, alors à l'époque c'était Diane 35 ça s'appelait, pour corriger des problèmes d'acné donc je l'ai prise

relativement tôt, je crois que je devais avoir 16 ans. Et puis après, on va dire de par le vécu ben on s'intéresse un peu sur les autres méthodes etc... Et du coup moi après ma contraception elle a changé quand j'ai eu mes enfants.

Ok. Alors parlez-moi de l'historique de votre contraception.

Donc voilà sous pilule, ben mon premier enfant je l'ai eu assez facilement, alors que je me rappelle... Oui ensuite une fois que j'ai eu mon premier enfant j'ai continué après à être sous pilule et là où ça a changé, c'est à la naissance de ma fille du coup où j'ai fait ce qu'on appelle une (hésite) une paraplébite quelques jours après être rentrée à la maison après l'accouchement. Parce que j'ai des problèmes circulatoires, j'ai notamment des varices, je me suis déjà faite opérée 2 fois. Et suite à ça ma sage-femme en urgence m'a fait vraiment paniquer en me disant « ouh là là, ouh là là, je peux pas vous laisser rentrer comme ça... » Donc vu tous ces problèmes circulatoires, en gros elle m'a conseillée un stérilet. De toute façon c'est quelque chose que j'envisageais, ne voulant plus spécialement d'enfants et puis j'avais plus forcément envie de prendre quelque chose à heure fixe tous les jours. Et c'est elle en fait qui m'a après expliqué les différents stérilets qu'il y avait et elle m'a conseillé celui en cuivre en me disant que par rapport à tous mes soucis, que c'était en gros ce qu'il y avait de mieux, et puis du coup moi ça correspondait aussi à une attente de plus avoir envie d'ingérer des hormones, des choses comme ça. Pour moi j'ai l'impression que c'est plus naturel dans le sens ou même si j'ai quelque chose à l'intérieur du corps mais que je ressens pas du tout euh voilà, on va dire que le stérilet fait son travail mais n'a pas ce côté hormonal (sonnerie du téléphone) donc voilà et du coup moi j'en suis ravie ! Alors hormis effectivement tous les petits désagréments qu'il peut avoir ou j'ai des règles qui sont plus du tout comme avant, qui sont hyper abondantes enfin pendant 1 semaine je suis à plat, il y a quand même des petits inconvénients, mais voilà ça dure quelques jours dans le mois et du coup par rapport à cette méthode je suis ravie. Ça va faire 4 ans.

Tout à l'heure vous me disiez que vous ne vouliez plus avoir ces hormones, en quoi cela vous dérange ?

(Souffle) Ben en fait, comme j'ai eu pris la pilule pendant toutes ces années, alors c'est vrai qu'il y avait vraiment des avantages où des fois que ça allait à la chose purement pratique où on part en vacances on a pas envie d'être embêtée avec ses règles, et ben on continue la pilule et puis du coup ça reportait au mois prochain, voilà j'avais envie de quelque chose de plus, alors ça me dérangeait pas en soi parce qu'au niveau du corps etc. y'avait même des avantages, j'avais plus mal au ventre j'avais des règles très peu abondantes mais voilà je fume très occasionnellement et puis voilà j'avais plus envie d'avoir, je l'explique pas vraiment mais voilà plus recours à une méthode plus naturelle

entre guillemets... Comme je fume, même si c'est très occasionnel voilà je sais que c'est pas très conseillé avec la prise de pilule.

Ok. Vous connaissez d'autres moyens contraceptifs ?

Alors de nom, après je connais les patchs, voilà, après c'est juste la forme qui change, j'avais entendu parler aussi d'un implant sous la peau, voilà principalement. Après y'a le préservatif effectivement.

Que diriez-vous à propos des intervenants médicaux que vous avez privilégiés par rapport à la contraception ?

Alors du coup avant d'avoir mon deuxième enfant, parce que pour le premier j'ai été suivie par un gynéco etc. Donc les intervenants en fait j'étais suivie au niveau gynécologique par mon médecin traitant à l'époque qui me faisait mon frottis, mais c'est pas que j'étais pas à l'aise mais à l'époque ça suffisait et ensuite pour la naissance de ma fille j'ai été suivie par une sage-femme, alors pas toute la grossesse mais on va dire l'essentiel et du coup c'est elle aussi qui m'a un petit peu dit que par la suite, enfin je vais pas dire qu'on a créé une relation privilégiée mais un bon feeling et c'est elle qui m'a dit qu'elle pouvait me suivre au niveau de la contraception tout ça. Donc du coup j'ai continué avec elle.

Ok. Et à propos du rôle de votre entourage dans la connaissance et le choix de votre contraception ?

Alors je dirais qu'au début, la prise de pilule à 16 ans, enfin moi en tout cas c'était pas pour le rôle précis de contraception, c'était parce que on me l'a prescrit, en gros « t'as des boutons donc voilà tu vas prendre ça », après ça a continué mais je dirais que non là-dessus y'a pas eu vraiment de... enfin voilà mes parents ou ma mère m'ont pas forcément expliqué les différentes méthodes, c'était la pilule et puis voilà. Je pense, elle, par manque d'informations.

Et parlez-moi du rôle de votre conjoint dans le choix de votre contraception.

Non plus... Non là-dessus « fais comme tu veux », mais là dans ces cas-là je trouve que... Enfin il m'a laissée gérer plus ou moins la situation tout en étant quand même à l'écoute mais bon voilà c'était pas forcément partie de ses priorités quoi.

Quels sont les croyances qui entrent en ligne de compte dans le choix de votre contraception ?

Ah aucune, il n'y en a pas.

Que diriez-vous des sources d'information que vous avez eues au sujet de la contraception ?

Alors je dirais que pour un peu qu'on s'y intéresse, avec Internet il y a quand même, si on veut des informations on peut les avoir, ne serait-ce que si on tape différentes méthodes etc., euh après je me souviens aussi que j'ai, dans la salle d'attente de la sage-femme il y a souvent un petit fascicule qui est super bien fait et l'autre jour elle m'a surpris en train de le regarder et puis un peu étonnée en me disant « mais c'est bon ? », « oui oui c'est pas pour moi personnellement mais du coup pour être simplement informée des différentes méthodes qui existent quoi ». J'aime bien des fois se tenir informée des fois que on soit pas au courant de quelque chose qui... Même si je suis très satisfaite de ce que j'ai actuellement, voilà quand même être, voilà ça nous concerne donc être au courant.

Comment évaluez-vous la quantité et la qualité des informations que vous avez reçues ?

La quantité euh... Pas énormément parce que ben à l'époque moi les... Je veux pas dire que le choix, j'avais pas le choix entre 50 000 propositions mais du coup au moment où j'en ai eu besoin, j'ai, de par ma sage-femme, j'ai eu les informations que j'avais besoin au bon moment on va dire. Elle, elle a apporté les réponses, parce que le stérilet c'est quelque chose que j'avais en tête par rapport au fait que je voulais plus forcément d'enfants et du coup au moment où il y a eu ça et ben elle, elle a apporté un petit peu les réponses à mes questions au bon moment.

Vous parlez du stérilet au moment où vous n'aviez plus envie d'enfant...

Ben alors je sais pas si c'est véridique ou pas mais oui j'associais plus cette contraception une fois qu'on avait plus le désir d'enfant. Parce que j'avais pu lire, alors des fois dans des magazines ou des choses comme ça, qu'on le mettait pas forcément sur des femmes qui voulaient encore des enfants ou alors sous certaines conditions etc. C'est ce que j'avais pu lire donc du coup... je sais pas si c'est vrai ou pas.

Ok. On va parler un peu d'autre chose maintenant, toujours dans le domaine de la régulation des naissances : quand je vous dis méthodes naturelles, à quoi pensez-vous ?

Méthodes naturelles... Alors si, oui une fois j'avais entendu quelque chose, alors ça je m'y étais pas trop intéressée parce que pour moi ça me correspond pas par rapport à ma façon de voir les choses, mais alors une fois j'avais pu voir que la femme tout en analysant, en étant très attentive à son cycle etc., que, enfin c'est un peu abstrait mais qu'en gros elle pouvait choisir des jours où elle était pas fertile, et du coup avec son compagnon choisir les moments où finalement il y avait... Alors je sais pas si y'a pas de risque ou peu (insiste sur « pas » et « peu ») de risque de tomber enceinte mais voilà sur des choses comme ça ou après que la personne se retire avant l'éjaculation ou des choses comme ça. C'est un peu abstrait pour moi car je m'y suis jamais trop intéressée à la chose.

Vous dites que ça ne vous correspond pas ?

Ah non pas du tout ! Je sais pas, après c'est au niveau, moi qui suis quand même très, pas cartésienne mais même si y'a un risque, je pense que malgré tout c'est des méthodes où le risque de tomber enceinte est quand même plus important, peut-être à tort mais voilà. Et puis je sais pas, tous les jours regarder mes pertes, parce qu'une fois j'avais vu quelque chose comme ça : il fallait analyser selon comment elles étaient.

Où aviez-vous vu ça ?

J'sais plus, à la télé, j'avais vu un truc, ça m'avait interpellé j'avais dit « ah ouais quand même » mais moi je me vois pas faire ça quoi.

Pourquoi ?

Parce que non... enfin par manque de temps, par manque d'envie, par ouais non... Pas envie de m'embêter avec ça. Du tout ! (Rires)

Vous m'avez parlé du cycle féminin, quelle est votre perception de ce cycle et de la fenêtre fertile ?

Ah ben alors je ne sais pas du tout, je sais qu'il y a un calcul à faire etc... (Sonnerie du téléphone) Je sais que voilà après on a un cycle alors je sais plus si, je me mélange toujours si c'est 21 ou 28 jours, pendant ces périodes après... Y'a une ovulation qui va se faire... Enfin si c'est le 14ème jour... Je m'y étais un peu plus intéressée au moment où je voulais tomber enceinte, en gros on m'avait dit alors pour le premier, c'est allé assez vite, pour le deuxième ça a mis un peu plus et le médecin à l'époque m'avait dit « ouh là là mais en gros vous arriverez jamais à tomber enceinte vu votre cycle, il est très long et puis des fois il est irrégulier... » En gros la probabilité pour arriver à avoir un rapport le jour de l'ovulation... Et du coup j'étais sortie de là-bas complètement déprimée, et c'est vrai qu'après la sage-femme m'avait dit que j'avais un cycle qui pouvait être très long et qui pouvait se décaler... Bon résultat des courses je suis quand même tomber enceinte. J'ai sûrement appris à l'école... J'ai dû oublier.

Pour vous quels sont les avantages et les inconvénients de ces méthodes ?

C'est peut-être pas forcément vrai parce que du coup je suis pas assez au courant mais... Moi le risque premier ça serait que ce soit pas suffisamment fiable, l'inconvénient c'est aussi par exemple tous les jours d'aller regarder sa culotte et dire « bon tiens comment elles sont... » C'est quelque chose qui m'attire pas. Après effectivement l'intérêt c'est d'avoir recours, enfin que ce soit naturel mais du coup enfin moi pour ma part je retrouve ce côté naturel avec le stérilet même si j'ai quelque chose dans mon corps que je sens absolument pas, enfin du coup euh voilà...

Dans le sens où il n'y a pas d'hormones ?

Ouais c'est ça. Même si les hormones c'est peut-être quelque chose de naturel mais voilà.

Selon vous à qui ces méthodes s'adressent elles ?

Très bonne question... Alors ça ! Je sais pas après peut-être des personnes, ouais non je sais pas en fait... Je sais pas à qui ça peut servir, je vois ça sur les gens un peu... C'est pas péjoratif, pas du tout, les gens un peu « baba cool », qui veulent... Des gens, j'y associe à ça, je sais pas pourquoi mais voilà ! (Rires) Est-ce-que c'est sur des personnes qui ont des religions... Peut-être hein je sais pas, qui veulent enfin peut-être qu'ils se disent je sais pas ben si y'a un loupé c'est pas grave, c'est un enfant, c'est une vie on va l'accepter etc... Tant pis si y'a un loupé, moi au jour d'aujourd'hui je tomberais enceinte, j'aurais quand même beaucoup de questions qui arriveraient quoi.

C'est-à-dire ?

Ben souvent je disais à mon mari, on a 2 enfants qui sont diamétralement différents et je lui disais il y a pas si longtemps, je serais juste curieuse de me dire si on a un troisième, comment il serait, mais après je suis pas sûre que si demain je tombe enceinte je garderais l'enfant sincèrement parce qu'on a trouvé un équilibre, mon mari était moyennement chaud pour avoir un deuxième donc là-dessus on a tous trouvé notre équilibre et... La question se poserait ce serait difficile de choisir mais elle se poserait en tout cas.

Si vous aviez envie, besoin, comment pourriez-vous avoir accès à des informations sur ces méthodes ?

Oh ben j'irai sur Internet, ce serait le premier réflexe, ou après éventuellement d'en parler à un professionnel de santé pour en savoir un petit peu plus mais je dirais que ouais dans un premier temps si j'étais plus en phase, enfin simplement de recherche je me dirigerais sur Internet et après si j'étais attirée par cette méthode-là, j'en parlerais plus à un professionnel de santé.

Ok. Et comment évaluez-vous la qualité et la quantité des informations reçues au sujet des méthodes naturelles ?

Ah ben aucune, parce que moi j'ai pas fait la démarche, je vous dis, du coup j'étais tombée une fois mais par hasard sur une émission mais voilà parce que moi j'ai jamais été en demande d'une part et puis parce que ça m'intéresse pas spécialement non plus. Dans ce sens-là je n'ai reçu aucune information là-dessus.

Vous auriez des suggestions pour améliorer l'information pour des personnes intéressées par ces méthodes ?

Peut-être dans les fascicules qui sont liés aux méthodes de contraception... Alors à l'époque... Si ça se trouve peut-être que c'est noté, peut-être qu'ils en parlent dedans mais vu que je suis pas du tout réceptive à ça... Peut-être.

Et au sens plus large, auriez-vous des suggestions pour améliorer l'accès à l'information sur la contraception ?

Moi ça me suffit parce que du coup je trouve que maintenant quand on veut de l'information on peut la trouver, après je sais pas ça a peut-être changé mais après je sais pas si au collège... Si on en parle, si c'est des choses qui sont abordées, après moi je sais que ayant une fille et un garçon après j'aurai peut-être un rôle, je donnerai plus d'information aussi moi à mes enfants que moi j'en ai reçues quand j'étais plus jeune, parce que moi je suis fille unique j'étais dans une famille où on n'en parlait pas, je vais pas dire que c'était tabou mais moi j'ai jamais abordé la chose avec mes parents mais ma mère m'en a jamais spécialement parlé non plus, et je sais que les choses évoluent un peu, moi je sais que j'essaierai dans la mesure du possible d'en parler à mes enfants.

Dans la mesure du possible ?

S'ils sont réceptifs à ce que ce soit moi qui leur en parle... Parce qu'après ça dépend des relations qu'on peut avoir, là ils sont trop jeunes pour aborder le sujet mais j'essaierai de leur donner un minimum d'information sur ce que je sais et voilà quoi.

Ok. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Non...

Annexe 5 : Tableau de codage entretien 15

Code	Définition	Extrait
Responsabilité féminine contraception	Absence de responsabilité partagée	"Alors on va dire dès qu'on entend le mot contraception, pour moi enfin par rapport à l'expérience que j'ai eu, ça veut plus ou moins dire déjà plus contraception féminine"
Contraception féminine	Prédominance des moyens contraceptifs à usage féminin par rapport aux moyens à usage masculin	"et pour moi ça renvoie forcément à la pilule, voilà à la base on va dire."

Historique de la contraception	Histoire personnelle de la contraception de la patiente	"Parce que du coup j'ai été amenée à prendre la pilule, alors à l'époque c'était Diane 35 ça s'appelait" [...] donc je l'ai prise relativement tôt, je crois que je devais avoir 16 ans." "Et du coup moi après ma contraception elle a changé quand j'ai eu mes enfants." "Donc voilà sous pilule" "alors que je me rappelle... Oui ensuite une fois que j'ai eu mon premier enfant j'ai continué après à être sous pilule et là où ça a changé, c'est à la naissance de ma fille du coup" "Ça va faire 4 ans" [pose DIU]
Pathologie dermatologique	Motif prise de contraceptif	"pour corriger des problèmes d'acné" "Alors je dirais qu'au début, la prise de pilule à 16 ans, enfin moi en tout cas c'était pas pour le rôle précis de contraception, c'était parce que on me l'a prescrit, en gros t'as des boutons donc voilà tu vas prendre ça"
Intérêt grandissant	Évolution de l'intérêt porté à la contraception avec le temps	"Et puis après, on va dire de par le vécu ben on s'intéresse un peu sur les autres méthodes etc..."
Fertilité	Facilité à concevoir	"ben mon premier enfant je l'ai eu assez facilement" "Bon résultat des courses je suis quand même tombée enceinte"
Contre-indications de la pilule	Connaissance de l'existence de critères médicaux entrant dans le choix d'une contraception	"où j'ai fait ce qu'on appelle une (hésite) une paraplébite quelques jours après être rentrée à la maison après l'accouchement. Parce que j'ai des problèmes circulatoires, j'ai notamment des varices, je me suis déjà faite opérée 2 fois [...] Donc vu tous ces problèmes circulatoires, en gros elle [sage-femme] m'a conseillée un stérilet." "mais voilà je fume très occasionnellement" "Comme je fume, même si c'est très occasionnel voilà je sais que c'est pas très conseillé avec la prise de pilule."
Inquiétude patiente	Influence réaction personnel médical/paramédical sur état patiente	"Et suite à ça [épisode de paraplébite post accouchement] ma sage-femme en urgence m'a fait vraiment paniquer en me disant «ouh là là, ouh là là, je peux pas vous laisser rentrer comme ça... » " "Et du coup j'étais sortie de là-bas complètement déprimée"
Information médicale et paramédicale	Sources d'information	"Donc vu tous ces problèmes circulatoires, en gros elle m'a conseillée un stérilet" "Et c'est elle en fait qui m'a après expliqué les différents stérilets qu'il y avait et elle m'a conseillé celui en cuivre en me disant que par rapport à tous mes soucis, que c'était en gros ce qu'il y avait de mieux"

Période vie génitale	Motif de prise de contraceptif	"De toute façon c'est quelque chose [le stérilet] que j'envisageais, ne voulant plus spécialement d'enfants" "parce que le stérilet c'est quelque chose que j'avais en tête par rapport au fait que je voulais plus forcément d'enfants"
Modalités utilisation	Motif de prise de contraceptif	"et puis j'avais plus forcément envie de prendre quelque chose à heure fixe tous les jours"
Crainte hormones	Peur de prendre hormones de synthèse à visée contraceptive	"et puis du coup moi ça correspondait aussi à une attente de plus avoir envie d'ingérer des hormones, des choses comme ça."
Caractère artificiel de la contraception	Idée du naturel	"Pour moi j'ai l'impression que c'est plus naturel dans le sens ou même si j'ai quelque chose à l'intérieur du corps mais que je ressens pas du tout euh voilà, on va dire que le stérilet fait son travail mais n'a pas ce côté hormonal (sonnerie du téléphone)" "(Souffle) Ben en fait, comme j'ai eu pris la pilule pendant toutes ces années, [...] voilà j'avais envie de quelque chose de plus [...] et puis voilà j'avais plus envie d'avoir, je l'explique pas vraiment mais voilà plus recours à une méthode plus naturelle entre guillemets..." "mais du coup enfin moi pour ma part je retrouve ce côté naturel avec le stérilet même si j'ai quelque chose dans mon corps que je sens absolument pas, enfin du coup euh voilà..." "Ouais c'est ça. Même si les hormones c'est peut-être quelque chose de naturel mais voilà."
Satisfaction	Satisfaction ou non vis à vis du moyen contraceptif choisi	"donc voilà et du coup moi j'en suis ravie !" "et du coup par rapport à cette méthode je suis ravie." "même si je suis très satisfaite de ce que j'ai actuellement"
Inconvénients du DIU	Paramètres liés à l'utilisation du DIU reconnus comme négatifs	"Alors hormis effectivement tous les petits désagréments qu'il peut avoir ou j'ai des règles qui sont plus du tout comme avant, qui sont hyper abondantes enfin pendant 1 semaine je suis à plat, il y a quand même des petits inconvénients, mais voilà ça dure quelques jours dans le mois"
Avantages de la pilule	Paramètres liés à la prise de pilule reconnus comme positifs	"alors c'est vrai qu'il y avait vraiment des avantages où des fois que ça allait à la chose purement pratique où on part en vacances on a pas envie d'être embêtée avec ses règles, et ben on continue la pilule et puis du coup ça reportait au mois prochain" "alors ça me dérangeait pas en soi parce qu'au niveau du corps etc y'avait même des avantages, j'avais plus mal au ventre j'avais des règles très peu abondantes"
Savoir général sur la	Connaissances	"Alors de nom, après je connais les patchs, voilà,

contraception	appropriées ou non sur la contraception	après c'est juste la forme qui change, j'avais entendu parler aussi d'un implant sous la peau, voilà principalement. Après y'a le préservatif effectivement."
Intervenants médicaux	Intervenants médicaux privilégiés en matière de suivi pour la contraception	"Alors du coup avant d'avoir mon deuxième enfant, parce que pour le premier j'ai été suivie par un gynéco etc... Donc les intervenants en fait j'étais suivie au niveau gynécologique par mon médecin traitant à l'époque qui me faisait mon frottis mais c'est pas que j'étais pas à l'aise mais à l'époque ça suffisait et ensuite pour la naissance de ma fille j'ai été suivie par une sage-femme, alors pas toute la grossesse mais on va dire l'essentiel et du coup c'est elle aussi qui m'a un petit peu dit que par la suite [...] et c'est elle qui m'a dit qu'elle pouvait me suivre au niveau de la contraception tout ça. Donc du coup j'ai continué avec elle."
Relation privilégiée	Confiance en personnel médical/paramédical	"enfin je vais pas dire qu'on a créé une relation privilégiée mais un bon feeling [avec sage-femme]"
Décision médicale	Choix méthode contraceptive patiente imputable au médecin	"c'était parce que on me l'a prescrit, en gros t'as des boutons donc voilà tu vas prendre ça"
Absence information / entourage patiente	Information inexistante sur un ou plusieurs moyens contraceptifs	"après ça a continué mais je dirais que non là-dessus y'a pas eu vraiment de... enfin voilà mes parents ou ma mère m'ont pas forcément expliqué les différentes méthodes, c'était la pilule et puis voilà"
Information insuffisante entourage	Lacunes connaissances concernant la contraception	"Je pense, elle [sa mère], par manque d'informations."
Absence de rôle du conjoint	Place du conjoint dans les connaissances et le choix d'une contraception	"Non plus... Non là-dessus « fais comme tu veux », mais là dans ces cas-là je trouve que... Enfin il m'a laissée gérer plus ou moins la situation"
Implication du conjoint	Place du conjoint dans les connaissances et le choix d'une contraception	"Enfin il m'a laissée gérer plus ou moins la situation tout en étant quand même à l'écoute"
Absence intérêt hommes	Manque de considération pour la problématique de la contraception / hommes	"mais bon voilà c'était pas forcément partie de ses priorités quoi."

Croyances	Influence des croyances et des religions sur le choix contraceptif	"Ah aucune, il n'y en a pas."
Implication personnelle	Recherche d'information	"Alors je dirais que pour un peu qu'on s'y intéresse, [...] si on veut des informations on peut les avoir" "parce que du coup je trouve que maintenant quand on veut de l'information on peut la trouver" "parce que moi j'ai pas fait la démarche, je vous dis" "parce que moi j'ai jamais été en demande d'une part"
Information médias	Sources d'information	"avec Internet il y a quand même" "ne serait-ce que si on tape différentes méthodes etc." "euh après je me souviens aussi que j'ai, dans la salle d'attente de la sage-femme il y a souvent un petit fascicule qui est super bien fait et l'autre jour elle m'a surpris en train de le regarder et puis un peu étonnée en me disant « mais c'est bon ? », « oui oui c'est pas pour moi personnellement mais du coup pour être simplement informée des différentes méthodes qui existent quoi »
Information actualisée	Importance de se tenir informée du fait de l'évolution des moyens contraceptifs	"J'aime bien des fois se tenir informée des fois que on soit pas au courant de quelque chose qui..." "voilà quand même être, voilà ça nous concerne donc être au courant."
Information insuffisante	Besoin d'information	"La quantité euh... Pas énormément"
Manque de choix	Nombre de moyens contraceptifs proposés insuffisant	"parce que ben à l'époque moi les... Je veux pas dire que le choix, j'avais pas le choix entre 50 000 propositions"
Information suffisante	Absence de besoin d'information	"mais du coup au moment où j'en ai eu besoin, j'ai, de par ma sage-femme, j'ai eu les informations que j'avais besoin au bon moment on va dire. Elle, elle a apporté les réponses" "et du coup au moment où il y a eu ça et ben elle, elle a apporté un petit peu les réponses à mes questions au bon moment." "Moi ça me suffit"
Questionnement personnel	Interrogations	"Ben alors je sais pas si c'est véridique ou pas" "C'est ce que j'avais pu lire donc du coup... je sais pas si c'est vrai ou pas."
Savoir sur le DIU	Connaissances appropriées ou non sur le DIU	"mais oui j'associais plus cette contraception [DIU] une fois qu'on avait plus le désir d'enfant" "Parce que j'avais pu lire, alors des fois dans des magazines ou des choses comme ça, qu'on le mettait"

		pas forcément sur des femmes qui voulaient encore des enfants ou alors sous certaines conditions etc... "
Savoirs généraux sur la PFN	Connaissances appropriées ou non sur la PFN	"Méthodes naturelles... Alors si, oui une fois j'avais entendu quelque chose, [...] mais alors une fois j'avais pu voir que la femme tout en analysant, en étant très attentive à son cycle etc., que, [...] mais qu'en gros elle pouvait choisir des jours où elle était pas fertile, et du coup avec son compagnon choisir les moments où finalement il y avait..."Alors je sais pas si y'a pas de risque ou peu (insiste sur « pas » et « peu ») de risque de tomber enceinte" "mais voilà sur des choses comme ça ou après que la personne se retire avant l'éjaculation ou des choses comme ça." "parce qu'une fois j'avais vu quelque chose comme ça : il fallait analyser selon comment elles [les pertes vaginales] étaient."
Absence intérêt pour PFN	Patiente ne souhaitant pas connaître d'avantage PFN, n'étant pas ouverte à l'utilisation de ce type de méthodes	"alors ça je m'y étais pas trop intéressée parce que pour moi ça me correspond pas par rapport à ma façon de voir les choses" "C'est un peu abstrait pour moi car je m'y suis jamais trop intéressée à la chose." "Ah non pas du tout !" "mais moi je me vois pas faire ça quoi." "C'est quelque chose qui m'attire pas." "et puis parce que ça m'intéresse pas spécialement non plus."
Incertitude	Doute sur connaissances relatives à la PFN	"enfin c'est un peu abstrait" "C'est un peu abstrait pour moi car je m'y suis jamais trop intéressée à la chose." "Alors je sais pas si y'a pas de risque ou peu (insiste sur « pas » et « peu ») de risque de tomber enceinte" "peut-être à tort mais voilà." "C'est peut-être pas forcément vrai parce que du coup je suis pas assez au courant mais..." "Alors à l'époque... Si ça se trouve peut-être que c'est noté, peut-être qu'ils en parlent dedans mais vu que je suis pas du tout réceptive à ça... Peut-être."
Caractère aléatoire des méthodes naturelles	Ressenti d'approximation de la PFN	"Je sais pas, après c'est au niveau, moi qui suis quand même très, pas cartésienne mais même si y'a un risque"
Efficacité moindre PFN	Comparaison efficacité méthodes naturelles et contraceptifs usuels	"je pense que malgré tout c'est des méthodes où le risque de tomber enceinte est quand même plus important, peut-être à tort mais voilà."
Inconvénients observation glaire	Paramètres liés à l'observation de la glaire cervicale	"Et puis je sais pas, tous les jours regarder mes pertes"

cervicale	reconnus comme négatifs	
Information concernant la PFN médias	Sources d'information / les méthodes naturelles	"J'sais plus, à la télé, j'avais vu un truc" "Oh ben j'irai sur Internet, ce serait le premier réflexe" "mais je dirais que ouais dans un premier temps si j'étais plus en phase, enfin simplement de recherche je me dirigerais sur Internet" "du coup j'étais tombée une fois mais par hasard sur une émission mais voilà"
Intérêt pour PFN	Patiente curieuse d'en connaître davantage sur PFN, ouverte à la possibilité d'utilisation de ce type de méthodes	"ça m'avait interpellé j'avais dit « ah ouais quand même »"
Contrainte	Méthodes naturelles considérées comme astreignantes	"Parce que non... enfin par manque de temps, par manque d'envie, par ouais non... Pas envie de m'embêter avec ça. Du tout ! (Rires)" "l'inconvénient c'est aussi par exemple tous les jours d'aller regarder sa culotte et dire « bon tiens comment elles sont... »"
Ignorance physiologie du cycle	Incapacité à reconnaître phases du cycle féminin	"Ah ben alors je ne sais pas du tout" "J'ai dû oublier."
Méthodes de calculs	Connaissance des méthodes de calculs	"je sais qu'il y a un calcul à faire etc... (Sonnerie du téléphone)" "Je sais que voilà après on a un cycle alors je sais plus si, je me mélange toujours si c'est 21 ou 28 jours, pendant ces périodes après... Y'a une ovulation qui va se faire... Enfin si c'est le 14ème jour..."
Aide à la procréation	Mention du versant « aide à la procréation » des méthodes naturelles	"Je m'y étais un peu plus intéressée au moment où je voulais tomber enceinte"
Information cycle féminin médicale et paramédicale	Sources d'information / le cycle féminin	"en gros on m'avait dit alors pour le premier c'est allé assez vite, pour le deuxième ça a mis un peu plus et le médecin à l'époque m'avait dit « ouh là là mais en gros vous arriverez jamais à tomber enceinte vu votre cycle, il est très long et puis des fois il est irrégulier... » En gros la probabilité pour arriver à avoir un rapport le jour de l'ovulation..." "et c'est vrai qu'après la sage-femme m'avait dit que j'avais un cycle qui pouvait être très long et qui pouvait se décaler..."
Information cycle féminin	Sources d'information /	"J'ai sûrement appris à l'école..."

école	le cycle féminin	
Absence efficacité	Méthodes inefficaces pour éviter une grossesse	" Moi le risque premier ça serait que ce soit pas suffisamment fiable"
Absence d'hormones ou de corps étrangers	Avantages PFN	"Après effectivement l'intérêt c'est d'avoir recours, enfin que ce soit naturel"
Anticonformistes	Population visée par les méthodes naturelles	"Très bonne question... Alors ça ! Je sais pas après peut-être des personnes, ouais non je sais pas en fait... Je sais pas à qui ça peut servir, je vois ça sur les gens un peu... C'est pas péjoratif, pas du tout, les gens un peu « baba cool », qui veulent... Des gens, j'y associe à ça, je sais pas pourquoi mais voilà. (Rires)"
Personnes croyantes, ayant une orientation religieuse	Population visée par les méthodes naturelles	"Est-ce-que c'est sur des personnes qui ont des religions... Peut-être hein je sais pas"
Couple acceptant risque de grossesse	Population visée par les méthodes naturelles	"qui veulent enfin peut-être qu'ils se disent je sais pas ben si y'a un loupé c'est pas grave, c'est un enfant, c'est une vie on va l'accepter etc... Tant pis si y'a un loupé"
Grossesse vécue comme un risque	Accueil d'une grossesse éventuelle	"moi au jour d'aujourd'hui je tomberais enceinte, j'aurais quand même beaucoup de questions qui arriveraient quoi" "mais après je suis pas sûre que si demain je tombe enceinte je garderais l'enfant sincèrement" "La question se poserait ce serait difficile de choisir mais elle se poserait en tout cas."
Désir d'enfant	Souhait ou pas d'avoir un enfant	"Ben souvent je disais à mon mari, on a 2 enfants qui sont diamétralement différents et je lui disais il y a pas si longtemps, je serais juste curieuse de me dire si on a un troisième, comment il serait" "parce qu'on a trouvé un équilibre, mon mari était moyennement chaud pour avoir un deuxième donc là-dessus on a tous trouvé notre équilibre et..."
Information concernant la PFN médicale et paramédicale	Sources d'information / les méthodes naturelles	"ou après éventuellement d'en parler à un professionnel de santé pour en savoir un petit peu plus" "et après si j'étais attirée par cette méthode-là, j'en parlerais plus à un professionnel de santé."
Quantité d'information fournie	Sources d'information PFN	"Ah ben aucune" "Dans ce sens-là je n'ai reçu aucune information là-dessus."
Information souhaitée PFN	Modalités d'informations souhaitées concernant	"Peut-être dans les fascicules qui sont liés aux méthodes de contraception..."

	la PFN	
Information souhaitée contraception	Modalités d'informations souhaitées concernant la contraception	"après je sais pas ça a peut-être changé mais après je sais pas si au collège... Si on en parle, si c'est des choses qui sont abordées"
Information parents-enfants	Souhait d'une transmission des connaissances relatives à la contraception à ses enfants	"après moi je sais que ayant une fille et un garçon après j'aurai peut-être un rôle, je donnerai plus d'information aussi moi à mes enfants que moi j'en ai reçues quand j'étais plus jeune" "et je sais que les choses évoluent un peu, moi je sais que j'essaierai dans la mesure du possible d'en parler à mes enfants." "S'ils sont réceptifs à ce que ce soit moi qui leur en parle... Parce qu'après ça dépend des relations qu'on peut avoir, là ils sont trop jeunes pour aborder le sujet mais j'essaierai de leur donner un minimum d'information sur ce que je sais et voilà quoi"
Tabou	Gêne lors de l'évocation de la contraception ou de la sexualité, difficultés ressenties	"parce que moi je suis fille unique j'étais dans une famille où on n'en parlait pas, je vais pas dire que c'était tabou mais moi j'ai jamais abordé la chose avec mes parents mais ma mère m'en a jamais spécialement parlé non plus"



Nom, prénom du candidat : *BOEDEC Camille*

CONCLUSIONS

De tout temps, les femmes ont essayé de contrôler leur fécondité. Les méthodes naturelles, dont la première décrite fut la méthode Ogino dans les années 1930, rapidement suivie par les méthodes d'auto-observation, ont été mises de côté avec l'invention de la pilule contraceptive en 1956.

50 ans après la Loi Neuwirth autorisant l'usage de la pilule en France, les contraceptifs usuels subissent une désaffection à la faveur d'un désir de « retour au naturel ». La norme contraceptive française est en pleine évolution, notamment du fait de la crainte des hormones, exacerbée par les polémiques récentes concernant les contraceptifs.

Nous avons voulu évaluer, à partir de leurs connaissances sur la contraception et la physiologie féminine, les représentations des patientes en matière de planification familiale naturelle (PFN) dans le but d'adapter le discours des professionnels de santé à ce propos.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patientes de la région lyonnaise. Nous avons interrogé ces femmes sur leurs représentations de la planification familiale naturelle et l'information reçue au sujet des méthodes de régulation des naissances.

Cette étude a mis en évidence des lacunes dans les connaissances des méthodes naturelles considérées comme des méthodes archaïques et inefficaces. La planification familiale naturelle était réputée exigeante et rigoureuse. Ses principes généraux étaient connus : les patientes citaient la nécessité d'une abstinence périodique ou d'une combinaison à des méthodes barrières au moment de l'ovulation. La difficulté résidait en la capacité à définir la fenêtre fertile : les patientes utilisaient des méthodes de calculs approximatives et parfois erronées. Elles avaient aussi des lacunes dans les connaissances de la physiologie du cycle féminin.

D'après les patientes, la planification familiale naturelle pouvait s'adresser à presque tout le monde, mais certaines populations seraient davantage visées : les écologistes, les « bobos », les personnes pratiquant un culte, les couples stables souhaitant une relation durable.

L'ensemble des patientes trouvaient de nombreux avantages aux méthodes naturelles : le naturel était un avantage en lui-même, l'absence de contre-indications et d'effets secondaires était soulignée. Les utilisatrices de la PFN estimaient que ces méthodes permettaient de renforcer l'amour et la communication dans le couple, l'avantage économique et l'indépendance par rapport aux laboratoires et au personnel de santé étaient rapportés.

Les difficultés concernaient les patientes : la gestion du désir sexuel pouvait être compliquée, la peur d'utiliser un moyen mal connu et la crainte d'être jugée étaient citées. Les freins à l'utilisation de la PFN étaient aussi relatifs aux médecins qui ne promulguaient pas ces méthodes selon les femmes interrogées, et qui adoptaient une attitude négative vis-à-vis des femmes utilisant la PFN. Les laboratoires et les autorités étaient cités comme des obstacles potentiels : la PFN étant gratuite, elle n'était pas rentable et donc inintéressante sur le plan économique.

L'apprentissage était peu évoqué, une seule patiente citait l'importance d'être accompagnée et de se former aux méthodes naturelles avant de les utiliser.



Le conjoint, absent du choix dans le domaine de la contraception, était très présent dans la planification familiale naturelle : son avis était sollicité et il participait activement au contrôle de la fécondité en aidant sa compagne dans ses observations et en se faisant le rapporteur de ces observations.

Les patientes montraient de la curiosité pour les méthodes naturelles, elles s'interrogeaient, notamment à l'issue des entretiens.

Les informations reçues au sujet de la PFN étaient rares : aucun médecin n'avait évoqué spontanément ces méthodes aux patientes interrogées, elles avaient glané des informations au hasard ou se renseignaient via les médias et particulièrement Internet, tout en se méfiant de la fiabilité des informations données.

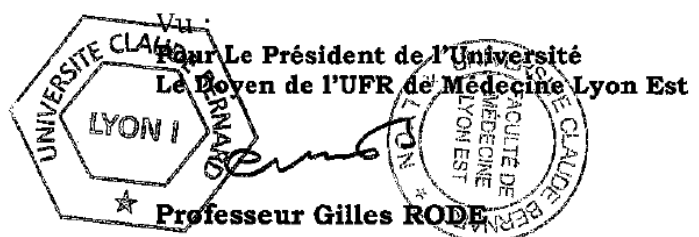
Les femmes suggéraient que l'image de la PFN soit améliorée et que l'information à son sujet soit donnée à toutes les femmes le plus tôt possible à l'école, via les médecins et les médias.

Tenant compte des 203 463 IVG recensés par l'Institut national d'étude démographiques (INED) en 2015, il nous semble indispensable que les médecins exposent à toutes les femmes vues en consultation pour une demande de contraception l'ensemble des moyens à disposition y compris la planification familiale naturelle. Ceci pourrait contribuer à limiter les échecs de contraception. Les soignants devraient être capables d'orienter les patients qui le souhaitent vers des gens compétents pour les aider dans leur apprentissage. Les médecins devraient tenter de dépasser leurs craintes et faire confiance aux patientes pour la gestion de leur fertilité, après leur avoir donné tous les outils et informations nécessaires.

Le Président de la thèse,

Pr Marie FLORI

Signature



Vu et permis d'imprimer

Lyon, le

09 NOV. 2017

BOEDEC Camille : Regard des femmes sur la planification familiale naturelle - Etude qualitative auprès de 15 patientes de la région lyonnaise

RESUME :

Contexte : On assiste à un engouement récent des patientes pour des méthodes contraceptives plus « naturelles », notamment depuis les polémiques concernant les contraceptifs usuels. La planification familiale naturelle (PFN) est peu utilisée en France malgré une efficacité théorique proche de celle des autres contraceptifs.

Objectif : Evaluer, à partir de leurs connaissances sur la contraception et la physiologie féminine, les représentations des patientes en matière de planification familiale naturelle dans le but d'adapter le discours des professionnels de santé à ce propos.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 femmes de la région lyonnaise.

Résultats : Les patientes connaissaient les principes généraux de la PFN, les méthodes les plus anciennes étaient citées. De nombreuses lacunes étaient constatées concernant la physiologie du cycle féminin et les méthodes naturelles. La plupart des patientes n'avaient aucune expérience de ces méthodes mais étaient curieuses d'en connaître davantage et portaient de l'intérêt pour le naturel dans sa globalité, tout en manifestant une crainte des hormones. L'apprentissage de ces méthodes était peu évoqué. La PFN était réputée contraignante, inefficace et archaïque. Les informations reçues provenaient d'Internet et de l'entourage des patientes. Les médecins n'étaient pas mentionnés.

Conclusion : Il apparaît nécessaire que les médecins exposent à toutes les femmes vues en consultation pour une demande de contraception l'ensemble des moyens à disposition y compris la planification familiale naturelle. Ceci pourrait contribuer à limiter les échecs de contraception. Les soignants devraient être capables d'orienter les patients qui le souhaitent vers des gens compétents pour les aider dans leur apprentissage. Les médecins devraient tenter de dépasser leurs craintes et faire confiance aux patientes pour la gestion de leur fertilité, après leur avoir donné tous les outils et informations nécessaires.

MOTS CLES : représentations, patientes, planification familiale naturelle, médecine générale

JURY : Président : Madame le professeur Marie FLORI

Membres : Monsieur le Professeur Gautier CHENE

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Madame le Docteur Corinne PERDRIX

Madame le Docteur Isabelle ECOCHARD

DATE DE SOUTENANCE : 12 décembre 2017

Adresse postale de l'auteur : 3 impasse de la Velarie 38790 SAINT GEORGES D'ESPERANCHE

Email : camille.boedec@yahoo.fr