

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Bénédicte CHARRETIER

Le 14 juin 2022

Evaluation des connaissances des médecins généralistes en ex-région Midi-Pyrénées sur les méthodes naturelles de contraception

Directrice de thèse : Dr Isabelle FRAY

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT

Madame le Docteur Isabelle FRAY

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BRÔS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCÔS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSÉ Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVALD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemah (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORE Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Mariène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adéline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	M. MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements

Aux membres du jury.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Vos enseignements de qualité et votre bienveillance m'ont permis de perfectionner mes connaissances avec plaisir. Je vous exprime ici ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT,

Je te remercie d'avoir permis l'étincelle pour initier ce travail lors de mon stage avec toi en SFSE. Merci pour ta pédagogie et ta bienveillance durant mon internat. Merci pour ce que tu fais pour les internes sur le territoire, et pour ton investissement au sein de la faculté.

A Madame le Docteur Isabelle FRAY,

Infiniment merci de m'avoir guidée durant tout ce travail. Tu as su répondre à mes nombreux doutes et m'accompagner pour mener à bien cette thèse. Merci pour ta patience, ton écoute et ta disponibilité. Sois assurée de toute mon estime.

À mes proches,

Merci pour votre amour, de m'avoir soutenue dans les choix que j'ai fait, et de m'aider à être libre jour après jour.

« *Parce que jouer collectif les gars, c'est gagner.* »

Ugo Mola, entraîneur du Stade toulousain

Table des matières

Remerciements	
Table des matières	1
Liste des abréviations	3
Liste des tableaux et des figures.....	4
I. Introduction :	5
1. Contexte historique	5
2. Et les méthodes naturelles de contraception dans tout cela ?.....	6
3. Description des méthodes naturelles de contraception	6
a) Les méthodes basées sur l'identification de la période fertile	7
b) La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	12
c) La méthode du coït interrompu (retrait).....	12
4. Efficacité des méthodes naturelles de contraception.....	13
5. Vécu des femmes utilisant les méthodes naturelles de contraception.....	13
II. Matériel et Méthode	15
1. Type d'étude.....	15
2. Population étudiée	15
3. Recueil de données.....	15
4. Diffusion du questionnaire	16
5. Analyse des données	17
III. Résultats	18
1. Diagramme de flux.....	18
2. Population de l'étude.....	19
3. Evaluation des connaissances.....	20
a) Auto-évaluation.....	20

b)	Connaissance des méthodes naturelles de contraception.....	21
c)	Efficacité des méthodes naturelles de contraception	22
d)	Capacité d'explication des méthodes naturelles de contraception.....	23
4.	Réseaux et volontés de formation aux méthodes naturelles de contraception	24
5.	Analyse comparative	26
IV.	Discussion	29
1.	Forces et limites de l'étude.....	29
a)	Forces	29
b)	Limites	29
2.	Discussion autour des résultats	30
a)	Connaissances des médecins généralistes en ex-région Midi Pyrénées	30
b)	Comparaison avec d'autres études réalisées sur le même sujet.....	31
3.	Méthodes naturelles de contraception et formation médicale.....	32
a)	Formation actuelle des médecins concernant les MNC.....	32
b)	Formation des médecins à l'internationale	33
4.	Perspectives.....	34
a)	Connaître les outils et réseaux existants autour des méthodes naturelles de contraception	34
b)	Sensibilisation à la variation de l'efficacité	35
c)	Les méthodes naturelles de contraception : pour toutes les femmes ?.....	36
V.	Conclusion.....	38
	Bibliographie	39
	ANNEXES	44

Liste des abréviations

SIU : Système intra-utérin

DIU : Dispositif intra-utérin

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

MNC : Méthodes naturelles de contraception

IVG : Interruption volontaire de grossesse

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

TBC : Température basale du corps

LH : Hormone lutéinisante

GnRH : Gonadotropin-Releasing Hormone ou hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires

FSH : Hormone folliculostimulante

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MG : Médecin généraliste

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

MSU : Maître de stage universitaire

SFSE : Santé de la femme et santé de l'enfant

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

DPC : Développement professionnel continu

FMC : Formation médicale continue

CNGOF : Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sage-Femmes

Liste des tableaux et des figures

Figure 1 Evaluation de la glaire cervicale	7
Figure 2 Évolution de la glaire cervicale au cours du cycle.....	8
Figure 3 Exemple de graphique de TBC	9
Figure 4 Exemple de diagramme sympto-thermique.....	10
Figure 5 Collier pour la méthode des jours fixes	11
Figure 6 Diagramme de flux au premier envoi	18
Figure 7 Diagramme de flux au second envoi.....	18
Figure 8 Auto-évaluation des connaissances sur une échelle de 1 à 10.....	21
Figure 9 Connaissance des MNC	21
Figure 10 Evaluation de l'efficacité des MNC	22
Figure 11 Capacité d'explication des MNC.....	23
Tableau 1 Description de l'échantillon	20
Tableau 2 Connaissance des MNC en fonction du sexe, de l'âge et du milieu d'activité.....	26
Tableau 3 Connaissance des MNC en fonction de la formation des médecins.....	27
Tableau 4 Connaissance des MNC en fonction du taux de consultation de gynécologie.....	28
Tableau 5 Connaissance des MNC en fonction de la fréquence de consultation de contraception	28

I. Introduction :

1. *Contexte historique*

L'année 1967 marque un tournant dans l'histoire de la contraception en France avec la loi du député stéphanois Lucien Neuwirth permettant la légalisation de la contraception après des années de débats mouvementés. Cette loi naît dans un contexte de révolution sociale avec une réflexion importante autour de l'émancipation de la femme.

En 1968 la contraception concerne 75% des femmes (1). La majorité des femmes utilisent le retrait (31%), l'abstinence périodique et/ou les méthodes locales (16%) ainsi que le préservatif (11%).

En 1973, la contraception est remboursée par la sécurité sociale. La législation autour de la contraception a permis en dix ans une augmentation de l'utilisation de la pilule hormonale de 4% à 35%, entraînant une diminution du nombre de femmes sans contraception, et une baisse des autres méthodes anciennement utilisées.

Depuis la loi Neuwirth, le paysage contraceptif n'a cessé de se développer. Cette évolution s'explique par la diversification progressive des méthodes contraceptives. Dans les années 1990-2000, on observe l'apparition de nouvelles méthodes hormonales comme le système intra-utérin (SIU) l'implant, l'anneau et le patch. On retrouve aussi des méthodes non hormonales comme le dispositif intra-utérin (DIU). Le préservatif est en voie d'augmentation dans un contexte de campagne de prévention contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Enfin en 2001, la contraception définitive (vasectomie, ligature des trompes) est autorisée (2).

La crise médiatique de 2012-2013 autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, entraînant leur déremboursement, a une nouvelle fois modifié les pratiques contraceptives. On n'observe pas une diminution de la contraception de manière globale, mais un désintérêt pour la contraception orale, passant de 50% en 2010 à 41% en 2013. Une partie des femmes a opté pour d'autres méthodes notamment le SIU ou le DIU. La réticence des médecins français à les proposer aux femmes jeunes ou nullipare semble pour la première fois reculer, en partie grâce à une demande des femmes elles-mêmes. L'étude Baromètre de santé de 2016 confirme ainsi la diminution de l'utilisation de la pilule (jusqu'à 36%), remplacée soit par le DIU (en majorité pour des femmes

ayant déjà des enfants), soit le préservatif alors que son efficacité est inférieure (principalement pour des femmes jeunes, de classes sociales plus précaires) (3) (annexe 1).

2. Et les méthodes naturelles de contraception dans tout cela ?

En 2013, la prévalence mondiale de l'utilisation des méthodes naturelles de contraception (MNC) est de 9,6%, et en Europe de 6,1% (4).

En France, on observe une diversification des pratiques contraceptives ces dernières années avec une hausse de l'utilisation des méthodes de longue durée d'action (SIU, DIU, implant) et un regain d'intérêt des méthodes naturelles (+ 3,4% des 15-49 ans) (5-6). La prévalence des MNC en France reste faible et stable depuis plusieurs années. Ainsi, 4,6% des femmes en âge de procréer utilisent les MNC, principalement âgées de plus de 25 ans (3).

Le profil social des femmes utilisant ces méthodes-ci se compose de deux catégories. D'une part, des femmes sans diplômes peut-être moins bien informées sur les autres contraceptions possibles ou pour lesquelles un accès à une contraception médicalisée est plus problématique pour des raisons économiques. D'autre part, des femmes très diplômées, très informées, qui sortent ainsi de la norme sociale par refus des risques liés aux hormones (5).

On notera que la modification de pratiques contraceptives depuis les années 2000 n'a pas entraîné d'augmentation du nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) (7).

3. Description des méthodes naturelles de contraception

On définit les méthodes naturelles de contraceptions comme étant celles qui n'utilisent aucun matériel ou produit médicaux interférant dans le système reproductif (6). Il existe plusieurs types de méthodes : celles basées sur la détermination de la période fertile, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et le retrait (8). Cela requiert une connaissance des bases physiologiques du cycle menstruel (annexe 2).

a) Les méthodes basées sur l'identification de la période fertile

Identification de la période fertile selon les symptômes

Les méthodes basées sur la détermination de la période fertile reposent sur le principe que la conception est possible si un rapport sexuel survient dans les 5 jours avant et un jour après l'ovulation. Durant cette période où la probabilité de concevoir est forte, il s'agit soit d'éviter les rapports avec pénétration vaginale soit d'avoir des rapports protégés par des méthodes barrière.

La méthode de la glaire cervicale (ou méthode Billings) est basée sur l'appréciation par la femme de la modification de l'aspect de la glaire (9). Les sécrétions cervicales sont vérifiées chaque après-midi et chaque soir sur les doigts, les sous-vêtements ou du papier toilette. Le couple doit éviter les rapports non protégés les jours de règles car l'ovulation peut survenir au début du cycle et le saignement implique qu'il est plus difficile d'observer la glaire. Entre la fin des saignements et le début des sécrétions cervicale, le couple peut avoir des rapports non protégés mais pas 2 jours de suite (pour laisser le temps que le sperme disparaisse afin d'observer correctement la glaire). Dès que les sécrétions commencent, les rapports sexuels doivent être évités : on entre dans la période fertile (10). Les sécrétions ont un jour pic (le dernier jour où elles sont transparentes, glissantes, étirables et humides), suivi le lendemain de sécrétions gluantes ou sèches voire aucune sécrétion. On considère encore 3 jours de fertilité après ce jour pic. Les rapports non protégés peuvent donc être repris au 4^{ème} jour après le pic jusqu'à ce que commencent les saignements menstruels.



Figure 1 Evaluation de la glaire cervicale

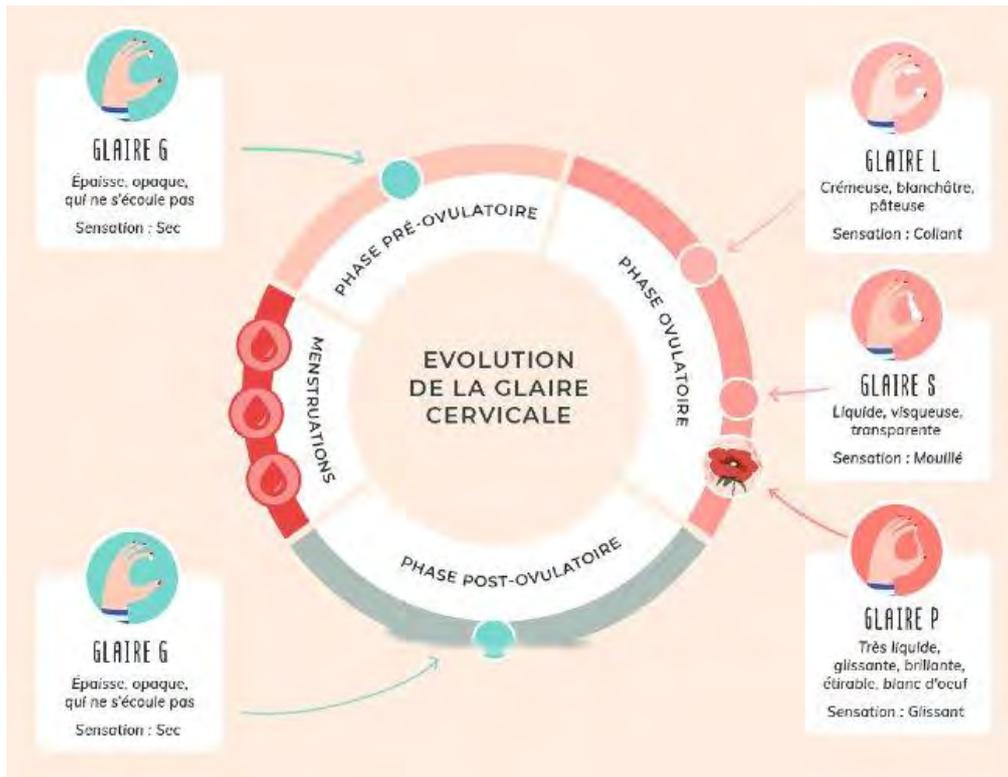


Figure 2 Évolution de la glaire cervicale au cours du cycle

La méthode des deux jours (ou Two-Days Method) identifie aussi la période fertile grâce à l'évaluation de la glaire cervicale mais en utilisant un algorithme simplifié : si la glaire est présente la veille et le jour du rapport sexuel, la femme est « très fertile », si la glaire est présente le jour même ou la veille « elle est fertile », mais s'il n'y a pas de glaire le jour même ou la veille « la fertilité est basse ». Les rapports non protégés ne sont possibles qu'en période de fertilité basse. On préconise une abstinence en période fertile plutôt que l'utilisation de méthodes barrières pour une amélioration significative de l'efficacité (11).

La méthode de la température basale du corps (TBC) consiste à repérer l'ovulation à partir du décalage thermique dû à la présence de progestérone dans l'organisme. La femme prend sa température à la même heure chaque matin, à jeun, avant de se lever. Elle note sa température sur un diagramme. La montée thermique repérée est de 0,2 à 0,5°C et se produit juste après l'ovulation (8). Lorsque la température de la femme a monté, s'élevant au-dessus de sa température normale et est restée élevée pendant 3 jours, la période féconde est passée. Le couple évite les rapports sexuels non protégés du premier jour des saignements mensuels jusqu'à 3 jours après que la température de la femme soit au-dessus de sa température régulière. Le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés dès le 4^{ème} jour après la montée de

température et jusqu'à ce que commencent les prochains saignements menstruels. La méthode limite donc les rapports non protégés à la période post-ovulatoire (12).

Par exemple ci-dessous une courbe de TBC :

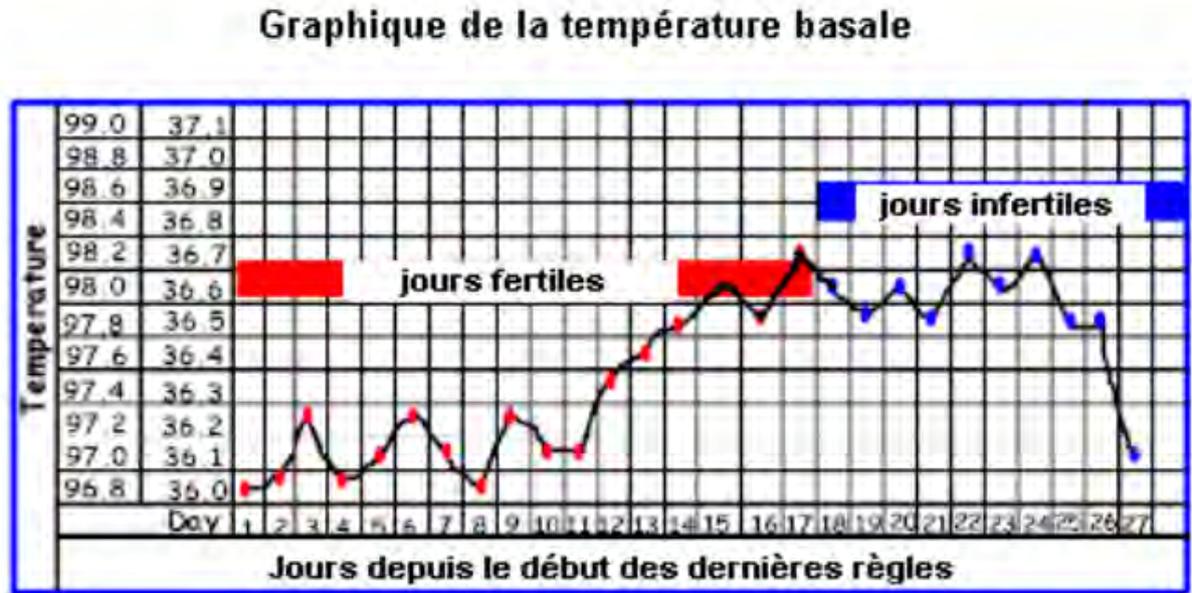


Figure 3 Exemple de graphique de TBC

On identifie que la montée de la température a lieu le jour 14 (premier jour avec $> 0,5^{\circ}\text{C}$ par rapport à la température basale). On compte ensuite 3 jours complets où la température est au-dessus de la température normale du corps, et le 4^{ème} jour on considère que la période fertile est terminée.

La méthode symptothermique (ou méthode d'auto-observation) permet une identification de la période fertile en combinant l'observation de la température, de la glaire cervicale avec sensation au niveau de la vulve et d'autres aspects comme la consistance du col de l'utérus en fonction de la période du cycle (si les deux premiers marqueurs ne sont pas suffisants).

Les signes en faveur de la période fertile pour la glaire cervicale sont les mêmes que dans la méthode Billings. Pour la sensation vulvaire, on retrouve en période fertile une sensation humide, mouillée voire trempée. Quant à la température, elle marque seulement la fin de la période fertile comme dans la méthode TBC. Le col de l'utérus devient, en période fertile, mou et souple contrairement au reste du cycle où il est ferme et dur (13). Les rapports sont ainsi protégés ou absents en période fertile.

Voici un exemple de diagramme de suivi d'une méthode symptothermique. Ici, la méthode Moonly est une méthode symptothermique réalisée à l'aide d'une application par téléphone pour rentrer les données (14).

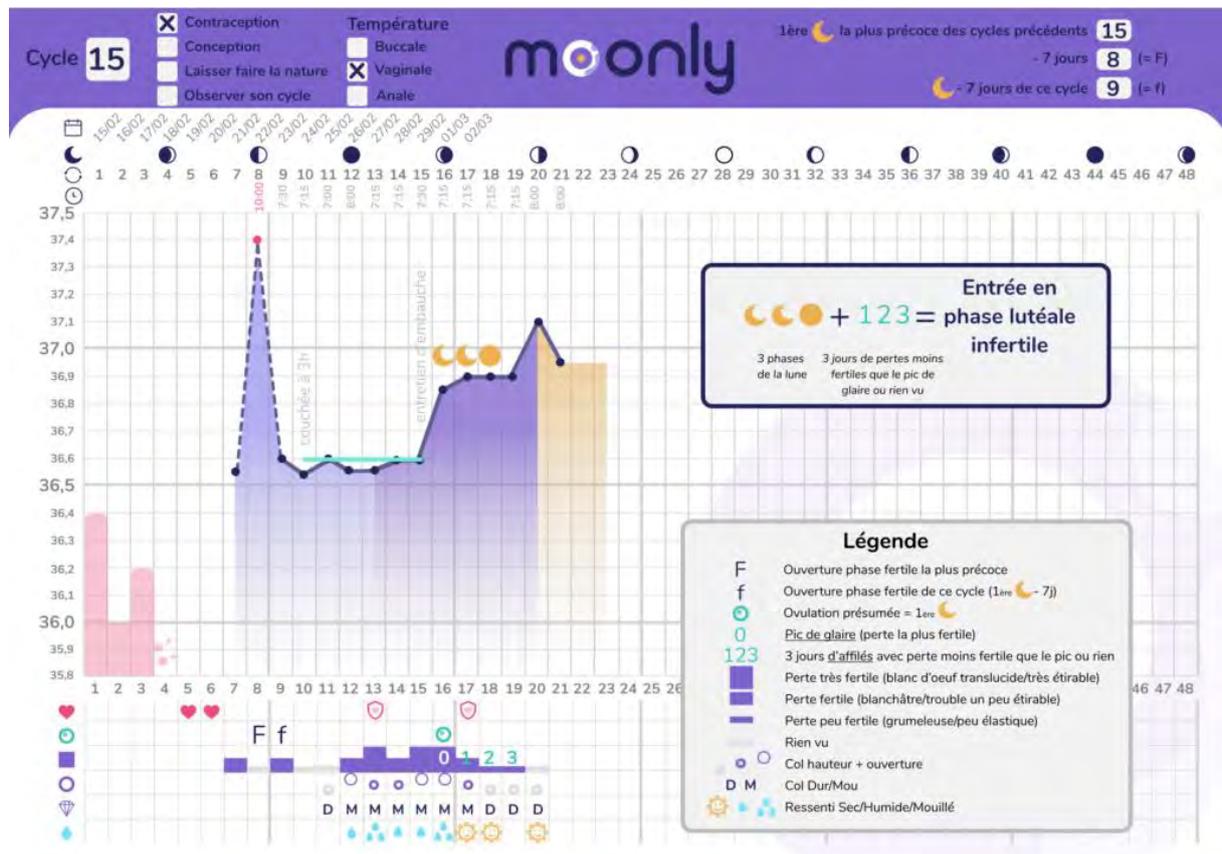


Figure 4 Exemple de diagramme symptothermique

Grâce à l'observation de la modification de la glaire cervicale, de la sensation au niveau de la vulve, et de la position du col de l'utérus, la femme peut identifier l'entrée dans la période fertile. La modification de la température permettra d'identifier l'ovulation et, combinée à l'observation d'une nouvelle modification des symptômes, d'identifier la fin de la période fertile.

Ainsi les rapports sexuels doivent être protégés durant la période des menstruations et durant la période fertile.

La méthode symptothermique peut aussi être accompagnée de kits électroniques ou mini-ordinateurs pour assurer un suivi régulier.

Identification de la période fertile selon le calendrier

La méthode du calendrier (ou Ogino Knaus) consiste à suivre et noter durant 6 à 12 mois les cycles afin d'établir une moyenne de la période à risque avant d'utiliser la méthode. Le début de la période fertile est calculé en soustrayant 19 jours du nombre de jours du cycle le plus court et la fin de la période fertile en soustrayant 11 jours du cycle le plus long. Par exemple, sur 12 mois, pour une femme ayant eu son cycle le plus long à 36 jours et le plus court à 27 jours, sa période fertile se situe entre son 8^{ème} jour ($27-19=8$) après le début des menstruations et son 25^{ème} jours ($36-11=25$) (15).

La méthode des jours fixes implique d'éviter les rapports sexuels non protégés du 8^{ème} au 19^{ème} jour du cycle pour des femmes ayant des cycles entre 26 et 32 jours. Si plus de 2 cycles sont plus longs ou plus court en l'espace d'une année, la méthode sera moins efficace et donc déconseillée. Un collier peut être utilisé pour aider au repérage dans le cycle.



Figure 5 Collier pour la méthode des jours fixes

Test d'ovulation (ou méthode d'appareillage pour repérage du pic de l'hormone lutéinisante (LH))

Commercialisés au départ pour repérer l'ovulation en remplacement des courbes de températures lorsqu'il y a désir de grossesse, ces moniteurs ont été transformés en approche contraceptive en association avec d'autres MNC. Ils sont vendus sur internet et leur prix varie 25 euros et 300 euros. Certains kits reposent sur le repérage dans les urines du pic de LH dont

qui se situe au moment de l'ovulation, d'autres plus élaborés mesurent la LH et l'estrone 3 glucoronide (présent en période de fertilité) (16). Mais cette méthode doit être utilisée préférentiellement en complément d'une autre. La patiente doit uriner le matin pour le dosage de ses hormones, et cela peut se combiner avec la prise de température par l'appareil. Il ne faut pas les confondre avec les kits ou mini-ordinateur qui permettent la prise de température et l'observation de la glaire cervicale sans mesurer le taux de LH dans les urines.

Cette méthode reste peu connue, et étant principalement utilisée pour la conception, on ne retrouve pas de protocole précis de son utilisation dans le cadre contraceptif. Complétée par la méthode de la température, elle apportera une confirmation sur l'ovulation au moment de la montée thermique. Tout comme la méthode de la TBC, les rapports non protégés ne seront possibles qu'en période post-ovulatoire.

b) La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

L'allaitement entraîne une augmentation de la prolactine qui supprime la sécrétion de GnRH par l'hypothalamus, interrompant ainsi la sécrétion pulsatile de la FSH et de la LH et donc l'ovulation.

L'utilisation de cette méthode requiert des critères précis : être dans les 6 premiers mois qui suivent la naissance, être en aménorrhée (absence de saignements 10 jours après les saignements du post-partum) et faire un allaitement exclusif jour et nuit, avec un intervalle maximum de 4-6h entre deux tétées. En dehors de ces critères, la méthode perd considérablement en efficacité.

c) La méthode du coït interrompu (retrait)

Durant le rapport, l'homme doit se retirer du vagin et de la sphère génitale avant que l'éjaculation ne survienne. Le sperme ne doit pas être en contact avec le vagin ou la vulve.

4. Efficacité des méthodes naturelles de contraception

En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) considère les MNC comme moins efficaces que les autres contraceptions. Pour une utilisation correcte et régulière, l'indice de Pearl varie entre 0.4% à 5% et pour une pratique courante entre 2 et 23% (annexe 3). Le taux d'abandon à 1 an est de 48-49% (17).

En 2016, certaines MNC ont été décrites par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme des méthodes modernes : la méthode des 2 jours et la méthode des jours fixes (18). Pour rappel une méthode moderne est définie comme une méthode basée sur la biologie de la reproduction, avec un protocole précis pour une utilisation correcte avec des données préexistantes montrant que la méthode a été testée dans des études fiables pour évaluer son efficacité.

Mais l'ensemble des études concernant l'efficacité des MNC reste pauvre en quantité et en qualité (19). Certains facteurs ont été identifiés comme modifiant l'efficacité des MNC : la motivation au sein du couple (20), l'attitude sexuelle durant la période fertile (abstinence versus méthodes barrière) (11), l'accompagnement par des professionnels formés (22-23).

5. Vécu des femmes utilisant les méthodes naturelles de contraception

Plusieurs études ont été réalisées ces dernières années concernant les femmes et les couples utilisant les MNC.

Dans la population féminine générale, il est mis en évidence un manque de connaissances sur la contraception générale, avec un sentiment de ne pas avoir choisi leur moyen de contraception, renforcé par un manque d'information et de dialogue avec le professionnel de santé, la communication avec ce dernier étant un point clé pour le choix contraceptif (22).

Pour les femmes n'utilisant pas les MNC, on retrouve des lacunes concernant les connaissances de la physiologie du cycle féminin et des MNC. Ces méthodes sont perçues comme contraignantes, inefficaces et archaïques, malgré un intérêt porté pour le naturel dans sa globalité avec une crainte des hormones. Leurs seules informations proviennent d'internet, leur médecin traitant n'étant pas mentionné (23).

Les principales motivations à l'utilisation des MNC sont le refus d'ingestion d'hormones, le désir de mieux connaître et ressentir son corps et sa libido mais aussi l'absence d'effets secondaires (24). On décrit aussi une mouvance écologique et féministe globale dans la

réappropriation du corps (25). Une amélioration de la sexualité (26) et un renforcement du lien du couple est aussi perçu comme un avantage de certaines MNC (27).

La majorité des femmes utilisant ces méthodes-là ne se disent pas satisfaites de l'écoute et de la formation du corps médical sur ce sujet et admettent avoir déjà menti ou omis de parler de leur choix contraceptif à leur médecin généraliste (MG) (24). On retrouve de leur part un désir d'orientation, d'information et d'accompagnement par les professionnels de santé (28). Elles attendent une meilleure connaissance des médecins à ce sujet, ce qui permettrait de renouer le dialogue et ainsi d'adopter un rôle de conseil (29).

Ainsi, les méthodes naturelles de contraception montrent depuis quelques années un regain d'intérêt. Le taux de femmes utilisant ces méthodes reste minoritaire. Mais parmi les utilisatrices, il existe un manque de confiance dans le corps médical : sentiment de jugement, manque d'information.

L'objectif principal de ce travail est donc d'évaluer les connaissances de médecins généralistes dans l'ex-région Midi-Pyrénées concernant les méthodes naturelles de contraception. Les objectifs secondaires seront d'évaluer la perception des médecins en soins primaires sur l'efficacité de ces méthodes, et leur volonté d'amélioration ou modification de leur pratique.

II. Matériel et Méthode

1. *Type d'étude*

Il s'agissait d'une analyse observationnelle descriptive. Les données ont été recueillies par un questionnaire adressé aux médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées. Cette étude a permis de répondre à notre question de recherche: quelles sont les connaissances des médecins généralistes en ex-région Midi-Pyrénées concernant les méthodes naturelles de contraception ?

2. *Population étudiée*

La population cible était les médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées recevant les notifications de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecins spécialistes en médecine générale
- Médecins installés dans l'ex-région Midi-Pyrénées
- Médecins exerçant en libéral
- Médecins ayant fournis une adresse mail valide à l'URPS

Les critères de non-inclusion étaient :

- Médecins non installés
- Médecins remplaçants
- Les internes
- Médecins en dehors de l'ex-région Midi-Pyrénées
- Médecins ayant un exercice uniquement hospitalier

3. *Recueil de données*

Nous avons procédé au recueil des données par questionnaire (annexe 4). Celui-ci avait été élaboré avec GOOGLE FORM. Le questionnaire était composé de 23 questions, à choix unique ou multiples, ainsi que des questions ouvertes.

Le questionnaire se déroulait en trois parties

- La première concernait le profil des médecins interrogés
 - Âge/genre, milieu d'exercice et département, statut universitaire (Maître de stage universitaire (MSU), MSU en Santé de la Femme et Santé de l'Enfant (SFSE)) et moyens de formation complémentaire
 - Pourcentage de consultations gynécologiques en moyenne, fréquence de consultations dédiées à la contraception, fréquence de gestes techniques contraceptifs, s'ils avaient déjà été confrontés à l'explication des MNC en consultation
- La deuxième partie s'intéressait directement aux connaissances des généralistes sur les MNC avec :
 - Une auto-évaluation des connaissances
 - L'énumération des MNC connues, évaluation de leur efficacité
 - Evaluation du niveau d'explication de chaque méthode
- La troisième partie portait principalement sur les connaissances des réseaux existants autour des MNC et de la formation aux MNC, et sur l'intérêt que les médecins généralistes y portaient, ainsi que leur motivation à se former.

Le questionnaire a été testé sur dix médecins généralistes (principalement des MSU) pour valider sa lisibilité. Quelques modifications ont été faites quant à la pertinence de certaines questions. Le questionnaire a été soumis à la commission des Protection des Données. Il a ensuite été transmis à l'URPS pour être soumis à la « Commission chargée des dossiers de thèse ». Après validation, un mail contenant le lien d'accès au questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes par l'intermédiaire de l'URPS. Le contenu du mail présentait la question de recherche avec un lien d'accès au questionnaire (annexe 5).

4. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par courriel via liste de diffusion de l'URPS du 18 février 2022 au 1^{er} avril 2022. Le nombre de réponses était de 189.

5. Analyse des données

Le recueil des données a été rapporté sur le logiciel MICROSOFT[°] EXCEL[°] pour Windows 2010. Concernant les réponses libres, seuls les éléments cités au moins deux fois ont été conservés.

Nous avons d'abord réalisé une analyse descriptive des données par le calcul des effectifs et des pourcentages. Afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes de l'étude, un test du Chi 2 a été réalisé, ou un test exact de Fisher lorsque le précédent n'était pas applicable. Le seuil alpha de significativité retenu pour ces tests était de 5% soit un p inférieur ou égal à 0,05.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du site internet Biostat TGV. Le logiciel ZOTERO[°] a été utilisé pour l'organisation des références bibliographiques, leur insertion dans le texte et la réalisation de la bibliographie.

III. Résultats

1. *Diagramme de flux*

Nous avons obtenu 189 réponses lors de la diffusion du questionnaire. Un premier envoi a été réalisé avec la base de contact de l'URPS :

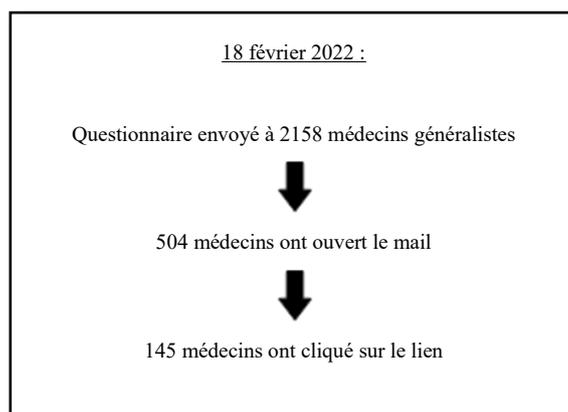


Figure 6 Diagramme de flux au premier envoi

Une relance a été faite un mois plus tard, auprès des mêmes contacts, en précisant de ne pas répondre une deuxième fois au questionnaire :

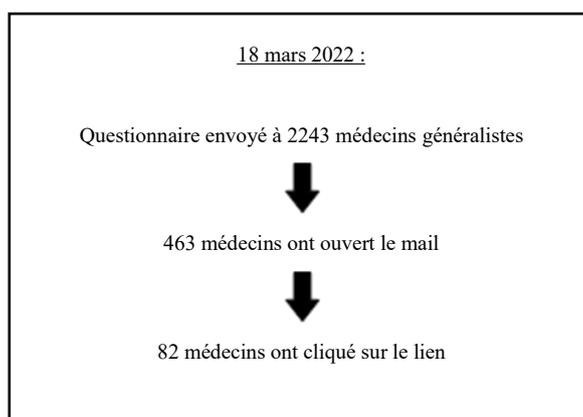


Figure 7 Diagramme de flux au second envoi

La différence entre le nombre de destinataire lors du premier envoi et du second s'explique par un problème de connexion informatique lié aux adresses mails de certains opérateurs lors de l'envoi.

Au total nous avons 200 réponses auxquelles nous en avons soustrait 11 qui avaient été diffusées pour tester le questionnaire, modifié par la suite. Ainsi, le taux de réponse total est de 8,4%.

2. Population de l'étude

Les caractéristiques des 189 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sont décrites ci-dessous. Une grande partie de l'échantillon était représentée par des femmes (78,2%), des MSU (46%), des médecins de moins de 45 ans (66%), exerçant en milieu urbain ou semi-rural, plus particulièrement en Haute-Garonne (51%). Et pour 72% d'entre eux, les consultations de gynécologie représentaient moins de 20% de l'ensemble de leurs consultations.

	Effectif (N=189)	Pourcentage
<u>Sexe</u>		
Femme	148	78,2%
Homme	40	21,3%
<u>Âge</u>		
< 35 ans	43	22,9%
35 ans – 45 ans	82	43,6%
45 ans – 60 ans	43	22,9%
> 60 ans	20	10,6%
<i>Âge moyen = 42,5 ans</i>		
<u>Lieu d'activité</u>		
Ariège	14	7,5%
Aveyron	8	4,3%
Haute-Garonne	96	51,6%
Gers	12	6,5%
Lot	13	7%
Hautes-Pyrénées	14	7,5%
Tarn	18	9,7%
Tarn-et-Garonne	11	5,9%
<u>Milieu d'activité</u>		
Rural	47	24,9%
Semi-rural	73	38,6%
Urbain	69	36,5%
<u>Statut universitaire</u>		
MSU	87	46%
MSU en SFSE	28	14,8%

<u>Moyens de formation complémentaire</u>		
Diplômes	38	22,2%
Développement professionnel continu	42	24,6%
Formation médicale continue	62	36,3%
Revues médicales	113	66,1%
Congrès	69	40,4%
<u>Fréquence consultation de gynécologie par rapport à l'ensemble des consultations</u>		
< 20%	137	72,5%
20% - 40%	45	23,8%
40% - 60%	5	2,6%
60% - 80%	1	0,5%
> 80%	1	0,5%
<u>Fréquence consultation de contraception</u>		
Plus d'une fois par jour	20	10,6%
Plus d'une fois par semaine	72	38,1%
Plus d'une fois par mois	79	41,8
Plus d'une fois par an	16	8,5%
Moins d'une fois par an	2	1,1%
<u>Fréquence de pose d'implant/DIU</u>		
Plus d'une fois par jour	0	0%
Plus d'une fois par semaine	15	8,2%
Plus d'une fois par mois	31	16,9%
Plus d'une fois par an	46	25,1%
Moins d'une fois par an	91	49,7%

Tableau 1 Description de l'échantillon

3. Evaluation des connaissances

Parmi les médecins interrogés, 45,5% (N=85) d'entre eux avaient déjà été amenés à expliquer les MNC lors d'une consultation.

a) Auto-évaluation

Nous avons interrogé les médecins sur leurs propres connaissances des MNC à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation, de 1, pas du tout, à 10, parfaitement. On observait une moyenne à 4,96, pour un écart-type à 2,33. La médiane était à 5.

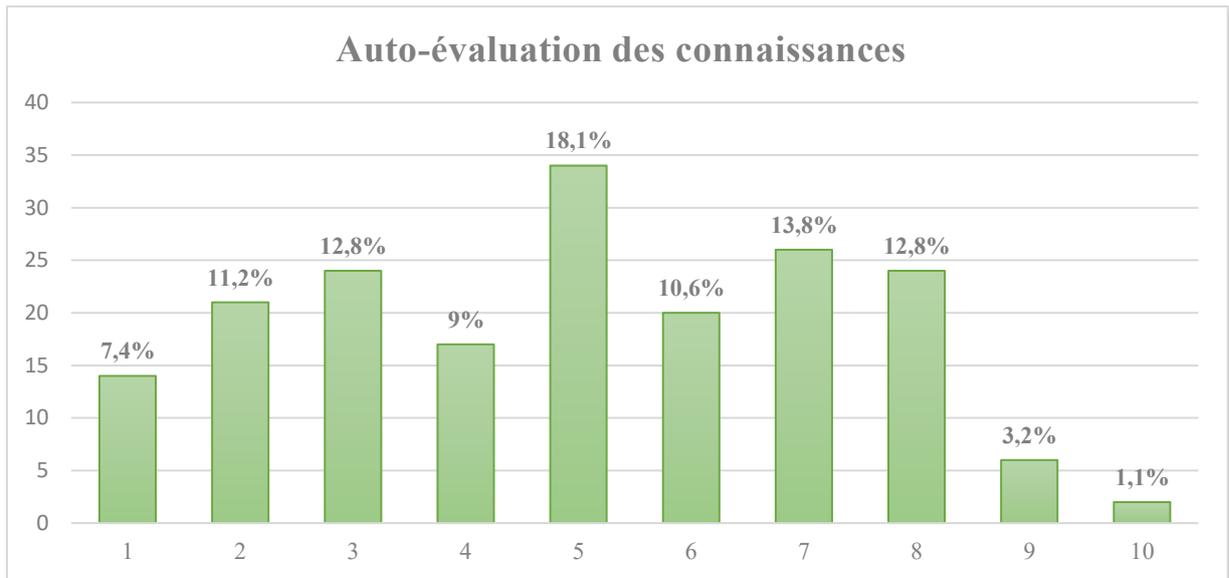


Figure 8 Auto-évaluation des connaissances sur une échelle de 1 à 10

b) Connaissance des méthodes naturelles de contraception

Puis, pour chaque méthode nous leur avons demandé lesquelles ils connaissaient en listant l'ensemble des MNC. Parmi l'ensemble des MNC, la méthode Ogino (86%) la méthode des températures (89%) et la méthode du retrait (88%) étaient les méthodes les plus connues des MG interrogés.

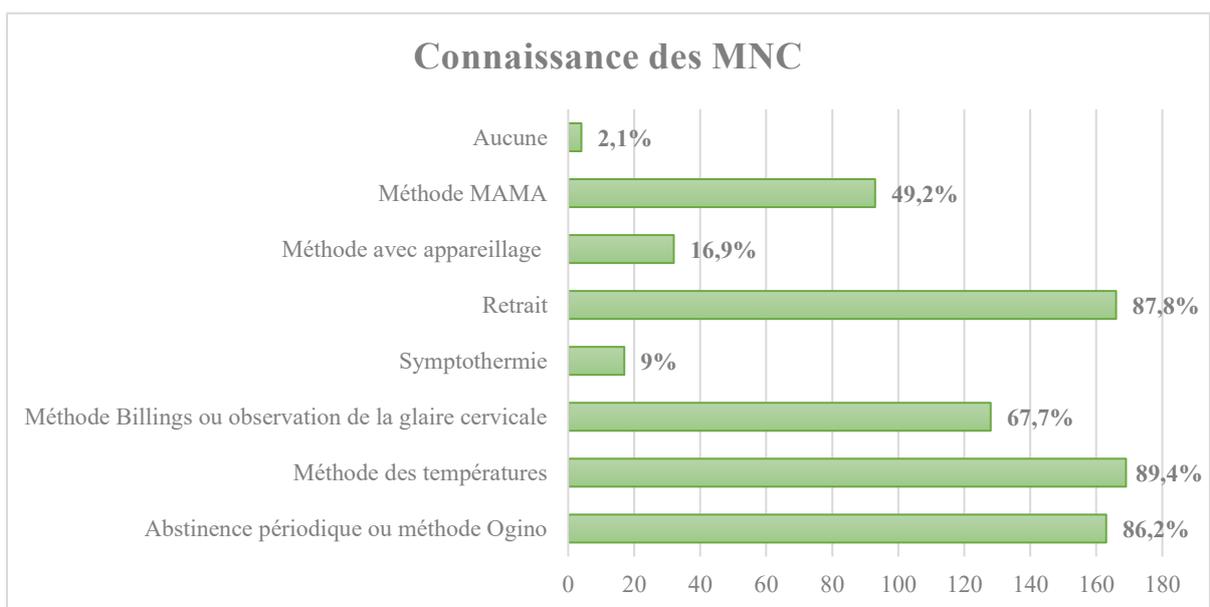


Figure 9 Connaissance des MNC

Les autres méthodes proposées par les médecins interrogés sont :

- Les méthodes barrières (préservatif, diaphragme, spermicide) (N=3)
- La contraception masculine (slip chauffant, anneau) (N=3)
- Autres pratiques sexuelles : abstinence, absence de coït vaginal (N=2)

c) Efficacité des méthodes naturelles de contraception

Nous avons évalué la connaissance des généralistes sur l'efficacité des MNC, avec un seuil d'efficacité à 9 grossesses sur 100 pendant 1 an d'utilisation selon la description de l'OMS. Pour 47% (N=84) d'entre eux, aucune des MNC n'était efficace. Pour 22% des MG, la méthode MAMA et la méthode Billings étaient efficaces, suivies de près par la méthode des températures (17%) et la méthode Ogino (18%).

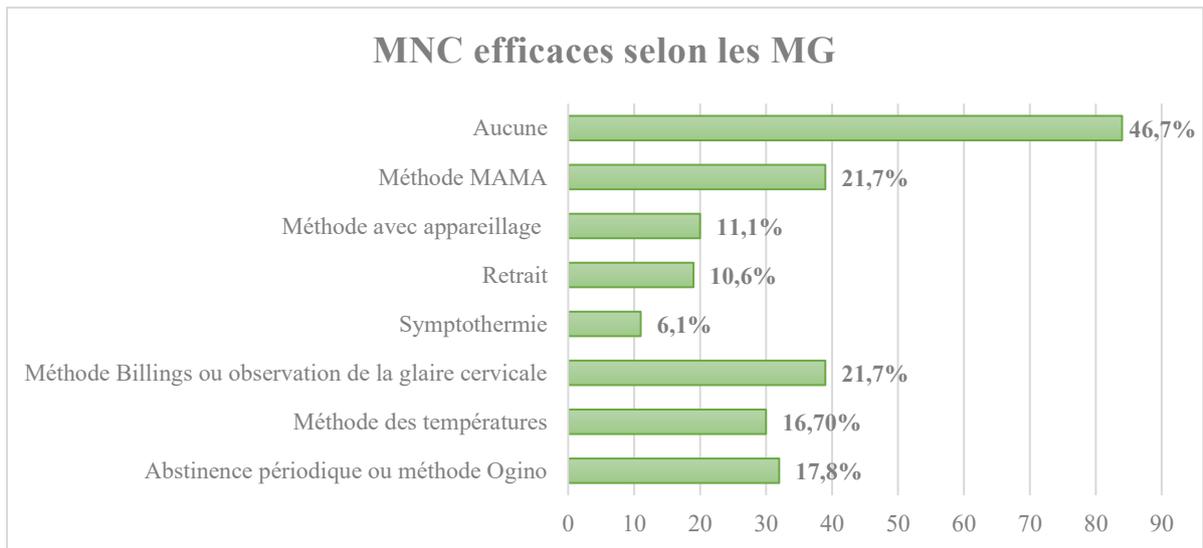


Figure 10 Évaluation de l'efficacité des MNC

Parmi les autres réponses proposées par les médecins interrogés on retrouvait :

- Des méthodes barrières (Diaphragme, préservatif, spermicide) (N=3)
- L'association de plusieurs MNC (N=2)

d) Capacité d'explication des méthodes naturelles de contraception

Nous avons ensuite évalué la capacité des médecins généralistes à expliquer ces méthodes aux patientes, en échelonnant sur 4 niveaux de capacité. Les capacités d'explications montraient qu'une petite majorité des médecins étaient à l'aise pour expliquer les méthodes les plus connues (Ogino, température et retrait), mais pour les autres (Billings, Symptothermie, méthode d'appareillage et MAMA), on est sur une médiane basse.

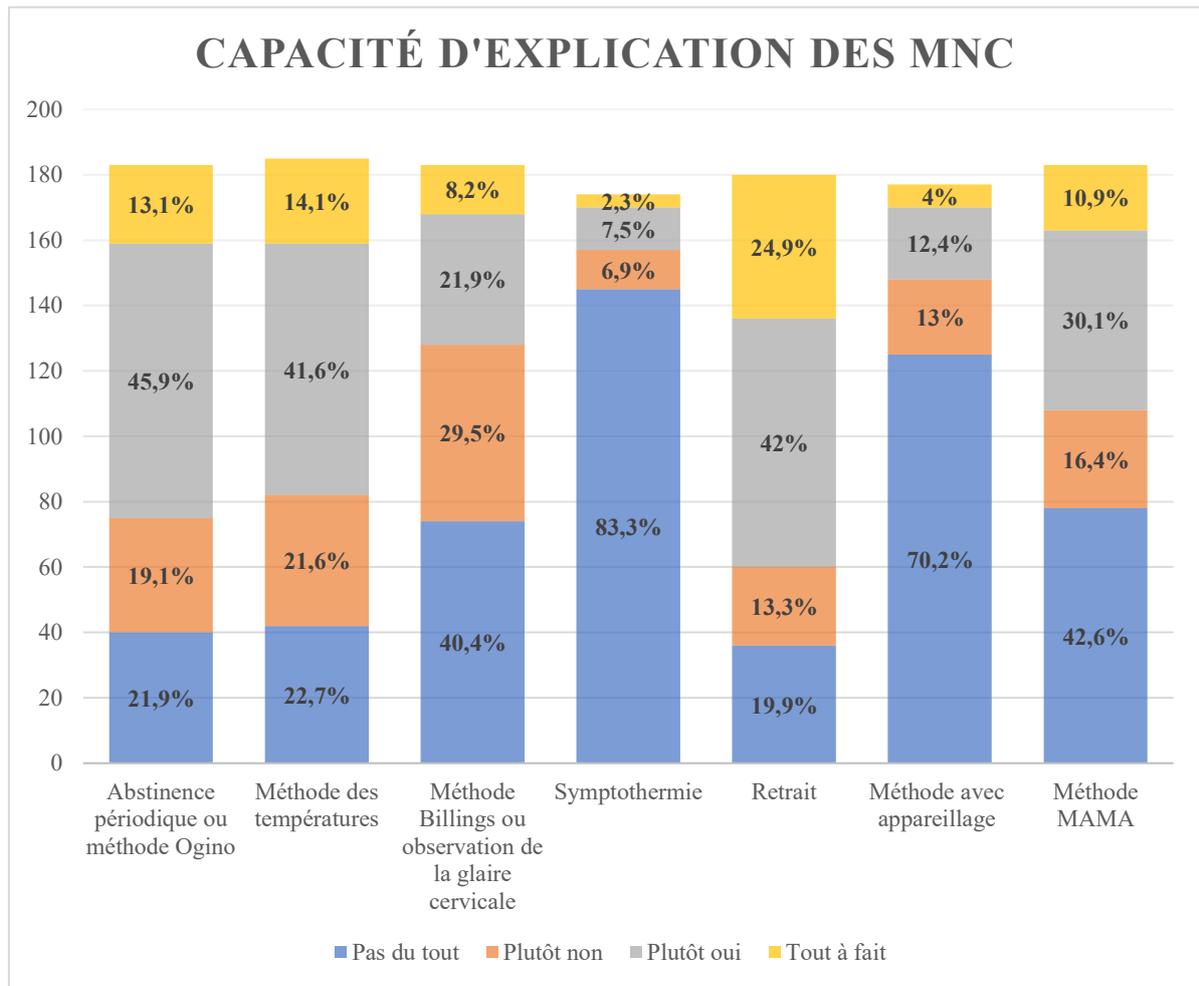


Figure 11 Capacité d'explication des MNC

4. Réseaux et volontés de formation aux méthodes naturelles de contraception

Parmi les médecins interrogés, 20% (N=39) connaissaient un réseau associatif ou autres professionnels de santé vers qui orienter les patientes pour s'informer sur les MNC.

Parmi les professionnels de santé cités on retrouvait :

- Des sage-femmes (N=18)
- Des collègues ou associés (N=3)
- Des gynécologues (N=2)
- Des moniteurs de méthodes naturelles (N=2)

Au niveau des réseaux certains médecins avaient recours au planning familial (N=5) et au Centre de Liaison des Equipes de Recherche sur l'amour et la famille (CLER) (N=3).

On retrouvait 62% des médecins interrogés intéressés pour connaître un réseau vers qui orienter les patientes en demande d'informations sur les MNC. Les principales raisons les poussant à connaître un réseau étaient :

- Mieux répondre à la demande des patientes en termes de qualité d'information (N=28)
- Demande des patientes de plus en plus fréquentes (N=14)
- Alternative aux traitements médicamenteux (N=14)
- Pour réorienter correctement les patientes (N=13)
- Manque de connaissance des MG à ce sujet (N=12)
- Améliorer l'efficacité des MNC par l'apport d'une information/accompagnement (N=3)
- Curiosité (N=3)

Les raisons ne poussant pas les médecins généralistes à connaître un réseau étaient :

- Manque de confiance sur l'efficacité des MNC (N=30)
- Réseau déjà connu (N=9)
- Demande rare voire inexistante de la part des patientes (N=7)
- Connaissance du MG suffisante (N=5)
- Méthode non présentée/recommandée à la patientèle (N=3)
- Patiente déjà informée sur internet (N=3)
- Manque de temps (N=2)

Parmi les médecins interrogés, 44,4% (N= 84) étaient intéressés de suivre une formation aux MNC.

Les raisons les motivant à se former étaient :

- Améliorer des connaissances de manière générale (N=23)
- Apporter une information éclairée et adaptée à la demande spécifique des patientes (N=21)
- Inclure les MNC dans le choix contraceptif (N=10)
- Répondre à une en augmentation des patientes (N=9)
- S'informer sur l'efficacité de ces méthodes (N=5)

Les freins quant à la formation aux MNC étaient :

- Manque d'efficacité des MNC (N=24)
- Peu de demande des patientes (N=20)
- Pas intéressés (N=11)
- Manque de temps (N=9)
- Déjà formés (N=8)
- Présence de réseaux dédiés déjà existants (N=6)
- Volonté de ne pas les recommander (N=4)
- Patientèle non concernée (N=4)
- Simple fiche synthétique accessible serait suffisante (N=3)
- Fin de carrière (N=3)

5. Analyse comparative

Des liens statistiques ont été mis en évidence entre la connaissance de la méthode Billings, la symptothermie, la méthode par appareillage et la méthode MAMA, et le profil des médecins (âge, sexe, lieu/milieu d'activité, moyens de formation complémentaire et le statut MSU / MSU en SFSE).

La méthode Billings était plus connue chez les femmes ($p=0,02$), et en milieu urbain ($p=0,05$).

	Femme	< 35 ans	>60 ans	Urbain	Semi- Rural	Semi- Rural	Rural
Billings	106 (83,5%) p=0,02	28 (22,0%) p=0,65	13 (10,2%) p=0,77	53 (41,4%) p=0,05	47 (36,7%) p=0,52		28 (21,9%) p=0,15
Symptothermie	15 (83,3%) p=0,77	4 (22,2%) p=1	5 (27,8%) p=0,03	7 (38,9%) p=0,84	5 (27,8%) p=0,33		6 (33,3%) p=0,40
Méthode d'appareillage	27 (84,4%) p=0,38	3 (9,4%) p=0,04	6 (18,8%) p=0,12	15 (46,9%) p=0,19	11 (34,4%) p=0,62		6 (18,8%) p=0,37
MAMA	74 (80,4%) p=0,55	19 (20,7%) p=0,45	7 (7,6%) p=0,18	34 (36,6%) p=0,97	41 (44,1%) p=0,12		18 (19,4%) p=0,08

Tableau 2 Connaissance des MNC en fonction du sexe, de l'âge et du milieu d'activité

Les MSU en SFSE connaissaient mieux la méthode d'appareillage ($p=0,01$) et la méthode MAMA ($p=0,04$). On remarquait que ces méthodes ainsi que la méthode Billings et la symptothermie étaient plus connues par des médecins ayant des diplômes en lien avec la gynécologie, suivant des développements professionnels continus (DPC), des formations médicales continues (FMC), des congrès et étant abonnés à des revues.

	MSU	SFSE	Diplômes	DPC	FMC	Revues	Congrès
Billings	57 (44,5%) p=0,63	20 (15,6%) p=0,68	28 (24,1%) p=0,41	34 (29,3%) p=0,04	51 (44,0%) 0,003	74 (63,8%) p=0,40	56 (48,3%) p=0,003
Symptothermie	9 (50%) p=0,70	5 (27,8%) p=0,15	7 (43,8%) p=0,05	6 (37,5%) p=0,23	9 (56,3%) p=0,08	8 (50%) p=0,16	9 (56,3%) p=0,18
Méthode d'appareillage	17 (53,1%) p=0,36	10 (31,3%) p=0,01	9 (30%) p=0,27	13 (43,3%) p=0,01	15 (50%) p=0,09	18 (60%) p=0,45	17 (56,7%) p=0,05
MAMA	44 (47,3%) p=0,67	19 (20,4%) p=0,04	32 (36,0%) p=4,17^E-13	22 (24,7%) p=1	35 (39,3%) p=0,42	51 (57,3%) 0,01	44 (49,4%) p=0,065
Ogino	76 (46,6%) p=0,54	23 (14,1%) p=0,54	35 (23,6%) p=0,41	40 (27,0%) p=0,07	56 (37,8%) p=0,34	96 (64,9%) p=0,47	64 (43,2%) p=0,07
TBC	78 (46,1%) p=0,74	25 (14,8%) p=1	35 (23,0%) p=0,77	39 (25,7%) p=1	59 (38,8%) p=0,07	100 (65,8%) p=0,94	63 (41,4%) p=0,51
Retrait	77 (46,4%) p=0,63	23 (13,9%) p=0,34	36 (24%) p=0,25	41 (27,3%) p=0,03	58 (38,7%) p=0,10	98 (65,3%) p=0,68	59 (39,3%) p=0,36

Tableau 3 Connaissance des MNC en fonction de la formation des médecins

On ne retrouvait pas d'association entre le fait de faire beaucoup de consultations de gynécologie et de connaître les MNC.

	< 20 %	20% - 40%	40% - 60%	60% - 80%	> 80%
Billings	85 (62,0%) p=0.01	36 (80,0%) p= 0.05	5 (100%) p= 0.18	1 (100%) p=1	1 (100%) p=1
Symptothermie	8 (5,8%) p=0.01	7 (15,6%) p= 0.15	1 (20%) p= 0.40	1 (100%) p=0,10	1 (100%) p=0,10
Méthode d'appareillage	15 (10,9%) p= 0.0004	14 (31,1%) p= 0.004	2 (40%) p=0.20	0 (0%) p= 1	1 (100%) p= 0.17
MAMA	59 (43,1%) p= 0.01	28 (62,2%) p= 0.05	5 (100%) p= 0.03	0 (0%) p= 1	1 (100%) p= 0.49

Tableau 4 Connaissance des MNC en fonction du taux de consultation de gynécologie

En revanche, les médecins étant souvent confrontés à des consultations concernant la contraception connaissaient mieux certaines MNC.

	Plus d'une fois par jour	Plus d'une fois par semaine	Plus d'une fois par mois	Plus d'une fois par an	Moins d'une fois par an
Billings	16 (80,0%) p= 0.23	49 (68,1%) p= 0.83	50 (63,3%) p= 0.23	11 (68,8%) p= 0.95	2 (100%) p= 1
Symptothermie	6 (30,0%) p= 0.001	8 (11,1%) p= 0.54	3 (3,8%) p= 0.02	1 (6,3%) p= 1	0 (0%) p= 1
Méthode d'appareillage	7 (35,0%) p= 0.02	17 (23,6%) p= 0.05	6 (7,6%) p=0.003	2 (12,5%) p= 1	0 (0%) p= 1
MAMA	17 (85,0%) p= 0.0007	35 (48,6%) p= 0.97	35 (44,3%) p= 0.23	6 (37,5%) p= 0.32	0 (0%) p= 0,50

Tableau 5 Connaissance des MNC en fonction de la fréquence de consultation de contraception

IV. Discussion

1. *Forces et limites de l'étude*

a) Forces

Notre étude était originale puisqu'à notre connaissance aucune étude en France n'a encore évalué les connaissances des généralistes sur les MNC.

Le taux de réponse au questionnaire à 8,4% est satisfaisant et se trouve dans la moyenne haute des taux de participation aux études distribuées par l'URPS.

Nous avons utilisé pour le recueil des données un logiciel en ligne garantissant l'anonymat.

b) Limites

Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon étudié n'est pas représentatif de la population des médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées. Les femmes et les jeunes médecins sont, ici, sur-représentés (30).

Biais de sélection

La diffusion du questionnaire s'était effectuée à partir de la mailing liste de l'URPS qui n'est pas exhaustive. Les médecins ayant répondu au questionnaire étaient peut-être les plus sensibilisés au sujet ou les plus intéressés.

Biais d'information

Il s'agit d'un biais commun à toutes les études par questionnaire, les réponses étant suggérées, le répondant est plus enclin à répondre positivement et peut manquer d'objectivité. D'autant plus sur l'évaluation de la connaissance des MNC, où la liste des méthodes étaient énumérées et le participant n'avait qu'à cocher celles qu'il connaissait. Les réponses étaient déclaratives et basées sur la bonne foi des répondants, il peut exister un biais de déclaration et de mémorisation.

Biais de mesure, de recueil

Nous avons essayé d'inclure des questions ouvertes mais la majorité des questions étaient des questions fermées. Ainsi, les réponses des médecins ont pu être orientées ou limitées par celles proposées dans le questionnaire.

2. Discussion autour des résultats

a) Connaissance des médecins généralistes en ex-région Midi Pyrénées

Les médecins généralistes interrogés connaissaient principalement les MNC les plus anciennes, comme la méthode Ogino, la méthode de la température, la méthode Billings et le retrait, ce qui appuie une certaine perception archaïque de ces méthodes-là par les médecins en soins primaires. L'efficacité des méthodes connues par les médecins était perçue comme médiocre, expliquant ainsi le fait que les utilisatrices se sentent jugées, mal accompagnées et mal informées par leur médecin traitant.

Les méthodes ayant la meilleure efficacité en pratique courant (symptothermie et MAMA) (31) sont les moins connues et étaient peu considérées comme efficaces. Leur indice de Pearl en pratique courante est inférieur à 2%. Ces méthodes ne sont pourtant pas des méthodes récentes. La symptothermie a fait son apparition en 1978 et la méthode MAMA a été officiellement identifiée en 1988. On peut se questionner sur les raisons pour lesquelles ces méthodes n'ont pas été plus étudiées depuis leur découverte. L'essor de la contraception efficace comme la pilule, le DIU ou le SIU au même moment a peut-être ralenti voire écarté les recherches sur ces méthodes-là.

Ainsi se dégage un questionnement d'ordre sociologique dans le rapport sociétal à la contraception. Lors de la légalisation de la contraception dans les années 70, nous sommes à l'époque de nombreux mouvements sociaux et notamment celui de la 2^{ème} vague féministe. La contraception, associée à la liberté sexuelle de la femme, est alors perçue comme un progrès.

Actuellement en France, la génération de jeunes femmes n'a pas connu ce renversement progressiste de la contraception. Elle est née dans un pays où la contraception est perçue comme un acquis, désormais questionné à l'heure des crises médiatiques autour de la pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération ainsi que des réflexions féministes et écologistes. La question est de savoir comment, sur des avancées scientifiques notables, le corps médical peut se repositionner face à des changements de mœurs sociétaux. Il paraît important de prendre en compte ces changements et surtout de les comprendre.

L'intérêt porté à notre sujet de recherche est principalement venu de jeunes femmes médecins. Le métier se féminisant, peut-être que le sujet sera de plus en plus abordé et questionné par le corps médical. Un tiers des médecins interrogés avait plus de 45 ans, donc étaient des médecins diplômés autour des années 2000, époque où la contraception, notamment orale était perçue comme un progrès lors de leur formation. La génération des jeunes médecins, d'autant plus

après la crise médiatique autour de la pilule, a tendance à requestionner la place de la contraception, sans remettre en cause l'intérêt de la contraception, mais avec le principe de choix contraceptif : « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ».

Enfin notre étude a montré que les médecins qui suivaient des formations complémentaires ou qui étaient MSU en SFSE connaissaient mieux les méthodes les plus modernes et les plus fiables. Ainsi, le niveau de formation a un impact sur la connaissance des MNC et paraît être une piste intéressante afin d'améliorer les connaissances.

b) Comparaison avec d'autres études réalisées sur le même sujet

Etat des connaissances des MNC dans le monde avant les années 2000

Des études ont été réalisées autour des années 90 dans plusieurs pays du monde. Les méthodes les plus connues sont les plus anciennes. Aux Etats-Unis l'observation de la glaire est la méthode la plus évoquée (32), en République fédérale d'Allemagne on recommande plutôt la méthode de la température (33), et dans d'autres pays comme le Sri Lanka, les Philippines, le Pérou ou l'Île Maurice la méthode du calendrier est la plus proposée (34). On remarque qu'en Allemagne de l'Ouest, la symptothermie est peu connue et pourtant recommandée par les experts.

Moins d'un médecin sur deux propose les MNC lors d'une consultation. Leur connaissance détaillée n'est pas évidente et les MNC ne sont pas considérées comme des méthodes efficaces. On identifie un certain profil de médecin plus enclin à proposer ou même fournir des informations aux patientes. Dans des pays comme l'Île Maurice, le Pérou, les Philippines et le Sri Lanka ce sont notamment des médecins femmes, plutôt âgées et de confession catholique. La religion catholique n'encourageant pas ou peu la contraception peut être liée à l'intérêt porté aux MNC. Aux Etats-Unis, les médecins considérant les MNC comme efficaces et ceux connaissant des moniteurs de formation sont plus propices à informer les patientes.

On retrouve de manière générale peu de volonté de la part des médecins à améliorer la pratique ou la formation aux MNC, peut-être car la demande des patientes était moindre à cette époque-là.

Etat des connaissances des MNC en Amérique du Nord et en France après les années 2000

Au Canada, on montre une nouvelle fois que les médecins sous-estiment l'efficacité des MNC et que peu d'entre eux fournissent des renseignements aux patientes (35). Aux Etats-

Unis, les médecins sont plutôt volontaires pour améliorer leurs connaissances afin d'apporter une information correcte aux patientes (36). On estime que la demande est suffisamment importante pour la considérer comme une option contraceptive. Considérant que la motivation, la formation des couples et le soutien médical sont des facteurs importants pour l'efficacité de ces méthodes et que plus de la moitié des médecins ne connaissent pas les MNC ou ne les incluent pas dans le panel contraceptif, il est important de familiariser le corps médical avec les MNC (37). On observe une amélioration des connaissances et de la confiance dans les MNC chez des étudiants américains de 3^{ème} année de médecine après une formation brève sur les méthodes d'identification de la période fertile (38).

En France, quatre étudiants sur cinq ne s'estiment pas suffisamment formés (39) ni compétents pour parler des MNC avec les patients et seulement 10% d'entre eux connaissent un réseau vers qui les orienter (40). On retrouve un intérêt global pour ces méthodes ainsi qu'une volonté d'approfondir les connaissances de la part des internes.

Les résultats de notre étude sont concordants avec ceux des études précédemment réalisées. Ainsi les méthodes anciennes sont le plus souvent connues et proposées et l'efficacité des MNC est sous-estimée. On retrouve une nécessité d'améliorer les connaissances des médecins en soins primaires et une volonté de leur part à se former à ces méthodes.

3. Méthodes naturelles de contraception et formation médicale

Le manque de connaissances des MNC de la part des médecins généralistes amène à se questionner sur leur formation.

a) Formation actuelle des médecins concernant les MNC

Lors de la formation du second cycle de médecine, on ne retrouve pas de description précise de l'ensemble des MNC, mais seulement de la méthode Ogino, méthode de la température, du retrait et de la méthode MAMA (41). La symptothermie et les autres méthodes ne sont pas citées. Elles sont présentées comme des méthodes très contraignantes et peu efficaces. Il existe même une confusion de catégorisation des MNC puisque la méthode barrière par l'utilisation de spermicide est considérée comme une méthode naturelle (annexe 6).

Les dernières recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) rappelle l'existence de l'ensemble des MNC, sans décrire leur fonctionnement exact et insiste sur l'importance d'informer les patientes sur le manque

d'efficacité de ces méthodes. Il rappelle aussi l'importance d'informer précisément sur le mode d'emploi, et notamment le maintien d'une abstinence périodique sur les périodes fertiles versus l'utilisation de méthodes barrières afin d'améliorer l'efficacité des MNC (42).

L'HAS quant à elle énumère en 2013 l'ensemble des MNC mais ne précise pas leur mode de fonctionnement (43).

b) Formation des médecins à l'internationale

L'accès à la formation des médecins à l'étranger a été difficile à trouver, nous nous sommes appuyés sur les recommandations actuelles.

Le collègue américain de gynécologie et d'obstétrique explique les méthodes des jours fixes, des 2 jours, de la glaire cervicale, TBC et symptothermique (44). Ces explications sont accessibles aux patients mais ne sont pas complètes. Il est rappelé la moindre efficacité de ces méthodes.

Au Québec, les recommandations présentent les méthodes MAMA, Billings, Ogino, par appareillage et le retrait sous le nom de « méthode physiologique de contraception » (45). De la même manière qu'aux Etats-Unis, le détail de l'utilisation de chaque méthode est survolé et on rappelle le manque d'efficacité de ces méthodes.

Dans ces deux pays, l'accès à l'information sur les MNC paraît plus facile qu'en France car les MNC sont présentées sur les sites des collèges de gynécologie et d'obstétrique. Mais l'explication de chaque méthode reste succincte.

Comment informer correctement les patientes si les médecins n'ont pas de descriptifs officiels et précis sur l'utilisation et le fonctionnement des MNC ?

De manière générale en France, la formation des médecins et l'accès à l'information sur les MNC sont assez pauvres et peu précis. Ils nécessiteraient d'être revus et mis à jour afin que les médecins soient formés un minimum, ou aient accès à un relais fiable d'informations.

4. Perspectives

Lorsqu'on est face à une demande d'information concernant les MNC en consultation, il ne suffit pas de connaître les MNC, mais de savoir les expliquer ou réorienter la patiente.

a) Connaître les outils et réseaux existants autour des méthodes naturelles de contraception

Les médecins en soins primaires sont très peu entourés pour répondre à la demande d'information des patientes concernant les MNC. En effet un médecin sur 5 connaissait un réseau vers qui réorienter la patiente.

Le plus souvent, les patientes étaient orientées vers des sage-femmes. Ces dernières sont censées pouvoir présenter l'ensemble des contraceptifs existants en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle. On peut penser que leur approche plus physiologique de la santé de la femme leur permet d'être plus à l'aise sur la connaissance des MNC.

Les recommandations du Collège National des Sage-Femmes (CNSF) concernant la contraception reposent sur les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (46). Selon une étude de 2016, la connaissance des sage-femmes concernant les MNC reste globale et peu précise. On retrouve une certaine volonté de ces dernières à perfectionner leurs connaissances et de connaître les organismes ressources afin d'améliorer l'accompagnement des couples utilisant les MNC (47).

Concernant le milieu associatif et autres réseaux, il existe un nombre important de sites et d'associations proposant leurs services d'accompagnement et de formation aux MNC, et notamment aux méthodes basées sur l'identification de la période fertile (annexe 7). Les plus connus sont pour la méthode symptothermique les réseaux français CLER (48) et Fertilitycare (49), le réseau suisse Sympto Therm (50), le réseau allemand Sensiplan (51) et pour la méthode Billings, le réseau Billings (52).

Le principe est de rencontrer des moniteurs du réseau, formés à la méthode, pour un accompagnement personnalisé ou en groupe, de durée et formats variables d'un réseau à l'autre. Un livret d'explication et de formation à la symptothermie est mis à disposition gratuitement sur internet par la Fondation Sympto Therm (organisme non gouvernemental à but non lucratif).

Aux Etats-Unis, une étude de 2016 montre que la qualité des informations délivrées par ce type de site ou d'application smartphone reste pauvre (53).

Il serait intéressant d'évaluer de manière objective la qualité des informations délivrées par ces réseaux afin de pouvoir les recommander aux professionnels de santé ainsi qu'aux patientes.

Nous avons vu que 62% des médecins interrogés désiraient connaître un réseau vers lequel orienter les patientes. Mais la majorité des sites actuels sont payants ou à connotation religieuse ce qui rend leur accès plus difficile d'un point de vue financier et éthique. Améliorer la formation des médecins permettrait ainsi de délivrer une information fiable, neutre sur le sujet, pour une meilleure égalité d'accès à l'information.

b) Sensibilisation à la variation de l'efficacité

Parmi les médecins interrogés, un peu plus de la moitié n'étaient pas intéressés à se former au MNC, et une des principales raisons était le manque d'efficacité de ces méthodes.

Pour une pratique correcte et régulière, certaines MNC voient leur efficacité atteindre des niveaux presque identiques aux contraceptions orales. Mais lorsqu'on parle d'efficacité, il est plus important de parler de pratique courante, puisque c'est celle qui se rapproche le plus de la réalité. Pour les MNC en pratique courante, l'efficacité est nettement moins efficace, allant du simple au double.

Des études ont montré que l'efficacité des MNC pouvait être influencés par la motivation des patientes (20). On retrouve des taux d'abandon et d'échec très variable dans l'utilisation des MNC, ce qui souligne le besoin et l'importance de l'intervention de professionnels correctement formés, pour un suivi et un accompagnement de qualité (54).

Il serait intéressant de réaliser une étude sur l'utilisation des MNC, et notamment des méthodes basées sur l'identification de la période fertile, afin d'évaluer l'efficacité de ces méthodes chez des patientes ayant suivi une formation précise et étant accompagnées dans l'apprentissage et le suivi.

En 2018, une tribune de plus de 250 professionnels de santé dénonce la désinformation et les amalgames autour de la fiabilité des MNC. Ils dénoncent la confusion autour de l'ensemble des MNC qui contribuerait à la sous-estimation de leur efficacité. Etant donné la disparité d'efficacité d'une méthode à une autre, le fait de ne pas les distinguer contribue à

conserver une vision archaïque de l'ensemble de ces méthodes (55). Depuis 2016, la méthode des jours fixes ainsi que la méthode des 2 jours sont classées par l'OMS comme des « méthodes de contraception moderne » (18).

Il paraîtrait opportun de sensibiliser le corps médical à cette nuance concernant l'efficacité des MNC afin d'augmenter leur motivation à se former ou à connaître un réseau et ainsi améliorer l'efficacité de la pratique courante des MNC.

c) Les méthodes naturelles de contraception : pour toutes les femmes ?

La meilleure contraception est celle que l'on choisit. Selon l'HAS, « la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne » (56). Ce choix est personnalisé après une information éclairée. Lors d'une consultation de demande de contraception, est-il pertinent de proposer les MNC à toutes les femmes, ou se dessine-t-il un profil de femmes à qui les proposer ?

Aux Etats-Unis, les recommandations concernant les MNC (notamment méthode d'identification de la période fertile) précisent que ces méthodes sont appropriées pour celles qui l'ont choisies, qui sont capables d'observer un ou plusieurs signes de fertilité et dont l'abstinence ou l'utilisation de méthodes barrières durant la période fertile n'est pas une contrainte (57). Une fois de plus, la motivation du couple est mise en avant.

En dehors de la motivation, on retrouve une certaine acceptabilité du risque chez les couples utilisant les méthodes naturelles (58). Etant donné l'efficacité aléatoire, notamment lors des pratiques courantes, les couples utilisant ces méthodes doivent être au courant du risque d'échec supérieur à d'autres moyens de contraception. Le plus souvent, les couples utilisant ces méthodes sont davantage dans l'accueil d'une grossesse inattendue que dans le rejet d'une grossesse non désirée.

Au Canada, on estime qu'une contre-indication à une contraception ne doit pas être le seul motif à la proposition des MNC (59). La part de motivation dans l'efficacité de ces méthodes implique que l'incompatibilité avec les autres contraceptifs ne peut être la seule motivation à l'utilisation des MNC. Il ne faut pas sous-estimer le risque d'échec, à savoir une grossesse non désirée, avec les conséquences psychologiques potentielles d'une IVG.

Une étude de 2021 en Allemagne montre une augmentation en 5 ans de l'utilisation des MNC avec principalement des femmes de plus de 30 ans, en couple, ayant déjà des enfants,

avec un degré d'éducation élevé (60). Cela rejoint le point précédent, en laissant sous-entendre qu'une situation à priori stable sur le plan familial, permet d'augmenter l'acceptabilité du risque d'échec.

Chez l'adolescente, ou la femme en début de vie fertile, il paraîtrait cohérent de ne pas utiliser les MNC puisque la fertilité est maximale avant 25 ans (61). La motivation et l'acceptabilité du risque d'échec ne sont pas forcément les mêmes à cette période de vie qu'à l'âge de 30 ans, chez un couple ayant déjà des enfants.

Pour les méthodes basées sur le calendrier, il est préférable de ne pas les utiliser chez les femmes dont les cycles menstruels sont irréguliers, puisque le calcul a davantage de risques d'être faussé, ou d'entraîner des périodes de fertilité très longues, donc une période d'abstinence longue, ce qui peut diminuer la motivation du couple. Pour les méthodes basées sur les symptômes, l'irrégularité des cycles n'influe pas sur l'identification de la période fertile (8).

Des précautions seront à prendre s'il existe des perturbateurs des marqueurs nécessaires à l'identification de la période fertile, telles que des affections chroniques modifiant la température basale du corps.

Un certain profil de femmes potentiellement utilisatrice des MNC peut être ainsi identifié : des femmes adultes, très motivées, avec une acceptabilité du risque d'échec (62).

V. Conclusion

Les modifications des pratiques contraceptives de ces dernières décennies questionnent sur l'adaptation du corps médical aux nouvelles mœurs. Un certain nombre de femmes se tourne vers les méthodes naturelles de contraception pour diverses raisons, mais ne se sent pas en confiance, ni entendu par leur médecin généraliste.

Les médecins en soins primaires ont en effet une connaissance limitée des MNC qui s'explique par un manque de formation et une perception médiocre de leur efficacité. Les MNC les plus connues sont les méthodes les plus archaïques tandis que les MNC plus modernes et plus fiables sont connues principalement par des médecins qui suivent des formations.

Les médecins généralistes restent volontaires à se former ou connaître un réseau pour les aider dans la prise en charge des patientes.

Des études plus rigoureuses sur la méthodologie et l'efficacité des MNC, un apprentissage plus précis de ces méthodes lors de la formation médicale, ainsi que l'identification territoriale d'un réseau d'accompagnement permettraient une meilleure prise en charge des femmes utilisatrices de MNC.

Vu
Toulouse le 20/05/2022



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 23 mai 2022

Vu, permis d'imprimer
La Vice Doyenne de la Faculté de Santé
Directrice du Département de Médecine,
Maïeutique et Paramédical
Professeure Odile RAUZY



Bibliographie

1. Toulemon L, Leridon H. Vingt ans de contraception en France: 1968-1988. *Population*. 1991;46(4):777-811.
2. Guen ML, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Soc*. 2017;N° 549(10):1-4.
3. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception> [consulté le 15 août 2021].
4. United Nations Population Division | Department of Economic and Social Affairs.. Disponible sur: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2013.asp> [consulté le 2 avril 2022].
5. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? *Popul Soc*. 2014;511(5):1-4.
6. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. *RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. déc 2018;46(12):873-82.
7. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017> [consulté le 2 avril 2022].
8. Family Planning - A global handbook for providers. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9780999203705> [consulté le 14 mars 2022].
9. Grossesse-Estrie S. Méthodes naturelles. *SOS Grossesse Estrie*, 2013. Disponible sur: <https://www.sosgrossesseestrie.qc.ca/prevention-et-contraception/contraception/les-methodes-contraceptives-naturelles/> [consulté le 3 mai 2022].
10. Méthode Billings : sur quoi repose cette approche naturelle de la fertilité?. *Emancipées*. Disponible sur: <https://www.emancipees.com/methodes-naturelles/billings/> [consulté le 9 mai 2022].
11. Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, et al. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Hum Reprod Oxf Engl*. mai 2007;22(5):1310-9.
12. Le calcul de température. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/314-le-calcul-de-temperature> [consulté le 3 mai 2022].

13. Comment ça marche ? . Sympto - La gestion naturelle de la fertilité, sur internet et sur votre mobile. Disponible sur: <https://www.sympto.org/3/fr/sympto/comment-ca-marche> [consulté le 2 mai 2022].
14. Moonly Ebook - Les bases de la symptothermie.pdf. Google Docs. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1D9z72kBKx3gZi4-b7wRb-FOBZxgij3CA/view?usp=sharing&usp=embed_facebook [consulté le 9 mai 2022].
15. Méthodes contraceptives basées sur la connaissance de la fertilité - Gynécologie et obstétrique. Édition professionnelle du Manuel MSD. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/planning-familial/m%C3%A9thodes-contraceptives-bas%C3%A9es-sur-la-connaissance-de-la-fertilit%C3%A9> [consulté le 3 mai 2022].
16. Le moniteur de contraception Clearblue VS le Cyclotest myWay. Secheresse Vaginale. 2020 Disponible sur: <https://www.bivea-medical.fr/blog/intimite-feminine/le-moniteur-de-contraception-clearblue-vs-le-cyclotest-myway> [consulté le 25 avr 2022].
17. synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf [consulté le 15 août 2021].
18. Festin MPR, Kiarie J, Solo J, Spieler J, Malarcher S, Van Look PFA, et al. Moving towards the goals of FP2020 — classifying contraceptives. *Contraception*. oct 2016;94(4):289-94.
19. Peragallo Urrutia R, Polis CB, Jensen ET, Greene ME, Kennedy E, Stanford JB. Effectiveness of Fertility Awareness-Based Methods for Pregnancy Prevention: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. sept 2018;132(3):591-604.
20. Fehring RJ, Schneider M, Barron ML, Pruszynski J. Influence of Motivation on the Efficacy of Natural Family Planning. *MCN Am J Matern Nurs*. déc 2013;38(6):352-8.
21. Fehring RJ, Schneider M, Bouchard T. Effectiveness of an Online Natural Family Planning Program for Breastfeeding Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1 juill 2017;46(4):e129-37.
22. Vincent C, Medeiros Maia Roux M. Choisir sa contraception : le point de vue des femmes des Hautes-Pyrénées [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2964/> [consulté le 11 novembre 2021].
23. Boedec C. Regard des femmes sur la planification familiale naturelle: étude qualitative auprès de 15 patientes de la région lyonnaise [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.
24. Millet P. Méthodes de contraception naturelles : pour quelles raisons certaines femmes les choisissent, quelles sont leurs représentations de la contraception, quelle place pour le médecin généraliste ? 14 mars 2017;63.
25. Comerre-Leborgne E. Le choix des méthodes d'observation des cycles comme moyen de régulation des naissances: qu'en est-il en pratique ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2019. Disponible sur: <https://ged.univ->

rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/94295e59-e5b8-4330-bc02-8bdc67e2ca9c [consulté le 15 mars 2022]

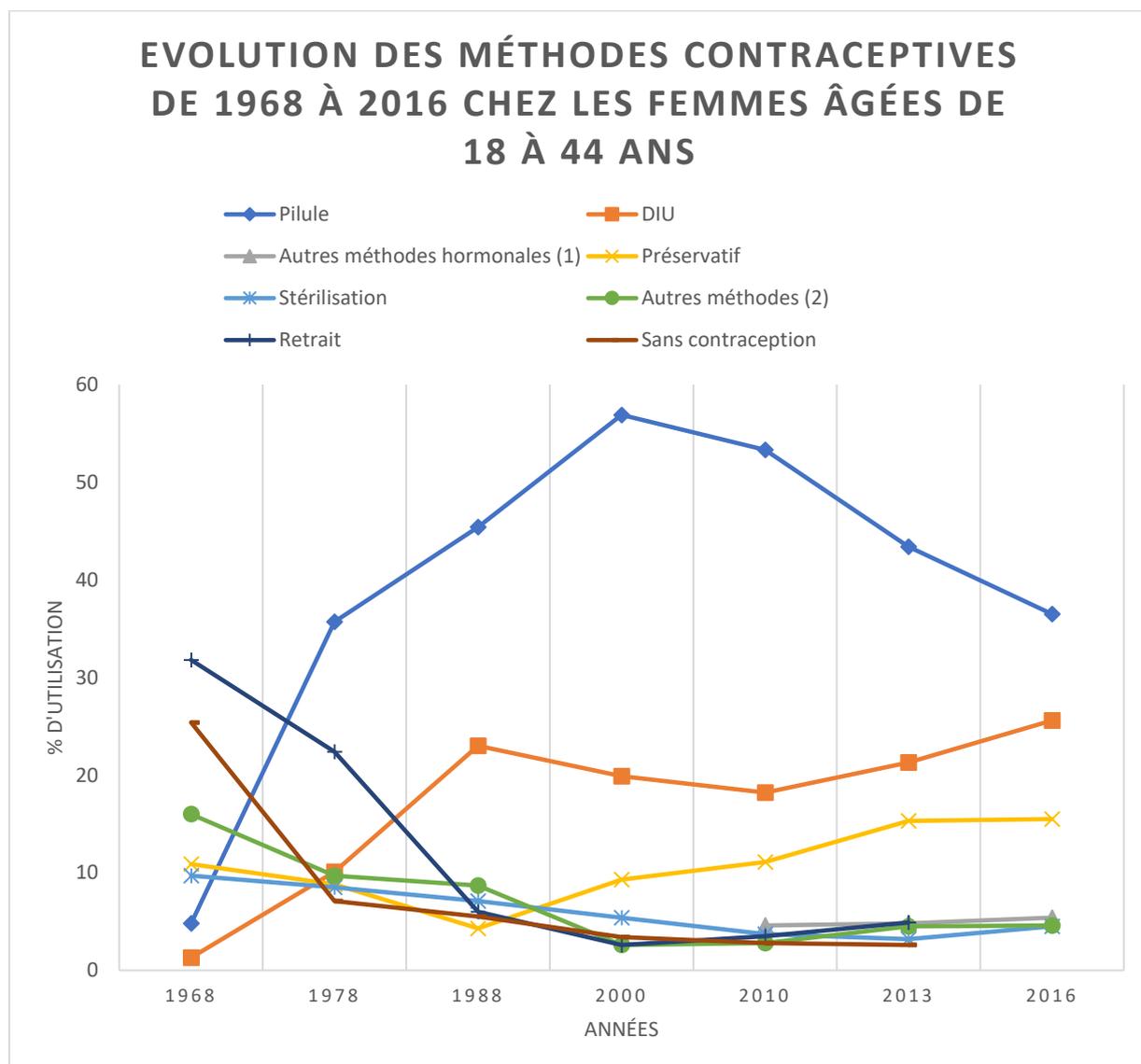
26. Unseld M, Rötzer E, Weigl R, Masel EK, Manhart MD. Use of Natural Family Planning (NFP) and Its Effect on Couple Relationships and Sexual Satisfaction: A Multi-Country Survey of NFP Users from US and Europe. *Front Public Health*. 13 mars 2017;5:42.
27. Hyerle L, Chovelon M. Vécu et motivation des femmes pratiquant les méthodes de connaissance de l'ovulation comme moyen de régulation des naissances [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01589205/document> [consulté le 15 mars 2022]
28. Moinard C. Besoins et attentes des femmes pratiquant la symptothermie vis-à-vis des professionnels de santé en France. 14 déc 2021;56.
29. Hyerle L, Chovelon MS. Vécu et motivation des femmes pratiquant les méthodes de connaissance de l'ovulation comme moyen de régulation des naissances. 8 sept 2017;208.
30. Démographie des professionnels de santé - DREES.. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/> [consulté le 15 mai 2022]
31. Home | Family Planning .. Disponible sur: <https://fphandbook.org/> [consulté le 31 mars 2022]
32. Stanford JB, Thurman PB, Lemaire JC. Physicians' knowledge and practices regarding natural family planning. *Obstet Gynecol*. nov 1999;94(5 Pt 1):672-8.
33. Döring G, Baur S, Frank-Herrmann P, Freundl G, Sottong U. Ergebnisse einer Ärzte-Befragung über Kenntnisstand und Einstellung zur natürlichen Familienplanung in der Bundesrepublik Deutschland 1988. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. janv 1990;50(1):43-8.
34. Snowden R, Kennedy KI, Leon F, Orense VC, Perera HW, Phillips R, et al. Physicians' views of periodic abstinence methods: a study in four countries. *Stud Fam Plann*. août 1988;19(4):215-26.
35. Choi J, Chan S, Wiebe E. Natural Family Planning: Physicians' Knowledge, Attitudes, and Practice. *J Obstet Gynaecol Can*. 1 juill 2010;32(7):673-8.
36. Kelly PJ, Witt J, McEvers K, Enriquez M, Abshier P, Vasquez M, et al. Clinician perceptions of providing natural family planning methods in Title X funded clinics. *J Midwifery Womens Health*. févr 2012;57(1):35-42.
37. Duane M, Motley R, Manhart M. Physicians Need More Education About Natural Family Planning. *Am Fam Physician*. 1 août 2013;88(3):158-9.
38. Danis PG, Kurz SA, Covert LM. Medical Students' Knowledge of Fertility Awareness-Based Methods of Family Planning. *Front Med*. 1 juin 2017;4:65.
39. Lavaste C. Une contraception naturelle, pourquoi pas ? :1.

40. Bonneville C. Méthodes naturelles de régulation des naissances: connaissances des internes rennais en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
41. Gynécologie Obstétrique - CNGOF 2015 ; Collection (Les Référentiels des Collèges) ; Elsevier Masson . Disponible sur: <http://cngof.net/E-book/GO-2016/index.html> [consulté le 3 mai 2022].
42. Clinical practice guidelines for contraception by the French National College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). J Gynecol Obstet Hum Reprod. 1 sept 2019;48(7):441-54.
43. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee [consulté le 6 mai 2022].
44. Fertility Awareness-Based Methods of Family Planning. Disponible sur: <https://www.acog.org/en/womens-health/faqs/fertility-awareness-based-methods-of-family-planning> [consulté le 10 mai 2022].
45. Les méthodes physiologiques de contraception - Santé de la femme | AOGQ.. Disponible sur: <https://www.gynecoquebec.com/sante-femme/la-contraception/30-les-methodes-physiologiques-de-contraception.html> [consulté le 10 mai 2022]
46. Autres RPC – Collège National des Sages-femmes de France. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/rpc-autres/> [consulté le 3 mai 2022].
47. Les compétences des sages-femmes. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/> [consulté le 3 mai 2022].
48. Cler. Disponible sur: <https://www.cler.net/Accompagnement-couples-et-familles> [consulté le 5 mai 2022]
49. FERTILITYCARE ET NAPROTECHNOLOGIE – ASSOCIATION FERTILITYCARE France.. Disponible sur: <https://www.fertilitycare.fr/> [consulté le 5 mai 2022]
50. Comment ça marche ? .Sympto - La gestion naturelle de la fertilité, sur internet et sur votre mobile.. Disponible sur: <https://www.sympto.org/3/fr/sympto/comment-ca-marche> [consulté le 6 mai 2022]
51. La Symptothermie Par Sensiplan®. Disponible sur: <https://symptothermie.info/> [consulté le 5 mai 2022].
52. Découvrir la Méthode Billings | Méthode Billings. Disponible sur: <https://www.methode-billings.com/> [consulté le cité 5 mai 2022].
53. Setton R, Tierney C, Tsai T. The Accuracy of Web Sites and Cellular Phone Applications in Predicting the Fertile Window. Obstet Gynecol. juill 2016;128(1):58-63.

54. Weis J, Festin M. Implementation and Scale-Up of the Standard Days Method of Family Planning: A Landscape Analysis. *Glob Health Sci Pract.* 30 mars 2020;8(1):114-24.
55. 400 médecins français disent stop à la désinformation autour des méthodes naturelles – J’arrête la pilule. Disponible sur: <https://jarretelapilule.fr/efficacite-methodes-naturelles/> [consulté le 6 mai 2022].
56. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes [consulté le 10 mai 2022].
57. Simmons RG, Jennings V. Fertility awareness-based methods of family planning. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 juill 2020;66:68-82.
58. 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.
59. Black A, Guilbert E, Co-Authors, Costescu D, Dunn S, Fisher W, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* nov 2015;37(11):1033-9.
60. Kersten M, Korzoum A, Friedl TWP, Schütze S, Tzschaschel M, Fritz J, et al. Trend natural family planning – an online survey to assess attitudes towards NFP among German-speaking women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 18 janv 2022;0(0):1-7.
61. Baisse de la fertilité et de la fécondité: pourquoi?.. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/sterilite-pma-infertilite/baisse-de-la-fertilite-et-de-la-fecondite-pourquoi> [consulté le 10 mai 2022]
62. 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.
63. Contraception. Ined - Institut national d’études démographiques.. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/> [consulté le 28 févr 2021]
64. Schéma général d’une ovulation. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/cycle-menstruel/297-schema-general-d-une-ovulation> [consulté le 2 mai 2022].

ANNEXES

Annexe 1 : Paysage contraceptif en France de 1968 et 2016



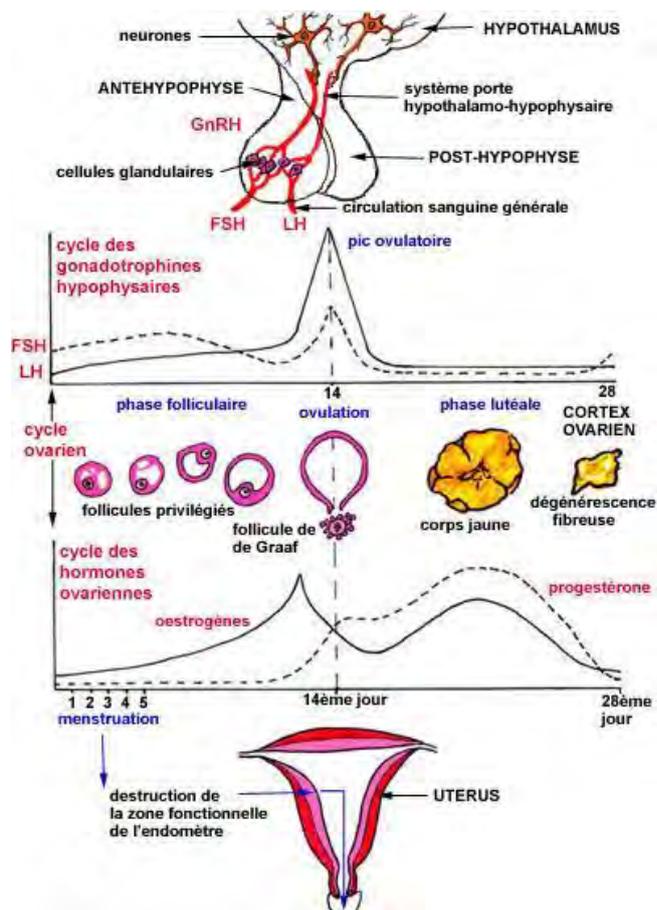
(63)

(1) Autres méthodes hormonales : implant/patch/anneau

(2) Autres méthodes : Retrait, abstinence et autres méthodes naturelles, méthodes locales (diaphragme, cape cervicale)

Sources : Estimations à partir des résultats de l'Enquête mondiale sur la fécondité (1978), de l'Enquête Régulation des naissances (1988), de l'enquête Cocon (2000), des enquêtes Fecond (2010 et 2013) et de l'étude Baromètre santé (2016)

Annexe 2 : Physiologie du cycle menstruel (64)



Annexe 3 : Indice de Pearl des MNC (31)

Méthode	Utilisation correcte et régulière (%)	Utilisant en pratique courante (%)
<i>Méthode Ogino</i>	9	20
<i>Méthode des jours fixes</i>	5	12
<i>Méthode des 2 jours</i>	4	14
<i>Méthode Billings</i>	3	23
<i>Symptothermie</i>	< 1	2
<i>Méthode d'appareillage</i>	Non connu	Non connu
<i>Retrait</i>	4	20
<i>MAMA</i>	< 1	2

Annexe 4 Questionnaire de thèse sur les méthodes naturelles de contraception

Bonjour à toutes et à tous!

Merci de prendre seulement 5 minutes pour répondre à mon questionnaire de thèse.

Je réalise ma thèse sur l'état des connaissances des médecins généralistes en Occitanie concernant les méthodes naturelles de contraception.

Selon l'étude FECOND réalisée en 2013 par l'INED/INSERM, environ 10% de la population féminine française utilise les méthodes naturelles comme contraception. Les principales raisons de ce choix contraceptifs ont été étudiées dans des thèses qualitatives, et montrent principalement un refus d'ingestion d'hormones, le désir de mieux connaître et ressentir son corps et sa libido, et l'absence d'effets secondaires.

Selon une étude réalisée en 2017, 12 femmes sur 14, utilisatrices des MNC, expriment une insatisfaction de l'écoute et de la formation du corps médical sur ce sujet, et 10 d'entre elles ont menti ou omis de parler de leur choix de contraception par peur d'être jugées ou infantilisées sur le sujet.

J'ai donc décidé de réaliser une étude quantitative pour évaluer les connaissances des médecins généralistes d'Occitanie sur les méthodes naturelles de contraception.

1. Vous êtes :
 - Une femme
 - Un homme

2. Votre âge :
Réponse libre

3. Êtes-vous maître de stage universitaire ?
 - Oui
 - Non

4. Êtes-vous maître de stage universitaire recevant des internes en Santé de la Femme et Santé de l'Enfant ?
 - Oui
 - Non

5. Votre lieu d'activité :
 - Ariège
 - Aveyron
 - Haute-Garonne
 - Gers
 - Lot
 - Hautes-Pyrénées
 - Tarn
 - Tarn-et-Garonne

6. Votre milieu d'activité :
 - Rural
 - Semi-rural

- Urbain
7. Quels sont vos moyens de formation complémentaire ?
- Diplômes universitaires en lien avec la gynécologie
 - Développement Professionnel Continu en lien avec les contraceptions
 - Formation Médicale Continue en lien avec les contraceptions
 - Abonnements à des revues médicales
 - Participation à des congrès de médecine générale et/ou gynécologie
 - Autre : *Réponse libre*
8. Concernant votre pratique, à quelle fréquence faites-vous des consultations dédiées à la gynécologie par rapport à l'ensemble de vos consultations ?
- < 20%
 - 20% - 40%
 - 40% - 60%
 - 60% - 80%
 - > 80%
9. A quelle fréquence êtes-vous confronté à des consultations dédiées à la demande de contraception ?
- Plus d'une fois par jour
 - Plus d'une fois par semaine
 - Plus d'une fois par mois
 - Plus d'une fois par an
 - Moins d'une fois par an
10. A quelle fréquence êtes-vous amené à pratiquer des poses ou ablation d'implants et/ou de dispositifs intra-utérins ?
- Plus d'une fois par jour
 - Plus d'une fois par semaine
 - Plus d'une fois par mois
 - Plus d'une fois par an
 - Moins d'une fois par an
11. Avez-vous déjà été confronté en consultation à devoir expliquer les méthodes naturelles de contraception
- Oui
 - Non
12. Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre connaissance des méthodes naturelles de contraception ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Parfaitement

13. Quelles méthodes naturelles de contraception connaissez-vous ?
- L'abstinence périodique ou méthode Ogino
 - La méthode des températures

- L'observation de la glaire cervicale ou méthode Billings
- Symptothermie
- Le retrait
- La méthode avec appareillage (test hormonal sur les urines du matin)
- La méthode MAMA (méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée)
- Aucune
- Autres : *Réponse libre*

14. Parmi ces méthodes-là, lesquelles décrivez-vous comme des méthodes efficaces moyennant une utilisation régulière et correcte ? (Selon l'OMS, une méthode efficace a un indice de Pearl inférieur à 9%, soit 9 grossesses sur 100 femmes utilisant la méthode pendant un an)

- L'abstinence périodique ou méthode Ogino
- La méthode des températures
- L'observation de la glaire cervicale ou méthode Billings
- Symptothermie
- Le retrait
- La méthode avec appareillage (test hormonal sur les urines du matin)
- La méthode MAMA (méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée)
- Aucune
- Autres : *Réponse libre*

15. Parmi ces méthodes-là, lesquelles vous sentiriez-vous capable d'expliquer à un ou une patiente vous le demandant ?

	Pas du tout	Plutôt pas	Plutôt oui	Tout à fait
L'abstinence périodique	0	0	0	0
La méthode des températures	0	0	0	0
L'observation de la glaire cervicale	0	0	0	0
Symptothermie	0	0	0	0
Le retrait	0	0	0	0
La méthode avec appareillage	0	0	0	0
La méthode MAMA	0	0	0	0

16. Connaissez-vous autour de vous un réseau (associatif ou d'autres professionnels de santé) vers qui orienter les patientes pour s'informer sur les méthodes naturelles de contraception ?

- Non
- Oui

17. Si oui, lesquels ?

Réponse libre

18. Seriez-vous intéressé de connaître un réseau vers qui orienter les patientes en demande d'information sur les méthodes naturelles de contraception

- Non
- Oui

19. Si oui, pourquoi ?

Réponse libre

20. Si non, pourquoi ?

Réponse libre

21. Seriez-vous intéressé de suivre une formation aux méthodes naturelles de contraception ?

- Non
- Oui

22. Si oui, pourquoi ?

Réponse libre

23. Si non, pourquoi ?

Réponse libre

Annexe 5 : Mail de diffusion

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Je me nomme Bénédicte CHARRETIER et je réalise mon projet de thèse de médecine générale sur les connaissances des médecins généralistes de Midi-Pyrénées concernant les méthodes naturelles de contraception. Ma directrice de thèse est le Docteur Isabelle FRAY.

En effet, Selon l'étude FECOND réalisée en 2013 par l'INED/INSERM, environ 10% de la population féminine française utilise les méthodes naturelles comme contraception. Les principales raisons de ce choix contraceptif ont été étudiées dans des thèses qualitatives, et montrent principalement un refus d'ingestion d'hormones, le désir de mieux connaître et ressentir son corps et sa libido et l'absence d'effets secondaires.

Selon une étude réalisée en 2017, 12 femmes sur 14, utilisatrices des MNC, expriment une insatisfaction de l'écoute et de la formation du corps médical sur ce sujet, et 10 d'entre elles ont menti ou omis de parler de leur choix de contraception.

Aucune étude n'a été encore réalisée pour évaluer l'état des connaissances chez les généralistes des MNC et leur compétence à accompagner ses patientes-là.

J'ai donc décidé de réaliser une étude quantitative pour évaluer les connaissances des médecins généralistes d'Occitanie sur les méthodes naturelles de contraception.

Pour ceux qui ont déjà participé, ne répondez pas.

Si vous n'avez pas encore eu le temps d'y répondre, veuillez trouver, ci-dessous, le lien du questionnaire :

QUESTIONNAIRE :

https://docs.google.com/forms/d/1LWDoEhScqsZmE1uLJWDDDtInLD5b_SINoLIUD3wCZLs/edit

En vous remerciant par avance pour votre participation.

Cordialement.

Bénédicte CHARRETIER

Annexe 6 : Extrait Référentiel de Gynécologie-Obstétrique du CNGOF 2015, item Contraception

“Méthodes naturelles

Toutes les méthodes dites « naturelles » cherchent à identifier l’ovulation pour éviter les rapports potentiellement féconds dans cette période « à risque » de grossesse.

A) Spermicides

Il n’est pas fréquent de classer les spermicides dans les méthodes naturelles, mais cette méthode contraceptive est peu efficace et ses résultats se rapprochent des méthodes naturelles en termes d’efficacité contraceptive. Ils sont responsables d’environ 20 % d’échecs. Cette méthode ne peut s’envisager que dans un couple où l’éventualité d’une grossesse a été prise en compte, et où la fertilité est connue comme étant faible.

Les spermicides sont des substances qui inactivent ou détruisent les spermatozoïdes. Ils existent sous forme de gel ou d’ovules, insérés au fond du vagin. Ils sont rarement utilisés seuls, mais souvent associés à des méthodes barrières. Les ovules doivent fondre au fond du vagin pour être efficaces... ce qui prend dix minutes. De plus, ils ne sont efficaces qu’une heure. Les crèmes peuvent être utilisées juste avant le rapport sexuel... quand on sait qu’il va avoir lieu. Heureusement, la durée d’action des crèmes est de 8 heures. Il faut savoir que les savons peuvent inactiver les spermicides, ce qui fait qu’aucune toilette vaginale ne peut être faite autour du moment du rapport sexuel. Les spermicides ne peuvent pas s’utiliser en cas de mycoses ou d’infection vaginale. Ils ne sont pas remboursés, et coûtent quelques euros la dose unitaire.

B) Abstinence périodique (dite méthode Ogino)

Elle consiste à éviter les rapports sexuels dans les 5 jours qui précèdent ou qui suivent la date de l’ovulation présumée. Mais même chez une femme aux cycles réguliers, ceci n’est pas si facile. Et de plus, seule la deuxième phase du cycle, phase lutéale, est fixe, et dure 14 jours. Donc il faudrait calculer la date d’ovulation en retranchant 14 jours à la date des règles futures...

C) Méthode des températures

Comme pour repérer une ovulation en cas de désir de grossesse, cette méthode est contraignante. Elle nécessite la prise de température, tous les matins à la même heure, avant le lever. Le décalage de température lié à la sécrétion de progestérone en post ovulatoire permet de savoir a posteriori que l’ovulation a eu lieu. Et comme l’ovocyte ne vit que 24 heures, les rapports ayant lieu à partir de 3 jours après le décalage ne sont plus féconds. Si tant est que la température n’a pas monté pour une autre raison... De plus, cette méthode nécessite l’abstinence ou une autre contraception en pré-ovulatoire.

D) Retrait ou « coïtus interruptus »

Pas très facile, ni très glamour. De plus, il nécessite une grande confiance dans le partenaire, qui doit se retirer au bon moment, et pas juste un peu trop tard...

E) Méthode MAMA (méthode de l’allaitement maternel et de l’aménorrhée)

Cette méthode est utilisable pendant au mieux les 6 premiers mois après la naissance et au moins jusqu'au retour de couches s'il survient avant. Toutefois, cette méthode est très contraignante car elle nécessite un allaitement exclusif, avec un nombre de tétées suffisant pour ne pas laisser la reprise de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique se faire. Il faut donc au moins 6 grandes tétées, régulièrement répartie dans les 24 heures. C'est donc une méthode très dépendante de la façon dont le bébé tète et dort...donc un peu aléatoire aussi.

Annexe 7 : Liste non exhaustive des sites de formation aux MNC

Sites explicatifs des MNC

<https://cyclenaturel.fr/>

<https://www.factsaboutfertility.org/>

Sites d'associations proposant une formation aux MNC

<http://www.methodes-naturelles.fr/>

<http://symptothermie.com/>

<https://www.methode-billings.com/>

<https://www.billingslife.fr/>

<http://fertilitycare.fr/>

Auteur : CHARRETIER Bénédicte

Discipline administrative : Médecine générale

Directeur de thèse : Dr FRAY Isabelle

N° thèse : 2022 TOU3 1071

Evaluation des connaissances des médecins généralistes en l'ex-région Midi-Pyrénées sur les méthodes naturelles de contraception

Introduction : En France, 4,6% des femmes entre 15 et 49 ans utilisent les méthodes naturelles de contraception (MNC) en 2016. Une majorité d'entre elles sont insatisfaites de l'écoute et de la formation des médecins généralistes à ce sujet. Elles se sentent jugées, mal informées et mal accompagnées par ces derniers. L'efficacité des MNC dépend de la motivation du couple ainsi que de l'accompagnement par un professionnel de santé.

Objectif : Evaluer les connaissances des médecins généralistes concernant les MNC, ainsi que leur perception de leur efficacité, et leur volonté d'amélioration et de modification de pratiques.

Méthode : Etude quantitative auprès des médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées par questionnaire diffusé sur internet à l'aide de la mailing list de l'URPS entre le 18 février 2022 et le 1^{er} avril 2022.

Résultats : Les MNC les plus connues étaient les méthodes Ogino, Billings, température et le retrait. Près d'un médecin sur deux ne considérait qu'aucune des MNC n'étaient efficaces. Des méthodes plus récentes et plus fiables comme la symptothermie ou la MAMA étaient surtout connues par des médecins suivants des formations complémentaires. Un médecin sur 5 connaissait un réseau vers qui orienter les patientes, et plus d'un sur deux était intéressé de connaître un réseau. 44% des médecins interrogés était intéressé pour suivre une formation aux MNC, pour les autres une des raisons principales à ne pas vouloir se former était l'inefficacité de ces méthodes.

Discussion et conclusion : Les MNC sont peu connues des médecins généralistes et perçues comme inefficaces. La formation médicale présente des lacunes concernant les MNC, et les réseaux ou outils autour des MNC sont peu connus et incertains. Ainsi une amélioration de la formation médicale, passant par la réalisation d'études rigoureuses sur les MNC, permettrait une meilleure connaissance des médecins généralistes et ainsi un accompagnement et une prise en charge des utilisatrices de meilleure qualité.

Assessment of general practitioners' knowledge in the former Midi-Pyrénées region on natural methods of contraception

Introduction: In France, 4.6% of women between the ages of 15 and 49 use natural family planning (NFP) in 2016. A majority of them are dissatisfied with the listening and training of general practitioners on this subject. They feel judged, ill-informed and poorly supported by them. The effectiveness of NFP depends on the motivation of the couple as well as the support of a health professional.

Objective: To assess the knowledge of general practitioners concerning NFPs, as well as their perception of their effectiveness, and their desire to improve and modify practices.

Method: Quantitative study among general practitioners in the former Midi-Pyrénées region through a serie of questions distributed on the internet using the URPS mailing list between February 18, 2022 and April 1, 2022.

Results: The best-known NFPs were the Ogino, Billings, temperature and withdrawal methods. Nearly one out of two physicians did not consider any of the NFPs to be effective. Doctors who had been following additional training were aware of more recent and more reliable methods such as the Sympto-Thermal Method (STM) or the Lactation-Amenorrhea Method (LAM). One in five doctors knew a network to which they could refer patients to and more than one in two were interested in learning about such network. 44% of the doctors questioned were interested in taking training in NFP. For the rest, one of the main reasons for not wanting to train was the ineffectiveness of these methods.

Discussion and conclusion: NFPs are little known to general practitioners and perceived as ineffective. There are gaps in medical training regarding NFPs, and networks or tools around NFPs are little known and uncertain. Thus, an improvement in medical training, through the performance of rigorous studies on NFP, would allow a better knowledge of general practitioners and thus better quality support and care for users.

Mots-clés : Méthodes naturelles de contraception, Contraception, Connaissances, Efficacité, Formations médicale, médecins généralistes

Keywords : Natural Family Planning, Contraception, Knowledge, Effectiveness, Medical education, General practitioners