

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 juillet 2024

Par Adélaïde ROUDERGUE épouse KWETER

Méthodes de contraception naturelle : connaissances et besoins en formation des internes de médecine générale de l'Université de Limoges

Thèse dirigée par Madame le Docteur Léa SEVE

Examineurs :

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG, présidente du jury

Madame le Docteur Karen RUDELLE, MCU-MG, juge

Madame le Docteur Léa SEVE, MCA-MG, juge

Monsieur le Docteur Julien CITERNE, CCU-MG, juge



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 juillet 2024

Par Adélaïde ROUDERGUE épouse KWETER

Méthodes de contraception naturelle : connaissances et besoins en formation des internes de médecine générale de l'Université de Limoges

Thèse dirigée par Dr Léa SEVE

Examineurs :

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG, présidente du jury

Madame le Docteur Karen RUDELLE, MCU-MG, juge

Madame le Docteur Léa SEVE, MCA-MG, juge

Monsieur le Docteur Julien CITERNE, CCU-MG, juge

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Asseseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

KARAM Henri-Hani MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

COUVE-DEACON Elodie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

ESCLAIRE Françoise BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

PASCAL Virginie IMMUNOLOGIE

RIZZO David HEMATOLOGIE

SALLE Henri NEUROCHIRURGIE

SALLE Laurence ENDOCRINOLOGIE

TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

YERA Hélène PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission
temporaire)

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

« L'intelligence ne vaut qu'au service de l'amour »

Antoine de Saint Exupéry

Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,
Professeur des Universités de Médecine Générale,
Responsable du Département Universitaire de Médecine Générale,

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et de juger notre travail. Veuillez recevoir ici, l'expression de nos sincères remerciements et de notre respectueuse considération.

A Madame le Docteur Karen RUDELLE,
Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale,

Vous avez gentiment accepté de juger ce travail et nous vous en remercions bien chaleureusement. Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude.

A Madame le Docteur Léa SEVE,
Maître de Conférence Associé à mi-temps de Médecine Générale,

Vous avez accepté de diriger cette thèse et je vous en suis très reconnaissante. Merci pour votre implication et vos précieux conseils qui ont permis de donner un cadre à ce travail ainsi qu'à mon enthousiasme. Veuillez trouver ici, l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Julien CITERNE,
Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale,

Vous avez gentiment accepté de juger ce travail et nous vous en remercions. Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude.

Aux membres de l'association FOCUS fertilité, Madame Marion VALLET sage-femme, Madame le Docteur Caterina DIPIERRO endocrinologue, Madame le Docteur Clotilde MAYOLLE gynécologue et Madame le Docteur Sophie SAAB-TSNOBILADZE médecin généraliste,

A Madame Thérèse HARGOT essayiste et sexologue,

A Madame Laurène SYNDICIC fondatrice de la plateforme émancipées,

Merci chaleureusement pour nos échanges et votre intérêt aux prémices de ce travail.

A Monsieur Cyril KAHFUJIAN responsable de la scolarité, et à Madame le Professeur Nadège LAUCHET, merci pour votre contribution précieuse à la réalisation de ce travail.

Aux internes ayant participé à notre étude, rendant possible ce travail, et à mes relecteurs de questionnaires, merci !

Aux différentes personnes qui ont jalonné mon parcours étudiant :

A mes maîtres, qui m'ont fait découvrir avec passion la médecine générale au sein de leur cabinet, les Docteurs Christine BESSAUDOU-LACHAUD, Aurélie CHEMILLE, Anne-Christel FERNANDES LOPES, Magali DELAGE-POMMIER, Nadège LAUCHET, Carine MOLLAS-GORYL et Pauline PEPY,

Au Docteur Yves LEMEUR qui m'a enseigné la gynécologie,

Aux services hospitaliers de Limoges et de Brive qui m'ont accueillie,

Merci infiniment pour tout ce que vous m'avez transmis. Ma gratitude est immense.

Au Docteur Coralie JALLET, merci pour votre supervision bienveillante pendant cet internat.

Au Professeur Céline GRECO et au service de médecine de la douleur et médecine palliative de l'Hôpital Necker Enfants Malades, en particulier mes collègues infirmières Séverine HATTON et Marie SIMON, un immense merci pour votre accueil, votre amitié et tout ce que j'apprends aujourd'hui à vos côtés.

A l'École de l'Inserm Liliane Bettencourt, qui m'a offert l'opportunité de découvrir la recherche médicale,

Aux laboratoires qui m'ont fait participer à leurs projets de recherche,

Au Docteur David CAPPELEN et aux Professeurs Chloé James, François Moreau-Gaudry et Marie-Edith LAFON qui ont jalonné ce parcours,

Merci infiniment pour cette expérience si enrichissante.

A mes proches :

A mes parents, qui n'ont cessé de me soutenir depuis le début, merci pour votre présence bienveillante et pour ce que vous m'avez transmis, me permettant ainsi d'aller au bout de mes projets.

A Jean-Marc, mon époux très cher, merci pour ton amour,

A notre fille Pia, merci pour l'immense joie que tu nous offres.

A mon frère Pierre-Benoît et à ma sœur Brunehilde, à mes grands-parents et ma belle et nombreuse cousine, merci pour notre jolie famille !

A mon parrain Benoît et ma marraine Véronique, merci pour votre affection.

A ma belle-famille, Diana, Ghassan et Marianne, merci infiniment de m'avoir accueillie.

A tous mes amis, dont l'amitié m'est bien précieuse, merci pour votre fidélité, votre présence, votre soutien et de m'avoir fait grandir à vos côtés tout au long de ces années.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CLER	Centre de Liaison des Équipes de Recherche sur l'amour et la famille
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
FABM	<i>Fertility Awareness Based Method</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
Ined	Institut national d'études démographiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IP	Indice de Pearl
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MN	Méthodes Naturelles
MOC	Méthodes d'Observation du Cycle
NU	Nations Unies
MRF	Médecine de Restauration de la Fertilité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PFN	Planification Familiale Naturelle
USA	<i>United States of America</i>

Table des matières

Introduction.....	22
I. État des lieux.....	24
I.1. Définitions.....	24
I.1.1. Contraception.....	24
I.1.1.1. Contraception et planification familiale.....	24
I.1.1.2. Méthodes contraceptives.....	24
I.1.2. « Contraception naturelle ».....	25
I.1.2.1. Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité.....	25
I.1.2.2. Méthode de l’Allaitement Maternel et de l’Aménorrhée.....	27
I.1.3. Efficacité d’une méthode contraceptive.....	27
I.2. Historique des Méthodes Naturelles.....	28
I.2.1. Chronologie.....	28
I.2.2. Influences religieuses au XXème siècle.....	29
I.2.3. Influences contemporaines.....	30
I.3. Épidémiologie : place des Méthodes Naturelles dans le paysage contraceptif contemporain.....	31
I.3.1.1. Épidémiologie de la contraception dans le monde.....	31
I.3.1.2. Épidémiologie de la contraception en France.....	34
I.4. Population concernée.....	39
I.4.1. Motivations des utilisateurs.....	39
I.4.2. Difficultés ressenties par les utilisateurs.....	40
I.5. Efficacité contraceptive des Méthodes Naturelles.....	41
I.5.1. Indice de Pearl.....	41
I.5.2. Abandon de la méthode.....	45
I.5.3. Recours à l’interruption volontaire de grossesse.....	46
I.6. Efficacité pro-conceptionnelle des Méthodes Naturelles.....	47
I.7. Recommandations médicales officielles.....	48
I.7.1. Indications et non indications.....	48
I.7.2. Précautions d’utilisation.....	48
I.7.3. Effets secondaires.....	48
I.7.4. Contre-indications.....	48
I.7.5. Formation des usagers.....	49
I.8. Connaissances et pratiques des médecins généralistes.....	50
I.8.1. Connaissances.....	50
I.8.2. Pratiques.....	51
I.8.3. Attentes des patientes vis-à-vis des praticiens.....	52
I.8.4. Formation contraceptive à l’Université de Limoges.....	52
II. Matériels et méthodes.....	53
II.1. Description.....	53
II.2. Objectifs.....	53
II.2.1. Objectif principal.....	53
II.2.2. Objectif secondaire.....	53
II.3. Outils de recueil.....	53
II.3.1. Élaboration du questionnaire.....	53
II.3.2. Sélection de l’échantillon.....	54

II.3.3. Exploitation, recueil et description des données	54
II.3.4. Statistiques et analyse comparative des données.....	54
III. Résultats.....	55
III.1. Diagramme de flux	55
III.2. Profil socio-professionnel des étudiants	56
III.3. Connaissances actuelles des étudiants.....	58
III.4. Attentes des étudiants concernant leur formation	63
IV. Discussion.....	66
IV.1. Forces et limites de l'étude	66
IV.1.1. Forces.....	66
IV.1.2. Limites	66
IV.2. Analyse des résultats.....	67
IV.2.1. Analyse de la population	67
IV.2.2. Analyse des connaissances.....	68
IV.2.3. Analyse des attentes des étudiants	69
IV.3. Validité externe	70
V. Perspectives du projet	73
Conclusion.....	76
Références bibliographiques	77
Annexes.....	82
Serment d'Hippocrate	114

Table des illustrations

Figure 1: Méthodes incluses dans la définition de « contraception naturelle »	25
Figure 2 : Nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) par méthode contraceptive dans le monde en 2021.....	31
Figure 3 : Usages contraceptifs (en %) chez les femmes.....	32
Figure 4 : Prévalence des méthodes contraceptives par région dans le monde.....	33
Figure 5 : Méthodes de contraception utilisées en France entre 1978 et 2010. Place majoritaire de la pilule et apparition de nouvelles méthodes hormonales à partir des années 2000.....	34
Figure 6: Méthodes de contraception en France entre 1968 et 2013.....	35
Figure 7: Évolution du modèle contraceptif en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes. Recul des pilules de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération chez les femmes de moins de 30 ans.	36
Figure 8 : Modèle contraceptif selon l'âge des femmes en France en 2010 (A) et en 2013 (B). Recul de la pilule et diversification des méthodes contraceptives.	36
Figure 9 : Diagramme de flux.....	55
Figure 10 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le sexe (n = 48)	56
Figure 11 : Répartition des étudiants selon leur année de naissance (n = 48)	56
Figure 12 : Répartition des étudiants au sein du 3 ^{ème} cycle de médecine générale (n = 48)	57
Figure 13 : Répartition des étudiants en pourcentage selon leur expérience en stage (n = 48)	57
Figure 14 : Répartition des étudiants en pourcentage selon leur intérêt pour la contraception (n = 48)	58
Figure 15 : Répartition des étudiants en pourcentage selon leur connaissance des méthodes de contraception naturelle (n = 48)	58
Figure 16 : Fréquence en pourcentage des moyens par lesquels les étudiants ont eu connaissance des méthodes de contraception naturelle (n = 48).	59
Figure 17 : Fréquence en pourcentage de réponses correctes à une question à choix multiple visant à définir les méthodes de contraception naturelle (n = 48)	60
Figure 18 : Fréquence en pourcentage de connaissance des méthodes de contraception naturelle par les étudiants (n = 48)	61
Figure 19 : Fréquence en pourcentage de la perception de fiabilité des méthodes de contraception naturelle par les étudiants (n = 48)	61
Figure 20 : Fréquence en pourcentage de connaissance des associations formant aux méthodes de contraception naturelle par les étudiants (n = 48)	62

Figure 21 : Fréquence en pourcentage de la perception des étudiants du rôle du médecin généraliste concernant les méthodes de contraception naturelle (n = 48)	63
Figure 22 : Fréquence en pourcentage de la perception des étudiants sur leur besoin en formation concernant les méthodes de contraception naturelle pour leur pratique ultérieure (n = 48)	63
Figure 23 : Fréquence en pourcentage d'intérêt des étudiants pour différents formats de formation aux méthodes de contraception naturelle (n = 48).....	64
Figure 24 : Fréquence en pourcentage des étudiants ayant souhaité faire des remarques (n = 48)	65

Table des tableaux

Tableau 1 : Classement des méthodes contraceptives.....	24
Tableau 2 : Indice de Pearl (IP) des différentes méthodes contraceptives existantes selon la Haute Autorité de Santé, Santé publique France et l'Organisation Mondiale de la Santé.	42
Tableau 3 : Revues de la littérature des études d'efficacité des méthodes de contraception naturelle.....	43
Tableau 4 : Taux d'abandon en lien avec une insatisfaction à l'égard d'une méthode contraceptive.	45
Tableau 5 : Situation contraceptive au moment de la dernière grossesse non planifiée.	46
Tableau 6 : Remarques des étudiants.....	65
Tableau 7 : Planification de l'enseignement	73

Introduction

L'étude FECOND menée conjointement par l'Insed et l'Inserm étudie le paysage contraceptif français entre 2010 et 2013. Celui-ci semble soumis à une « *norme contraceptive qui rythme et structure l'usage des méthodes selon l'âge et le nombre d'enfants* »(1). Ce modèle contraceptif se caractérise ainsi par l'usage du préservatif en début de vie sexuelle vers 15-17 ans, puis de la pilule vers 18-29 ans et enfin du stérilet à partir de 30-35 ans, quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient. Cependant l'étude montre qu'en 2013, le débat médiatique autour des pilules de 2^{ème} et 3^{ème} génération a renforcé la désaffection observée depuis les années 2000 vis-à-vis de la pilule, notamment chez les femmes de moins de 30 ans, et bouleversé la norme établie. Bien que son image sociale et symbolique liée à l'émancipation de la femme au XX^{ème} siècle, ait été ternie, la pilule reste toutefois la méthode de contraception majoritaire en France. Les pratiques contraceptives en revanche se sont diversifiées avec l'augmentation de l'utilisation du stérilet, du préservatif et des « autres méthodes », ces dernières incluant les autres méthodes barrières, les méthodes naturelles, le retrait, et représentant 9,5% des pratiques contraceptives en 2013.

Les méthodes naturelles sont d'après l'OMS fondées sur l'identification de la période fertile du cycle menstruel à partir de l'observation des signes de fécondité ou d'un calcul des jours du cycle(2). Tombées initialement en désuétude face à la révolution apportée par la contraception hormonale, ces méthodes naturelles voient finalement leur prévalence augmenter progressivement dans ce contexte de désaffection de la contraception standard, mais aussi de prise de conscience écologique, de recherche de connaissance de soi et de bien-être ou d'aspiration à une émancipation de la femme par une démedicalisation de la contraception(3,4).

En 2007, c'est-à-dire avant la controverse médiatique, 21% des internes de médecine générale de l'Université Paris Descartes avaient déjà été confrontés à une demande d'information sur les méthodes naturelles par une patiente en consultation(5). En 2014, c'était le cas pour 74% des internes de médecine générale de l'Université de Rennes(6). En 2023, c'était également le cas pour 45,5 % des médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées(7).

Malgré cette demande croissante, les divers travaux réalisés montrent que les méthodes naturelles sont souvent méconnues des étudiants et des prescripteurs : les méthodes récentes et leur fiabilité sont souvent ignorées(5–7). C'est ainsi qu'environ 80% des internes de médecine générale des Universités de Paris Descartes ou de Rennes déclarent être intéressés par une formation sur le sujet(5,6).

Par ailleurs, ces travaux montrent que les patientes ayant choisi une méthode naturelle sont majoritairement « *insatisfaites de l'écoute et de la formation des médecins généralistes* » et se sentent « *jugées, mal informées et mal accompagnées par ces derniers* » ce qui témoigne d'un manque de confiance dans la relation médecin-patient(7).

Intégrer les méthodes naturelles à l'enseignement universitaire concourrait à standardiser les connaissances et les pratiques des futurs prescripteurs de contraception. Une connaissance adaptée des méthodes naturelles devrait leur permettre d'être apte à offrir une meilleure écoute à leurs patientes, à délivrer une information claire sur les différentes méthodes, leurs exigences et leur fiabilité, afin de favoriser un choix contraceptif libre et éclairé. Cela leur

permettrait enfin d'orienter ces femmes vers les organismes de formation spécialisés et de mieux les accompagner dans l'utilisation de la méthode choisie.

Ce travail s'intéresse à l'élaboration d'une telle formation au sein de la faculté de Limoges. Pour cela, nous souhaitons dans un premier temps identifier les connaissances objectives et les besoins en formation des étudiants du 3^{ème} cycle de médecine générale à Limoges, afin d'établir les objectifs pédagogiques de cette future formation.

I. État des lieux

I.1. Définitions

I.1.1. Contraception

I.1.1.1. Contraception et planification familiale

La **contraception**, terme issu de la contraction en anglais de « contre » et « conception », correspond à l'ensemble des méthodes « *visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé* »(8).

Recourir à des méthodes contraceptives permet une **planification familiale** qui, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *permet à toute personne de fonder une famille composée du nombre d'enfants de son choix, le cas échéant, et de prévoir le rythme de ses grossesses*»(9).

I.1.1.2. Méthodes contraceptives

Les Nations Unies opposent les méthodes modernes aux méthodes traditionnelles(10), cf. Tableau 1.

Tableau 1 : Classement des méthodes contraceptives

Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019).
Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Data Booklet.

Méthodes modernes	Méthodes traditionnelles
Anneau vaginal Contraception d'urgence Dispositif intra-utérin Implant contraceptif Injectables Méthodes de barrière vaginale : diaphragme, cape cervicale, spermicide Méthode de l'allaitement et de l'aménorrhée Patch contraceptif Pilules contraceptives orales Préservatifs masculins et féminins Stérilisation féminine et masculine	Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité Retrait (coït interrompu) Autres méthodes traditionnelles

I.1.2. « Contraception naturelle »

Sont qualifiées de « naturelles » les méthodes contraceptives qui concilient nature physiologique et planification des naissances. Ce sont (cf. Figure 1) :

- Les méthodes basées sur la connaissance de la fertilité, classées comme traditionnelles par les Nations Unies en 2019,
- La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée, classée comme moderne.

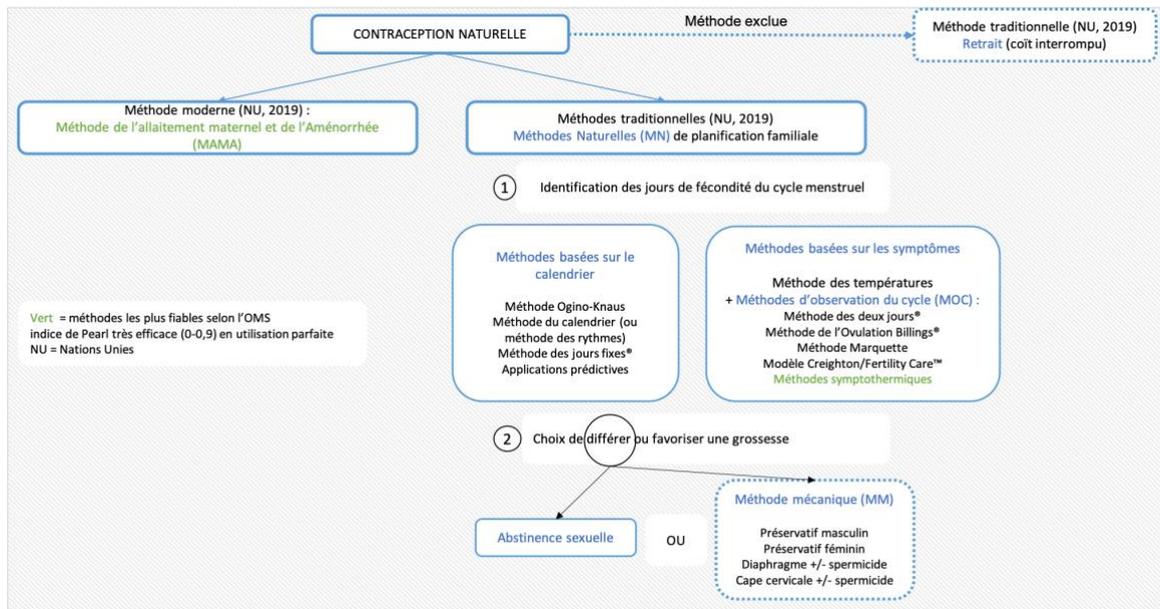


Figure 1: Méthodes incluses dans la définition de « contraception naturelle »

I.1.2.1. Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité

La littérature les désigne sous plusieurs expressions synonymes :

- Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité, en anglais *Fertility Awareness Based Method* (FABM),
- Méthodes Naturelles (MN) de planification familiale, terme que l'on emploiera par la suite puisque expression française choisie par l'OMS et la plus répandue,
- Planification Familiale Naturelle (PFN), en anglais *Natural Family Planning Methods*,
- Abstinence périodique, en anglais *Rhythm*.

D'après l'OMS :

« Les méthodes naturelles (MN) de planification familiale sont basées sur l'identification des jours de fécondité du cycle menstruel, soit **en observant les signes de fécondité** tels que les sécrétions cervicales et la température basale du corps (méthodes basées sur les symptômes) soit **en comptant les jours du cycle** (méthodes basées sur le calendrier ou méthodes des dates)» (2).

Grace à l'identification de la période fertile, les MN peuvent être utilisées autant pour différer que pour favoriser une grossesse. Leur principe contraceptif est d'éviter la rencontre des gamètes, et supposent pendant la période fertile :

- **L'abstinence sexuelle,**
- Ou la combinaison avec une **méthode barrière** dite aussi méthode mécanique ou encore méthode locale (préservatif masculin, préservatif féminin, diaphragme ou cape cervicale combinés à un spermicide).

Le retrait, méthode traditionnelle fréquemment rattachée aux MN, n'est inclus ni dans la définition des MN, ni dans les méthodes barrières associées.

L'efficacité contraceptive des MN varie selon la méthode.

Les MN considérées les plus fiables (indice de Pearl en utilisation parfaite : efficace à très efficace) et prônées par les associations formatrices, sont les **méthodes basées sur les symptômes**, mais l'on choisira plutôt le terme de **Méthodes d'Observation du Cycle (MOC)**. Les symptômes observés, communément appelés **biomarqueurs** du cycle, sont la température basale, la glaire cervicale, la position du col utérin ou les taux hormonaux urinaires. Ces MOC sont, à l'exception de la méthode des températures (ou méthode ménothermique) :

- La méthode des deux jours[®],
- La méthode de l'ovulation Billings[®],
- La méthode Marquette,
- Le modèle Creighton/Fertility Care[™],
- Les méthodes symptothermiques.

L'on pourra évoquer les **moniteurs électriques de fertilité**, en tant qu'outils d'accompagnement aux MOC, mais ne se substituant pas aux MOC. Ceux-ci déterminent la période fertile :

- A partir de l'enregistrement de la température basale : moniteurs Lady-Comp[®] et Daysy[®](11), thermomètre connecté Tempdrop[™] à porter au bras(12), thermomètre connecté Trackle intravaginal(13), capteur Ava à porter au poignet(14),
- A partir de l'enregistrement de la température basale combinée à un test urinaire ou à une entrée d'information sur la glaire cervicale et/ou le col : moniteur Cyclotest myWay[®](15), moniteur Cyclotest MySense[®](16),
- A partir de la détection urinaire de LH +/- d'estrogènes : les tests d'ovulation et moniteur de fertilité avancé Clearblue[®](17).

Sont considérées moins fiables les **méthodes basées sur le calendrier** (indice de Pearl en utilisation imparfaite : modérément à peu efficace), c'est-à-dire sur des calculs de jours. Elles sont probabilistes et par conséquent imprécises et moins prudentes. Ce sont :

- La méthode Ogino-Knaus,
- La méthode du calendrier ou méthode des rythmes,
- La méthode des jours fixes[®],
- Les applications prédictives sur smartphone (Flo Period Tracker, Clue, Glow, My Cycle Period, etc.).

I.1.2.2. Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) est un mode de « contraception naturelle » par suspension physiologique des cycles secondaire aux modifications hormonales pendant les 6 premiers mois d'un allaitement exclusif(18).

I.1.3. Efficacité d'une méthode contraceptive

L'efficacité (ou la fiabilité) d'une méthode contraceptive se mesure par **l'indice de Pearl (IP)**, égal au taux d'échec c'est-à-dire au pourcentage de grossesses non planifiées observées sur un an d'utilisation de la méthode.

$$IP(\%) = \left[\frac{\text{nombre de grossesses non planifiées}}{\text{nombre de mois d'utilisation de la méthode contraceptive}} \times 1200 \right] / 100$$

On distingue(2):

- L'efficacité théorique (utilisation parfaite de la méthode : régulière et correcte),
- L'efficacité pratique (utilisation imparfaite : oubli occasionnel et/ou usage incorrect).

Cette mesure permet la classification suivante des méthodes contraceptives(19) :

- Très efficace (0-0,9 grossesse pour 100 femmes),
- Efficace (1-9 grossesses pour 100 femmes),
- Modérément efficace (10-19 grossesses pour 100 femmes),
- Peu efficace (20 grossesses ou plus pour 100 femmes).

I.2. Historique des Méthodes Naturelles

I.2.1. Chronologie

Les MN sont des méthodes dites traditionnelles, toutefois **conceptualisées essentiellement dans la seconde moitié du XXème siècle**. En effet, les MN n'existent pas dans les principaux ouvrages de référence de l'Histoire concernant la contraception et l'avortement(20).

Gynaecia (Τὰ Γυναικεῖα / Τὰ Γυναικεῖα en grec, Maladie des femmes) paru au IIème siècle après Jésus Christ, du médecin gréco-romain Soranos d'Éphèse, est le premier traité médical rationnel de l'Antiquité concernant la contraception. Il établit un **lien entre menstruations et procréation** mais assimile à tort la fertilité maximale aux jours suivants immédiatement les menstruations et la fin de la période féconde avec le milieu du cycle menstruel.

Le retrait, présent dans la tradition moyen-orientale, n'apparaît en Europe qu'au XVIème siècle.

Le *Marriage Guide* de Frederick Hollick, ouvrage américain publié en 1850, tente de dissuader l'usage du retrait, du préservatif, de l'éponge vaginale et de l'injection spermicide. Il préconise plutôt une **méthode d'abstinence périodique** issues des recherches du médecin français Félix Pouchet, qui en 1842, associe les menstruations à l'ovulation, comme autrefois les médecins grecs de l'Antiquité. Cette méthode, inefficace car plutôt **pro-conceptionnelle**, devint la principale méthode contraceptive recommandée aux Etats-Unis. En pratique, c'est finalement l'injection spermicide qui domine aux Etats-Unis, et le retrait en Europe.

C'est en 1930 que l'on date la première interprétation correcte du cycle. Kyusaku Ogino, gynécologue japonais, et Hermann Knaus, gynécologue autrichien, conduisent des travaux parallèles à l'origine de la **méthode Ogino-Knaus**. Ils établissent l'ovulation environ 15 jours avant les menstruations. La méthode, probabiliste, consiste à prédire la période fertile en se basant sur la durée des cycles précédents. Ainsi approximative, cette méthode est connue pour ses nombreux « bébés Ogino ».

La **méthode des températures** dite aussi méthode ménothermique est mise au point entre 1950 et 1960. La hausse de la température basale permet de déterminer a posteriori l'ovulation et la fin de la période fertile.

L'on peut citer également des études explorant le **lien entre la fécondité de la femme et la glaire cervicale** :

- En 1855, William Tyler Smith évoque les variations cycliques de la glaire cervicale, lorsqu'elle est filante elle semblerait « un milieu approprié pour le passage des spermatozoïdes à travers le col de l'utérus »(21),
- En 1868, James Marion Sims étudie en microscopie optique l'action de la glaire cervicale « *claire et translucide ayant la consistance de blanc d'œuf* » sur la vitalité des spermatozoïdes lors d'un test post-coïtal(22), prémices du test de Hühner,
- En 1913, Max Hühner confirme l'aspect de la glaire en période fertile(23),

- En 1933, J. Seguy, J. Vimeux et H. Simmonet précisent les relations entre les variations de la glaire cervicale et les taux d'estrogènes(24,25),
- Entre 1940 et 1960, Hartman, Rubenstein, E. Viergiver et WT. Pommerencke confirment le lien entre le pic de sécrétion de la glaire et l'ovulation.

John et Evelyn Billings, neurologue et pédiatre australiens, sont les premiers à élaborer entre 1964 et 1971 une **méthode d'observation de la glaire cervicale**, permettant d'identifier au jour le jour l'entrée et la sortie de la période féconde(26,27). L'OMS reconnaît la fiabilité de cette méthode en 1976(28).

En 1977, après standardisation des observations de la glaire cervicale(29,30), Thomas Hilgers, gynécologue américain, met au point à l'université de Creighton la **méthode FertilityCare™** puis enfin la **NaProTechnologie**, abréviation de l'anglais « *Natural Procreative Technology* », méthode d'aide à la procréation naturelle. Il s'agit d'aider les couples hypoféconds à concevoir un enfant via l'association de techniques médico-chirurgicales et d'une étude précise du cycle menstruel.

En 1978, la **méthode symptothermique** est mise au point par Josef Rötzer et Paul Thyma, associant observation de la température, de la glaire cervicale et les modifications du col de l'utérus(31).

La **MAMA**, basée sur le blocage de l'ovulation par l'allaitement maternel les six premiers mois du post partum, est mise au point quant à elle en 1988 lors du Consensus de Bellagio(32).

Les premiers **tests urinaires** de détection de l'ovulation apparaissent en 1986, et les **moniteurs électriques de fertilité** à partir des années 1990.

Enfin, la **méthode des jours fixes®** et l'**algorithme des deux jours®**, méthodes plus simples à destination des populations précaires des pays émergents, apparaissent dans les années 2000 grâce à l'Institut pour la santé reproductive de l'Université de Georgetown(33).

I.2.2. Influences religieuses au XXème siècle

En France, le **pic d'utilisation des MN se situe entre 1950 et 1960**, la méthode Ogino et la méthode des températures étant appréciées à l'époque pour l'alternative qu'elles constituaient au retrait. Leur usage s'effondre dans les années 1970 avec l'arrivée de la pilule, sauf chez les **catholiques pratiquants**, les MN étant en accord avec les positionnements de l'Église catholique sur la contraception(34,35).

C'est ainsi que les méthodes Billings® et Fertility Care™ ont été développées par des chercheurs chrétiens désireux de suivre la loi morale de l'Église. Ainsi, le Centre Billings France et le Centre de Liaison des Équipes de Recherche (CLER) Amour et Famille, sont des **associations catholiques**. Ce dernier est fondé en 1961 et enseigne la méthode symptothermique Cyclamen® (dite aussi Méthode d'Auto-Observation MAO).

I.2.3. Influences contemporaines

Aujourd'hui, l'utilisation des MN s'est étendue à d'autres milieux. Selon Cécile Thomé, docteur en sociologie à l'Université de Toulouse, cette nouvelle popularité serait liée à deux phénomènes(35).

*D'une part, « loin de l'image de méthodes de contraception dépassées et à l'inefficacité proverbiale, celles que l'on qualifie de méthodes naturelles veillent ainsi désormais à se parer d'une **double légitimité**. Celle de la **science**, d'abord, grâce à la publication dans des revues scientifiques d'études prouvant leur efficacité (...) Mais également la légitimité de la **technique** »* via par exemple des applications mobiles ou des moniteurs de fertilité(35).

D'autre part, la mise en avant de **l'idée de nature** séduit les nouveaux utilisateurs de MN, parce qu'elle peut s'inscrire dans un discours écologique et dans une recherche de connaissance de soi et de bien-être.

I.3. Épidémiologie : place des Méthodes Naturelles dans le paysage contraceptif contemporain

Les **MOC** et la **MAMA** sont les méthodes de « contraception naturelle » qui attirent plus particulièrement notre attention puisque plus fiables et enseignées aujourd'hui par les organismes formateurs. Cependant, la **prévalence de ces méthodes étant faible** et difficile à étudier, les MOC sont souvent regroupées avec les autres méthodes naturelles (méthodes basées sur le calendrier) et le retrait, tandis que la MAMA est souvent regroupée avec les « autres » méthodes modernes. Leur estimation est donc approximative.

I.3.1.1. Épidémiologie de la contraception dans le monde

En 2021, sur les 1,9 milliard de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans), 1.1 milliard a besoin de planification familiale soit 59% d'entre elles(36).

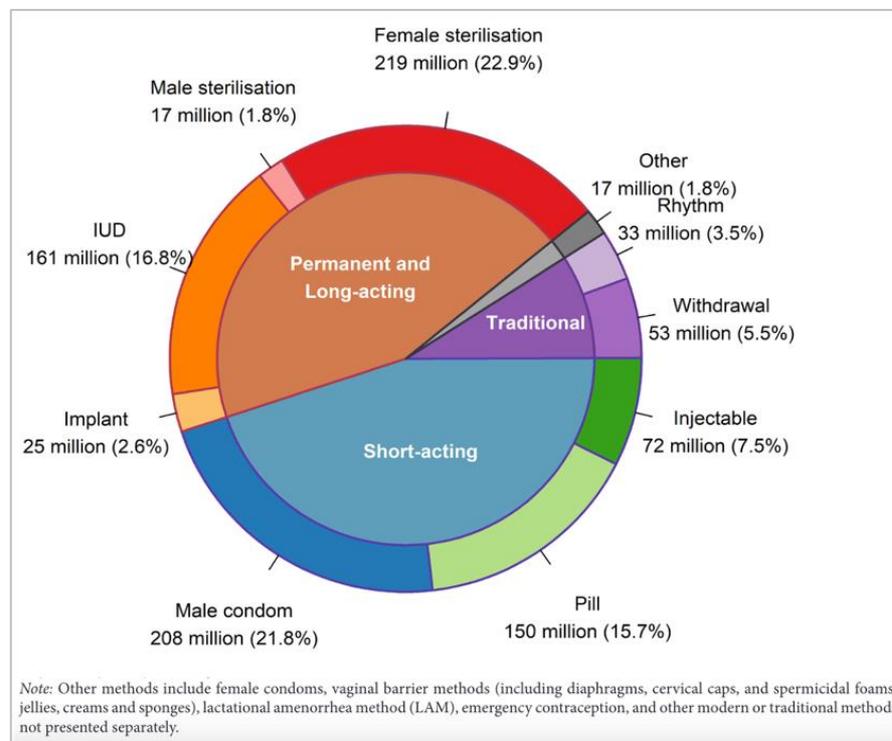


Figure 2 : Nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) par méthode contraceptive dans le monde en 2021. Traduire « Rhythm » par abstinence périodique/MN, « Withdrawal » par retrait.

Source : United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022).
World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method.

Leurs pratiques contraceptives sont les suivantes, cf. Figure 2 :

- 874 millions (45% des femmes en âge de procréer) utilisent des méthodes modernes, par ordre décroissant, la stérilisation féminine, le préservatif masculin, le stérilet, la pilule, les injections, les implants et la stérilisation masculine

- 92 millions (4,7% des femmes en âge de procréer) utilisent des méthodes traditionnelles, par ordre décroissant, le retrait (5.5% des pratiques contraceptives), les MN (3.5%).
- 17 millions (0,9% des femmes en âge de procréer) utilisent des méthodes dites « autres » (1.8% des pratiques contraceptives) dont la MAMA.
- 164 millions (8,4% des femmes en âge de procréer) ont un besoin de planification familiale insatisfait.

En Europe, où la prévalence de l'utilisation des méthodes modernes est élevée, la prévalence de femmes ayant un besoin de planification familiale utilisant des méthodes traditionnelles varie de 3 à 10%, et la prévalence de femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive varie de 9 à 12%, cf. Figure 3.

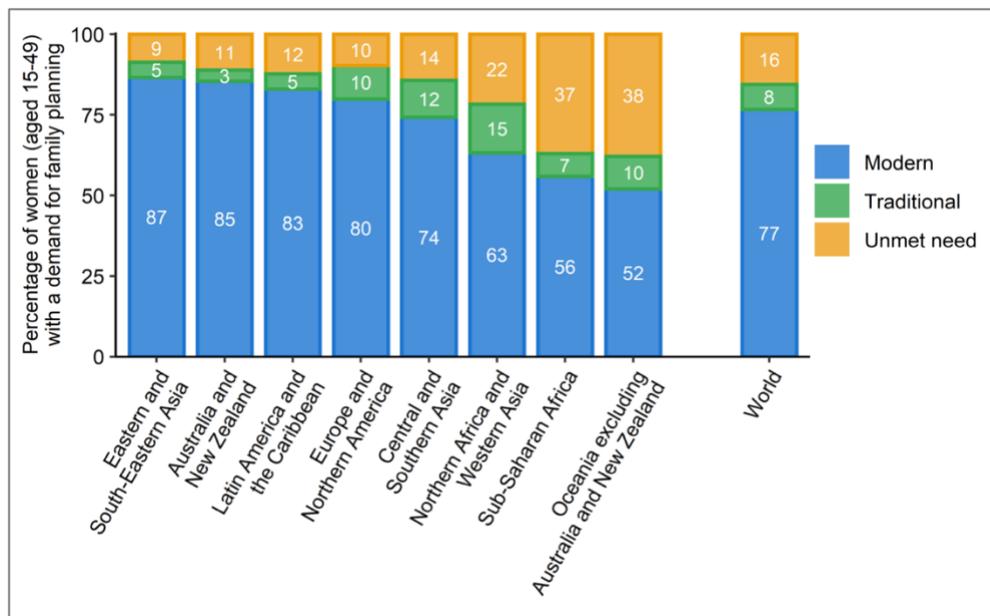
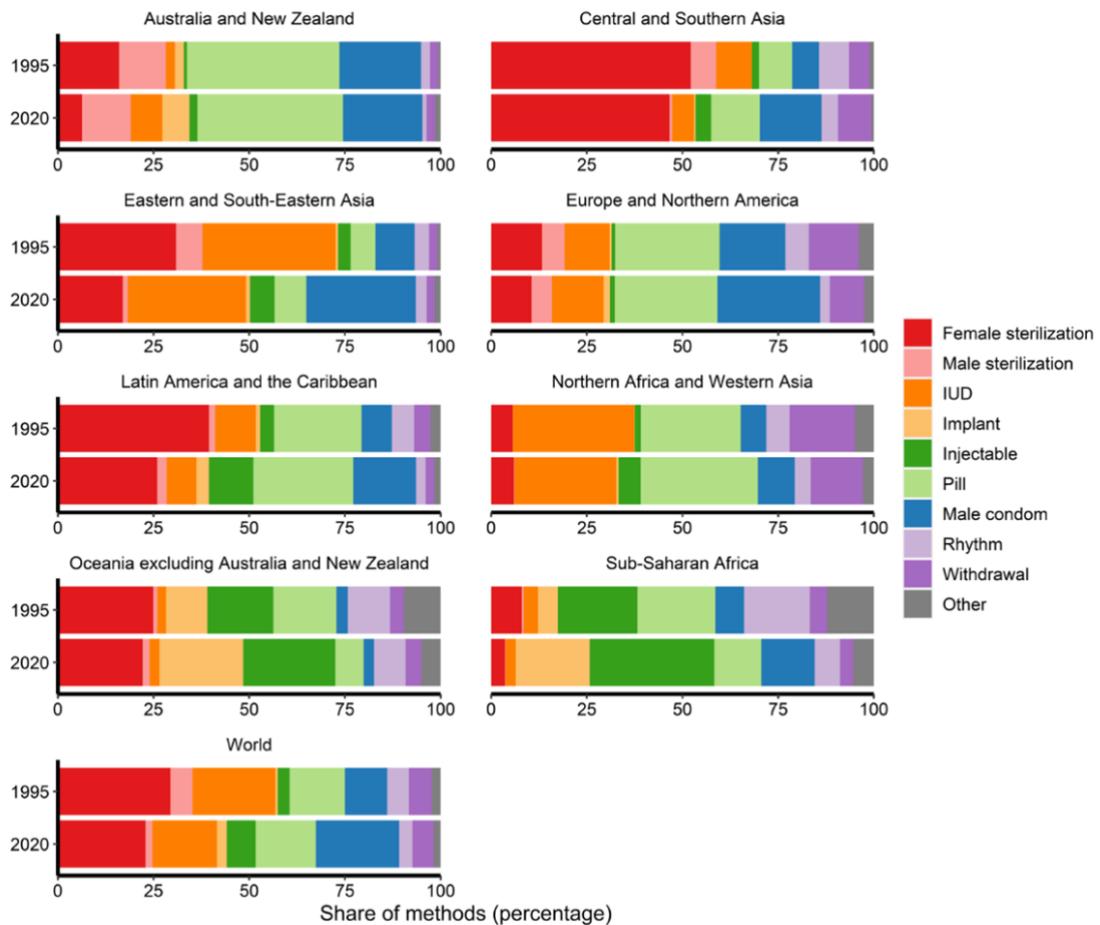


Figure 3 : Usages contraceptifs (en %) chez les femmes ayant un besoin de planification familiale, dans le monde et par région, en 2021.
 Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022).
World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method.

Enfin, l'analyse de la répartition des méthodes contraceptives par région entre 1995 et 2021 nous apprend que, cf. Figure 4 :

- Dans toutes les régions du monde, le besoin de planification familiale est de plus en plus satisfait par l'utilisation de méthodes contraceptives modernes, comme fixé par l'objectif de développement durable 3.7.1 des Nations Unies.
- **La prévalence des méthodes traditionnelles tend à diminuer.**



Note: Other methods include modern methods such as female condoms, vaginal barrier methods (including diaphragms, cervical caps and spermicidal foams, jellies, creams, and sponges), lactational amenorrhea method (LAM), emergency contraception and other modern and traditional methods not presented separately.

Figure 4 : Prévalence des méthodes contraceptives par région dans le monde chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) en 1995 et 2020.

Traduire « Rhythm » par abstinence périodique/MN, « Withdrawal » par retrait.

Source : United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022).

World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method.

I.3.1.2. Épidémiologie de la contraception en France

L'enquête FECOND réalisée en 2010 conjointement par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Institut national des études démographiques (Ined), étudie les **évolutions du paysage contraceptif en France** des femmes âgées de 15 à 49 ans concernées par la contraception (ni stériles/ni enceintes/ayant des rapports hétérosexuels/ne souhaitant pas d'enfant) de 1978 à 2010(37).

Les principales observations de cette étude sont les suivantes, cf. Figure 5 :

- La **pilule** est utilisée par 50% des femmes concernées par la contraception en 2010. Il s'agit ainsi de la méthode contraceptive majoritaire en France alors qu'elle n'est qu'en 4^{ème} position au niveau mondial.
- La proportion d'utilisatrices de la pilule a, pour la première fois, légèrement diminué entre 2000 et 2010 (-4,6%) au profit de l'adoption de **nouvelles méthodes hormonales** de contraception qui, quant à elles, représente 4% des méthodes contraceptives (implant : 2,6%, anneau vaginal : 1%, patch contraceptif : 0,4%).
- L'utilisation des « autres méthodes » est stable depuis 2000 et représente **6,2% des méthodes contraceptives utilisées en 2010**. L'étude regroupe par « autres méthodes » l'abstinence périodique (c'est-à-dire les MN), le retrait et les méthodes locales autres que le préservatif (diaphragme, cape cervicale, spermicide).

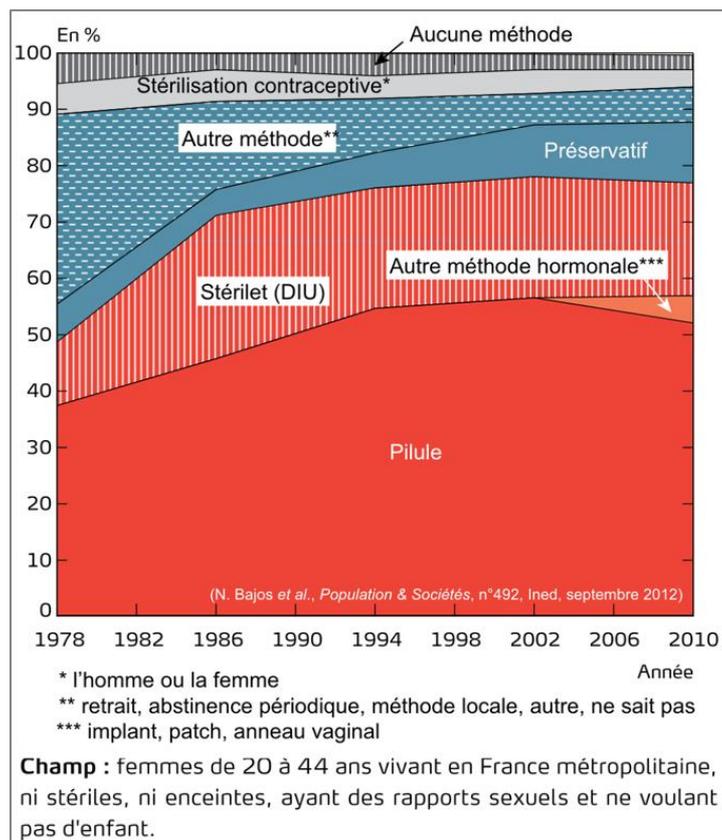
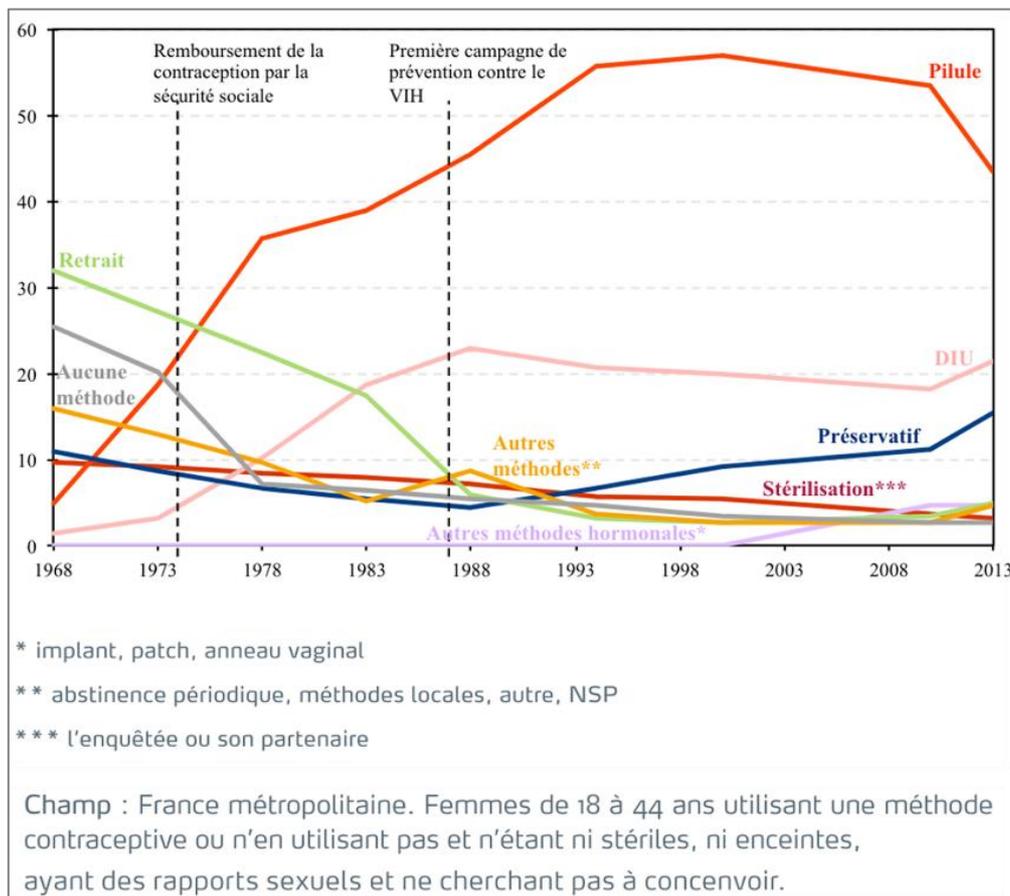


Figure 5 : Méthodes de contraception utilisées en France entre 1978 et 2010. Place majoritaire de la pilule et apparition de nouvelles méthodes hormonales à partir des années 2000.

Source : Bajos et al. *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* Population & Sociétés. septembre 2012; n°492:1-4.

L'étude FECOND a été reconduite en 2013 en réponse à la **polémique des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération** sur les risque de thromboses veineuses(1). Suite au débat médiatique, **1 femme sur 5 déclare avoir changé de méthode contraceptive**. Une autre publication montre en effet une accélération historique du recul de l'utilisation de la pilule passant de 50 % en 2010 à 41 % en 2013, cf. Figure 6(38).



Ce recul concerne d'une part essentiellement les **femmes de moins de 30 ans**, d'autre part, quasi exclusivement les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, cf. Figure 7. Cependant une réelle **désaffection pour la pilule** est observée puisque peu de transferts vers une pilule de 2^{ème} génération ont été rapportés, ni vers les nouvelles méthodes hormonales de contraception (implant, patch contraceptif, anneau vaginal). En revanche les **pratiques contraceptives se sont diversifiées** avec l'augmentation de l'utilisation du DIU (+1,9%), qui jusqu'à présent était davantage réservé aux femmes les plus âgées ou ayant eu déjà des enfants, du préservatif (+3,2%) et des « autres méthodes » (+3,4%), cf. Figure 7 et Figure 8.

Ces changements **bouleversent le modèle contraceptif type** qui pouvait en 2010 encore se résumer à l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle, puis de la pilule après régularisation de la vie sexuelle et enfin le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient.

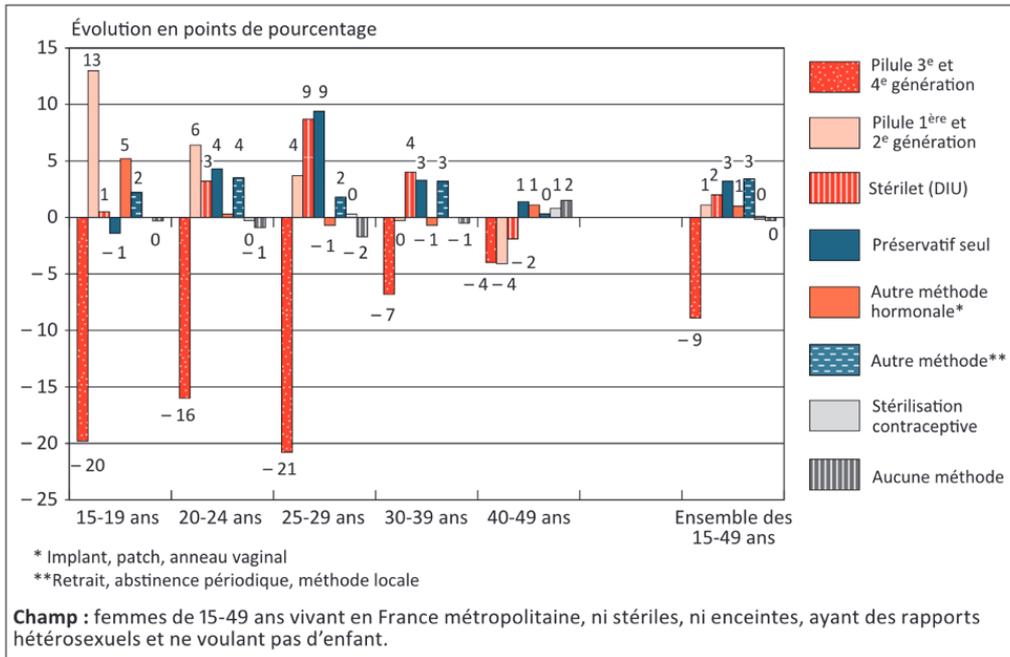


Figure 7 : Évolution du modèle contraceptif en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes. Recul des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération chez les femmes de moins de 30 ans.

Source : Bajos et al. *La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?* Populations & Sociétés. 5 mai 2014; n° 511:1-4.

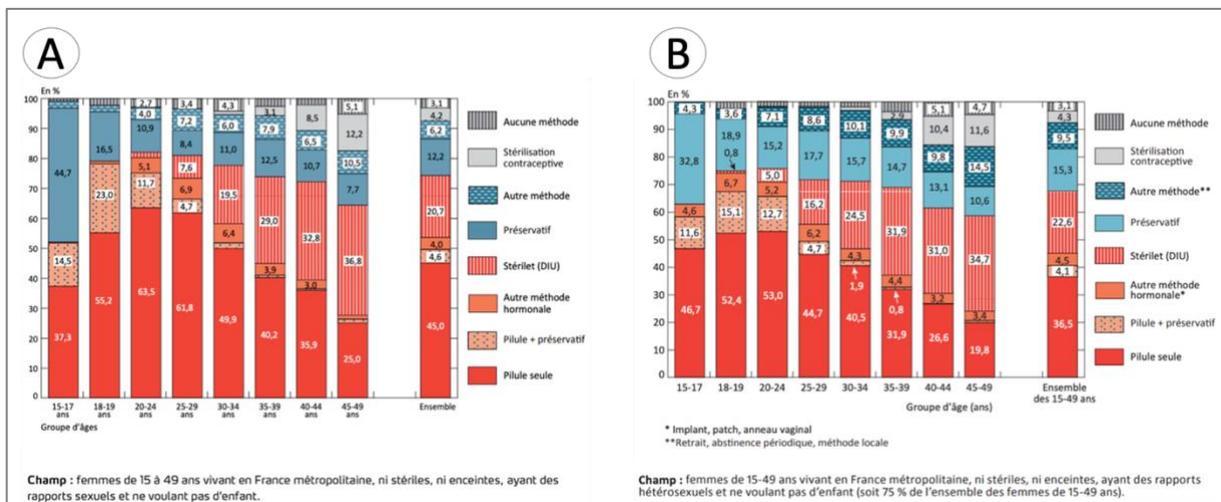


Figure 8 : Modèle contraceptif selon l'âge des femmes en France en 2010 (A) et en 2013 (B). Recul de la pilule et diversification des méthodes contraceptives.

Source A : Bajos et al. *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* Population & Sociétés. 15 mars 2012; n°492:1-4. Source B : Bajos et al. *La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?* Populations & Sociétés. 5 mai 2014; n° 511:1-4.

Finalement, cette désaffection pour la pilule a pu contribuer à ce que la partie minoritaire des femmes utilisatrices des « autres méthodes » passe de 6.2% en 2010 à **9.5% en 2013**, cf. Figure 8(1).

A noter que le **retrait représente en 2013 environ 50% des « autres méthodes »**, la seconde moitié étant représentée par les MN et méthodes locales autres que le préservatif (1). Il serait donc intéressant de savoir parmi les MN pratiquées, quelle est la proportion de méthodes des dates et celle des MOC, cependant il semble qu'il y ait peu de données épidémiologiques plus précises.

Au total, l'étude FECOND montre que la pilule reste la méthode de contraception majoritaire en France toutefois **la polémique de 2013 a terni son « image sociale et symbolique »** liée à l'émancipation de la femme au XX^{ème} siècle, notamment chez les femmes de moins de 30 ans, en déstabilisant le modèle contraceptif qui semblait jusqu'à présent immuable(1).

Les données de l'enquête Fécond sont confirmées par les **données de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)**, qui rapporte entre 2010 et 2021(39,40):

- Une baisse des ventes de pilule de près de 15% ;
 - o Cette baisse générale est due essentiellement à la baisse de 36% des ventes des **pilules combinées œstro-progestatives**, plus particulièrement au dépend des ventes de pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Ainsi en 2020, les pilules de 1^{ère} et 2nde génération représentent 86% des ventes de pilule oestro-progestative, contre 52% en 2012.
 - o A l'inverse, la quasi multiplication par deux (augmentation à hauteur de 77 % entre 2013 et 2020) des ventes de **pilules progestatives** ne compense pas la baisse globale de la diminution de l'utilisation de la pilule.
- Une stabilité des ventes d'implant mais une diminution de près de 50% des ventes de patch et d'anneaux vaginaux ;
- Une **augmentation globale des ventes de DIU** de 40% caractérisée par la stabilité des ventes de DIU au lévonorgestrel mais par l'augmentation de 80% des ventes de DIU au cuivre.

Des travaux de thèse d'exercice en médecine générale viennent corroborer ces données.

Estelle Creutzer (Université Paris Descartes), à propos des **pratiques de prescription contraceptive de médecins généralistes de Haute Seine en 2016**, montre une diminution statistiquement significative ($p < 0,001$) du nombre de primoprescription des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération trois ans après la polémique ainsi qu'une diminution significative ($p < 0,001$) du nombre de leur renouvellement(41). Plus précisément, 27% des médecins ont arrêté de faire des primoprescriptions, et 23% de faire les renouvellements de ces pilules. Les principales raisons évoquées étaient la majoration du risque thromboembolique et le non remboursement de ces pilules. L'enquête s'intéressait également à l'avis des patientes des cabinets, 46% d'entre elles préféreraient avoir un autre moyen de contraception qu'une pilule de

3^{ème} ou 4^{ème} génération : une pilule de 1^{ère} ou 2^{nde} génération pour 22%, un moyen de contraception sans hormone pour 22% autres, ou une méthode naturelle pour 2%.

Ludivine Peyrot (Université de Limoges), à propos de **l'impact en 2014 de la polémique sur la contraception de patientes du Tarn sous pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération**, montre que 59% des femmes ont modifié leur contraception au profit principalement d'une pilule de 1^{ère} ou 2^{ème} génération, d'un DIU ou d'un implant(42). Leurs motivations étaient des craintes personnelles pour 1/3 d'entre elles, les conseils de professionnels de santé pour les 2/3 restants. A noter que 29% des patientes ont décidé d'arrêter leur pilule sans méthode de remplacement. Ce résultat est largement supérieur aux estimations de l'enquête Fécond qui fixe à 3% la proportion de femmes concernées par la contraception n'utilisant pas de méthode contraceptive. Il est ainsi probablement surestimé d'autant plus que l'utilisation du préservatif ou des MN n'était pas mesurée et pouvait concerner ces patientes.

I.4. Population concernée

La population des femmes pratiquant les MN a été étudiée, en 2017 entre autres, dans les travaux de thèses qualitatives des médecins généralistes Laure Hyerle, Marie Sulpis Chovelon (Université Grenoble Alpes) et Pauline Millet (Université Paris Descartes)(3,4).

I.4.1. Motivations des utilisateurs

Les motivations de ces femmes sont les suivantes :

- Un **rejet de la contraception standard**, alimenté par plusieurs controverses médiatiques : celles du risque thromboembolique veineux lié aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération(43) ou à la pilule DIANE 35[®] en 2013(44), ou encore le signalement du risque de méningiome associé à l'anti-androgène ANDROCUR[®](45) ou aux macro-progestatifs LUTENYL[®] et LUTERAN[®](46). La médiatisation grand public autour des effets secondaires de la pilule encourage également cette désaffection(43,47).
- Une **démarche écologique**, visant à limiter l'impact environnemental de la contraception. Les sources de préoccupation sont le caractère polluant du latex des préservatifs, ou encore la pollution des eaux usées domestiques par les hormones libérées dans les urines, non totalement éliminées par les stations d'épuration. Cette dernière pourrait avoir un rôle dans la féminisation, l'infertilité ou l'hermaphrodisme des espèces aquatiques, dans la stimulation ou l'inhibition de la croissance des plantes, ou dans le cancer du sein chez la femme(48). Le 17-alpha-éthynylestradiol, œstrogène synthétique, serait plus persistant dans l'environnement que les œstrogènes naturels et pourrait être une cause plus grande de préoccupation environnementale(49).
- Une **volonté d'autonomie gynécologique**. Il s'agit d'une aspiration à une indépendance vis-à-vis du corps médical et de l'industrie pharmaceutique en réponse à la médicalisation de la contraception. C'est aussi un souhait de réappropriation de son corps et de maîtrise de sa fertilité. Certains parlent « *d'empowerment* » (autonomisation) de la femme et de sa fertilité(50).
- Une **démarche d'épanouissement personnel**, grâce à la compréhension de la physiologie du corps féminin, à la découverte du corps vivant naturel, sources de satisfaction.

Des pédagogies de développement personnel proposent ainsi aux femmes d'analyser les répercussions physiques et émotionnelles des phases de leur cycle et les invitent à utiliser cette connaissance de soi comme outil de bien-être : en identifiant les phases plus propices au repos, à la planification, à l'action ou à la créativité(51,52).

D'après la sociologue Cécile Thomé (Université de Toulouse), cette mise en avant de l'idée de nature empreinte une démarche et une rhétorique proches de celles des mouvements féministes de self-help des années 1970 et de l'écoféminisme(35).

Cet écoféminisme peut parfois même se teinter de spiritualité *New Age* : le mouvement du « *Féminin sacré* » est ainsi intégré aux modes de vie alternatifs, d'après la sociologue Constance Rimlinger (Université Paris Nanterre)(53).

- Une **démarche d'épanouissement de la vie affective du couple**. Les utilisateurs font valoir le partage du travail contraceptif, une communication enrichie, un vécu positif de l'abstinence périodique permettant une amélioration de leur sexualité (développement

de la tendresse et de la sensualité, sexualité qui n'est plus uniquement pénétrative, augmentation du plaisir et de la libido), une amélioration enfin du lien du couple(54).

- Une **volonté de contrôle des naissances**, le couple peut ainsi optimiser les chances de grossesse au moment où c'est son projet.
- Des **convictions spirituelles ou religieuses**.

I.4.2. Difficultés ressenties par les utilisateurs

Les utilisateurs des MOC rapportent des difficultés liées à leur choix contraceptif :

- Cette contraception peut être vécue comme **contraignante** devant la nécessité d'une observation et/ou d'une prise de température quotidienne,
- Il s'agit d'une contraception exigeante car un certain **temps d'apprentissage** est nécessaire avant d'être autonome, une utilisation incorrecte exposant à un risque élevé de grossesse non programmée,
- **L'abstinence sexuelle périodique** et la maîtrise du désir sexuel peut être vécue difficilement,
- Certaines femmes regrettent le **manque d'implication du conjoint** dans l'interprétation des signes biologiques de fertilité, le travail contraceptif étant ainsi imparfaitement partagé, impliquant d'anticiper le désir sexuel du conjoint et le sien propre,
- La possibilité d'une **grossesse non programmée** peut être source **d'anxiété**. Les couples peuvent d'ailleurs présenter une **adhésion partielle** : ils manquent de confiance en l'efficacité de la méthode sans l'utilisation conjointe de méthodes barrières. Ils peuvent également présenter une **perte d'adhésion** suite à l'échec antérieur de la méthode : ils ont perdu confiance en la méthode ou en leur capacité à l'utiliser lorsqu'ils n'ont pas compris leur erreur d'application.

Enfin les utilisateurs mettent en avant le fait que les MOC ne seraient pas adaptées pour certains profils notamment en cas de jeune âge, de femme mal à l'aise avec l'auto-observation, d'instabilité du couple, ou de risque d'infections sexuellement transmissibles.

I.5. Efficacité contraceptive des Méthodes Naturelles

I.5.1. Indice de Pearl

L'efficacité des méthodes contraceptives est mesurée par l'indice de Pearl (IP), soit la proportion de femmes ayant une grossesse non planifiée après un an d'utilisation de la méthode, cf. paragraphe I.1.3. Une méthode est considérée très efficace ou efficace lorsque l'indice de Pearl est compris respectivement entre **0 et 0,9%** ou entre **1 et 9%**, à l'inverse elle est considérée modérément ou peu efficace lorsque l'indice de Pearl est respectivement compris entre **10 et 19%** ou **supérieur à 20%**. Pour comparaison, d'après l'OMS, **en l'absence de méthode contraceptive**, l'indice de Pearl est de **85%**(2).

Les données officielles (cf. Tableau 2) sont publiées par :

- **L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, dans son rapport *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, dont la 5^e édition est parue en 2015(2), mais dont les données ont été mises à jour en 2023 sur le site internet de l'OMS(55),

et en France par :

- La **Haute Autorité de Santé (HAS)**, son document de synthèse, basé lui-même sur les données 2011 de l'OMS, a été publié en 2013 puis mis à jour en 2017(56),
- **Santé publique France**, établissement sous la responsabilité du Ministère de la Santé, ayant la gestion du site Questionsexualite.fr(57).

Les données officielles concernant l'efficacité des MN sont superposables à celles des **revues de la littérature** qui ont été conduites par Hilgers, Manhart, Peragallo et Duane, cf. Tableau 3(58–61). Certains auteurs soulignent toutefois que les études d'efficacité restent peu nombreuses et de qualité faible à modérée(61). Ainsi des recherches supplémentaires sont nécessaires pour obtenir une meilleure *evidence based medicine*, et seraient particulièrement intéressantes pendant les périodes de transition de la fertilité (post-partum, préménopause ou lors de l'arrêt des contraceptifs à action prolongée)(60).

En définitive, les deux MN reconnues actuellement par l'OMS comme les plus efficaces sont la **symptothermie** et la **MAMA**. Le **modèle Creighton FertilityCare™**, reconnu également comme l'une des MN les plus efficaces par certaines revues de la littérature, n'est pas encore renseigné dans les données de l'OMS.

Tableau 2 : Indice de Pearl (IP) des différentes méthodes contraceptives existantes selon la Haute Autorité de Santé, Santé publique France et l'Organisation Mondiale de la Santé.

IP = Indice de Pearl. EP = efficacité pratique. ET = efficacité théorique. PD = pas de donnée.

Mode de contraception	HAS 2017		Santé publique France		OMS 2023 (OMS 2015)	
	EP	ET	EP	ET	EP	ET
Absence de méthode	85	85			(85)	(85)
Abstinence périodique (calendrier)	25	PD	25	5	15	PD
Anneau vaginal	8	0,3	7	0,3	7	0,3
Cape cervicale	16	9	16	9		
Diaphragme avec spermicide	16	6	12	6	(12)	(6)
DIU au cuivre	0,8	0,6	0,8	0,6	0,8	0,6
DIU hormonal	0,2	0,2	0,2	0,2	0,7	0,5
Injectables à la progestérone	3	0,3	6	0,3	4	0,2
Injectables combinés	3	0,05			3	0,05
Implant	0,05	0,05	0,1	0,1	0,1	0,1
MAMA < 6 mois	2	0,9	2	1	2	0,9
Méthode de l'ovulation (Billings®)	PD	3	23	3	(PD)	(3)
Méthode des deux jours®	PD	4	14	4	14	4
Méthode des jours fixes®	PD	5	12	5	12	5
Patch	8	0,3	9	0,3	7	0,3
Pilule combinée	8	0,3	9	0,3	7	0,3
Pilule progestative	8	0,3			7	0,3
Préservatif féminin	21	5	21	5	21	5
Préservatif masculin	15	2	15	2	13	2
Retrait	27	4	22	4	20	4
Spermicide	29	18	29	18	(28)	(18)
Stérilisation féminine	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Stérilisation masculine	0,15	0,1	0,2	0,1	0,15	0,1
Symptothermie			2	0,4	2	< 1

Tableau 3 : Revues de la littérature des études d'efficacité des méthodes de contraception naturelle. Indice de Pearl : EP = efficacité pratique. ET = efficacité théorique. NR = non reporté car utilisation pratique ou théorique non définie comme dans les autres études.

Mode de contraception	Manhart et al. 2013 (11 études)		Peragallo et al. 2018 (21 études)		Duane et al. 2022 (13 études)				
	EP	ET	EP	ET	EP	ET			
Méthode des jours fixes®	11,96	4,75	11,2-14,1	4,8	11,2-12	4,8			
Méthode des deux jours®	13,7	3,5	13,7	3,5	13,7	3,5			
Méthode de l'ovulation Billings®	10,5	22	1,1 - 3,2	10,5	33,6	1,1 - 3,4	10,5	22,8	1,1 - 3,4
Méthode ménothermique			9,0 – 9,8						
Méthode symptothermique Sensiplan™	1,43-2,2	0,4 - 0,6	1,8	0,4	1,8	0,4			
Méthode Marquette® (moniteur ClearBlue® seul)			2 - 6,8	0	2 - 6,8	0			
Méthode Marquette® (moniteur ClearBlue®) combinée à l'analyse de la glaire	14,2	2,1	6 – 7	2,7	7	14,2	2,1		
Mode de contraception	Manhart et al. 2013 (11 études)		Hilgers et al. 1998 (5 études)		Duane et al. 2022 (13 études)				
	EP	ET	EP	ET	EP	ET			
Creighton FertilityCare™	NR	0,14-0,5	3,2	0,5	NR	NR			

Pour explorer les raisons de l'échec d'une méthode naturelle, les études d'efficacité des MN définissent généralement (59,62–65):

- L'efficacité théorique (l'utilisation parfaite de la méthode) comme exigeant l'**abstinence sexuelle totale** pendant la période fertile, les échecs sont ainsi dû à la méthode elle-même.
- L'efficacité pratique (l'utilisation imparfaite de la méthode) comme supposant des **comportements sexuels** pendant la période fertile, exposant à un risque de grossesse : utilisation de méthodes barrières ou au contraire rapport non protégé, retrait, contact génital.

Ces observations permettent d'évoquer différents facteurs d'échecs d'une méthode de contraception naturelle, quelque qu'elle soit(66):

- En premier lieu, la **responsabilité de l'utilisateur** qui réalise un rapport sexuel pendant la période fertile, reconnue comme fertile :
 - o Manque de motivation à différer une grossesse, voire envie inconsciente d'une grossesse,
 - o Difficulté à vivre l'abstinence,
- En second lieu, des **défauts pédagogiques**, l'utilisateur réalisant un rapport sexuel pendant la période fertile, interprétée comme infertile :
 - o Qualité de l'enseignement reçu faible,
 - o Compréhension insuffisante des règles de la méthode.

Connaître les raisons pouvant conduire à l'échec de ladite méthode, permet de rappeler aux couples désireux de suivre ce moyen de contraception, la nécessité d'une motivation certaine, d'une observance rigoureuse, mais aussi d'une formation de qualité auprès d'enseignants accrédités, au risque sinon de s'exposer à un risque élevé de grossesse non planifiée.

I.5.2. Abandon de la méthode

D'après l'OMS, le taux d'abandon des MN toutes confondues aux USA (*United States of America*) en 2015 après un an d'utilisation est estimé à 53%(2). D'après Moreau et al. en France dans les années 2000, il est estimé à 35%(67). Dans l'ensemble, dans chacun de ces pays, **l'insatisfaction à l'égard des MN semble similaire à celle des méthodes barrières**, soit plus élevée que pour les autres méthodes contraceptives, cf. Tableau 4.

Toutefois notons que les études d'efficacité des MN retrouvent des taux d'abandon bien moindres, autour de **10% à 1 an**(59,62,64,65).

Tableau 4 : Taux d'abandon en lien avec une insatisfaction à l'égard d'une méthode contraceptive.

Source : Organisation mondiale de la Santé. *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. 2015. 5^e édition.

Moreau C et al. *Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort*. Hum Reprod. 2009 Jun;24(6):1387-92.

Méthode contraceptive	OMS 2015 aux USA	Moreau et al. 2009 en France		
	Taux d'abandon à 1 an	à 1 an	à 2 ans	à 3 ans
Spermicide	58	58	61	71
Préservatif masculin	57	38	54	68
Retrait	54	39	60	70
MN	53	35	56	68
Pilule	33	22	33	42
DIU	20-22	11	18	25
Implant	16			

I.5.3. Recours à l'interruption volontaire de grossesse

D'après l'enquête Cocon (2000-2004), parmi les femmes françaises ayant présenté une **grossesse non programmée**, seulement 35% n'avaient pas de contraception, 21.8% étaient sous MN (incluant retrait, méthode Ogino et méthode des températures ; MOC non incluses), et pour comparaison 20.9% étaient sous pilule cf. Tableau 5(68,69).

Les raisons de l'échec des MN étaient dans 67,1% des cas un retrait trop tardif du partenaire, dans 26,2 % une erreur de date dans la détermination de la période fertile liée à l'utilisation de la méthode Ogino, dans 6,7% une cause non déterminée.

Tableau 5 : Situation contraceptive au moment de la dernière grossesse non planifiée.

Source : Bajos et al. *Contraception: from accessibility to efficiency*.
Human Reproduction Vol.18, No.5 pp. 994-999, 2003

Situation contraceptive	Toutes les dernières grossesses non planifiées (n = 897)	Grossesses non planifiées terminées par une IVG (n = 349)
Pas de contraception	34,9%	28,1%
Pilule	20,9%	23,1%
DIU	8,7%	7,0%
Préservatif	11,8%	19,3%
Méthode naturelle	21,8%	19,1%
Méthode barrière	1,4%	2,8%
Autre méthode	0,6%	0,6%
Total	100%	100%

L'avis généralement répandu est que **l'acceptabilité d'une grossesse non programmée chez un couple utilisateur d'une MN serait plus grande**. Selon la thèse de Pauline Millet, dans cette situation, la parentalité serait envisagée favorablement par une majorité d'utilisateurs, revendiquant la volonté d'être « *responsable de leur fertilité* », tandis que l'IVG serait envisagée par une minorité d'entre eux(3).

En pratique, de plus amples recherches semblent nécessaires pour étudier l'acceptabilité des grossesses non programmées issues d'un échec de MN.

I.6. Efficacité pro-conceptionnelle des Méthodes Naturelles

Les MN peuvent être utilisées en vue de favoriser une grossesse.

D'après Duane et al, chez les couples sans hypofertilité connue, lorsque les rapports sexuels sont axés sur une fenêtre de fertilité reconnue grâce à une MN, **85% à 90% des couples conçoivent dans les 6 mois**, tandis que lorsque les rapports sexuels sont réguliers et ne se soucient pas de cette fenêtre de fertilité, 85% des couples conçoivent au bout d'un an(58). Ces données suggèrent ainsi que la connaissance de la période fertile pourrait faciliter la planification familiale des couples.

Enfin, chez les couples souffrant d'hypofertilité ou d'infertilité, l'utilisation d'une MN peut permettre **d'identifier une période fertile moins fréquente ou plus étroite**. Elle peut également servir d'outil au clinicien de **Médecine de Restauration de la Fertilité (MRF)** dans le bilan et la prise en charge des causes sous-jacentes d'hypofertilité ou de fausses couches récurrentes. La MRF (NaProTechnologie), associe l'analyse du cycle menstruel à des techniques médico-chirurgicales afin d'aider les couples hypoféconds à concevoir un enfant, naturellement. Les comparaisons randomisées entre la MRF et la Procréation Médicalement Assistée conventionnelle ne sont pas encore disponibles à ce jour.

I.7. Recommandations médicales officielles

I.7.1. Indications et non indications

La Fédération Internationale des Plannings Familiaux (en anglais *International Planned Parenthood Federation*, IPPF) convient de proposer les MN à des **couples stables et fortement motivés**(70). Leur usage engage en effet à l'application rigoureuse de leurs règles pour qu'elles soient efficaces, et à la maîtrise du désir sexuel si l'abstinence est pratiquée durant la période féconde sans méthode barrière associée.

Ainsi, la communauté médicale ne recommande pas les MN aux personnes susceptibles de ne pas « *pratiquer l'abstinence en stricte conformité avec les règles applicables à la méthode* », tels que les adolescents ou des couples non stables, considérés comme à risque d'oubli ou de prise de risque(70).

De même, elle ne recommande pas les MN aux femmes « *chez qui une grossesse est hautement indésirable ou contre-indiquée sur le plan médical. Ces femmes ne doivent envisager l'abstinence périodique que dans le cas où d'autres méthodes plus efficaces ne sont pas acceptables ou disponibles* »(70).

I.7.2. Précautions d'utilisation

Lors de certaines situations rendant l'utilisation des MN complexe, telles que le post-partum, le post-abortum, l'allaitement, la préménopause, la prise de médicaments interférant sur le cycle, des pathologies modifiant la température corporelle, des infections modifiant les profils d'écoulements vaginaux, l'OMS recommande que les MN soient utilisées de façon :

- **Prudente**, un conseil spécialisé d'un prestataire qualifié peut être nécessaire pour s'assurer que la méthode sera bien employée dans la situation donnée,
- Ou **reportée**, « *l'utilisation de cette méthode doit être différée jusqu'à ce que la pathologie soit évaluée ou corrigée. D'autres méthodes de contraception temporaire doivent être offertes* »(2).

I.7.3. Effets secondaires

« *Les techniques utilisées pour déterminer la phase fertile n'ont pas d'effets secondaires connus* » selon l'IPPF(70).

I.7.4. Contre-indications

Il n'y a pas de contre-indication médicale à l'utilisation des MN(2,70). D'après l'OMS, « *aucune pathologie n'est susceptible d'être aggravée par l'utilisation de MN. En général, on peut proposer ces méthodes sans avoir à tenir compte des effets qu'elles pourraient avoir sur la santé de leurs utilisatrices* »(2).

I.7.5. Formation des usagers

Afin d'assurer une utilisation correcte des MN, la communauté médicale recommande d'orienter les couples désireux de s'y former vers des **prestataires de service spécialisés**(2) (70). Ceux-ci enseignent les règles de la méthode, assurent le suivi des couples pendant le temps d'apprentissage jusqu'à autonomisation, et délivrent également à la demande des conseils appropriés aux situations rendant plus complexe l'utilisation des MN.

« Conformité à la méthode, satisfaction de l'utilisateur et taux de pratique s'améliorent lorsque les couples reçoivent l'assistance nécessaire pendant l'utilisation de la méthode. Il faut encourager les utilisateurs à contacter les centres de service en cas d'inquiétude ou de problèmes » d'après l'IPPF(70).

Ces prestataires de service, ces « experts », sont des « moniteurs de fertilité », **accrédités par des associations**. Les contacts de ces dernières se trouvent en annexe.

I.8. Connaissances et pratiques des médecins généralistes

I.8.1. Connaissances

Divers travaux démontrent que les médecins généralistes, prescripteurs de contraception, ont un **enseignement universitaire insuffisant** en matière de MN.

En 2007, Céline Gautier-Lavaste enquête sur les connaissances relatives aux MN des internes de médecine générale de l'Université Paris Descartes(5). En 2014, Claire Bonneville enquête à son tour sur celles des internes de médecine générale de l'Université de Rennes(6). Enfin en 2023, Bénédicte Charretier (DUMG de l'Université de Toulouse Paul Sabatier), étudie celles de médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées(7).

Leurs données respectives sont superposables.

Les MN sont méconnues. Les **méthodes anciennes** (méthode des températures, méthode Ogino) sont les plus connues, les méthodes récentes (Billings, MAMA, symptothermie) nettement moins. Elles sont dans l'ensemble **perçues comme non fiables**. Seuls 5% des internes de Paris Descartes sont capables d'orienter une patiente vers un **organisme formateur en MN**, et seulement 20 % des médecins généralistes en région Midi-Pyrénées.

Il s'agit pourtant de situations rencontrées dans la pratique. Ainsi, 21% des internes de Paris Descartes ont déjà été confrontés à une **demande d'information sur les MN** par une patiente en consultation, tout comme 74 % des internes rennais, ou 45,5 % des médecins généralistes en région Midi-Pyrénées.

Finalement, tous trouvent leur **formation initiale sur les MN lacunaire**. Seuls 19% des étudiants de Paris Descartes trouvent leurs connaissances suffisantes tout comme 28% des internes rennais.

C'est ainsi que 86% des internes de Paris Descartes souhaitent des **renseignements ou une formation complémentaire sur les MN**, tout comme 84% des internes rennais ou 44,4% des médecins généralistes en région Midi-Pyrénées. Ces derniers souhaitent également pour 62% d'entre eux, connaître un réseau vers qui orienter leurs patientes désirant se former.

La méconnaissance des MN, les représentations de non fiabilité et de désuétude, et l'ouverture à une formation complémentaire sur le sujet semblent aussi concerner les autres prescripteurs de contraception : gynécologues et sages-femmes. Marie-Alice Fargue (Université catholique de Lille) l'illustre notamment dans son enquête auprès de sages-femmes libérales du Nord-Pas-de-Calais en 2016(71).

I.8.2. Pratiques

La thèse qualitative de Timothée Durand-Viel (Université de Lyon Claude Bernard) étudie les déterminants de la proposition des MN par les prescripteurs de contraception (médecins généralistes, gynécologues et sage-femmes) en France en 2018(72):

- Les représentations personnelles des prescripteurs sur la **valeur attribuée au corps**, à la physiologie du cycle féminin voire au respect de la fertilité avaient une influence sur leurs motivations à s'intéresser aux MN ;
- Les **circonstances** les amenant à évoquer les MN en consultation étaient la recherche d'une alternative aux hormones et au stérilet, un devoir d'information et d'exhaustivité, la demande d'information d'une patiente ou un projet de grossesse ;
- Les prescripteurs ne proposaient les MN que s'ils jugeaient adapté **le profil de la patiente** (maturité, rigueur, entente et stabilité du couple, implication du partenaire masculin, acceptation du risque de grossesse) ;
- Sur l'exposition des MN en consultation, les **principes généraux** étaient expliqués sans présenter les diverses méthodes. En effet, le **lieu de la consultation semblait inadapté** pour une présentation plus détaillée pour les raisons suivantes :
 - o Le temps n'était pas suffisant,
 - o Leur rôle principal n'était pas de présenter les MN,
 - o Les patients disposaient d'autres sources d'information,
 - o Il semblait plus adapté d'orienter la patiente vers des supports extérieurs,
 - o Ou encore par « *crainte du regard de la communauté médicale, et le sentiment d'être déviant* ».

Timothée Durand-Viel identifie ainsi quatre profils de prescripteurs :

« **Engageant** : bonne connaissance des MN, regard bienveillant sur celles-ci, forte valeur attribuée au corps, et considère qu'elles sont utilisables par tous ».

« **Prudent** : connaissance fluctuante des MN, favorable à leur utilisation, mais prudent sur l'utilisation par toute personne. Valeur attribuée au corps plus ou moins importante ».

« **Réticent** : connaissance partielle, voire erronée des MN. Représentations indifférente ou méfiante à l'égard des MN. Considère que des critères sont nécessaires au préalable pour l'utilisation des MN ».

« **Libéral** : connaissance fluctuante des MN, considérant que toute femme peut en faire usage si elle le souhaite. Pas de valeur particulière attribuée au corps, et représentations neutres ».

I.8.3. Attentes des patientes vis-à-vis des praticiens

D'après Bénédicte Charretier et al (DUMG de l'Université de Toulouse Paul Sabatier), « *une majorité (des patientes) sont **insatisfaites de l'écoute et de la formation** des médecins généralistes (au sujet des MN). Elles se sentent jugées, mal informées et mal accompagnées par ces derniers* »(7).

D'après Pauline Millet (Université Paris Descartes), certaines patientes mentent ou cachent leur choix contraceptif à leur médecin généraliste, appréhendant la réaction de ce dernier. Pourtant : « *Les femmes interrogées semblent accepter que la médecine actuelle ne recommande pas l'usage des méthodes naturelles de contraception* », cependant « *elles ne comprennent pas le manque de connaissance et parfois le mépris et le manque d'écoute dont feraient preuve leurs médecins. Elles recherchent non pas un médecin qui adhère, mais un **médecin à l'écoute, compréhensif et respectueux*** »(3).

Laura Hyerle et Marie Sulpis Chovelon (Université Grenoble Alpes) retrouvent des attentes similaires chez les patientes interrogées(4).

I.8.4. Formation contraceptive à l'Université de Limoges

Les constats précédents motivent le projet d'intégrer les MN à l'enseignement universitaire de Limoges.

L'enseignement du 3^{ème} cycle de médecine générale à l'Université de Limoges est organisé en moyenne autour d'une après-midi de 4h, toutes les deux semaines. Le cours sur la contraception a lieu lors de la seconde année du DES (Diplôme d'Études Spécialisées). Il est conçu autour :

- D'un atelier de simulation d'une durée de 2h, concernant les actes gynécologiques et poses de contraceptif,
- Et d'un atelier en groupe portant sur une situation clinique complexe vécue par un interne, afin de favoriser la discussion et la réflexivité des étudiants.

II. Matériels et méthodes

II.1. Description

Le projet est une **étude observationnelle descriptive**, conçue pour évaluer par un questionnaire, les connaissances et les besoins en formation relatifs aux méthodes de contraception naturelle, des étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale de la faculté de Limoges.

II.2. Objectifs

II.2.1. Objectif principal

L'objectif de l'étude est d'évaluer les **connaissances** et les **besoins en formation** de ces étudiants concernant les méthodes de contraception naturelle.

II.2.2. Objectif secondaire

L'évaluation de ces besoins doit permettre **l'élaboration ultérieure d'une formation adaptée** au sein de la faculté, afin de mettre à jour et standardiser les connaissances des internes, en vue de leur future pratique de prescripteur de contraception. Ainsi le projet a pour objectif secondaire la **planification de cet enseignement**. Celle-ci consiste à :

- Définir les objectifs pédagogiques du cours,
- Définir les compétences à acquérir,
- Définir les moyens d'apprentissage,
- Définir le lieu d'apprentissage,
- Élaborer le questionnaire d'évaluation des compétences à acquérir,
- Élaborer le questionnaire d'évaluation de l'enseignement.

II.3. Outils de recueil

II.3.1. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire d'évaluation des besoins est élaboré en mars 2024. Il est composé de 14 questions fermées afin de faciliter le traitement statistique des réponses, et d'un espace à expression libre.

Les différents items des questions sont regroupés en 3 parties :

- Une première partie portant sur le **profil socio-professionnel** des étudiants, qui explore leur répartition au sein du 3^{ème} cycle, leur expérience en stage, et leur intérêt pour la contraception,
- Une seconde partie portant sur leurs **connaissances**, qui explore les moyens par lesquels ils les ont acquises, et leur niveau de maîtrise du sujet,

- Une troisième partie portant sur leurs **attentes**, qui explore leur niveau d'exigence de compétences futures et leur intérêt pour les divers formats de cours proposés.

Notre étude s'inscrit dans la **lignée des études quantitatives** des médecins généralistes Céline Gautier-Lavaste, Claire Bonneville et Bénédicte Charretier, et des sages-femmes Marie-Alice Fargue et Claire Aujames(5–7,71,73). Leurs travaux respectifs portaient entre autres sur les connaissances relatives aux méthodes naturelles d'étudiants en médecine générale et maïeutique ou de professionnels de santé en activité. Aussi, notre souhait était de réaliser une **synthèse** concise et simple des divers questionnaires de ces études. Alors que certains d'entre eux avaient un « questionnement approfondi » (physiologie du cycle, principes des différentes MN, différenciation entre efficacité théorique et efficacité pratique, etc.), nous avons plutôt choisi de nous limiter à un « questionnement élémentaire » (définitions, dénominations, efficacité globale, organismes de formation).

Enfin, pour déterminer les besoins en formation des étudiants nous nous sommes focalisées sur leur **perception des rôles du médecin généraliste** face à une demande de contraception naturelle. Les questionnaires des précédents travaux, ainsi que les entretiens semi-dirigés de la thèse qualitative de Timothée Durand-Viel, faisaient référence au rôle d'information, d'orientation et d'accompagnement des patientes(5,71,72). Nous avons **précisé concrètement l'implication de ces différents rôles** afin de déterminer quelles seraient pour les étudiants les limites du rôle du praticien en matière de contraception naturelle, et affiner davantage leur niveau d'attentes.

II.3.2. Sélection de l'échantillon

Ont été inclus dans l'étude l'ensemble des étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale de la faculté de Limoges.

Ceux-ci furent invités à y répondre via l'envoi du lien de l'enquête par un mail de la scolarité.

II.3.3. Exploitation, recueil et description des données

Les réponses au questionnaire ont été collectées de manière anonyme par LimeSurvey®, logiciel d'enquête statistique en ligne. La base de données ainsi constituée a été exportée vers Excel®, logiciel avec lequel l'analyse des données a été réalisée.

II.3.4. Statistiques et analyse comparative des données

Les variables qualitatives sont décrites en pourcentage.

III. Résultats

III.1. Diagramme de flux

Le critère d'inclusion correspondait à toute inscription en 3^{ème} cycle (DES) de médecine générale à la faculté de Limoges. La population cible de 189 étudiants est composée de :

- 67 étudiants en 1^{ère} année de DES (Promotion 2023 : 1^{er} et 2nd semestre),
- 54 étudiants en 2^{ème} année de DES (Promotion 2022 : 3^{ème} et 4^{ème} semestre),
- 48 étudiants en 3^{ème} année de DES (Promotion 2021 : 5^{ème} et 6^{ème} semestre),
- 14 étudiants en 4^{ème} année de DES (1^{ère} année de thèse, Promotion 2020),
- 6 étudiants en 5^{ème} année de DES (2^{nde} année de thèse, Promotion 2019),
- 0 étudiants en 6^{ème} année de DES (3^{ème} année de thèse, Promotion 2018).

Cette population cible est composée à 60 % de femmes.

Le questionnaire a été envoyé par mail à la population cible. Les critères d'exclusions étaient l'absence de réception du mail et l'obtention d'une réponse au questionnaire incomplète ou nulle.

L'enquête est restée ouverte en ligne pendant 3 semaines, du 12 avril au 3 mai 2024.

Elle a ainsi obtenu un taux de réponse final de 27%.

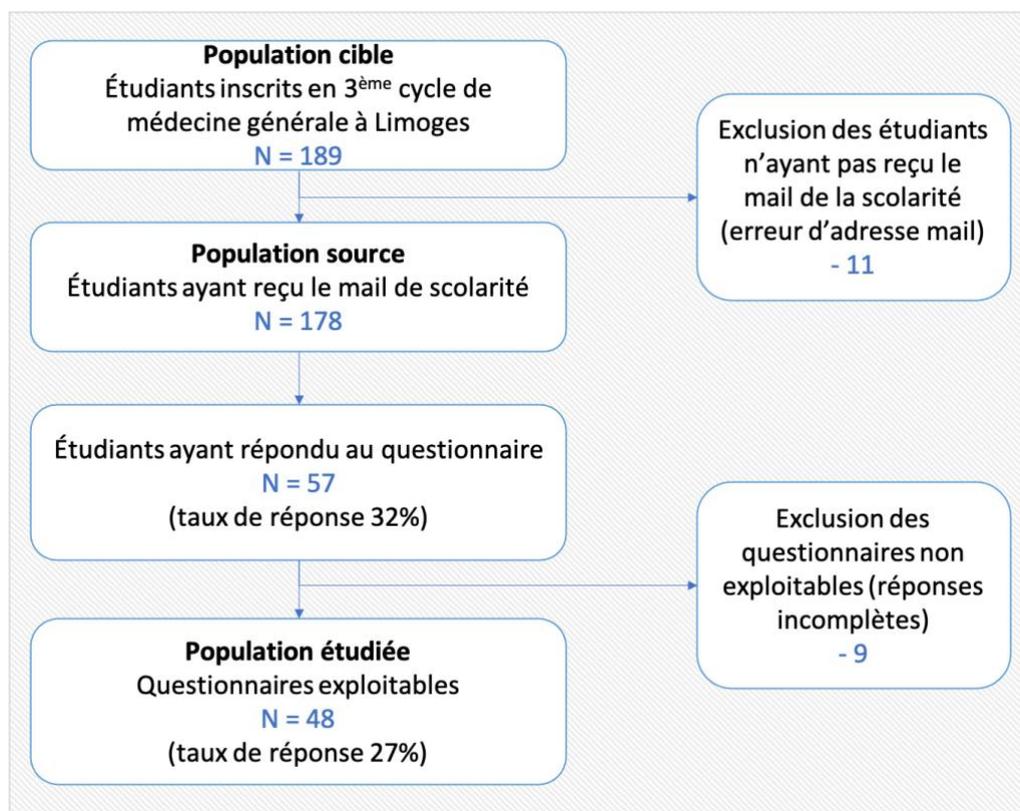


Figure 9 : Diagramme de flux

III.2. Profil socio-professionnel des étudiants

Question n°1 : sexe

La population étudiée est composée aux trois quarts de femmes.

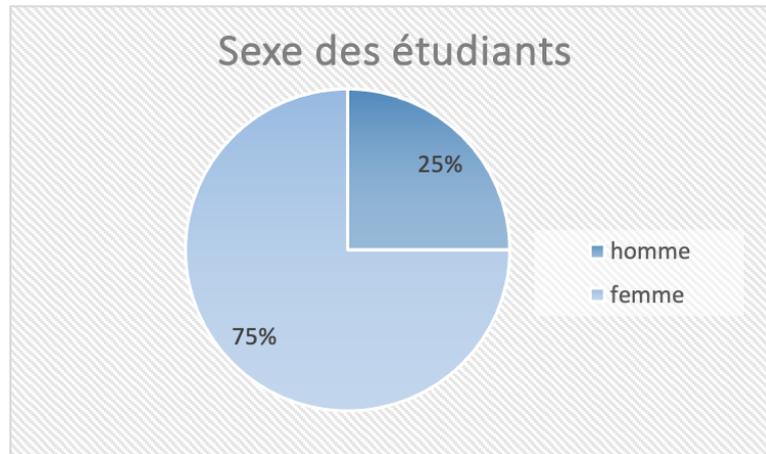


Figure 10 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le sexe (n = 48)

Question n°2 : année de naissance

L'âge médian des étudiants est de 28 ans. 50% des étudiants sont nés entre 1989 (35 ans) et 1996 (28 ans) et 50% autres sont nés entre 1996 et 1999 (25 ans).

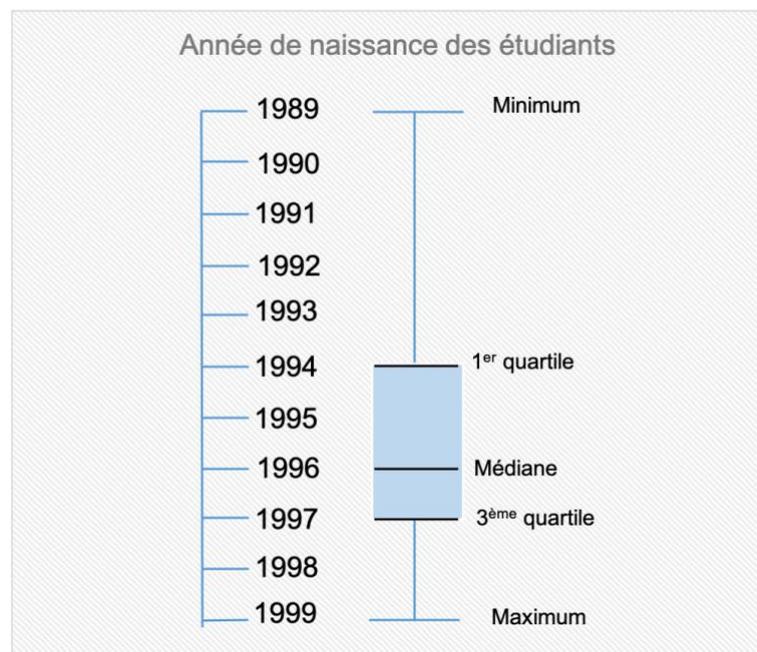


Figure 11 : Répartition des étudiants selon leur année de naissance (n = 48)

Question n°3 : répartition au sein du 3^{ème} cycle

Les étudiants en année thèse sont les plus représentés au sein de notre échantillon devant les étudiants de 1^{ère} année de DES et de 3^{ème} année de DES. Les étudiants de 2^{nde} année de DES sont en revanche deux fois moins représentés que les autres groupes.

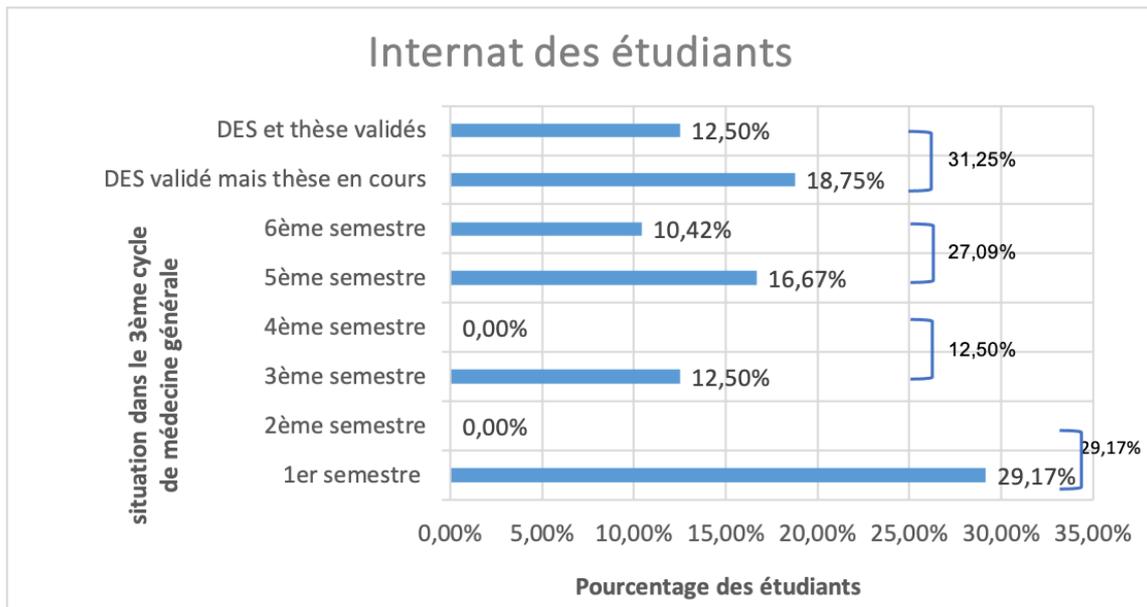


Figure 12 : Répartition des étudiants au sein du 3^{ème} cycle de médecine générale (n = 48)

Question n°4 : expérience en stage

La majorité des étudiants a réalisé un stage en médecine générale, tandis que la moitié d'entre eux a réalisé un stage en gynécologie. L'activité de remplacements en médecine générale concerne enfin près d'un tiers d'entre eux.

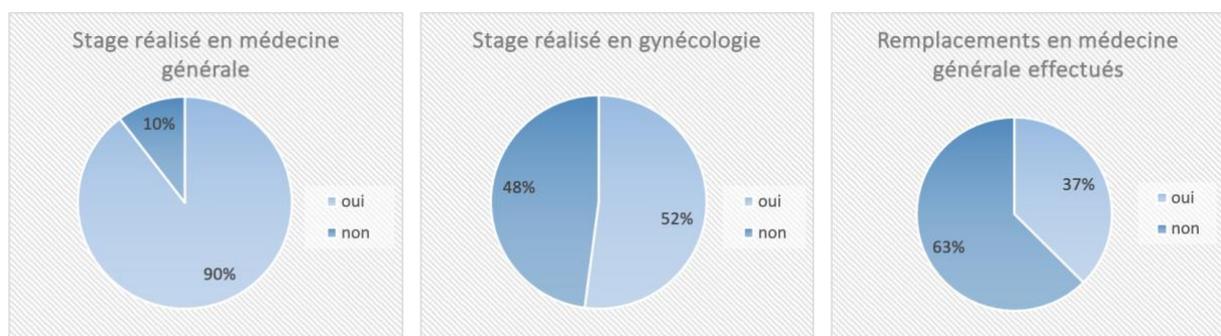


Figure 13 : Répartition des étudiants en pourcentage selon leur expérience en stage (n = 48)

Question n°5 : intérêt pour la contraception

La contraception est un sujet important pour les étudiants interrogés : la majorité d'entre eux déclare déjà s'y intéresser personnellement, tandis que professionnellement tous s'y intéressent.



Figure 14 : Répartition des étudiants en pourcentage selon leur intérêt pour la contraception (n = 48)

III.3. Connaissances actuelles des étudiants

Question n°6 : méthodes de contraception naturelle

La quasi-totalité des étudiants a déjà entendu parler des méthodes de contraception naturelle.

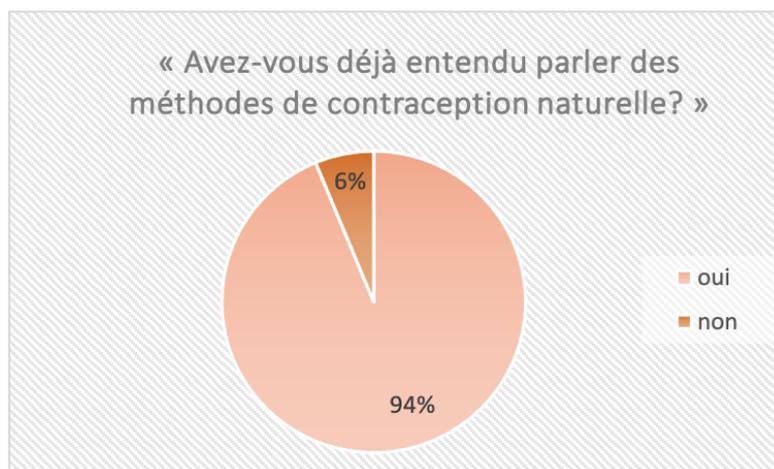


Figure 15 : Répartition des étudiants en pourcentage selon leur connaissance des méthodes de contraception naturelle (n = 48)

Question n°7 : modalités de connaissance

Les principaux moyens par lesquels les étudiants ont eu connaissance des MN étaient les **cours universitaires** et les **médias**.

Les étudiants ayant indiqué un autre mode d'information ont pu préciser leur nature :

- Étudiant n° 5 : « Éducation sexuelle au collège et lycée », ce qui peut rejoindre l'option « formation indépendante »,
- Étudiant n°38 : « Par mon conjoint qui le pratiquait avec sa précédente compagne », ce qui peut rejoindre l'option « entourage ».

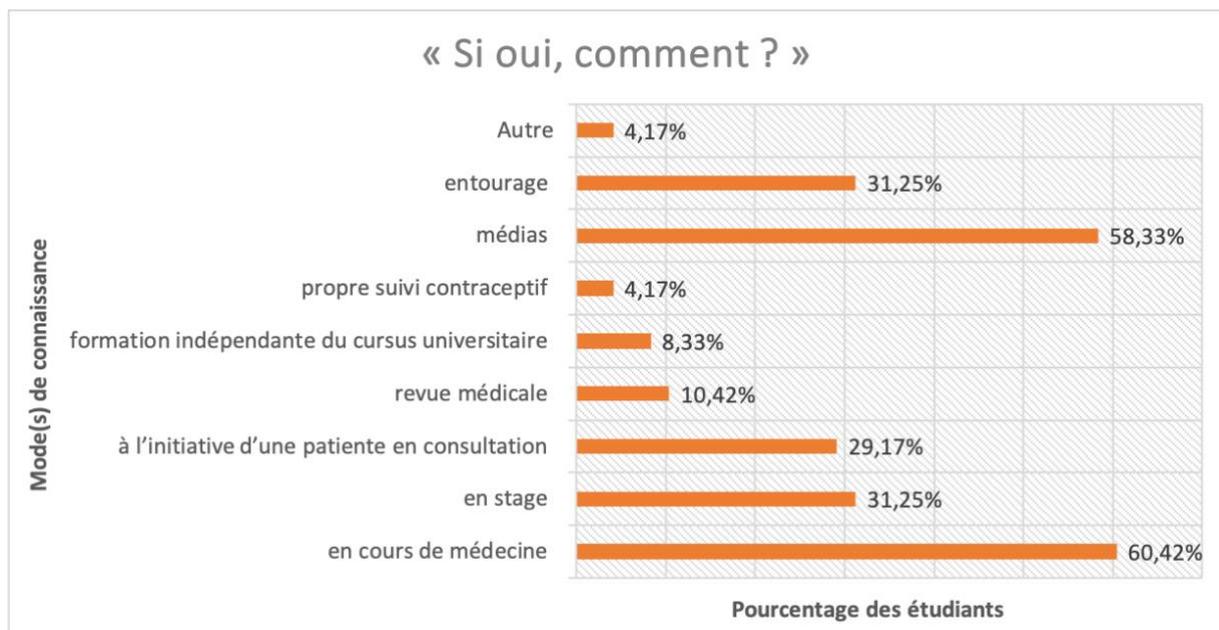


Figure 16 : Fréquence en pourcentage des moyens par lesquels les étudiants ont eu connaissance des méthodes de contraception naturelle (n = 48).

Question n°8 : définition des méthodes naturelles

Pour cette question à choix multiples, il s'agissait de définir correctement les méthodes de contraception naturelle.

Une seule proposition était fautive : « méthode pouvant impliquer le retrait pendant la période féconde ». Toutes les autres propositions étaient vraies.

Ainsi, les **définitions les mieux maîtrisées** sont en lien avec la pratique de l'abstinence sexuelle pendant la période féconde, l'identification de cette période féconde par un calcul de jours ou par la connaissance de la physiologie.

Les **définitions moins maîtrisées** sont en lien avec l'identification de la période féconde par l'observation des biomarqueurs du cycle (qui correspond à l'application de la connaissance de la physiologie), et enfin avec l'usage possible de méthodes barrières ou l'absence d'usage possible du retrait pendant la période féconde.

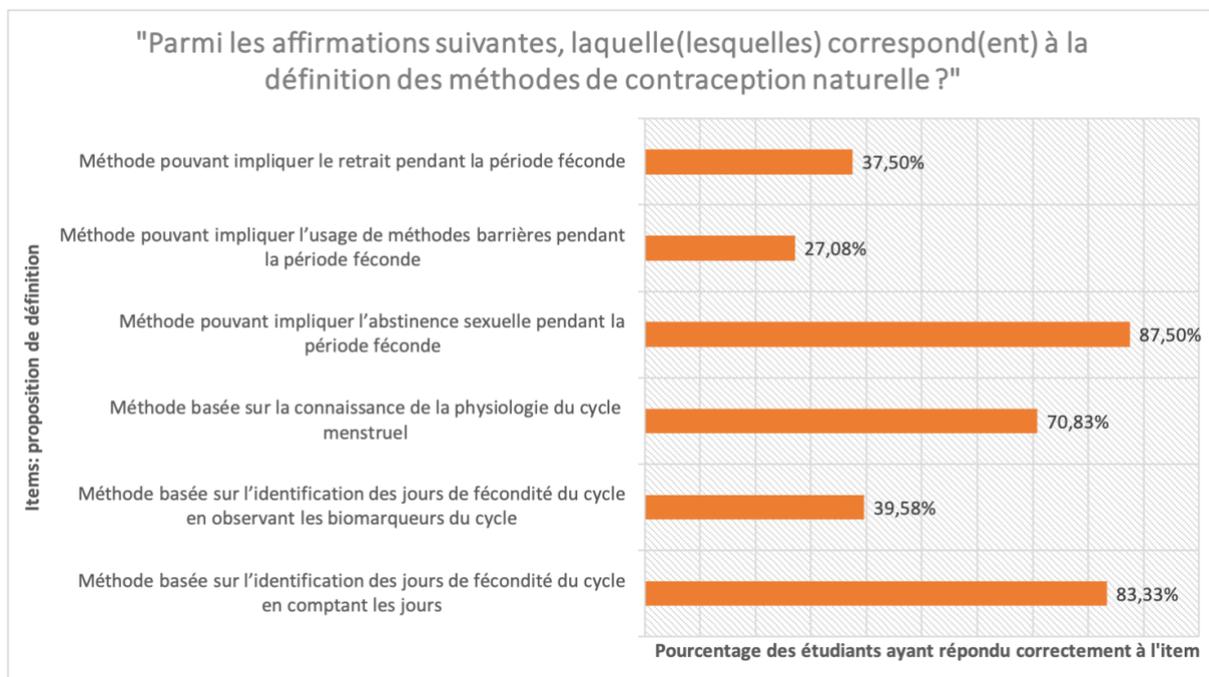


Figure 17 : Fréquence en pourcentage de réponses correctes à une question à choix multiple visant à définir les méthodes de contraception naturelle (n = 48)

Question n°9 : connaissance des différentes MN

Les méthodes les plus connues des étudiants sont **les plus anciennes** : la méthode des températures, le retrait et la méthode du calendrier. Parmi les méthodes les plus récentes, la MAMA est presque aussi bien connue que les méthodes anciennes, en revanche la symptothermie l'est environ deux fois moins.

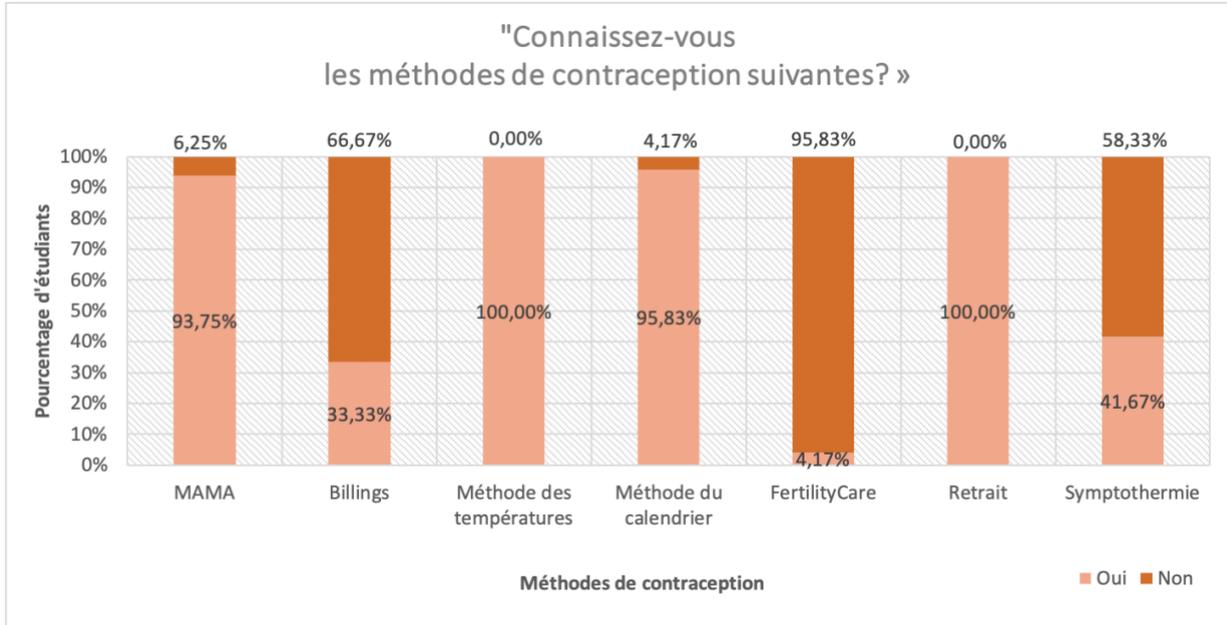


Figure 18 : Fréquence en pourcentage de connaissance des méthodes de contraception naturelle par les étudiants (n = 48)

Question n°9 bis : perception de fiabilité des MN

Les quatre méthodes les plus connues sont majoritairement **perçues comme aléatoires**, tandis que les trois méthodes les moins connues sont liées à une plus forte proportion d'absence d'avis des étudiants.

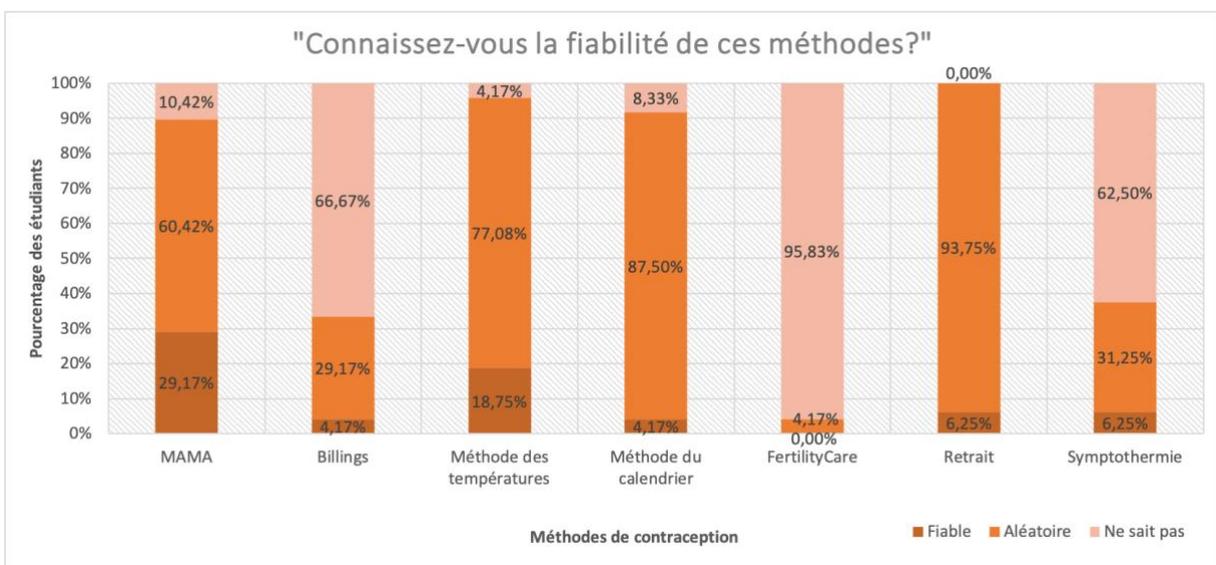


Figure 19 : Fréquence en pourcentage de la perception de fiabilité des méthodes de contraception naturelle par les étudiants (n = 48)

Question n°10 : organismes de formation

Les organismes de formation aux MN sont **majoritairement inconnus** des étudiants. Les trois associations les plus connues sont celles formant à la MAMA (La Leche League), à la méthode symptothermique SENSIPLAN® (PFN) et à la méthode Billings®(Billings).

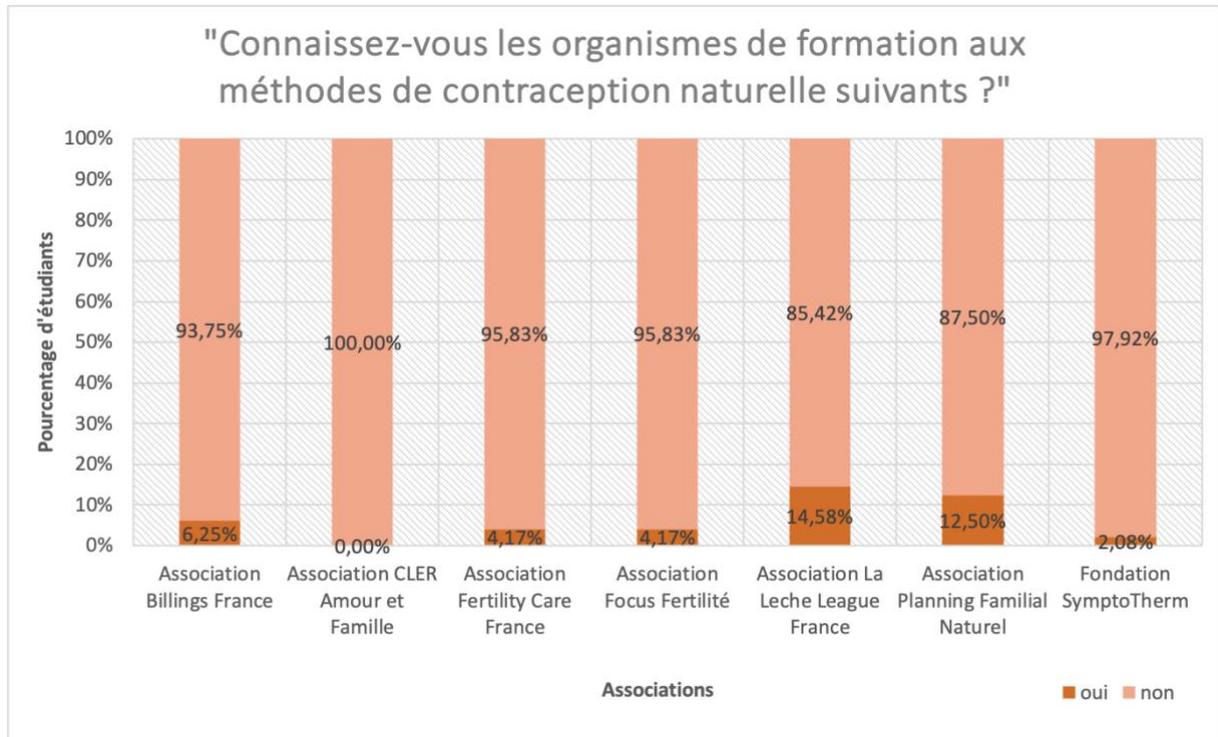


Figure 20 : Fréquence en pourcentage de connaissance des associations formant aux méthodes de contraception naturelle par les étudiants (n = 48)

III.4. Attentes des étudiants concernant leur formation

Question n°11 : rôle du médecin généraliste

Face à une patiente en demande d'une contraception naturelle, la majorité des étudiants conçoit le médecin généraliste comme un **acteur important**.

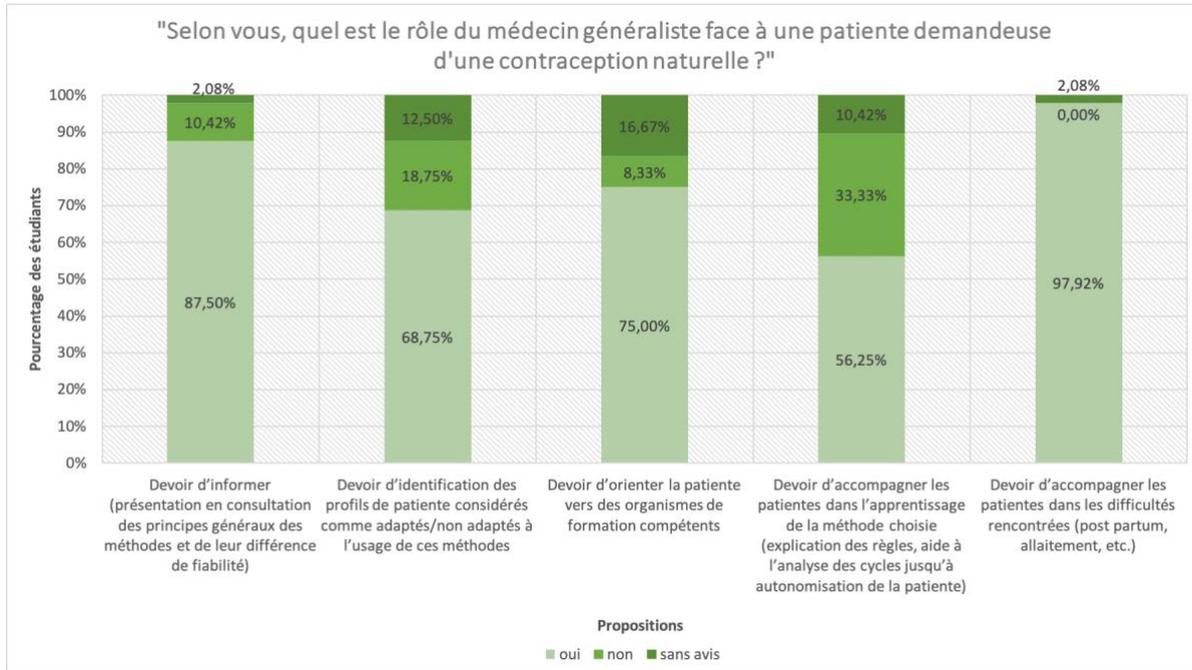


Figure 21 : Fréquence en pourcentage de la perception des étudiants du rôle du médecin généraliste concernant les méthodes de contraception naturelle (n = 48)

Questions n°12 et n°13 : besoin en formation

Près des quatre cinquièmes des étudiants estiment avoir **besoin d'une formation complémentaire** concernant les MN pour leur pratique future, leurs connaissances étant jugées actuellement insuffisantes voire nulles.

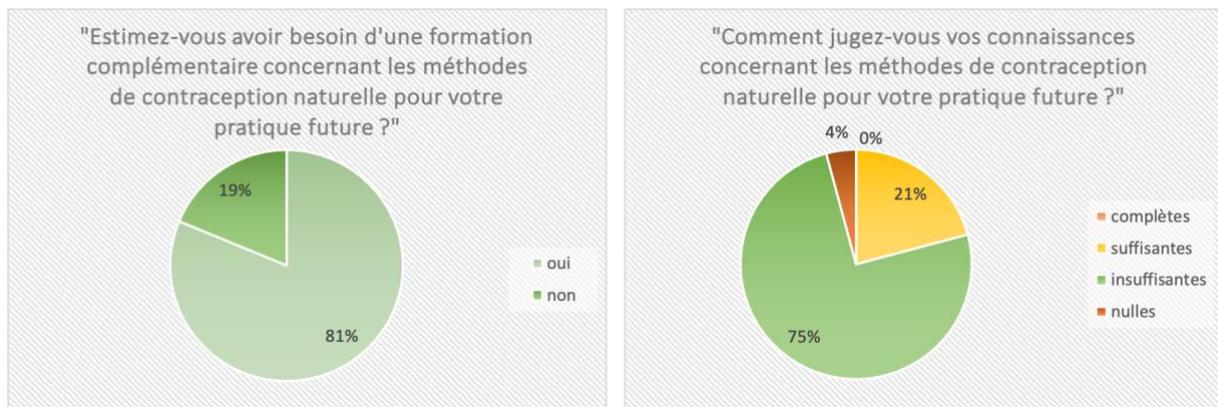


Figure 22 : Fréquence en pourcentage de la perception des étudiants sur leur besoin en formation concernant les méthodes de contraception naturelle pour leur pratique ultérieure (n = 48)

Question n°14 : formats de cours

Les étudiants ont un **intérêt similaire** pour les différentes modalités de formation proposées. Ainsi seulement 6,25% des étudiants déclarent n'être intéressés par aucune des modalités proposées.

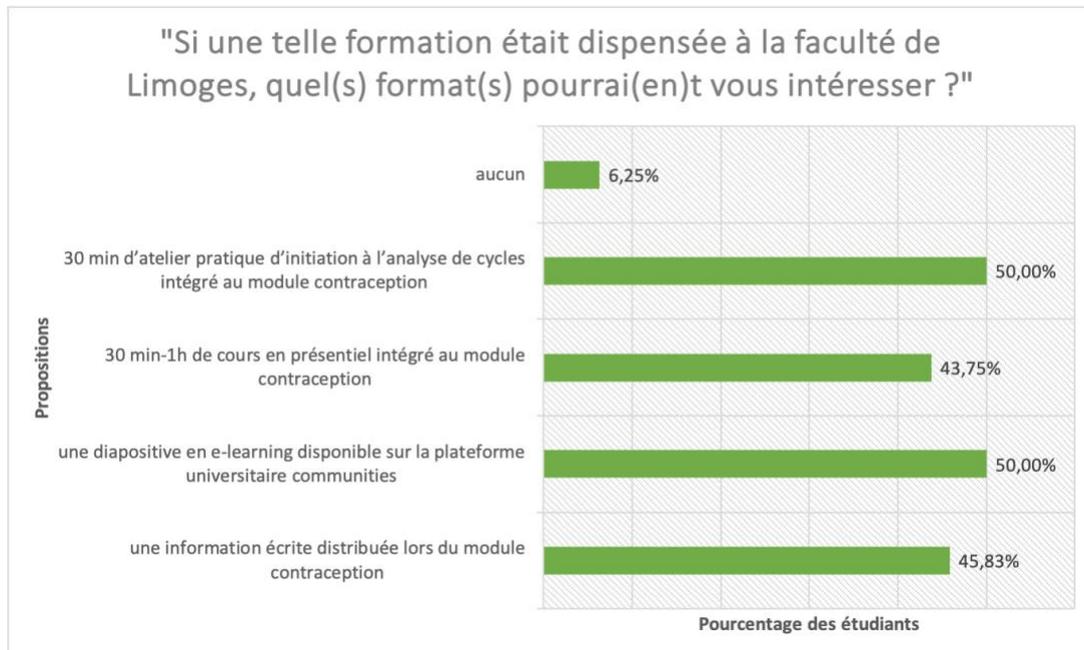


Figure 23 : Fréquence en pourcentage d'intérêt des étudiants pour différents formats de formation aux méthodes de contraception naturelle (n = 48)

Question n°15 : commentaires libres

Certains étudiants ont souhaité s'exprimer à l'issue de l'enquête. Les réponses sont détaillées dans le Tableau 6. Sont évoqués l'importance du sujet de la contraception naturelle face à une **demande jugée réelle** ainsi que le **devoir d'information** du médecin.

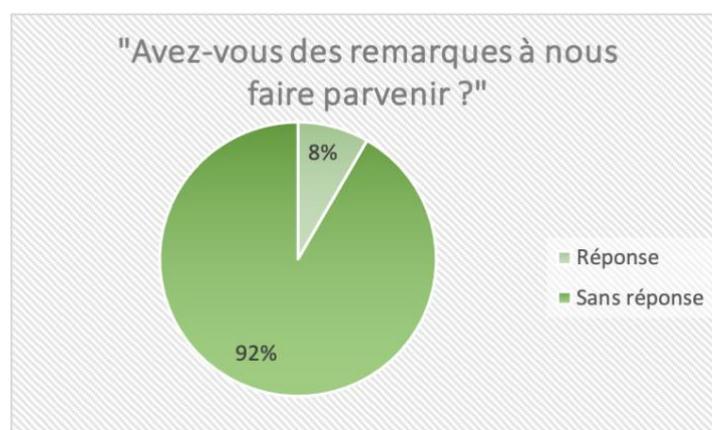


Figure 24 : Fréquence en pourcentage des étudiants ayant souhaité faire des remarques (n = 48)

Tableau 6 : Remarques des étudiants

Étudiant n°	Commentaire
7	« Pour nuancer la réponse à la question sur les devoirs du médecin généraliste : le médecin a un devoir d'information mais je ne crois pas qu'il doive TOUT maîtriser , mais plutôt faire appel aux sages-femmes , qui sont spécialisées dedans et souvent plus au courant des pratiques naturelles et donc plus à même de suivre efficacement les patientes demandeuses ».
18	« Importance de ce sujet car contraception naturelle de plus en plus plébiscitée . Importance pour les médecins généralistes d'en connaître les modalités , de cibler les patientes "adaptées" et de bien les accompagner (fiabilité plus ou moins aléatoire selon les méthodes) ».
37	« Ces méthodes correspondent à une demande exprimée par de nombreux patients et patientes, pour différentes raisons. Je pense qu'il est important de connaître les méthodes naturelles pour donner une information loyale . À ce sujet je trouve que nous n'avons pas de formation , les patients en savent plus que nous, ce qui ne nous met pas en position favorable pour délivrer des conseils ».
42	« Je pense qu'avec l'ère de la libération des femmes et notamment de notre ras le bol de la charge mentale, cela va devenir un réel enjeu . On sait que ces méthodes ne sont pas aussi efficaces en terme d'indice de Pearl que les COP ou stérilet, et cela d'autant plus si ce n'est pas assez bien expliqué par le professionnel , mais pour toutes celles qui refusent les médicaments ou qui ne les tolèrent pas, il faut qu'on puisse leur proposer ces alternatives et notamment impliquer les conjoints aussi car en vérité leur combinaison (retrait + suivi courbe de température + abstinence pendant les jours très à risque) sont forcément des choses qui s'envisagent en en parlant aux 2 membres du couple ».

IV. Discussion

IV.1. Forces et limites de l'étude

IV.1.1. Forces

La force principale de notre étude est qu'elle s'inscrit dans un **projet pédagogique concret**. En effet, les résultats obtenus vont permettre la planification d'une formation complémentaire, adaptée aux besoins des étudiants limougeauds. Il s'agirait d'une des premières formations universitaires aux MN adressée aux internes de médecine générale. Effectivement, peu de formations semblables ont été mises en place : l'on peut citer une formation à la physiologie et aux Méthodes d'Observation du Cycle (MOC) à l'école maïeutique de l'Université Catholique de Lille, ou encore une formation sur la restauration de la fertilité dédiée au Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé à l'Université Claude Bernard de Lyon(74).

Une autre force de notre étude est que celle-ci s'inscrit dans la suite des enquêtes quantitatives de thèse ou de mémoire réalisées par nos confrères médecins généralistes et sages-femmes(5–7,71,73). Elle permet de **confirmer sur la population limougeaude les données établies** par les dits travaux concernant la méconnaissance des MN des futurs prescripteurs de contraception et leur intérêt pour une formation complémentaire.

Pour réaliser notre questionnaire, nous nous sommes largement appuyées sur ceux préalablement élaborés lors de ces travaux. Ainsi dans un souci de **synthèse**, nous avons décidé de créer une version condensée et simplifiée de leurs questionnaires. Cela nous semble être un moyen pertinent pour comparer nos données avec les leurs, et évaluer la validité externe de notre étude.

Pour finir, notre étude a obtenu un taux de participation satisfaisant (27%) et la population de l'échantillon semble représenter la population cible.

IV.1.2. Limites

Tout d'abord, un **biais de sélection** ne peut être exclu puisque la participation à l'enquête était sur la base du volontariat. Notre échantillon est majoritairement féminin et intéressé à la fois personnellement et professionnellement par la contraception de plus, l'on sait que les femmes sont souvent responsables de la contraception de leur couple. Cet intérêt massif des participants pour le sujet de la contraception, voire leur implication personnelle, a donc pu les inciter à répondre au questionnaire.

Il existe également un **biais méthodologique** concernant la question n°8 visant à définir les MN : la formulation de la proposition « méthode basée sur l'identification des jours de fécondité du cycle en observant les biomarqueurs du cycle » pourrait induire une réponse négative. En effet, puisque le terme de « biomarqueurs » semble peu connu, il pourrait être associé par erreur uniquement à des marqueurs biologiques tels que des tests urinaires de LH. Si les termes plus simples de « glaire cervicale » ou de « température basale » avaient été utilisés, la proportion d'étudiant ayant choisi cette proposition comme vraie aurait probablement été plus élevée. Toutefois la formulation actuelle permet de sélectionner les étudiants connaissant réellement l'expression, directement liée aux Méthodes d'Observation du Cycle.

Il existe enfin un autre **biais méthodologique** concernant la question n°11 visant à définir les rôles du médecin généraliste. La formulation de la proposition « devoir d'accompagner les patientes dans les difficultés rencontrées (post partum, allaitement, etc.) » pourrait suggérer deux attitudes différentes :

- Tout d'abord une attitude « passive » : une écoute attentive du médecin, la prescription éventuelle de méthodes barrières en cas de difficulté d'application de la méthode (interprétation du cycle, vécu de l'abstinence), la réorientation vers un tiers expert pour l'aide à l'interprétation du cycle,
- Ou bien une attitude « active » : l'aide à l'interprétation du cycle est délivrée par le médecin lui-même s'il est expert.

Au vu du taux de réponse largement en faveur de cette proposition, probablement que l'attitude perçue par les étudiants est davantage la première.

IV.2. Analyse des résultats

IV.2.1. Analyse de la population

La population étudiée semble représentative de la population cible.

En effet, le **ratio homme/femme** observé (75% de femmes) est proche de celui observé dans la population cible (60%) au vu de la taille de l'échantillon, cf. Figure 10.

Par ailleurs, la **répartition des étudiants au sein du 3^{ème} cycle** semble homogène, cf. Figure 12. En effet les différentes promotions sont représentées de façon équivalente, hormis les étudiants de 2^{nde} année de DES qui sont deux fois moins représentés que les autres. Plus précisément, l'étude ayant été réalisée lors du semestre d'hiver, la plupart des internes sont en 1^{er}, 3^{ème} et 5^{ème} semestre. Il est donc logique de ne pas voir représenté d'interne de 2nd ou de 4^{ème} semestre. Quant aux internes de 6^{ème} semestre représentés dans l'échantillon, leur présence est probablement liée à un décalage de six mois dans leur maquette par rapport à leur promotion d'origine, pour des raisons diverses telles qu'un surnombre non validant, une disponibilité ou un stage non validé.

La répartition en âge des étudiants est appropriée au vu de la composition des différentes promotions précédemment exposée, cf. Figure 11.

De même, **l'expérience en stage** des étudiants est cohérente avec leur répartition au sein du 3^{ème} cycle, cf. Figure 13. Seulement 10% d'entre eux n'ont pas réalisé de stage ambulatoire en médecine générale, cette proportion peut être attribuée à quelques internes de 1^{er} semestre ayant débuté leur maquette par un stage hospitalier aux urgences. Quant au stage en gynécologie, 52% des étudiants l'ont réalisé. Ce dernier étant accessible à Limoges à partir du 3^{ème} semestre, cette proportion est également adéquate puisque qu'environ 71% de l'échantillon se situe entre le 3^{ème} semestre et l'année thèse, cf. Figure 12. Enfin certains d'entre eux ont une expérience supplémentaire de remplacement en médecine générale. Elle concerne 37% des étudiants, une proportion qui en réalité est en lien majoritairement avec l'activité professionnelle des étudiants inscrits en année thèse et concerne peu d'étudiants n'ayant pas validé leur DES.

Ainsi, l'on peut supposer que **la majeure partie des étudiants a déjà dû rencontrer des situations de prescription de contraception en médecine générale, et qu'environ la moitié d'entre eux a une pratique plus avancée en gynécologie.**

IV.2.2. Analyse des connaissances

L'enquête montre que les méthodes de contraception naturelle sont **abordées dans les études médicales** : 60% des étudiants en ont entendu parler lors des cours de la fac et 31% en stage. De plus c'est un sujet auquel les étudiants ont déjà été confrontés dans leur pratique puisque 29% d'entre eux en ont entendu parler à l'initiative d'une patiente en consultation, cf. Figure 16.

Toutefois **l'enseignement actuel ne semble pas permettre aux étudiants de suffisamment maîtriser le sujet** puisque :

- La **définition des MN est partiellement maîtrisée**, cf. Figure 17. Les étudiants sont capables de les définir comme permettant l'identification des jours de fécondité du cycle via un calcul de jours ou via la connaissance de la physiologie du cycle mais peu d'entre eux sont capables de les définir à partir de l'observation des biomarqueurs, application de la connaissance de la physiologie. Pourtant, les MN qui de nos jours, sont principalement mises en avant et considérées fiables, sont les Méthodes d'Observation du Cycle (MOC). Pour rappel, nous avons déjà évoqué un **biais méthodologique** concernant le terme utilisé de « biomarqueur ».

Par ailleurs, les étudiants définissent les MN comme impliquant l'abstinence sexuelle pendant la période féconde mais peu considèrent que des méthodes barrières peuvent également être associées pour les couples ne souhaitant pas vivre l'abstinence, pratique qui n'est pas déconseillée par les formateurs en MN puisque la fiabilité intrinsèque des méthodes barrières est suffisante.

Enfin, le retrait est associé à tort à la définition des MN. Il nous paraît opportun pourtant de bien différencier le retrait des MN. En effet, les formateurs en MN déconseillent vivement l'usage du retrait pendant la période féconde puisque la fiabilité intrinsèque de cette méthode est insuffisante.

- La **connaissance des différentes MN est inégale**, cf. Figure 18. Les méthodes anciennes (méthode du calendrier, méthode des températures), obsolètes et insuffisamment fiables, et la MAMA sont connues des étudiants tandis que les MOC actuellement répandues (méthode Billings®, modèle FertilityCare™, symptothermie) sont méconnues. On note ainsi que parmi les MN les plus fiables, la MAMA dont l'indice de Pearl est de 0,9 d'après l'OMS(19), est presque aussi bien connue que les méthodes anciennes, en revanche la symptothermie, dont l'indice de Pearl est <1 d'après l'OMS(19), l'est deux fois moins.
- Concernant la fiabilité des méthodes, les étudiants les perçoivent majoritairement comme aléatoires ou n'ont pas d'avis, cf. Figure 19. Ainsi, **la fiabilité de la MAMA ou des MOC, telle que la symptothermie, n'est pas connue.**
- Les **organismes de formation**, vers lesquels il est indispensable d'orienter les patientes afin de garantir l'apprentissage et l'application corrects des MN, sont enfin **majoritairement inconnus**, cf. Figure 20.

Peut être mis en exergue le fait que les autres sources d'information citées par les étudiants sont principalement les **médias** et leur **entourage**, cf. Figure 16. La pertinence de la qualité des informations reçues par ces modalités est discutable ce qui renforce notre intérêt pour développer une formation universitaire complémentaire.

IV.2.3. Analyse des attentes des étudiants

Certaines patientes mentiraient ou cacheraient leur choix de contraception naturelle à leur médecin généraliste, appréhendant la réaction de ce dernier comme le rapporte Pauline Millet dans sa thèse(3).

Pourtant, notre enquête montre que les étudiants se sentent majoritairement impliqués par le sujet et considèrent **le médecin généraliste comme un acteur important** pour accompagner les patientes demandeuses d'une telle contraception. 87,50% d'entre eux estiment en effet que le rôle du médecin généraliste est d'apporter une **information claire** sur les MN en exposant leurs principes généraux et leur différence de fiabilité, cf. Figure 21. C'est d'ailleurs une donnée qui ressort dans les commentaires libres : « *le médecin a un devoir d'information* », « *donner une information loyale* ». Cela pourrait favoriser un choix contraceptif libre et éclairé, en connaissance des avantages mais aussi des exigences et difficultés de la méthode choisie.

L'importance du rôle du médecin généraliste semble ensuite décliner au fur et à mesure de la complexification des compétences nécessaire.

Ainsi, 75% des étudiants pensent que le médecin généraliste doit **orienter la patiente** vers des organismes compétents. Il nous semble indispensable que 100% des étudiants à l'avenir en soient persuadés, la fiabilité de la méthode choisie ne pouvant en aucun cas être garantie sans un accompagnement spécialisé. A ce propos, nous pouvons évoquer la remarque de l'étudiant n°7. Celui-ci évoque l'orientation des patientes demandeuses d'une contraception naturelle vers les sages-femmes. Celles-ci seraient « *spécialisées dedans (la physiologie) et souvent plus au courant des pratiques naturelles et donc plus à même de suivre efficacement les patientes demandeuses* ». Cependant il a déjà été montré que la formation universitaire en maïeutique ne prépare actuellement pas davantage les sages-femmes à la physiologie du cycle et aux MN(71,73), c'est pourquoi il est bien nécessaire que les étudiants connaissent les relais organisés existants.

68,75% des étudiants considèrent que le médecin généraliste se doit également **d'identifier les profils de patientes adaptés ou non** à l'usage de ces méthodes. Il pourrait alors encourager la patiente à choisir une autre méthode s'il le juge opportun.

Enfin, 56,25% des étudiants estiment que le médecin généraliste ne doit pas seulement pouvoir informer et orienter la patiente mais doit également pouvoir **l'accompagner dans l'apprentissage de la méthode choisie jusqu'à son autonomisation**. Cela impliquerait donc une certaine expertise du médecin généraliste en matière de MN. Toutefois sur cette proposition-là, les avis sont plus partagés puisque 33,33% des étudiants estiment que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste, et 10,42% ne se prononcent pas.

Nous notons que la majorité des étudiants (97,92%) pense que le médecin généraliste doit **accompagner** les patientes ayant choisi ce mode de contraception **dans les difficultés rencontrées**. Ce chiffre inclut donc quelques étudiants qui n'étaient pas favorables à l'exposition claire des principes des MN à une patiente demandeuse d'une alternative

naturelle. Cela pourrait être témoin simplement d'un principe éthique de bienfaisance chez les étudiants. Il existe cependant un **biais méthodologique** dans la formulation de cette proposition car, contrairement aux autres items, nous n'avons pas précisé en quoi cet accompagnement pouvait consister. En effet, deux attitudes pourraient être suggérées face à des circonstances physiologiques impactant le cycle, telles que le post partum, l'allaitement, la préménopause ou un stress aigu, sources parfois de difficultés :

- Une **attitude « passive »** : l'accompagnement du médecin généraliste pourrait alors consister en une écoute attentive, à la prescription éventuelle de méthodes barrières en cas de difficulté d'application de la méthode (interprétation incertaine du cycle, vécu difficile de l'abstinence prolongée), et à la réorientation vers un tiers expert qui pourra reprendre le suivi avec la patiente, lui réexpliquer les subtilités de la méthode lors de ces circonstances, et lui redonner confiance en ses observations,
- Ou bien une **attitude « active »** : le suivi des cycles est repris par le médecin lui-même s'il est expert.

La première attitude n'implique pas de compétences supplémentaires nécessaires tandis que la seconde implique une expertise plus développée du médecin généraliste en matière de MN. C'est très certainement la première qui est perçue par les étudiants au regard de leur taux de réponse largement favorable. En effet, au vu de la logique présentée jusqu'à présent de déclin du rôle du praticien en fonction de la complexification des compétences nécessaires, le taux de réponse attendu pour cette proposition, dans le cadre d'une « attitude active », serait sinon inférieur ou égal à 56,25%, proportion des étudiants en faveur de l'accompagnement des patientes dans l'apprentissage de leur méthode.

En conclusion, **le niveau d'attentes des étudiants concernant leur future pratique ne peut être à ce jour honoré par l'état actuel de leurs connaissances**. C'est pourquoi il est cohérent de constater que 81% d'entre eux estiment avoir besoin d'une formation complémentaire concernant les MN, ou que 79% d'entre eux jugent leurs connaissances actuelles insuffisantes voire nulles, cf. Figure 22.

Dans l'enquête, les étudiants présentent un **intérêt équivalent pour les différentes modalités de formation complémentaire proposées**, cf. Figure 23. Seulement 6,25% des étudiants déclarent n'être intéressés par aucune des options. Ainsi parmi les étudiants ayant estimé ne pas avoir besoin d'une formation complémentaire pour leur pratique future, certains montrent tout de même un intérêt pour les propositions de la faculté.

IV.3. Validité externe

Notre étude **confirme sur la population limougeaude les données établies par les travaux antérieurs** concernant la méconnaissance des MN des futurs prescripteurs de contraception et leur intérêt pour une formation complémentaire (5–7,71,73). Il existe tout de même quelques divergences.

Dans cette étude, 29% des étudiants ont entendu parler des MN à l'initiative d'une patiente en consultation. Cette donnée est cohérente avec les travaux de thèse de Céline Gautier-Lavaste en 2007 (Université Paris Descartes) qui retrouvait que 21% des internes avaient déjà été

confrontés à une demande d'information sur les MN en consultation(5). En revanche, les travaux de thèse de Claire Bonneville en 2014 (Université de Rennes) retrouvaient que c'était le cas pour 74% des internes(6), mais notre bibliographie n'a pas retrouvé d'autre donnée équivalente. Dans l'ensemble, ces données montrent que le sujet des MN est bien d'actualité et qu'il est **probable que les étudiants y soient davantage confrontés dans leur pratique future**.

Dans l'étude de Céline Gautier-Lavaste, que nous détaillons davantage ici, **les méthodes anciennes** (méthode des température et méthode Ogino, cette dernière étant similaire à la méthode du calendrier) **étaient majoritairement connues** des étudiants(5). Les organismes formateurs étaient également méconnus, comme dans notre travail.

En revanche, la MAMA était nettement moins bien connue : 63% des étudiants la connaissaient contre 94% des étudiants de notre étude. Par ailleurs, la méthode Billings® était mieux connue : 75% des étudiants la connaissaient contre 33% des étudiants de notre étude. La symptothermie est enfin méconnue dans les deux études : 32% des étudiants la connaissaient dans celle de Céline Gautier-Lavaste, 42% dans la nôtre.

Nous pouvons former ainsi l'hypothèse que **le contenu des enseignements en matière de contraception naturelle n'est probablement pas homogène entre les facultés**. Le 3^{ème} cycle étant davantage une période d'approfondissement et de mise en pratique, il serait intéressant de connaître l'impact de l'enseignement des 1^{er} et 2nd cycles sur cette disparité des connaissances des internes, puisque c'est dans cette période que les étudiants sont instruits de la physiologie. Actuellement, nous n'avons pas de donnée sur le lieu d'externat des étudiants interrogés dans les différentes études ou sur la temporalité de l'acquisition de leurs connaissances.

Tout comme dans notre étude, **l'ensemble des méthodes était perçu comme non fiable** dans celle de Céline Gautier-Lavaste(5).

Par ailleurs, l'auteur rapporte que l'enquête a révélé à plusieurs reprises la **présence d'a priori négatifs**, exprimés en commentaire par certains étudiants, ou ayant poussé certains à juger aléatoire la fiabilité d'une méthode alors même que la méthode n'était pas connue de l'étudiant. Dans notre étude, il n'y a pas d'argument pour suspecter la présence de préjugés parmi les étudiants. Au contraire, **les étudiants ayant déclaré ne pas connaître une Méthode d'Observation du Cycle, ne se sont pas prononcés sur sa fiabilité** : 67% des étudiants ne connaissaient pas la méthode Billings® et 67% également ont répondu « ne sait pas » quant à la fiabilité de la méthode, même phénomène avec les 96% des étudiants ne connaissant pas le modèle FertilityCare™. Quant à la méthode symptothermique, 58% des étudiants ne la connaissaient pas cependant 62,5% ont répondu « ne sait pas ».

Ce constat est satisfaisant car il pourrait sous-entendre une démarche personnelle fondée sur une « *evidence-based medicine* », incitant à ne pas tirer de conclusion sans preuve. **L'absence d'idées reçues pourrait également être témoin d'une évolution de la perception des MN par les internes**. En effet, l'étude de Céline Gautier-Lavaste date de 2007 tandis que la nôtre s'inscrit en 2024 dans un contexte sociétal différent pouvant les influencer. 58,33% d'entre eux ont d'ailleurs précisé avoir entendu parler des MN par le biais des médias, cf. Figure 16. L'absence de préjugés dans notre échantillon pourrait aussi être en faveur du **biais de sélection** déjà évoqué, les étudiants ayant répondu au questionnaire pouvant être intéressés par le sujet de la contraception naturelle. Toutefois, **les**

représentations personnelles des étudiants n'ayant pas été explorées, aucune affirmation sur l'absence d'opinions préconçues négatives ne peut être conclue.

Dans l'ensemble, les divers travaux convergent pour établir que les étudiants trouvent leurs **connaissances insuffisantes** (seulement 19% des étudiants trouvent leurs connaissances suffisantes dans l'étude de Céline Gautier-Lavaste, 28% dans l'étude de Claire Bonneville, 21% dans notre étude) et souhaitent une **formation complémentaire** (86% des étudiants dans l'étude de Céline Gautier-Lavaste, 84% dans l'étude de Claire Bonneville, 81% dans la notre)(5,6).

Concernant les attentes de pratiques des étudiants, il est surprenant de constater que 56,25% d'entre eux estiment que le médecin généraliste doit en plus d'informer et orienter la patiente vers des organismes formateurs, **l'accompagner dans l'apprentissage de la méthode choisie** (explication des règles de la méthode et aide à l'analyse des cycles jusqu'à autonomisation de la patiente). Ce rôle impliquerait que le médecin généraliste soit lui-même expert en MN (sous-entendu en MOC).

Ces données ne sont pas corrélées à l'enquête menée par Timothée Durand-Viel pour sa thèse en 2018 (Université de Lyon Claude Bernard)(72). Les prescripteurs de contraception interrogés (médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes) estimaient que **le lieu de la consultation n'était pas adapté pour une présentation détaillée des MN**, entre autres parce qu'il leur semblait plus adapté d'orienter les patientes vers des supports extérieurs, mais aussi par « *crainte du regard de la communauté médicale, et le sentiment d'être déviant* ». Cette divergence d'opinion pourrait s'expliquer en premier lieu par **l'absence de pratique avancée des étudiants**. En second lieu, on pourrait évoquer la **différence de génération** entre les populations des deux études (sujets âgés de 25 à 70 ans, avec une moyenne d'âge de 41,5 ans dans la thèse de Timothée Durand-Viel), qui pourrait peut-être influencer la perception des MN et comment le prescripteur veut investir son rôle dans ce domaine. En troisième lieu, on pourrait évoquer à nouveau un **biais de sélection** d'étudiants intéressés par la contraception naturelle. Enfin, un **biais de désirabilité** est également possible : les étudiants pourraient ainsi avoir tendance à dissimuler leur véritable opinion et à répondre positivement à cette proposition afin de valoriser leur image.

Ce **niveau d'exigence élevé des étudiants vis-à-vis de leur pratique future** est toutefois une **réponse positive face à la demande exprimée par les patientes** dans les travaux de Bénédicte Charretier, Pauline Millet, Laura Hyerle et Marie Sulpis Chovelon(3,4,7). En effet, comme cité préalablement, « *une majorité (des patientes) sont insatisfaites de l'écoute et de la formation des médecins généralistes (au sujet des MN). Elles se sentent jugées, mal informées et mal accompagnées par ces derniers* »(7). Ainsi, « *elles recherchent non pas un médecin qui adhère, mais un médecin à l'écoute, compréhensif et respectueux* »(3). L'étude que nous avons menée semble montrer ainsi que la nouvelle génération de médecins est **favorable au respect du choix contraceptif de ces patientes** ainsi qu'à un **accompagnement compétent de ces dernières**.

V. Perspectives du projet

L'évaluation des besoins en formation des internes de médecine générale limougeaux concernant les MN, qui doit permettre l'élaboration ultérieure d'une formation adaptée au sein de la faculté, est la **première étape de la planification** de cet enseignement.

En effet, les résultats obtenus nous permettent de proposer les objectifs pédagogiques suivants, cf. Tableau 7.

Tableau 7 : Planification de l'enseignement

Étape	Propositions
Définir les objectifs pédagogiques du cours	<p>Introduction : historique rapide de l'apparition des MN,</p> <p>Définition et classification : MN, méthodes basées sur le calendrier, MOC, MAMA</p> <p>Rappels de physiologie du cycle et présentation des principales MOC : Billings®, FertilityCare™, Symptothermie,</p> <p>Efficacité : indice de Pearl,</p> <p>Profils de patientes « adaptés ou non », circonstances impactant le cycle,</p> <p>Formation des usagers,</p> <p>Ouverture sur les troubles du cycle et leur lecture en MOC.</p>
Définir les compétences à acquérir	<p>Définir/classifier les différents types de MN,</p> <p>Connaître les biomarqueurs du cycle,</p> <p>Connaître quelques principes de physiologie de base,</p> <p>Connaître la fiabilité des principales MN (Billings®, FertilityCare™, Symptothermie, MAMA), connaître les deux MN les plus fiables selon l'OMS,</p> <p>Savoir reconnaître un tableau d'observation des méthode Billings®, FertilityCare™, et de la symptothermie,</p> <p>Connaître les profils de patientes adaptés ou non,</p> <p>Connaître les circonstances impactant le cycle,</p> <p>Savoir orienter vers les organismes de formation,</p> <p>Savoir qu'il est possible d'identifier des troubles du cycle grâce aux MOC.</p>
Définir les moyens d'apprentissage	<p>Présentation de l'enseignement :</p> <p>Un diaporama et des fiches résumant les 3 principales MOC,</p> <p>Une série de tableaux d'observation de cycle à interpréter.</p>
Définir le lieu d'apprentissage	<p>Mode de diffusion et lieu de l'enseignement :</p> <p>1) Cours proposé en présentiel d'1h sur la base du volontariat, aux internes de médecine générale de Limoges, en complément de leur cours sur la contraception +/- 30 minutes d'atelier pratique d'analyse de tableaux en présentiel à la faculté,</p> <p>Ou 2) Cours disponible en e-learning sur la plateforme <i>communities</i> +/- 30 minutes d'atelier pratique d'analyse de tableaux en présentiel à la faculté.</p>

Cette proposition d'objectifs pédagogiques s'inscrit dans le cadre de la planification d'une **formation courte** d'initiation aux MN.

Concernant les compétences à acquérir, nous n'incluons pas la demande de la moitié des étudiants d'être en capacité d'accompagner une patiente dans son apprentissage d'une MN car :

- Le besoin exprimé n'est pas nettement majoritaire,
- Le format de l'enseignement ne le permettrait pas,
- Cela nécessiterait une formation longue délivrée par des formateurs accrédités,
- Les objectifs pédagogiques fixés sont déjà exigeants pour le temps imparti.

Concernant les modalités de l'enseignement, nous retenons deux options : soit autour d'un **cours en présentiel**, soit autour d'un **cours en e-learning**, l'étude ayant montré que les étudiants étaient davantage intéressés par cette dernière option ainsi que par **l'atelier pratique** d'analyse de tableaux, qui pourra être associé aux deux modalités de cours présentées. Ce dernier atelier n'exige pas des étudiants qu'ils maîtrisent l'analyse de cycles mais vise à leur rendre l'enseignement plus concret, didactique, ainsi qu'à permettre un temps d'échange.

Les étudiants dont l'intérêt serait particulièrement éveillé à l'issue de cette mise à jour des connaissances, pourront éventuellement suivre des **formations plus abouties auprès des organismes experts**. L'association Focus Fertilité est d'ailleurs une association à destination des professionnels de santé, auprès de laquelle ils pourront trouver des ressources adéquates.

Pour ceux se destinant à une activité professionnelle en région limousine, le réseau des moniteurs formés aux MOC est exposé en annexe.

Un questionnaire « Avant-Après » d'évaluation des compétences acquises grâce à l'enseignement est proposé en annexe. Il est inspiré des travaux de Marie-Alice Fargue et Claire Aujames(71,73). Il est également suivi d'une proposition de questionnaire d'évaluation de l'enseignement.

La suite de ce travail consistera donc à :

- Finaliser la planification de l'enseignement,
- Réaliser l'implantation du cours, c'est-à-dire son contenu,
- Fixer la date du premier essai de cet enseignement,
- Évaluer les compétences acquises par les étudiants, et recueillir leur avis concernant le cours qui leur aura été donné. Les données recueillies pourront alors être étudiées dans un éventuel autre projet de thèse.

La formation que nous proposons fait écho au travail de Claire Aujames qui soumettait dans son mémoire de fin d'étude en 2021, un projet de **formation approfondie à destination d'élèves sages-femmes et d'étudiants en médecine**, présenté en annexe.

Il s'agirait que des professionnels de santé spécialisés dans les Méthodes d'Observation du Cycle, disposent d'un nombre d'heures suffisant, pour pouvoir enseigner « **sur la physiologie du cycle adaptés à son observation pratique** (notamment le lien entre les périodes du cycle, les hormones impliquées et les variations visibles de la glaire ou de la température) tout en présentant ces méthodes »(73). Si cet enseignement plus étayé était inclus dans le parcours d'un interne, il semblerait toutefois plus adapté de le destiner aux études des 1^{er} et 2nd cycles, ce qui pourrait d'ailleurs permettre, comme le proposait Claire Aujames, « **des cours mutualisés médecine-maïeutique** »(73).

Conclusion

Face à une demande croissante de « contraception naturelle », dans un contexte de désaffection de la contraception standard, de prise de conscience écologique, de recherche de connaissance de soi et de bien-être ou encore d'aspiration à une émancipation de la femme par une démedicalisation de la contraception, face également à la demande des femmes d'être mieux écoutées, informées et accompagnées par leur médecin dans leur choix de régulation naturelle des naissances, il semble nécessaire d'améliorer la formation universitaire des futurs médecins généralistes.

L'objectif de cette thèse était d'évaluer les connaissances et les besoins en formation relatifs aux méthodes naturelles (MN) des internes de médecine générale de l'Université de Limoges.

Les résultats de l'enquête sont cohérents avec les travaux précédemment réalisés. Ils montrent que les MN sont abordées dans les études médicales mais que l'enseignement actuel ne semble pas permettre aux étudiants limougeaux de suffisamment maîtriser le sujet.

Ils montrent également que les étudiants considèrent le médecin généraliste comme un acteur important dans l'accompagnement des patientes demandeuses d'une telle contraception. Leur niveau d'exigence face aux compétences à acquérir semble décliner au fur et à mesure de la complexification des tâches. Ainsi, la majorité d'entre eux s'accorde pour affirmer que le médecin généraliste a un devoir d'information et d'orientation de la patiente vers des experts. On constate tout de même que 56,25% des étudiants estiment que le médecin généraliste doit être en mesure de réaliser les tâches les plus complexes notamment accompagner cette dernière dans l'apprentissage de la méthode choisie, jusqu'à son autonomisation. Ce dernier rôle impliquerait donc que le médecin généraliste soit lui-même expert en contraception naturelle.

En définitive, 81% des étudiants interrogés estiment avoir besoin d'une formation complémentaire pour leur pratique future.

Cette analyse des besoins nous a permis de proposer une liste d'objectifs pédagogiques, première étape de la planification d'un enseignement portant sur les méthodes naturelles, à destination des internes de médecine générale limougeaux.

La suite de ce travail consistera à finaliser l'élaboration de cet enseignement. Il s'agira alors de valider la planification proposée puis de réaliser l'implantation du cours. Il faudra ensuite, après avoir délivré l'enseignement, évaluer les compétences acquises par les internes ainsi que leur satisfaction vis-à-vis de la formation proposée. L'idée sera de juger la pertinence de son contenu face aux besoins exprimés, et de soumettre des pistes d'amélioration.

Dans un souci d'uniformisation des pratiques, des perspectives de recherche intéressantes seraient d'évaluer les connaissances et les besoins en formation des étudiants en maïeutique ou en 3^{ème} cycle de gynécologie médicale de Limoges, autres acteurs majeurs dans le suivi contraceptif des femmes, et de les comparer avec les résultats obtenus dans cette enquête. D'autres recherches pourraient également être conduites sur l'impact d'une telle formation sur la pratique de professionnels de santé déjà en activité.

Références bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont débuté en janvier 2023 et se sont poursuivies au cours du travail de thèse jusqu'en mai 2024. Elles ont été effectuées par internet à partir :

- Des bases de données suivantes : PubMed, Système Universitaire de Documentation (SUDOC), Theses.fr, Cairn, ScienceDirect, Portail documentaire de la Bibliothèque InterUniversitaire de santé de l'Université Paris Cité ;
- Des sites suivants : google.fr, ined.fr, factsaboutfertility.org.

Des livres portant sur les méthodes de contraception naturelle à destination du grand public ont également enrichi ces recherches.

1. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, L'Équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? Popul Sociétés [Internet]. 2 mai 2014 [cité 3 août 2023];(511):1-4. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2014-5-page-1.htm?ref=doi>
2. Organisation mondiale de la Santé. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Guide essentiel OMS de planification familiale. [Internet]. OMS; 2015 [cité 2 août 2023] p. 17-9 et 158-64. Report No.: 5e édition. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241549158>
3. 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 ? [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. Université Paris Descartes; 2017 [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781415>
4. Hyerle L, Chovelon MS. Vécu et motivation des femmes pratiquant les méthodes de connaissance de l'ovulation comme moyen de régulation des naissances [Thèse d'exercice en médecine]. Université Grenoble Alpes; 2017.
5. Gautier-Lavaste C. Planification Familiale Naturelle. Enquête auprès d'internes en médecine générale : Connaissances, intérêts pour le sujet, enseignement à la faculté et place dans une consultation au cabinet. [Thèse d'exercice en médecine]. Université Paris Descartes; 2007.
6. Bonneville C. Méthodes naturelles de régulation des naissances : connaissances des internes rennais en médecine générale ? Etude descriptive à partir de 50 questionnaires [thèse d'exercice en médecine]. Université de Rennes; 2014.
7. Charretier B, Fray I, Munier P, Coste S, Gimenez L, Ouahnnon L. Évaluation des connaissances des médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées sur les méthodes naturelles de contraception. Médecine [Internet]. 1 sept 2023 [cité 10 nov 2023];19(7):327-34. Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/evaluation_des_connaissances_des_medecins_generalistes_de_lex_region_midi_pyrenees_sur_le_s_methodes_naturelles_de_contraception_332944/article.phtml?tab=texte
8. Définitions : contraception - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642>
9. Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé. 2023 [cité 22 nov 2023]. Contraception. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/contraception>
10. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development (Data Booklet) [Internet]. United Nations; 2019 sept [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.un->

ilibrary.org/content/books/9789210045124

11. Lady-Comp® et Daysy® - les moniteurs de fertilité précise [Internet]. [cité 27 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.lady-comp.fr/>
12. Tempdrop - Suivi du cycle menstruel - Outil de cartographie de la température basale [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.tempdrop.com/>
13. Bivea Médical [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Capteur de température TrackleCatch avec ficelle. Disponible sur: <https://shop.bivea-medical.fr/thermometre-basal/355-capteur-de-temperature-tracklecatch-avec-ficelle-4270000361814.html>
14. S.L AW. AvaWomen. [cité 30 nov 2023]. Ava's Technology. Disponible sur: <https://www.avawomen.com/science-technology>
15. Cyclotest [Internet]. [cité 27 oct 2023]. cyclotest myWay - Fertilité ou contraception. Disponible sur: <https://www.cyclotest.fr/cyclotest-myway/>
16. Bivea Médical [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Thermomètre basal connecté My Sense Cyclotest. Disponible sur: <https://shop.bivea-medical.fr/thermometre-basal/371-thermomètre-basal-connecté-my-sense-cyclotest-4023368006459.html>
17. Tests d'ovulation [Internet]. 2013 [cité 27 oct 2023]. Disponible sur: <https://fr.clearblue.com/tests-ovulation-fertilite>
18. Tatjana Barras-Kubski. Allaitement et fertilité. Allaiter Aujourd'hui LLL Fr [Internet]. 2004 [cité 31 janv 2024];(60). Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1146-60-allaitement-et-fertilite>
19. Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé. 2023 [cité 22 nov 2023]. Planification familiale/méthodes de contraception. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
20. Walle ÉVD. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? Popul Sociétés [Internet]. 11 déc 2005 [cité 5 déc 2023];N° 418(11):1-4. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2005-11-page-1.htm?ref=doi>
21. Smith WT. The Pathology and Treatment of Leucorrhœa. Atlanta Med Surg J [Internet]. sept 1855 [cité 3 déc 2023];1(1):40-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7030639/>
22. Sims JM. Illustrations of the Value of the Microscope in the Treatment of the Sterile Condition. Br Med J [Internet]. 31 oct 1868 [cité 3 déc 2023];2(409):465-6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2311106/>
23. Hühner M. Sterility in male-female and its treatment. Rebman co. New York; 1913. 294 p.
24. Seguy J, Simmonet H. Gynécologie Obstétrique. 1933;(28):657.
25. Seguy J, Vimeux J. Gynécologie Obstétrique. 1933;(27):346.
26. Weissmann MC, Foliaki L, Billings EL, Billings JJ. A trial of the ovulation method of family planning in Tonga. Lancet Lond Engl. 14 oct 1972;2(7781):813-6.
27. Billings EL, Brown JB, Billings JJ, Burger HG. Symptoms and hormonal changes accompanying ovulation. Lancet Lond Engl. 5 févr 1972;1(7745):282-4.
28. Billings E, Westmore A. La Méthode Billings - Utilisation d'un signe naturel de la fertilité donné par le corps pour favoriser ou différer une grossesse. Paris: Pierre Téqui Editions; 2005. 316 (page 29).
29. Hilgers TW, Bailey AJ, Prebil AM. Natural family planning IV. The identification of postovulatory infertility. Obstet Gynecol. sept 1981;58(3):345-50.
30. Hilgers TW, Abraham GE, Cavanagh D. Natural family planning. I. The peak symptom and estimated time of ovulation. Obstet Gynecol. nov 1978;52(5):575-82.
31. Rötzer J. L'art de vivre sa fertilité - Méthode sympto-thermique de régulation naturelle des naissances. Christine Bourgeois-Nouvelle Cité. 1999.

32. Breastfeeding as a family planning method. *Lancet Lond Engl.* 19 nov 1988;2(8621):1204-5.
33. Arévalo M, Jennings V, Nikula M, Sinai I. Efficacy of the new TwoDay Method of family planning. *Fertil Steril [Internet]*. 1 oct 2004 [cité 10 nov 2023];82(4):885-92. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028204012518>
34. Pape Paul VI. *Humanae Vitae* - Lettre encyclique de Sa Sainteté le Pape Paul VI sur le mariage et la régulation des naissances [Internet]. 1968 [cité 1 déc 2023]. Disponible sur: https://www.vatican.va/content/paul-vi/fr/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html
35. Thomé C. Les « méthodes naturelles » de contraception. La construction d'une pratique entre normes de classe et reproduction de genre. *Cah Genre [Internet]*. 2022 [cité 10 nov 2023];72(1):143-74. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2022-1-page-143.htm>
36. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Family Planning 2022. Meeting the changing needs for family planning : Contraceptive use by age and method* [Internet]. New York: United Nations; 2022 [cité 9 août 2023] p. 40. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
37. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Sociétés [Internet]*. sept 2012 [cité 3 août 2023];(492):1-4. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2012-8-page-1.htm?ref=doi>
38. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Sociétés [Internet]*. 1 nov 2017 [cité 9 août 2023];(549):1-4. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2017-10-page-1.htm?ref=doi>
39. ANSM. ANSM. 2022 [cité 22 août 2023]. Contraception - Données 2020. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/contraception-donnees-2020>
40. ANSM. ANSM. 2023 [cité 10 août 2023]. Contraception. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/contraception>
41. Creutzer E. *Contraception : évolution des pratiques des médecins généralistes dans le contexte de la polémique des pilules de 3ème et 4ème génération* [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. Université Paris Descartes; 2016 [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01583294>
42. Peyrot L. *Polémique sur les pilules de 3ème et 4ème génération : quel impact sur les femmes et leur contraception ? Enquête descriptive auprès de 156 patientes du Tarn* [Thèse d'exercice en médecine]. Université de Limoges; 2014.
43. Robin G, Letombe B, Rousset-Jablonski C, Christin-Maitre S, Nisand I. Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? [Internet]. Commission Gynécologie Médicale du CNGOF; 2017 oct. Disponible sur: <https://syngof.fr/wp-content/uploads/2017/09/piluleCNGOF.pdf>
44. ANSM [Internet]. 2021 [cité 10 août 2023]. Diane 35 et ses génériques. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/diane-35-et-ses-generiques>
45. ANSM [Internet]. 2022 [cité 10 août 2023]. Androcur et risque de méningiome. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/androcur-et-risque-de-meningiome>
46. ANSM [Internet]. 2022 [cité 10 août 2023]. Lutényl/Lutéran. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/lutenyl-luteran>
47. Debusquat S. *Les femmes et la pilule : effets secondaires, arrêt et sevrage* [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://jarretelapilule.fr/les-faits/sondage-les-femmes-et-la-pilule-resultats/>
48. Ciślak M, Kruszelnicka I, Zembruska J, Ginter-Kramarczyk D. Estrogen pollution of the European aquatic environment: A critical review. *Water Res.* 1 févr 2023;229:119413.

49. Adeel M, Song X, Wang Y, Francis D, Yang Y. Environmental impact of estrogens on human, animal and plant life: A critical review. *Environ Int* [Internet]. févr 2017 [cité 12 déc 2023];99:107-19. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160412016304494>
50. Marion Vallet, Dr Sophie Saab-Tsnobiladzé. *Cycle féminin au naturel*. Leduc. 2022. 9 p. (Grand Livre).
51. Gaëlle Baldassari. *Kiffe ton cycle*. Larousse. 2019. (Essai - Santé & Médecine).
52. Audrey Guillemaud. *Cycle féminin et contraceptions naturelles*. Hachette Pratique. 2021. 19-46 p.
53. Rimlinger C. Féminin sacré et sensibilité écoféministe. Pourquoi certaines femmes ont toujours besoin de la Déesse. *Sociologie* [Internet]. 2021 [cité 13 déc 2023];12(1):77-91. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2021-1-page-77.htm>
54. Thérèse Hargot. *Pour une libération sexuelle véritable*. François-Xavier de Guibert. 2019. 91-146 p.
55. Organisation mondiale de la Santé. Mechanisms of action and effectiveness of contraceptive methods [Internet]. 2023. Disponible sur: <file:///Users/rouderguelade/rodergue/Zotero/storage/YMHZK9D6/family-planning-contraception.html#cms>
56. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013 mars p. 4 et 34. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
57. Question Sexualité [Internet]. [cité 2 août 2023]. Tableau comparatif pour vous guider dans votre choix de contraception. Disponible sur: https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/tableau-comparatif-pour-vous-guider-dans-votre-choix-de-contraception?gclid=aw.ds&gclid=CjwKCAjw_aemBhBLEiwAT98FMqPqPd6sR9KfheJKE-b8weaVt2RJUGKp_xK3Y1aA8kF5tFSQ0PzBnRoCtf4QAvD_BwE&gclid=aw.ds&adfcid=1690987406.iiHiuBdQjUiAx6b2PYUebA.Mjg2NzM5MywxOTEzMzMx
58. Duane M, Stanford JB, Porucznik CA, Vigil P. Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning. *Front Med* [Internet]. 24 mai 2022 [cité 28 déc 2023];9:858977. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.858977/full>
59. Hilgers TW, Stanford JB. Creighton Model NaProEducation Technology for avoiding pregnancy. Use effectiveness. *J Reprod Med*. juin 1998;43(6):495-502.
60. Manhart MD, Duane M, Lind A, Sinai I, Golden-Tevald J. Fertility awareness-based methods of family planning: A review of effectiveness for avoiding pregnancy using SORT. *Osteopath Fam Physician* [Internet]. janv 2013 [cité 12 janv 2024];5(1):2-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877573X12001542>
61. 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* [Internet]. sept 2018 [cité 23 janv 2024];132(3):591. Disponible sur: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2018/09000/effectiveness_of_fertility_awareness_based_methods.8.aspx
62. Frank-Herrmann P, Freundl G, Gnoth C, Godehardt E, Kunert J, Baur S, et al. Natural family planning with and without barrier method use in the fertile phase: efficacy in relation to sexual behavior: a German prospective long-term study. *Adv Contracept Off J Soc Adv Contracept*. 1997;13(2-3):179-89.
63. Ecochard R, Pinguet F, Ecochard I, De Gouvello R, Guy M, Huy F. Analysis of natural family planning failures. In 7007 cycles of use. *Contracept Fertil Sex* 1992. avr 1998;26(4):291-6.
64. Leizaola-Cordonnier MA. Etude originale : étude prospective d'efficacité d'une méthode sympto-thermique récente de planning familial naturel. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*

- [Internet]. avr 1998 [cité 28 déc 2023];27(2):174-80. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/113658/pdf/>
65. Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, et al. 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 | Human Reproduction | Oxford Academic. Hum Reprod [Internet]. 1 mai 2007 [cité 18 déc 2023];22(5):1310-9. Disponible sur: <https://academic.oup.com/humrep/article/22/5/1310/2914315?login=false>
66. Clotilde Mayolle Choutet. Maîtrise de la fertilité grâce aux méthodes naturelles de planification des naissances utilisant l'auto-observation. Université de Bordeaux; 2017 avr.
67. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. Hum Reprod [Internet]. 1 juin 2009 [cité 24 janv 2024];24(6):1387-92. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/humrep/dep027>
68. Bajos N. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod [Internet]. 1 mai 2003 [cité 24 août 2023];18(5):994-9. Disponible sur: <https://academic.oup.com/humrep/article-lookup/doi/10.1093/humrep/deg215>
69. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
70. International Planned Parenthood Federation. Abstinence périodique. In: Contraception [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 10 nov 2023]. p. 260-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294709210000097>
71. Fargue MA. Les méthodes naturelles de régulation des naissances: étude descriptive auprès des sages-femmes libérales. Université Catholique de Lille; 2015 2016.
72. Timothée Durand-Viel. Les déterminants de la proposition des méthodes naturelles de régulation des naissances par les prescripteurs de contraception [Thèse d'exercice en médecine]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.
73. Aujames C. Les connaissances des étudiants sages-femmes sur la physiologie du cycle et les méthodes d'observation du cycle, enquête à l'échelle nationale. Université Catholique de Lille; 2020 2021.
74. FOCAL - Formation continue et alternance à l'Université Claude Bernard Lyon 1 [Internet]. [cité 25 mai 2024]. Formation: Restauration de la fertilité. Disponible sur: https://focal.univ-lyon1.fr/formations/rechercher-une-formation/loffre-de-formations-continues-et-en-alternance-a-lyon-1?FORM_ID=763#PRESENTATION

Annexes

Annexe 1. Études d'efficacité de la symptothermie	83
Annexe 2. Questionnaire d'évaluation des connaissances et des besoins en formation ...	85
Annexe 3. Questionnaire d'évaluation « AVANT-APRES » des compétences acquises ...	89
Annexe 4. Correction du questionnaire « AVANT-APRES »	95
Annexe 5. Questionnaire d'évaluation de l'enseignement.....	106
Annexe 6. Proposition de formation universitaire approfondie sur la physiologie du cycle	108
Annexe 7. Formation des usagers	109
Annexe 8. Réseau de moniteurs agréés en MOC autour de Limoges.....	110

Annexe 1. Études d'efficacité de la symptothermie

Concernant la symptothermie, méthode de contraception naturelle d'intérêt puisque parmi les plus récentes et considérée officiellement comme la plus fiable, voici dans le tableau suivant quelques données complémentaires issues d'études d'efficacité.

Celles-ci définissent **l'efficacité théorique** comme exigeant l'abstinence sexuelle totale pendant la période fertile, **l'efficacité pratique** comme supposant des comportements sexuels pendant cette période exposant à un risque de grossesse : utilisation de méthodes barrières ou au contraire rapport non protégé, retrait, contact génital. **L'efficacité globale** englobe la totalité des comportements sexuels possibles pendant la période fertile.

Les résultats de ces études montrent ainsi que **la symptothermie est efficace voire très efficace lorsque l'abstinence est pratiquée pendant la période fertile ou que des méthodes barrières sont utilisées en complément.**

En revanche lorsque des rapports sexuels non protégés ont lieu pendant la période fertile, le couple est exposé à un risque élevé de grossesse non planifiée.

Études d'efficacité de la symptothermie.

Pourcentage en **vert** = méthodes dont l'indice de Pearl (IP) est très efficace (0 à 0,9% de grossesses non planifiées), en **bleu** = méthodes dont l'IP est efficace (1 à 9% de grossesses non planifiées).

EP = efficacité pratique. ET = efficacité théorique. PD = pas de donnée.

Auteur/Publi	Étude	IP global	IP en EP	IP en ET
Frank-Herrmann et al. Université de Heidelberg (Allemagne) Human Reproduction 2007	Cohorte prospective allemande Entre 1985 et 2005 900 femmes (17 638 cycles) Centre allemand d'étude du planning familial naturel (German NFP study center) appartenant à la société allemande d'endocrinologie gynécologique et de médecine de la reproduction.	1,8	Rapports protégés : 0,59 Rapports non protégés : 7,46 Rapports protégés et non protégés : 2,18 Retrait ou contact génital : 1,20	Abstinence : 0,43
Leizaola-Cordonnier (Belgique) Journal de Gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 1998	Étude pilote pour l'étude prospective multicentrique européenne de l'Université de Düsseldorf Entre 1990 et 1997 84 femmes (1750 cycles) Centre belge : Fédération Francophone pour le Planning Familial Naturel, Couple-Amour-Fécondité	1,37	Rapports protégés ou retrait : 2,35	Abstinence : 1,05
Ecochard et al. Département d'Information Médicale des Hospices Civils de Lyon, Hôpital de l'Hôtel Dieu Contraception, Fertilité, Sexualité 1998	Cohorte prospective francophone Entre 1989 et 1991 626 femmes (6740 cycles) Centres français : CLER, Associations Familiales Catholiques, Amour et Vérité Centres belges : Centre d'Etude et de Recherche pour la Famille, Amour-Vie-Famille, Billings Centre suisse : AVIFA	PD	Rapports protégés ou non protégés, retrait : 6,47	Abstinence : 1,13
Frank-Herrmann et al. Université de Düsseldorf (Allemagne) Advances in Contraception 1997	Cohorte prospective allemande Entre 1985 et 1997 758 femmes (14 870 cycles) formées par des enseignants accrédités par le groupe de travail sur le planning familial naturel (Arbeitsgruppe NFP)	2,2	Rapports protégés : 0,45 Rapports non protégés : 8,96 Rapports protégés et non protégés : 4,33 Retrait ou contact génital : 4,54	Abstinence : 0,63

Annexe 2. Questionnaire d'évaluation des connaissances et des besoins en formation

Message d'accueil : Cette enquête vise à **évaluer les connaissances** des internes de médecine générale de la faculté de Limoges **concernant les méthodes de contraception naturelle**, à **cibler leurs besoins en formation**, afin de mettre en place une formation adaptée au sein de la faculté.

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à 3 minutes.

Présentation de l'étudiant

1. Données personnelles : sexe

- homme femme

2. Données personnelles : année de naissance

(AAAA)

3. Votre situation au niveau de la maquette d'internat de médecine générale :

- 1^{er} semestre
 2^{ème} semestre
 3^{ème} semestre
 4^{ème} semestre
 5^{ème} semestre
 6^{ème} semestre
 DES validé mais thèse en cours
 DES et thèse validés

4. A propos de votre expérience de prescripteur de contraception :

	oui	non
Stage en médecine générale réalisé (ou en cours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stage en gynécologie réalisé (ou en cours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remplacement(s) en médecine générale effectué(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. La contraception est-elle un sujet qui vous intéresse ?

	oui	non
Personnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Connaissances

6. Avez-vous déjà entendu parler des méthodes de contraception naturelle ?

oui non

7. Si oui, comment ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- en cours de médecine
- en stage
- à l'initiative d'une patiente en consultation
- dans une revue médicale
- dans le cadre d'une formation indépendante de votre cursus universitaire
- lors de votre propre suivi contraceptif (auprès de votre médecin traitant, gynécologue ou sage-femme)
- par les médias (réseaux sociaux, livre et presse grand public, internet)
- par votre entourage (famille, amis)
- autre, (*précisez*).....

8. Parmi les affirmations suivantes, laquelle(lesquelles) correspond(ent) à la définition des méthodes de contraception naturelle ?

- Méthode basée sur l'identification des jours de fécondité du cycle en comptant les jours
- Méthode basée sur l'identification des jours de fécondité du cycle en observant les biomarqueurs du cycle
- Méthode basée sur la connaissance de la physiologie du cycle menstruel
- Méthode pouvant impliquer l'abstinence sexuelle pendant la période féconde
- Méthode pouvant impliquer l'usage de méthodes barrières pendant la période féconde
- Méthode pouvant impliquer le retrait pendant la période féconde

9. Connaissez-vous les méthodes de contraception suivantes et leur fiabilité?

	Connaissance		Fiabilité		
	oui	non	fiable	aléatoire	NSP
La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	<input type="checkbox"/>				
La méthode de l'ovulation Billings®	<input type="checkbox"/>				
La méthode des températures	<input type="checkbox"/>				
La méthode du calendrier	<input type="checkbox"/>				
Le modèle Fertility Care™	<input type="checkbox"/>				
Le retrait	<input type="checkbox"/>				
La symptothermie	<input type="checkbox"/>				

Ne sait pas : NSP

10. Connaissez-vous les organismes de formation aux méthodes de contraception naturelle suivants ?

	oui	non
Association Billings France	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association CLER Amour et Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association FertilityCare France	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association Focus Fertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association La Leche League France	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association Planning Familial Naturel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fondation SymptoTherm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besoins de formation

11. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste face à une patiente demandeuse d'une contraception naturelle ?

	oui	non	Sans avis
Devoir d'informer (présentation en consultation des principes généraux des méthodes et de leur différence de fiabilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devoir d'identification des profils de patiente considérés comme adaptés/non adaptés à l'usage de ces méthodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devoir d'orienter la patiente vers des organismes de formation compétents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devoir d'accompagner les patientes dans l'apprentissage de la méthode choisie (explication des règles, aide à l'analyse des cycles jusqu'à autonomisation de la patiente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devoir d'accompagner les patientes dans les difficultés rencontrées (post partum, allaitement, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Estimez-vous avoir besoin d'une formation complémentaire concernant les méthodes de contraception naturelle pour votre pratique future ?

oui non

13. Comment jugez-vous vos connaissances concernant les méthodes de contraception naturelle pour votre pratique future ?

complètes suffisantes insuffisantes nulles

14. Si une telle formation était dispensée à la faculté de Limoges, quel(s) format(s) pourrai(en)t vous intéresser ?

- une information écrite distribuée lors du module contraception
- une diapositive en e-learning disponible sur la plateforme universitaire *communities*
- 30 min-1h de cours en présentiel intégré au module contraception
- 30 min d'atelier pratique d'initiation à l'analyse de cycles intégré au module contraception
- aucun

15. Avez-vous des remarques à nous faire parvenir ? (*Commentaire libre*)

.....

Annexe 3. Questionnaire d'évaluation « AVANT-APRES » des compétences acquises

Message d'accueil : *Cette enquête vise à évaluer les compétences acquises par les internes de médecine générale de la faculté de Limoges suite à l'enseignement portant sur les méthodes de contraception naturelle. Veuillez s.v.p. répondre aux questions en deux temps, avant puis après l'enseignement.*

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à 5 minutes.

1. Parmi les affirmations suivantes, laquelle(lesquelles) correspond(ent) à une définition d'une méthode de contraception naturelle ?
 - A. Méthode basée sur l'identification des jours de fécondité du cycle en comptant les jours.
 - B. Méthode basée sur l'identification des jours de fécondité du cycle en observant les biomarqueurs du cycle.
 - C. Méthode basée sur l'identification des jours de fécondité du cycle grâce à la connaissance de la physiologie du cycle.
 - D. Méthode basée sur l'infertilité physiologique en lien avec le blocage de l'ovulation lors d'un allaitement exclusif à la demande les 9 premiers mois du post partum.

2. Pour éviter une grossesse, quel(s) comportement(s) supposent ces méthodes ?
 - A. L'abstinence sexuelle pendant la période féconde.
 - B. L'usage de méthodes barrières pendant la période féconde.
 - C. Le retrait pendant la période féconde.
 - D. Tout est vrai.

3. Quel(s) est(sont) le(s) biomarqueur(s) du cycle menstruel analysé(s) dans les Méthodes d'Observation du Cycle (MOC) ?
 - A. La glaire cervicale.
 - B. La température basale.
 - C. La position du col de l'utérus.
 - D. Le taux hormonal urinaire de LH.

4. La glaire cervicale peut s'observer :
 - A. En analysant son élasticité.
 - B. En analysant son aspect visuel.
 - C. En analysant la sensation à la vulve.
 - D. En récupérant la glaire au niveau du col.

5. La glaire cervicale :
 - A. Sa production est constante.
 - B. Lors de l'entrée dans la période féconde, elle est pâteuse, collante, non étirable, opaque associée à une sensation sèche à la vulve.
 - C. En période d'ovulation, elle est élastique, filante et transparente, associée à une sensation lubrifiée à la vulve.
 - D. Ses caractéristiques fertiles sont liées au taux de progestérone.

6. Interprétation de la glaire cervicale :
 - A. La glaire fertile est capable de préserver la capacité fécondante des spermatozoïdes pendant 48 heures maximum.
 - B. L'ovulation peut survenir 1 jour avant le pic de glaire fertile ou le jour qui suit.
 - C. Une fécondation est possible jusqu'au 3^{ème} jour inclus suivant le pic de glaire fertile.
 - D. Si la femme présente bien un profil de glaire infertile, elle est considérée comme infertile à partir du 4^{ème} soir après le pic de glaire fertile.

7. La température basale de la femme :
 - A. Sous l'action des œstrogènes, elle s'élève de 0,30 à 0,50°C au moment de l'ovulation.
 - B. Elle reste haute et stable pendant toute la phase post-ovulatoire réalisant un plateau thermique.
 - C. L'ovulation est déterminée *a posteriori* grâce au décalage thermique.
 - D. Elle peut être mesurée par un thermomètre électronique le soir au coucher à heure de référence et reportée sur un graphique.

8. Cycle ovarien :
 - A. La durée de la phase folliculaire est variable d'un cycle à l'autre chez une même femme.
 - B. La phase post-ovulatoire est marquée par la sécrétion de progestérone par le corps jaune, elle est majoritairement infertile.
 - C. La phase post-ovulatoire dure entre 11 et 16 jours, elle influence la durée globale du cycle.
 - D. La durée de la phase post-ovulatoire est généralement stable d'un cycle à l'autre chez une même femme.

9. Classification des méthodes naturelles

Parmi les méthodes naturelles, on différencie essentiellement les méthodes basées sur le calendrier (sur un calcul de jours) et les méthodes d'observation du cycle (glaires cervicales, température).

Quelles sont les bases qui sous-tendent les méthodes et outils de contraception suivants ?

	Calendrier	Glaire cervicale	Température	Allaitement	NSP
La MAMA					
La méthode de l'ovulation Billings®					
La méthode Ogino-Knaus					
Le modèle Creighton Fertility Care™					
La symptothermie					
Les applications smartphone (Flo Period Tracker, Clue, Glow, My Cycle Period, etc.)					
Les moniteurs électriques de fertilité					

Ne sait pas : NSP

10. Fiabilité des méthodes naturelles

L'efficacité (ou la fiabilité) d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl (IP), égal au taux d'échec c'est-à-dire au pourcentage de grossesses non planifiées observées sur un an d'utilisation de la méthode.

On distingue :

- *L'efficacité théorique (utilisation parfaite de la méthode : régulière et correcte),*
- *L'efficacité pratique (utilisation imparfaite : oubli occasionnel et/ou usage incorrect).*

Une méthode est considérée :

- *Très efficace lorsque l'indice de Pearl est compris entre 0 et 0,9%,*
- *Efficace lorsque l'indice de Pearl est compris entre 1 et 9%,*
- *Modérément efficace lorsque l'indice de Pearl est compris entre 10 et 19%,*
- *Peu efficace lorsque l'indice de Pearl est supérieur à 20%.*

Quelle est la fiabilité pour un usage pratique des méthodes de contraception suivantes ?

	Indice de Pearl en usage pratique				NSP
	0 et 0,9%	1 et 9%	10 et 19%	>20%	
La MAMA					
La méthode de l'ovulation Billings®					
Le modèle Creighton Fertility Care™					
La symptothermie					
La pilule					
Le stérilet					
Le préservatif masculin					

Ne sait pas : NSP

11. A propos des tableaux d'observation suivants (*cf. dernière page*) :

- A. La figure A est un tableau d'observation Billings®
- B. La figure A un tableau d'observation Fertility care™
- C. La figure B est un cyclogramme
- D. Tout est faux.

12. Existe-t-il des contres indications médicales à l'utilisation des méthodes d'observation du cycle ?

oui non

Si oui, lesquelles : ...

13. D'après la communauté médicale, dans quelle(s) situation(s) l'usage des méthodes d'observation du cycle ne semble-t-il pas approprié ?

- A. Cycles irréguliers
- B. Partenaire peu motivé
- C. Grossesse médicalement hautement indésirable ou contre-indiquée
- D. Conduites à risque

14. Il existe des circonstances pouvant rendre plus complexe l'utilisation des méthodes d'observation du cycle. L'OMS recommande alors deux attitudes différentes :

Soit A : Usage possible, nécessitant les conseils d'un expert pour bien employer la méthode.

Soit B : Usage différé, jusqu'à ce que la situation soit corrigée. D'autres méthodes de contraception doivent alors être proposées.

Dans chacune des situations suivantes, quelle attitude recommanderiez-vous ?

	A	B
Post partum, allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préménopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection génitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Une formation initiale ainsi qu'un accompagnement par un professionnel accrédité est indispensable à l'initiation d'une méthode d'observation du cycle :

vrai faux

16. Citez des organismes de formation aux méthodes d'observation du cycle vers lesquels orienter les patients :

(Commentaire libre)

17. Application en gynécologie.

Certaines pathologies sont responsables de troubles de cycle. L'observation du cycle peut ainsi permettre de suspecter :

- A. Un syndrome des ovaires polykystiques
- B. Une dysthyroïdie
- C. Une hyperprolactinémie
- D. Une insuffisance lutéale

Annexe 4. Correction du questionnaire « AVANT-APRES »

1. Parmi les affirmations suivantes, laquelle(lesquelles) correspond(ent) à une définition d'une méthode de contraception naturelle ?
 - A. Méthode basée sur l'identification des jours de fécondité du cycle en comptant les jours.
 - B. Méthode basée sur l'identification des jours de fécondité du cycle en observant les biomarqueurs du cycle.
 - C. Méthode basée sur l'identification des jours de fécondité du cycle grâce à la connaissance de la physiologie du cycle.
 - D. Méthode basée sur l'infertilité physiologique en lien avec le blocage de l'ovulation lors d'un allaitement exclusif à la demande les 9 premiers mois du post partum.

Correction : ABC

A VRAI : Il s'agit des méthodes dites « basées sur le calendrier ».

B VRAI : Il s'agit des Méthodes d'Observation du Cycle (MOC).

D FAUX : Cette définition fait référence à la MAMA, Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée. Elle est applicable les 6 premiers mois du post partum seulement, d'après le consensus de Bellagio (1988).

2. Pour éviter une grossesse, quel(s) comportement(s) supposent ces méthodes ?
 - A. L'abstinence sexuelle pendant la période féconde.
 - B. L'usage de méthodes barrières pendant la période féconde.
 - C. Le retrait pendant la période féconde.
 - D. Tout est vrai.

Correction : AB

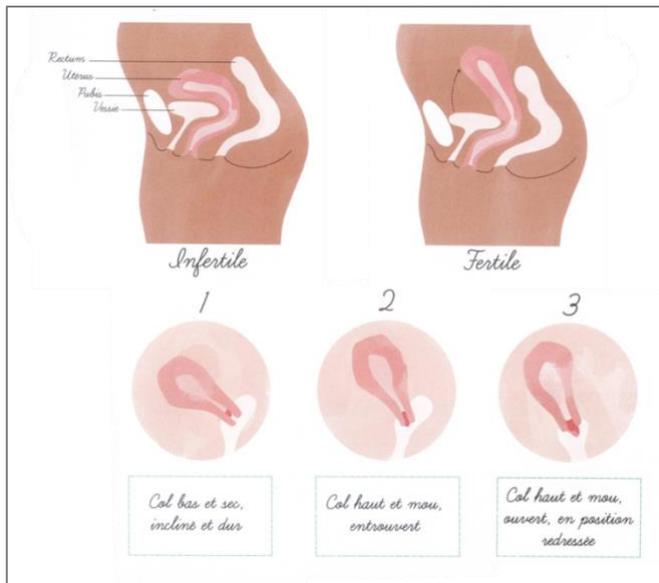
AB VRAI : L'abstinence ou les méthodes barrières, au libre des choix du couple.

CD FAUX : Le retrait, méthode traditionnelle fréquemment rattachée aux méthodes naturelles (MN), n'est inclus ni dans la définition des MN, ni dans les méthodes barrières associées. De plus, les formateurs accrédités en MN déconseillent vivement l'usage du retrait pendant la période féconde puisque la fiabilité intrinsèque de cette méthode est insuffisante et expose à un risque de grossesse plus élevé.

3. Quel(s) est(sont) le(s) biomarqueur(s) du cycle menstruel analysé(s) dans les Méthodes d'Observation du Cycle (MOC) ?

- A. La glaire cervicale.
- B. La température basale.
- C. La position du col de l'utérus.
- D. Le taux hormonal urinaire de LH.

Correction : ABCD



C VRAI : La femme peut observer la position et la consistance du col de son utérus *via un toucher vaginal*, cf. figure ci-contre. C'est un des biomarqueurs observables dans la méthode symptothermique.

Position du col de l'utérus et fertilité, d'après Audrey Guillemaud©, Cycle Féminin et contraceptions naturelles, 2021.

D VRAI : Le taux hormonal urinaire de LH peut être considéré comme un biomarqueur puisqu'il est dosé dans la *méthode Marquette*, non répandue en France. Notons que c'est aussi une entrée possible de certains *moniteurs électriques de fertilité*, outils d'accompagnement aux MOC : Cyclotest myWay®, moniteur Cyclotest MySense®, Clearblue®.

4. La glaire cervicale peut s'observer :

- A. En analysant son élasticité.
- B. En analysant son aspect visuel.
- C. En analysant la sensation à la vulve.
- D. En récupérant la glaire au niveau du col.

Correction : ABCD VRAI

Puisque la glaire produite quitte le col de l'utérus, tapisse les parois du vagin puis s'écoule à la vulve, la femme peut observer ses changements *visuellement* et *tactilement* (observation et recueil de la glaire dans les sous-vêtements ou sur le papier toilette ou lors d'un toucher vaginal), mais aussi *perceptiblement* (sensation à la vulve).

5. La glaire cervicale :

- A. Sa production est constante.
- B. Lors de l'entrée dans la période féconde, elle est pâteuse, collante, non étirable, opaque associée à une sensation sèche à la vulve.
- C. En période d'ovulation, elle est élastique, filante et transparente, associée à une sensation lubrifiée à la vulve.
- D. Ses caractéristiques fertiles sont liées au taux de progestérone.

Correction : AC VRAI

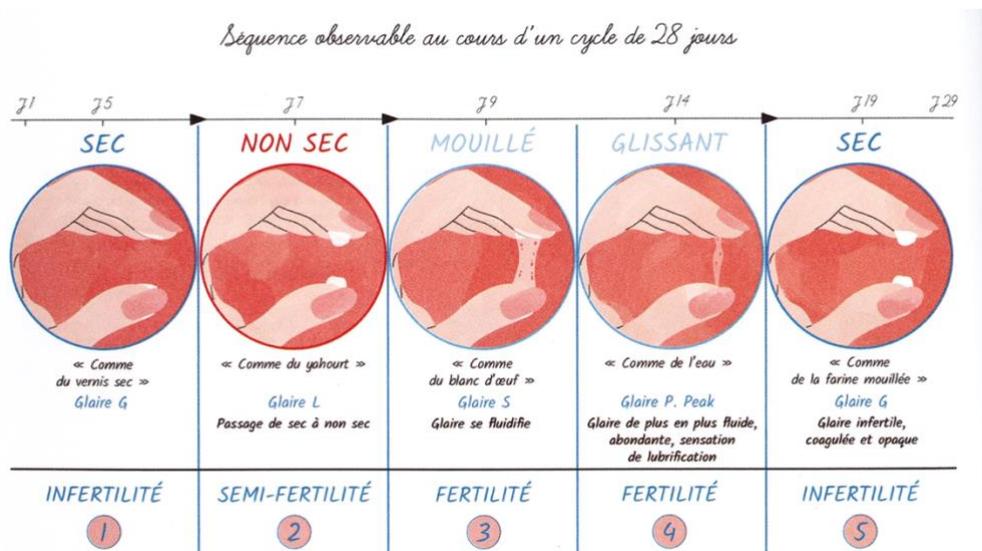
Le mucus cervical est un réseau de mailles tridimensionnelles, sécrété par les cryptes de l'épithélium glandulaire de l'endocol, ayant pour fonction d'empêcher ou de favoriser la progression et la survie des spermatozoïdes selon que ses mailles sont resserrées ou étirées. Sa production est donc *constante*.

Elle a un *profil dit infertile* pendant la majeure partie du cycle (pâteuse, collante, non étirable, tel « du vernis sec » au bout des doigts, opaque, associée à une sensation sèche à la vulve).

Lors de la phase pré-ovulatoire, sous l'action de l'augmentation du taux d'œstrogènes, ses caractéristiques évoluent progressivement vers une glaire *de plus en plus fertile*, associées à l'apparition d'une sensation humide à la vulve. Elle est d'abord crémeuse et blanche, puis étirable et visqueuse « comme un blanc d'œuf cru », puis très élastique, filante et transparente « comme de l'eau ». Les modifications de la glaire et/ou l'apparition d'une sensation humide à la vulve marquent *l'entrée dans la période féconde*.

B FAUX : Il s'agit du profil d'une glaire en *période infertile*.

D FAUX : Le profil de la glaire devient fertile sous l'action de l'augmentation du taux d'œstrogènes, responsable lui-même du pic de LH et du déclenchement de l'ovulation.



Séquence observable au cours d'un cycle de 28 jours, Audrey Guillemaud©, Cycle Féminin et contraceptions naturelles, 2021.

6. Interprétation de la glaire cervicale :

- A. La glaire fertile est capable de préserver la capacité fécondante des spermatozoïdes pendant 48 heures maximum.
- B. L'ovulation peut survenir 1 jour avant le pic de glaire fertile ou le jour qui suit.
- C. Une fécondation est possible jusqu'au 3^{ème} jour inclus suivant le pic de glaire fertile.
- D. Si la femme présente bien un profil de glaire infertile, elle est considérée comme infertile à partir du 4^{ème} soir après le pic de glaire fertile.

Correction : CD

A FAUX : Pendant 3 à 5 jours. C'est pourquoi un rapport sexuel précédant l'ovulation de quelques jours peut être fécondant.

B FAUX : L'ovulation peut survenir 2 jours avant le pic de glaire fertile ou durant les 2 jours qui suivent.

C VRAI : puisque l'ovule vit 12 à 24h et que l'ovulation peut survenir durant les 2 jours qui suivent le pic de glaire fertile.

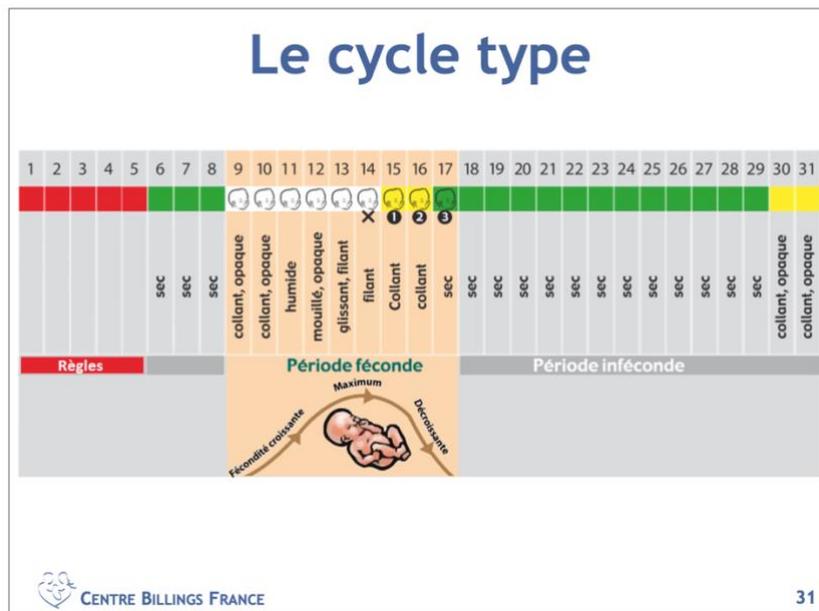


Illustration de la période féconde grâce à l'analyse de la glaire cervicale. Centre Billings France©.

Nomenclature : Rouge: les saignements. Vert: les jours secs.

Bébés : jours potentiellement fertiles.

Bébés blancs: fertilité avant le jour sommet.

Bébés jaunes: fertilité avec sécrétions après le jour sommet.

Bébés verts: fertilité avec sensation sèche après le sommet.

Croix: jour sommet (pic de glaire fertile), jour où la fertilité est maximale.

7. La température basale de la femme :

- A. Sous l'action des œstrogènes, elle s'élève de 0,30 à 0,50°C au moment de l'ovulation.
- B. Elle reste haute et stable pendant toute la phase post-ovulatoire réalisant un plateau thermique.
- C. L'ovulation est déterminée *a posteriori* grâce au décalage thermique.
- D. Elle peut être mesurée par un thermomètre électronique le soir au coucher à heure de référence et reportée sur un graphique.

Correction : ABC

ABC VRAI : La température basale de la femme est basse et fluctuante avant l'ovulation, elle s'élève de 0,30 à 0,50°C au moment de l'ovulation et réalise ensuite un plateau thermique. La femme est considérée infertile à partir du 4^{ème} jour de température haute et stable.

D FAUX : La température basale est mesurée par un thermomètre électronique à deux décimales, par voie buccale, rectale ou vaginale, **le matin au réveil avant toute activité, à heure de référence**. La voie utilisée doit toujours être la même pour pouvoir interpréter les mesures. La température doit être mesurée à heure de référence, car on considère que chaque heure de sommeil supplémentaire est responsable de la hausse de la température basale d'environ 0,10°C. La mesure doit être reportée chaque jour sur un graphique.

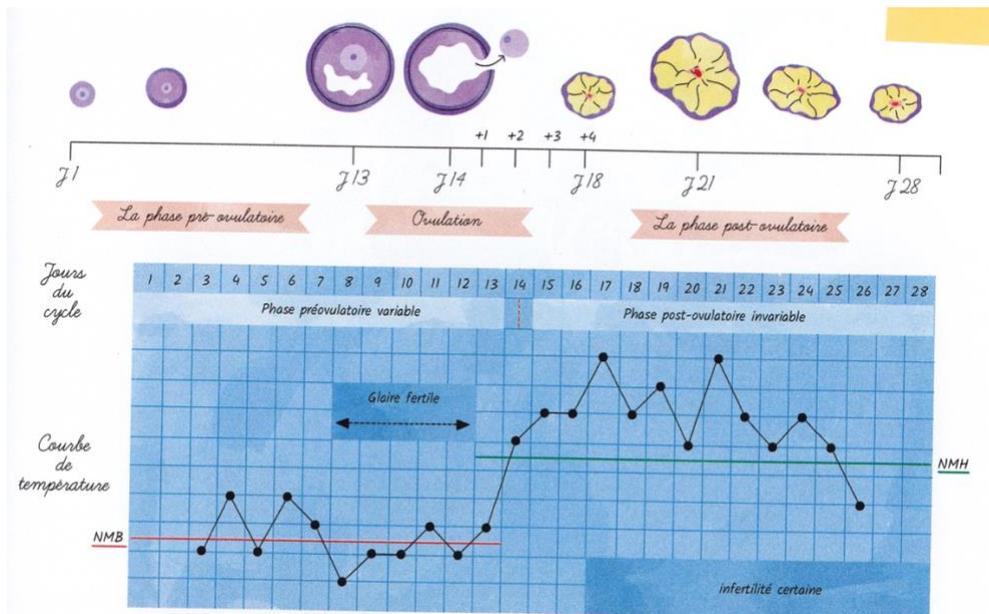


Schéma des jours de développement du corps jaune dans l'ovaire dans un cycle de 28 jours, Audrey Guillemaud©, Cycle Féminin et contraceptions naturelles, 2021.

Nomenclature : NMB : Niveau moyen bas (moyenne des 6 derniers points bas).

NMH : Niveau moyen haut (NMB + 0,30°C).

Le premier jour infertile post ovulatoire correspond au 4^{ème} point de température haute et stable.

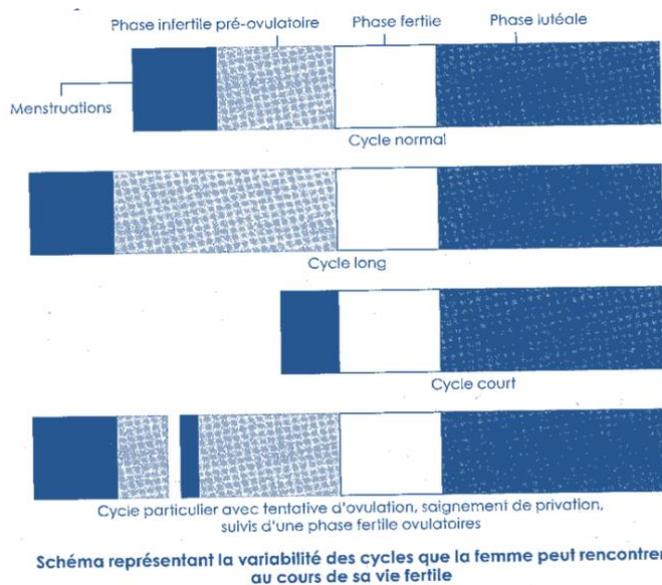
Ainsi, l'observation de la glaire cervicale et de la température peuvent être combinées pour déterminer la période féconde, pour mémoire le schéma suivant :



Emancipées©, disponible sur : <https://www.emancipees.com/temperature-ovulation/>.

8. Cycle ovarien :

- A. La durée de la phase folliculaire est variable d'un cycle à l'autre chez une même femme.
- B. La phase post-ovulatoire est marquée par la sécrétion de progestérone par le corps jaune, elle est majoritairement infertile.
- C. La phase post-ovulatoire dure entre 11 et 16 jours, elle influence la durée globale du cycle.
- D. La durée de la phase post-ovulatoire est généralement stable d'un cycle à l'autre chez une même femme.



Correction : ABD

C FAUX : la phase post-ovulatoire est stable. La durée globale du cycle est influencée par la phase pré-ovulatoire qui est variable d'un cycle à l'autre chez une même femme.

Marion Vallet et Sophie Saab-Tsnobiladzé©, Cycle féminin au naturel, 2022.

9. Classification des méthodes naturelles

Parmi les méthodes naturelles, on différencie essentiellement les méthodes basées sur le calendrier (sur un calcul de jours) et les méthodes d'observation du cycle (glaires cervicales, température).

Quelles sont les bases qui sous-tendent les méthodes et outils de contraception suivants ?

	Calendrier	Glaire cervicale	Température	Allaitement	Ne sait pas
La MAMA				x	
La méthode de l'ovulation Billings®		x			
La méthode Ogino-Knaus	x				
Le modèle Creighton Fertility Care™		x			
La symptothermie		x	x		
Les applications smartphone (Flo Period Tracker, Clue, Glow, My Cycle Period, etc.)	x				
Les moniteurs électriques de fertilité		x	x		

Correction : Concernant les moniteurs électriques de fertilité, outils d'accompagnement aux MOC, mais ne se substituant pas aux MOC : certains enregistrent uniquement la température basale (Lady-Comp®, Daysy®, Tempdrop™, Trackle) tandis que d'autres la combinent avec un test hormonal urinaire ou une entrée d'information sur la glaire cervicale et/ou le col (Cyclotest myWay®, Cyclotest MySense®).

10. Fiabilité des méthodes naturelles

L'efficacité (ou la fiabilité) d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl (IP), égal au taux d'échec c'est-à-dire au pourcentage de grossesses non planifiées observées sur un an d'utilisation de la méthode.

On distingue :

- L'efficacité théorique (utilisation parfaite de la méthode : régulière et correcte),
- L'efficacité pratique (utilisation imparfaite : oubli occasionnel et/ou usage incorrect).

Une méthode est considérée :

- Très efficace lorsque l'indice de Pearl est compris entre 0 et 0,9%,
- Efficace lorsque l'indice de Pearl est compris entre 1 et 9%,

- Modérément efficace lorsque l'indice de Pearl est compris entre 10 et 19%,
- Peu efficace lorsque l'indice de Pearl est supérieur à 20%.

Quelle est la fiabilité pour un usage pratique des méthodes de contraception suivantes ?

	Indice de Pearl en usage pratique				NSP
	0 et 0,9%	1 et 9%	10 et 19%	>20%	
La MAMA		x			
La méthode de l'ovulation Billings®				x	
Le modèle Creighton Fertility Care™		x			
La symptothermie		x			
La pilule		x			
Le stérilet	x				
Le préservatif masculin			x		

NSP : ne sait pas

Correction :

- Indice de Pearl de la MAMA (OMS 2023) : *pratique 2%*, théorique 0,9%
- Indice de Pearl de Billings® (Santé Publique France) : *pratique 23%*, théorique 3%, (revues littérature Manhart, Duane et al) : *pratique 10,5-22%*, théorique 1-3%
- Indice de Pearl de Creighton (revues littérature Hilgers et al) : *pratique 3,2%*, théorique 0,5%, (revue littérature Manhart et al) : (pas de donnée pratique comparable), théorique 0,14-0,5%
- Indice de Pearl de la symptothermie (OMS 2023) : *pratique 2%*, théorique <1%, (Santé Publique France) : *pratique 2%*, théorique 0,4%
- Indice de Pearl de la pilule (OMS 2023) : *pratique 7%*, théorique 0,3%
- Indice de Pearl du stérilet (OMS 2023) : *pratique <1%*, théorique <1%
- Indice de Pearl du préservatif masculin (OMS 2023) : *pratique 13%*, théorique 2%

11. A propos des tableaux d'observation suivants :

- A. La figure A est un tableau d'observation Billings®
- B. La figure A un tableau d'observation Fertility care™
- C. La figure B est un cyclogramme
- D. Tout est faux.

Correction : D

La figure A est un tableau d'observation de symptothermie que l'on nomme également cyclogramme.

La figure B est un tableau d'observation Billings® (source Billings France©).

12. Existe-t-il des contres indications médicales à l'utilisation des méthodes d'observation du cycle ?

oui non

Si oui, lesquelles : ...

Correction : Aucune d'après l'OMS : « aucune pathologie n'est susceptible d'être aggravée par l'utilisation de MN. En général, on peut proposer ces méthodes sans avoir à tenir compte des effets qu'elles pourraient avoir sur la santé de leurs utilisatrices ».

13. D'après la communauté médicale, dans quelle(s) situation(s) l'usage des méthodes d'observation du cycle ne semble-t-il pas approprié ?

- A. Cycles irréguliers
- B. Partenaire peu motivé
- C. Grossesse médicalement hautement indésirable ou contre-indiquée
- D. Conduites à risque

Correction : BCD

A FAUX : Les MOC ne sont pas prédictives, à l'inverse des méthodes basées sur le calendrier. Ainsi l'irrégularité des cycles n'est pas source de difficulté particulière pour appliquer correctement les MOC, puisque l'interprétation des biomarqueurs se fait au jour le jour.

BCD VRAI : La communauté médicale (Abstinence périodique, International Planned Parenthood Federation) ne recommande pas les MN aux personnes susceptibles de ne pas « pratiquer l'abstinence en stricte conformité avec les règles applicables à la méthode », tels que les adolescents ou des couples non stables, considérés comme à risque d'oubli ou de prise de risque. De même, elle ne recommande pas les MN aux femmes « chez qui une grossesse est hautement indésirable ou contre-indiquée sur le plan médical. Ces femmes ne doivent envisager l'abstinence périodique que dans le cas où d'autres méthodes plus efficaces ne sont pas acceptables ou disponibles ». Enfin l'utilisation du préservatif reste préconisée en cas de risque d'infection sexuellement transmissible.

Dans l'ensemble la communauté médicale considère que les MN sont adressées à des couples stables et fortement motivés.

14. Il existe des circonstances pouvant rendre plus complexe l'utilisation des méthodes d'observation du cycle. L'OMS recommande alors deux attitudes différentes :

Soit A : Usage possible, nécessitant les conseils d'un expert pour bien employer la méthode.

Soit B : Usage différé, jusqu'à ce que la situation soit corrigée. D'autres méthodes de contraception doivent alors être proposées.

Dans chacune des situations suivantes, quelle attitude recommanderiez-vous ?

	A	B
Post partum, allaitement	X	
Préménopause	X	
Infection génitale		X
Fièvre	X	

Correction :

Post partum, allaitement, préménopause : sont caractérisés par des changements hormonaux physiologiques ayant un impact sur le cycle. Il est recommandé aux femmes de reprendre un suivi avec un formateur afin de leur rappeler les subtilités liées à ces périodes et sécuriser l'utilisation de leur méthode.

Infection génitale : l'interprétation de la glaire cervicale peut être faussée devant la présence d'écoulements vaginaux anormaux. Un usage différé serait donc théoriquement recommandé, en pratique la période d'abstinence peut être simplement prolongée jusqu'à résolution de l'infection.

Fièvre : la méthode symptothermique établit qu'une élévation thermique supérieure à 0,50°C est signe d'un état fébrile. Dans ce cas, les températures trop hautes ne sont pas comptabilisées, la femme attend que le décalage thermique soit compris entre 0,20°C et 0,50°C, précédé ou accompagné de glaire fertile, pour le confirmer. La fièvre n'est donc pas une circonstance devant faire différer l'utilisation de la méthode.

15. Une formation initiale ainsi qu'un accompagnement par un professionnel accrédité est indispensable à l'initiation d'une méthode d'observation du cycle :

vrai faux

Correction : VRAI. La fiabilité de la méthode ne peut sinon en aucun cas être garantie.

16. Citez des organismes de formation aux méthodes d'observation du cycle vers lesquels orienter les patients :

(Commentaire libre)

Correction : Billings France, CLER, FertilityCare France, Fondation symptotherm, Leche League, PFN.

17. Application en gynécologie.

Certaines pathologies sont responsables de troubles de cycle. L'observation du cycle peut ainsi permettre de suspecter :

- A. Un syndrome des ovaires polykystiques
- B. Une dysthyroïdie
- C. Une hyperprolactinémie
- D. Une insuffisance lutéale

Correction : ABCD

A VRAI : dys/oligo/anovulations et aménorrhée observées.

BC VRAI : dysovulations observées.

D VRAI : un raccourcissement de la phase lutéale peut être signe d'une insuffisance en progestérone, pouvant être responsable de fausse couche précoce.

(Cf. Cycle féminin au naturel, Marion Vallet et Sophie Saab-Tsnobiladzé, 2022).

La dysovulation est une ovulation de mauvaise qualité. Elle peut se manifester par :

- *Une modification insuffisante de la glaire cervicale fertile,*
- *Plusieurs tentatives d'ovulation au cours d'un même cycle, responsables d'un cycle long (> 35 jours),*
- *Une phase lutéale courte (caractéristique d'une corps jaune inadéquat) à l'origine d'une insuffisance en progestérone.*

L'anovulation est l'absence totale d'ovulation. Elle peut se manifester par :

- *Une absence de glaire cervicale révélant une absence d'activité ovarienne, le cycle est alors dit « sec » ; ou une modification insuffisante de glaire cervicale fertile, caractéristique d'une tentative d'ovulation échouée,*
- *Une aménorrhée puisque par définition les menstruations sont des saignements faisant suite à une ovulation. Les éventuels saignements observés sont alors des saignements de privation oestrogénique secondaires aux tentatives d'ovulation.*

Les conséquences principales des cycles dysovulatoires ou anovulatoires sont une hypofertilité et des fausses couches spontanées précoces (notamment en cas d'insuffisance lutéale).

Annexe 5. Questionnaire d'évaluation de l'enseignement

Merci de renseigner votre avis concernant la formation qui vous a été proposée. Vos opinions nous permettront de l'améliorer.

Contenu

1. Les objectifs d'apprentissage sont clairement fixés.

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

2. Les objectifs d'apprentissage sont satisfaisants pour votre pratique future.

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

3. Le questionnaire avant/après évalue précisément l'atteinte des objectifs fixés.

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

Présentation

4. Le cours est présenté de façon claire et structurée.

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

5. L'enseignant répond clairement aux questions des étudiants.

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

6. L'enseignant sait susciter l'intérêt des étudiants sur le sujet.

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

Déroulement

7. Les supports du cours sont utiles.

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

8. Le volume horaire est suffisant.

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

9. Le cours est bien équilibré entre théorie et applications.

- pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

Conclusion

10. Quel est votre degré de satisfaction concernant ce cours ?

- insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait satisfait

11. Quels sont les points forts de cette formation ? (*Commentaire libre*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Quels sont les points faibles de cette formation ? (*Commentaire libre*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci à tous.

Annexe 6. Proposition de formation universitaire approfondie sur la physiologie du cycle

Voici un programme d'enseignement approfondi sur la physiologie du cycle et son observation, destiné aux étudiants en maïeutique et médecine. Il a été proposé dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Claire Aujames.

Matière	Année d'étude	Nombre d'heures de cours	Intitulé du cours
Gynécologie	1 ^{ère} année d'étude en sciences maïeutiques + Possibilité de mutualiser avec les étudiants de 2 ^{ème} année de médecine	6h + 2h de TD	Physiologie de la fertilité naturelle : De la ménarche à la ménopause <i>Module 1</i> : Anatomie et physiologie du cycle menstruel <i>Module 2</i> : Symptômes de fertilité et d'infertilité ; Biomarqueurs de la fertilité et exercices ; Planification familiale naturelle <i>Module 3</i> : Les variantes du cycle ovulatoire normal <i>Module 4</i> : Spécificités du cycle aux différentes phases de vie fertile de la femme
Gynécologie	Dernière année d'étude en sciences maïeutiques	4h	Physiologie de la fertilité naturelle : De la ménarche à la ménopause → Rappel ; Prise en charge des cycles pathologiques ; cas cliniques

Source : Claire Aujames. Les connaissances des étudiants sages-femmes sur la physiologie du cycle et les méthodes d'observation du cycle, enquête à l'échelle nationale, 2021.

Annexe 7. Formation des usagers

En France, les formations aux Méthodes Naturelles sont assurées gratuitement par certaines associations :

- Le **Centre Billings France** enseignant la méthode Billings®,
<https://www.methode-billings.com/>
- L'association **La Leche League France** enseignant la MAMA.
<https://www.lllfrance.org>

Ces formations sont sinon payantes, non remboursées par la Sécurité Sociale :

- Le **CLER** (Centre de Liaison des Équipes de Recherche sur l'amour et la famille) enseignant la méthode symptothermique MAO (Méthode d'Auto-Observation dite aussi Cyclamen®) demande une participation financière libre,
<https://www.cler.net/>
- L'association **FertilityCare France** coordonne un réseau d'instructeurs du système FertilityCare™ et de la NaProTechnologie dont les consultations sont rémunérées à hauteur de 55€.
<https://www.fertilitycare.fr>
- L'association belge **Planning Familial Naturel (PFN)** coordonne un réseau francophone de formateurs à la méthode symptothermique SENSIPLAN®. Le prix des consultations n'est pas disponible sur leur site internet, et varierait selon les régions.
<https://sensiplan.be/?lang=fr>
- L'institut suisse **Eden fertilité** coordonne également un réseau francophone de formateurs à la méthode SENSIPLAN®. Le coût de la formation pendant 6 mois est de 484€.
<https://eden-fertilite.org>
- La fondation suisse **SymptoTherm** coordonne un réseau international de formateurs à la méthode Sympto® dont le coût varie entre 175 et 525€ pour 6 mois suivant les options, la consultation individuelle est rémunérée par ailleurs à 80€.
<https://sympto.org>
- L'association française **M Fertilité** enseignant la méthode symptothermique M, créée récemment en octobre 2023, n'indique pas encore sur son site si une participation financière est nécessaire ou non.
<https://www.mfertilite.fr>

L'association française **Focus Fertilité** coordonne un réseau francophone de **professionnels de santé** formés à la physiologie et à la restauration de la fertilité.

<https://focusfertilite.fr>

Annexe 8. Réseau de moniteurs agréés en MOC autour de Limoges

Voici une liste non exhaustive des moniteurs agréés, autour de la région limousine, que nous avons trouvés référencés sur les sites internet des associations promouvant les MN : Billings France, le CLER, Focus Fertilité, Fondation SymptoTherm, M Fertilité, Planning Familial Naturel (PFN).

Soit en bleu les MOC basées sur l'observation de la glaire cervicale seule, en orange les méthodes symptothermiques.

Ex-région limousine :

Secteur	Moniteur	MOC enseignée (association)	Coordonnées
Haute-Vienne	Tanguy et Yenofa Lepoutre	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	87 000 Limoges Contact via Billings France
Corrèze	Adrien et Anne Chantrel	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	19 500 Lagleygeole Contact via Billings France
	Amaury et Ingrid d'Ussel	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	19 340 Eygurande Contact via Billings France
	Christine du Ranquet	Méthode symptothermique Cyclamen® (CLER)	19 100 Brive la Gaillarde pduranquet@aol.com 06.83.91.52.39
	Charlotte Raiffé	Méthode symptothermique Sensiplan® (PFN)	19 250 Meymac charlotte@lejardindeslunes.fr 06.89.48.88.35
Creuse	Mélissa Plavis	Méthode symptothermique Sensiplan® (PFN)	23 340 Gentioux-Pigerolles melissa.plavis@gmail.com 06.70.99.24.69

Auvergne :

Secteur	Moniteur	MOC enseignée	Coordonnées
Puy-de-Dôme	Gaëtan et Céline Marion	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	63 200 Riom Contact via Billings France
	Arnaud et Sophie Potiron	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	63 000 Clermont-Ferrand Contact via Billings France
	Humbert et Marguerite de Feydeau	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	63 000 Clermont-Ferrand Contact via Billings France
	Fanny Menou	Méthode de l'Ovulation Billings® (Focus Fertilité)	63 500 Issoire fannymenou.naturopathe@gmail.com 06.59.83.00.16
	Anne-Cécile Huet	FertilityCare™ (FertilityCare France)	63 000 Clermont-Ferrand annececile.huet@fertilitycare.fr 07.82.98.83.36
	Coralie de Dreuille	FertilityCare™ (FertilityCare France)	63 000 Clermont-Ferrand coralie.dedreuille@fertilitycare.fr 06.60.94.52.28
	Elizabeth Schram-Aubert	Méthode symptothermique Cyclamen® (CLER)	63 170 Aubière elizabeth.francois.cler.a.et.f@gmail.com 06.56.72.00.13
	Isabelle Hollaender	Méthode symptothermique Sympto® (Fondation SymptoTherm)	63 000 Clermont-Ferrand vivelavie.ijp@gmail.com 06.65.95.78.83

Nouvelle Aquitaine :

Secteur	Moniteur	MOC enseignée (association)	Coordonnées
Dordogne	Gaétan et Isabelle Videau	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	24 130 Prigonrieux Contact via Billings France
	Damien Le Grelle	Méthode symptothermique Cyclamen® (CLER)	24 100 Bergerac damien.le-grelle@orange.fr 06.84.96.06.51
	Anne Noël	Méthode Symptothermique M (M Fertilité)	24 230 anne.noel@mfertilite.fr 06.01.81.04.59
Gironde	Bertrand et Anne Toutain	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	33000 Bordeaux Contact via Billings France
	Charles et Florence Wemaere	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	33000 Bordeaux Contact via Billings France
	Naïk et Jean-Etienne Massicot de Carné	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	33000 Bordeaux Contact via Billings France
	Raphaël et Charlotte de Bourayne	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	33000 Bordeaux Contact via Billings France
	Xavier et Constance Corso	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	33640 Beautiran Contact via Billings France
	Marie GRASSIN	FertilityCare™ (FertilityCare France)	33860 Reignac marie.grassin@fertilitycare.fr
	Marie Formey	FertilityCare™ (FertilityCare France)	33500 Libourne / 33650 La Brède marie.formey@fertilitycare.fr
	Isabelle du Breuil	FertilityCare™ (FertilityCare France)	33000 Bordeaux isabelle.dubreuil@fertilitycare.fr 06.15.85.38.58
	Claire-Marine de Crémiers	FertilityCare™ (FertilityCare France)	33000 Bordeaux clairemarine.decremiers@fertilitycare.fr 06.62.71.18.95

	Laure et Guillaume Camuset	Méthode Symptothermique M (M Fertilité)	33 000 Bordeaux camuset@mfertilite.fr 06.18.50.01.74
Deux-Sèvres	Thomas et Marie-Anne Gasc	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	79 000 Niort Contact via Billings France
Vienne	Louis et Guénoyée des Jamonières	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	86 360 Montamisé Contact via Billings France
Charente	Tanguy et Marie Bertier	Méthode de l'Ovulation Billings® (Billings France)	16 430 Champniers Contact via Billings France
	Marie Grassin d'Alphonse Sage-femme	FertilityCare™ (Focus Fertilité)	16 360 Reignac mariegrassin.sf@gmail.com 06.64.81.46.48
	Gabrielle Dumollard Masseur-kinésithérapeute	Méthode Symptothermique M (M Fertilité, Focus Fertilité)	16 430 Balzac gabrielle.dumollard@gmail.com 06.11.69.85.49
	Alix Rime Sage-femme DIU Restauration de la Fertilité (Lyon)	Méthode Symptothermique M (M Fertilité, Focus Fertilité)	16100 Cognac alixrimesagefemme@gmail.com 06.76.35.91.90
Charente maritime	Brigitte de Wailly	Méthode symptothermique Cyclamen® (CLER)	17140 Lagord bwarnierdewailly@gmail.com 06.62.60.87.02
	LUCAS Johanna	Méthode symptothermique Sensiplan® (PFN)	17440 Aytré contact.johannalucas@gmail.com 07.81.59.51.45

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Méthodes de contraception naturelle : connaissances et besoins en formation des internes de médecine générale de l'Université de Limoges

Introduction – La prévalence des Méthodes Naturelles (MN) de planification familiale augmente progressivement dans un contexte de désaffection de la contraception standard et de prise de conscience écologique. Ces méthodes sont méconnues des prescripteurs de contraception.

Objectif – Évaluer les connaissances et les besoins en formation relatifs aux MN des internes de médecine générale de la faculté de Limoges.

Méthodes – Une enquête observationnelle descriptive a été réalisée entre avril et mai 2024, au moyen d'un questionnaire en ligne, auprès des internes de médecine générale limougeauds.

Résultats & Discussion – L'étude a obtenu un taux de participation satisfaisant de 27%. Les MN sont abordées dans les études médicales mais les connaissances des étudiants sont limitées. Leurs attentes sont évaluées par leur niveau d'exigence de compétences futures. Celui-ci semble décliner au fur et à mesure de la complexification des tâches. Le médecin généraliste est tout de même perçu comme un acteur important : 87,50% des étudiants estiment que le médecin généraliste a un devoir d'information auprès des patientes demandeuses d'une MN, et 75% estiment qu'il doit également pouvoir les orienter vers un expert. Au total, 81% des étudiants interrogés estiment avoir besoin d'une formation complémentaire pour leur pratique future. Enfin les modalités de formation complémentaire proposées les intéressent.

Conclusion – L'analyse des besoins nous a permis de proposer une liste d'objectifs pédagogiques, première étape de la planification d'un enseignement portant sur les MN, à destination des internes de médecine générale limougeauds.

Mots-clés : **Contraception, Méthodes Naturelles de planification familiale, Planification familiale naturelle, Méthode basée sur la connaissance de la fertilité, Méthodes d'Observation du Cycle**

Natural Family Planning Methods: general practice residents of the Limoges University's knowledge and training needs

Introduction – The prevalence of Natural Family Planning Methods (NFP) is gradually increasing in a context of disaffection with standard contraception and ecological awareness. These methods are unknown to contraception prescribers.

Objective – To assess knowledge and training needs relating to NFP of general practice residents of the Limoges Faculty.

Methods – A descriptive observational survey was carried out between April and May 2024, using an online questionnaire, among general practice residents of Limoges.

Results & Discussion – The study obtained a satisfactory participation rate of 27%. NFP are covered in medical studies but students' knowledge is limited. Their expectations are assessed by their level of future skills requirements. This seems to decline as the spots become more complex. The general practitioner is still perceived as an important actor: 87.50% of students believe that the general practitioner has a duty to provide information to patients requesting an NFP, and 75% believe that they should also be able to direct them to an expert. In total, 81% of the students surveyed believe they need additional training for their future practice. Finally, the additional training methods offered interest them.

Conclusion – The needs analysis allowed us to propose a list of educational objectives, first step in planning teaching on NFP, for general practice residents of Limoges.

Keywords : Contraception, Natural Family Planning Methods, Fertility Awareness Based Method

