

Université d'Angers,
UFR des sciences médicales,
École de Sages-Femmes René Rouchy

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE FEMME

LES MÉTHODES NATURELLES DE RÉGULATION DES NAISSANCES

Enquête auprès des sages-femmes du Maine et Loire

Présenté par Mlle VERDIER Clothilde, née le 16/10/1985
Sous la direction du Docteur MAYAUD Pascal

Mars 2009

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord mes parents et amis
pour l'aide et le soutien qu'ils m'ont apportés tout au long de ce travail.

Je vous en suis très reconnaissante.

Je remercie vivement mon maître de mémoire, le Docteur Mayaud,
pour toute la documentation qu'il m'a fournie,
ainsi que pour ses encouragements.

Un grand merci aussi à Madame Goichon,
monitrice de l'école de sages-femmes,
pour sa patience dans les explications informatiques.

GLOSSAIRE

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Éducation à la Santé

CLER : Centre de Liaison des Equipes de Recherche

MAL : Méthode d'Aménorrhée de Lactation

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

MAO : Méthode d'Auto-Observation

MJF : Méthode des Jours Fixes

MOB : Méthode d'Ovulation Billings

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	5
GENERALITES: Les méthodes naturelles de régulation des naissances.....	6
1. Définition	
2. Description des différentes méthodes.....	7
2.1. La méthode d'Ogino et Knaus	
2.1.1. <i>Historique et bases physiologiques</i>	
2.1.2. <i>Principes et applications.....</i>	8
2.1.3. <i>Acceptabilité et efficacité</i>	
2.1.4. <i>La Méthode des Jours Fixes.....</i>	9
2.2. La méthode des Températures	
2.2.1. <i>Historique et bases physiologiques</i>	
2.2.2. <i>Principes et applications.....</i>	10
2.2.3. <i>Efficacité et acceptabilité.....</i>	11
2.2.4. <i>Les nouvelles technologies</i>	
2.3. La méthode Billings	
2.3.1. <i>Historique</i>	
2.3.2. <i>Bases physiologiques.....</i>	12
2.3.3. <i>Principes et applications.....</i>	13
2.3.4. <i>Efficacité et acceptabilité.....</i>	14
2.3.5. <i>Les tests d'ovulation et la méthode Billings, une aide ponctuelle</i>	
2.3.6. <i>L'algorithme des deux jours.....</i>	15
2.4. La Méthode d'Auto-Observation.....	16
2.4.1. <i>Historique</i>	
2.4.2. <i>Bases physiologiques</i>	
2.4.3. <i>Principes et applications.....</i>	17
2.4.4. <i>Efficacité et acceptabilité</i>	18
2.5. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle ou MAMA	
2.5.1. <i>Historique et bases physiologiques</i>	
2.5.2. <i>Principes et applications.....</i>	19
2.5.3. <i>Efficacité et acceptabilité</i>	
3. Autre utilisation: favoriser une grossesse	
MATERIEL ET METHODES.....	20
RESULTATS.....	22
1. Caractéristiques personnelles	
2. Caractéristiques professionnelles.....	23
3. La contraception et la population	
4. Les méthodes naturelles	
4.1. <i>Connaissances globales</i>	24
4.2. <i>Connaissances précises</i>	25
5. Pratiques de la sage-femme.....	30
6. Les recommandations.....	33
7. La formation	34
8. Remarques.....	35
DISCUSSION.....	36
CONCLUSION.....	47
ANNEXES.....	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	54

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, les méthodes contraceptives se sont beaucoup développées et diversifiées. Une femme, un couple, peut aujourd'hui choisir ce qui lui correspond le mieux pour différer une grossesse. Les médecins et les sages-femmes ont une place importante dans la divulgation de tous les moyens existants.

Pourtant, certaines femmes surprennent les professionnels en refusant ces différents moyens. J'ai pu rencontrer au cours des stages réalisés dans le cadre de mes études des femmes insatisfaites par toutes les propositions contraceptives qui leurs étaient offertes. Elles désiraient autre chose, une méthode de couple où chacun deviendrait responsable de la fécondité. J'ai eu des cours sur les méthodes dites « naturelles » de régulation des naissances au lycée. J'ai donc expliqué à deux reprises les principes de ces méthodes, ainsi, j'ai étonné deux personnes: la femme et la sage-femme !

Comment se fait-il qu'une sage-femme, gardienne de la physiologie, n'ait pas les moyens de discerner les périodes de fertilité et de stérilité présentes au cours du cycle menstruel chez chaque femme?

Nous avons voulu savoir quelles étaient les connaissances des sages-femmes au sujet des méthodes naturelles de régulation des naissances. Ces méthodes véhiculent bien souvent un mauvais à priori, qu'en pensent les sages-femmes? Celles-ci peuvent être amenées à rencontrer des couples utilisateurs de ces méthodes. Comment les accueillent-elles? La sage-femme a-t-elle une formation suffisante pour répondre aux questions des couples sur ce sujet?

Notre travail a consisté à décrire les différentes méthodes naturelles de régulation des naissances, en les repositionnant dans l'histoire de la contraception et en exposant leur efficacité et leur acceptabilité. Dans un deuxième temps, la réalisation d'une enquête auprès des sages-femmes du Maine et Loire nous a permis d'évaluer ce que les sages-femmes savent et ce qu'elles veulent savoir au sujet de ces méthodes.

GENERALITES: Les méthodes naturelles de régulation des naissances

1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « les méthodes naturelles de planification familiale sont basées sur l'identification, au cours du cycle, des jours où la femme est féconde, soit en observant les signes d'ovulation tels que les sécrétions cervicales et la courbe des températures, soit en comptant les jours. Ces méthodes peuvent être employées en association avec des périodes d'abstinence ou une contraception mécanique pendant la période féconde. » [1]

Les **méthodes mécaniques** ou **méthodes barrières** sont l'utilisation du préservatif masculin ou féminin, le coït interrompu ou retrait, les spermicides, les capes ou les diaphragmes (en association avec des spermicides).

Toutes les méthodes naturelles se basent sur les découvertes scientifiques du siècle dernier à propos de la physiologie du cycle féminin, de l'organogénèse de l'homme et de la fécondation :

- les spermatozoïdes ont une durée de vie de **7 jours** maximum dans une glaire de type fertile.
- l'ovule a une durée de vie de **24 heures**.

Ainsi, les méthodes naturelles tentent de trouver avec précision la fenêtre de fertilité biologique d'une femme, de 8 jours maximum, afin d'éviter les rapports sexuels pendant cette période. C'est donc une démarche responsable des couples qui adaptent leur comportement et leur sexualité en fonction de leur fertilité. Les utilisateurs de ces méthodes sont des couples hétérosexuels, stables, sans nécessité de prévention des infections sexuellement transmissibles, qui souhaitent valoriser leur sexualité dans un amour et une confiance partagée, en acceptant l'exigence de ces méthodes. La période d'abstinence décrite est en réalité une période de continence choisie permettant un dialogue et un échange de tendresse pour le couple. En effet, l'abstinence (du latin a-tenere) évoque la notion de désintérêt alors que la continence (du latin cum-tenere) indique une notion de participation active.

Les recommandations professionnelles de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Education à la Santé (ANAES) de 2004 indiquent que les méthodes naturelles ont « l'avantage de n'avoir aucune contre-indication. Au même titre que des connaissances

sur la fertilité et le cycle physiologique de la reproduction, il est recommandé que leurs principes généraux soient exposés à toute femme, et à son partenaire, envisageant l'utilisation d'une méthode contraceptive.[...] Les méthodes naturelles ne s'adressent pas aux adolescents », car ils sont dans une période de recherche de leur personnalité, de prise de risque, et bien souvent ne sont pas dans une relation stable et durable.[2]

2. Description des différentes méthodes

Les méthodes naturelles seront exposées par ordre d'efficacité selon l'index de Pearl qui désigne le nombre de grossesse en une année pour cent femmes ayant une activité sexuelle dite régulière. Une contraception est jugée efficace lorsque l'index de Pearl est inférieur à 5.

2.1. La méthode d'Ogino et Knaus

2.1.1. Historique et bases physiologiques

La **méthode Ogino** ou **méthode du calendrier** ou **méthode du rythme** a été mise au point dans les années 30 simultanément par un japonais, Ogino [3] et un autrichien, Knaus [4] . Les bases de la méthode reposaient sur trois critères :

- Il n'y a qu'une seule ovulation par cycle, aux alentours du 14ème jour précédant les menstruations suivantes. La phase lutéale a toujours la même durée. Cependant, il a été démontré par la suite que deux ovulations étaient possibles avec un intervalle de 24 heures maximum, et que la phase post-ovulatoire peut durer de 11 à 16 jours selon les femmes.
- La survie des spermatozoïdes est de 3 jours dans les voies génitales féminines. Les recherches ultérieures ont prouvé que les spermatozoïdes pouvaient vivre jusqu'à 7 jours, notamment au niveau des cryptes de l'endocol.
- L'ovule est fécondable après son expulsion jusqu'à 24-48h. Aujourd'hui, les études ont montré que la durée de vie de l'ovule et sa fécondabilité est de 12 à 24h.

2.1.2. Principes et applications

Ogino et Knaus ont constaté que dans un cycle de 28 jours la fertilité effective se trouve entre le 11^{ème} jour ($14 - 3$) et le 16^{ème} jour du cycle ($14 + 2$).

Ogino, par prudence, ajoute un jour avant et après, ce qui entraîne une période fertile du **10^{ème} au 17^{ème}** jour du cycle féminin.

En pratique, la femme doit répertorier la durée de ses 12 cycles précédents, en notant chaque mois le nombre de jours du cycle le plus long et du cycle le plus court. Elle soustrait 18 jours à son cycle le plus court pour estimer le début de sa phase fertile ($14 + 3 + 1$ jour de sureté) et 11 jours à son cycle le plus long pour en estimer la fin ($14 - 2 - 1$ jour de sureté).

La formule de Knaus est légèrement différente, la phase fertile est un peu moins longue. En effet, la femme doit soustraire ($15 + 2$) du cycle le plus court pour calculer le premier jour et ($15 - 2$) du cycle le plus long pour le dernier jour de fécondité.

2.1.3. Acceptabilité et efficacité

Cette méthode se base sur des calculs numériques utilisant une information rétrospective: la durée des cycles précédents. Ce n'est donc pas une méthode d'auto-observation.

La méthode d'Ogino est cependant la méthode la plus utilisée dans le monde. Mais en pratique, son utilisation est souvent erronée car méconnue. Aujourd'hui, un des vestiges de cette méthode est le « mythe du 14^{ème} jour », considéré comme le jour de l'ovulation pour beaucoup de femmes, en particulier chez les adolescentes.

Elle est la moins efficace des méthodes prévisionnelles. En effet, son index de Pearl a été fixé à **9** par l'OMS, d'où les nombreux « bébés Oginos », échecs de la méthode souvent cités il y a quelques dizaines d'années [23].

La méthode d'Ogino peut être contraignante, les périodes fertiles et donc les périodes d'abstinence pouvant être longues, surtout chez des femmes aux cycles très irréguliers. De plus, elle ne peut être pratiquée dans le post-partum et le post-abortum, ni en cas de saignements vaginaux irréguliers.

Néanmoins cette méthode a permis durant plusieurs décennies une certaine régulation, un espacement des naissances.

2.1.4. La Méthode des Jours Fixes

La Méthode des jours fixes ou MJF est une méthode d'Ogino simplifiée. Récente, elle est efficace au même titre que le préservatif masculin ou d'autres méthodes barrière, avec un index de Pearl de **4,75** lors d'une utilisation optimale. Cependant, son index de Pearl en utilisation pratique est de **11,96**. [5]

La MJF convient aux femmes qui ont des cycles menstruels de **26 à 32 jours**. Pour éviter une grossesse, les couples ne doivent pas avoir de rapports entre le **8ème** et le **19ème** jour du cycle. Le collier du cycle est un outil visuel qui accompagne la méthode. La perle rouge représente le début des règles, les perles noires représentent des périodes d'infertilité et enfin les perles blanches marquent la période fertile où il faut éviter les rapports sexuels non protégés si le couple veut espacer les naissances. La femme déplace quotidiennement l'anneau d'une perle à l'autre.



La MJF est surtout utilisée dans les pays d'Afrique ou d'Amérique du Sud, diffusée par les centres de planning familial. Elle n'est pas une méthode d'auto-observation personnalisée et reste aléatoire.

Photo d'un collier de cycle dans la MJF

2.2. La méthode des Températures

2.2.1. Historique et bases physiologiques

En 1868, Squire fait la découverte d'une courbe thermique biphasique chez toute femme en âge de procréer. En 1904, Van de Velde met en relation ces variations de température avec une activité ovarienne.

En 1937, Rubenstein [6] découvre le lien entre le minimum thermique et le pic œstrogénique. Il établit qu'il existe une différence significative entre la moyenne des températures de la première phase du cycle menstruel et la moyenne des températures de la seconde phase. Cette différence est généralement de l'ordre d'un

degré centigrade (0,3 à 0,5°C). A la même époque, Palmer [7] affirme que l'infertilité absolue de la phase lutéale est confirmée par la hausse de température.

C'est en 1947 que Férin [8] expose la méthode des températures pour répondre aux difficultés d'application de la méthode d'Ogino. Il précise que le plateau hyperthermique est dû à l'imprégnation de l'organisme en progestérone, c'est un critère de l'existence d'un corps jaune actif. En effet la progestérone est thermogénique et stabilisante.

Ainsi, la méthode des Températures est basée sur l'observation de la **température basale du corps** (Basal Body Temperature ou BBT). En phase de latence, la température est basale. En phase péri-ovulatoire, les œstrogènes peuvent l'abaisser d'un ou plusieurs dixièmes de degré, on parle d'**hypothermie relative**, c'est le **niveau moyen bas** caractérisé par un minimum de 6 points bas avant la montée thermique. Si la courbe thermique présente un décalage, on considère que la femme ovule. Cette ovulation se produit le dernier jour de basse température, si la montée est brutale, ou le 2ème ou 3ème jour de la montée, si celle-ci est progressive. Un plateau thermique persiste en phase post-ovulatoire, c'est le **niveau moyen haut** qui se maintient jusqu'aux menstruations. Ce plateau haut dure 12 à 14 jours, s'il s'allonge, une grossesse débutante est très probable.

2.2.2. Principes et applications

La prise de température est importante : la femme doit être **au repos**, c'est à dire après une nuit de sommeil et avant toute activité physique. Si la femme travaille la nuit, elle prendra sa température après ses heures de repos. Idéalement, la température sera prise à la **même heure, tous les jours**, au **même endroit** (voie buccale ou rectale). Ferin avertit cependant que *« la moindre infection, l'insomnie, les chocs affectifs, certaines substances (alcool, thé, café) élèvent la température centrale et constituent de ce fait d'importantes causes d'erreur, heureusement faciles à dépister pour un sujet averti. »*

La température est notée sur un graphique avec tout élément susceptible de la modifier afin de réaliser l'interprétation de la courbe. L'élévation thermique ne permet pas de prédire l'ovulation mais de repérer la période infertile post-ovulatoire. Ainsi, les couples s'abstiennent de rapports sexuels non protégés du 1er jour des règles jusqu'au **3ème matin de suite** de température haute et stable.

2.2.3. Efficacité et acceptabilité

La méthode des températures est la première méthode d'auto-observation en ce sens qu'elle se base sur une observation clinique. Pratiquée de manière stricte, l'OMS donne à cette méthode un index de Pearl à 1 pour son efficacité théorique. [23]

Sa grande fiabilité impose cependant une longue période de continence, en particulier pour des femmes aux cycles longs. L'acceptabilité en est ainsi modulée, les couples doivent faire preuve d'une grande motivation. Ils doivent être disciplinés quant à la prise, au report et à l'interprétation de la température sur la courbe. C'est pourquoi la méthode est rarement utilisée seule, mais en association avec la méthode d'Ogino (méthode calculo-thermique), des méthodes barrières, etc... En revanche, certaines femmes en pré ménopause, dont les cycles sont plus courts, pourront plus facilement adopter cette méthode car la période de continence est relativement courte.

2.2.4. Les nouvelles technologies

- **Le Bioself®** (180 euros) associe la méthode du calendrier et la méthode des températures par l'enregistrement de la température (en prise orale, vaginale ou rectale) et le calcul de la période du cycle. Trois différents signaux lumineux indiquent l'infertilité, la possible fertilité ou une fertilité importante.

- **Le Lady-comp®** (477 euros) agit sur le même principe en intégrant des données: les menstruations et la température prise par voie orale. De plus il sonne à l'heure demandée. L'indice de Pearl théorique affiché de la méthode est de 0,7, l'indice de Pearl pratique est de 3,8.[9]

2.3. La méthode Billings

2.3.1. Historique

La glaire cervicale a été identifiée en 1855 par Smith et décrite en 1868 par Sims. En 1885 sont mis en évidence les liens qui existent chez la femme entre la production de glaire cervicale et sa fécondité. En 1933, les expériences de Seguy, Vimeux et Simonet, en France, précisent ces liens. Dès 1960, le Professeur Erik Odebold met en évidence la structure fibrillaire de la glaire et Chrétien, médecin suédois, en obtient des images tridimensionnelles. Parallèlement, les Dr Billings, médecins australiens affinent l'étude clinique de la glaire et montrent que la femme

peut ressentir la présence de glaire à certains moments de son cycle, signe de sa fécondité. C'est en 1971 qu'ils élaborent les règles de la **Méthode d'Ovulation Billings (MOB)** ou **méthode de la glaire cervicale (cervical-mucus method)**.

2.3.2. Bases physiologiques

Le col de l'utérus est, avec le vagin et l'endomètre, l'un des 3 organes cibles les plus sensibles à l'action des hormones ovariennes.

Le col est constamment fermé sauf au moment de la menstruation et de la période fertile. Le canal du col de l'utérus est formé de cryptes qui sécrètent, sous l'action des œstrogènes, de la glaire indispensable à la fécondation [10]. La glaire cervicale donne, par sa sensation à la vulve et son aspect, un reflet exact de la fertilité. Le col de l'utérus produit 4 types de glaire : [11]

- La Progestérone fait sécréter de la **glaire G** (Gestagen), glaire épaisse dont l'action est d'obstruer le canal cervical et d'empêcher le passage des spermatozoïdes en dehors des périodes de menstruation et de fertilité. La femme n'observe aucune sensation à la vulve tant qu'il y a prédominance de la glaire G.

- Puis, les œstrogènes font sécréter de la **glaire L** (Locking in mucus/ emprisonné dans le mucus) dont l'action est de délier la glaire G, donnant la possibilité aux spermatozoïdes de pénétrer le col en vue de remonter ensuite pour féconder l'ovule. La glaire L donne à la femme la sensation collante et mouillée.

- Lorsque le taux d'œstrogènes augmente, le col de l'utérus sécrète de la **glaire S** (Sperm transmission mucus) dont l'action est de transporter les spermatozoïdes dans l'utérus grâce à sa structure en canaux. La glaire S donne à la femme la sensation mouillée et glissante.

- Enfin, quelques heures avant l'ovulation apparaît la **glaire P** (peak/ sommet), très liquide, la plus fertile. Elle donne à la femme une grande sensation de glissement et de lubrification lui indiquant ainsi l'imminence de son ovulation.

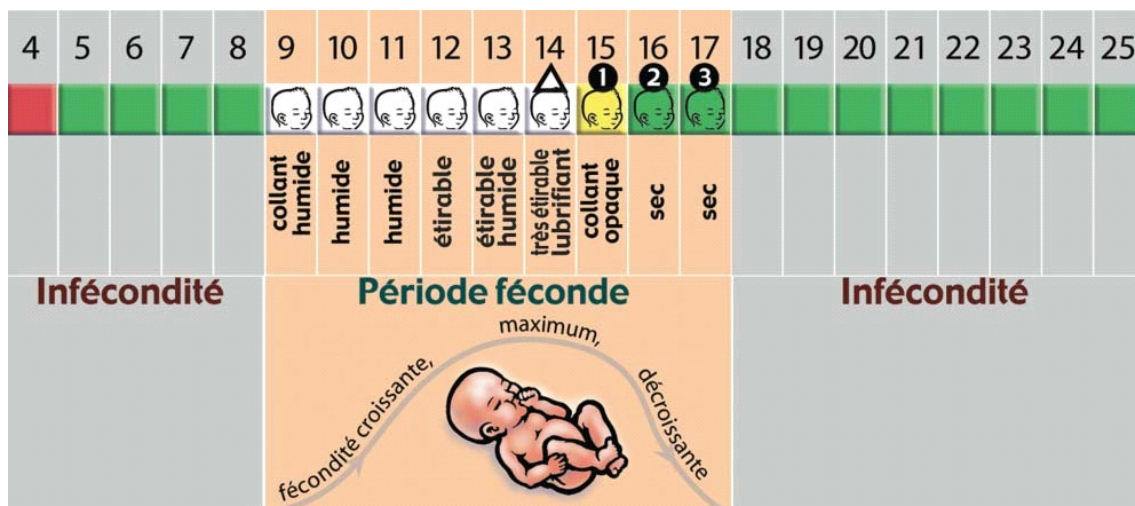
La glaire de type fertile évolue de jour en jour jusqu'au moment de l'ovulation, puis se tarit brusquement. C'est ce qu'on appelle le « **jour sommet** » de la MOB : dernier jour de sensation de glissement et de lubrification ressentie à la vulve. C'est la chute brutale de la sécrétion des œstrogènes et la montée abrupte de la progestérone qui explique le jour sommet. Le jour sommet coïncide dans 80 % des cas avec le jour de l'ovulation. C'est ce jour-là que la probabilité d'une conception est la plus forte.

Dans 10 % des cas, l'ovulation a lieu la veille du jour sommet, et dans 10 % des cas, le lendemain ou le surlendemain. Ce n'est pas la quantité de glaire qui compte, mais sa **qualité**.

2.3.3. Principes et applications

La méthode Billings repose sur l'observation de la glaire cervicale: son **aspect visuel** (couleur: jaune, blanche, transparente et consistance: collante, élastique, filante) et la **sensation** que la femme perçoit à la vulve (sèche, humide, mouillée ou lubrifiée). Pour cela, la femme doit y penser naturellement 3 à 4 fois par jour. En cas de variations dans la journée, elle privilégiera l'observation la plus fertile. Aucun examen interne n'est nécessaire.

En pratique, il est conseillé aux couples d'élaborer un tableau qu'ils rempliront à l'aide de vignettes de couleur, le soir. Le rouge correspond aux menstruations (ou éventuellement à des jours de saignements entre les règles), le vert à la sensation de sécheresse, le blanc avec bébé à la période féconde, c'est à dire aux changements dans la sensation perçue. Au début de cette période, la sensation produite est souvent une humidité avec viscosité, le dernier jour au cours duquel la femme perçoit une nette sensation de glissement est le jour sommet. Ce jour-là, on rajoute un sommet, l'appréciation ne pourra être faite que le lendemain. Il est suivi de trois jours, où les timbres seront jaunes avec bébé si la femme perçoit encore des sensations ou verts avec bébé s'il n'y a pas de glaire.



Exemple de tableau d'un cycle menstruel observé par la MOB

Aux vignettes s'ajoutent 4 règles de prudence:

- La **règle des saignements** est de faire abstinence pendant les menstruations et les jours de saignements. Tout saignement doit être considéré comme une période de fécondité possible.

-La **règle des premiers jours** est de faire abstinence en période pré-ovulatoire le lendemain d'un rapport sexuel, puisque le liquide séminal gêne l'observation. La femme s'observant au cours de la journée, s'il y a rapport sexuel, celui-ci ne peut avoir lieu que le soir. Donc les unions sont possibles un jour sur deux, le soir au coucher.

-La **règle de la fécondité interrompue** consiste à s'abstenir dès qu'il y a une interruption du profil d'infécondité de base et 3 jours après l'arrêt de cette période de sécrétions changeantes.

-La **règle du sommet** consiste à s'abstenir des unions dès l'entrée en période féconde jusqu'au jour sommet, et durant les 3 jours suivants. Les rapports sont de nouveau possibles le matin du quatrième jour.

2.3.4. Efficacité et acceptabilité

Les études réalisées depuis une trentaine d'années montrent des résultats très variables. L'indice de Pearl fixé à 3 par l'OMS va de 0,86 (étude indienne de 1995) à 4,4 (étude chinoise de 1990) pour l'efficacité théorique de la MOB [23,12]. Les auteurs s'accordent cependant pour dire la nécessité d'une motivation de la part du couple et d'un encadrement par des moniteurs (voir coordonnées en annexe). En effet, cette méthode impose de la rigueur et une certaine maîtrise de soi par les couples pendant les périodes fertiles.

L'observation de la glaire cervicale peut sembler compliquée, cependant, elle peut être apprise par les femmes en quelques cycles, quelque soit leur âge, leur culture, leur milieu socio-économique. La plupart des femmes la comprennent instinctivement lorsqu'elle leur est décrite correctement [13].

2.3.5. Les tests d'ovulation et la méthode Billings, une aide ponctuelle

Afin d'être certaines de leur jour sommet, certaines femmes utilisent des tests d'ovulation urinaire (type Ovulation Strip Test). Ces tests repèrent le taux de LH dans les urines, et se positivent à partir d'un certain seuil. Ils peuvent être des outils intéressants pour des femmes angoissées, ou dans des situations particulières tel

qu'après un accouchement, après des grossesses rapprochées... Ils redonnent aux femmes autonomie et assurance. Ces tests sont bien sûr utilisés avec un suivi rigoureux des règles Billings, en particulier la règle des trois jours après le jour-sommet, c'est-à-dire après le test urinaire positif.

Des **méthodes calculo-hormonales** se basent sur les tests urinaires et leur analyse informatique (augmentation brutale du taux de LH sur un test réalisé avec les premières urines du matin) afin de déterminer la période fertile. En France, la méthode est commercialisée sous le nom de **Persona®**. Le mini-ordinateur coûte 100 euros et la boîte de 8 bâtonnets environ 15 euros (8 tests à réaliser par mois). Le laboratoire anglais Unipath Ltd affiche une fiabilité de **94 %** ; celle-ci semble sur-évaluée [14].

La période d'ovulation peut aussi être vue par l'observation microscopique de la salive [15]. L'ovulation est accompagnée d'un pic oestrogénique qui charge la salive et les mucus de l'utérus de saline. **Ovatel®** (24 euros) est un mini-microscope qui permet à la femme d'observer sa salive: les sels qui y sont contenus en période d'ovulation présentent un dessin de fougère qui disparaît totalement après l'ovulation. Ce détecteur d'ovulation n'est pas une méthode de régulation des naissances, il permet seulement de déterminer la période fertile. Sur le site promulgant cette méthode, il est indiqué un taux d'efficacité de **98%**. Cependant nous n'avons pu retrouver aucune référence bibliographique à ce sujet.

2.3.6. L'algorithme des deux jours

L'algorithme des deux jours ou **TwoDays Method** est une simplification de la MOB. Les femmes doivent se poser deux questions: Est-ce que j'ai eu des sécrétions aujourd'hui? Hier? Si la réponse est « non » à ces questions, elles ont peu de chance d'être fertile. Peu importe le type de sécrétion, leur présence suffit pour conclure. Une étude de 2004 réalisée sur 450 femmes âgées de 18 à 39 ans, sur 13 cycles d'utilisation donne un indice de Pearl de **3,5** pour une utilisation correcte de la méthode, de **6,3** avec l'utilisation d'une méthode barrière les jours fertiles et de **13,7** si on inclut tous les cycles et toutes les grossesses dans l'analyse [16].

2.4. La méthode d'auto-observation

2.4.1. Historique

En 1964, après la découverte de la méthode Billings, des couples ont adopté une **méthode muco-thermique** en Europe occidentale. La **méthode sympto-thermique** s'est développée par la suite afin d'augmenter la fiabilité de l'observation.

Le mot « sympto-thermique » a été utilisé pour la première fois en 1968 par le médecin autrichien Josef Rötzer. La méthode a été décrite par Paul Thyra en 1978. Le Dr Anna Flynn, fondatrice du centre de Planification Familiale Naturelle, l'a enseignée en Angleterre et en Allemagne dès 1980 puis la méthode s'est diffusée en Belgique en 1985 [17,18].

La méthode sympto-thermique utilisait un double contrôle: l'évaluation de la glaire cervicale en relation avec les calculs en période pré-ovulatoire et avec la courbe thermique en période post-ovulatoire. Actuellement, le qualificatif sympto-thermique est le plus souvent utilisé pour une méthode n'observant que la glaire et la température, éventuellement confirmée par d'autres signes (col, douleurs à l'ovulation, tension mammaire...). Cette méthode simple contrôle, moins contraignante que la méthode décrite à l'origine, est aussi appelée **Méthode d'Auto-Observation** (MAO). Elle est enseignée en France par le Centre de Liaison des Equipes de Recherche (CLER). C'est de cette méthode dont nous parlerons.

2.4.2. Bases physiologiques

Nous avons déjà abordé les sujets de la température et de la glaire cervicale dans les précédentes méthodes, nous n'y reviendrons donc pas pour nous attarder sur les autres signes de fertilité qui sont le col et des signes subjectifs.

Le col de l'utérus est sous influence hormonale: les œstrogènes le ramollissent, il s'ouvre, subit une ascension et se redresse. Ainsi, pendant la phase pré-ovulatoire le col est d'abord un peu haut, plus mou, plus lisse, un peu ouvert, c'est la **phase de latence** ou **phase intermédiaire**. Puis il est très haut, spongieux, ouvert, et redressé dans l'axe du vagin, c'est la **phase féconde**. La progestérone inhibe les effets des œstrogènes et augmente le tonus des fibres du col. Ainsi, pendant la phase post-ovulatoire le col est bas, dur, rugueux, fermé, incliné: c'est la **phase inféconde**. [19]

Les signes de fertilité sont présents pendant la période de l'ovulation. Ce sont

une douleur pelvienne parfois latéralisée, un saignement, une tension mammaire...
A noter qu'aucun de ces signes ne prédit l'ovulation, ce sont des signes d'appoint que certaines femmes perçoivent.

2.4.3. Principes et applications

Les règles de la MAO reprennent des principes des méthodes Billings et des températures. **La période féconde, fertile, se trouve entre le premier jour de glaire sentie ou vue à la vulve au troisième matin de température haute et stable.**

En période pré-ovulatoire ou période de latence, le couple utilise la règle des premiers jours (union possible un soir sur deux en l'absence de glaire) et celle de la fécondité interrompue (en présence de glaire ou de saignement, le couple est fertile pendant ces jours et les trois jours secs qui suivent).

En période post-ovulatoire, le couple utilise la règle de la température (abstinence jusqu'au 3ème matin de température haute et stable) puis il se sait infertile et peut dès lors cesser l'auto-observation jusqu'aux règles suivantes (même en présence de glaire).

L'auto-palpation du col est utilisée si les deux signes principaux (température et glaire) sont insuffisants (moins de 4 jours de glaire sentie ou extériorisée à la vulve, abondance de la desquamation vaginale parfois difficile à différencier de la glaire, décalage thermique difficile à lire). Dans cette méthode, il est recommandé aux couples de se faire guider par un couple moniteur afin d'interpréter correctement le tableau qu'ils auront réalisé.

De nouvelles applications informatiques de la MAO sont apparues: une pour téléphone portable, depuis 2006: Sympto-ch [20] et une mise en place par le CLER depuis 2007 afin de faciliter le report et l'interprétation des courbes menstruelles: le logiciel Dafra, téléchargeable sur le site du CLER [21].

NB: Lors de l'allaitement, du postpartum, de la péri-ménopause et après l'arrêt d'une autre contraception, les règles de la méthode sympto-thermique sont quelque peu différentes. Il est conseillé aux couples de se faire guider pendant ces périodes. Par exemple en ce qui concerne l'allaitement, selon la MAO, la femme a une stérilité absolue 2 semaines si elle n'allait pas et prend du Parlodel, 3 semaines si elle n'allait pas, 4 semaines en cas d'allaitement partiel et 5 semaines avec un allaitement exclusif. Ainsi, après cette période, la femme recommencera son auto-observation.

2.4.3. Efficacité et acceptabilité

Une vaste étude française, réalisée en 2000 observe un index de Pearl de **1,13** lié à la méthode et **6,47** lié à une mauvaise utilisation [22]. L'OMS donne à la méthode symptothermique un index de Pearl de **2** quant à son efficacité théorique[23]. Cette méthode est la plus fiable des méthodes naturelles.

Cette méthode exigeante nécessite une grande motivation du couple et une formation appropriée afin d'éviter les grossesses non planifiées.

2.5. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle

2.5.1. Historique et bases physiologiques

Les bienfaits de l'allaitement maternel sont connus depuis de nombreuses années. Cependant ce n'est que récemment que des études ont été réalisées à propos du lien entre allaitement et infertilité. En 1988, sous l'égide de l'OMS, de l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) et de FHI (Family Health International), un résumé de 13 études dans 8 pays conclut que l'allaitement permet plus de **98%** de protection durant les six premiers mois de post-partum si la mère allaite complètement ou presque son enfant et si elle reste en aménorrhée (sans retour de couches): c'est le Consensus de Bellagio qui a été confirmé en 1995 [24]. La **Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle (MAL)** ou **Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)** découle de ce consensus.

Physiologiquement, même si tous les mécanismes ne sont pas élucidés, on sait que le degré de suppression de l'activité ovarienne est lié à la puissance du stimulus de succion, c'est-à-dire sa qualité et son maintien [25]. Un allaitement, même soutenu, ne bloque pas totalement la croissance folliculaire mais s'il est intense, il ne permettra pas le retour à une activité ovarienne compatible avec la fertilité. Certains expliquent cela par l'hyperprolactinémie reflétant l'activité de tétée, d'autres par la stimulation directe de l'axe hypothalamo-hypophysaire par le réflexe de succion. C'est pourquoi l'allaitement maternel doit toujours être **à la demande** du bébé, sans suivre aucun horaire fixe. Lorsque le bébé a faim, il tète plus vigoureusement que lorsque la mère décide de l'horaire.

De plus, la quantité de prolactine produite lors d'une tétée entre minuit et 5 h du

matin est plus élevée que lors d'une tétée de même durée le jour, d'où l'importance des **tétées nocturnes** [26].

2.5.2. Principes et applications

La méthode obéit à 3 principes:

- **Aménorrhée**. Les saignements qui se produisent durant les 56 premiers jours du postpartum ne sont pas pris en compte.

- **Allaitement maternel exclusif**, c'est à dire fréquent, sans complément, en évitant les tétines. L'allaitement doit être mis en place très précocement, dans les heures qui suivent l'accouchement. Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser quatre heures le jour et six heures la nuit.

- **Avant les 6 mois de l'enfant**. Le risque d'ovulation avant le retour de couches augmente avec le temps, il devient important après 26 semaines, soit 6 mois.

Si une des conditions n'est pas remplie, la femme sera possiblement fertile.

2.5.3. Efficacité et acceptabilité

La MAMA a un taux d'efficacité supérieur à **98%** selon le consensus de Bellagio. De nombreuses études réalisées dans les pays industrialisés et dans les pays en voie de développement montre des taux d'efficacité similaires si les conditions sont respectées [27].

Cette méthode est donc simple, fiable et accessible. Elle fait partie des méthodes naturelles de régulation des naissances car elle utilise un fait naturel, sans altérer de façon artificielle le cours des unions sexuelles, afin d'espacer les naissances. Cette méthode peut permettre aux couples de reprendre avec sécurité les rapports sexuels, elle permet de minimiser les périodes d'abstinence qui seraient nécessaires devant l'apparition de signes de glaire confus. L'utilisation de la MAMA améliore ainsi l'acceptabilité et la durée de l'allaitement.

3. Autre utilisation : favoriser une grossesse

Nous avons vu que les méthodes naturelles permettent de déterminer la période d'ovulation. Ainsi, si le couple souhaite débiter une grossesse, il s'unira pendant les périodes fertiles observées, si possible le jour de l'ovulation.

ENQUETE

MATERIEL ET METHODES

La population étudiée est celle des sages-femmes du Maine et Loire. Nous incluons donc dans l'étude toutes les sages-femmes hospitalières qui travaillent au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, à la Clinique de l'Anjou d'Angers, au Centre Hospitalier de Cholet, à la polyclinique du parc de Cholet, et au Centre Hospitalier de Saumur. Ces sages-femmes sont au nombre de 157, dont 4 sages-femmes travaillant à l'école de sages-femmes René Rouchy d'Angers. Nous avons ajouté à cet effectif les 36 sages-femmes qui exercent une fonction libérale, selon les données du Conseil de l'Ordre des sages-femmes. Enfin, 5 sages-femmes travaillant pour le service de la Protection Maternelle Infantile (PMI) ont été ajoutées à notre population. Au total, notre effectif s'élève à 198 sages-femmes.

Un questionnaire a été réalisé dans le cadre de l'étude. Il se compose de 4 parties: la première sur l'identité de la sage-femme (état civil, niveau professionnel). La deuxième traite de la contraception utilisée par la sage-femme et son intérêt à propos de ce sujet. La troisième partie évalue les connaissances de la population au sujet des différentes méthodes naturelles de régulation des naissances. Ainsi, par des questions ouvertes, nous avons voulu laisser les sages-femmes s'exprimer librement. Nous avons aussi évalué dans cette partie les connaissances des recommandations de l'ANAES au sujet de ces méthodes. Enfin, dans une quatrième partie, nous voulions savoir si la sage-femme avait été confrontée professionnellement à des situations concernant les méthodes naturelles, la façon dont elle avait réagi, ainsi que son avis sur sa formation passée et ses souhaits pour l'avenir.

Les questionnaires ont été envoyés, joints à des lettres d'information, le 11 août 2008, et devaient être rendus avant le 1er septembre 2008 (questionnaire et lettre disponibles en annexe).

Pour les sages-femmes hospitalières, nous avons contacté les cadres de tous les centres hospitaliers du département afin d'obtenir leur accord pour divulguer les questionnaires dans leurs services. Ainsi, nous avons pu leur envoyer plusieurs copies avec une enveloppe timbrée afin qu'elles renvoient les questionnaires remplis à l'école de sages-femmes d'Angers.

Pour les sages-femmes libérales, le questionnaire et la lettre d'information leur était envoyés à l'adresse de leur cabinet d'exercice, de même pour les sages-femmes de PMI. Pour ce groupe de sages-femmes, un numéro était attribué à chaque questionnaire afin de pouvoir effectuer des relances téléphoniques. Les questionnaires reçus nous permettaient de cocher les personnes répondantes avant d'effacer ce chiffre dans un souci d'anonymat.

Nous avons donc effectué des relances téléphoniques à partir du 1er septembre et ce jusqu'à la fin du mois d'octobre afin de recueillir le maximum de questionnaires.

Le bordereau de recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir du classeur du logiciel Open Office. L'analyse statistique a été effectuée à partir du logiciel d'épidémiologie d'Atlanta « Epi-Info ». Pour comparer les valeurs qualitatives de deux groupes, nous avons utilisé le corrigé de Yates et le test exact de Fisher lorsqu'une des valeurs attendues était inférieure à 5. Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0,05.

RESULTATS

Au terme de l'enquête, nous avons reçu 72 questionnaires sur 198, soit un taux de réponse de 36,4%.

1. Caractéristiques personnelles de la population

La majorité de la population étudiée est de sexe féminin (97,2%).

L'âge moyen de la population est de 35,17 ans avec un écart type de 9,92, un âge minimum de 22 ans et un âge maximum de 58 ans.

Le nombre moyen d'enfant des sages-femmes est de 1,2, l'écart type est de 1,37 avec un minimum de 0 et un maximum de 4 enfants.

Tableau I : Caractéristiques personnelles

	Sages-femmes n=72 n (%)
Sexe	
féminin	70 (97,2)
masculin	2 (2,8)
Age	
< 26 ans	13 (18,1)
26 à 35 ans	28 (38,9)
36 à 45 ans	19 (26,4)
> 45 ans	12 (16,7)
Situation familiale	
célibataire	21 (29,2)
vie maritale	20 (27,8)
marié(e)	29 (40,3)
divorcé(e)	2 (2,8)
Nombre d'enfant	
0	35 (48,6)
1	9 (12,5)
2	11 (15,3)
3	13 (18,1)
4	4 (5,6)

2. Caractéristiques professionnelles de la population

La durée moyenne d'exercice des sages-femmes étudiées est de 11,84 ans .L'écart-type est de 9,82, la durée minimum est de 2 mois et la durée maximum de 36 ans.

Tableau II : Caractéristiques professionnelles

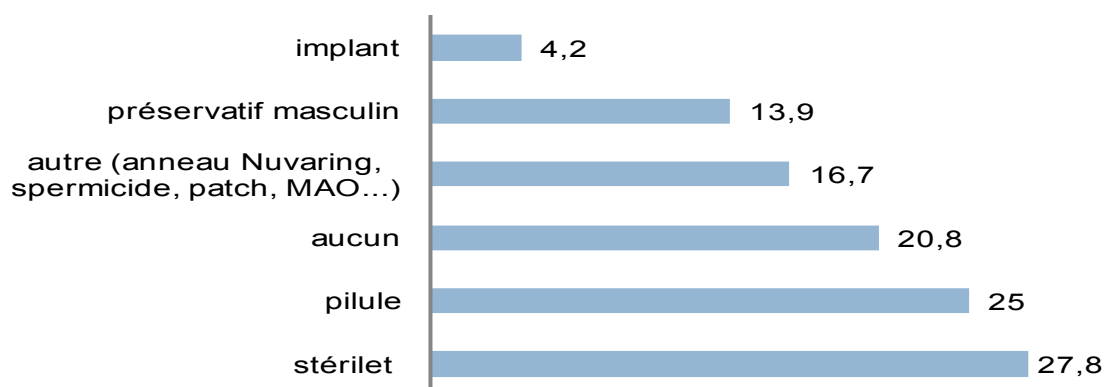
Sages-femmes	
n (%)	
Année d'obtention du Diplôme d'État	
Avant 1988	14 (19,4)
De 1988 à 1997	20 (27,8)
De 1998 à 2002	12 (16,7)
Après 2002	29 (40,3)

3. La contraception et la population

La contraception est un sujet qui intéresse personnellement 88,9% du groupe d'étude (soit 64/72).

Un intérêt professionnel à la contraception est retrouvé dans une grande majorité: 94,4% (soit 68/72). Cependant, les 5,6% restants de cette population qui n'y voient pas d'intérêt s'y intéressent personnellement pour la moitié d'entre eux; on remarque aussi que l'autre moitié de ce groupe utilise personnellement un moyen contraceptif et tous désirent se former sur les méthodes naturelles.

figure 1: moyen de contraception utilisé (en pourcentage)



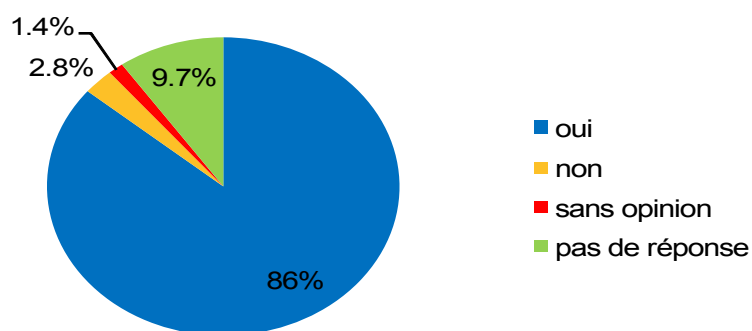
Parmi les personnes qui n'ont *aucun* moyen de contraception, 6,9% de la population signalent qu'elles sont trop âgées, et 1,4% désirent un enfant.

Parmi les sages-femmes qui prennent la *pilule*, 1,4% utilisent le préservatif en complément et 2,8% ont pris la pilule suivie du stérilet et enfin plus aucun moyen du fait de leur âge.

Pour les utilisateurs(trices) du *préservatif masculin*, il est associé pour 60,4% de cette population à une autre méthode contraceptive: pilule, retrait, méthodes d'auto-observation ou anneau.

Enfin, les *autres moyens* utilisés sont l'anneau Nuvaring (7 sujets soit 9,7% de la population générale), le patch (1 soit 1,4%), les spermicides (1 soit 1,4%), les méthodes d'auto-observation (1 soit 1,4%) et la méthode Essure, technique de stérilisation tubaire (1 soit 1,4%).

figure 2: satisfaction des sages femmes de leur méthode contraceptive



Les sages-femmes sont satisfaites de leur moyen de contraception pour 86% d'entre elles.

La contraception n'est pas satisfaisante pour 2,8% de la population, en effet parmi eux, une utilisatrice de la pilule notait: « *non physiologique, ne pas savoir les conséquences des hormones* ». 1,4% utilise les méthodes d'auto-observation associées aux préservatifs et écrivait « *contrainte de penser contraception dans un moment intime.* »

4. Les méthodes naturelles

4.1. Connaissances globales des sages-femmes

- Avez-vous déjà entendu parler des méthodes naturelles?

La réponse est oui pour 98,6% des sages-femmes (71/72).

- Si oui, par qui?

Tableau III : Connaissances globales des méthodes naturelles

Par	Sages-femmes	
	n (%)	
Entourage	26 (36,11)	
Prospectus	14 (19,4)	
Cours à l'école de sage-femme	62 (86,1)	
Patients	28 (38,9)	
Autre	29 (40,3)	

Dans la catégorie *Autre*, on retrouve 11,1% de la population qui a eu connaissance de ces méthodes par des revues médicales, 11,1% par des collègues sages-femmes ou la formation continue des sages-femmes, 6,7% qui a eu recours à internet, 6,7% par le biais de la presse, 2,8% par un gynécologue et enfin une personne, soit 1,4%, qui a eu des cours sur le sujet au lycée.

4.2. Connaissances précises des sages-femmes

Tableau IV : Connaissances précises des méthodes naturelles

Connaissances	Sages-femmes n (%) n=72				
	Méthode Ogino	Méthode des Températures	Méthode Billings	Méthode sympto-thermique	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle
précises et correctes	9 (12,5)	2 (2,8)	3 (4,2)	1 (1,4)	5 (6,9)
peu précises	48 (66,7)	58 (80,6)	57 (79,2)	23 (31,9)	41 (56,9)
fausses	6 (8,3)	8 (11,1)	9 (12,5)	3 (4,2)	17 (23,6)
aucune	0	0	0	29 (40,3)	7 (9,7)
Pas de réponse	9 (12,5)	4 (5,6)	3 (4,2)	16 (22,2)	2 (2,8)

- Que savez-vous de la méthode Ogino?

Les sages-femmes ont répondu précisément ces différents items:

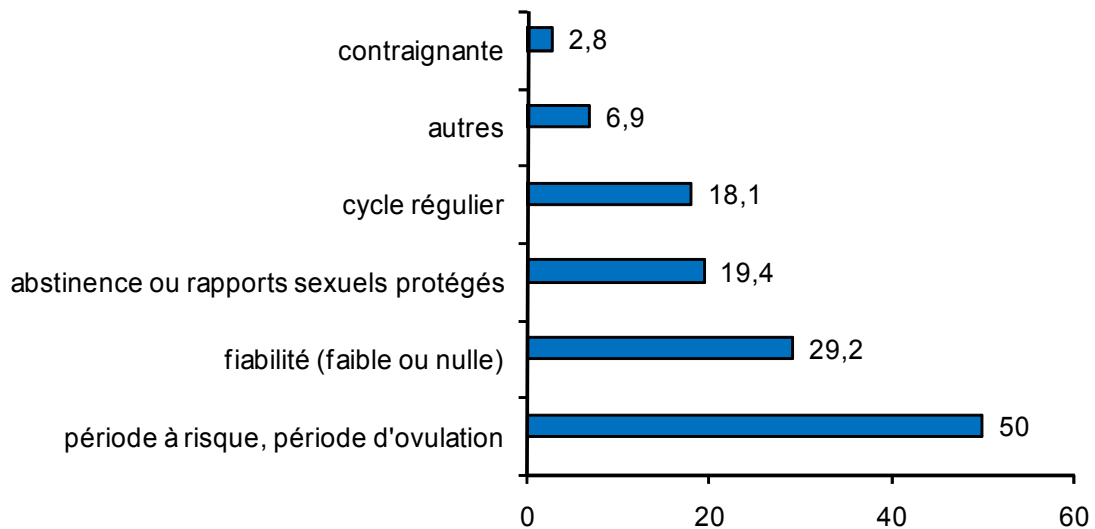


Figure 3 : La Méthode Ogino (en pourcentage)

Dans la **méthode Ogino**, la *période à risque* ou la *période d'ovulation* dont parle 50% de la population, se situe autour du 14^{ème} jour (pour 41,7% de cette population) ou autour du 15^{ème} jour (2,8%). Cette période centrée sur l'ovulation varie de 2 à 5 jours avant («2-3 jours», «3 jours», «4 jours» ou «5 jours») à 2 à 5 jours après («2 jours», «2-3 jours», «3 jours», «4 jours» ou «5 jours»). Une personne parle d'une période allant « de J11 à J17 » et une autre de « J10 à J19 ». Dans les réponses *autres*, on trouve : « calcul sur 12 mois », « les bébés Oginos », « étude de la courbe de Température », « méthode connue mais non prescrite », « 30% des femmes ovulent au 14^{ème} jour du cycle. »

- Que savez-vous de la méthode des Températures?

Les sages-femmes ont répondu précisément ces différents items:

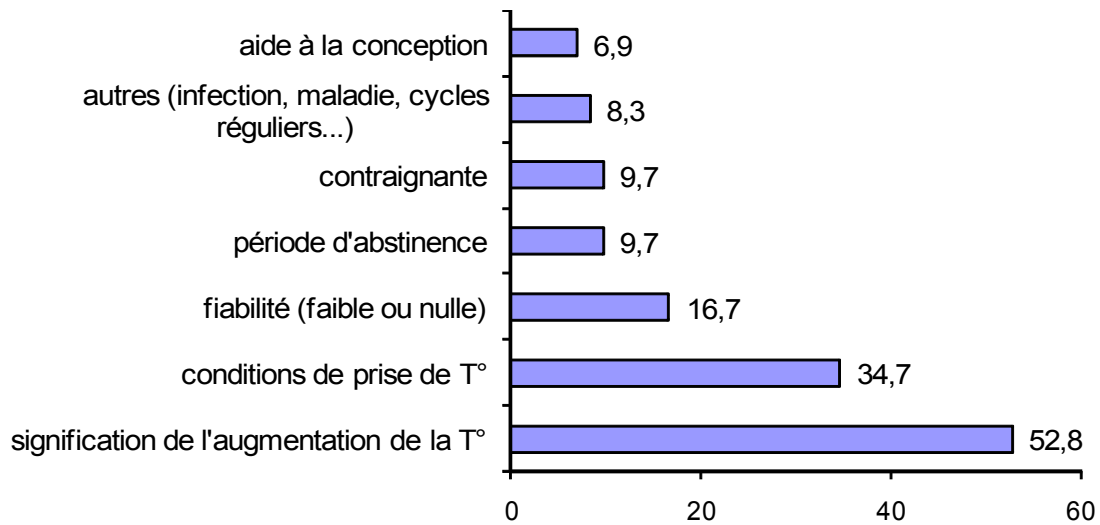


Figure 4: Méthode des températures (en pourcentage)

La *signification de l'augmentation de la température* dans la **méthode des températures** correspond à : « l'ovulation », « 24 à 48 heures avant l'ovulation », « à l'approche » ou « après l'ovulation », « à la deuxième partie du cycle », « à la fin de la période féconde », « la confirmation de l'ovulation », « augmentation de la température avec la progestérone à partir du corps jaune ». Cette augmentation est de « +0,3°C », « +0,5°C », « - de 37° avant l'ovulation et +37°C après » ou « +37°C deux jours après » ou encore « plus de 37° pendant l'ovulation » ou « environ 37 ».

Les *conditions de prise de température* dans cette méthode sont: « tous les jours », « à la même heure », « dans des conditions identiques », « tous les matins », « au réveil » ou « au lever » ou « au lit », « avant de poser le pied par terre », « avec la création d'une courbe », et « en rectal ».

La *période d'abstinence* se situe « pendant la période d'ovulation », « avant le décalage thermique », « avant l'augmentation de température », « jusqu'à 5 jours après l'ovulation », « rapports sexuels possibles après 3 jours de plateau thermique ».

Les infections, les maladies ont été citées dans la méthode des températures car elles « entraînent des modifications de la température ». Deux personnes signalent aussi que des cycles réguliers sont nécessaires à l'application de la méthode. Et enfin, une personne dit connaître la méthode mais ajoute « qu'elle n'est pas prescrite ».

- Que savez-vous de la Méthode d'Ovulation Billings?

Les sages-femmes ont répondu précisément ces différents items:

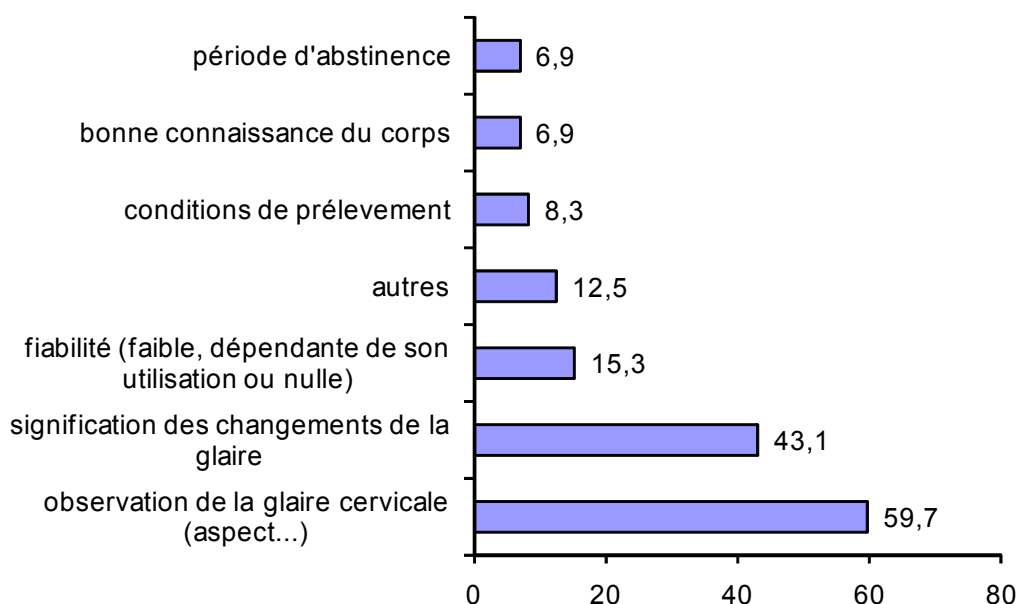


Figure 5: La Méthode Billings (en pourcentage)

L'*observation de la glaire cervicale* dans la **Méthode d'Ovulation Billings** concerne sa texture: « *glaire épaisse* », « *filante* », « *aspect +/- compact* », « *collante* », « *fluide* », « *consistante* », « *cristallisation en feuilles de fougère* », sa « *couleur et sa perméabilité* », « *imperméable aux spermatozoïdes* », son abondance : « *augmentation* », « *glaire importante* », sa « *présence* ».

La *signification du changement d'aspect de la glaire* correspond pour 30,6% de la population à l'ovulation, pour 8,3% à une période fertile pour la femme et pour 11,1% la glaire varie en fonction de la période du cycle.

Les *conditions de prélèvement* citées sont: « *observation quotidienne* », « *par un toucher vaginal* », « *auto-examen* », « *auto-évaluation après un prélèvement* », « *entre pouce et index, tous les matins* », ou « *entre les doigts* ».

Dans les *autres réponses*, on trouve: « *peu fiable surtout si infection vaginale* », « *à utiliser conjointement à une autre méthode* », « *à associer avec la méthode du calendrier pour être efficace* », « *ok et persona ?* », « *connaissance que toutes les patientes n'ont pas* », « *doit être bien expliquée aux patients* ».

- Que savez-vous de la méthode sympto-thermique?

Les sages-femmes ont répondu précisément ces différents items:

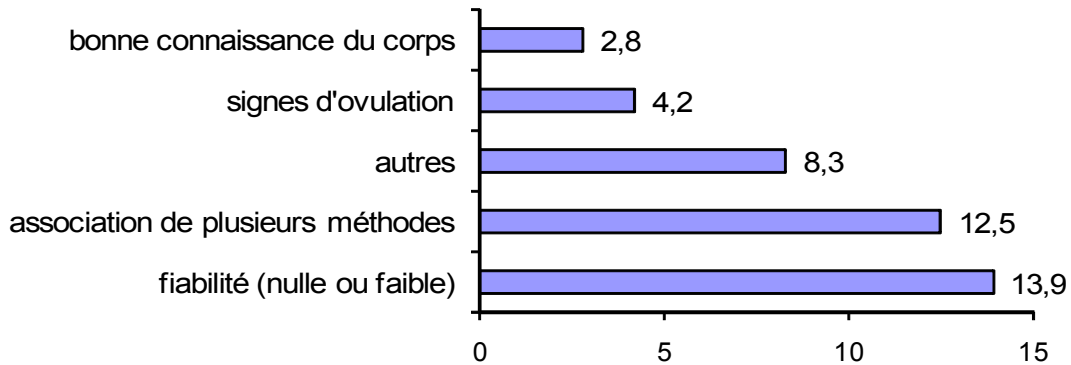


Figure 6: Méthode sympto-thermique (en pourcentage)

La **méthode sympto-thermique** est décrite comme une association de méthodes : « *méthode des températures + méthode Billings* », « *Billings avec plusieurs indicateurs* », « *Ogino + températures + Billings* », « *glaire + température + col* », « *comptage + glaire + température + col* », « *c'est une méthode complète.* » Les *signes d'ovulation* décrits sont « *des bouffées de chaleur, une sensation d'ovulation !* », « *douleur ressentie du côté droit ou gauche (au niveau de l'hypochondre) en fonction de l'ovaire fonctionnel* ». Les *autres* informations données sont : « *étude de la glaire* », « *contraignant* », « *correspond à peu de profil de femmes* », « *peu connu par les femmes* » et « *il paraît qu'il y a un organiset qui existe?* ».

- Que savez-vous de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle?

Les sages-femmes ont répondu précisément ces différents items:

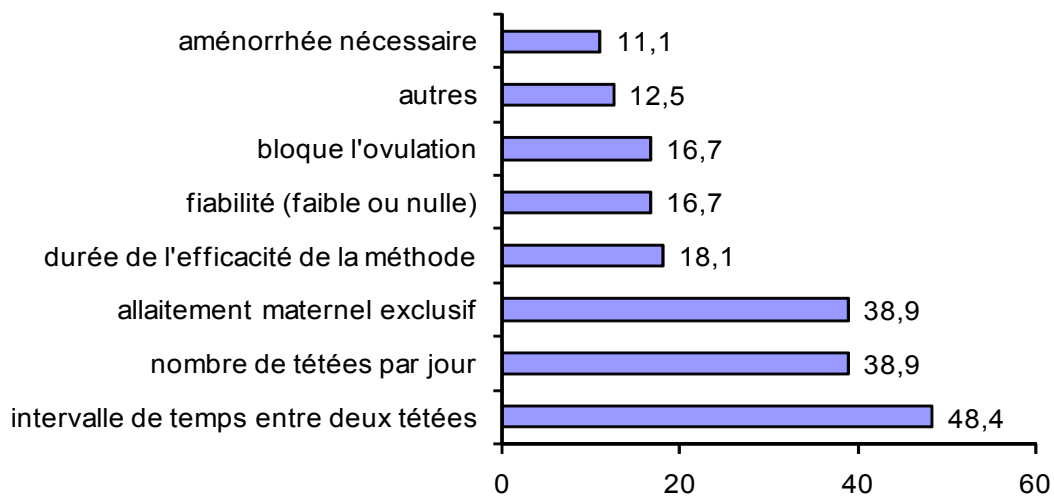


Figure 7: La Méthode de l'aménorrhée lactationnelle (en pourcentage)

La **Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle** suppose un *allaitement maternel exclusif* pour 38,9% des sages-femmes, c'est à dire « *sans complément* », « *exclusif jour et nuit* », « *pas de biberon, pas de tétine, allaitement complet.* ». Une même proportion de sages-femmes précise un *nombre de tétées nécessaire par jour*, nombre variable selon leurs indications : « *au moins 5* », « *un minimum de 6 tétées* », « *7 tétées par jour* », « *6 à 8 tétées par jour* », « *plus de 8* », « *environ 10* » ou « *plus de 10 tétées* ». Des sages-femmes précisent la nécessité d'une ou plusieurs tétées la nuit : « *6 tétées par jour et une la nuit* », « *plus de 6 tétées par jour dont 2 la nuit* », et « *plus de 6 tétées le jour et plus de 3 tétées la nuit* ». L'intervalle entre deux tétées quant à lui varie selon les réponses des sages-femmes de « *3 heures* », « *4 heures* », à « *6 heures maximum* » ou de « *4 heures le jour et 6 heures la nuit.* ».

La *durée de l'efficacité* de cette méthode est énoncée chez 18,1% de la population : « *6 mois* » pour 10 sages-femmes (soit 13,9%) et « *5-6 premiers mois de l'enfant* », « *3 mois* », « *aléatoire sur la durée.* »

Une remarque est à noter pour ce qui est de la fiabilité de la méthode: « *méthode non fiable dans notre pays* ».

Enfin, les *autres* réponses sont : « *contraignant* », « *reconnue efficace par l'HAS* ».

5. Pratiques de la sage-femme

Les sages-femmes qui ont déjà proposé une méthode naturelle de façon spontanée à leurs patients sont 15 soit 20,8% du groupe d'étude. Parmi elles, 7 connaissaient à peu près correctement la méthode Ogino, 8 la méthode des températures, 9 la Méthode d'Ovulation Billings. Seule une sage-femme de ce groupe a des connaissances peu précises au sujet des méthodes sympto-thermiques et 5 connaissaient précisément la Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle.

Tableau V : Profil des couples utilisateurs selon les sages-femmes

	Sages-femmes n (%) n=72
bonne connaissance de son corps, rigueur	22 (30,6)
grossesse envisageable	19 (26,4)
refus de toute autre contraception	18 (25)
aucun profil	11 (15,3)
demande des femmes	10 (13,9)
contre-indications aux autres moyens contraceptifs	9 (12,5)
couples stables	7 (9,7)
couples « bio »	6 (8,3)
religion	5 (6,9)
cycles réguliers	4 (5,6)
aide à la procréation	4 (5,6)

Les sages-femmes qui ont déjà été confrontées à une demande de conseil de la part d'une femme ou d'un couple à propos des méthodes naturelles de régulation des naissances sont 42/72 soit 58,3 % de la population.

Face à ce type de situation, il semble envisageable de répondre aux attentes des couples ou des femmes pour 70,8% des sages-femmes.

Tableau VI : Attitude pratique des sages-femmes

	Sages-femmes n (%) n=72
<i>Réponse à une demande de conseil</i>	
Oui,	51 (70,8)
par respect choix couple	51 (70,8)
devoir d'informer	46 (63,9)
autre	3 (4,2)
Non,	12 (16,7)
par manque de connaissance sur le sujet	10 (13,9)
manque de temps	2 (2,8)
méthode non fiable	13 (18,1)
autre	2 (2,8)
Oui et non	8 (11,1)
Pas de réponse	1 (1,4)

Dans les réponses positives face à une demande de conseils, les 4,2% autres réponses sont : « plaisir d'informer », « pour les dissuader sauf si il y a un désir de grossesse », et enfin « après une documentation sur le sujet et un bon examen de la situation dans laquelle la patiente se trouve ». Dans les réponses négatives, les 2,8% autres sont : « je travaille sur un autre domaine actuellement » et « la grossesse doit être programmée. »

- Les méthodes naturelles n'ont aucune contre- indication.

Les sages-femmes qui ont répondu vrai à cette affirmation sont 32 (soit 44,4% de la population), celles qui ne savent pas sont 14 (19,4%), celles qui ont répondu faux sont 30 (41,8%) et 4 personnes n'ont pas répondu à la question (5,6%).

Les contre-indications aux méthodes naturelles citées par les sages-femmes sont les contre-indications à une grossesse (8 sages-femmes soit 11,1%): « les cardiopathies sévères », « une pathologie maternelle aggravée par la grossesse », « une grossesse trop à risque », une grossesse non envisageable (4,2% des sages-femmes), une incapacité des femmes à comprendre les méthodes (4 sages-femmes soit 5,6%): « adolescentes », « déficit intellectuel », « patientes non fiables », « QI limité », « incapacité des patientes à gérer ce genre de méthode ». 16,7% des sages-femmes pensent que les méthodes sont impossibles à réaliser si « travail de nuit » (2,8%), « une malformation à l'oreille », « des cycles irréguliers », « une mauvaise connaissance du cycle menstruel », « mauvaise connaissance du corps », « un contexte d'infection, de fièvres ». Les autres raisons citées par 3 sages-femmes (4,2%) sont un « partenaire non impliqué », « la période du postpartum », « un allaitement maternel contre-indiqué ».

Tableau VII : Efficacité des méthodes naturelles selon les sages-femmes

	Méthode efficace	Non efficace	p
	n (%)	n (%)	
	n = 34	n = 37	
pas de précision	15 (44,1)	20 (54,1)	
Ogino	1 (2,9)	12 (32,4)	0,001
T°	5 (14,7)	10 (27)	NS
MOB	6 (17,6)	10 (27)	NS
MAO	1 (2,9)	9 (24,3)	0,014
MAMA	11 (32,4)	10 (27)	NS
autres méthodes	3 (8,8)	3 (8,1)	NS

A la question de l'efficacité des méthodes naturelles, on compte 4 absences de réponse (soit 5,6%), et une réponse « *ne sait pas* » (soit 1,4% de la population). Les *autres méthodes* énoncées sont les spermicides, le préservatif, et l'abstinence pour les méthodes efficaces, ainsi que le retrait pour les méthodes non efficaces.

5. Les recommandations

Tableau VIII : Recommandations professionnelles

Sages-femmes	
n (%)	
n = 72	
<i>Exposition des principes généraux à la patiente</i>	
Vrai	46 (63,9)
Faux	8 (11,1)
Ne sait pas	16 (22,2)
pas de réponse	2 (2,8)
<i>au partenaire</i>	
Vrai	28 (38,9)
Faux	15 (20,8)
Ne sait pas	24 (33,3)
pas de réponse	5 (6,9)
<i>Méthodes adaptées aux adolescentes</i>	
Vrai	2 (2,8)
Faux	69 (95,8)
Ne sait pas	1 (1,4)
<i>Rôle d'information de la sage femme</i>	
Oui	59 (81,9)
Non	8 (11,1)
Ne sait pas	4 (5,6)
pas de réponse	1 (1,4)

Devant toute femme envisageant l'utilisation d'une méthode contraceptive, il est recommandé à la sage-femme d'exposer les principes généraux des méthodes naturelles. 2 des 8 personnes qui ont répondu faux à cette question ajoutent: « *à adapter selon la patiente* » et « *pas pour toutes les patientes* ».

Pour l'exposition des principes au partenaire, un sujet me répond vrai « *en fonction de l'intimité.* »

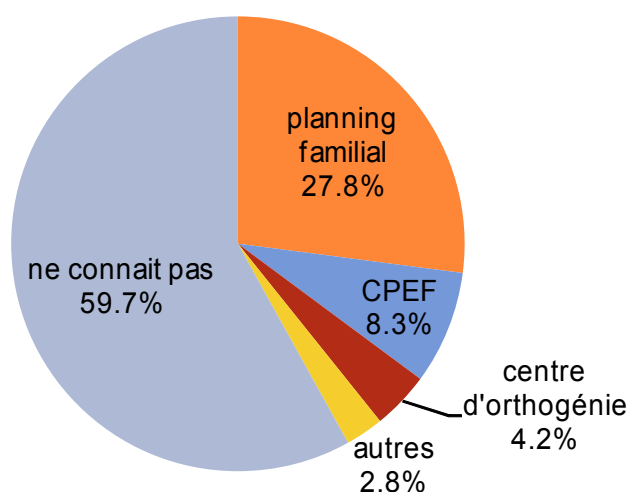
Il est du rôle de la sage femme d'accompagner ou d'orienter les couples demandeurs d'une régulation des naissances pour 81,9% de la population, deux commentaires sont rajoutés dans ce groupe: « *si elle en a la connaissance nécessaire, sinon non* » et « *plus ou moins* ».

6. La formation

- Connaissez-vous des personnes, organismes ou associations plus compétents dans ce domaine, vers lesquels vous pourriez orienter ces couples?

Les sages-femmes qui connaissaient des formateurs sont 29, soit 40,3% de la population.

figure 9 : Organismes formateurs connus des sages-femmes



Dans le groupe *autres*, 2,8% de la population signalent l'existence de « *groupes Billings au Mans* », vers qui ils pouvaient envoyer les patients qui en faisaient la demande.

Tableau IX : Formations professionnelles

Sages-femmes	
n (%)	
n = 72	
Formation estimée suffisante	
Oui	20 (27,8)
Non	46 (63,9)
Oui et non	5 (6,9)
Pas de réponse	1 (1,4)
Présence à un cours sur le sujet	
Oui	63 (87,5)
Non	6 (8,3)
Peut-être	3 (4,2)
Pas de réponse	2 (2,8)
Souhait	
Information écrite	37 (51,4)
Formation	27 (37,5)
Coordonnées d'associations ou d'organismes	42 (58,3)
Rien du tout	7 (9,7)

7. Remarques

Les sages-femmes qui ont ajouté des remarques sont 23 sur 72, soit 31,9% de notre groupe d'étude. Les remarques les plus intéressantes sont: « *On ne parle pas assez des méthodes contraceptives naturelles comme les préservatifs, les spermicides, qui seraient l'idéal en post-partum... Beaucoup de femmes se sentent obligées de prendre la pilule, oublient le plus souvent et ont peu de rapports, alors, intérêt??* », « *Je m'aperçois que devant ma méconnaissance des taux d'efficacité ou non des différentes méthodes, j'ai un a priori défavorable qui nuit à une information objective des patientes. D'où l'intérêt d'en apprendre peut-être davantage grâce à vous...* », « *il y a déjà un cours sur le sujet à Nantes* », « *(...) pour les méthodes et leurs descriptions, difficile de répondre à des questions ouvertes, mais je connais ces méthodes, sais qu'elles existent dans certaines cultures mais ne suis pas sûre qu'elles conviennent aux femmes actuelles (vie professionnelle, méconnaissance de leur corps, pas de temps pour ça, selon elles...)* ».

DISCUSSION

Dans notre étude, le taux de réponse est de 36,4% , ce qui est relativement faible. Nous en tiendrons donc compte dans l'interprétation des résultats. Nous n'avons pas demandé dans notre questionnaire le type d'exercice des sages-femmes, cela pourra constituer un biais dans l'interprétation des résultats, en particulier pour les questions n°13, 15 et 16.

Notre population, très disparate, est ainsi assez représentative des sages-femmes de notre groupe d'étude en général. En effet, selon une enquête d'avril 2007 du service statistique de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales [28], les sages-femmes du Maine et Loire sont 99% de femmes et notre population se compose principalement de femmes (97,2%). L'âge moyen des sages-femmes de la région Pays de la Loire est de 41,2 ans, celui de notre population est un peu plus jeune, de 35,2 ans. Nous n'avons pu retrouver l'âge moyen des sages-femmes du département, peut-être sont-elles plus jeunes en Maine et Loire, d'où cette différence d'âge? Les sages-femmes jeunes sont-elles plus intéressées par le sujet ? Cependant, les âges de notre population étaient très variés (de 22 à 58 ans) et de situation familiale différente. Le nombre d'années d'exercice est lui aussi très diversifié. Nous n'avons pas retrouvé de profil-type aux sages-femmes qui ont répondu aux questionnaires. On remarque peu d'enfants chez les sages-femmes: 1,2 en moyenne. Or en France, le nombre moyen d'enfants par femme est de 2,2. Ce chiffre est sans doute dû à la forte proportion de célibataires qui composent notre groupe d'étude (29,2%) et au nombre important de personnes sans enfant (48,6% des sages-femmes). Ces chiffres renseignent aussi sur les moyens de contraception utilisés par les sages-femmes car nous avons retrouvé 20,8% de la population qui n'utilise aucun moyen de contraception. Les sages-femmes montrent une préférence pour le stérilet (27,8%) et pour la pilule (25%).

Nous avons trouvé un grand intérêt des sages-femmes interrogées pour la contraception, en particulier au niveau professionnel car 94,4% du groupe d'étude ont répondu positivement à la question n°7. De plus le faible pourcentage restant (5,6% qui ne montre pas d'intérêt professionnel à la contraception) manifeste un intérêt personnel pour la moitié d'entre eux et tous désirent se former sur les méthodes naturelles de régulation des naissances. Le sujet de notre étude semble intéresser les

personnes qui ont répondu au questionnaire.

Notre étude, réalisée dans le département du Maine et Loire peut être comparée à deux autres études similaires, réalisées dans la région parisienne, afin d'élargir notre réflexion. La première enquête a été menée en 2004 par une étudiante sage-femme dans le cadre de son mémoire de fin d'étude [29]. Elle s'adressait aux sages-femmes des services de suites de couches de 4 hôpitaux de la région parisienne. Cette étude semi-directive (l'étudiante était présente lors du remplissage des questionnaires) compte 50 questionnaires, avec un taux de réponse de 100%. En parallèle, 10 témoignages de couples utilisant les méthodes naturelles de régulation des naissances ont été recueillis et comparés aux réponses des sages-femmes. La population étudiée par les questionnaires est proche de la nôtre; en effet ce sont des sages-femmes d'une moyenne d'âge similaire. Cependant, elles exercent toutes en milieu hospitalier, à la différence de notre groupe d'étude, peut-être moins restrictif .

La deuxième étude s'intéresse aux internes en médecine générale de la faculté de médecine René Descartes de l'Université Paris V. Réalisée en 2006 dans le cadre d'une thèse pour le doctorat en médecine [30], cette étude est une enquête constituée de questionnaires distribués par voie postale. Elle compte 169 réponses sur 257 soit un taux de réponse de 66%, chiffre plus élevé que celui de notre étude. Ce groupe d'étude composé de futurs médecins sera quelque peu différent du nôtre en raison d'une proportion plus importante d'hommes (25%) et d'une moyenne d'âge plus faible: 27,9 ans. Néanmoins les sujets de nos questionnaires respectifs se rejoignent et les informations délivrées au cours des études de sage-femme et de médecine à propos de la contraception et des méthodes naturelles de régulation des naissances semblent être équivalentes.

Les méthodes naturelles s'avèrent connues de façon globale dans notre population. En effet 98,6 % des sages-femmes en ont déjà entendu parler, le plus souvent lors d'un cours à l'école de sage-femme (86,1%). On remarque donc que 13,9% de notre population n'ont pas eu de cours à ce sujet ou n'y sont pas allés. Ces chiffres se recoupent avec ceux de la question n°26, à savoir leur présence à un éventuel cours, car seules 87,5% des sages-femmes ont répondu « *oui* » à cette question. Nous retrouvons des résultats similaires dans le mémoire de 2004 où les professionnels qui en ont entendu parler sont 96% des sages-femmes interrogées.

Cependant, seules 52% d'entre elles ont eu un cours pendant leurs études. La formation est-elle différente selon les écoles ? Sans doute, car dans le programme des études de sage-femme on doit retrouver pendant la première phase un cours sur la « régulation des naissances » avec des généralités (définition, historique, textes législatifs), la « contraception féminine et masculine » (méthodes, surveillance, résultats) et les « aspects médico-socio-démographiques et psychologiques de la contraception ». Pendant la deuxième phase, un cours doit être donné sur: « Contraception, éducation, prévention » [31]. Les intervenants n'abordent donc pas tous les méthodes naturelles de régulation des naissances de façon systématique.

Pourtant, dans le référentiel métier de 2007, réaliser une consultation de contraception en post-partum fait partie des compétences de la sage-femme. Elle doit « *décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement en présentant les choix possibles pour éclairer la décision de la patiente (...) en étant à l'écoute de son mode de vie et en lui présentant les risques/bénéfices de chaque méthode, en expliquant la physiologie du post-partum et les étapes du retour de la fécondité, des cycles, de la sexualité...* »[32]. Ce qu'une sage-femme doit savoir pour informer les patients n'est donc pas obligatoirement appris au cours des études. Nous pouvons penser que beaucoup de sages-femmes n'ont eu qu'une information sur la fiabilité des méthodes naturelles et non sur leur contenu.

Ainsi, nous observons que les sages-femmes ne paraissent pas connaître ces méthodes en détail et on peut se poser la question de l'information qu'elles délivreront aux couples à ce sujet. En effet, à la question n°12 la réponse « *peu ou pas fiable* » nous est souvent revenue, sans détail sur la méthode en elle-même.

Nous remarquons que les méthodes les plus anciennes sont les plus connues des sages-femmes de notre groupe d'études.

Concernant la **méthode Ogino**, seules 12,5% du groupe d'étude ont des informations précises et correctes. Les sages-femmes ont quelques notions sur cette méthode (66,7%) mais certaines ont même des informations fausses (8,3%). Ces résultats sont plus marquants dans l'étude de 2004 où 60% des sages-femmes ne connaissaient pas cette méthode et seules 18% avaient répondu de façon correcte. Dans l'enquête de 2006, 93% des internes connaissaient cette méthode. Cependant, dans cette étude, il n'était pas demandé d'explications des méthodes; nous pouvons donc nous demander si les internes pensaient connaître la méthode ou s'ils la connaissaient vraiment avec précision.

La méthode Ogino est pourtant considérée comme la plus connue car la plus ancienne des méthodes naturelles. Sans doute est-ce une méthode de transmission orale, connue des femmes d'un certain âge mais qui n'est plus enseignée aujourd'hui au vu de son fort taux d'échec. Dans notre population, la méthode Ogino était considérée comme non efficace ($p < 0,05$), ce qui correspond à l'index de Pearl fixé par l'OMS à 9. Les études de 2004 et de 2006 que nous avons comparées montrent des résultats similaires quant à la connaissance des professionnels de santé sur la fiabilité de cette méthode.

La **méthode des températures** et la **méthode Billings** sont elles-aussi peu connues avec des chiffres encore plus marquants: seuls 2,8% et 4,2% des sages-femmes ont des connaissances précises et correctes sur chacune de ces deux méthodes, et 80,6% et 79,2% en ont quelques connaissances peu précises. Les théories sont connues quant aux généralités, par exemple 52,8% des sages-femmes parlent d'un sens à l'augmentation de la température dans la méthode des températures. Cependant, leur interprétation en est très variable et peu de sages-femmes pourraient lire correctement une courbe de température en indiquant la période stérile au bon moment du cycle. De même dans la Méthode d'Ovulation Billings, 59,7% des sages-femmes ont énoncé l'observation de la glaire mais seules 30,6% ont associé un changement de la glaire avec l'ovulation. Aucune sage-femme n'évoque le 1^{er} jour stérile équivalent au quatrième jour sec.

Ces méthodes véhiculent de nombreux a priori dans la population générale. Le milieu hospitalier ne fait pas une exception à cela, d'où peut-être les connaissances quelques peu imprécises des sages-femmes. L'étude réalisée en 2004 par l'étudiante sage-femme diffère légèrement : 74% ont répondu à peu près correctement pour la méthode des températures et 62% pour la méthode Billings. Dans l'enquête de 2006, les internes sont 98% à connaître la méthode des températures et 75% à connaître la méthode Billings. Ces résultats sont difficilement interprétables car peu indicatifs des contenus des méthodes. Nous pouvons souligner cependant que la grande majorité de ces populations connaissaient ces deux méthodes. Ce qui semble un aspect positif des enquêtes.

La question n°18 de notre enquête sur l'efficacité des méthodes des températures et Billings ne donne un résultat significatif ni dans notre population, ni dans l'étude de 2004. Cependant la thèse de 2006 nous montre que les internes ne trouvaient pas la méthode des température fiable (82% contre 12% des internes qui

trouvaient ces méthodes fiables). L'efficacité théorique de cette méthode a pourtant été estimée par l'OMS à 1 (en index de Pearl), elle est considérée comme fiable. De même les internes considéraient la méthode Billings comme aléatoire (55% versus 16%). Rappelons que l'index de Pearl a été fixé à 3 par l'OMS pour la MOB.

En pratique, ces méthodes imposent une certaine période d'abstinence, elles peuvent sembler contraignantes. De plus, elles imposent une confiance mutuelle dans le couple, des échanges, une responsabilité partagée. La question de la fertilité et du désir d'enfant se repose pour eux à chaque cycle. Ce ne sont pas des méthodes de contraception comme les méthodes hormonales (pilule, patch...) mais de **régulation des naissances**. Aujourd'hui, on demande à un moyen de contraception la garantie qu'il n'y aura pas d'échec. Dans ces méthodes, ce sont les couples qui acceptent ou diffèrent la venue de l'enfant. Ce sont eux les garants de l'efficacité de la méthode et non le moyen qu'ils utilisent. Les sages-femmes, les internes ont peut-être peur de faire confiance à leurs patients. Peut-être ont-ils peur de paraître hors du temps avec ces méthodes. Nous pouvons nous demander pourquoi ne sont proposées que des méthodes utilisant un moyen, un objet extrinsèque au corps humain alors que ce dernier nous transmet des signes facilement observables pour nous révéler les périodes fertiles et infertiles. Ces méthodes semblent-elles si compliquées? Impossibles à réaliser?

Dans notre étude, les sages-femmes semblent très peu connaître la **méthode sympto-thermique**. En effet, 40,3% d'entre elles ne la connaissent pas, et seules 31,9% ont quelques connaissances peu précises. On retrouve aussi 4,2% de fausses informations. C'est pourtant la plus complète et une des plus fiables des méthodes naturelles.

Les résultats de l'étude de 2004 sont comparables à ceux de notre étude avec 78% des sages-femmes qui ne connaissent pas la méthode sympto-thermique, 6% de réponses correctes et 16% de fausses réponses. De même, l'étude de 2006 nous montre que 68% des internes ne connaissaient pas cette méthode. Nous remarquons qu'elle est la moins connue des méthodes naturelles par les sages-femmes ou les internes, alors qu'ils connaissent la méthode des températures et la méthode Billings.

Ces résultats sont difficiles à comprendre. Cette méthode existe pourtant depuis 1978. Nous pouvons supposer que la méthode des températures avec l'interprétation de la courbe des températures et la méthode Billings avec l'observation de la glaire cervicale sont connues des professionnels de santé pour l'aide qu'elles

peuvent apporter aux femmes afin de diagnostiquer des problèmes d'infertilité. Ces méthodes sont utilisées dans le cadre de consultations d'aide à la conception. Cependant la méthode sympto-thermique est une méthode de régulation des naissances qui ne peut être apprise en pratique, en France, que par l'intermédiaire du Centre de Liaison des Equipes de Recherches (CLER) et de ses formateurs. Nous comprenons donc que les médecins ou les sages-femmes n'aient pas eu cette formation spécifique.

En revanche, malgré l'absence de connaissance des sages-femmes sur cette méthode, celles-ci se prononcent sur leur fiabilité: la méthode sympto-thermique est considérée comme non efficace par notre groupe d'étude ($p < 0,05$). L'étude de 2004 n'est pas significative sur ce point, nous pouvons donc comparer avec l'étude de 2006 où 8 % des internes ont répondu que la méthode sympto-thermique était fiable, 30 % qu'elle était aléatoire et 62 % qu'ils ne savaient pas. Le nombre de réponses aléatoires était supérieur au nombre d'internes ayant répondu connaître la méthode. Nous pouvons donc supposer que certaines sages-femmes, tout comme les internes de l'étude comparative, ont une opinion sur la fiabilité de la méthode d'auto-observation influencée par leurs préjugés.

La Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle, quant à elle, est la moins connue des méthodes naturelles après la Méthode d'Auto-Observation. En effet, 63,8% des sages-femmes de notre population la connaissent de façon à peu près correcte et 9,7% n'en ont aucune connaissance.

L'étude de 2004 n'indique que 6% de réponses correctes pour 46% de réponses fausses, 48% des sages-femmes ne connaissaient pas la MAMA. Ces résultats associés à ceux de notre étude sont étonnants car la sage-femme a étudié la physiologie du postpartum, elle prône les bénéfices de l'allaitement maternel. Ainsi, en se servant de ses savoirs, elle devrait aboutir à cette méthode. Il est dommage de constater que ses notions à ce sujet sont réduites. La MAMA est reconnue par l'OMS, elle est simple et accessible pour les femmes. Son taux d'efficacité est de 98%. Il serait utile de pouvoir informer les femmes de façon non exhaustive sur les différents moyens de contraception du post-partum.

Nous n'avons pas trouvé de résultat significatif quant à ce que pensent les sages-femmes du Maine et Loire au sujet de l'efficacité de la MAMA. Cependant, dans l'étude de 2004, 66% des sages-femmes considéraient cette méthode comme non fiable, contre 4% qui la jugeaient fiable et 30% qui ne savaient pas. Dans la thèse de

2007, 32% des internes connaissaient cette méthode, et 86% d'entre eux la considèrent comme aléatoire. Les études sur la fiabilité des méthodes naturelles semblent peu connues.

La question des contre-indications aux méthodes naturelles paraît compliquée: les sages-femmes sont aussi nombreuses à avoir répondu qu'il n'y en avait aucune (44,4%) que les sages-femmes qui ont répondu faux à cette affirmation (41,8%). De plus, les sages-femmes qui ne savent pas sont nombreuses (19,4%). L'ANAES écrit qu'il n'y a pas de contre-indication à ces méthodes. Cependant toutes les situations citées par notre population sont pertinentes, car elles correspondent à des difficultés des méthodes naturelles, des situations où leur utilisation est rendue plus complexe ou non indiquée par l'OMS (contre-indications à une grossesse, troubles de compréhension...).

Cela nous ramène à la question n°21, à savoir si les méthodes naturelles sont adaptées aux adolescentes. Elles ne le sont pas pour la majorité des sages-femmes de notre étude (95,8%). En effet, ces méthodes nécessitent une autonomie et une responsabilité que n'ont pas les adolescents. De plus, elles s'adressent à des couples stables, ayant une vie commune et une vie sexuelle régulière. Or, bien souvent, les adolescentes sont en recherche de leur identité et ont de multiples partenaires. Les méthodes naturelles correspondraient donc à un profil particulier.

Sur cette question du profil, les sages-femmes dégagent 3 idées principales: l'utilisation des méthodes naturelles nécessite une bonne connaissance de son corps, observé avec rigueur (pour 30,6% de la population), la grossesse doit être envisageable (26,4%), et ces méthodes sont utilisées par des femmes qui refusent toute autre contraception (25%) ou qui ont des contre-indications aux autres moyens de contraception (12,5%).

Dans un article paru en 1995 dans le journal du Lancet, [33] les Drs Bob Ryder et Hubert Campbell indiquent que malgré les différences de culture, d'éducation ou de niveau socio-économique, plus de 95% des femmes fertiles sont aptes et prêtes à reconnaître les signes fertiles de la glaire. Ainsi, la **bonne connaissance du corps** de la femme nécessaire à l'utilisation de ces méthodes s'acquiert facilement.

La **rigueur** évoquée est en effet essentielle et reconnue par l'ensemble des utilisateurs, au même titre que la maîtrise de soi. Nous avons pu interroger un couple,

P. et C. ,utilisant la méthode Billings (voir témoignage en annexe), qui nous disait : « *Nous respectons strictement les différentes règles de la MOB car nous n'avons plus actuellement de projet d'enfant. Nous sommes de plus en plus consciencieux avec le temps.* » En effet, l'efficacité des méthodes naturelles dépend de la motivation du couple. Il est maître de sa fertilité et peut décider à tout moment d'envisager une grossesse ou non.

Nous observons ainsi que ce type de méthode demande une certaine « **ouverture à la vie** ». Si un couple choisit une méthode naturelle, il doit se poser la question de savoir ce qu'il ferait si une grossesse survenait. Cette question est rarement posée par les femmes qui utilisent un autre moyen de contraception. Dans les méthodes naturelles, la fécondité est une possibilité interne de la sexualité et le couple en prend conscience par l'observation quotidienne de la physiologie de la femme. P. et C. illustrent cela: « *Il est nécessaire cependant dans ces méthodes d'accueillir la vie car le désir d'enfant se pose tous les mois. L'enfant est accepté même s'il est différé.* »

Enfin, les femmes qui utilisent ces méthodes peuvent en effet refuser les autres moyens de contraception. Ce choix de méthode est à refaire très souvent par les deux membres du couple. C'est leur **décision commune** qui est garante d'un bon vécu des méthodes. P. et C. nous disent: « *Nous avons choisi ensemble cette méthode.* » Nous constatons ainsi que les sages-femmes ont une vision relativement juste du profil habituel des couples utilisateurs de ces méthodes.

Dans leurs pratiques, les sages-femmes de notre étude sont nombreuses à avoir été confrontées à une demande de conseil (58,3%), demande à laquelle elles ont su répondre pour 70,8% d'entre elles.

Il semble inenvisageable de répondre à une demande de conseil pour 16,7% des sages-femmes. La raison principale qu'elles évoquent est le manque de fiabilité de ces méthodes (cité 13 fois). Vient ensuite le manque de connaissance sur le sujet (cité 10 fois). Le manque de temps ne semble pas un obstacle important pour les sages-femmes.

Les sages-femmes qui peuvent répondre à cette demande invoquent toutes la raison du **respect du choix du couple** (70,8%). Effectivement, ce choix respecté est essentiel dans une relation soignant-soigné. Les couples utilisateurs des méthodes de planification familiale naturelle qui ne se sont pas observés pendant le temps de la

grossesse ont besoin de conseils dans le post-partum, afin de renouveler leur choix, librement, en toute conscience. Les sages-femmes, présentes après l'accouchement, ont une place privilégiée pour aider ces couples, sans les juger.

Le **devoir d'informer** a une place importante dans l'opinion des sages-femmes (63,9%) mais il semble difficile à appliquer. En pratique, les sages-femmes qui ont déjà proposé des méthodes naturelles de façon spontanée ne sont que 15 (20,8%). L'information délivrée ne doit-elle pas être la plus complète possible ? Ce n'est pas à la sage-femme de juger de l'acceptabilité d'une méthode mais au couple à qui elle est proposée, or bien souvent, le soignant a déjà choisi pour le couple en fonction de son propre ressenti.

Nous voyons dans l'étude de 2004 que 58% des sages-femmes ont été confrontées à une demande de conseil. Seules 44% pensent avoir répondu aux attentes de la patiente. Le respect du choix et le devoir d'informer sont aussi importants (48% et 40%). L'enquête de 2006 montre, quant à elle, que la grande majorité des internes n'a jamais été confrontée à une demande de ce type (79%). La plupart pensent pourtant pouvoir y répondre (69%) surtout par devoir d'informer. Il semble donc important de se former au sujet des méthodes naturelles. Des couples utilisateurs sont en demande d'aide de la part des professionnels. Il semble être du rôle des sages-femmes, des médecins, de les respecter dans leur choix en les informant de façon précise et juste.

Les sages-femmes de notre étude sont une majorité (4/5) à penser qu'il est de leur rôle d'accompagner ou d'orienter les couples demandeurs d'une régulation des naissances. 63,9% d'entre elles estiment qu'il leur est même recommandé d'exposer les principes généraux des méthodes naturelles devant toute femme envisageant l'utilisation d'une méthode contraceptive. Et cela, au même titre que des connaissances sur la fertilité et le cycle physiologique de la reproduction. 38,9% des sages-femmes pensent aussi qu'elle doivent exposer ces principes au partenaire.

Ces recommandations sont en effet énoncées par l'ANAES. Or, nous avons observé un manque de précision dans les connaissances des sages-femmes ; de plus, 59,7% des sages-femmes ne connaissent pas d'organismes compétents vers lesquels elles pourraient orienter les couples. Nombreuses sont les sages-femmes qui orienteraient vers le planning familial (27,8%) ou le Centre de Planification et d'Education Familiale (8,3%) ou même vers le centre d'orthogénie (4,2%). Ces informations ne sont pas erronées car dans ces différents centres, une information sur

les différents moyens de contraception est délivrée. Cependant, après des recherches sur leur site internet, après des entretiens avec certains professionnels travaillant dans ces centres, nous remarquons que leurs connaissances ne sont pas plus précises que celles des sages-femmes au sujet des méthodes naturelles. Leur information à ce sujet est assez restreinte, ils semblent considérer qu'elles ne sont pas fiables et qu'elles ne doivent plus être utilisées. L'existence d'un « *groupe Billings au Mans* » a été mentionnée deux fois, nous pensons qu'il s'agit de couples moniteurs car nous n'avons pas retrouvé plus de renseignements à ce sujet.

Les organismes formateurs tel que le centre Billings France, le CLER, ou La Leche League (pour les renseignements sur la MAMA) ne semblent pas connus des sages-femmes.

L'étude de 2006 auprès des internes fait les mêmes constatations. L'étude de 2004 est intéressante sur ce point car le CLER a été cité par 12% des sages-femmes et l'association Billings par 6%. Nous pouvons nous interroger sur la source de leurs citations.

Malgré ces observations, les sages-femmes semblent vouloir en connaître davantage sur le sujet. 58,3% de notre groupe d'étude souhaite avoir des coordonnées d'associations ou d'organismes afin de mieux pouvoir en parler. Les sages-femmes sont demandeuses d'information, seules 9,7% d'entre elles ne veulent rien du tout suite au remplissage du questionnaire. Une information écrite est souhaitée pour 51,4% des sages-femmes, une formation semble intéresser 37,5% d'entre elles.

En effet, presque 7 sages-femmes sur 10 estiment que leur formation initiale n'est pas suffisante. Nous voyons donc le décalage entre les informations délivrées sur ce sujet pendant les études, et les connaissances que les sages-femmes doivent avoir sur le terrain. Une sage-femme fait la remarque: « *je m'aperçois que, devant ma méconnaissance des taux d'efficacité ou non des différentes méthodes, j'ai un a priori défavorable qui nuit à une information objective des patientes.* » La sage-femme n'a que peu de moyens pour faire face aux demandes des couples. Sans doute serait-il intéressant de renforcer sa formation initiale afin d'améliorer ses connaissances.

Les études parisiennes que nous avons comparées montrent des résultats semblables qui confirment nos propos: tout comme les internes (80% d'entre eux), les sages-femmes (76% d'entre elles) des études de 2006 et 2004 estimaient leur formation insuffisante. Seules 2 sages-femmes sur 50 ont reçu un cours spécifique pendant leurs études.

Une sage-femme remarque en fin de questionnaire qu'il existe déjà un cours sur le sujet à Nantes. Ainsi, il est possible de se former, il est possible de délivrer des cours sur ces méthodes. Cela aiderait les sages-femmes à mieux informer leurs patients. Cela permettrait sans doute d'aider les couples utilisant ces méthodes par une meilleure écoute, des conseils adaptés à leurs pratiques et à leurs demandes.

CONCLUSION

La contraception intéresse beaucoup les sages-femmes. Cependant, outre quelques notions sur leur fiabilité, elles connaissent peu les méthodes naturelles de régulation des naissances dans leurs détails. Elles sont peu nombreuses à proposer ce type de méthode, ou à pouvoir répondre aux questions des couples utilisateurs .

Pourtant, les sages-femmes souhaitent satisfaire les attentes de ces couples par respect de leur choix et par devoir d'information. Elles estiment qu'il est de leur rôle d'accompagner et d'orienter les personnes qui le demandent. Elles ont une connaissance juste des patientes à qui ces méthodes pourraient correspondre: des femmes en couple stable, capables de rigueur, désirant être responsable de leur sexualité par une confiance et un respect mutuel. Les sages-femmes manquent de moyen pour renseigner leurs patients. La plupart d'entre elles estiment que leur formation initiale est insuffisante. Nombreuses sont celles qui souhaitent des coordonnées d'associations, d'organismes plus compétents, des informations supplémentaires.

Au niveau personnel, cette enquête m'a permis de découvrir davantage la profession de sages-femmes. J'ai ressenti, grâce à leurs témoignages, le besoin continu de se former et d'acquérir de nouvelles compétences. Cela paraît nécessaire afin d'être réellement à l'écoute des patientes, de pouvoir proposer des solutions adaptées à chacune sans a priori, en prenant en compte leur mode de vie, leur entourage et leurs envies si possible. Cet ajustement semble réalisable en matière de contraception.

Il serait intéressant d'instituer un cours sur le sujet durant les études de sages-femmes. En effet, basées sur la physiologie de la femme, la méthode Billings, la méthode sympto-thermique et la Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle ont fait la preuve de leur efficacité. La sage-femme a un rôle à jouer afin de permettre aux femmes d'acquérir une meilleure connaissance de leur corps et de leur fertilité.

Le travail réalisé au cours de ce mémoire pourrait-il être l'élément déclencheur d'une formation permettant aux sages-femmes du Maine-et-Loire d'acquérir de nouvelles connaissances dans ce domaine encore trop méconnu des méthodes naturelles de régulation des naissances ?

ANNEXES

- Annexe 1. Lettre d'information jointe aux questionnaires

Clothilde Verdier,
Étudiante sage-femme 4^{ème} année
École de Sages-Femmes d'Angers
4, rue Larrey, 49033 Angers
cloverdier@hotmail.com
tel : 06.68.00.03.80

Le 10 août 2008,

Chères Sages-femmes,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire ayant pour sujet : « **Sages-femmes du Maine et Loire et régulation naturelle des naissances** ». Mon directeur de mémoire est le Docteur Mayaud.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire rapide auquel je vous demande de bien vouloir répondre et me renvoyer par mail ou courrier avant le 29 août 2008. Les questionnaires seront traités de manière **anonyme** et permettront une analyse statistique des résultats.

Je vous remercie par avance de votre participation qui est indispensable pour la réalisation de mon enquête. Si cela vous intéresse, je pourrai vous envoyer un résumé de mon travail et une invitation pour une formation complémentaire ultérieure. Pour cela, pourriez-vous s'il vous plait, m'indiquer vos coordonnées ci-après et me renvoyer cette feuille jointe à votre questionnaire. Dans l'attente d'une réponse, je vous prie de croire à toute ma reconnaissance pour votre collaboration.

Clothilde Verdier

- Annexe 2. Questionnaire adressé aux sages-femmes du Maine et Loire

QUESTIONNAIRE SUR LA REGULATION NATURELLE DES NAISSANCES

Cochez les bonnes réponses

1. Sexe : F M
2. Date de naissance (jj/mm/aa) : ../../....
3. Année d'obtention du diplôme de sage-femme : ...
4. Nombre d'années d'exercice en tant que sage-femme : ...
5. Situation familiale :
 1. célibataire
 2. vie maritale
 3. marié(e)
 4. divorcé(e)
6. Nombre d'enfants : ...
7. La contraception est-elle un sujet qui vous intéresse ?

Personnellement	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Professionnellement	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
8. Quel(s) moyen(s) de contraception utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

a. <input type="checkbox"/> aucun	b. <input type="checkbox"/> pilule	c. <input type="checkbox"/> préservatif masculin
d. <input type="checkbox"/> stérilet	e. <input type="checkbox"/> implant	f. <input type="checkbox"/> retrait
g. <input type="checkbox"/> autre (spermicide, cape, MAO, méthode Billings...)		

précisez :
9. Etes-vous satisfait(e), pour le moment, de ce choix ?

oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	sans opinion <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

si non, pourquoi ?
10. Avez-vous déjà entendu parler des méthodes de contraception naturelle ?

oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------
11. Si oui, par qui ?

a. Par votre entourage (famille, amis,...)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
b. Par des prospectus	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
c. Lors d'un cours à l'école de sage-femme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
d. Par des patients	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
e. Autre (ex: gynécologue, sage-femme, internet, revue médicale, presse grand public...) précisez :	
12. Que savez-vous de la méthode.... ?
 - a. « **Ogino-Knaus** » ou méthode du rythme ou encore méthode du calendrier :

.....
 - b. des **températures** :

.....
 - c. d'ovulation **Billings** (MOB) ou méthode de la glaire cervicale :

.....
 - d. sympto-thermique ou Méthode d'Auto-Observation (**MAO**) :

.....

e. de l'Aménorrhée Lactationnelle :

.....

13. Avez-vous déjà proposé spontanément une de ces méthodes à vos patients ?

oui non

14. A quel profil de couple, de femme, pourriez-vous suggérer ces méthodes ?

.....

15. Avez-vous déjà été confronté à une patiente ou un couple vous demandant des conseils à propos de méthodes naturelles de régulation des naissances ?

oui non

16. Face à cette situation, vous semble-t-il envisageable de répondre à cette attente ?

oui, pourquoi ?

non, pourquoi ?

a. respect du choix du couple

d. manque de connaissance sur le sujet

b. devoir d'informer

e. manque de temps pour lui expliquer

c. autre

f. méthode non fiable

précisez :

g. autre, précisez :

17. Les méthodes naturelles n'ont aucune contre-indication.

vrai ne sais pas faux , lesquelles ?

18. Les méthodes naturelles sont efficaces.

vrai lesquelles ?.....

faux lesquelles ?.....

Devant toute femme envisageant l'utilisation d'une méthode contraceptive, il est recommandé au médecin, à la sage-femme, au même titre que des connaissances sur la fertilité et le cycle physiologique de la reproduction:

19. - d'exposer les principes généraux des méthodes naturelles

vrai faux ne sais pas

20. - de faire de même avec son partenaire

vrai faux ne sais pas

21. Les méthodes naturelles sont des méthodes adaptées aux adolescentes.

vrai faux ne sais pas

22. Connaissez-vous des personnes, organismes ou associations plus compétents dans ce domaine, vers lesquels vous pourriez orienter ces couples?

oui non

si oui lesquels ?

23. Selon vous, est-ce le rôle de la sage-femme d'accompagner ou d'orienter les couples demandeurs de cette régulation naturelle des naissances ?

oui non ne sais pas

24. Estimez-vous votre formation suffisante dans ce domaine ?

oui non

25. Souhaiteriez-vous afin de mieux pouvoir en parler :

- a. une information écrite
- b. une formation
- c. des coordonnées d'associations ou d'organismes pour savoir à qui les adresser
- d. rien du tout

26. Dans le cadre de votre formation, si un cours était dispensé sur le sujet : « LA REGULATION NATURELLE DES NAISSANCES », y assisteriez-vous?

oui non

27. Souhaitez-vous faire des remarques concernant le sujet ?

.....

Merci d'avoir répondu à mes questions !

- Annexe 3. Entretien avec un couple moniteur et utilisant la méthode Billings

1. Généralités

Christine et Pierre, âgés de 48 et 50 ans, sont mariés, de religion catholique. Elle est retraitée de l'éducation nationale depuis 10 ans et lui est directeur d'école primaire.

2. Cycles de la femme

Les cycles de Christine ont toujours été irréguliers, de 21 à 48 jours. Avec l'âge ils sont de plus en plus irréguliers, parfois anovulatoires.

Dans ses antécédents gynécologiques, on note un kyste de l'ovaire découvert grâce à la MOB et à son observation de saignements et de sécrétions irrégulières. Un traitement avait été instauré à l'époque d'où des difficultés d'observation de la glaire cervicale au début.

Elle a observé des modifications de son cycle menstruel lors de choc émotionnel très important.

Elle n'a pas de contre-indication particulière aux contraceptifs oraux.

3. Antécédents obstétricaux

Christine a eu deux fausses couches et six grossesses évolutives marquées par de l'hypertension artérielle, de nombreuses contractions d'où des allègements prolongés, des traitements progestatifs au cours des grossesses, beaucoup de suivi... Les accouchements se déroulaient pour la plupart aux alentours de huit mois de

grossesse, ses enfants ont tous été hospitalisés en néonatalogie. Ses 5 premiers enfants ont 10 ans d'écart, avec un an entre le premier et le deuxième. La dernière enfant a été fortement désirée, le couple a eu des difficultés de conception. Il y a 5 ans d'écart entre les deux derniers.

4. Les méthodes naturelles de régulation des naissances, la découverte

Elles ont été découvertes après le 4^{ème} enfant par un prêtre qui a orienté le couple vers un couple moniteur. C. et P. ont assisté à une réunion avec plusieurs couples où ils ont pu visionner un diaporama d'apprentissage des MOB. Peu convaincus, ils ne souhaitaient pas continuer cette méthode estimée trop difficile. Christine a eu l'impression que cela nécessitait des cycles réguliers et une absence de sécrétions. Cependant, le couple moniteur a réussi à tisser des liens avec eux et après une séance couple à couple, ils ont adhéré à cette méthode. Auparavant, ils faisaient « *la méthode débrouille* », c'est à dire sans contraception en calculant plus ou moins en fonction du cycle. La pratique de la MOB a été une décision conjointe de leur part. Cela fait aujourd'hui 19 ans qu'ils l'utilisent.

C. et P. n'ont jamais utilisé de méthodes barrières pendant la période fertile car ce n'était pas dans « *l'esprit Billings* », « *avec les méthodes barrières il n'y a pas de don total* ». Ils savaient que pendant ses périodes, s'ils avaient pris la décision de différer une naissance, ils ne devaient pas avoir d'union. L'esprit Billings, selon P. et C. c'est « *le respect, le dialogue, le fait de se sentir aimé jusque dans sa fécondité. Cela donne une autre vision de la sexualité, plus belle.* »

Au début, l'apprentissage d'observation a été difficile, le couple moniteur les a beaucoup aidé. « *Cela a pris 2 ou 3 mois avant de pouvoir s'observer correctement.* »

5. Les méthodes naturelles au quotidien, le ressenti

L'observation était facile car les sensations étaient bien ressenties, surtout au début, un peu moins avec l'âge et la pré ménopause. Le couple tient des tableaux régulièrement. C'est le mari qui note le soir sur le tableau les observations quotidiennes de sa femme, ainsi « *il ne voit pas sa femme comme un objet. Elle n'est jamais utilisée* », il « *peut comprendre ses variations d'humeur* » et « *cela favorise le dialogue* ». Les différentes règles de la MOB sont strictement respectées car ils n'ont plus actuellement de projet d'enfant. Le couple a été de plus en plus consciencieux avec le temps. En pratique, C. s'observe aux toilettes 3 fois par jour en début de cycle, 1 fois par jour pendant la phase fertile et plus du tout après. Lorsque C. travaillait, cela

ne gênait pas l'observation de sa glaire. Le couple pense que même pour une femme qui travaille de nuit, cela ne pose pas de problème, car l'observation ne demande pas de temps, elle est facile et naturelle.

« C'est une méthode difficile car la femme a envie d'une union au moment de sa période fertile mais les rapports sexuels différés sont d'autant plus attendus et beaux. »

Pierre comprends mieux sa femme grâce à cette méthode, il s'intéresse à son cycle, à elle. *« Les unions ne sont jamais banalisées car attendues », « il n'y a pas de routine. » « Il est nécessaire cependant dans ces méthodes d'accueillir la vie car le désir d'enfant se pose tous les mois et ce désir est fort pour un couple qui s'aime. L'enfant est accepté même s'il est différé. »*

L'abstinence est pour eux une période où les gestes de tendresses sont multipliés, *« la fécondité est autre »*.

Les enfants conçus ont tous été désirés. La MOB leur a aussi permis d'avoir leur dernier enfant plus facilement, car ils ont pu avoir des unions au moment de l'ovulation.

Après les naissances, C. réalisait des allaitements maternels puis mixtes. Les reprises de la méthode ont été faciles, en utilisant les mêmes règles qu'avant les grossesses. Ils n'ont pas reçu d'aide par des moniteurs pendant ces périodes et n'en ont pas ressenti le besoin.

6. Le vécu de la maternité

Aucun conseil ne leur a été donné pour les 5 premiers enfants au sujet des méthodes naturelles. Les sages-femmes et médecins acceptaient le refus de contraception du couple. Pour leur 6^{ème} enfant, la sage-femme a tenté de convaincre Christine de reprendre une contraception, *« c'est contre les envies du mari »* a-t-elle dit, *« ce ne peut pas être une volonté commune... »*, cela pendant une heure, en présence de Pierre, à qui elle n'a pas adressé la parole. Ils ont très mal vécu cette sortie de suite de couches, ils se sont sentis jugés et incompris.

7. les bénéfices de la méthode

« Cela entraîne un grand dialogue, une grande ouverture, une maîtrise de la sexualité, un choix libre des unions. » « C'est une méthode de couple. » Pour eux, le profil des couples utilisant ces méthodes est un profil de gens qui s'aiment !

- Annexe 4. Coordonnées des organismes formateurs

-CLER Amour et Famille,

65, boulevard de Clichy, 75009 PARIS,

tel: 01 48 74 87 60

www.cler.net

-Centre Billings France,

Allée du Bois-Périneau, 78120 Rambouillet,

tel: 01 30 41 89 97

www.methode-billings.com

-La Leche League France,

BP 18, 78620 L'étang-la-Ville,

tel: 01 39 58 45 84

www.lllfrance.org

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé, Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, Genève, 3e éd, 2005.
2. Service des recommandations professionnelles de l'Anaes, Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme, décembre 2004, p14.
3. Ogino K, Ovulationstermin und Konzeptionstermin, Z Gynakol, 1930;54 : 464-79.
4. Knaus H, Fine neue Method zur Bestimmung des Ovlationstermins, Z Gynakol, 1929; 53: 2193.
5. Arévalo M, Jennings V, Sinai I, Efficacité d'une nouvelle méthode de planification familiale: la Méthode des Jours Fixes, Contraception, 2002; 65: 333-8.
6. Rubenstein BB, The relation of cyclic changes in human vaginal smears to body temperatures and basal metabolic rates, Am J Physiol, 1937; 119: 635-41.
7. Palmer R, Abstinence périodique et méthode des températures, Colloque de la société nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité, Contraception, 1963: 40-50.
8. Ferin J, Détermination de la période stérile prémenstruelle par la courbe thermique, 1947; 27: 86-93.
9. Freundl G, Frank-Herrmann P, Godehardt E, Klemm R, Bachhofer M, Retrospective clinical trial of contraceptive effectiveness of the electronic fertility indicator Ladycomp/ Babycomp, Adv Contracept, 1998 Jun;14(2):97-108.
10. Keefe EF, Ophalad Shift of the cervix uterin: Sign of the fertile rime in women. Int. Rev Nat Fam Plan, 1977; 1:55.

11. Odebold E, Biophysical techniques of assessing cervical mucus and microstructure of cervical epithelium, In: Cervical Mucus in Human Reproduction, Geneva: Colloquium; 1972; 58-74.
12. Zhang DW, The effectiveness of the ovulation method used by 688 couples in Shangai, Shangai municipal family planning commission, 1990.
13. Billings EL, Billings JJ, Catarinich M, Atlas de la Méthode d'Ovulation Billings, 6^{ème} éd, Rambouillet: Ed Fr Tequi; 1989: 7.
14. Guyard-Boileau B, Dispositif Persona, Une contraception « naturelle » illusoire, Rev Prescrire, 2000; 20 (210): 683-6.
15. Le phénomène hormone-salive [consulté le 02.01.2009]. Disponible à partir de : URL: <http://www.ovatel.net/OvaTel_utilisation.htm>
16. Arévalo M, Jennings V, Nikula M, Sinai I, Efficacy of the new TwoDay Method of family planning, Fertil Steril, 2004; 82: 885-92.
17. De Leizaola MA, Première phase d'une étude prospective d'efficacité du planning familial naturel réalisé en Belgique francophone, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1994, 23, 359-64.
18. Von Fragstein M, Flynn A, Royston P, Analysis of a representative sample of natural family planning users in England and Wales, 1984-1985, Int J Fertil, 1988; 33 suppl: 70-7.
19. Ecochard R, Ecochard I, Régulation des naissances par méthode d'auto-observation, Lyon, 1982.
20. Sympto – La gestion naturelle de votre fertilité, sur internet et sur votre mobile, [consulté le 02.01.2009], disponible à partir de : URL: <http://www.sympto.ch/home-main_fr.html>.

21. Dafra, logiciel de PFN, [consulté le 02.01.2009], disponible à partir de : URL: <<http://dafra.cler.net/>>.
22. Ecochard R, Pinguet F, Ecochard I, De Gouvello R, Guy M, Guy F, Analyse des échecs de la planification familiale naturelle. À propos de 7007 cycles d'utilisation, *Contracept Fertil Sex*, 1998, 2(4): 291-6.
23. Wilson EW, The natural regulation of fertility - Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization, [consulté le 02.01.2009], disponible à partir de : URL: <http://www.gfmer.ch/Books/Reproductive_health/Natural_regulation_of_fertility.html>
24. Kennedy KI, Labbok MH, Van Look PF, Lactational amenorrhea method for family planning, *Int J Gynecol Obstet*, 1996; 54(1): 55-7.
25. Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM, Gehret JC, Labbok MH, Risk of ovulation during lactation, *Lancet* 1990 Jan 6 ; 335 (8680) :25-9.
26. Barras-Kubski T, Allaitement et fertilité, *Allaiter Aujourd'hui* n° 60, LLL France 2004, [consulté le 02.01.2009], disponible à partir de : URL: <www.lllfrance.org/allaitement-information/aa/60-fertilite.htm>
27. Viness CM, Kennedy KI, Gross BA, Parenteau-Carreau S, Flynn AM, and Brown JB, Fertility of fully breast-feeding women in the early postpartum period, *Obstet Gynecol* 1997;89:164-7.
28. Service statistique DRASS, Les sages-femmes en Pays de Loire, 2007 [consulté le 02.01.2009], disponible à partir de : URL: <http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/metiers/fcppstats000_fichiers/sage_femme.pdf>
29. Peigney M, Choisir de maîtriser sa fécondité par une méthode naturelle? Mémoire de sage-femme, Suresnes 2004.

30. 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: Med: Université René Descartes, ParisV 2007.

31. République française, Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, JO du 19 décembre 2001, p32,p42.

32. Collectif Associatif et Syndical des Sages-Femmes, Conseil National de l'ordre des Sages-Femmes, Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes, 2007, p12.

33. Ryder B, Campbell H, Natural family planning in the 1990s, Lancet 1995; 346 (8969): 233-4.

RESUME

Objectifs. Ce mémoire se propose de considérer les méthodes naturelles de régulation des naissances et d'y sensibiliser les sages-femmes.

Matériel et méthodes. Nous avons envoyé un questionnaire anonyme en août 2008 aux 198 sages-femmes du Maine-et-Loire, travaillant en milieu hospitalier, en clinique, en secteur libéral ou dans le secteur de la Protection Maternelle et Infantile.

Résultats. Il nous est apparu que 94,4% des sages-femmes s'intéressaient à la contraception. 98,6% d'entre elles avaient des connaissances globales sur les méthodes naturelles. Cependant, elles n'étaient que 20,8% à avoir déjà proposé de façon spontanée une de ces méthodes. 4 sages-femmes sur 5 estimaient qu'il était de leur rôle d'accompagner les couples utilisateurs. Or, les organismes enseignant les méthodes naturelles ont été cités seulement par 2,8% de notre groupe d'étude. 70% des sages-femmes considéraient leur formation initiale insuffisante.

Conclusion. Basées sur la physiologie de la femme, la méthode Billings, la Méthode d'Auto-Observation et la Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle sont reconnues par l'OMS; elles pourraient être une alternative à la contraception. En les proposant aux femmes, la sage-femme pourrait ainsi leur permettre d'acquérir une meilleure connaissance de leur corps et de leur fertilité.

Mots-clés : Contraception, Planification Familiale Naturelle, Régulation des Naissances.