

**h e t s**

Haute école de travail social  
Genève  
Centre de formation  
continue (CEFOC)

# Méthodes contraceptives non-hormonales

## COMMENT LES INTÉGRER DANS LE TRAVAIL DE SPÉCIALISTE EN SANTÉ SEXUELLE ?

DAS EN SANTÉ SEXUELLE : INTERVENTIONS PAR L'ÉDUCATION ET LE CONSEIL-PROMOTION 2017 – 2019



CRÉDIT IMAGE : DUVET DAYS DESIGN

CATIA RODRIGUES – RTE D'ECHANDENS 6B – 1027 LONAY  
CATIA.RODRIGUES@HOTMAIL.FR

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
1.1. MOTIVATION POUR LE THEME CHOISI.....	2
1.2. OBJECTIFS POURSUIVIS ET QUESTION DE RECHERCHE .....	4
<b>2. DEVELOPPEMENT .....</b>	<b>5</b>
2.1. PERSPECTIVE HISTORIQUE DE LA CONTRACEPTION .....	5
2.2. DÉFINITION D'UN CADRE DE PENSÉE POUR LA CONTRACEPTION .....	8
2.2.1. <i>L'autodétermination comme cadre éthique</i> .....	8
2.2.2. <i>La norme contraceptive et les injonctions sociétales</i> .....	10
2.4. ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES DANS DIFFERENTS CENTRES DE SANTE SEXUELLE....	14
2.5. PISTES D'INTERVENTIONS EN TANT QUE SPÉCIALISTE EN SANTÉ SEXUELLE.....	15
2.5.1. <i>En éducation à la santé sexuelle</i> .....	15
2.5.2. <i>En conseil en santé sexuelle</i> .....	17
<b>3. CONCLUSION .....</b>	<b>19</b>
<b>4. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>21</b>

# 1. Introduction

## 1.1. Motivation pour le thème choisi

Dans le cadre de ce travail de diplôme, j'ai choisi de m'intéresser au thème des méthodes contraceptives non-hormonales et à leur place dans le travail des spécialistes en santé sexuelle. En effet, lors des différents modules du DAS en santé sexuelle, j'ai souvent été interpellée par le manque de données sur ces méthodes, voire le fait que certaines n'ont pas été mentionnées (DIU cuivre, symptothermie, thermomètres Daysy ou similaires, méthodes barrières, etc) tant en termes de données scientifiques que de données sur les personnes qui choisissent ces méthodes. Ces possibilités ne sont, par exemple, pas mentionnées spontanément par les conseillères en santé sexuelle que j'ai eu l'occasion d'observer lors de consultations de choix contraceptifs pendant mes stages.

De plus, ce choix semble être mal compris et les méthodes sont jugées contraignantes et peu fiables au détriment des méthodes hormonales qui ont, certes, été des méthodes contraceptives libératrices pour les femmes il y a quelques dizaines d'années mais sont remises en question à l'heure actuelle (Clément & Decharrière, 2017) (Debusquat, 2018). Dans le cadre de la formation, j'ai également entendu certains clichés sur ces méthodes qui, à mon sens, méritent d'être questionnés et démontrent une certaine méconnaissance et méfiance de la part des professionnel·le·s de la santé sexuelle. Les personnes intéressées pourraient alors se tourner vers internet comme source d'informations, vers leurs pair·e·s ou vers des associations telles que sympto.org, où les conseillères, bien que compétentes, restent des militantes et donc potentiellement partiales.

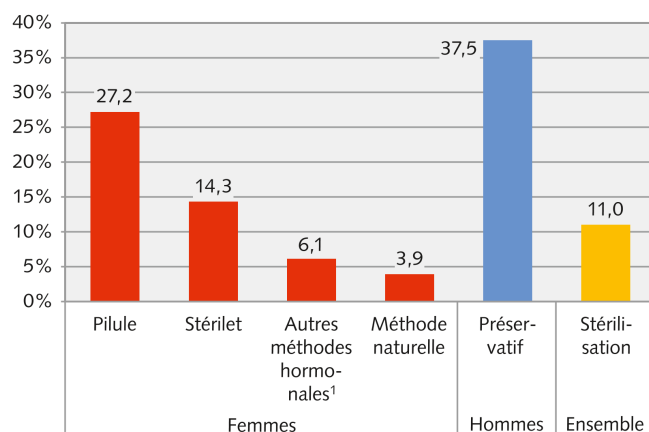
Ainsi, je souhaite questionner cet état de fait et essayer de réfléchir à ce qui pourrait être fait pour améliorer la prise en charge des femmes intéressées par ces méthodes. En effet, « le counseling renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la personne, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et, d'autre part, il engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies » (INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), 2013).

Ce thème permet d'activer une réflexion sur l'auto-détermination des femmes et des couples dans leur choix contraceptif et des conditions mises en place pour favoriser celles-ci et le rôle joué par les professionnel·le·s de la santé sexuelle.

Il s'agit d'un questionnement qui m'a beaucoup préoccupé durant ma formation : quelle part de moi, de mes valeurs et croyances est transmis aux personnes rencontrées tant dans le conseil que dans l'éducation. Comment ne pas me sentir dans un rôle de prescripteur de contraception à tout prix au vu du mandat d'éviter les grossesses non-souhaitées ? Comment m'assurer d'être un vecteur de choix le plus neutre possible, en particulier pour la contraception, et ainsi favoriser un choix libre et éclairé par les usager·ère·s ? Ces différents questionnements et réflexions ont nourri mon intérêt pour ce sujet. Je me sentais adhérer aux clichés entendus (rétrograde, fastidieux et contraignant) alors que plusieurs personnes de mon entourage utilisaient cette méthode et en semblaient ravies. De plus, les chiffres de l'Office fédéral de la Statistique Suisse montrent que près de 4% de personnes recouraient aux méthodes dites naturelles en 2012 (cf tableau ci-après) et que le recours à la pilule contraceptive baisse (Obsan, 2017), en particulier chez les jeunes, ce qui me laisse croire qu'il s'agit d'un sujet d'actualité.

### Recours à la contraception, en 2012

Femmes et hommes sexuellement actifs entre 15 et 49 ans



<sup>1</sup> Anneau, patch, implant ou injection trimestrielle

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS, Neuchâtel 2014

Figure 1: Source OFS

J'ai donc décidé de suivre une initiation à la symptothermie en décembre 2018 (Léchaire-Callahan, 2018) pour me faire mon propre avis et pouvoir avancer sur la question de la place de celle-ci dans mon nouveau rôle de spécialiste en santé sexuelle. Cette formation m'a permis de prendre conscience de mes propres préjugés et de me distancer de ceux-ci. Par ce

travail, je souhaite rendre compte de mon propre parcours et proposer une vision moins pétrie de préjugés aux futurs spécialistes en santé sexuelle et élargir la gamme des possibles en termes contraceptifs pour les consultant·e·s.

## 1.2. Objectifs poursuivis et question de recherche

Comme mentionné plus haut, l'objectif principal de ce travail est de déterminer quelle place les méthodes non-hormonales occupent actuellement dans le travail des spécialistes en santé sexuelle dans un contexte social qui tend vers l'écologie et le refus des hormones de synthèse. (Frydman & Bouchard, 2006), (Meunier, s. d.) En effet, « cet engouement n'est pas un hasard. Il est lié à la défiance de certaines jeunes femmes envers la pilule et autres contraceptifs hormonaux, dont les effets secondaires peuvent être pénibles. » (Maurisse, 2018)

Il s'agit également de proposer des pistes d'interventions pour l'éducation sexuelle mais également pour le conseil en santé sexuelle et reproductive dans le but de favoriser l'autodétermination des femmes et des couples. Pour ce faire, nous allons explorer l'histoire de la contraception, les différentes méthodes non-hormonales existantes et leur efficacité. Pour étayer la réflexion sur le rôle des spécialistes en santé sexuelle, je proposerai également une réflexion sur l'autodétermination comme cadre éthique pour les interventions en lien avec la contraception et sur la norme contraceptive. Le but étant d'offrir une piste de réflexion sur nos valeurs individuelles et en tant que groupe professionnel. Ce sera l'occasion de comparer les données et informations dispensées durant la formation et celles trouvées dans la littérature et les pratiques professionnelles.

Puis nous ferons un état des lieux des différentes pratiques et réalités dans divers centres de consultation en santé sexuelle. De cet état des lieux, nous proposerons diverses pistes de réflexion et d'intervention pour les spécialistes en santé sexuelle. Il s'agira ainsi d'établir un petit guide des bonnes pratiques pour le counseling pour inclure également ces méthodes dans le travail des spécialistes en santé sexuelle.

## 2. Développement

### 2.1. Perspective historique de la contraception

Avant de nous pencher plus en profondeur sur les méthodes contraceptives non-hormonales, il paraît intéressant d'établir une brève perspective historique. En effet, le contrôle effectif de la fécondité est un événement somme toute assez récent dans l'histoire de l'humanité bien que « le désir de réguler les naissances a en effet été observé dans toutes les sociétés étudiées, sur tous les continents. Parmi les sociétés primitives, l'infanticide et l'avortement étaient couramment pratiqués, et les recettes contraceptives relevaient plus de la magie que de la logique. Retenons cependant que la pratique du coït interrompu est retrouvée un peu partout, ainsi que divers tampons vaginaux et, dans certaines régions, la subincision<sup>1</sup>. » (Netter & Rozenbaum, 1985, p. 453)

En effet, les mécanismes à l'œuvre dans la fécondité n'ont été compris qu'assez tardivement. Ainsi, dès l'Égypte antique, des méthodes dites « barrières » ont été développées au fil des années et dans le monde entier. Elles comprennent des recettes de pessaires à placer dans le vagin (sortes de pâtes épaisses). Ces recettes sont produites avant même la découverte des spermatozoïdes et comprennent une action mécanique et chimique car acides et donc spermicides. (Netter & Rozenbaum, 1985, p. 297). Durant le Moyen-Âge en Europe, « quatre sortes de procédés contraceptifs semblent avoir été utilisés : des pratiques spermicides (...), à absorber divers breuvages ou à demander à la femme de procéder à des sauts après le coït ; l'utilisation de pessaires (...); enfin, le « coït interrompu », qui consiste en un retrait de l'homme avant l'éjaculation. » (Steinberg, Bard, Boehring, Houbre, & Lett, 2018, p. 116) Cette méthode encore largement répandue et pratiquée bien qu'ayant un taux de réussite assez faible puisqu'elle a un indice de Pearl de 73. (Trussell, 2009)

A l'époque des Lumières, « la possibilité concrète et mentale de dissocier procréation et désir sexuel » (Steinberg et al., 2018, p. 222) s'opère et prend la forme de diverses méthodes telles que l'utilisation d'éponges, de diaphragme et de cape cervicale (dès les années 1800), de préservatifs ; qui apparaissent dans les écrits médicaux aux alentours de 1700 (Steinberg et al., 2018, p. 324) ou encore de douches vaginales ou de spermicides mais n'offraient pas des résultats pleinement satisfaisants. (Netter & Rozenbaum, 1985) Ces méthodes ont été

---

<sup>1</sup> « Subincision : excision rituelle de l'urètre » (*Définition subincision | Dictionnaire définition français | Reverso*, s. d.)

utilisées jusqu'à l'époque moderne puisque les mêmes auteurs mentionnent que 30 millions de couples les utilisaient encore en 1978.

Avant les années 1900, l'une des méthodes les plus largement répandue est l'abstinence, qu'elle soit périodique ou du post-partum et ce, à travers le monde. Les périodes d'abstinence recommandées n'étaient que peu efficaces jusque dans les années 1930. Puis les travaux du Dr Ogino et du Dr Knaus (Netter & Rozenbaum, 1985, p. 277) formalisent une méthode basée sur la date théorique de l'ovulation mais ces méthodes connaissent une efficacité que toute relative avec un indice de Pearl de 75 en usage typique selon l'OMS. (« Planification familiale/Contraception », s. d.) En effet, l'ovulation n'est pas toujours régulière et les spermatozoïdes, qui n'ont été découverts qu'en 1677 (Netter & Rozenbaum, 1985, p. 293), peuvent survivre plusieurs jours dans le corps de la femme.

D'autres méthodes basées sur l'observation de la glaire cervicale (méthode Billings, formalisée en 1972) ou encore sur l'observation des courbes de température (dans les années 30) ont été proposées mais avec des taux d'échecs élevés qui ne les rendent pas assez fiables en tant que méthodes contraceptives. (Netter & Rozenbaum, 1985) Puis, dans les années 1950, le Dr Rötzer et son épouse formalisent la méthode symptothermique qui combine la prise de température, l'observation de la glaire cervicale et du col de l'utérus (Rötzer, 1998). Cette méthode se retrouve aussi sous diverses appellations telles que méthode d'auto-observation (MAO) ou méthode de régulation naturelles des naissances (RNN). Nous reviendrons plus longuement sur celle-ci par la suite. Ces différentes méthodes sont généralement couplées avec une abstinence périodique lors des jours dits fertiles (surtout dans les cultures à dominante catholique) ou avec des rapports sexuels protégés grâce à un préservatif. Cet aspect religieux est resté associé avec la symptothermie et fait encore aujourd'hui partie des clichés qui y sont liés. (Hurlimann, 2017)

On mesure ainsi la véritable révolution de l'apparition récente des méthodes contraceptives hormonales. En effet, la pilule œstro-progestative est produite dans les années 1950 sous l'influence de Margaret Sanger et des recherches de Gregory Pincus (docteur en biologie de la reproduction). Leurs recherches sont financées par divers sponsors aux intentions assez diverses allant de la planification familiale, au féminisme en passant par des objectifs moins louables en lien avec le racisme et l'eugénisme. (Debusquat, 2018) Néanmoins, cette découverte, bien que synonyme de nombreux effets secondaires, sera rapidement mise sur le marché et distribuée largement malgré des lois interdisant la contraception en vigueur à l'époque.

Dès l'entrée en vigueur de la loi Neuwirth en 1967, la vente et l'utilisation des contraceptifs est autorisée en France (Avon, 2007) ce qui permet la large diffusion de la pilule et du DIU qui est prescrit plutôt aux femmes ayant déjà eu un enfant dans un premier temps. (Bajos, Rouzaud-Cornabas, Panjo, Bohet, & Moreau, 2014) Depuis cette première avancée majeure pour l'accès à la contraception des femmes, de nouveaux progrès ont été faits en termes de contraceptions avec la production de nouvelles hormones de synthèse (œstrogènes et progestérone) qui ont été à l'origine des pilules de générations suivantes avec les controverses en termes de santé qui y sont liées. (Veriseux, 2015) (Debusquat, 2018) (Debusquat, 2019) (Bajos et al., 2014)

Enfin, « depuis les années 2000, des méthodes de contraception hormonales alternatives à la pilule sont disponibles (implant, injection, DIU, patch et anneau vaginal). » (Amsellem-Mainguy, 2009) Ces méthodes diffèrent essentiellement sur le mode d'absorption et de la régularité avec laquelle elles doivent être prises ou utilisées. Elles offrent des alternatives intéressantes pour les femmes et les couples qui ne souhaitent pas avoir à penser quotidiennement à la contraception. De plus, elles offrent également certains effets secondaires intéressants tels qu'une aménorrhée pour certaines femmes avec les injections ou le DIU hormonal qui peut permettre de traiter une dysménorrhée par exemple. {Citation}

Notons enfin que les derniers développements en termes de méthodes contraceptives sont essentiellement en lien avec la *femtech*, c'est-à-dire des applications ou appareils qui permettent de mesurer la fertilité en combinant parfois certains indicateurs observés également dans les méthodes de régulations des naissances (température, glaire cervical, humeur, sommeil, ...) « Grâce à un algorithme, l'appli peut prédire le jour où la chance de concevoir est la plus élevée » (Adler, 2016) et ainsi déterminer des jours de fertilité. Ces méthodes vont de moniteurs de fertilité (Persona ou Ava) à de thermomètres évolués (Daysy). Néanmoins, ces méthodes n'offrent qu'une sécurité toute relative (Foïs, 2018) et dépendent évidemment de l'abstinence ou de la protection supplémentaire utilisée par les femmes et les couples lors des jours dits fertiles.

Pour finir, les méthodes définitives (stérilisation féminine ou vasectomie) offrent également une méthode de contraception non-hormonale mais ne sont que peu proposées car nécessitent d'intervenir sur un corps sain et sont irréversibles. (Barré, Hamers, Scemama, & Thébaut, 2013)



## 2.2. Définition d'un cadre de pensée pour la contraception

Comme nous l'avons vu plus haut, l'apparition des contraceptifs comme la pilule et le DIU est un véritable tournant dans l'histoire de l'humanité. Il permet enfin aux femmes et aux couples de maîtriser leur fécondité. Il s'opère ainsi un passage de la crainte de la fécondité à la gestion de celle-ci qui correspond à la production d'une "norme contraceptive". » (Bajos, Ferrand, & Equipe GINE, 2002) Ce concept est central dans le travail des spécialistes en santé sexuelle. Il s'articule à la fois autour de la notion de norme contraceptive et du facteur « déviant » des jeunes femmes qui n'y souscrivent pas. Mais, également autour du concept d'autodétermination pour les personnes consultant pour une méthode contraceptive. Nous proposons de définir le concept d'autodétermination des droits sexuels afin de déterminer un ancrage légal à cette réflexion. D'autre part, nous nous proposons de développer la notion de norme contraceptive pour mieux déconstruire les attentes des spécialistes en santé sexuelle quant aux consultant·e·s.

### 2.2.1. L'autodétermination comme cadre éthique

Le concept d'autodétermination est au cœur des pratiques en santé sexuelle, tant en termes de notions juridiques, de cadre de pensée de prise en charge des consultant·e·s et également de compétences à renforcer. Il donne un cadre pour penser les pratiques en santé sexuelle. « Pour soutenir réellement l'autodétermination, [ces deux pratiques] nécessitent de la part des professionnel-le-s de solides compétences mais aussi un travail permanent sur leurs propres représentations liées à la sexualité et à la santé sexuelle ainsi qu'un regard réflexif sur leur propre pratique. » (Jacot-Descombes & Voide Crettenand, 2014, p. 58) Il s'agit donc un concept pertinent dans ce domaine du choix contraceptif. Le concept d'autodétermination est au centre des valeurs et est mentionné dans la Déclaration des droits sexuels de l'IFFP (*Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*, 2008) : il s'agit de la possibilité pour un individu de décider par lui-même et pour lui-même de sa santé. Œuvrer dans le cadre de la santé sexuelle, c'est œuvrer pour que chacun puisse prendre les meilleures décisions possibles en ce qui concerne sa vie, son corps et sa santé. Favoriser l'autodétermination des consultant·e·s est une valeur au cœur du travail des spécialistes en santé sexuelle qui est souvent évoquée.

Toutefois, pour pouvoir s'autodéterminer, l'individu a besoin d'avoir un cadre sociétal qui lui permette cette liberté de choix. « Ce n'est qu'en reconnaissant la responsabilité partagée entre les individus et la société que le droit à l'autodétermination en matière de santé sexuelle prendra son véritable sens. Sans cela, il risque de devenir un « luxe » réservé à quelques

seuls privilégiés. Si tel était le cas, nous aurions échoué à concrétiser les valeurs de respect, de dignité et d'égalité qui le fondent. » (Voide Crettenand, 2013)

Ce concept se retrouve également dans le champ de la psychologie et des théories de la motivation et contribue, quant à eux, à une meilleure compréhension pour les spécialistes en santé sexuelle de la situation de certaines personnes que l'on accompagne. Cela permet de mettre en lumière les raisons de faire un choix ou non en tenant compte de divers facteurs tels que l'environnement, les compétences, le degré d'autonomie de la personne. Cela donne également un cadre pour faire progresser la personne dans son positionnement et des outils, l'entretien motivationnel en particulier, pour aider la personne dans sa situation. Elle instaure également un cadre de valeurs et de techniques pour exercer son travail, à savoir « l'écoute active, l'empathie, le non jugement, la confidentialité et le renforcement de la personne dans ses connaissances et ses compétences (*empowerment*). » (Voide Crettenand, 2013) Ces différents éléments permettent aux spécialistes en santé sexuelle de se positionner et d'encadrer des personnes dans des situations complexes en termes psychosociaux.

Ce concept est particulièrement utile pour penser le cadre éthique en lien avec le choix contraceptif lors des consultations en santé sexuelle. En effet, il s'agit d'un excellent exemple de l'application du concept d'autodétermination dans ses diverses définitions : il s'agit à la fois du droit du patient à s'autodéterminer et donc à disposer des informations complètes pour faire un choix éclairé. Il s'agit également de comprendre sa motivation à utiliser (ou non) telle contraception plutôt qu'une autre.

Avoir en tête les différents aspects de la théorie de l'autodétermination permet d'appréhender plusieurs facteurs qui ont une influence sur le choix contraceptif et permet de tenir compte de son environnement. Par ailleurs, une consultation sur le choix contraceptif demande aux spécialistes en santé sexuelle de donner une information neutre et complète afin de laisser les consultant·e·s faire le choix qui leur convient libre d'influences indues. Il s'agit donc pour les spécialistes en santé sexuelle d'être au clair sur leur propre réflexion, préjugés et clichés. Cela me paraît particulièrement pertinent dans le cadre du module 3 du DAS où nous avons entendu, en guise d'informations à valeur scientifique, des clichés et des préjugés sur les méthodes non-hormonales et sur la symptothermie en particulier.

Cela m'amène à développer plus longuement la notion de norme contraceptive et les injonctions y relatives afin de me permettre de me séparer de mes propres préjugés et croyances indues dans le conseil en contraception. En effet, il s'agit d'une crainte

fréquemment évoquée par les personnes qui se tournent vers les méthodes non-hormonales d'être jugé·e·s et s'éloignant de la norme contraceptive. (Meunier, s. d.)

### 2.2.2. *La norme contraceptive et les injonctions sociétales*

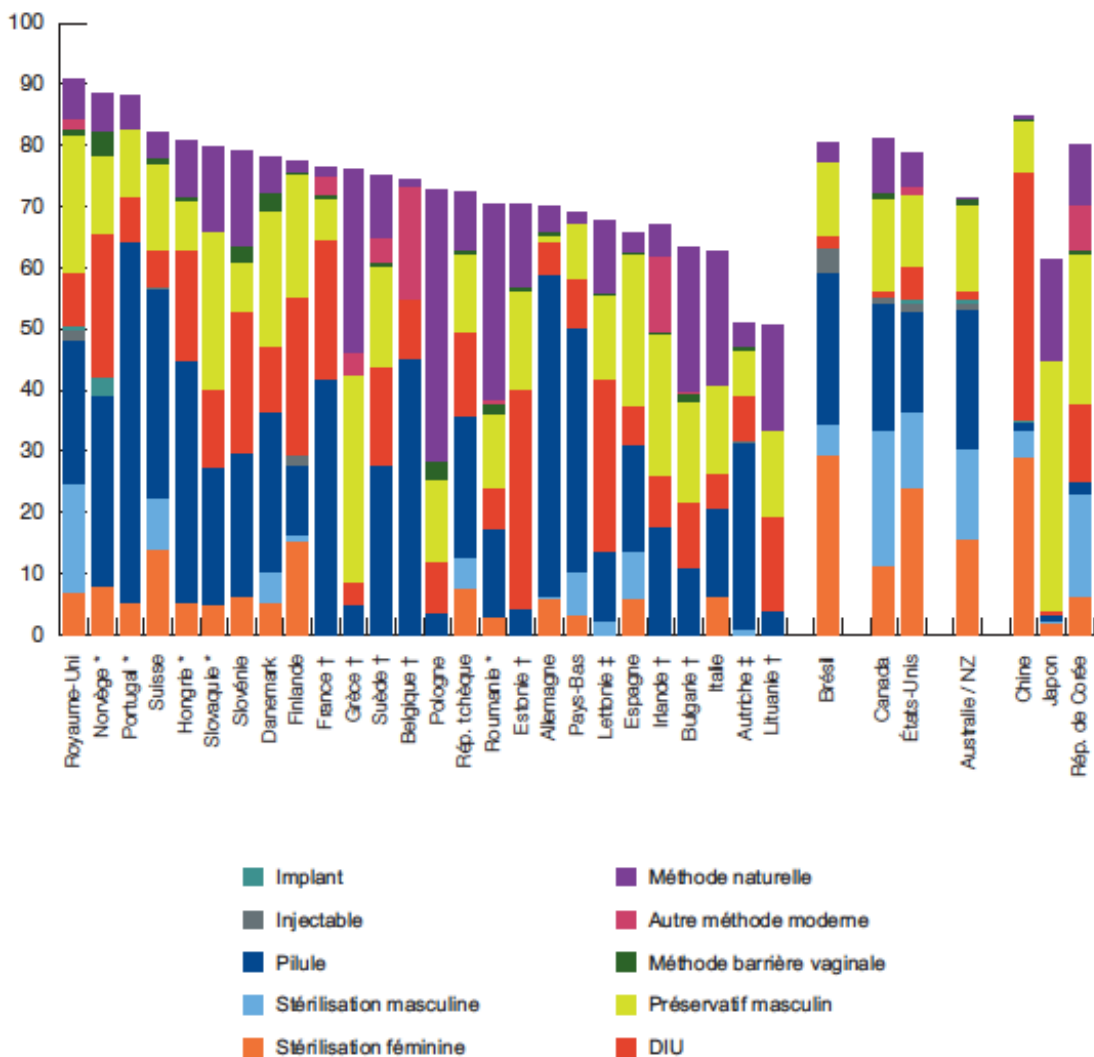
La norme contraceptive est un concept produit par le « passage d'une maturité *subie* à une maternité *volontaire et totalement contrôlée* » (Bajos et al., 2002, p. 35) avec la large diffusion des méthodes médicales de contraception et est largement « médicalement construite ». Ainsi, « les femmes qui n'utilisent pas de contraception, alors même qu'elles ne désirent pas être enceintes, sont considérées comme « déviantes » par rapport au modèle dominant, ainsi d'ailleurs, dans une moindre mesure, que celles qui ont opté pour une contraception non médicale, présentée comme archaïque et dépassée. » (Bajos et al., 2002).

Cette norme contraceptive est une notion importante car elle va teinter la perception de la « bonne contraception » au bon moment et laisse peu de place à l'expression d'ambivalence face à celle-ci (désir d'enfant ou désir de grossesse). Ainsi de nombreux échecs contraceptifs subsistent et ce, bien que la contraception soit largement utilisée par les femmes, en particulier les jeunes. (Bajos et al., 2002) (Gautier, Kersaudy-Rahib, & Lydié, 2013) « Les échecs s'expliquent en partie par une inadéquation entre les contraintes du contraceptif prescrit et le mode de vie des femmes. En effet, la logique de prescription en France répond à un parcours contraceptif stéréotypé : la pilule apparaît ainsi comme le contraceptif le plus distribué, notamment auprès des plus jeunes, souvent remplacé après la survenue d'une ou plusieurs maternité(s) par un dispositif intra-utérin (DIU) [Bajos et al., 2003]. » (Gautier et al., 2013)

Afin de modifier la dynamique d'usage des différents modes de contraception et de sortir d'une prescription médicale « automatisée », la Haute Autorité de santé (HAS) a émis, en 2004, des recommandations professionnelles afin de faciliter la personnalisation de la contraception, de permettre une diversification des méthodes utilisées et d'ouvrir l'accès au DIU à un public plus large, notamment nullipare (ANAES, 2004). Pour accompagner cette ouverture aux différents modes de contraception, des actions de communication-sensibilisation ont été engagées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sur la pluralité des méthodes proposées, telle la campagne « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » lancée en 2007, accompagnée de la diffusion de la brochure « Choisir sa contraception [1][1][www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr) ». Ces changements n'ont réellement été implémentés qu'après la « crise de la pilule » (Bajos et al., 2014), confirmant ainsi que cette norme est réellement maintenue en place par une culture médicale et sociale.

Ce fort ancrage culturel dans le choix des méthodes contraceptives peut également s'observer en comparant les contraceptions facilement accessibles aux femmes et jugées adéquate par la société et les professionnel-le-s de la santé sexuelle. Cela peut varier selon le pays et la religion dominante, y compris dans les pays dits développés. Le tableau ci-dessous (tiré de Barré et al., 2013) permet de comparer les méthodes, tout en étant non-exhaustif, et donne un éclairage sur cet aspect de variation de la norme contraceptive.

Prévalence contraceptive par type de méthode par pays, Union européenne, pays de l'AELE et autres pays sélectionnés



Champ : femmes de 15-49 ans mariées ou en couple

Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraceptive Use 2011. Disponible sur :

[www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm](http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm)

Les données sur la stérilisation sont incomplètes pour les pays européens, \* pas de données sur la stérilisation masculine, † pas de données sur la stérilisation féminine et masculine, ‡ pas de données sur la stérilisation féminine.

AELE : Association économique de libre échange

Figure 2 : Méthodes contraceptives par pays ; Source : HAS, 2013

On remarque ainsi que la prévalence d'utilisation des méthodes non-hormonales varient fortement selon le contexte culturel mais également le type de méthode. « A l'échelle mondiale, la pilule est troisième, derrière la stérilisation (archimarginale en France) et le stérilet. » (Mallaval, 2019) Les stérilisations sont, par exemple, plus fréquentes dans certains contextes culturels (vasectomie en Grande-Bretagne ou ligature des trompes au Brésil ou aux USA).

Comme mentionné plus haut, cette « norme contraceptive s'accompagne de prescriptions temporelles » (Bajos et al., 2002) : c'est cette idée du bon moment pour telle ou telle méthode de contraception créée des injonctions, parfois inconscientes, sur à la fois la sexualité, l'orientation et la maternité chez les couples et les femmes. Elle crée ainsi une catégorie de femmes qui n'auront peut-être pas accès à une contraception adéquate à leur situation personnelle car elles ne collent pas, de par leur âge (trop jeune ou trop âgée par exemple, en couple ou non, etc.)

### 2.3. Le retour à des méthodes non-hormonales dans le parcours contraceptif

Comme mentionné plus haut, « chaque méthode contraceptive est ainsi associée, dans un modèle de comportement idéal, à une phase de l'itinéraire sexuel. » (Bajos et al., 2002) Dévier de cette norme de parcours contraceptif peut avoir un coût social important, d'autant plus quand elle est en lien avec l'obligation de la prescription médicale. On remarque cependant une flexibilisation de cette norme de parcours dans ces dernières années. Cela peut s'expliquer, comme mentionné précédemment, par la « crise de la pilule » qui « a en fait accéléré une désaffection pour cette méthode hormonale qui apparaissait déjà entre 2000 et 2010, et que la controverse de 2013 n'a fait qu'accentuer. En 2013, les méthodes dites naturelles (abstinence périodique, retrait) sont utilisées par près de 9,5 % des femmes (contre 6 % juste trois ans avant, en 2010). » (Loû, 2015, p. 7)

En effet, ce qui était une véritable révolution et facteur d'émancipation féminine, au point de faire passer les effets secondaires et l'obligatoire prise en charge médicale du corps féminin aux oubliettes, est devenu bien moins acceptable pour certaines jeunes femmes. (Bajos et al., 2002) Cela les a conduites à désirer un retour à des méthodes contraceptives souvent non hormonales (stérilet, préservatif, méthodes naturelles) comportant moins d'effets secondaires et sans obligation de prescription médicale (Bajos et al., 2002)

Les profils de ces femmes qui utilisent des méthodes naturelles pour contrôler leur fécondité sont très divers : « des femmes cadres, qui ont abandonné les méthodes hormonales par souci

écologique et rejet de toute méthode chimique ou médicamenteuse dont elles craignent les effets secondaires sur leur santé, et des femmes peu diplômées, en situation financière difficile (en particulier des femmes originaires d'Afrique subsaharienne) qui, face au déremboursement de certaines pilules, sont revenues à des méthodes naturelles plutôt que de revenir aux « anciennes pilules ». » (Loû, 2015, p. 7)

Cet abandon de la pilule est donc marqué par des facteurs socio-économiques tels que l'âge et le niveau d'études. Ainsi, « les femmes sans aucun diplôme ont davantage que les autres délaissé les pilules récentes au profit des méthodes les moins efficaces (dates, retrait), tandis que celles qui détiennent un CAP ou un BEP ont opté pour le préservatif, et les plus diplômées (Bac + 4) pour le DIU. Les femmes cadres qui étaient auparavant les principales utilisatrices des pilules de 3e et 4e génération, ont compensé la baisse du recours à la pilule en se tournant vers le stérilet et, pour certaines, vers des méthodes dites naturelles (dates, retrait), sans doute par rejet de toute contraception à base d'hormones. » (Bajos et al., 2014)

Cet aspect écologique peut également se comprendre comme « une conscience plus globale des enjeux écologiques à tous les niveaux (pollution, alimentation, surconsommation médicamenteuse). Les bienfaits du progrès scientifiques sont acceptés et valorisés dès lors qu'ils ne portent pas atteinte à l'écosystème en général et au bien-être du corps en particulier. Les recherches en matière de contraception qui visent à la seule amélioration des contraceptifs existants n'ont pas tenu compte de ces nouveaux enjeux » (Bajos et al., 2002)

Lors de la formation à la sympto-thermie que j'ai suivie, le profil des femmes présentes était d'une catégorie socio-économique élevée, avec un bon niveau de formation et une préoccupation écologique forte ainsi qu'un refus de l'utilisation d'hormones de synthèse. Elles se sont également senties peu écoutées et comprises par leur médecin lorsqu'elles évoquaient des craintes pour leur santé en lien avec la pilule et des effets secondaires jugés mineurs par ceux-ci (perte de libido, sentiment d'être « anesthésiée » par les hormones) et souhaitaient être pleinement actrices de leur contraception. Elles avaient les moyens de s'éloigner de normes sociales et de rechercher par elle-même des méthodes qui leur permettent de s'affranchir d'une prescription médicale et de faire face à une grossesse non souhaitée en cas d'échecs de cette méthode contraceptive.

On remarque aussi un intérêt pour le DIU au cuivre chez de jeunes femmes nullipares à qui il n'était pas proposé spontanément par le passé. En effet, jugé inadéquat pour ce type de population en lien avec de potentiels multipartenaires ou la difficulté de leur poser un DIU dû à leur col utérin, cette ouverture a nécessité un travail sur les représentations du corps médical.

Ainsi, le site AdopteUnEgyneco.com permet la référence en Suisse Romande de gynécologues ouvert·e·s à la pose d'un DIU à des nullipares, ce qui est, en soi, la démonstration qu'il ne s'agit pas encore d'un acte aussi simple à obtenir que la prescription d'une pilule. (« AdopteUnEGynéco.com », s. d.) De manière générale, en Suisse, on note une baisse du recours à une contraception hormonale uniquement dans la catégorie des 25-29 ans entre 2002 et 2012. (Obsan, 2017) Il serait intéressant d'avoir des chiffres plus récents qui prennent en compte la crise de la pilule de 2013-2014 pour pouvoir voir une évolution plus récente des pratiques contraceptives.

#### 2.4. État des lieux des pratiques dans différents centres de santé sexuelle

En Suisse Romande, les différentes prestations de santé sexuelle sont organisées par cantons. Certains centres sont médicalisés et d'autres non, ce qui peut faire varier les types de prestations disponibles. Dans la volée précédente du DAS en santé sexuelle dans le cadre de son travail de diplôme, Michèle Hurlimann avait recensé les différents types de suivis proposés en Suisse Romande en lien avec la symptothermie : un suivi est proposé dans les centres de santé sexuelle de Genève, Vaud et à Fribourg soit par des médecins soit par une conseillère en santé sexuelle. Ces prestations ont des prix relativement variables allant d'un suivi gratuit et formation gratuite à Genève à environ 700.- dans le canton de Vaud. (Hurlimann, 2017, p. 19)

Sur leur site internet, certains centres mentionnent dans leurs prestations en lien avec la contraception les méthodes non-hormonales : à Genève (Walder-Lamas, 2018) (« Contraception—Santé sexuelle et planning familial à Genève aux HUG », s. d.) ; dans le canton de Vaud (« Consultation de santé sexuelle – planning familial », 2018) ; dans le canton de Fribourg (« Contraception », s. d.). Les autres cantons ne précisent pas les types de contraceptions proposées sur leur site internet. Il est possible d'obtenir des méthodes non-hormonales telles que le préservatif ou le DIU en cuivre, certains mentionnent également le diaphragme ou la cape cervicale bien que ces méthodes soient peu usitées et peu proposées dans les faits.

## 2.5. Pistes d'interventions en tant que spécialiste en santé sexuelle

« En France, les deux tiers des grossesses non-désirées surviennent chez des femmes utilisant une méthode de contraception. Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles ne bénéficient pas de l'information qui leur permettrait de choisir la méthode qui leur convient et de l'utiliser au mieux. » (Déchalotte, 2017, p. 49) Par ailleurs, et « même si nos adolescents sont bien informés, l'adoption d'une contraception efficace nécessite une inscription dans le temps lié au développement psycho-sexuel : intégration des informations, lien avec son corps et sa sexualité, renoncement au désir immédiat de grossesse et de fait mise en place des moyens pour y parvenir. La pratique nous amène à penser qu'il faut entre trois et cinq ans pour y parvenir. » (Pelège & Picod, 2006, p. 193)

Ces deux citations mettent en évidence le besoin d'informations complètes concernant la contraception, de temps pour les assimiler et les intégrer, en lien avec le développement des jeunes et pour se positionner sur celle qui correspond le mieux à ses besoins et à son mode de vie. Ces conditions, qui semblent indispensables à un choix autodéterminé, sont difficiles à obtenir pour les jeunes femmes sur qui l'ont fait peser les normes contraceptives qui restreignent leur accès à certaines méthodes. Les spécialistes en santé sexuelle ont un rôle crucial à jouer pour favoriser un choix adéquat à la personne. Dans le cadre de la formation de spécialiste tant en éducation qu'en conseil en santé sexuelle permet de développer des compétences dans les deux domaines pour aborder de manière la plus complète possible les méthodes de contraception non-hormonales.

### 2.5.1. En éducation à la santé sexuelle

La possibilité d'informer dès le plus jeune âge les élèves rencontrés dans le cadre des cours d'éducation à la santé sexuelle de leurs droits sexuels (*Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*, 2008), de la prévention des IST et des grossesses non-souhaitées leur permet d'avoir du temps pour assimiler ces informations et les mettre en application lors de leur entrée dans la vie sexuelle.

Ainsi, dans le cadre du Plan d'Études Romand (PER), les thèmes autour de la fertilité et de la reproduction sont recommandés dès l'âge de 8-10 ans. Pour ces élèves, l'objectif d'apprentissage concerne surtout la compréhension que l'on peut agir sur sa fertilité et que l'on dispose « du choix à la parentalité ». (Jacot-Descombes & Voide Crettenand, 2014, p. 36)



Pour les élèves du cycle suivant, dès 12-13 ans, les thèmes de la fertilité et de la reproduction sont repris de façon plus précise. Parmi ces thèmes se retrouvent la contraception, les facteurs qui peuvent la rendre inefficace et les effets secondaires de celle-ci. Les objectifs d'apprentissage visent la connaissance des « moyens de contraception hormonaux, mécaniques, naturels. » (Jacot-Descombes & Voide Crettenand, 2014, p. 58) Il s'agit donc de pouvoir les renseigner de manière la plus complète possible, en dehors de tout jugement et de leur transmettre les moyens de prendre leurs propres décisions. Un moyen de mobiliser les jeunes et de leur permettre de retenir les informations peut être de leur mettre à disposition des échantillons des méthodes contraceptives (DIU, préservatif, diaphragme, pilules, anneau ...) afin de leur permettre d'expérimenter, toucher et de visualiser et rendre concrets ces méthodes. En effet, « c'est au niveau de la contraception que l'on voit toutes les difficultés auxquelles se confrontent les adolescent(e)s au moment du passage à l'acte :

- peurs de l'acte, de l'autre, des interdits à dépasser pour se procurer un contraceptif, du jugement des autres ;
- rites initiatiques, en silence, où la parole sur les risques pourrait détruire la magie et empêcher la réalisation ;
- difficultés à admettre l'abstraction grossesse-sexualité-maladie, alors que cette sexualité leur sert dans leur recherche d'identité. » (Pelège & Picod, 2006, p. 194)

Finalement, il s'agit avant tout de leur permettre de communiquer et de parler dans le couple des méthodes utilisées afin de renforcer les compétences et l'adhésion à celles-ci. En effet, la capacité des adolescent·e·s de résoudre ou non ces difficultés susmentionnées vont teinter leur parcours contraceptif pour la suite. Dans une perspective d'éducation pour la santé, celle-ci se doit surtout d'« être écoute, plutôt que parole, et fondamentalement, faire confiance à la population dans ses capacités à identifier, décrire, et éventuellement résoudre, ses problèmes de santé » (Deschamps cité par Pelège & Picod, 2006, p. 203)

Le rôle d'éducateur·ice en santé sexuelle est également celui de faire réfléchir et ouvrir la discussion sur les normes et valeurs de la société et des rôles de genre entre autres. Questionner la norme contraceptive et la charge mentale de celle-ci dans un couple peut également être un facteur de changement des comportements sociétaux. Rappeler que les deux partenaires sont acteurs de la contraception est également un aspect central dans ce cadre. Les méthodes non-hormonales demandent généralement une collaboration des deux partenaires (symptotermie et préservatif/abstinence par exemple) ce qui peut être un bon moyen d'évoquer cet aspect.

### 2.5.2. *En conseil en santé sexuelle*

Dans le cadre du conseil en santé sexuelle, le choix en contraception est un motif de consultation fréquente que ce soit pour un premier choix contraceptif ou pour un changement de méthode tant pour des jeunes que pour des adultes ou jeunes adultes. Il s'agit de consultations qui requièrent un grand nombre de compétences : à la fois une écoute active pour évaluer la situation psychosociale des consultant·e·s, leurs besoins et leurs pratiques contraceptives jusqu'alors. En parallèle, un grand nombre d'informations doivent être dispensées afin de favoriser l'adhésion à la méthode contraceptive, de réduire les risques d'utilisation inefficace et de déconstruire les croyances et mythes en lien avec les différentes méthodes contraceptives.

Un facteur important à tenir en compte est l'influence des professionnel·le·s de la santé sexuelle rencontrés à cette occasion. En effet, « chaque méthode contraceptive se définit par son efficacité théorique et son efficacité pratique. L'efficacité théorique est l'efficacité maximale obtenue quand la méthode est utilisée sans erreur, en se conformant à toutes les instructions. (...) L'efficacité pratique est celle observée dans une population tout venant, associant des personnes qui utilisent « parfaitement » la méthode et d'autres qui l'utilisent « imparfaitement ». Elle va dépendre de la méthode elle-même et de l'observance des utilisateurs tant dans la continuité que dans la régularité. Cette observance est directement liée à la qualité de l'échange et aux compétences techniques du médecin, à la « motivation » des partenaires et à la facilité d'accès aux moyens contraceptifs. » (Bajos et al., 2002) Ainsi, l'impact du ou de la professionnel·le rencontré peut-être important pour ouvrir ou refermer le champ des possibles concernant les méthodes contraceptives.

La méthodologie d'entretien et les questions posées par les conseiller·ère·s en santé sexuelle peuvent être déterminantes dans la manière dont les usager·ère·s pourront évoquer leur préférence pour une contraception non-hormonale, même si celle-ci est moins efficace ou « à risque » comme le nomme le *Guide pratique d'entretien en planning familial* (Méan & Wyss, 2006, p. 30). Il reste pertinent d'avoir en tête qu'une méthode contraceptive est meilleure qu'aucune, y compris les méthodes moins efficaces. (Winckler, 2001) Et qu'une bonne adhésion à une méthode moins efficace peut s'avérer meilleure pour la femme qu'une prescription pour une méthode très efficace mais qui ne lui convient pas. L'anxiété liée à une grossesse non-désirée peut être une source de rigueur dans l'utilisation d'une méthode jugée moins efficace qui va combler ce défaut. (Hurlimann, 2017)

Dans tous les cas, il reste pertinent d'informer les personnes sur les possibilités de contraception d'urgence et sur les besoins de dépistage d'IST (Méan & Wyss, 2006). Ce type de consultation permet également d'aborder l'usage du préservatif avec sa double fonction de protection contre les IST qui peut être intéressant pour les jeunes qui ont peu de moyens financiers, ce qui est un facteur important du choix contraceptif comme vu plus haut et des relations sexuelles plus occasionnelles. De plus, évoquer les préservatifs permet aussi d'ouvrir la discussion et de renforcer les compétences de communication avec leur partenaire à ce sujet des jeunes filles qui utilisent cette méthode. Par ailleurs, la plupart des échecs de cette méthode sont en lien avec une mauvaise utilisation du préservatif (taille, manque de lubrification, mise en place de celui-ci). Renseigner les jeunes sur ces points permet d'augmenter l'efficacité de cette méthode.

Concernant la méthode symptothermique, celle-ci est peu recommandée à une toute jeune fille dont les cycles sont encore irréguliers et le cadre de vie peu propice à une auto-observation régulière (Rötzer, 1998). En général, il est recommandé d'attendre le milieu de la vingtaine pour ce faire. (Hurlimann, 2017) Cependant, mentionner cette possibilité peut lui permettre de l'imaginer plus tard dans son parcours contraceptif et permet de l'informer sur les signes de fertilité observables. Cela peut ainsi faciliter la connaissance de son corps et l'éducation au ressenti de celui-ci. (Rötzer, 1998) Il s'agit d'un aspect non-négligeable de cette méthode qui dépasse le cadre de la contraception.

Finalement, aborder les méthodes moins efficaces permet aussi d'explorer les aspects en lien avec le désir d'enfant ou de grossesse plus ou moins conscient ou au minimum d'ouvrir la discussion sur ce que la femme ou le couple imagine faire si une grossesse survenait.

Avoir ces différents points en tête pour favoriser un choix contraceptif est important à la fois pour offrir une place aux méthodes non-hormonales mais également pour proposer des entretiens de qualité qui laissent réellement le choix aux usager·ère·s.

### 3. Conclusion

À l'issue de cette analyse sur les méthodes non-hormonales dans le travail des spécialistes en santé sexuelle, il nous semble évident que notre rôle est essentiellement celui de passeur de savoir et qu'il s'agit pour le ou la spécialiste en santé sexuelle d'offrir les meilleures conditions possibles pour que les usager·ère·s puissent prendre une décision autodéterminée concernant leur contraception et la gestion de leur fertilité. L'idéal serait pour les spécialistes en santé sexuelle de les amener à choisir ce qui leur convient le mieux en dehors de toute norme contraceptive ; que celle-ci soit internalisée par les consultant·e·s ou celles des spécialistes en santé sexuelle. Pour ce faire, un travail perpétuel sur ses propres valeurs par le biais de la formation continue, de la supervision et de l'intervision par exemple semble indispensable. (*Qualité du titre professionnel. Cadre de référence et recommandations pour les professionnel.le.s, les services employeurs et les institutions mandantes.*, 2016)

Le fait que, en Suisse Romande, dans le cadre des centres de santé sexuelle et de l'éducation en santé sexuelle, les usager·ère·s soient confronté·e·s à des spécialistes en santé sexuelle qui ont un temps conséquent à leur écoute et non à des médecins est un avantage. En effet, « la consultation de contraception n'est pas une consultation de diagnostic, mais une consultation d'écoute : écoute de ce que souhaite la femme, de ses freins et angoisses. Le ou la professionnel-le de santé doit pouvoir accepter d'entendre que telle ou telle ne souhaite pas de DIU ou d'implant, ou qu'elle ne veut pas de pilule parce qu'elle ne veut pas prendre d'hormones de synthèse ou que cela est trop contraignant ou inadapté à son mode de vie, voire qu'elle ne peut assumer le coût d'un contraceptif non remboursé.

L'aider à trouver la contraception qui lui conviendra le mieux, c'est admettre de se placer dans une situation non pas de "sachant" face à un profane, mais "d'écouter" face à une personne en capacité de prendre ses propres décisions en étant bien informé.

Aujourd'hui, de fait, les professionnels de santé sont donc en première ligne, dans une situation où la contraception relève majoritairement de la seule prescription médicale et du contrôle exercé par des professionnels non ou mal formés. On se trouve donc avec des médecins, femmes et hommes confondus, qui peuvent cumuler à la fois une certaine ignorance (le fréquent refus de poser des DIU à des nullipares en est un bon exemple) et un comportement intrusif. » (Martinet, 2012)

Renforcer l'efficacité des méthodes non-hormonales qui dépendent des usager·ère·s (symptothermie, préservatifs, etc... ) dépend essentiellement de la qualité du

counseling et de l'écoute offerte ainsi que des informations mises à dispositions pour la personne qui fait ce choix de manière motivée. Les spécialistes en santé sexuelle sont à même ; de par leur posture non-médicale, leur travail approfondi sur les valeurs et les normes et leur écoute ; d'être des vecteurs de choix contraceptif le plus neutre possible. Cette double casquette d'éducateur·ice·s et de conseiller·ère·s permet d'agir sur différents plans et à différentes périodes de vie et du parcours contraceptif des personnes rencontrées. Elle permet de questionner les normes contraceptives

Dans cette période où l'utilisation de la pilule n'est plus aussi libératrice qu'elle a pu l'être et que les préoccupations de santé et écologiques se font plus prévalentes, l'interdisciplinarité dans la formation des spécialistes en santé sexuelle est, à mon sens, un avantage car elle amène une ouverture importante à d'autres façons de faire et une sensibilité différente aux questions de contraceptions.

L'ouverture aux méthodes contraceptives non-hormonales exige aussi des spécialistes en santé sexuelle d'approfondir leurs connaissances par un autre biais que les cours proposés dans le cadre du DAS comme cela n'a que peut ou pas été évoqué. Cela nous contraint à chercher d'autres canaux d'informations (formation en symptothermie, méthodes en lien avec la *femtech*, contraception masculine, par exemple) qui élargissent les possibilités à proposer ou moyens de renseigner nos usager·ère·s.

A mon sens, ces compétences et savoirs devraient être renforcés dans le cadre de la formation car ils sont dans l'air du temps et ne pas les intégrer dans le cursus et dans les pratiques actuelles serait manquer le positionnement de spécialistes en santé sexuelle. Les méthodes non-hormonales comportent un risque plus élevé de grossesse non souhaitée mais une méthode hormonale qui ne correspond pas aux souhaits de la personne également. Ainsi, favoriser un choix autodéterminé et informé chez les usager·ère·s, faire le choix d'être parent ou non et de prendre soin de sa santé s'ancre pleinement dans les droits sexuels et donc dans le rôle de spécialistes en santé sexuelle.

## 4. Bibliographie

- Adler, B. (2016, janvier 29). La Silicon Valley s'intéresse à la fertilité et à la contraception. *Le Temps*. Consulté à l'adresse <https://www.letemps.ch/economie/silicon-valley-sinteresse-fertilite-contraception>
- AdopteUnEGynéco.com. (s. d.). Consulté 30 août 2019, à l'adresse <https://adopteunegyneco.wordpress.com/>
- Amsellem-Mainguy, Y. (2009). La première contraception, au-delà de la question de la fécondité. Trois temps pour entreprendre sa biographie contraceptive. *Agora débats/jeunesses*, 53(3), 21-33. <https://doi.org/10.3917/agora.053.0021>
- Avon, B. (2007). Contraception 40 ans de pratique questions pour aujourd'hui. *Laennec, Tome* 55(2), 31-42.
- Bajos, N., Ferrand, M., & Equipe GINE. (2002). *De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues* (Questions en santé publique). Paris: Inserm.
- Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., & Moreau, C. (2014). La crise de la pilule en France : Vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*, (511), 4.
- Barré, S., Hamers, F., Scemama, O., & Thébaut, C. (2013). *État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée* [Document de synthèse]. Haute Autorité de Santé (HAS).
- Clément, F., & Decharrière, J. (2017, novembre 15). Contraception : Cette pilule qui ne passe plus. In 36,9°. Consulté à l'adresse <http://pages.rts.ch/emissions/36-9/8969964--contraception-cette-pilule-qui-ne-passe-plus--depakine-un-scandale-sans-fin-et-sans-frontiere.html>
- Consultation de santé sexuelle – planning familial. (2018, mars 6). Consulté 31 août 2019, à l'adresse Fondation PROFA website: <http://www.profa.ch/services-2/consultation-de-sante-sexuelle-planning-familial/>
- Contraception. (s. d.). Consulté 31 août 2019, à l'adresse Centre fribourgeois de santé sexuelle website: <https://www.fr.ch/cfss/sante/prevention-et-promotion/contraception>
- Contraception—Santé sexuelle et planning familial à Genève aux HUG. (s. d.). Consulté 31 août 2019, à l'adresse [https://www.hug-ge.ch/sante-sexuelle-planning-familial/contraception#methode\\_contraceptive](https://www.hug-ge.ch/sante-sexuelle-planning-familial/contraception#methode_contraceptive)
- Debusquat, S. (2018). *J'arrête la pilule* (J'ai lu Documents). J'ai lu.
- Debusquat, S. (2019). *Marre de souffrir pour ma contraception : Manifeste féministe pour une contraception pleinement épanouissante* (Les liens qui libèrent). Paris.
- Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie*. Paris: First Editions.

- Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*. (2008, octobre).
- Définition subincision* | *Dictionnaire définition français* | *Reverso*. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/subincision>
- Foïs, G. (2018, septembre 26). « Natural Cycle » : L'application contraceptive est accusée de publicité mensongère [R]. Consulté 26 août 2019, à l'adresse France Inter website: <https://www.franceinter.fr/sexualite/natural-cycle-l-application-contraceptive-est-accusee-de-publicite-mensongere>
- Frydman, R., & Bouchard, P. (2006). *La chimie féminine. Pour et contre les hormones*. Paris: Odile Jacob.
- Gautier, A., Kersaudy-Rahib, D., & Lydié, N. (2013). Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. *Agora débats/jeunesses*, N° 63(1), 88-101.
- Hurlimann, M. (2017). *Quelle est la place de la symptothermie dans les pratiques actuelles ? Réflexion autour de la régulation naturelle des naissances* (Travail de Diplôme, HETS - CEFOC). Consulté à l'adresse [https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2018/09/H%C3%BCrlimann\\_travail-diplome.pdf](https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2018/09/H%C3%BCrlimann_travail-diplome.pdf)
- INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé). (2013). *Comment aider une femme à choisir sa contraception? - Repères pour votre pratique - Septembre 2013*. Consulté à l'adresse <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=784>
- Jacot-Descombes, C., & Voide Crettenand, G. (2014). *Cadre de référence pour l'éducation sexuelle en Suisse Romande*. Fribourg: Santé Sexuelle Suisse.
- Léchaire-Callahan, R. (2018, décembre). *Initiation à la symptothermie moderne*. Formation présenté à Eden fertilité, Lausanne.
- Loû, A. D. du. (2015). Contraception : Les couples et l'Église font chambre à part. *Études*, Novembre(11), 31-42.
- Mallaval, C. (2019, juillet 31). L'âge d'or de la pilule est terminé. *Libération.fr*. Consulté à l'adresse [https://www.liberation.fr/france/2019/07/31/l-age-d-or-de-la-pilule-est-terme\\_1743088](https://www.liberation.fr/france/2019/07/31/l-age-d-or-de-la-pilule-est-terme_1743088)
- Martinet, M. P. (2012, novembre). Sexe, sexualité et contraception : Comment en parler de manière constructive. Consulté 26 août 2019, à l'adresse <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/701551-sexe-sexualite-et-contraception-comment-en-parler-de-maniere-constructive.html>
- Maurisse, M. (2018, février 25). La symptothermie ou le retour de la contraception naturelle. *Le Temps*. Consulté à l'adresse <https://www.letemps.ch/sciences/symptothermie-retour-contraception-naturelle>
- Méan, F., & Wyss, E. (2006). *Guide pratique d'entretiens de planning familial* (édition

- PLANeS). Villars-sur-Glânes.
- Meunier, E. (s. d.). *Les méthodes « naturelles »*. In *Ma contraception et moi*. Consulté à l'adresse <https://podcast.ausha.co/ma-contraception-et-moi/ma-contraception-05-methodes-naturelles>
- Netter, A., & Rozenbaum, H. (1985). *Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours* (Les Editions Roger Dacosta). Paris.
- Obsan. (2017). *En Suisse, quatre personnes sur cinq recourent à la contraception | Communiqué de presse* (p. 4). Consulté à l'adresse Service de presse de l'Office fédéral de la statistique website: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/communiqués-presse.assetdetail.2905775.html>
- Pelège, P., & Picod, C. (2006). *Eduquer à la sexualité. Un enjeu de société*. Paris: Dunod.
- Planification familiale/Contraception. (s. d.). Consulté 24 août 2019, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Qualité du titre professionnel. Cadre de référence et recommandations pour les professionnel.le.s, les services employeurs et les institutions mandantes*. (2016, avril). Consulté à l'adresse [https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/06/SSCH\\_recommandationsQtitre.pdf](https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/06/SSCH_recommandationsQtitre.pdf)
- Rötzer, J. (1998). *L'art de vivre sa fertilité. Méthode sympto-thermique de régulation naturelle des naissances* (Nouvelle Cité). Christine Bourgeois.
- Steinberg, S., Bard, C., Boehringer, S., Houbre, G., & Lett, D. (2018). *Une histoire des sexualités*. Paris: Presses Universitaires de France-PUF.
- Trussell, J. (2009). Understanding contraceptive failure. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 23(2), 199-209. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.11.008>
- Veriseux, N. (2015, décembre 17). Bayer confronté à un procès symbolique sur les pilules Yasmin. *Le Temps*. Consulté à l'adresse <https://www.letemps.ch/economie/bayer-confronte-un-proces-symbolique-pilules-yasmin>
- Voide Crettenand, G. (2013, novembre 18). L'autodétermination en matière de santé sexuelle. Consulté 10 juin 2019, à l'adresse Reiso.org website: <https://www.reiso.org/articles/themes/parcours-de-vie/229-l-autodetermination-en-matiere-de-sante-sexuelle>
- Walder-Lamas, A. (2018, octobre 27). Je ne veux plus prendre la pilule. Qu'est-ce que la contraception naturelle? Consulté 31 août 2019, à l'adresse Blog de nos experts website: <https://www.experts-hug.ch/2018/10/27/contraception-naturelle/>
- Winckler, M. (2001). *Contraceptions. Mode d'emploi*. Paris: Au diable vauvert.