
NaProTechnologie : clinique et ouvertures théologiques

Mémoire réalisé par Anne-Catherine Lantin

Promoteur : Dominique Jacquemin

Lecteurs : Éric Gaziaux et Marcela Lobo Bustamante

Année académique 2023-2024

Master en théologie, à finalité éthique

1. Introduction

1.1. Contexte

L'infertilité est un problème de santé majeur qui affecte la qualité de vie des hommes et des femmes qui en souffrent, générant un degré important d'appréhension, d'anxiété, et d'émotions négatives. Les données de bonne qualité qui permettent d'évaluer l'incidence d'infertilité sont difficiles à trouver, mais les études menées à large échelle indiquent qu'elle varie selon les régions du monde, l'âge, le sexe, et la décennie considérée¹. Actuellement, dans les régions industrialisées, le chiffre d'une femme sur sept ou sur huit confrontée à un problème d'infertilité, est avancé². Un déclin des naissances est observé depuis les 50 dernières années, particulièrement dans les régions industrialisées, et la question cruciale est de savoir si ce déclin est dû à des facteurs économiques et comportementaux (utilisation de la contraception, grossesses plus tardives), ou bien si la santé reproductive est en train de se détériorer³. Des facteurs environnementaux (la présence de toxines dans l'environnement) ont été évoqués pour expliquer le phénomène⁴, ainsi que des facteurs liés au style de vie, tels : la pratique sportive excessive, le tabagisme, l'obésité, la consommation d'alcool ou de drogues, et

¹ N. BORUMANDNIA, H. ALAVI MAJD, N. KHADEMBASHI, H. ALAII, « Worldwide trend analysis of primary and secondary infertility rates over past decades: A cross-sectional study », dans *International Journal of Reproductive Biomedicine*, t. 20, n° 1, 18 février 2022, p. 37-46, DOI : 10.18502/ijrm.v20i1.10407 en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8902794/> (consulté le 27 septembre 2022).

² M. JAIN, M. SINGH, « Environmental Toxins And Infertility », dans *StatPearls*, Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, 2022, en ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576379/> (consulté le 27 septembre 2022).

³ M.M. SMARR, K.J. SAPRA, A. GEMMILL, L.G. KAHN, L.A. WISE, C.D. LYNCH, P. FACTOR-LITVAK, S.L. MUMFORD, N.E. SKAKKEBAEK, R. SLAMA, D.T. LOBDELL, J.B. STANFORD, T.K. JENSEN, E.H. BOYLE, M.L. EISENBERG, P.J. TUREK, R. SUNDARAM, M.E. THOMA, G.M. BUCK LOUIS, « Is human fecundity changing? A discussion of research and data gaps precluding us from having an answer », dans *Human Reproduction (Oxford, England)*, t. 32, n° 3, mars 2017, p. 499-504, DOI : 10.1093/humrep/dew361 en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5850610/> (consulté le 9 septembre 2023). N.E. SKAKKEBAEK, R. LINDAHL-JACOBSEN, H. LEVINE, A.-M. ANDERSSON, N. JØRGENSEN, K.M. MAIN, Ø. LIDEGAARD, L. PRISKORN, S.A. HOLMBOE, E.V. BRÄUNER, K. ALMSTRUP, L.R. FRANCA, A. ZNAOR, A. KORTENKAMP, R.J. HART, A. JUUL, « Environmental factors in declining human fertility », dans *Nature Reviews Endocrinology*, t. 18, Nature Publishing Group, n° 3, mars 2022, p. 139-157, DOI : 10.1038/s41574-021-00598-8 en ligne : <https://www.nature.com/articles/s41574-021-00598-8> (consulté le 27 septembre 2022).

⁴ N.E. SKAKKEBAEK, R. LINDAHL-JACOBSEN, H. LEVINE, A.-M. ANDERSSON, N. JØRGENSEN, K.M. MAIN, Ø. LIDEGAARD, L. PRISKORN, S.A. HOLMBOE, E.V. BRÄUNER, K. ALMSTRUP, L.R. FRANCA, A. ZNAOR, A. KORTENKAMP, R.J. HART, A. JUUL, « Environmental factors in declining human fertility ».

un régime alimentaire de mauvaise qualité⁵. A cheval entre les facteurs comportementaux et environnementaux, l'usage de la pilule contraceptive soulève des inquiétudes chez les jeunes femmes quant à leur fertilité future⁶, même si en 2018, une revue systématique et méta-analyse, combinant 22 études incluant près de 15 000 femmes ayant arrêté leur contraception en vue d'une grossesse, n'a pas mis en évidence d'effet négatif de la pilule contraceptive sur la fertilité⁷.

1.2. Qu'est-ce que la NaProTechnologie ?

Dans ce contexte, de nombreux couples se tournent vers la médecine pour obtenir de l'aide à la conception. Plusieurs techniques médicales sont utilisées pour aider les couples, dont certaines, mais pas toutes, « contournent » l'union sexuelle : il s'agit par exemple de l'insémination artificielle, avec le sperme du mari ou d'un donneur, ou de la Fécondation In Vitro (FIV), c'est-à-dire la fécondation d'un ovule et d'un spermatozoïde en dehors du corps de la femme, en éprouvette, suivie du transfert de l'embryon ainsi conçu, dans le corps de la femme. L'ovule et le spermatozoïde fécondés en éprouvette, peuvent venir du couple, ou d'un donneur et/ou d'une donneuse. Par facilité, nous regrouperons, dans ce mémoire, ces techniques sous le terme de « Procréation Médicalement Assistée » (ou PMA).

D'autres techniques médicales existent, qui comportent une « ligne de conduite » incontournable : la fécondation doit toujours avoir lieu lors d'une union sexuelle. Parmi elles, on retrouve la **NaProTechnologie**, ou **NaPro**, acronyme de « **Natural Procreative Technology** », qui met en jeu un ensemble de procédures médicales et chirurgicales, afin de **restaurer la fertilité** et de permettre au couple de concevoir « **naturellement** », c'est-à-dire sans intervention médicale au moment de la fusion des gamètes. La NaPro fait partie d'un ensemble de médecines qui partagent la « ligne de conduite » susmentionnée, que l'on regroupe sous le terme de « **Médecines Restauratrices de la Fertilité** », ou

⁵ S.A. CARSON, A.N. KALLEN, « Diagnosis and Management of Infertility: A Review », dans *JAMA*, t. 326, n° 1, 6 juillet 2021, p. 65-76, DOI : 10.1001/jama.2021.4788.

⁶ M. LE GUEN, C. SCHANTZ, A. RÉGNIER-LOILIER, E. DE LA ROCHEBROCHARD, « Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review », dans *Social Science & Medicine* (1982), t. 284, septembre 2021, p. 114247, DOI : 10.1016/j.socscimed.2021.114247.

⁷ T. GIRUM, A. WASIE, « Return of fertility after discontinuation of contraception: a systematic review and meta-analysis », dans *Contraception and Reproductive Medicine*, t. 3, 23 juillet 2018, p. 9, DOI : 10.1186/s40834-018-0064-y en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055351/> (consulté le 9 septembre 2023).

MRF. Le point commun de toutes ces **MRF**, outre leur ligne de conduite, est de se baser sur les « **Méthodes d’Observation du Cycle féminin** », ou **MOCs**. Les **MOCs** sont un ensemble de méthodes enseignées aux femmes, chacune avec leurs particularités, pour leur permettre de consigner dans un tableau, des observations quotidiennes tels les saignements vaginaux, les écoulements de glaire cervicale ou les variations de température du corps féminin, qui dessinent les lignes de son cycle menstruel. Les **MRF**, en se basant sur les **MOCs**, permettent de donner des traitements médicaux en synergie avec le cycle féminin. Par exemple, certaines hormones doivent être données après l’ovulation, et les **MOCs** permettent à la femme d’identifier, à chaque cycle, le moment où l’ovulation est passée. Il existe deux grandes catégories de **MOCs** : celles basées sur la glaire cervicale seule, et celles basées sur une combinaison de glaire cervicale et de température. Les **MRF** se basent sur l’une ou l’autre de ces catégories de **MOCs**.

Il est peut-être ici pertinent de donner les grandes lignes du cycle féminin, que nous décrirons de manière plus scientifique et détaillée à la fin du mémoire. Le lecteur pourra se référer à la Figure 1. Par convention, les règles marquent le début du cycle. A la fin des règles, la femme observe généralement des jours sans écoulement de glaire cervicale (la glaire cervicale est un fluide produit par les cryptes tapissant le col de l’utérus, essentielle à la fertilité car elle permet le transport et la survie des spermatozoïdes). Puis de la glaire commence à s’écouler, d’abord opaque, peu élastique, puis, au fil des jours, de plus en plus élastique, transparente et lubrifiante, comme du blanc d’œuf. Ces écoulements durent quelques jours, jusqu’à un changement brusque vers des jours secs, ou vers de la glaire opaque et peu élastique. Ce changement brusque est un indicateur que l’ovulation est passée. Le dernier jour de glaire type « blanc d’œuf », avant le changement brusque, est appelé « Jour Pic ». Après le « Jour Pic », la femme observera plusieurs jours secs, dont le nombre varie d’une femme à l’autre (entre 9 et 17 jours), mais qui est assez stable d’un cycle à l’autre chez une même femme. Ensuite, les règles surviennent et un nouveau cycle commence.

La phase qui va du premier jour des règles au changement brusque (au jour Pic) est la phase pré-ovulatoire. Sa durée peut varier, de manière physiologique, chez la même femme, d’un cycle à l’autre. La phase qui va du lendemain du changement brusque (du jour Pic) aux règles suivantes, est la phase post-ovulatoire. Comme nous l’avons dit, la phase post-ovulatoire est stable pour une même femme, d’un cycle à l’autre. Une instabilité dans cette phase, chez une femme, est d’ailleurs signe d’un déséquilibre

hormonal. Les jours de fertilité sont les jours où la femme peut observer de la glaire cervicale. Les jours secs sont des jours d'infertilité, mis à part les trois jours secs après le jour Pic, qui sont des jours fertiles car très proches de l'ovulation.

La **NaPro**, objet de ce mémoire, est une **MRF** basée sur la **MOC FertilityCare**. Elle a comme particularité d'être pratiquée par des médecins (gynécologues ou généralistes), mais avec l'appui d'**instructrices FertilityCare**. Les instructrices sont des femmes qui ne sont pas nécessairement médecins. Elles ont suivi une formation intensive de 13 mois, prolongeables deux fois de 3 mois, auprès de l'institut dirigé par le fondateur de la NaPro, le Dr. Thomas W. Hilgers. Cet institut se nomme l'Institut Pape Saint Paul VI pour l'Étude de la Reproduction Humaine. Lors d'une série de rendez-vous à intervalles réguliers, les instructrices enseignent aux couples, mais en particulier à la femme, à observer le cycle féminin, c'est-à-dire à observer la glaire cervicale, à la caractériser, et à consigner les observations dans le tableau, leur associant des timbres de couleur qui renseignent sur la fertilité ou l'infertilité du jour, ainsi que sur l'avancement des différents événements du cycle (règles, phase pré-ovulatoire, phase post-ovulatoire).

Les **MOCs**, dont **FertilityCare**, permettent à la femme de savoir quand elle est fertile et quand elle est infertile. Elles ont donc deux finalités : soit espacer les naissances en évitant une nouvelle grossesse (le couple choisira les jours infertiles pour les unions), soit favoriser la conception par des unions lors des jours fertiles. Si la conception ne survient pas, alors que le couple utilise des jours fertiles, le tableau d'observations rempli par le couple permettra au médecin d'établir un diagnostic et de donner des traitements adéquats.

L'auteure de ces lignes, depuis début 2020, est une instructrice FertilityCare diplômée, qui a commencé sa formation pour devenir instructrice en octobre 2018. La formation inclut, dès le départ, un suivi par l'instructrice, mais supervisé par des professeurs, de couples *réels*. Nous souhaitons, ici, partager les succès rencontrés auprès des couples infertiles, et établir des **ouvertures théologiques** à partir de ces naissances. La **NaPro** est en effet née dans un **cadre catholique**, lorsque le Dr Thomas W. Hilgers, gynécologue obstétricien américain, fondateur de la NaPro, a répondu à l'appel lancé par le Pape Paul VI dans *Humanae vitae*, de développer les connaissances sur le cycle féminin afin de permettre aux femmes de réguler les naissances par d'autres moyens que la contraception. Disposant, au fil du temps, de milliers de cycles féminins consignés dans

des tableaux, il a, petit à petit, sans que ce soit l'objectif initial, pu établir des corrélations entre des « cycles anormaux » (voir Figure 2), s'éloignant du modèle décrit ci-dessus, et des problèmes de santé gynécologique, cause d'infertilité ou de fausses-couches, afin de les traiter.

Nous signalons que ce mémoire n'est *pas* un mémoire sur la PMA. Nous ne sommes pas compétents dans ce domaine. Ce mémoire est une *pause réflexive*, dans notre activité d'institutrice avec les couples, lors de laquelle nous avons voulu nous *ressourcer* à la faculté de théologie pour prendre du recul sur notre travail, qui est inspiré par nos convictions et notre histoire de maternité personnelles. Ce mémoire a également comme objectif de *partager notre enthousiasme* sur les succès rencontrés.

1.3. Plan et objectifs du mémoire

Depuis octobre 2018 donc, l'auteure de ces lignes accompagne des couples ou des femmes seules, leur enseignant à observer le cycle féminin en vue d'évaluer la fertilité, d'éviter une grossesse, ou de favoriser la conception. Nous nous référerons au terme « l'institutrice » pour désigner l'auteure dans le contexte de son activité avec les couples ou les femmes.

La première partie du mémoire livre le **récit clinique des naissances** qui ont eu lieu parmi les couples suivis par l'institutrice, qui sont venus consulter en situation d'infertilité primaire ou secondaire. Des repères anonymisés de dates et d'antécédents médicaux seront donnés, ainsi qu'une anamnèse complète du diagnostic établi à partir des marqueurs biologiques du cycle et des traitements médicaux administrés. Le récit de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que les perspectives des couples après l'accouchement, permettront d'incarner dans la vie réelle les considérations techniques évoquées lors du parcours précédant la conception. Parfois, cependant, le couple ne conçoit pas : ce récit sera également raconté.

La seconde partie du mémoire a pour but d'opérer des ouvertures théologiques à partir de ces récits. Nous verrons d'abord, historiquement mais aussi théologiquement, comment une série d'**interdits**, formulés par l'Église catholique dans les instructions *Donum vitae* (DV, 1987) et *Dignitas personae* (DP, 2008), mais tirant leur origine de la lettre encyclique *Humanae vitae* (HV, 1968), ont été source de créativité pour l'élaboration de la NaPro et d'autres MRF, qui rencontrent les attentes de certains couples

ne souhaitant pas se tourner vers la PMA. Nous verrons ensuite comment, dépassant la logique du « permis-défendu », cette médecine a fait émerger le besoin d'un **accompagnement** spécifique des femmes et des couples par une personne qualifiée, répondant ainsi à l'appel du Pape François dans *Amoris Laetitia* (AL, 2016), d'une pastorale et d'une éthique de l'accompagnement de toutes les situations, même irrégulières, ne laissant personne sur le bord du chemin. Enfin, nous réaffirmerons la **pertinence de la pensée théologique chrétienne** dans les questions de la transmission de la vie, car la théologie n'est pas seulement un discours sur Dieu, mais également un discours sur l'homme, dont la richesse permet, sur un mode analogique, de penser aussi bien les données de la foi transmises par l'Église, que la réalité concrète vécue par les couples.

La troisième partie du mémoire fournira une série de **recommandations**. La médecine reproductive est d'autant plus efficace qu'elle est préventive : il s'agira ici de sensibiliser les jeunes femmes à l'observation de leur cycle, afin de détecter, le plus tôt possible, les éventuels troubles hormonaux ou organiques qui pourraient affecter leur fertilité, et de les traiter. Donner aux femmes les clés de connaissance de leur physiologie reproductive, bien loin de les culpabiliser, les rend plus fortes, plus autonomes et plus libres. L'université, dans ce cadre, pourrait être un lieu propice à la transmission de ces connaissances.

Ce mémoire porte donc en lui **deux objectifs**. Premièrement, il s'agit, nous l'avons déjà dit, d'une *pause réflexive* dans notre activité avec les couples, qui fut une source de grandes joies mais également de défis et de questionnement. Nous avons besoin de nous *ressourcer* à la faculté de théologie, pour mieux servir les couples ensuite, et pour exercer de meilleure manière notre métier. Nous avons également besoin d'évoquer les *dilemmes moraux* devant lesquels se trouve parfois une instructrice. Deuxièmement, nous souhaitons *partager les connaissances scientifiques et anthropologiques* acquises dans notre activité avec les couples, avec le plus grand nombre possible d'hommes et de femmes de science, qu'il s'agisse de sciences de la vie ou de théologie, afin de *diffuser le plus largement possible* les avancées de la médecine dont nous avons pu observer les succès pour les couples.

2. Liste des abréviations et définitions⁸

Bébé NaPro : enfant conçu grâce à l'aide médicale du médecin qui a mis en oeuvre des traitements médicaux issus de la pratique de la NaProTechnologie.

Biomarqueurs d'infertilité dans le tableau : déviations observées dans le tableau par rapport au tableau d'un cycle normal. La Figure 1 montre un exemple de cycle normal (« idéal »). La Figure 2 donne des exemples de cycles anormaux.

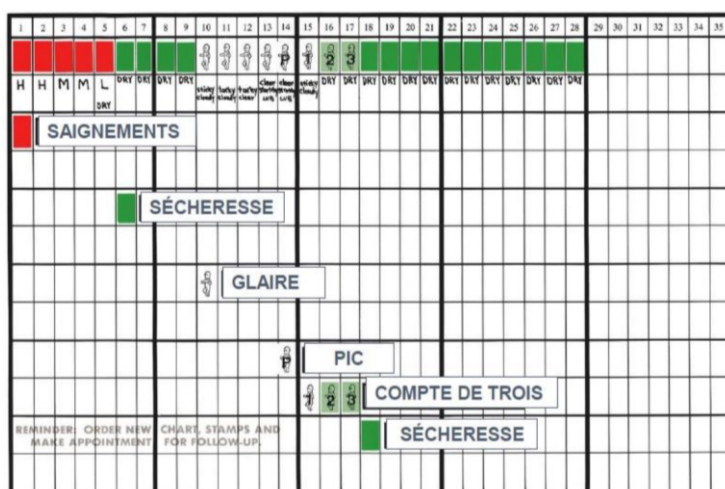
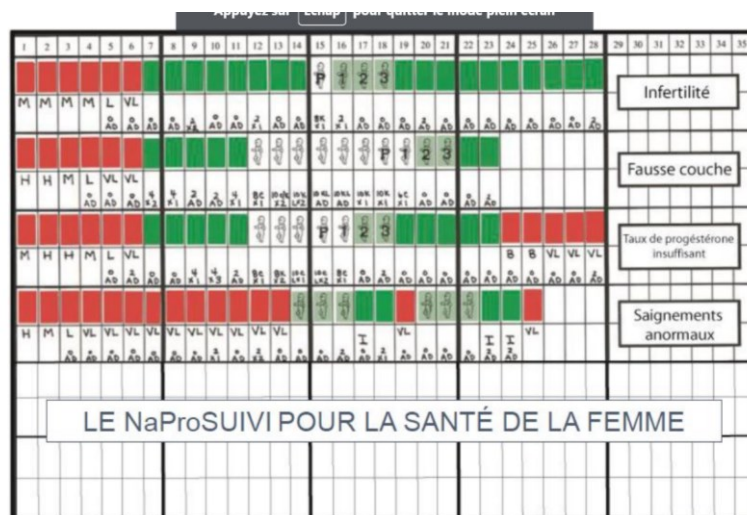


Figure 1 - Exemple de cycle normal⁹

⁸ T.W. HILGERS, A.M. PREBIL, K.D. DALY, S.K. HILGERS, *Le Dictionnaire illustré du Système FertilityCare du Creighton Model : édition des enseignants*, Omaha, Nebraska, Pope Paul VI Institute Press, 2011, Third Edition. T.W. HILGERS, K.D. DALY, S.K. HILGERS, A.M. PREBIL, *The Creighton Model FertilityCare System : A Standardized Case Management Approach to Teaching. Book I : Basic Teaching Skills*, Omaha, Nebraska, Pope Paul VI Institute Press, 2017, Second Edition. T.W. HILGERS, K.D. DALY, S.K. HILGERS, A.M. PREBIL, *The Creighton Model FertilityCare System : A Standardized Case Management Approach to Teaching. Book II : Advanced Teaching Skills*, Omaha, Nebraska, Pope Paul VI Institute Press, 2017, First Edition.

⁹ T.W. HILGERS, A.M. PREBIL, K.D. DALY, S.K. HILGERS, *Le Dictionnaire illustré du Système FertilityCare du Creighton Model : édition des enseignants.*



conception (DEC) ainsi qu'une date estimée de naissance (DEN), calculée selon la formule : $DEN = DEC + 1 \text{ an} - 3 \text{ mois} - 7 \text{ jours}$.

FertilityCare : Marque déposée du système d'observation et de notation standardisée de la glaire cervicale permettant à la femme de suivre son cycle et d'identifier ses jours de fertilité et d'infertilité.

Follow-ups : les follow-ups sont les rendez-vous entre la femme ou le couple et l'instructrice. Un suivi complet avec l'instructrice consiste en 8 follow-ups, étalés sur 1 an. Les 4 premiers se font à 15 jours d'intervalle, le 5e un mois après le 4e, et les 3 derniers tous les 3 mois. Le couple est invité à l'abstinence complète (continence) dès le soir de la session introductive jusqu'au soir du 2e follow-up, c'est-à-dire une abstinence de 4 semaines. Ceci afin de permettre à la femme d'observer les écoulements vaginaux sans écoulements de liquide séminal masculin, et de garantir l'absence de grossesse le temps que le couple apprenne à identifier les jours de fertilité et d'infertilité. Après le suivi complet de 8 follow-ups, la femme ou le couple peut recontacter son instructrice pour obtenir de nouveaux tableaux, de nouveaux timbres, et rafraîchir ses connaissances. On conseille en général de revoir son instructrice 1 à 2 fois par an, ou lorsque la situation change, par exemple en post-partum avec ou sans allaitement, ou s'il y a un nouveau projet de grossesse.

Glaire cervicale : écoulement vaginal sécrété sous l'action des oestrogènes par les cryptes cervicales longeant le col de l'utérus. Le rôle de la glaire cervicale dans la fertilité est crucial, car il permet le transport des spermatozoïdes, et assure leur survie dans le corps féminin. Sans glaire cervicale, les spermatozoïdes meurent en quelques minutes ou quelques heures dans les organes génitaux féminins. En présence de bonne glaire, ils peuvent vivre jusqu'à 5 jours. Le rôle de la glaire, dont la présence ou l'absence est observée quotidiennement par la femme, permet l'utilisation de la méthode pour éviter une grossesse ou favoriser la conception.

Glaire de type non pic : glaire qui n'est ni très élastique, ni transparente, ni lubrifiante. Elle peut donc être une combinaison des caractéristiques suivantes : opaque, jaune, peu ou moyennement élastique.

Glaire de type pic : glaire très élastique et/ou transparente et/ou lubrifiante.

Infertilité primaire : lorsque la femme ou le couple n'a jamais obtenu de grossesse aboutissant à une naissance vivante. On parle d'infertilité lorsqu'un couple a des relations sexuelles régulières, aléatoires et non protégées pendant au moins un an, sans concevoir. Cette durée est réduite à six mois lorsque le couple identifie les jours de fertilité du cycle et les utilise préférentiellement pour les unions.

Infertilité secondaire : lorsque la femme ou le couple rencontre un problème d'infertilité après avoir déjà mis au monde un ou plusieurs enfants vivants.

Jour Pic (ou Pic) : dernier jour de glaire très élastique et/ou transparente et/ou lubrifiante (type « blanc d'œuf ») du cycle, suivi d'un changement brusque vers un profil de glaire qui n'a aucune de ces 3 caractéristiques ou vers un profil sec. Le jour Pic est un marqueur indirect de l'ovulation (l'ovulation peut se produire de 2 jours avant à 3 jours après le pic) que la femme apprend à repérer à chaque cycle grâce à l'apprentissage avec l'instructrice. Le jour pic se détermine toujours rétrospectivement, le lendemain (Pic +1) ou deux jours après (Pic +2), puisqu'il s'agit du changement brutal vers une observation de sécheresse, qui indique que le pic est passé.

Jours secs fertiles : Jours secs qui font partie du compte de 3 jours.

Jours secs infertiles : Jours secs qui ne font pas partie du compte de 3 jours.

LUF : Luteinized Unruptured Follicle, ou follicule lutéinisé non rompu. Les femmes qui ont une phase post-pic prolongée (plus de 16 jours) ont une probabilité élevée d'avoir le syndrome du follicule lutéinisé non rompu. Il s'agit d'un défaut de l'ovulation : le follicule grossit et se développe jusqu'au point où l'ovulation devrait avoir lieu, c'est-à-dire que le follicule devrait se rompre et l'ovocyte devrait être libéré. Cependant, dans ce cas, le follicule ne se rompt pas et l'ovocyte est emprisonné dans le follicule. Ce type de défaut d'ovulation est l'un des différents défauts de l'ovulation, tels : le syndrome du follicule vide, le follicule immature, le follicule partiellement rompu, l'absence de développement d'un follicule adéquat, et la rupture retardée du follicule. Ces défauts d'ovulations arrivent plus souvent chez les femmes dont les cycles de glaire peuvent être considérés comme anormaux.

Médecin NaPro : médecin généraliste ou médecin gynécologue ayant obtenu le titre de "Medical Consultant" délivré par l'Institut Pape Saint Paul VI, à Omaha, Nebraska.

Médecines Restauratrices de la Fertilité (MRF) : Médecines établissant un diagnostic des causes potentielles de l'infertilité à partir de l'observation du cycle féminin, et proposant des traitements allopathiques donnés en synergie avec le cycle, en vue de la conception et/ou du soutien de la grossesse jusqu'à la naissance vivante. Elles se distinguent de la PMA entre-autres par le refus d'un acte extrinsèque à l'étreinte conjugale au moment de la conception (insémination artificielle ou fécondation en éprouvette).

Metformine : médicament appartenant à la classe de médicaments appelés hypoglycémisants oraux ; il s'agit de médicaments qui réduisent le taux de sucre sanguin. Les personnes atteintes de diabète de type 2 l'utilisent pour normaliser leur taux de glucose sanguin.

Méthodes d'Observation du Cycle féminin (MOCs) : traduction francophone de **Fertility Awareness Based Methods (FABMs)**, qui désigne toutes les méthodes permettant aux femmes de suivre l'évolution de leurs phases fertiles et infertiles *via*

l'observation de signes indicateurs (écoulements vaginaux, saignements, température corporelle, ouverture du col) et la consignation de ces signes dans un tableau quotidien organisé, ou sur une application mobile. Les MOCs sont un terme général pour toutes les méthodes de suivi de la fertilité, existantes actuellement. Ce terme est préféré à l'ancien terme « Méthodes naturelles », plus ambigu.

MTHFR¹¹ : Methylentetrahydrofolate reductase, une protéine enzymatique qui « découpe » l'acide folique, au tout début du cycle de l'acide folique. Ce cycle est crucial dans la fertilité et la prévention des fausses couches. S'il dysfonctionne, l'ADN des gamètes (féminins et masculins) n'est pas correctement méthylé, et plusieurs problèmes s'ensuivent : un stress oxydatif de la cellule, une fragmentation de l'ADN, et un raccourcissement des télomères, ce qui peut causer de l'infertilité ou des fausses couches à répétition. Il existe deux polymorphismes dans le gène codant pour la MTHFR (c'est-à-dire deux versions du gène avec une mutation différente). Si l'une et/ou l'autre mutations sont présentes, la production de l'enzyme MTHFR est réduite, avec pour résultat un cycle de l'acide folique dysfonctionnel. La recherche de ces mutations est « hors recommandations officielles » pour la médecine française et n'est donc pas remboursée par la sécurité sociale. En cas de mutation, le médecin donnera un complément alimentaire : une forme déjà activée (« découpée ») de l'acide folique (le Tetrafollic), qui relance correctement le cycle de l'acide folique, afin que l'ADN des gamètes soit de meilleure qualité. Ici, le complément alimentaire n'est pas moins important qu'un traitement médical officiel, il peut prévenir les fausses couches à répétition. Les médecins NaPro français ont commencé à le doser en 2018, même si cela se faisait déjà chez certains spécialistes plus tôt. Le Dr. le Ménager explique qu'une de ses patientes, qui avait fait dix fausses couches, n'a plus fait de fausse couche et a pu concevoir deux enfants après avoir reçu le Tetrafollic, sans corriger le reste. Ce n'est pas toujours aussi frappant, mais pour certains couples, cela peut être spectaculaire. L'homme et la femme doivent être tous les deux testés.

¹¹ Voir la présentation de Christel le Ménager, médecin NaPro de l'Association FertilityCare France, donnée via Teams le mercredi 28 mai 2024 dans le cadre de la formation continue des instructrices. Cette présentation est disponible en « replay » sur l'espace « Formation continue » de Teams, accessibles à tous les membres de l'association.

NaProTechnologie (acronyme de Natural Procreative Technology traduit en français, abrégé NaPro) : Nom déposé de la Médecine Restauratrice de la Fertilité basée sur le système d'observation de la glaire cervicale FertilityCare.

Phase pré-pic du cycle : Phase du cycle menstruel allant du premier jour des règles, jusqu'au jour Pic inclus. Les hormones principales de cette phase sont les oestrogènes. La longueur de la phase pré-pic peut varier d'un cycle à l'autre chez une même femme, sans que ce ne soit indicateur d'un déséquilibre hormonal.

Phase post-pic du cycle : Phase du cycle menstruel allant du lendemain du jour Pic jusqu'à la veille des règles suivantes. L'hormone principale de cette phase est la progestérone (bien que les oestrogènes soient encore produits). La longueur de cette phase doit être assez stable d'un cycle à l'autre (maximum 3 jours de variation) dans une situation physiologique normale. Une trop grande variabilité de la longueur de cette phase d'un cycle à l'autre indique un déséquilibre hormonal (en général un manque de progestérone).

Pregnyl : nom commercial des gonadotrophines HCG (hormone de grossesse).

Procréation Médicalement Assistée (PMA) : par PMA, nous entendons dans ce travail toute technique qui tente de concevoir un embryon hors de l'étreinte conjugale, soit par insémination (avec le sperme de donneur ou le sperme du mari), soit par FIV (Fécondation In Vitro).

Règles normales (par opposition à Saignement inhabituel) : saignements caractéristiques, d'une durée de plusieurs jours et de schéma crescendo-decrescendo (Light-Heavy-Medium-Light-Very Light) ou decrescendo seul (H-H-M-M-L), qui suivent (chronologiquement) un événement ovulatoire. Un événement ovulatoire est soit l'ovulation proprement dite, soit un événement qui ressemble à une ovulation d'un point

de vue physiologique, comme un follicule non rompu. Un événement ovulatoire est à l'origine d'une augmentation de production de la progestérone.

Saignement inhabituel : saignement qui survient en dehors des règles normales. Il est souvent léger ou très léger et/ou brun, ne suit pas le schéma crescendo-decrescendo ou decrescendo, peut durer un ou plusieurs jours et a tendance à rester constant. Les causes du saignement inhabituel sont généralement hormonales mais peuvent parfois avoir une origine organique (fibrome, polypes, grossesse, ...).

Saignements bruns en fin de règles : deux jours ou plus de saignement brun ou noir apparaissant à la fin du saignement menstruel. En général ce saignement est léger à très léger.

Score de satisfaction : degré de satisfaction avec le système FertilityCare. 1 = très insatisfait, 2 = insatisfait, 3 = pas sûr (indécis), 4 = satisfait, 5 = très satisfait. La question est posée à chaque membre du couple à chaque follow-up, toujours de la même manière.

Score de confiance : degré de confiance dans la capacité à identifier la fertilité ou l'infertilité de chaque jour. 1 = très peu confiant, 2 = peu confiant, 3 = pas sûr (indécis), 4 = confiant, 5 = très confiant, 10 = trop confiant. La question est posée à chaque membre du couple à chaque follow-up, toujours de la même manière.

Score du cycle de glaire : Evaluation quantitative de la qualité de la glaire (plus la glaire est fertile, plus le score est élevé).

Session introductive : premier rendez-vous avec l'instructrice, sans engagement, qui consiste en une présentation de diapositives expliquant les grandes lignes de la méthode d'observation FertilityCare et de la NaProTechnologie. A l'issue de la présentation, le couple décide d'entrer ou non dans le programme. Le matériel (manuel introductif, tableaux, timbres) est distribué aux couples qui entrent dans le programme.

SOPK : Syndrôme des Ovaires Polykystiques. Les ovaires polykystiques sont élargis et contiennent de multiples petites structures en forme de kyste, juste sous la paroi de l'ovaire. Chez une femme qui a de longs cycles menstruels (plus de 38 jours), la prévalence de SOPK est de 90 à 95%. Les 5 à 10% restants de cycles, qui sont longs mais non associés au SOPK, sont probablement associés d'une manière ou d'une autre à un dysfonctionnement hypothalamique. Il s'agit souvent d'un phénomène associé au stress. Souvent, les femmes qui ont un SOPK ont aussi une prévalence élevée d'endométriose (50% selon les chiffres de l'Institut Pape Saint Paul VI).

Spotting prémenstruel : trois jours ou plus de saignements bruns légers ou très légers, apparaissant avant le début des règles normales.

Statut Gravida Para : Gravida (suivi d'un chiffre) correspond au nombre de grossesses, arrivées à terme ou non, ce qui inclut les avortements spontanés, les avortements provoqués, les enfants morts-nés et les naissances vivantes. Para (suivi d'un chiffre) correspond au nombre de naissances vivantes. Une femme G0P0 n'a donc jamais été enceinte. Une femme G2P1 a eu deux grossesses et une naissance vivante : la grossesse n'ayant pas abouti à une naissance vivante peut être une fausse couche, un avortement, un enfant mort-né ou une grossesse en cours.

Tetrafollic : nom commercial de la forme activée de l'acide folique donnée aux couples ou aux femmes présentant une mutation du gène MTHFR.

Utrogestan : nom commercial des comprimés oraux ou des ovules vaginales de progestérone bioidentique. L'Utrogestan est toujours donné en phase post-pic, du 3e jour au 12e jour après le Pic. L'utilisation d'Utrogestan lors des cycles précédant la conception et au moment adéquat du cycle, est une innovation majeure par rapport aux pratiques de la gynécologie classique, qui donnent l'Utrogestan une fois la grossesse installée. Cette utilisation permet la prévention des fausses couches précoces.

WL : Wet with lubrication, mouillé avec lubrification. Caractérisation de la glaire où, lors de l'essuyage, la femme éprouve une sensation de lubrification ; lors de l'observation, elle voit une tache humide sur le papier ; lors du test au doigt, elle ne peut rien prélever. Il s'agit d'une des catégories spéciales de glaire de type pic.

2W : Wet without lubrication, mouillé sans lubrification. Caractérisation de la glaire où, lors de l'essuyage, la femme éprouve une sensation non lubrifiante (sèche ou lisse) ; lors de l'observation, elle voit une tache humide sur le papier ; lors du test au doigt, elle ne peut rien prélever. Il s'agit d'une des catégories spéciales de sécheresse.

3. Première partie : récit clinique des naissances NaPro

3.1. Introduction

Cinq couples : il s'agit de la liste exhaustive des couples venus consulter l'institutrice depuis 2018, pour concevoir, à cause d'une infertilité primaire ou secondaire dont la durée sera précisée lors de la présentation des cas. Par situation d'infertilité, nous entendons : pas de conception depuis plus d'un an malgré des unions régulières et/ou fausses couches à répétition et/ou échecs d'inséminations artificielles ou de Fécondation In Vitro (FIV). Seul un couple est sorti du programme sans avoir conçu. Pour trois couples dont le parcours NaPro a abouti à une naissance, un enfant supplémentaire a été conçu et est né en bonne santé, sans qu'ils ne reviennent voir l'institutrice. Tous les enfants sont en bonne santé, et il n'y a pas eu de grossesse gémellaire. Ce dernier point est d'ailleurs un des avantages de la NaPro par rapport à la PMA, découlant de son mode opératoire.

En juillet 2024, le nombre total de couples ou femmes entrés dans le programme de l'institutrice est de 27. Les 22 couples ou femmes qui ne sont pas présentés dans ce travail sont venus pour espacer les grossesses ou évaluer la fertilité sans activité sexuelle. Les couples en situation d'infertilité sont numérotés ici de 1 à 5, avec entre parenthèse leur code utilisé dans la pratique de l'institutrice. Le couple peut rencontrer le médecin NaPro après avoir consigné deux ou trois cycles de bonnes observations dans le tableau. C'est l'institutrice qui donne le feu vert au couple pour qu'il contacte le médecin, en général vers le quatrième ou cinquième follow-up.

Cette section sera présentée couple par couple. Pour chaque couple, nous donnerons la date à laquelle l'accord pour utiliser le récit clinique a été obtenu. Ensuite, pour chaque couple toujours, nous établirons quatre tables.

La première table présente la situation **à l'entrée dans le programme**, avec la date d'entrée, qui est concomitante avec la date de la session introductive, le statut **Gravida Para** de la femme (qui correspond aux grossesses précédentes, menées ou non à terme), la **raison** invoquée par le couple pour avoir recours à la NaPro, la position du couple par rapport à la **PMA**, ainsi que l'**âge et la santé** du couple.

La deuxième table se concentre sur les événements qui se sont déroulés **en cours de programme**, du point de vue de l'institutrice, et non du médecin : le **nombre de follow-ups** avec l'institutrice, la **date** du premier rendez-vous (abrévié rdv) avec le médecin NaPro, les **biomarqueurs d'infertilité dans le tableau** (c'est-à-dire toutes les anomalies dans le cycle de la femme), les **examens médicaux demandés par le médecin NaPro**, et enfin les **traitements médicaux mis en place par le médecin NaPro**. Ces deux derniers éléments ont été transmis par les couples à l'institutrice lors des follow-ups, ou par le médecin NaPro lors d'interactions avec l'institutrice.

La troisième table donne des éléments, le cas échéant, sur la conception, la grossesse et la naissance du bébé NaPro : **particularités du cycle de conception**, **date estimée de conception**, **date estimée de naissance** (selon le tableau FertilityCare, et selon le gynécologue non NaPro qui suit le couple en parallèle du médecin NaPro), **date de naissance réelle**, et **caractéristiques de l'accouchement**. Il est à noter que l'institutrice a travaillé avec deux médecins NaPro en Belgique, qui ont une formation de médecine générale, pas de gynécologie, et qui n'accompagnent donc pas les grossesses. C'est pour cela que nous évoquons un autre médecin, intitulé « gynécologue non NaPro ».

La quatrième table réalise, très humblement, une **conclusion clinique**, à partir des notes prises par l'institutrice lors des follow-ups, des échanges avec le couple, ainsi que des interactions de l'institutrice avec le médecin NaPro. Cette conclusion commencera par un résumé succinct des **problèmes visibles dans les cycles précédant la conception et de la solution apportée par la NaPro** ; un résumé de ce qui a été accompli pour **soutenir la grossesse** ; l'information sur la présence ou non d'une mutation sur le **gène** codant pour la protéine MTHFR (voir liste des définitions), sous l'intitulé **génétique** ; un espace pour éventuellement d'**autres informations**, tels le score de satisfaction donné par le couple en cours de programme, ou des informations pertinentes sur la santé générale du couple ; et enfin le **temps qui s'est écoulé** entre la session introductive et la naissance du bébé NaPro, le cas échéant.

3.2. Couple 1 (#070001)

L'accord du couple pour utiliser le récit clinique, a été obtenu le 12 juillet 2022 par whatsapp, en réponse à la demande de l'institutrice par whatsapp le même jour.

3.2.1. A l'entrée dans le programme

Date d'entrée dans le programme = date de la session introductive	8 novembre 2018 (avec une autre instructrice)
Statut Gravida Para de la femme	G0P0
Raison invoquée pour entrer dans le programme	Trois ans et demi d'essais pour concevoir et pas de grossesse
Position par rapport à la PMA	Refus par conviction personnelle
Age à l'entrée dans le programme	Femme 29 ans, Homme 31 ans
Santé générale à l'entrée dans le programme	Femme : poids à surveiller Homme : démarrage d'antidépresseurs entre le follow-up 7 et le follow-up 8

3.2.2. Pendant le programme

Nombre de follow-ups ¹²	10
Date du 1er rdv avec le médecin NaPro	31 juillet 2019
Biomarqueurs d'infertilité dans le tableau	- Saignements bruns en fin de règles - Spotting prémenstruel - Saignements inhabituels pendant le cycle. - Phases post-pic de longueur variable (> 3 jours) - Score du cycle de glaire limité
Examens médicaux demandés par le médecin NaPro	- Dosage sanguin oestrogènes en phase pré-pic - Dosage sanguin progestérone à Pic+7 - Prise de sang mutation MTHFR - Monitoring folliculaire
Traitements mis en place par le médecin NaPro	- Utrogestan vaginal de Pic+3 à Pic +12¹³ - Metformine - DHEA - Injections de Pregnyl à Pic +3-5-7-9

¹² Compté jusqu'à aujourd'hui, sans compter l'évaluation de grossesse. Ce nombre comporte donc les rendez-vous post-partum du bébé NaPro.

¹³ Pic+3 à Pic+12 signifie du soir du 3e jour après le jour Pic, jusqu'au soir du 12e jour après le Pic.

	- Tetrafolic pour les 2 membres du couple - Echographies folliculaires - compléments alimentaires (vit D, omega 3) - Alimentation à Index glycémique bas
--	---

3.2.3. Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro

Particularités du cycle de conception	Le couple a cessé l'Utrogestan et le Pregnyl. Confinement et télétravail. Reprise de l'Utrogestan dès que grossesse confirmée.
Date estimée de conception selon le tableau	17 avril 2020
Date estimée de naissance selon le tableau	10 janvier 2021
Date estimée de naissance selon le gynécologue non NaPro	30 décembre 2020
Date de naissance réelle	12 janvier 2021
Accouchement	Césarienne non programmée

3.2.4. Conclusion clinique

Cycles précédant la conception	Rééquilibrage hormonal et prise d'acide folique activé.
Grossesse	Soutien hormonal
Génétique	Identification de la mutation du gène MTHFR chez les 2 membres du couple
Autres	Gestion du métabolisme du glucose (surpoids)
Durée (entre la session introductive et la naissance)	2 ans, 2 mois et 4 jours

3.2.5. Perspectives

Après la naissance, le couple a repris les observations et suivi les instructions « éviter une grossesse », par crainte d'une fausse couche. En janvier 2022, le couple a repris rendez-vous en vidéoconférence avec le médecin NaPro, et a repris du Tetrafolic, puisque les deux membres du couples sont porteurs de la mutation sur le gène codant pour

la protéine MTHFR. Pendant trois cycles, le couple a suivi les instructions « favoriser une grossesse ». Le 16 ou 17 avril 2022, le couple a conçu un second enfant. La femme a pris de l'Utrogestan pendant les 4 premiers mois de grossesse, puis l'a arrêté, jusqu'à le reprendre en mai 2022, car elle a observé des pertes sanguines. L'enfant est né en bonne santé le 14 janvier 2023.

3.3. Couple 2 (#070008)

L'accord du couple pour utiliser le récit clinique a été obtenu le 1er juillet 2022 par whatsapp, en réponse à la demande de l'instructrice par whatsapp le même jour.

3.3.1. A l'entrée dans le programme

Date d'entrée dans le programme = date de la session introductive	13 juillet 2019
Staut Gravida Para	G3P1
Raison invoquée pour entrer dans le programme	Infertilité secondaire, en essai depuis 1 an sans conception
Position par rapport à la PMA	Refus par conviction personnelle
Age à l'entrée dans le programme	Femme 29 ans, Homme 28 ans
Santé générale à l'entrée dans le programme	Femme : Bonne. Quelques allergies. Homme : Bonne. Fumeur.

3.3.2. Pendant le programme

Nombre de follow-ups	5
Date du 1er rdv avec le médecin NaPro	19 juillet 2019
Biomarqueurs d'infertilité dans le tableau	- Longs cycles (allaitement) (> 32 jours), avec jour pic tardif - Retour variable de la glaire de type pic (la femme était toujours en allaitement) - Pic difficile à identifier - Saignements bruns en fin de règles - Règles très abondantes

Examens médicaux demandés par le médecin NaPro	- Dosage sanguin oestrogènes en phase pré-pic - Dosage sanguin progestérone à Pic+7 - Insuline post glucose - Monitoring folliculaire
Traitements mis en place par le médecin NaPro	- Utrogestan vaginal de Pic+3 à Pic +12 - Huile d'onagre de Pic+1 jusqu'à la fin des règles suivantes

3.3.3. Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro

Particularités du cycle de conception	Confinement et télétravail. Davantage de rigueur et de concentration dans la tenue du tableau.
Date estimée de conception selon le tableau	10 mai 2020
Date estimée de naissance selon le tableau	3 février 2021
Date estimée de naissance selon le gynécologue non NaPro	Non disponible. Date estimée de conception 11 mai 2021.
Date de naissance réelle	31 janvier 2021.
Accouchement	Par voie basse sans péridurale

3.3.4. Conclusion clinique

Cycles précédant la conception	Suspicion de SOPK ou de LUF. Rééquilibrage hormonal nécessaire.
Grossesse	Soutien hormonal
Génétique	-
Autres	-
Durée (entre la session introductive et la naissance)	1 an, 6 mois et 18 jours

3.3.5. Perspectives

Le couple a utilisé le système en vue d'éviter une grossesse dans un premier temps. Puis le couple a annoncé une troisième grossesse, désirée. Le troisième enfant est né le

18 juin 2023. Le couple n'a pas repris rendez-vous avec l'instructrice avant la conception de cet enfant.

3.4. Couple 3 (#070009)

L'accord du couple a été obtenu le 17 juillet 2020 par whatsapp, en réponse à la demande de l'instructrice par whatsapp, le 30 juin 2022.

3.4.1. A l'entrée dans le programme

Date d'entrée dans le programme = date de la session introductive	27 juillet 2019
Statut Gravida Para	G0P0
Raison invoquée pour entrer dans le programme	Mariés depuis 7 ans, désir d'enfant et pas de conception. Mais pendant les 3 premières années de leur mariage, les membres du couple vivaient dans des pays différents.
Position par rapport à la PMA	Divers examens et traitement par la progestérone, mais jamais de FIV ou d'insémination artificielle. Ne souhaitent pas aller dans la direction de la PMA.
Age à l'entrée dans le programme	Femme 34 ans, Homme 37 ans
Santé générale à l'entrée dans le programme	Femme : Syndrome d'Alport Homme : Varicocèle opéré en 2006

3.4.2. Pendant le programme

Nombre de follow-ups	6
Date du 1er rdv avec le médecin NaPro	4 décembre 2019
Biomarqueurs d'infertilité dans le tableau	- Phases post-pic longues (≥ 16 jours) - Phases post-pic de longueur variable (>3 jours) - Cycle de glaire limité : Cycles complètement secs hormis 1 jour de lubrification sans rien pouvoir prélever (10WL = mouillé avec lubrification) - Beaucoup d'observation 2W (= mouillé sans lubrification), signe possible d'une infection aux streptocoques

	- Saignements bruns en fin de règles - Spotting prémenstruel
Examens médicaux demandés par le médecin NaPro	- Dosage sanguin oestrogènes en phase pré-pic - Dosage sanguin progestérone à Pic+7 - Bilan hormonal au 3e jour du cycle - Spermogramme - Echographie de base - Frottis streptocoque, clamidia, gonocoque
Traitements mis en place par le médecin NaPro	- Utrogestan de Pic+3 à Pic +12 - Compléments alimentaires (vit D, omega 3) - Amoxicilline et Flagyl

3.4.3. Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro

Particularités du cycle de conception	N/A
Date estimée de conception selon le tableau	N/A
Date estimée de naissance selon le tableau	N/A
Date estimée de naissance selon le gynécologue non NaPro	N/A
Date de naissance réelle	N/A
Accouchement	N/A

3.4.4. Conclusion clinique

Cycles précédant la conception	N/A
Grossesse	N/A
Génétique	N/A
Autres	Echec de l'alliance thérapeutique avec le médecin NaPro belge, qui n'a plus voulu les suivre (envoi de documents illisibles, demandes exagérées...). Echec apparent également de l'alliance thérapeutique avec le médecin NaPro espagnol. Le couple a été très déçu par "le service offert, une honte!".

Durée (entre la session introductive et la naissance)	N/A
---	-----

3.4.5. Perspectives

L'instructrice a encouragé ce couple à consulter dans leur pays pour obtenir un suivi médical dans leur langue maternelle (espagnol). Le contact avec le médecin NaPro passait difficilement. L'instructrice a rédigé un rapport le 28 avril 2020 pour le médecin en Espagne. Lors de la demande d'accord pour ce mémoire, l'instructrice a reçu quelques nouvelles : ils habitent toujours en Belgique, ont pris contact avec un médecin NaPro espagnol, mais sont déçus par le service offert, et toujours pas de grossesse.

3.5. Couple 4 (#070021)

L'accord du couple pour utiliser le récit clinique a été obtenu le 10 juin 2022 lors du follow-up 9, qui était le premier rendez-vous post-partum du bébé NaPro.

3.5.1. A l'entrée dans le programme

Date d'entrée dans le programme = date de la session introductive	11 août 2020
Staut Gravida Para	G7P2
Raison invoquée pour entrer dans le programme	2 enfants en bonne santé (6 ans et 4 ans), puis 5 fausses couches : janvier 2015, janvier 2017, janvier 2018, décembre 2019 (la plus tardive, 3 mois de grossesse), juin 2020. Tentent de concevoir depuis 5 ans
Position par rapport à la PMA	Le problème n'est pas dans la conception mais dans le soutien de la grossesse. La clinique des fausses couches à répétition n'a pas pu les aider jusqu'ici. Ils se sont donc tournés vers la NaPro par manque d'autres options, sous le conseil d'un psychologue catholique.
Age à l'entrée dans le programme	Femme 36 ans, Homme 36 ans
Santé générale à l'entrée dans le programme	Femme : Hypothyroïdisme. Polymicrokystes. Homme : Hernie discale.

3.5.2. Pendant le programme

Nombre de follow-ups	8
Date du 1er rdv avec le médecin NaPro	28 septembre 2020
Biomarqueurs d'infertilité dans le tableau	- Phases post-pic longues (≥ 16 jours) - Phases post-pic de longueur variable (> 3 jours) - Spotting prémenstruel - Glaire continue, avec, en post-pic, de la glaire de type pic, de la glaire de type non-pic et du pâteux.
Examens médicaux demandés par le médecin NaPro	- Dosage sanguin oestrogènes en phase pré-pic - Dosage sanguin progestérone à Pic+7 - Prise de sang mutation MTHFR - Prise de sang AMH, prolactine et homocystéine
Traitements mis en place par le médecin NaPro	- DHEA - Utrogestan de Pic+3 à Pic+12 - Injections de Pregnyl à Pic+3-5-7-9 - Vitamines (vitamines C et D, Omega 3, omnibionta) - Gynefam (vitamines de grossesse avec acide folique activé)

3.5.3. Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro

Particularités du cycle de conception	Ils étaient en camping sous tente pour des vacances, n'ont pas rempli le tableau, pas d'identification du jour pic mais présence de glaire. Avaient arrêté le pregnyl et l'utrogestan, mais conservé les vitamines de grossesse (dont l'acide folique activé), et la DHEA. Lâcher prise.
Date estimée de conception selon le tableau	4 août 2021
Date estimée de naissance selon le tableau	27 avril 2022
Date estimée de naissance selon le gynécologue non NaPro	Date de conception estimée : 25 juillet 2021. Date estimée de naissance non disponible.
Date de naissance réelle	8 avril 2022

Accouchement	Césarienne car le placenta était trop près du col.
--------------	--

3.5.4. Conclusion clinique

Cycles précédant la conception	Rééquilibrage hormonal car signes de SOPK. Prise d'acide folique activé
Grossesse	- Saignements : hospitalisation le week-end du 12-13 mars 2022, puis les pertes ont cessé - Reprise de l'Utrogestan 3 fois par jour à partir du 28 mars 2022
Génétique	Ils présentent tous les deux des mutations hétérozygotes pour le gène MTHFR. Elle en a sur les deux allèles testés et lui sur un.
Autres	Score de satisfaction avec le système = 3 pour la femme, pendant les 8 follow-ups. Score de confiance = 3 ou 4 pendant les 6 premiers follow-ups, et 2 pendant les deux derniers follow-ups. Pour l'homme, score de satisfaction à 3 au premier follow-up, puis à 4 à tous les suivants. Score de confiance à 4 pour les 8 follow-ups.
Durée (entre la session introductive et la naissance)	1 an, 8 mois et 27 jours

3.5.5. Perspectives

Au premier rendez-vous post-partum, le couple souhaitait utiliser la méthode pour éviter une grossesse, au moins pendant un an, ce qui est obligatoire en cas de césarienne. Le mari souhaitait encore des enfants, l'épouse était plus indécise. Le couple a annoncé à l'instructrice, le 21 octobre 2023, attendre un enfant pour janvier. Le couple a bénéficié du suivi médical, mais n'a pas repris rendez-vous avec l'instructrice. Un enfant en bonne santé est né le 19 janvier 2024.

3.6. Couple 5 (#070022)

L'accord du couple pour utiliser le récit clinique, a été obtenu le 1er août 2022 par whatsapp, après la demande de l'instructrice par whatsapp.

3.6.1. A l'entrée dans le programme

Date d'entrée dans le programme = date de la session introductive	18 août 2020
Staut Gravida Para	G2P0
Raison invoquée pour entrer dans le programme	Sont mariés depuis 7 ans et désirent concevoir depuis leur mariage. Cela n'a pas fonctionné, alors ont tenté des inséminations artificielles et une FIV, mais sans succès. Puis ont tout arrêté, et ont démarré une grossesse naturelle, mais celle-ci s'est terminée en fausse couche le 29 avril 2019. A la suite de ces échecs, ils ont consulté des sites internet à la recherche d'une aide et de pistes de solutions et ont découvert des témoignages de couples ayant eu recours à la NaPro.
Position par rapport à la PMA	La NaPro leur semble plus éthique, plus respectueuse de la morale, du couple et de la personne, plus naturelle. Elle permet de découvrir les causes de l'infertilité.
Age à l'entrée dans le programme	Femme 38 ans, Homme 43 ans
Santé générale à l'entrée dans le programme	Femme : Bonne Homme : Stress oxydatif

3.6.2. Pendant le programme

Nombre de follow-ups	5
Date du 1er rdv avec le médecin NaPro	28 octobre 2020
Biomarqueurs d'infertilité dans le tableau	- Saignements bruns en fin de règles - Cycle de glaire limité - Retour variable de la glaire de type pic
Examens médicaux demandés par le médecin NaPro	- Dosages progestérone et oestrogènes - Mutation MTHFR
Traitements mis en place par le médecin NaPro	- DHEA - Utrogestan Pic+3 à Pic+12

3.6.3. Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro

Particularités du cycle de conception	La femme avait changé de fonction dans son travail, donc était moins sous stress.
Date estimée de conception selon le tableau	21 septembre 2021
Date estimée de naissance selon le tableau	14 juin 2022
Date estimée de naissance selon le gynécologue non NaPro	Non disponible.
Date de naissance réelle	9 juin 2022
Accouchement	Par voie basse avec péridurale.

3.6.4. Conclusion clinique

Cycles précédant la conception	Déséquilibre hormonal corrigé
Grossesse	Soutien hormonal : DHEA et utrogestan
Génétique	-
Autres	Stress oxydatif chez le mari
Durée (entre la session introductive et la naissance)	1 an, 9 mois et 21 jours

3.6.5. Perspectives

En janvier 2024, la famille se portait bien, sans projet énoncé de grossesse supplémentaire.

3.7. Conclusion

Parmi ces cinq couples, quatre ont donc pu concevoir. Deux couples portaient la mutation MTHFR. Chaque couple a bénéficié d'un rééquilibrage hormonal. Les grossesses se sont bien déroulées, donnant naissance à des enfants en bonne santé. Il n'y a pas eu de jumeaux ni de triplés, ce qui est un facteur de sécurité tant pour l'enfant que pour la maman.

Mais ces cinq couples sont-ils représentatifs de la population générale ? Quel est leur rapport à l'anthropologie et à la technique, et ce rapport les distingue-t-il des nombreux couples qui font appel à la PMA ?

Un fait attirera notre attention ici : les cinq couples sont catholiques, mariés à l'église, et entretiennent un rapport plus ou moins étroit à la religion, notamment via la pratique religieuse régulière. Ce fait n'est pas le fruit du hasard, car ces couples ont eu connaissance de la NaPro par des relations paroissiales (Couple 1), amicales au sein du monde catholique (Couple 2), ou lors d'un entretien avec un psychologue catholique faisant partie d'une communauté charismatique (Couple 4). Le Couple 5 a trouvé la NaPro en réalisant des recherches sur internet, mais a émis plusieurs fois le regret que la communauté catholique à laquelle ils appartenaient, peut-être moins en lien avec les sources vives de l'Eglise, ne leur avait pas parlé de la NaPro. Nous n'avons pas l'information sur la manière dont le Couple 3 a entendu parler de la NaPro.

La NaPro est-elle donc une médecine catholique ? Nous verrons dans la seconde partie de ce mémoire qu'en effet, elle s'est développée à partir d'**interdits** formulés par l'Eglise catholique (4.2). Mais l'objectif de la NaPro est d'**accompagner** toutes les situations d'infertilité, dans une logique d'ouverture souhaitée par le pape François (4.3). Par ailleurs, dans les situations de début de vie, la richesse et la **pertinence de la pensée théologique chrétienne** est à souligner (4.4).

4. Deuxième partie : ouvertures théologiques

4.1. Introduction

Cette deuxième partie proposera un cheminement en trois temps. Tout d'abord, une approche **historique** (4.2.), retraçant le contexte de la naissance de la NaPro dans un cheminement ecclésial marqué par quatre papes différents, qui ont, chacun à leur manière, reformulé des « interdits », mais aussi des « encouragements », qui constituent la base de la NaPro.

Ensuite, nous proposerons des éléments de réflexion **éthique** (4.3), regroupés sous le titre d'« une éthique de l'accompagnement », qui traitera des enjeux **humains**, notamment psychiques, en jeu dans un accompagnement NaPro, aussi bien pour le couple que pour l'instructrice. Dans ce contexte, nous nous attarderons sur les accusations de discrimination et d'homophobie lancées à l'encontre de la NaPro, remettant en question le caractère éthique de cette dernière. Nous ferons également le point sur les données récentes relatives à son **efficacité**, critère scientifique, mais aussi éthique, crucial pour toute médecine. Enfin, dans la logique d'une éthique de l'accompagnement, nous proposerons une meilleure traduction du terme anglais « practitioner », actuellement traduit par « instructrice ».

Pour terminer cette section, nous examinerons les éléments de la réflexion **théologique** (4.4), pour éclairer la pertinence de la pensée théologique chrétienne dans les situations d'infertilité.

4.2. Un interdit, source de créativité pour une nouvelle médecine

Cette section se veut à la fois historique et théologique. Nous suivrons l'itinéraire de quatre documents pontificaux ayant trait à notre problématique : (1) la lettre encyclique *Humanae Vitae* (HV) de Paul VI, publiée en 1968 ; (2) l'instruction *Donum vitae* (DV), écrite par le cardinal Joseph Ratzinger et approuvée par le pape Jean-Paul II en 1987 ; (3) l'instruction *Dignitas personae* (DP), approuvée par Benoît XVI en 2008 ; (4) l'exhortation apostolique *Amoris Laetitia* (AL), du Pape François, parue en 2016.

Nous avons choisi ces documents, qui exposent l'interdit moral « fondateur » de la NaPro, pour illustrer une dynamique ecclésiale finement décrite par François Gonon dans son ouvrage *Amoris Laetitia, la doctrine du Bon Pasteur*. Il y déploie la manière dont les trois derniers papes ont, ensemble, de manière complémentaire, déployé différentes dimensions essentielles à la théologie morale à la suite de Paul VI : Jean-Paul II honorant la dominante **morale et doctrinale** de l'agir chrétien, Benoît XVI la dimension **théologale**, et François la dimension plus **pastorale**, par son attention à la dynamique de croissance de la personne¹⁴. Les questions de sexualité humaine, tant dans leurs aspects de régulation des naissances que de procréation, sont en effet des questions éminemment **morales et doctrinales**, mais avec des dimensions **théologiques et pastorales**.

4.2.1. *Humanae vitae* (Paul VI, 1968)¹⁵

Il est important de comprendre que la NaPro prend sa source dans la condamnation par l'Église, non pas de la PMA, mais bien de la contraception. Les pratiques contraceptives ont existé de tout temps, et ont toujours été condamnées par l'Église. Comme nous l'expliquions dans l'introduction, l'interdit de la contraception formulé dans *HV* a poussé des hommes de science à explorer le cycle féminin en vue de réguler les naissances. Lors de cette exploration, les médecins ont pu observer des associations entre des cycles anormaux et des problèmes de santé gynécologiques. Les problèmes une fois identifiés, ils ont ensuite œuvré à les traiter en vue de restaurer la fertilité, permettant des conceptions au sein de l'union conjugale.

Le Concile Vatican II ne s'exprime pas sur la contraception, même si dans *Gaudium et spes* (GS, 1965), renvoyant massivement à l'encyclique de Pie XI *Casti connubii* (CC, 1930), quelques passages laissent déjà entrevoir la réserve du Magistère. La position officielle de l'Église ne sera en effet énoncée que trois ans plus tard, en 1968, dans *HV*, par saint Paul VI. Il y note les changements de contexte de l'époque, qui pourraient conduire les couples catholiques à avoir davantage recours à la contraception pour des motifs qui leur semblaient légitimes : le rapide développement démographique avec la

¹⁴ Voir les pages 28 et 29 de F. GONON, *Amoris Laetitia, la doctrine du Bon Pasteur. Regard d'un curé de paroisse et théologien*, Paris, Éditions Emmanuel, 2017.

¹⁵ Notre texte de référence est le suivant : PAUL VI, *Humanae Vitae, Lettre encyclique sur le mariage et la régulation des naissances, texte intégral commenté par Bruno Bettoli, Gabrielle et Bertrand Vialla*, Paris, Artège, 2018. Nous nous inspirons, pour l'analyse, des pages 21 à 30 de F. GONON, *Amoris Laetitia, la doctrine du Bon Pasteur. Regard d'un curé de paroisse et théologien*.

crainte d'une surpopulation par rapport aux ressources disponibles ; les conditions de travail et de logement plus difficiles ; les exigences accrues dans le domaine économique et dans celui de l'éducation ; l'évolution de la place de la femme dans la société ; la fragilisation de l'institution du mariage avec la révolution sexuelle ; les progrès techniques dans la maîtrise de la fécondité (*HV* 2). En *HV* 14, Paul VI rappelle l'enseignement de l'Église de toujours, qui déclare illicites l'avortement, la stérilisation, ainsi que tout acte qui « soit en prévision de l'acte conjugal, soit dans son déroulement, soit dans le développement de ses conséquences naturelles, se proposerait comme but ou comme moyen de rendre impossible la procréation ». Ces actes renvoient au coït interrompu, au préservatif, mais aussi aux méthodes développées récemment : pilule contraceptive, implant, stérilet hormonal, anneau vaginal, pilule du lendemain... Leur condamnation suscita un tollé mondial et une incompréhension totale, toujours mal digérés à ce jour. Paul VI en fut meurtri¹⁶. C'est en effet contre les conclusions de la commission majoritairement favorable à la contraception, que Paul VI y avait reconnu un acte « intrinsèquement déshonnête » (*HV* 14) en vertu du « lien indissoluble entre union et procréation » (*HV* 12). Alors que Paul VI pensait profondément raisonnable et humain ce principe fondamental, l'encyclique, prenant à rebours l'opinion dominante de l'époque, fut très mal reçue aussi bien par le monde, que par une très grande partie de l'Église.

Au-delà d'un agenda malheureux – le texte paraît en plein été 1968, sans être accompagné, ni commenté –, cette encyclique souffrait aussi de limites dans sa formulation et son argumentation. L'approche était fondée sur la loi naturelle et semblait relativiser la personne au profit de la nature. On y observe aussi la disparition de termes présents dans *GS* comme le « don », la « tendresse », la « sexualité », la « communion des personnes », pour en revenir à l'expression plus classique d'« acte conjugal ». L'Écriture Sainte y est aussi très discrète. Tous ces éléments donnaient à penser qu'*HV* reniait la perspective anthropologique et personnaliste ouverte par Vatican II¹⁷.

Mais au-delà du refus à l'égard d'*HV*, c'est plus profondément la théologie morale fondamentale qui a été remise en cause dès la fin des années 1960, y compris chez les

¹⁶ Voir la p. 29 de F. GONON, *Amoris Laetitia, la doctrine du Bon Pasteur. Regard d'un curé de paroisse et théologien*.

¹⁷ Cf. p. 23 de *Ibid.*

catholiques. C'est ainsi, par exemple, qu'a été remise en question l'existence des actes intrinsèquement mauvais (que l'on ne peut jamais faire).

Cependant, puisque les conditions ont changé, et pour exercer une « paternité responsable » (*HV* 10), Paul VI, vers la fin du document (*HV* 24) encourage les hommes de science à développer la régulation naturelle des naissances :

Nous voulons maintenant exprimer nos encouragements aux hommes de science, qui "peuvent beaucoup pour la cause du mariage et de la famille et pour la paix des consciences si, par l'apport convergent de leurs études, ils s'appliquent à tirer davantage au clair les diverses conditions favorisant une saine régulation de la procréation humaine". Il est souhaitable, en particulier, que, selon le vœu déjà formulé par Pie XII, la science médicale réussisse à donner une base suffisamment sûre à une régulation des naissances fondée sur l'observation des rythmes naturels. Ainsi les hommes de science et, en particulier les chercheurs catholiques, contribueront à démontrer par les faits que, comme l'église l'enseigne, "il ne peut y avoir de véritable contradiction entre les lois divines qui règlent la transmission de la vie et celles qui favorisent un authentique amour conjugal".

C'est à cet appel que Thomas W. Hilgers a répondu, en commençant ses recherches sur la régulation naturelle de la fertilité en 1968, en tant qu'étudiant en médecine spécialisé en gynécologie et obstétrique, ainsi qu'en chirurgie et médecine reproductive. Sa rencontre avec le Dr. John Billings en 1972 fut un coup de fouet : lorsque le Dr. Billings présenta la « Méthode d'Ovulation Billings » (MOB), le Dr. Hilgers prit conscience de l'importance de cette contribution à la régulation naturelle des naissances. La MOB est basée, comme le sera FertilityCare, sur l'observation par la femme, des sensations d'humidité et de sécheresse, causées par la présence ou l'absence d'écoulements de glaire cervicale. Le Dr. Hilgers entreprit une évaluation critique méthodique de la MOB, et put en dupliquer les résultats, tout en élaborant un système standardisé d'enseignement de la méthode, qui permettait une surveillance continue de la qualité d'enseignement. En 1985, l'Institut Pape Paul VI pour l'Étude de la Reproduction Humaine (maintenant Institut Pape Saint Paul VI pour l'Étude de la Reproduction Humaine), un institut spécifique de recherche, d'éducation et de service, fut ouvert à Omaha, Nebraska, toujours en réponse directe à l'appel lancé par Paul VI. L'institut pape Saint Paul VI, depuis sa création, construit une culture de la vie dans le soin de la santé des femmes à travers ses deux développements principaux : le système FertilityCare, pensé pour aider les couples à espacer les naissances, et la NaPro, une science de la reproduction née à partir de l'étude des différents profils du cycle féminin, qui ont pu être

corrélés à des difficultés de santé reproductive, afin de les traiter¹⁸. La MOB a également, de son côté, continué à se développer. Elle est toujours reprise dans les différentes MOCs disponibles pour les couples, et certains médecins se basent sur les tableaux Billings pour restaurer la fertilité. Aujourd'hui, les scientifiques préfèrent utiliser l'expression « MOCs » que « Méthodes Naturelles », terme plus ambigu.

Depuis près de 60 ans, l'Église connaît d'importants débats en théologie morale, dont la contraception est un des points majeurs. Comprendre ces débats permet de mieux comprendre les enjeux des enseignements du pape François, en particulier *AL* (2016). Le Concile Vatican II avait décidé de ne pas élaborer de décret proprement consacré à la théologie morale fondamentale, reconnaissant ainsi son incapacité à assumer, à ce moment, la complexité de l'immense question morale. La constitution *GS* s'attachera à l'homme et à sa vocation surnaturelle, et élaborera la théologie profonde de la conscience (*GS* 16) et de la liberté (*GS* 17). Mais quatre dimensions essentielles à la théologie morale¹⁹, pourtant voulues et évoquées implicitement par le Concile, ne seront pas ou peu déployées dans les documents conciliaires :

(1) la dimension *doctrinale et morale* de l'agir, et en particulier : la question décisive des actes intrinsèquement mauvais, la réflexion sur la loi, la question du rapport de la liberté à la loi, et du lien entre conscience et vérité. C'est à cette dimension que s'attachera le pape Jean-Paul II, notamment dans *Veritatis Splendor* (*VS*, 1993).

(2) La dimension *théologique* de l'agir chrétien. L'oubli de cette dimension favorisera le développement d'une morale autonome purement humaine. Le pape Benoît XVI travaillera à rétablir cette dimension, notamment dans *Deus Caritatis Est* (*DCE*, 2005)

(3) La dimension *dynamique* de la vie morale, conçue comme un chemin de croissance de la liberté en vue du bonheur, via un itinéraire de maturation progressive, ainsi que (4) la dimension *pratique* de la morale, impliquant sagesse, prudence,

¹⁸ Voir l'introduction (pages xvii et xviii) de T.W. HILGERS, K.D. DALY, S.K. HILGERS, A.M. PREBIL, *The Creighton Model FertilityCare System : A Standardized Case Management Approach to Teaching. Book I : Basic Teaching Skills*.

¹⁹ Ces quatre dimensions sont reprises, en résumé, des pages 28 et 29 de F. GONON, *Amoris Laetitia, la doctrine du Bon Pasteur. Regard d'un curé de paroisse et théologien*. Elles constituent le corps de toute l'argumentation de François Gonon, que nous reprenons en partie pour servir notre propos, car cette argumentation illustre bien la manière dont la recherche scientifique sur les MOCs et les MRF a avancé de pair avec les enseignements magistériels.

discernement et accompagnement. Ces deux dimensions seront plus profondément abordées par le Pape François, notamment dans *AL*, et nous nous y attarderons dans le point 4.3.

Paul VI meurt le 6 août 1976, dans une grave crise morale dans l'Église postconciliaire, laissant à d'autres le soin de trouver les mots, la manière et l'énergie d'explicitier en termes plus audibles les intuitions d'*HV*.

4.2.2. *Donum vitae (Jean-Paul II, 1987)*²⁰

Après le bref pontificat de Jean-Paul Ier, le cardinal polonais Karol Wojtyla est élu pape, prenant le nom de Jean-Paul II. Grand connaisseur du Concile, il aura particulièrement à cœur les questions liées à la morale fondamentale et à l'éthique conjugale et familiale. Archevêque de Cracovie, Karol Wojtyla avait été empêché par les autorités polonaises de participer aux travaux préparatoires d'*HV* à Rome. Il avait alors abouti aux mêmes conclusions que Paul VI, mais à partir d'une argumentation différente, plus personnaliste, phénoménologique et biblique, honorant davantage la communion des personnes et la coopération des époux, notamment en responsabilisant l'époux. Jean-Paul II n'aura de cesse de rectifier le tir du rejet théologique et pastoral d'*HV*, en élaborant une catéchèse novatrice et colossale sur le mariage, le corps et la sexualité. De septembre 1979 à novembre 1984, lors de ses audiences du mercredi matin place Saint-Pierre, il donnera 129 conférences sur ce thème. Cet enseignement est connu sous le nom de « théologie du corps ».

Parallèlement à ce travail théologique, Jean-Paul II décide de convoquer, en 1980, un synode ordinaire des évêques sur la famille, à la suite duquel il publie, en 1981, l'exhortation apostolique *Familiaris consortio (FC)* sur les tâches de la famille chrétienne. Il y réinscrit la question de la régulation des naissances à l'intérieur d'une vision ample de l'amour humain, en s'appuyant sur des arguments personnalistes plus conformes à la mentalité contemporaine. Il y introduit la notion de loi de gradualité (*FC* 34), qui apparaît pour la première fois dans un texte magistériel : l'être humain « connaît, aime et accomplit le bien moral en suivant les étapes d'une croissance » (*FC* 34). Il ne

²⁰ Nous nous inspirons toujours de *Ibid.* (p. 31-39), lorsqu'il s'agit de tracer l'historique de l'enseignement magistériel, toujours en lien avec la personnalité des papes.

s'agit toutefois pas de gradualité de la loi, puisque le bien exprimé et protégé par la loi vaut pour tous.

Jean-Paul II prend également à bras le corps la question de la morale fondamentale, dans l'encyclique *VS*, en 1993. Cette encyclique répond à la question névralgique de la qualification morale des actes humains, que Vatican II avait laissée ouverte. Jean-Paul II y développe le lien intrinsèque entre liberté et vérité, entre liberté et loi, entre conscience et vérité, pour affirmer l'existence d'actes intrinsèquement mauvais, ayant une portée sociale décisive pour l'avenir de l'humanité. Parmi ces actes intrinsèquement mauvais, Jean-Paul II cite, s'appuyant sur *HV*, la contraception, provoquant un rejet de *VS*, notamment par de nombreux théologiens protestants, mais également catholiques.

Le document *Donum vitae* (*DV*) est une instruction qui se focalise sur la dignité de la procréation. Il commence par une réflexion sur le respect dû aux embryons humains dès le moment de leur conception, ce qui exclut *de facto* toutes les techniques de PMA entraînant la destruction d'embryons. Puis il poursuit par un rappel de la doctrine catholique sur le lien moralement requis entre procréation et acte conjugal, avant de reconnaître la souffrance provenant de la stérilité conjugale qui, même si elle ne donne pas un droit véritable et strict à l'enfant, doit encourager les nombreux chercheurs déjà engagés dans la lutte contre la stérilité. En effet,

Tout en sauvegardant pleinement la dignité de la procréation humaine, certains sont arrivés à des résultats qui semblaient auparavant impossibles à atteindre. Les hommes de science doivent donc être encouragés à poursuivre leurs recherches, afin de prévenir les causes de la stérilité et de pouvoir la guérir, de sorte que les couples stériles puissent réussir à procréer dans le respect de leur dignité personnelle et de celle de l'enfant à naître²¹.

L'instruction encourage ensuite les hommes politiques et tous les hommes de bonne volonté à « une résistance passive à la légitimation de pratiques contraires à la vie et à la dignité de l'homme »²², et les théologiens et moralistes à approfondir et rendre toujours plus accessibles aux fidèles « les contenus de l'enseignement du Magistère de l'Église, à

²¹ CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Instruction Donum Vitae sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation*, Paris, Pierre Téqui, 1987. (p. 39)

²² *Ibid.* (p. 44)

la lumière d'une anthropologie solide en matière de sexualité et de mariage, dans le contexte de l'approche interdisciplinaire nécessaire »²³.

Mais l'ampleur et la nouveauté de la « théologie du corps » de Jean-Paul II, sa complexité aussi, nécessitent un travail d'intégration aussi bien théologique que pastoral, ce à quoi s'attacheront Benoît XVI et François.

4.2.3. *Dignitas personae* (Benoît XVI, 2008)²⁴

Benoît XVI est élu le 19 avril 2005. Conscient de l'importance de sortir d'une perception trop normative de l'éthique, ou d'une focalisation dommageable sur la seule dimension objective de la moralité, Benoît XVI inscrit l'enseignement moral de Jean-Paul II à l'intérieur de la dynamique de vie théologale, à partir de la foi, de l'espérance et de la charité. Il insiste également sur l'importance décisive de l'amitié avec le Seigneur et de la dynamique de la suite du Christ, à l'image des saints saisis par la grâce de Dieu, dépassant ainsi toute forme de volontarisme moral.

Dans sa lettre encyclique *DCE*, parue en 2005, il montre comment le fait que Dieu soit Amour – à la fois *éros* et *agapè* (*DCE* 9-10) – transforme l'amour humain en toutes ses dimensions, volontaires, rationnelles, mais aussi affectives et érotiques (*DCE* 11 et 17-18). Cette considération positive de l'*éros*, aussi bien en Dieu qu'en l'homme, est tout à fait novatrice ; le terme n'apparaissait d'ailleurs pas dans *HV*, *FC* ou *VS*.

Benoît XVI manifeste que la morale n'est ni première, ni dernière, et ne dépend pas d'abord de nos efforts, mais découle de la grâce de Dieu, qui nous donne la force d'agir conformément à sa volonté, pour notre accomplissement et notre joie. La morale est infiniment respectueuse de la liberté humaine, qui est une liberté finie, incarnée et toujours en chemin. Cette dimension théologale était déjà présente dans l'enseignement moral de Jean-Paul II, mais la tonalité doctrinale de *VS*, ainsi qu'une lecture trop moralisante ou polémique, avait oblitéré cet aspect. Nous avons en effet pu observer dans notre pratique, que les couples qui utilisent les MOCs ou ont recours à une MRF, entament un *parcours vertueux* qui se rapproche d'un réel *itinéraire de sainteté* où ils ne sont pas

²³ *Ibid.* (p 45)

²⁴ Nous nous inspirons toujours de F. GONON, *Amoris Laetitia, la doctrine du Bon Pasteur. Regard d'un curé de paroisse et théologien.* (p. 39-44)

seuls, mais bien dans une vraie dépendance à l'amour divin. Les couples l'expriment eux-mêmes lors des rendez-vous avec l'institutrice.

L'instruction *Dignitas Personae* (DP), à la suite de DV, exclut toutes les techniques de fécondation hétérologue, ainsi que celles de fécondation artificielle homologe (DP 12), mais encourage « les techniques visant à l'élimination des obstacles à la fécondité naturelles, telles que le traitement hormonal de l'infertilité d'origine gonadique, le traitement chirurgical de l'endométriose, la désobstruction des trompes ou la restauration microchirurgicale de leur perméabilité », qui peuvent être considérées comme « de véritables thérapies, dans la mesure où, une fois résolu le problème qui est à l'origine de la stérilité, le couple peut accomplir les actes matrimoniaux dans le but de la procréation sans que le médecin interfère directement dans l'acte conjugal en tant que tel » (DP 13). Si cet appel s'adresse aux médecins et aux chercheurs, c'est du côté du pape François, dans AL, que les institutrices pourront puiser de l'inspiration pour leur pratique professionnelle.

4.2.4. *Amoris Laetitia* (François, 2016)²⁵

La renonciation inattendue de Benoît XVI, le 11 février 2013, mène à l'élection, un mois plus tard, du premier pape jésuite, et du premier pape issu du continent américain. Sa longue expérience pastorale comme accompagnateur spirituel, puis comme supérieur et évêque, place son approche, éminemment pastorale et missionnaire, sous le sceau de la miséricorde, de la joie et de la conversion. Les clés de son pontificat se trouvent énoncées dès sa première exhortation apostolique *Evangelii gaudium* (EG), où François exprime son désir d'une Église « en sortie » (EG 20-24), capable de rejoindre « toutes les périphéries qui ont besoin de la lumière de l'Évangile » (EG 20) dans un monde qui n'est plus celui de l'époque du Concile ni même de Jean-Paul II.

Jamais un texte magistériel n'avait autant insisté sur ces thématiques du cheminement, de l'accompagnement personnel et de l'intégration. François, comme ses prédécesseurs, fait le pari spirituel de la miséricorde et du pardon plutôt que de la peur et de la condamnation. Il s'inscrit ainsi dans l'antique tradition ecclésiale de la miséricorde à l'égard des pécheurs, qui a toujours refusé une Église pharisienne de « purs », au profit

²⁵ Nous nous inspirons toujours de *Ibid.* (p. 45-55), sauf lorsque nous évoquons les MOCs et les MRF.

de la « nasse mêlée » de justes et de pécheurs dont parle saint Augustin dans son *Psalmus contra partem Donati*²⁶. Mais il ne s'agit pas d'une Église pour les corrompus qui s'endurcissent dans leur péché : chez François, le primat de la miséricorde se conjugue toujours avec le rappel et l'exigence de l'humilité du cœur et de la conversion.

Dans *EG* et *AL*, François présente d'emblée la morale comme une expérience savoureuse d'amitié et une réponse d'amour à l'invitation du Seigneur. Tel est le secret de la joie sur laquelle il insiste tant, et qui constitue pour lui la dynamique intérieure de la vie chrétienne et de la mission de l'Église. Là où Jean-Paul II insistait sur la splendeur de la vérité exprimée par la loi et scrutait **l'acte moral** dans toute sa profondeur, là où Benoît XVI marquait le primat de l'expérience vitale de Dieu et de la vie **théologale**, François considère davantage la personne dans le dynamisme et les freins de sa **croissance**, et dans son besoin d'être **accompagnée**.

François souligne ainsi d'abord l'importance de la dynamique de la construction de la personne humaine, par l'intégration de l'affectivité et l'apprentissage de l'exercice des vertus morales. Il s'agit d'intégrer en profondeur les principes de la doctrine morale de l'Église, de les vivre et d'en goûter la joie. Il insiste ensuite sur le nécessaire déploiement de la liberté, en tenant compte des conditionnements et des circonstances atténuantes. Il souhaite faire entrer l'Église, et en particulier les pasteurs, dans une *sagesse pratique*. Il ne s'agit plus ici de rappeler simplement la loi, mais de considérer son application *concrète* en fonction des situations *particulières*. François s'inscrit ainsi dans une très ancienne pratique de *l'accompagnement pastoral* et du *discernement spirituel*, qui était jusque-là plutôt réservée aux confesseurs est aux directeurs spirituels. Les principes doctrinaux et moraux ayant clairement été réaffirmés et explicités par ses prédécesseurs, François peut annoncer et faire goûter la joie de l'amour. Et c'est ici que nous voudrions encourager les instructrices FertilityCare à puiser, dans l'enseignement de François, de l'inspiration ainsi que des clés de discernement précieuses lorsqu'elles font face à des situations difficiles, ou à des choix moraux posés par les couples, qu'elles n'auraient peut-être pas posés elles-mêmes.

Si Paul VI exprime en *HV* que le lien indissociable entre l'acte conjugal et la procréation doit être maintenu ; si Jean-Paul II et Benoît XVI, respectivement en *DV* et

²⁶ G. COTTIER, J.-M. GUARRIGES, *Vérité et miséricorde, l'enjeu du synode*, Paris, Cerf, 2015.

DP, condamnent fermement la PMA et encouragent les hommes de science à poursuivre leurs recherches pour guérir les couples de l'infertilité ; avec François et *AL*, les instructrices FertilityCare sont encouragées à *accompagner* les couples et les situations irrégulières, comme un vrai *travail pastoral*. C'est ce que nous verrons dans le point suivant : *Une éthique de l'accompagnement*.

4.3. Une éthique de l'accompagnement

Alors que la section précédente était historique, nous voudrions dans cette section prendre à bras le corps les enjeux **éthiques** de la NaPro. Après avoir examiné les enjeux **anthropologiques (psychiques)** d'un parcours NaPro, nous examinerons les **accusations** de discrimination et d'homophobie soulevées à son encontre. Nous verrons ensuite, puisqu'il s'agit d'un critère éthique, quelles sont les connaissances actuelles sur son **efficacité clinique**, avant de proposer une **meilleure traduction** du terme anglais « **practitioner** », actuellement « **instructrice** » en français.

Il faudra ici souligner que seules les femmes peuvent être instructrices, car elles doivent enseigner à d'autres femmes à observer le cycle féminin, en se basant *sur leurs propres observations de leur propre cycle*. C'est un enseignement de femme à femme, mais, si possible, en présence de l'homme. Une instructrice FertilityCare doit elle-même avoir appris la méthode d'observation, et la pratiquer sur elle-même.

4.3.1. Enjeux psychiques

Dans ce chapitre, nous aborderons la question de la temporalité, qui est cruciale dans tout le parcours de NaPro. Il s'agit avant tout de la temporalité de la *vie*, puisqu'avant tout désir de conception, prend place un parcours de croissance individuelle des membres du couple, puis la rencontre amoureuse, avant que ne vienne le désir d'enfant, souvent déjà porté par les individus indépendamment du couple. Le recours à la NaPro n'a en général pas lieu tout de suite, car cette médecine est peu connue, se situant « en marge » des hôpitaux ou des centres de consultation classique. Les couples arrivent en NaPro par ouï dire, par bouche à oreille, après un long parcours de tentatives de concevoir.

Une fois le parcours entamé, la question de la temporalité englobe : la durée totale du parcours, le temps de l'apprentissage, le délai avant de pouvoir contacter le médecin, la temporalité du cycle féminin, qui ne rend la conception possible que quelques jours par mois, ou encore la temporalité de la prise des médicaments, qui s'accorde avec celle du

cycle féminin – ceci est la nouveauté radicale de la NaPro par rapport à l’approche classique en gynécologie.

L’expérience de l’activité des instructrices a montré qu’un couple doit s’attendre à une durée moyenne d’environ deux ans, entre le début du parcours et une grossesse bien installée²⁷. La patience est donc requise, et ce dès le premier rendez-vous, lorsque le couple se rend compte qu’il ne pourra contacter le médecin NaPro qu’après avoir appris le système d’observation, et consigné au moins deux cycles, souvent trois, de bonnes observations dans le tableau.

Lorsqu’un couple souhaite concevoir, il doit se mettre au rythme du cycle féminin. La possibilité de conception n’est ouverte que quelques jours par mois. Mais lorsque le couple observe le cycle, il est amené à placer son espérance sur cette fenêtre limitée dans le temps, qu’il parvient à identifier avec précision. Lorsque la grossesse n’est pas survenue, le couple peut se concentrer sur d’autres choses jusqu’au cycle suivant. L’attente n’est pas une attente « dans le vide ».

Par ailleurs, le couple qui observe le cycle féminin identifie, avec l’instructrice, les paramètres du cycle qui sont favorables ou défavorables à la conception, comme des saignements bruns en fin de règles, un cycle de glaire limité, une phase post-pic trop courte ou de durée trop variable d’un cycle à l’autre. Lorsque le couple commence à prendre des médicaments, il peut observer l’effet sur les cycles suivants : les saignements disparaissent, la glaire s’améliore, les écoulements continus disparaissent, la phase post-pic se stabilise. Cette observation est active, car la plupart des médicaments en NaPro sont pris en synergie avec le cycle, ce qui est une avancée majeure par rapport à la gynécologie classique. L’assiduité avec laquelle la femme fait ses observations, et avec laquelle le couple remplit le tableau, est donc cruciale.

Une cause fréquemment observée de fausses couches ou de difficultés à concevoir, est le soutien hormonal insuffisant de la phase post-ovulatoire, c’est-à-dire une carence en progestérone après l’ovulation. Cette carence se traduit par une phase post-ovulatoire trop courte ou trop variable, et par des saignements bruns en fin de règles. La prise de progestérone vaginale, lorsqu’elle est suffisamment dosée et prise de Pic+3 à Pic+12 (ce qui requiert une bonne identification du Jour Pic), va provoquer, en un ou deux cycles,

²⁷ Communication personnelle reçue par l’instructrice lors de sa formation.

des changements visibles dans le cycle. Les saignements bruns disparaissent et la phase post-ovulatoire est prolongée et stabilisée. Le couple peut aisément observer ces changements et gagner en confiance et en espérance.

Une autre forme de déséquilibre hormonal est la dominance en œstrogènes, marquée par des écoulements de glaire cervicale continus, tout au long du cycle. Ce déséquilibre sera mis en évidence par des prises de sang ciblées aux moments pertinents du cycle. La prise de progestérone vaginale de Pic+3 à Pic+12, donne des résultats spectaculaires visuellement : le tableau rempli de timbres blancs ou jaunes (pour les écoulements après le pic) va passer progressivement à un tableau avec un plus grand nombre de timbres vers (pour les jours secs).

Le rôle de l'institutrice est ici crucial également, car elle constitue un relais par rapport aux rendez-vous avec le médecin, où le couple peut, tout en étant dans un processus d'apprentissage, déposer sa souffrance, ses espoirs, ses découragements.

4.3.2. La NaPro, une médecine discriminatoire et homophobe ?

Dans cette section, nous traiterons de deux accusations portées à l'encontre de la NaPro : discrimination et homophobie.

Une médecine discriminatoire ?

Le système FertilityCare ne s'enseigne pas, et les services médicaux NaPro ne se donnent pas, dans un « vide » moral, mais se situent bien, depuis l'origine, dans un cadre anthropologique catholique, ce qui entraîne comme conséquence qu'une série de situations sont jugées *irrégulières* par la NaPro, et peuvent placer les institutrices devant un *dilemme moral*. Ceci est d'autant plus vrai que, pour être admises à la formation des institutrices, ces dernières ne doivent pas forcément être catholiques, mais bien s'engager à *ne jamais conseiller le recours à la PMA, ni à la contraception, ni à l'avortement*. Elles s'engagent également à *préserver la dignité et l'intégrité du mariage*, et à *décourager l'activité sexuelle entre couples non mariés*.

Ces situations irrégulières sont longuement décrites dans le deuxième livre de référence des instructrices²⁸. Nous reproduisons ici quelques-unes de ces situations, dans lesquelles les couples souhaitent de l'aide pour concevoir, mais :

- Sont non mariés et n'ont pas l'intention d'officialiser leur union ;
- Sont divorcés remariés ;
- Présentent des problèmes conjugaux évidents.

Ces situations incluent aussi :

- Les femmes infertiles qui souhaitent apprendre à observer leur cycle en vue de maximiser les chances de fécondation par insémination artificielle, soit par le mari, soit par un donneur ;
- Les couples, mariés ou non, ayant eu recours à la PMA et disposant encore d'embryons.

L'attitude à adopter face à ces *dilemmes moraux* ne va pas de soi, et dépend en grande partie de la personnalité de l'instructrice ou du médecin NaPro, de leur sensibilité propre et de leur histoire. Une grande partie des *choix éthiques* posés par eux lors de la consultation, se fait d'ailleurs dans le secret du lieu de rendez-vous, puisqu'aucun contrôle n'est exercé par l'association française ou la maison-mère américaine. Mais ce que partagent tous les professionnels de la NaPro, c'est la conviction que l'*exigence morale* proposée, même si elle n'est rencontrée dans sa totalité que par une fraction des couples, constitue un **défi** qui fournit aux couples *l'opportunité de croître et de se développer au-delà de leur état actuel*. Les instructrices et les médecins ne rencontrent pas des couples *idéaux*, mais bien des couples *réels*, dans des situations *réelles*. L'objectif est de les atteindre *là où ils sont*, avec amour et respect, patience et courage, afin de les aider à **élargir leurs horizons** dans le domaine de leur sexualité et de la transmission de la vie²⁹.

Il est ici éclairant de retracer le parcours du Dr. Phil Boyle, médecin généraliste irlandais, qu'il raconte lui-même dans une vidéo disponible sur YouTube, diffusée en

²⁸ Nous renvoyons aux pages 153 à 219 de T.W. HILGERS, K.D. DALY, S.K. HILGERS, A.M. PREBIL, *The Creighton Model FertilityCare System : A Standardized Case Management Approach to Teaching. Book II : Advanced Teaching Skills*.

²⁹ Voir p. 215-219 de *Ibid*.

direct le 26 juin 2017³⁰. Il commence à travailler dans le traitement de l'infertilité en octobre 1995, où il entame une formation de médecin NaPro à Omaha, au Nebraska, à l'Institut du Pape Paul VI pour l'étude de la Reproduction Humaine. En février 1998, il ouvre la première consultation de NaPro en Europe, à Galway en Irlande, où il travaille à plein temps. Au moment où la vidéo est publiée, en 2017 donc, 3000 bébés sont nés dans cette clinique grâce aux techniques NaPro, dont 1000 issus de couples ayant vécu précédemment un ou des échecs de FIV.

Le Dr. Boyle explique qu'il a appris son métier d'un homme qu'il admire et respecte beaucoup : le Dr. Thomas W. Hilgers. Il le considère comme un mentor et un leader inspirant, visionnaire, pionnier dans le domaine, généreux, désintéressé, authentique, fidèle... mais aussi et surtout comme un ami. L'implication du Dr. Boyle en NaPro est important : il développe la NaPro en Irlande mais aussi dans toute l'Europe, il est le directeur des Centres FertilityCare d'Europe, il rédige deux chapitres pour le livre de référence de la NaPro, et sa pratique en Irlande génère le premier article à revue par les pairs dans un journal médical contenant le mot « NaProTechnology » en référence au traitement de l'infertilité, en 2008³¹. En 2017, son centre médical est très actif : il reçoit 350 nouveaux couples par an, en plus des couples ayant un traitement en cours. Pour assurer sa mission, le tableau FertilityCare est essentiel, afin de mettre en évidence les troubles du cycle à l'origine de l'infertilité.

Au cours du temps, le Dr. Boyle développe certaines stratégies de traitement qui ne sont pas enseignées en NaPro, et certaines évaluations sanguines, chirurgicales et échographiques diffèrent également, dans leurs procédures ou dans leurs valeurs de références. Dans sa pratique, le Dr. Boyle approche aussi différemment l'infertilité masculine, l'alimentation, la prescription d'antibiotiques, la stimulation hormonale, les lymphocytes et la gestion de la grossesse.

Mais ce qui causa la *rupture* entre le Dr. Boyle et la NaPro, est le sentiment, pour le Dr. Boyle, qu'il est *raisonnable*, et *éthiquement solide*, de fournir un traitement de

³⁰ Il la raconte lui-même dans la vidéo suivante : <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=cwlgda4zKd8&feature=youtu.b>.

³¹ J.B. STANFORD, T.A. PARNELL, P.C. BOYLE, « Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice », dans *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, t. 21, n° 5, 2008, p. 375-384, DOI : 10.3122/jabfm.2008.05.070239.

l'infertilité à des couples qui vivent ensemble comme s'ils étaient mariés, même s'il n'y a pas de mariage formel, qu'il soit religieux ou civil. Ceci, tout en les encourageant à considérer le mariage comme un choix possible et souhaitable, dans leur meilleur intérêt, car il s'agit d'une question importante. Le Dr. Boyle continue ainsi à pratiquer une médecine en cohérence avec ses convictions catholiques, mais avec une approche pastorale différente de celle du Dr. Hilgers, envers les couples qui vivent ensemble mais ne sont pas mariés de manière formelle. Après un an de débats, sous la direction d'un professeur de théologie morale, la majorité du groupe de discussion était de l'avis du Dr. Boyle, et favorable à fournir un traitement aux couples engagés l'un vers l'autre mais de manière non formelle. Cependant, au grand regret du Dr. Boyle, ceci n'était pas acceptable pour le Dr. Hilgers ni pour l'association internationale des Centres FertilityCare (FertilityCare Centers International, FCCI). Le Dr. Boyle fut obligé de se séparer du Dr. Hilgers, et n'eut plus la permission d'utiliser le matériel NaPro (tableaux, session introductive, brochures pour l'utilisateur, dictionnaire illustré), ni sa terminologie. La longue amitié qui liait le Dr. Hilgers et le Dr. Boyle prit également fin, et le traumatisme fut immense des deux côtés. Le Dr. Boyle perdait aussi la collaboration avec les autres médecins NaPro, ainsi qu'avec les instructrices.

Le Dr. Boyle n'eut d'autre choix, pour continuer sa pratique intense avec les couples et répondre à leurs besoins, que de créer une nouvelle « marque », *Neofertility*, avec un nouveau logo, une nouvelle présentation introductive, un nouveau tableau avec de nouvelles couleurs et d'autres abréviations pour décrire la glaire cervicale. Le Dr. Boyle forma d'autres médecins, et d'autres instructrices, ces dernières n'étant plus appelées « practitioners », mais « advisors ». Il recentra la brochure introductive sur le traitement d'infertilité, plutôt que sur la planification naturelle des naissances, donc l'utilisation de la méthode FertilityCare pour éviter une grossesse.

Que penser de cette différence d'approche ? La version racontée par le Dr. Boyle dans la vidéo, diffère légèrement de celle véhiculée lors de notre formation pour devenir instructrice. Nous avons entendu que c'est parce qu'il a été poursuivi en justice par une jeune femme non mariée qui souhaitait, avec son compagnon, recevoir un traitement contre l'infertilité, que le Dr. Boyle a adopté une approche pastorale plus souple. Comme nous le verrons plus bas lorsque nous traiterons l'accusation d'homophobie, il s'agit sans doute plus d'une différence *culturelle*, que d'une différence *religieuse*. Si aux États-Unis, il est possible d'exercer la médecine dans un cadre moral strictement catholique, en

Europe, la législation des États membres, plus laïcisée, est davantage attentive à ce qui pourrait constituer une *discrimination* envers certains couples.

Nous retiendrons de la rupture entre *Neofertility* et la NaPro, au-delà du traumatisme affectif vécu des deux côtés (et qui était encore perceptible avec force lors de notre formation en 2018-2019), qu'il permet une certaine *arborescence* de la recherche médicale. Si des plants se détachent du tronc principal, une nouvelle liberté et de nouveaux *leaderships* permettent un progrès dans l'avancement des connaissances. *Neofertility* et la NaPro ne sont d'ailleurs pas les seules MRF permettant une aide aux couples infertiles ou aux couples qui souhaitent éviter une grossesse : on en dénombre aujourd'hui une petite dizaine, dont la MOB, chacune avec leurs particularités propres, qu'il serait trop long de décrire ici, mais qu'on retrouvera dans un article de revue récent³². L'anatomie et la physiologie humaines sont par nature *areligieuses* et *aconfessionnelles*, et la démarche scientifique tente, le plus possible, de parvenir à l'*objectivité*, même si la science reste toujours faite par des hommes et des femmes qui possèdent leurs propres convictions.

L'objectif du Dr. Boyle, en 2017, était d'être reconnu par un système international comme FACTS (Fertility Association Collaborative to Teach the Science, <https://www.factsaboutfertility.org/>), un groupe international de médecins, professionnels et éducateurs de santé, travaillant ensemble pour fournir l'information sur les différentes MOCs existantes, à la communauté médicale. Ce fut le cas, puisque leur site répertorie une série de conférences et de cours donnés par Phil Boyle, en septembre 2023 (<https://www.factsaboutfertility.org/facts-teacher-series-phil-boyle-md/>).

Une médecine homophobe ?

L'association française FertilityCare, à laquelle la Belgique est attachée, se réunit tous les ans lors de sa journée annuelle, aux alentours de la fin du mois de mars. En 2023, un scandale éclate. Alors que l'année précédente, les membres du conseil d'administration de l'association française avaient retiré des passages de la brochure

³² Voir la Table 1 de M. DUANE, J.B. STANFORD, C.A. PORUCZNIK, P. VIGIL, « Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning », dans *Frontiers in Medicine*, t. 9, 2022, p. 858977, DOI : 10.3389/fmed.2022.858977.

introductive destinée aux utilisateurs³³ pour respecter la législation française, mais sans avoir encore mené à terme les démarches pour en demander l'autorisation à la maison-mère américaine car le dossier était fastidieux, une dénonciation d'une instructrice française auprès de la maison-mère vient rompre la confiance entre les États-Unis et la France.

Les passages litigieux se situent dans le chapitre 2 de la brochure introductive, intitulé « À la découverte de la 'nature profonde' de la sexualité humaine », en particulier le paragraphe suivant, à la page 6 :

Nombreux sont les problèmes sociaux auxquels notre civilisation doit faire face. La famille s'est désintégrée, on a vu s'accroître les divorces, les maladies sexuellement transmissibles, les avortements, les mauvais traitements et abus sexuels envers les enfants, l'homosexualité, le suicide des adolescents, la toxicomanie et l'alcoolisme, les grossesses hors mariage, etc. De sources bien documentées, on sait que la violence sous toutes ses formes a augmenté à l'intérieur de la famille dans la société américaine et occidentale, et ceci principalement au cours des quarante dernières années, depuis que l'usage de la contraception est devenu la norme³⁴.

Ce paragraphe établit de manière implicite un lien entre la contraception et toute une série de « fléaux » modernes, incluant l'homosexualité. Une telle corrélation, non étayée par des données scientifiques, dans des documents distribués à des patients, font, selon un conseil juridique demandé par les médecins de l'association française à leur avocat, courir aux médecins un procès pour homophobie, ou au moins une mise en garde par le conseil de l'ordre des médecins.

Finalement, après la dénonciation, la communication entre la France et les États-Unis s'est renouée, et les deux associations (américaine et française) sont entrées, depuis mai 2023, dans une démarche constructive de travail en commun, en lien avec le conseil d'administration de l'association française, pour apporter des modifications au matériel distribué aux utilisateurs, afin de tenir compte à la fois des contraintes légales et juridiques françaises, des contraintes des médecins liées au conseil de l'ordre, mais aussi de l'intégrité du système FertilityCare défendue par les États-Unis.

³³ T.W. HILGERS, *Le Système FertilityCare du Modèle Creighton, une brochure introductive pour les nouveaux utilisateurs*, Omaha, Nebraska, Institut du Pape Paul VI pour l'Étude de la Reproduction Humaine, 2003, 6e édition américaine.

³⁴ *Ibid.*

Conclusion

La NaPro, née dans un cadre catholique strict, est une avancée majeure de la médecine du XXe siècle. Elle trouve sa racine dans la réponse « engagée » d'un médecin catholique, à un appel de Paul VI, dans une encyclique très mal reçue par le monde, et par les catholiques eux-mêmes. Depuis, de nombreuses ramifications à cette réponse ont vu le jour, la recherche sur la fertilité humaine a progressé et s'est diversifiée, et les principes moraux attachés à ses débuts ne sont pas défendus avec la même intensité par les différents intervenants.

Comme pour tous les progrès scientifiques, les questions éthiques ne manquent pourtant pas. Pensons à tout le parcours du Professeur Jérôme Lejeune qui, après sa découverte de la trisomie 21, a passé sa vie à défendre les malades atteints de cette pathologie génétique, devenus détectables *in utero*, grâce à l'amniocentèse, et donc susceptibles d'être éliminés³⁵.

L'appréciation de la fertilité, à travers l'observation du cycle féminin et de ses dysfonctionnements, doit, à notre sens, aller de pair avec une *culture de la vie*, mais aussi de l'*engagement* envers l'enfant à naître. L'ampleur inédite de la dissociation entre les actes sexuels et l'accueil d'un enfant que la contraception a permise, ne responsabilise pas les jeunes, et ne les prépare pas aux défis que représente l'éducation. Nous défendons ici une approche *holistique* de la sexualité et de la procréation, qui intègre la construction de la personnalité individuelle, mais aussi du couple et du foyer, en inscrivant les protagonistes dans un réseau de relations familiales, culturelles, sociales et religieuses. La *chasteté* signifie non pas la continence, même si celle-ci a sa raison d'être dans de nombreuses situations, mais bien l'*intégration réussie de la sexualité* dans la vie des individus. Offrir aux femmes et aux couples des connaissances sur le fonctionnement de leur fertilité, tout en gardant à l'esprit les enjeux relationnels et sociétaux de l'activité sexuelle, et en replaçant au centre des préoccupations, le lien entre la sexualité et la procréation des enfants, n'est à notre sens ni discriminatoire, ni homophobe.

Il reste cependant à l'instructrice à naviguer avec des situations *concrètes*, *loin de l'idéal*, et à *accompagner* (voir 4.3.4) avec discrétion, justesse, délicatesse, dévouement

³⁵ Voir la longue biographie, fruit de 12 années de travail, rédigée par la postulatrice de sa cause de canonisation : A. DUGAST, *Jérôme Lejeune : la liberté du savant*, Paris, Artège, 2019.

et discernement, des couples ou des femmes en souffrance, sans les juger ni les discriminer, mais sans sous-estimer non plus leurs capacités de croissance et d'évolution.

4.3.3. Efficacité des MRF³⁶

Une médecine n'est éthique que si elle est scientifiquement fondée et a démontré une efficacité constante. Nous envisagerons ici les données disponibles sur l'efficacité, non pas seulement de la NaPro, mais de différentes MRF, dont *Neofertility*.

Tout d'abord, il faut savoir que les études montrent que 85 à 90 % des couples qui n'ont pas de problème de fertilité parviennent à concevoir un enfant dans les six mois, s'ils suivent le cycle féminin et ont des relations sexuelles pendant les périodes fertiles³⁷.

Pour les femmes dont le cycle montre des anomalies, ou pour les couples avec hypofertilité ou infertilité, le tableau de suivi du cycle peut aider un couple à identifier la phase fertile, qui peut être plus restreinte ou moins fréquente que chez les couples sans problème de fertilité³⁸. Le tableau sert également d'outil pour le médecin formé en MRF à identifier et traiter les causes d'hypofertilité sous-jacentes, ou les fausses couches à répétition. Il existe six études qui documentent les résultats de l'utilisation des MOCs pour obtenir une grossesse en cas d'infertilité, avec ou sans intervention médicale³⁹. Quatre de ces études proviennent de la pratique de médecins généralistes, notamment celle de Phil Boyle en Irlande, utilisant les techniques des MRF, ainsi que le tableau d'observation par les femmes ou les couples⁴⁰. Le taux de succès pour obtenir une grossesse après deux ans de traitement varie, à travers ces six études, de 29% à 76%, en fonction de la cause sous-jacente de l'infertilité. Il s'agit de chiffres identiques à ceux donnés dans la session introductive présentée par les instructrices : la NaPro connaît un taux de succès qui va de 30% jusque 80%, selon les causes sous-jacentes de l'infertilité⁴¹.

³⁶ Cette section s'inspire de l'article de synthèse de M. DUANE, J.B. STANFORD, C.A. PORUCZNIK, P. VIGIL, « Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning ».

³⁷ Voir les références 70 à 79, et la Table 4, de *Ibid.*

³⁸ Voir les références 43 et 79 de *Ibid.*

³⁹ Voir les références 80 à 85, ainsi que la Table 5, de *Ibid.*

⁴⁰ Voir les références 80 à 83 de *Ibid.*

⁴¹ POPE SAINT PAUL VI INSTITUTE FOR THE STUDY OF HUMAN REPRODUCTION, *La session d'introduction au système du modèle de Creighton*, Omaha, Nebraska, 2004.

Actuellement, des comparaisons randomisées des MRF par rapport à la PMA, ne sont pas disponibles. Ceci est dû entre-autres à des considérations pratiques ou éthiques, car les couples ou les femmes souhaitent choisir leur méthode de planification familiale, et ne souhaitent pas être randomisés à une autre méthode. En revanche, une recension exhaustive des grossesses chez les couples hypofertiles, obtenues grâce à la pratique de la NaPro en France, est en cours depuis janvier 2023, avec une société de statistique, dans l'objectif de publier un article à revue par les pairs dans les mois à venir. Cet article, au moment d'écrire ces lignes, en juillet 2024, n'a pas encore été publié.

4.3.4. Pour une meilleure traduction du terme anglais « practitioner »

L'association française, au travers de son conseil d'administration, est, au moment d'écrire ces lignes en juillet 2024, en pleine réflexion sur la pertinence de l'emploi du terme « instructrice ». Un questionnaire a d'ailleurs été envoyé à tous les membres de l'association, instructrices, médecins ou bénévoles, pour qu'ils participent à la réflexion et proposent éventuellement une autre traduction du terme anglais « practitioner ».

Nous avons vu, pour notre part, plus haut, les *enjeux psychiques* d'un parcours NaPro, où l'instructrice joue un rôle crucial, ainsi que la *tension* existante entre le cadre moral dans lequel la NaPro a vu le jour, et les *multiples ramifications et développements scientifiques* que d'autres choix moraux ont permis de développer.

Nous voudrions, ici, poser l'hypothèse que lorsqu'un couple entame les démarches pour « se mettre à l'écoute » du corps féminin, à travers son cycle menstruel, et se met également à l'écoute de la santé masculine qui nécessitera peut-être, par exemple, une adaptation du régime alimentaire ou d'autres habitudes de vie, il entame un *parcours vertueux*, dont les exigences sont réelles, et où il doit non pas être *instruit*, mais *accompagné*. Il y a bien sûr quelques éléments factuels que le couple doit apprendre, notamment l'observation et la caractérisation de la glaire, les codes et les timbres, mais qui restent assez simples. L'essentiel du travail est accompli *par le couple*, et l'instructrice offre du *soutien*, des *encouragements*, et un *support* lorsque le couple a besoin de faire une pause, de souffler, de reprendre des forces.

La thématique de l'accompagnement est discrète, voire absente chez Jean-Paul II et Benoît XVI : on ne la retrouve ni dans *HV*, ni dans *FC* et *VS*, ni dans *DCE*. En revanche,

chez François, elle revêt une grande importance, en *EG* et bien sûr en *AL*, où elle apparaît 52 fois, tout particulièrement dans le chapitre VIII⁴².

Le terme « instructrice » est la traduction française, utilisée dans les pays francophones, du terme anglais initial « practitioner ». Mais nous voudrions ici replacer les rendez-vous avec l'instructrice dans l'esprit d'*AL*. Ces rendez-vous sont bien moins un lieu d'« instruction », au sens de « rappel de la loi, de la norme », étouffant l'autonomie des individus déjà blessés par l'épreuve de l'infertilité, qu'un lieu, rare, où le couple peut venir déposer son récit de vie. Ainsi, lors de ces rendez-vous, le couple « apprendra » quelques notions, mais finalement peu nombreuses : comment observer, caractériser, noter la glaire cervicale ; comment remplir le tableau ; quels sont les jours infertiles, les jours fertiles, les jours de fertilité maximale. Mais surtout, le couple pourra prendre du recul, parler de sa souffrance, clarifier éventuellement les examens prescrits par le médecin. Bien avant d'instruire, l'instructrice *écoute*, et souvent, elle *console*.

Dans un parcours NaPro, les couples hypofertiles dont la femme présente des cycles réguliers, sont encouragés à ne pas avoir de contact génital en dehors des périodes où de la bonne glaire est présente, afin d'augmenter le nombre des spermatozoïdes. Cette instruction offre aussi l'avantage d'alléger la pression que ressentent les couples quand la période fertile se présente, où ils éprouvent une sorte d'obligation à avoir un rapport. Si le couple évite le contact génital pendant les jours pré-Pic d'infertilité, leur désir de rapports sexuels pendant la période fertile augmentera⁴³.

Le couple est également invité à développer les dimensions Spirituelle, Physique, Intellectuelle, Créative/Communicationnelle, et Émotionnelle de la relation non-génitale (le « SPICE », jeu de mots en anglais qui reprend les premières lettres de ces dimensions et signifie en même temps le caractère « épicié » de l'abstention du contact génital). Bien que les documents utilisés par FertilityCare datent un peu et ne rencontrent plus les attentes des couples plus jeunes, ce moment du rendez-vous avec l'instructrice permet une discussion profonde où les idées germent pour prendre soin de la relation autrement que par la sexualité génitale : caresses non excitantes, moments de qualité, gestes

⁴² Voir p. 116 de F. GONON, *Amoris Laetitia, la doctrine du Bon Pasteur. Regard d'un curé de paroisse et théologien*.

⁴³ Voir p. 65 de T.W. HILGERS, *Le Système FertilityCare du Modèle Creighton, une brochure introductive pour les nouveaux utilisateurs*.

affectueux, joie des retrouvailles lorsque les unions sexuelles reprennent. Ici, la pudeur et la retenue sont de mise du côté de l'institutrice : c'est au couple à inventer son « mélange d'épices ». La sexualité est en effet un domaine où un couple doit avant tout être respecté dans sa liberté et sa particularité, sous peine d'étouffer la spontanéité, et de générer un sentiment de culpabilité.

L'institutrice doit également reconnaître ses pauvretés et ses limites. Parfois, malgré un bon cycle, de bons résultats d'analyses et d'examens, l'enfant ne vient pas. Et parfois, des enfants sont conçus chez des femmes qui ont des résultats, au contraire, totalement défavorables à la conception. L'institutrice doit se *mettre à l'écoute* du *mystère* du couple, du *mystère* de la sexualité, et *in fine*, du *mystère* de la vie. Elle est bien plus *accompagnatrice*, terme que nous proposons en meilleure traduction du terme « practitioner », qu'*institutrice*.

4.4. Pertinence de la pensée théologique chrétienne

Avec de nombreux auteurs, et nous inspirant du cours d'éthique de la vie donné par le Professeur François Kabeya Lubanda de février à juin 2024 à la faculté de théologie de l'Université catholique de Louvain⁴⁴, nous voudrions exprimer la pertinence de la pensée théologique chrétienne dans la thématique de début de vie, à la croisée des chemins entre anthropologie, médecine, science et questions de société. Si le cours du Professeur Kabeya traitait des questions de fin de vie, les concepts gardent leur intérêt pour la problématique de ce mémoire qui se situe à l'autre extrémité de l'existence.

Nous aborderons trois points : premièrement, avec Adolphe Gesché et Christoph Théobald, la théologie comme **double herméneutique**, celle des données révélées et celle de la réalité vécue, qui s'éclairent dans un mouvement réciproque. Ensuite, avec Dominique Jacquemin, Paul Ricoeur et Karl Rahner, la **théologie sur le mode analogique**, dans laquelle le langage de la foi et ses concepts offrent une ressource pour penser, mais aussi pour élargir ses horizons. Enfin, avec Hans Urs von Balthasar, mais aussi Fred Poché, Jean-François Malherbe et Paul Ricoeur, nous envisagerons la théologie dans sa dimension de **descente**, à l'image de la descente aux enfers du Christ lors du samedi saint.

⁴⁴ Le support écrit des notes de cours du Professeur Kabeya permettra de retrouver une bibliographie que nous ne reproduisons pas ici (nous n'en avons pas consulté les sources primaires).

4.4.1. La théologie comme double herméneutique

La théologie n'est pas, comme l'indique pourtant son étymologie, un simple *discours sur Dieu*. Elle est aussi une *anthropologie*, car elle prend en charge les questions de la vie humaine concrète. Un travail théologique authentique est toujours à la fois une fidélité à Dieu, et une fidélité à la réalité de l'existence. Christoph Théobald exprime que « nos propres expériences et leur mise en récit représentent un véritable 'lieu théologique' [...] »⁴⁵. C'est d'autant plus vrai dans la pratique des instructrices, car quoi de plus expérimental, mais aussi de plus théologique et spirituel, que la conception d'un enfant, ou que la souffrance de ceux qui peinent à en avoir ?

La théologie, à la fois discours sur Dieu, mais aussi discours sur l'homme, est donc riche d'une double puissance d'interprétation, encore appelée **double herméneutique**. Quel est ce double mouvement ?

Premièrement, l'interprétation du langage et des concepts de la tradition chrétienne, sans que l'on soit nécessairement croyant, permet **d'éclairer la réalité** et offre une ressource pour penser, mais aussi pour trouver de la force et du courage. Pensons simplement, pour une femme en mal d'enfant, à la façon dont la question de la stérilité, ou des maternités tardives, toujours miraculeuses, jalonnent l'Ancien Testament. Pensons aussi à toute la réflexion magistérielle disponible pour éclairer les couples qui se posent la question de la PMA. Pensons encore à la chaleur d'une communauté chrétienne lorsque sont célébrées les funérailles d'un enfant mort-né.

Deuxièmement, la réalité vécue est elle-même un véritable **lieu théologique**. Cette réalité **donne de la chair** aux concepts de la tradition chrétienne et permet de mieux la comprendre. L'épreuve de l'infertilité, et puis l'éventuelle survenue d'un enfant avec de l'aide médicale, permettent de mieux comprendre l'expérience de la croix, de la descente aux enfers, puis de la résurrection. La *foi* n'est pas seulement une croyance atemporelle en Jésus ressuscité, mais aussi une *attitude de patience et de résilience*, où toutes les ressources et toute l'intelligence des couples sont mobilisées pour *traverser le parcours*, dans l'espérance de donner la vie.

⁴⁵ Voir p. 90 de C. THÉOBALD, *Transmettre un Évangile de liberté*, Paris, Bayard, 2009. Nous n'avons pas consulté l'ouvrage directement.

L'instructrice, ici, a pour mission de ne pas sous-estimer les capacités de créativité, de force et de « surcroît d'être » des couples qu'elle rencontre, et de les aider à mobiliser, dans le tissu de leurs relations ou dans leur propre travail personnel, toutes leurs forces pour donner du sens à leur parcours. Cela peut être davantage perceptible pour les couples qui ont traversé les épreuves de fausses couches à répétition, ou de parcours de PMA qui n'ont pas abouti. Ils ont en effet besoin de comprendre, mais aussi de faire le deuil des embryons ou des fœtus perdus, tout en espérant une nouvelle grossesse, jusqu'à terme cette fois. Pour certains couples, ce n'est qu'après la naissance du bébé NaPro, et même d'un suivant, qu'ils sont capables d'effectuer le travail de deuil des fausses-couches précédentes, avec éventuellement un pèlerinage ou un accompagnement par une association. Nous avons vécu cet exemple avec le couple 4, qui nous a partagé ce processus par whatsapp en juin 2024. Nous l'avons également observé dans un témoignage publié dans la lettre de l'ASBL *Le Souffle de vie* de juin 2024.

4.4.2. La théologie en mode analogique

Karl Rahner dira que « [...] les propositions théologiques sont toutes, à des degrés divers et selon les modes les plus divers, des propositions analogiques »⁴⁶. Il pourra être très utile, en ce sens, aux instructrices, de faire résonner les concepts de la tradition chrétienne (la croix, la descente aux enfers, la foi, l'espérance), dans une expérience particulière (l'infertilité, les fausses-couches à répétition, le deuil périnatal, la joie d'une grossesse à terme), et une pratique soignante qui lui est relative (l'accompagnement dans l'observation du cycle, la médecine restauratrice de la fertilité).

L'« instructrice-accompagnatrice » devra faire preuve de grande sensibilité, de réserve et de prudence avant d'utiliser les concepts de la tradition chrétienne, mais pourra malgré tout y puiser, pour donner aux couples de nouvelles ressources. Elle pourra montrer aux couples la portée anthropologique de leur parcours, en se mettant à leur rythme, dans une attitude de solidarité, de non-abandon et d'espérance, mais toujours en respectant leur temporalité propre.

Mais le premier exercice de charité dont elle devra faire preuve, est de donner aux couples des informations exactes et scientifiques, avec précision et compétence. C'est ce

⁴⁶ Voir p. 15 de K. RAHNER, *Expérience d'un théologien catholique*, Paris, Cariscript, 1985. Nous n'avons pas consulté l'ouvrage.

pourquoi le couple est venu, en première intention. Les propositions théologiques analogiques et le langage de la foi ne sont pas premiers. Cependant, ils peuvent être très utiles à tout moment du parcours, si l'institutrice perçoit que ces propositions pourraient *résonner* dans le cœur et l'esprit des couples, et les aider à avancer.

4.4.3. Une éthique de la descente

Nous inspirant de l'enseignement du pape François, nous plaitions pour que le métier d'institutrice soit coloré par une **éthique de l'accompagnement** (4.3). Mais pour être plus précis, nous pourrions maintenant parler d'**éthique de la descente**, nous inspirant de la pratique des soins palliatifs enseignée par le Professeur François Kabeya Lubanda.

Descendre signifie *prendre en charge à partir de sa propre fragilité*. Il arrive fréquemment qu'une institutrice ait elle-même vécu des fausses couches ou une période d'infertilité. Elle pourra puiser dans sa propre expérience pour aider aux mieux les couples. Descendre signifie également *assumer l'incertitude et le non-savoir*. Il est crucial que l'institutrice n'enferme pas le couple dans un préjugé, qui l'empêcherait d'écouter l'homme et la femme en profondeur, et d'entrer en relation avec eux. Enfin, descendre signifie *consentir à l'impuissance et la non-maîtrise*. L'institutrice se doit de suivre des formations continues et de proposer le meilleur de la recherche scientifique, mais en même temps accepter sa propre vulnérabilité. Ceci est particulièrement clair lorsque le couple pose des choix moraux qu'elle n'aurait pas choisis pour elle-même.

4.5. Conclusion

Nous évoquons au début de ce mémoire, le **double objectif** dont il est porteur. Cette seconde partie sur les ouvertures théologiques, a tenté de répondre au **premier objectif**, celui de la *pause réflexive* dans notre activité avec les couples. Puisant aux sources de l'enseignement magistériel catholique dans une perspective historique (4.2), puis menant une réflexion éthique sur le rôle et l'attitude que l'« institutrice-accompagnatrice » est appelée à remplir (4.3), nous avons réaffirmé le pouvoir ressourçant de la théologie comme double herméneutique, en mode analogique, pour une éthique de la descente (4.4). La troisième partie de ce mémoire rencontrera le **deuxième objectif**, celui de *sensibiliser* la communauté universitaire à l'utilité de mieux connaître le cycle féminin.

5. Troisième partie : recommandations

5.1. Introduction

Dans cette dernière partie, nous aborderons la place toute particulière que la NaPro pourrait occuper à l'université : après un rapide état des lieux des connaissances sur la NaPro dans le monde médical, ainsi que quelques réflexions sur la situation des jeunes filles sur les campus par rapport à leur cycle, leur sexualité et la contraception, nous verrons à quel point l'étude du cycle féminin est une discipline transversale qui pourrait intéresser de nombreuses facultés à l'université, aussi bien les facultés des sciences de la vie dites « exactes » (biologie, agronomie, médecine), que les facultés des sciences sociales (économie, sociologie) ou psychologiques, mais aussi la faculté de philosophie et de théologie.

Avant de commencer, nous présenterons la physiologie du cycle féminin. Elle constitue, au-delà de tout débat éthique, un langage universel. Et pour le croyant, elle représente un lieu privilégié de l'alliance entre Dieu et la femme, entre Dieu et l'homme, et entre Dieu et le couple, dans le processus de transmission de la vie. C'est un vrai *pouvoir* que Dieu a donné au couple, de participer au processus créateur à travers la procréation humaine. Et les couples qui conçoivent en toute connaissance de cause grâce à l'observation du cycle féminin, sont d'autant plus aptes à s'émerveiller de cette capacité qui leur est confiée.

5.2. Le cycle féminin : un langage universel⁴⁷

5.2.1. Fonctionnement physiologique

Le cycle féminin repose sur un subtil équilibre hormonal, et est coordonné par le cerveau (voir Figure 3). Chez une femme en âge de procréer et en bonne santé reproductive, les changements hormonaux internes se reflètent dans des signes biologiques externes indicatifs de ces changements (voir Figure 4). On parle de

⁴⁷ M. DUANE, J.B. STANFORD, C.A. PORUCZNIK, P. VIGIL, « Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning ». La littérature sur la physiologie du cycle féminin étant abondante, cet article de synthèse très récent nous a permis de retrouver les sources primaires qui référencent les connaissances bien établies depuis longtemps, des processus sous-jacents au cycle féminin. Nous avons ajouté des figures, la notion d'axe hypothalamus – grande pituitaire - gonades (HPG, voir texte) et quelques explications quand nous avons estimé l'article de synthèse trop résumé.

« marqueurs biologiques » pour définir ces signes observables par la femme. Les deux marqueurs les plus visibles sont les changements de présence et d'apparence de la glaire cervicale, produite par le col de l'utérus et s'écoulant à l'extérieur du corps, ainsi que les changements dans la température basale, c'est-à-dire la température du corps prise au réveil, avant que la femme ne se lève. D'autres marqueurs biologiques existent (voir Figure 4) mais sont plus difficiles à observer en pratique : il s'agit de la position et de l'ouverture du col de l'utérus, qui demande d'introduire les doigts dans le vagin jusqu'au col afin de l'évaluer, et de la présence dans les urines de certaines hormones, qu'il est possible de mesurer avec des tigettes. Nous pouvons également parler de marqueurs biologiques lorsque des comptages sont réalisés sur le tableau avec les timbres : longueur de la phase pré-ovulatoire, longueur de la phase post-ovulatoire, longueur du cycle de glaire, et durée des règles. Et enfin, la durée et l'intensité des saignements (règles ou saignements inhabituels) peuvent également renseigner sur des événements hormonaux internes.

Dans ce travail, nous nous sommes concentrés sur la glaire cervicale, les saignements, ainsi que sur les durées des phases pré- et post-ovulatoires, du cycle de glaire et des règles. La NaPro est en effet basée sur le système FertilityCare, qui n'utilise pas les marqueurs biologiques de la température ni de la position du col, et n'utilise pas de mesures urinaires.

Le cycle menstruel est contrôlé par un système de boucle de rétroaction sur l'axe constitué par l'hypothalamus, la glande pituitaire (ou hypophyse) et les gonades (les ovaires chez la femme). Cet axe est appelé axe HPG (voir Figure 3) et montre que les événements des cycles ovarien et utérin sont coordonnés par le cerveau⁴⁸, comme nous le disions en début de section.

Bien que les règles soient utilisées pour identifier le début du cycle, elles marquent en réalité la fin du cycle ovulatoire précédent. Après les règles, sous l'influence de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH pour Gonadotropin Releasing Hormone), sécrétée par l'hypothalamus, la glande pituitaire (ou hypophyse), située à la

⁴⁸ R. MAGGI, A.M. CARIBONI, M.M. MARELLI, R.M. MORETTI, V. ANDRÈ, M. MARZAGALLI, P. LIMONTA, « GnRH and GnRH receptors in the pathophysiology of the human female reproductive system », dans *Human Reproduction Update*, t. 22, n° 3, avril 2016, p. 358-381, DOI : 10.1093/humupd/dmv059 en ligne : <https://academic.oup.com/humupd/article-lookup/doi/10.1093/humupd/dmv059> (consulté le 5 novembre 2022).

base du cerveau, sécrète l'hormone de stimulation du follicule (FSH pour follicle stimulating hormone) durant la phase folliculaire⁴⁹. L'augmentation des niveaux de FSH, et les changements dans sa fréquence de pulsation, stimulent la croissance des follicules ovariens. Ceux-ci produisent alors de l'estradiol et d'autres hormones⁵⁰. L'estradiol agit sur l'endomètre pour l'épaissir, et il agit aussi sur les cellules des cryptes cervicales dans le col de l'utérus, pour leur faire produire la glaire cervicale fertile de type E (pour estrogenic), qui est transparente et/ou très élastique et/ou lubrifiante en sensation⁵¹. Quand l'estradiol augmente assez pour atteindre un seuil, aux environs du milieu du cycle, il déclenche un pic de l'hormone lutéinisante (LH pour luteinizing hormone) qui résulte en une ovulation⁵².

L'ovulation ne prend place qu'un seul jour par cycle - il est possible que plusieurs ovules soient libérés, mais toujours en l'espace d'une journée – et l'ovule ou les ovules survivent entre douze et vingt-quatre heures s'ils ne sont pas fertilisés⁵³. La glaire cervicale de type E, produite sous l'influence de l'estradiol pendant la période péri-ovulatoire, est essentielle pour le transport, l'alimentation et la survie des spermatozoïdes⁵⁴. Le dernier jour de glaire cervicale fertile de type E est désigné par le

⁴⁹ P. VIGIL, C. LYON, B. FLORES, H. RIOSECO, F. SERRANO, « Ovulation, a sign of health », dans *The Linacre Quarterly*, t. 84, n° 4, novembre 2017, p. 343-355, DOI : 10.1080/00243639.2017.1394053. P. VIGIL, L.F. BLACKWELL, M.E. CORTÉS, « The Importance of Fertility Awareness in the Assessment of a Woman's Health a Review », dans *The Linacre Quarterly*, t. 79, n° 4, novembre 2012, p. 426-450, DOI : 10.1179/002436312804827109.

⁵⁰ P. VIGIL, C. LYON, B. FLORES, H. RIOSECO, F. SERRANO, « Ovulation, a sign of health ». P. VIGIL, L.F. BLACKWELL, M.E. CORTÉS, « The Importance of Fertility Awareness in the Assessment of a Woman's Health a Review ».

⁵¹ P. VIGIL, L.F. BLACKWELL, M.E. CORTÉS, « The Importance of Fertility Awareness in the Assessment of a Woman's Health a Review ». R. ECOCHARD, H. BOEHRINGER, M. RABILLOU, H. MARRET, « Chronological aspects of ultrasonic, hormonal, and other indirect indices of ovulation », dans *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, t. 108, n° 8, août 2001, p. 822-829, DOI : 10.1111/j.1471-0528.2001.00194.x. E. ODEBLAD, « Cervical factors », dans *Contributions to Gynecology and Obstetrics*, t. 4, 1978, p. 132-142. F. CERIC, D. SILVA, P. VIGIL, « Ultrastructure of the human periovulatory cervical mucus », dans *Journal of Electron Microscopy*, t. 54, n° 5, octobre 2005, p. 479-484, DOI : 10.1093/jmicro/dfh106.

⁵² P. VIGIL, C. LYON, B. FLORES, H. RIOSECO, F. SERRANO, « Ovulation, a sign of health ». P. VIGIL, L.F. BLACKWELL, M.E. CORTÉS, « The Importance of Fertility Awareness in the Assessment of a Woman's Health a Review ». M.A. FRITZ, L. SPEROFF, « The Regulation of the Menstrual Cycle », dans *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2011, 8^e éd., p. 199-242.

⁵³ P. VIGIL, C. LYON, B. FLORES, H. RIOSECO, F. SERRANO, « Ovulation, a sign of health ». M.A. FRITZ, L. SPEROFF, « The Regulation of the Menstrual Cycle ».

⁵⁴ R. ECOCHARD, H. BOEHRINGER, M. RABILLOU, H. MARRET, « Chronological aspects of ultrasonic, hormonal, and other indirect indices of ovulation ». E. ODEBLAD, « Cervical factors ». S. NAJMABADI, K.C. SCHLIEP, S.E. SIMONSEN, C.A. PORUCZNIK, M.J. EGGER, J.B. STANFORD, « Cervical

terme jour pic. Comme il est suivi le lendemain par un retour brusque à une glaire moins fertile (peu élastique, opaque, non-lubrifiante) ou à un profil complètement sec, il est facilement reconnaissable par une femme qui s'observe chaque jour, lorsqu'on lui demande d'être attentive à ce changement. Le jour pic ne correspond pas exactement au jour de l'ovulation, mais il est un bon marqueur indirect de l'ovulation, car l'ovulation a lieu dans une fenêtre de 2 à 3 jours autour du jour pic dans 87 à 98% des cas (l'expression est complexe car ces résultats combinés regroupent une série de méthodologies, telles des échographies ou des dosages sanguins et urinaires, utilisées pour déterminer le jour exact de l'ovulation, et comparer ce dernier au jour pic)⁵⁵.

Après l'ovulation, la phase lutéale commence. Le follicule rompu se transforme en corps jaune et commence à sécréter de la progestérone et de l'estradiol⁵⁶. La sécrétion de progestérone rend le fluide cervical plus épais et imperméable (glaire cervicale de type G pour gestagenic – la progestérone étant l'hormone de gestation), avec pour résultat pour la femme, nous l'avons dit plus haut, un changement de sensation, typiquement vers la sécheresse⁵⁷ (Figure 5 - Diagramme circulaire du cycle féminin). La progestérone provoque aussi le passage de l'endomètre d'une phase proliférative à une phase sécrétoire, qui prépare l'utérus à une implantation possible. Si un embryon s'implante, l'hormone gonadotrophine chorionique humaine (hCG) est produite, qui stimule l'ovaire à continuer

mucus patterns and the fertile window in women without known subfertility: a pooled analysis of three cohorts », dans *Human Reproduction (Oxford, England)*, t. 36, n° 7, 18 juin 2021, p. 1784-1795, DOI : 10.1093/humrep/deab049.

⁵⁵ E. ODEBLAD, « Cervical factors ». S. NAJMABADI, K.C. SCHLIEP, S.E. SIMONSEN, C.A. PORUCZNIK, M.J. EGGER, J.B. STANFORD, « Cervical mucus patterns and the fertile window in women without known subfertility ». J.B. STANFORD, K.C. SCHLIEP, C.-P. CHANG, J.-P. O'SULLIVAN, C.A. PORUCZNIK, « Comparison of woman-picked, expert-picked, and computer-picked Peak Day of cervical mucus with blinded urine luteinising hormone surge for concurrent identification of ovulation », dans *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, t. 34, n° 2, mars 2020, p. 105-113, DOI : 10.1111/ppe.12642.

⁵⁶ P. VIGIL, C. LYON, B. FLORES, H. RIOSECO, F. SERRANO, « Ovulation, a sign of health ». L.F. BLACKWELL, J.B. BROWN, P. VIGIL, B. GROSS, S. SUFI, C. D'ARCANGUES, « Hormonal monitoring of ovarian activity using the Ovarian Monitor, part I. Validation of home and laboratory results obtained during ovulatory cycles by comparison with radioimmunoassay », dans *Steroids*, t. 68, n° 5, mai 2003, p. 465-476, DOI : 10.1016/s0039-128x(03)00049-7.

⁵⁷ T.W. HILGERS, A.M. PREBIL, « The ovulation method--vulvar observations as an index of fertility/infertility », dans *Obstetrics and Gynecology*, t. 53, n° 1, janvier 1979, p. 12-22. R. ECOCHARD, H. BOEHRINGER, M. RABILLOUD, H. MARRET, « Chronological aspects of ultrasonic, hormonal, and other indirect indices of ovulation ». E. ODEBLAD, « Cervical factors ». R. ECOCHARD, O. DUTERQUE, R. LEIVA, T. BOUCHARD, P. VIGIL, « Self-identification of the clinical fertile window and the ovulation period », dans *Fertility and Sterility*, t. 103, n° 5, mai 2015, p. 1319-1325.e3, DOI : 10.1016/j.fertnstert.2015.01.031.

à produire de la progestérone et de l'estradiol⁵⁸. Si l'implantation n'a pas lieu, en absence d'hCG, le corps jaune s'atrophie et les niveaux de progestérone chutent, ce qui a pour résultat la desquamation de la muqueuse endométriale (ce sont les règles) et le cycle suivant commence⁵⁹.

En ce qui concerne les longueurs du cycle, la phase folliculaire (ou pré-ovulatoire) est, de manière inhérente, plus variable que la phase lutéale (ou post-ovulatoire)⁶⁰. Cette variabilité de la phase pré-ovulatoire explique la difficulté d'utiliser des calculs à partir du premier jour des règles pour estimer le jour de l'ovulation. Les applications mobiles, bien que populaires, qui se basent sur des calculs en considérant l'historique des cycles, ne sont ainsi pas fiables pour déterminer le début et la fin de la phase fertile⁶¹.

⁵⁸ S.L. YOUNG, B.A. LESSEY, « Progesterone function in human endometrium: clinical perspectives », dans *Seminars in Reproductive Medicine*, t. 28, n° 1, janvier 2010, p. 5-16, DOI : 10.1055/s-0029-1242988.

⁵⁹ P. VIGIL, C. LYON, B. FLORES, H. RIOSECO, F. SERRANO, « Ovulation, a sign of health ». M.A. FRITZ, L. SPEROFF, « The Regulation of the Menstrual Cycle ».

⁶⁰ R.J. FEHRING, M. SCHNEIDER, K. RAVIELE, « Variability in the phases of the menstrual cycle », dans *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, t. 35, n° 3, juin 2006, p. 376-384, DOI : 10.1111/j.1552-6909.2006.00051.x. L. SYMUL, K. WAC, P. HILLARD, M. SALATHÉ, « Assessment of menstrual health status and evolution through mobile apps for fertility awareness », dans *NPJ digital medicine*, t. 2, 2019, p. 64, DOI : 10.1038/s41746-019-0139-4.

⁶¹ M. DUANE, A. CONTRERAS, E.T. JENSEN, A. WHITE, « The Performance of Fertility Awareness-based Method Apps Marketed to Avoid Pregnancy », dans *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, t. 29, n° 4, août 2016, p. 508-511, DOI : 10.3122/jabfm.2016.04.160022. S. JOHNSON, L. MARRIOTT, M. ZINAMAN, « Can apps and calendar methods predict ovulation with accuracy? », dans *Current Medical Research and Opinion*, t. 34, n° 9, septembre 2018, p. 1587-1594, DOI : 10.1080/03007795.2018.1475348.

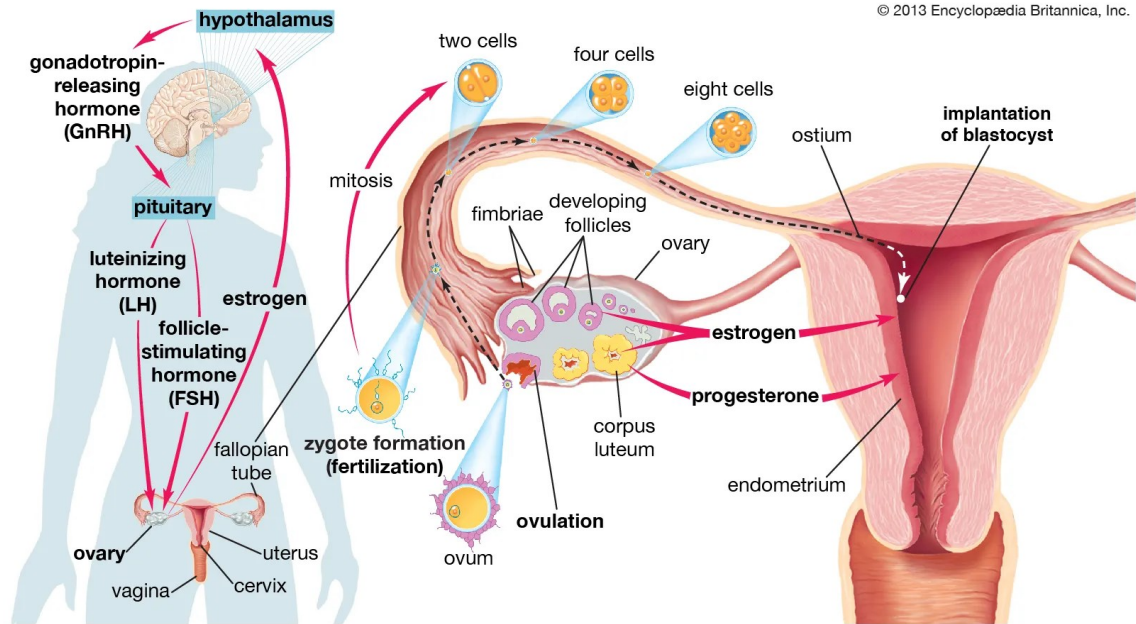


Figure 3 - Axe hypothalamo-pituitaire et hormones ovariennes⁶²

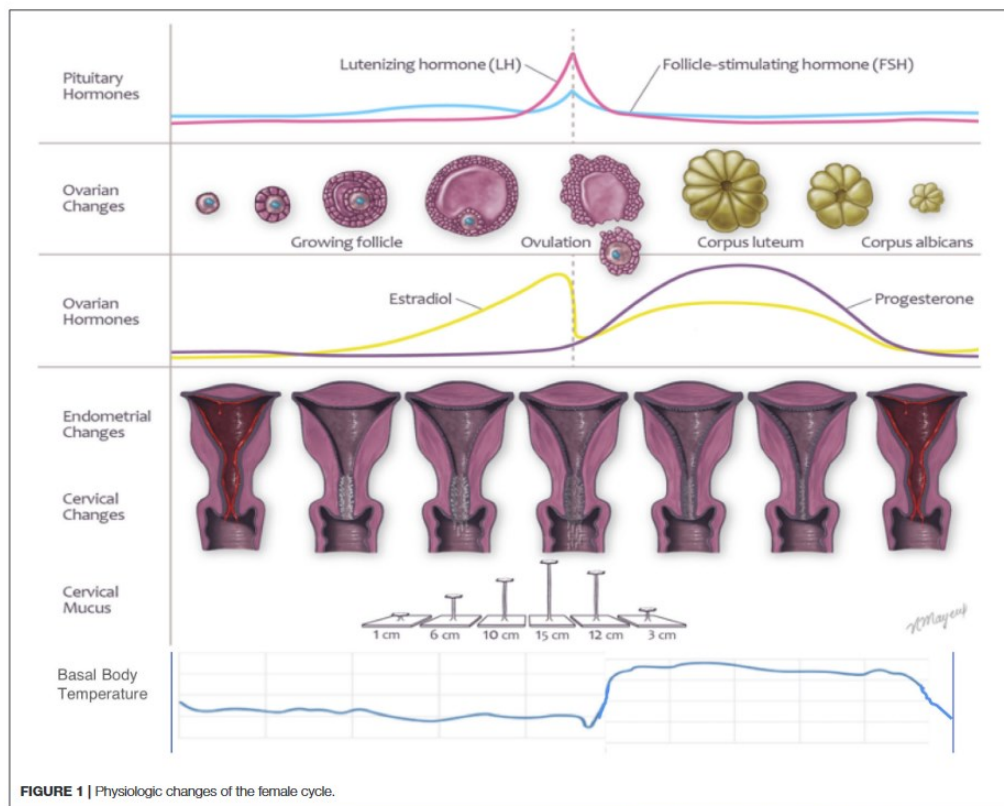


Figure 4 - Changements physiologiques du cycle féminin⁶³

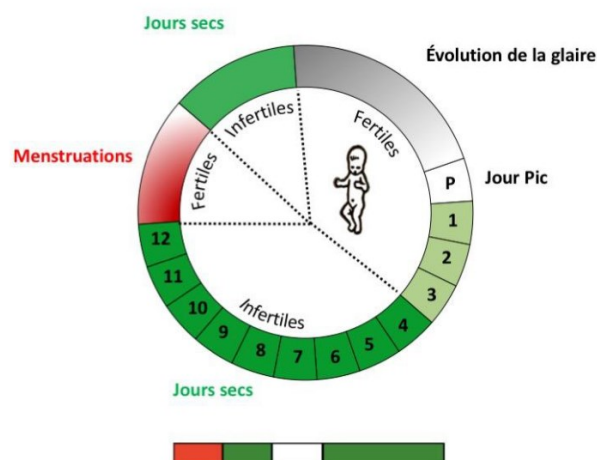


Figure 5 - Diagramme circulaire du cycle féminin⁶⁴

5.2.2. Facteurs modifiant le cycle féminin⁶⁵

La fonction ovulatoire d'une femme, et donc son cycle, vont varier de manière normale à travers ses années reproductives ; il s'agit là de transitions physiologiques indicatrices de bonne santé : le début des règles (ou ménarche), la grossesse éventuelle, le post-partum éventuel, avec ou sans allaitement, et la ménopause⁶⁶. Les Figure 1 (voir Section 2. Liste des abréviations et définitions), et Figure 5 illustrent des cycles tels qu'on les retrouvera chez des jeunes filles d'une vingtaine d'années ; à l'approche de la ménopause (dans le système FertilityCare, on parle de préménopause dès 40 ans, par convention), on observera plutôt des cycles variables tels qu'illustrés à la Figure 6. Notons que la Figure 6, issue du matériel à l'intention des instructrices FertilityCare, montre des cycles plus extrêmes que ce que nous avons observé en pratique. Néanmoins, la pratique

⁶² <https://www.britannica.com/science/gonadotropin>

⁶³ Il s'agit de la Figure 1 dans M. DUANE, J.B. STANFORD, C.A. PORUCZNIK, P. VIGIL, « Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning ».

⁶⁴ POPE SAINT PAUL VI INSTITUTE FOR THE STUDY OF HUMAN REPRODUCTION, *La session d'introduction au système du modèle de Creighton*.

⁶⁵ M. DUANE, J.B. STANFORD, C.A. PORUCZNIK, P. VIGIL, « Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning ». Encore une fois, cet article de synthèse très récent donne accès aux sources primaires pour les éléments scientifiques avancés. Les éléments liés au stress sont enrichis de notre pratique personnelle avec les femmes et les couples.

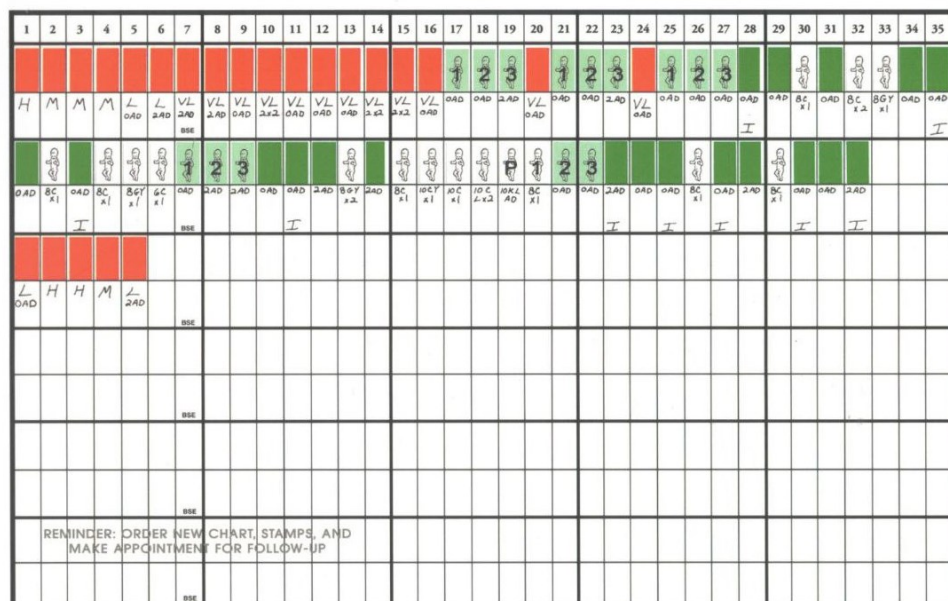
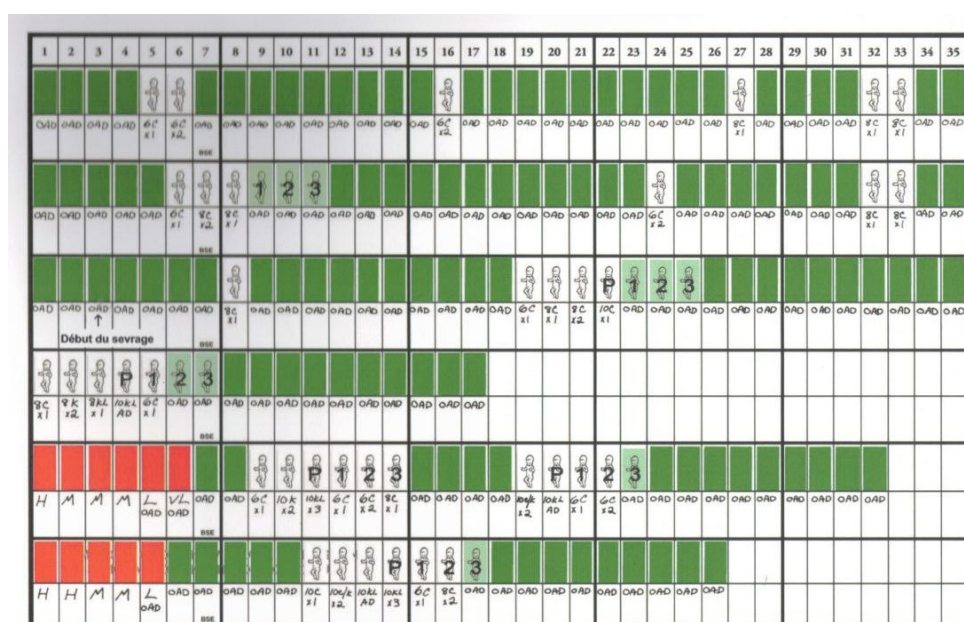
⁶⁶ J.B. BROWN, « Types of ovarian activity in women and their significance: the continuum (a reinterpretation of early findings) », dans *Human Reproduction Update*, t. 17, n° 2, avril 2011, p. 141-158, DOI : 10.1093/humupd/dmq040.

montre que les jeunes filles d'une vingtaine d'années ont un cycle très lisible, ce qui facilite l'apprentissage de son suivi sur le tableau, alors que les cycles à la préménopause sont plus difficiles à déchiffrer. L'identification du jour pic peut être problématique. Les Figure 7 et Figure 8 montrent l'allure du tableau après un accouchement, lorsque la femme n'allait pas, ou lorsqu'elle allaite.



Figure 6 - Cycles observés à la préménopause⁶⁷

⁶⁷ T.W. HILGERS, A.M. PREBIL, K.D. DALY, S.K. HILGERS, *Le Dictionnaire illustré du Système FertilityCare du Creighton Model : édition des enseignants.*

Figure 7 - Postpartum, sans allaitement⁶⁸Figure 8 – Allaitement⁶⁹

Les irrégularités du cycle menstruel liées à un dysfonctionnement de l'ovulation sont le plus souvent le résultat de troubles hypothalamiques, pituitaires, thyroïdiens,

⁶⁸ Ibid.

surrénaux, ovariens et métaboliques⁷⁰. Par exemple, des dysfonctionnements hypothalamiques dus à une pratique excessive de sport, à des troubles du comportement alimentaire ou à du stress peuvent mener à des cycles anovulatoires et/ou à des périodes prolongées d'aménorrhée⁷¹. Ces modifications du cycle seront observées par la femme, et l'institutrice, qui les verra sur le tableau, peut lui poser des questions sur les circonstances entourant tel ou tel cycle perturbé : surcroît de travail, changement professionnel, difficultés relationnelles.

5.3. La NaPro à l'université

5.3.1. La NaPro méconnue dans le monde médical

Déjà en 2004, certains auteurs se penchent sur la question de la formation des professionnels aux MOCs et constatent que les médecins, les infirmières et les autres professionnels de santé ont souvent peu de connaissances sur les MOCs, et ne prescrivent en général pas leur apprentissage aux patients qu'ils rencontrent. Une raison à cela est que peu, ou pas du tout, d'information sur les MOCs n'est donnée dans les facultés de médecine ou les écoles d'infirmières⁷².

En 2010, une étude transversale menée sur un échantillon aléatoire de médecins généralistes et sur tous les gynécologues de Colombie britannique ainsi que sur tous les résidents affiliés⁷³ (pour un total de 699 professionnels), qui obtient un taux de réponse de 44%, indique que seuls 3 à 6% des médecins ont une connaissance correcte de

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ P. VIGIL, C. LYON, B. FLORES, H. RIOSECO, F. SERRANO, « Ovulation, a sign of health ». T.W. HILGERS, *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology*, Omaha, Nebraska, Pope Paul VI Institute Press, 2004. « ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign », dans *Obstetrics and Gynecology*, t. 126, n° 6, décembre 2015, p. e143-e146, DOI : 10.1097/AOG.0000000000001215. V.B. POPAT, T. PRODANOV, K.A. CALIS, L.M. NELSON, « The menstrual cycle: a biological marker of general health in adolescents », dans *Annals of the New York Academy of Sciences*, t. 1135, 2008, p. 43-51, DOI : 10.1196/annals.1429.040.

⁷¹ P. VIGIL, C. LYON, B. FLORES, H. RIOSECO, F. SERRANO, « Ovulation, a sign of health ». P. VIGIL, L.F. BLACKWELL, M.E. CORTÉS, « The Importance of Fertility Awareness in the Assessment of a Woman's Health a Review ».

⁷² R.J. FEHRING, « The future of professional education in natural family planning », dans *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, t. 33, n° 1, février 2004, p. 34-43, DOI : 10.1177/0884217503258549.

⁷³ Au Canada, la résidence offre une formation pratique poussée dans une branche particulière de la médecine, soit en médecine générale (médecine familiale) ou en médecine spécialisée (chirurgie, pédiatrie, médecine interne, neurologie, obstétrique, etc.) Dépendant du type de résidence, celle-ci peut durer en moyenne de deux à sept ans.

l'efficacité des MOCs lorsqu'elles sont parfaitement utilisées. La plupart d'entre-eux sous-estiment cette efficacité. Parmi les répondants, seuls 50% mentionnent les MOCs comme possibilité d'espacer les naissances, mais 77% y pensent lorsque des couples présentent des difficultés à concevoir. Les médecins généralistes et les résidents affiliés conseillent plus facilement les MOCs que leurs homologues gynécologues⁷⁴.

Dans notre pratique, nous avons observé que les gynécologues non NaPro, qui suivaient les couples une fois la grossesse installée grâce à la NaPro, ne connaissaient pas les MOCs comme aide à la conception, ni l'utilisation, par exemple, de la progestérone pour favoriser l'équilibre hormonal pendant plusieurs cycles avant la conception, ni la capacité d'une femme à repérer son ovulation grâce à la détermination du jour pic. Dans notre propre expérience de suivi médical personnel, la constatation est la même, aussi bien avec les gynécologues que les psychiatres, les médecins généralistes ou les sage-femmes.

5.3.2. La situation des jeunes filles à Louvain-la-Neuve

Le groupe Facebook « Louvain-la-Meuf », qui rassemblait à l'été 2022, 20 500 membres, est uniquement destiné aux filles. Ses concepteurs expliquent :

« Il a été créé dans le but de rassembler toutes les filles de LLN (et +) entre elles pour discuter de tout, sans tabou. Il est d'ailleurs possible de publier de façon anonyme ! Questions, conseils, anecdotes, témoignages, ... Sentez-vous libres de poster tout et n'importe quoi ! »

Ce groupe constitue, pour les lectrices plus âgées, une mine d'informations sur les préoccupations des étudiantes. La question de la contraception est omniprésente et semble poser un réel problème à ces jeunes qui craignent les effets sur leur santé de la pilule contraceptive ou de la pilule du lendemain. Certaines se tournent vers le stérilet, mais de nombreux témoignages évoquent la douleur lors de la pose, ou un déplacement qui le rend inefficace, comme si leur corps rejetait le dispositif. Les témoignages d'avortements, moins nombreux, constituent un douloureux rappel que la contraception ne fonctionne pas toujours.

⁷⁴ J. CHOI, S. CHAN, E. WIEBE, « Natural family planning: physicians' knowledge, attitudes, and practice », dans *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, t. 32, n° 7, juillet 2010, p. 673-678, DOI : 10.1016/s1701-2163(16)34571-6.

Autant l'intérêt pour les méthodes alternatives, et partagées par les hommes, est grand : slip chauffant, anneau thermique ou vasectomie pour les hommes, observation du cycle pour les femmes, autant les émotions associées sont intenses. Invitée par une étudiante à parler des MOCs sur ce groupe, nous avons d'abord récolté, pour un post invitant les jeunes filles à se former à FertilityCare, 300 réactions positives. Cependant, certaines étudiantes ont mis en doute la scientificité de ces méthodes, et le message que nous avons déposé une semaine plus tard, détaillant le coût de l'apprentissage, les statistiques d'efficacité, et la nécessaire stabilité de vie pour appliquer ces méthodes, a récolté plusieurs centaines de réactions de colère – le doute avait été semé, et la proposition, rejetée. Nous avons mis un terme à l'expérience après ce second post, mais tout en gardant le désir de transmettre les connaissances sur le cycle féminin au plus grand nombre.

5.3.3. La NaPro, une discipline transversale

L'université apparaît comme le lieu idéal pour former les étudiantes et leur permettre de préserver leur fertilité. Le récit clinique des couples qui ont donné naissance grâce à la NaProTechnologie montre que le déséquilibre hormonal est un facteur courant de difficultés à concevoir ou d'occurrence de fausses couches. Une attention, dès les premières années d'université, aux signes indicateurs de déséquilibre dans le cycle, permet une prise en charge précoce de certaines pathologies comme l'endométriose ou le SOPK, soulageant les douleurs et préservant le potentiel reproducteur des jeunes femmes.

La science qui sous-tend l'observation du cycle féminin est éminemment interdisciplinaire et transversale. Si les découvertes initiales ont été faites par des médecins, il est hautement profitable quand des biologistes et des statisticiens continuent la recherche. La littérature sur les paramètres statistiques de l'efficacité des MOCs est ainsi abondante, et relève les subtilités inhérentes à l'utilisation en conditions réelles des MOCs.

Par ailleurs, de nombreuses questions biologiques et médicales demeurent, et la recherche pour aider au mieux les couples en situation d'infertilité à concevoir, est en plein essor, comme en témoignent les nombreuses publications récentes que l'on peut retrouver sur la plateforme médicale PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>). Un grand nombre de ces chercheurs et professeurs se retrouvent dans l'association FACTS (<https://www.factsaboutfertility.org>, « Fertility Association Collaborative to Teach the

Science »), dont la mission est de promouvoir et de faire connaître les MOCs dans le monde scientifique et médical, ainsi que d'accroître l'ensemble des preuves scientifiques qui sous-tendent les MOCs et les MRF.

Peu d'études, en agronomie, se penchent sur la pollution engendrée par l'excrétion dans les eaux courantes des contraceptifs de synthèse. Il y a pourtant, derrière cette question, une question plus large : cette pollution est-elle à l'origine d'un plus grand nombre de cas d'infertilité dus à des troubles hormonaux ?

Les économistes pourraient élaborer des modèles sur les économies réalisées lorsque la NaPro remplace la FIV, ou lorsque les étudiantes qui apprennent à observer leur cycle n'achètent plus de pilule, remboursée par la sécurité sociale belge.

Et les psychologues, bien sûr, ne sont pas en reste : la dynamique psycho-affective des MOCs, aussi bien pour éviter que pour obtenir une grossesse, mérite d'être davantage étudiée, mais les données semblent déjà concorder pour affirmer que les MOCs sont au service d'une meilleure qualité relationnelle au sein du couple, augmentant le niveau d'encouragement, de compréhension, d'implication et de consentement de la part des deux partenaires, ainsi que de communication entre-eux⁷⁵. Mais pas seulement. L'étude du lien entre contraception hormonale ou mécanique et santé mentale, ainsi que sur les violences de genre liées au cycle féminin, pourraient ouvrir des horizons de questionnements au cœur des préoccupations des jeunes⁷⁶.

En philosophie, l'enjeu des MOCs pourrait renouveler l'intérêt pour les recherches sur la liberté dans la sexualité, le respect de la temporalité féminine, la spécificité de la continence périodique pour éviter une grossesse et ses implications sur la vertu et la

⁷⁵ R.G. SIMMONS, V. JENNINGS, « Fertility awareness-based methods of family planning », dans *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, t. 66, juillet 2020, p. 68-82, DOI : 10.1016/j.bpobgyn.2019.12.003. M. UNSELD, E. RÖTZER, R. WEIGL, E.K. MASEL, M.D. MANHART, « Use of Natural Family Planning (NFP) and Its Effect on Couple Relationships and Sexual Satisfaction: A Multi-Country Survey of NFP Users from US and Europe », dans *Frontiers in Public Health*, t. 5, 2017, p. 42, DOI : 10.3389/fpubh.2017.00042. R. LUNDGREN, J. CACHAN, V. JENNINGS, « Engaging men in family planning services delivery: experiences introducing the Standard Days Method® in four countries », dans *World Health & Population*, t. 14, n° 1, 2012, p. 44-51, DOI : 10.12927/whp.2013.23097.

⁷⁶ L. BUGGIO, G. BARBARA, F. FACCHIN, L. GHEZZI, D. DRIDI, P. VERCELLINI, « The influence of hormonal contraception on depression and female sexuality: a narrative review of the literature », dans *Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, t. 38, n° 3, mars 2022, p. 193-201, DOI : 10.1080/09513590.2021.2016693.

volonté, ou encore sur le statut de l'embryon dans les méthodes contraceptives abortives⁷⁷.

Mais plus fondamentalement, nous pensons que c'est en théologie que tout se joue, car les MOCs sont avant tout un lieu relationnel : relation de la femme à son corps et à elle-même, relation entre l'homme et la femme, relation de l'homme et de la femme à l'enfant, mais aussi et surtout, pour les croyants qui découvrent la machinerie si précise du cycle féminin, relation de l'homme à Dieu, de la femme à Dieu, du couple à Dieu.

5.3.4. Un débouché pour des femmes de nombreuses facultés

Le métier d'institutrice attire pour le moment surtout les sage-femmes et les infirmières. Pourtant, il pourrait devenir un débouché pour toutes les femmes attirées par l'enseignement dans les différentes filières mentionnées plus haut (agronomie, économie, psychologie, philosophie, théologie), par exemple pendant un certain nombre d'années, quand elles sont moins disponibles pour le monde du travail à l'extérieur. L'activité d'institutrice peut en effet se pratiquer chez soi, avec un taux d'occupation flexible en fonction des contraintes, familiales ou autres. Elle est compatible avec la maternité et l'éducation des enfants, et offre un réseau relationnel riche.

5.4. Conclusion

Les jeunes, et ici nous nous intéressons plus particulièrement aux jeunes de la communauté étudiante, se situent à la croisée des chemins pendant le temps de leurs études. Ils vivent quelques années d'une intensité rare, se « brûlant parfois les ailes » par des comportements extrêmes. Qu'il s'agisse de consommation d'alcool, de consommation de drogues ou de médicaments, ou de relations sexuelles avec des partenaires multiples, ils sont fragilisés par les multiples sollicitations, alors que leurs études représentent un défi majeur à relever. Ils mettent parfois leur santé en danger. Le rôle de l'université est de les accompagner dans ces années. Il faut donc, nous le pensons, des lieux, au sein de l'université, où l'on prend soin d'eux. De nombreuses initiatives sont déjà à saluer, notamment en termes de recommandations d'hygiène de vie, et de prise en charge de leur santé mentale. Nous souhaitons, par ce mémoire, *sensibiliser* les étudiants,

⁷⁷ D.J. HILGER, K.M. RAVIELE, T.A. HILGERS, « Hormonal Contraception and the Informed Consent », dans *The Linacre Quarterly*, t. 85, n° 4, novembre 2018, p. 375-384, DOI : 10.1177/0024363918813579.

et spécialement les étudiantes, à la préservation de leur santé reproductive et de leur fertilité. Nous soutenons que les jeunes filles qui apprennent à observer les variations cycliques de leur fertilité, et à détecter plus tôt des problèmes de santé, gagneront en confiance en elles, et pourront mieux résister aux comportements néfastes pour leur santé, ou aux comportements sexuels à risque.

Nous sommes également conscients qu'en termes de sexualité, mais aussi de procréation, la morale se fait presque toujours **a posteriori, non a priori**. Il est crucial que les jeunes puissent trouver chez les professeurs, ou les médecins, ou d'autres relais, des balises lorsque, blessés par des relations inadéquates, ils souhaitent vivre autrement. Sans minimiser leurs souffrances, sans minimiser le défi que cela représente, mais en élargissant leurs horizons pour construire des relations stables, durables, épanouies et respectueuses. Nous sommes convaincus que le respect du cycle féminin est une des clés de ces relations.

6. Conclusion

Ce mémoire comportait trois parties. La première partie racontait les naissances que nous avons pu observer chez des couples traversant l'épreuve de l'infertilité, que nous avons accompagnés depuis 2018. Ce sont les résultats encourageants, quatre couples sur cinq ayant pu obtenir une ou plusieurs grossesses malgré une hypofertilité, des échecs de PMA ou des fausses-couches à répétition, qui nous ont poussée à faire connaître les parcours de ces couples, de la manière la plus scientifique possible.

La seconde partie opérait des ouvertures théologiques permettant d'*irriguer* le métier d'institutrice, que nous proposons de renommer en *accompagnatrice*, tout comme la réflexion menée par l'association NaPro française est occupée à le faire. Cette seconde partie rencontrait l'objectif que nous nous étions fixés, celui de prendre une *pause réflexive* sur notre pratique, en vue de l'améliorer. Nous espérons avoir pu expliquer au lecteur les difficultés auxquelles sont parfois confrontées les institutrices, démontrer à quel point la pensée théologique chrétienne est précieuse et pertinente dans l'accompagnement des couples, et montrer à quel point l'enseignement magistériel est cohérent et constant, même si les différents papes lui ont chacun donné une tonalité propre en fonction de leur personnalité et des besoins de leur temps.

La troisième partie se concentrait sur la situation des jeunes, en particulier à l'université, espérant pouvoir *diffuser les connaissances sur le cycle féminin* au plus grand nombre, ce qui était notre second objectif. Pour ce faire, nous avons longuement décrit le fonctionnement physiologique du cycle féminin, mais également ses dysfonctionnements, provoqués par plusieurs facteurs. Enfin, nous avons formulé l'espoir que ces connaissances trouvent leur place à l'université, où elles pourraient être enseignées dans différentes facultés, ou en marge, dans les services qui prennent soin des étudiantes. Nous pensons que, même si cette prise de conscience se fait **a posteriori**, après, peut-être, des comportements à risque, l'apprentissage par les jeunes filles du fonctionnement de leur cycle, et par conséquent de la préservation de leur santé reproductive, pourrait avoir des retombées positives sur l'ensemble de la communauté étudiante, y compris sur les garçons.

7. Bibliographie

« ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign », dans *Obstetrics and Gynecology*, t. 126, n° 6, décembre 2015, p. e143-e146, DOI : 10.1097/AOG.0000000000001215.

BLACKWELL Leonard F. et al., « Hormonal monitoring of ovarian activity using the Ovarian Monitor, part I. Validation of home and laboratory results obtained during ovulatory cycles by comparison with radioimmunoassay », dans *Steroids*, t. 68, n° 5, mai 2003, p. 465-476, DOI : 10.1016/s0039-128x(03)00049-7.

BORUMANDNIA Nasrin et al., « Worldwide trend analysis of primary and secondary infertility rates over past decades: A cross-sectional study », dans *International Journal of Reproductive Biomedicine*, t. 20, n° 1, 18 février 2022, p. 37-46, DOI : 10.18502/ijrm.v20i1.10407 en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8902794/> (consulté le 27 septembre 2022).

BROWN James B., « Types of ovarian activity in women and their significance: the continuum (a reinterpretation of early findings) », dans *Human Reproduction Update*, t. 17, n° 2, avril 2011, p. 141-158, DOI : 10.1093/humupd/dmq040.

BUGGIO Laura et al., « The influence of hormonal contraception on depression and female sexuality: a narrative review of the literature », dans *Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, t. 38, n° 3, mars 2022, p. 193-201, DOI : 10.1080/09513590.2021.2016693.

CARSON Sandra Ann, KALLEN Amanda N., « Diagnosis and Management of Infertility: A Review », dans *JAMA*, t. 326, n° 1, 6 juillet 2021, p. 65-76, DOI : 10.1001/jama.2021.4788.

CERIC Francisco, SILVA Doris, VIGIL Pilar, « Ultrastructure of the human periovulatory cervical mucus », dans *Journal of Electron Microscopy*, t. 54, n° 5, octobre 2005, p. 479-484, DOI : 10.1093/jmicro/dfh106.

CHOI Joyce, CHAN Sherry, WIEBE Ellen, « Natural family planning: physicians' knowledge, attitudes, and practice », dans *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*:

JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC, t. 32, n° 7, juillet 2010, p. 673-678, DOI : 10.1016/s1701-2163(16)34571-6.

CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Instruction Donum Vitae sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation*, Paris, Pierre Téqui, 1987.

COTTIER Georges, GUARRIGES Jean-Michel, *Vérité et miséricorde, l'enjeu du synode*, Paris, Cerf, 2015.

DUANE Marguerite et al., « Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning », dans *Frontiers in Medicine*, t. 9, 2022, p. 858977, DOI : 10.3389/fmed.2022.858977.

DUANE Marguerite et al., « The Performance of Fertility Awareness-based Method Apps Marketed to Avoid Pregnancy », dans *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, t. 29, n° 4, août 2016, p. 508-511, DOI : 10.3122/jabfm.2016.04.160022.

DUGAST Aude, *Jérôme Lejeune : la liberté du savant*, Paris, Artège, 2019.

ECOCHARD R. et al., « Chronological aspects of ultrasonic, hormonal, and other indirect indices of ovulation », dans *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, t. 108, n° 8, août 2001, p. 822-829, DOI : 10.1111/j.1471-0528.2001.00194.x.

ECOCHARD Rene et al., « Self-identification of the clinical fertile window and the ovulation period », dans *Fertility and Sterility*, t. 103, n° 5, mai 2015, p. 1319-1325.e3, DOI : 10.1016/j.fertnstert.2015.01.031.

FEHRING Richard J., « The future of professional education in natural family planning », dans *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, t. 33, n° 1, février 2004, p. 34-43, DOI : 10.1177/0884217503258549.

FEHRING Richard J., SCHNEIDER Mary, RAVIELE Kathleen, « Variability in the phases of the menstrual cycle », dans *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, t. 35, n° 3, juin 2006, p. 376-384, DOI : 10.1111/j.1552-6909.2006.00051.x.

FRITZ Marc A., SPEROFF Leon, « The Regulation of the Menstrual Cycle », dans *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2011, 8^e éd., p. 199-242.

GIRUM Tadele, WASIE Abebaw, « Return of fertility after discontinuation of contraception: a systematic review and meta-analysis », dans *Contraception and Reproductive Medicine*, t. 3, 23 juillet 2018, p. 9, DOI : 10.1186/s40834-018-0064-y en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055351/> (consulté le 9 septembre 2023).

GONON François, *Amoris Laetitia, la doctrine du Bon Pasteur. Regard d'un curé de paroisse et théologien*, Paris, Éditions Emmanuel, 2017.

HILGER David J., RAVIELE Kathleen M., HILGERS Teresa A., « Hormonal Contraception and the Informed Consent », dans *The Linacre Quarterly*, t. 85, n° 4, novembre 2018, p. 375-384, DOI : 10.1177/0024363918813579.

HILGERS T.W. et al., *Le Dictionnaire illustré du Système FertilityCare du Creighton Model : édition des enseignants*, Omaha, Nebraska, Pope Paul VI Institute Press, 2011, Third Edition.

HILGERS T.W., *Le Système FertilityCare du Modèle Creighton, une brochure introductive pour les nouveaux utilisateurs*, Omaha, Nebraska, Institut du Pape Paul VI pour l'Étude de la Reproduction Humaine, 2003, 6^e édition américaine.

HILGERS T.W. et al., *The Creighton Model FertilityCare System : A Standardized Case Management Approach to Teaching. Book I: Basic Teaching Skills*, Omaha, Nebraska, Pope Paul VI Institute Press, 2017, Second Edition.

HILGERS T.W. et al., *The Creighton Model FertilityCare System : A Standardized Case Management Approach to Teaching. Book II: Advanced Teaching Skills*, Omaha, Nebraska, Pope Paul VI Institute Press, 2017, First Edition.

HILGERS T.W., *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology*, Omaha, Nebraska, Pope Paul VI Institute Press, 2004.

HILGERS T.W., PREBIL A.M., « The ovulation method--vulvar observations as an index of fertility/infertility », dans *Obstetrics and Gynecology*, t. 53, n° 1, janvier 1979, p. 12-22.

JAIN Meaghan, SINGH Manvinder, « Environmental Toxins And Infertility », dans *StatPearls*, Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, 2022, en ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576379/> (consulté le 27 septembre 2022).

JOHNSON Sarah, MARRIOTT Lorrae, ZINAMAN Michael, « Can apps and calendar methods predict ovulation with accuracy? », dans *Current Medical Research and Opinion*, t. 34, n° 9, septembre 2018, p. 1587-1594, DOI : 10.1080/03007995.2018.1475348.

LE GUEN Mireille et al., « Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review », dans *Social Science & Medicine (1982)*, t. 284, septembre 2021, p. 114247, DOI : 10.1016/j.socscimed.2021.114247.

LUNDGREN Rebecka, CACHAN Jeannette, JENNINGS Victoria, « Engaging men in family planning services delivery: experiences introducing the Standard Days Method® in four countries », dans *World Health & Population*, t. 14, n° 1, 2012, p. 44-51, DOI : 10.12927/whp.2013.23097.

MAGGI Roberto et al., « GnRH and GnRH receptors in the pathophysiology of the human female reproductive system », dans *Human Reproduction Update*, t. 22, n° 3, avril 2016, p. 358-381, DOI : 10.1093/humupd/dmv059 en ligne : <https://academic.oup.com/humupd/article-lookup/doi/10.1093/humupd/dmv059> (consulté le 5 novembre 2022).

NAJMABADI Shahpar et al., « Cervical mucus patterns and the fertile window in women without known subfertility: a pooled analysis of three cohorts », dans *Human Reproduction (Oxford, England)*, t. 36, n° 7, 18 juin 2021, p. 1784-1795, DOI : 10.1093/humrep/deab049.

ODEBLAD E., « Cervical factors », dans *Contributions to Gynecology and Obstetrics*, t. 4, 1978, p. 132-142.

PAUL VI, *Humanae Vitae, Lettre encyclique sur le mariage et la régulation des naissances, texte intégral commenté par Bruno Bettoli, Gabrielle et Bertrand Vialla*, Paris, Artège, 2018.

POPAT Vaishali B. et al., « The menstrual cycle: a biological marker of general health in adolescents », dans *Annals of the New York Academy of Sciences*, t. 1135, 2008, p. 43-51, DOI : 10.1196/annals.1429.040.

POPE SAINT PAUL VI INSTITUTE FOR THE STUDY OF HUMAN REPRODUCTION, *La session d'introduction au système du modèle de Creighton*, Omaha, Nebraska, 2004.

RAHNER Karl, *Expérience d'un théologien catholique*, Paris, Cariscript, 1985.

SIMMONS Rebecca G., JENNINGS Victoria, « Fertility awareness-based methods of family planning », dans *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, t. 66, juillet 2020, p. 68-82, DOI : 10.1016/j.bpobgyn.2019.12.003.

SKAKKEBÆK Niels E. et al., « Environmental factors in declining human fertility », dans *Nature Reviews Endocrinology*, t. 18, Nature Publishing Group, n° 3, mars 2022, p. 139-157, DOI : 10.1038/s41574-021-00598-8 en ligne : <https://www.nature.com/articles/s41574-021-00598-8> (consulté le 27 septembre 2022).

SMARR Melissa M. et al., « Is human fecundity changing? A discussion of research and data gaps precluding us from having an answer », dans *Human Reproduction (Oxford, England)*, t. 32, n° 3, mars 2017, p. 499-504, DOI : 10.1093/humrep/dew361 en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5850610/> (consulté le 9 septembre 2023).

STANFORD Joseph B. et al., « Comparison of woman-picked, expert-picked, and computer-picked Peak Day of cervical mucus with blinded urine luteinising hormone surge for concurrent identification of ovulation », dans *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, t. 34, n° 2, mars 2020, p. 105-113, DOI : 10.1111/ppe.12642.

STANFORD Joseph B., PARNELL Tracey A., BOYLE Phil C., « Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice », dans *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, t. 21, n° 5, 2008, p. 375-384, DOI : 10.3122/jabfm.2008.05.070239.

SYMUL Laura et al., « Assessment of menstrual health status and evolution through mobile apps for fertility awareness », dans *NPJ digital medicine*, t. 2, 2019, p. 64, DOI : 10.1038/s41746-019-0139-4.

THÉOBALD Christophe, *Transmettre un Évangile de liberté*, Paris, Bayard, 2009.

UNSELD Matthias et al., « Use of Natural Family Planning (NFP) and Its Effect on Couple Relationships and Sexual Satisfaction: A Multi-Country Survey of NFP Users from US and Europe », dans *Frontiers in Public Health*, t. 5, 2017, p. 42, DOI : 10.3389/fpubh.2017.00042.

VIGIL Pilar et al., « Ovulation, a sign of health », dans *The Linacre Quarterly*, t. 84, n° 4, novembre 2017, p. 343-355, DOI : 10.1080/00243639.2017.1394053.

VIGIL Pilar, BLACKWELL Leonard F., CORTÉS Manuel E., « The Importance of Fertility Awareness in the Assessment of a Woman's Health a Review », dans *The Linacre Quarterly*, t. 79, n° 4, novembre 2012, p. 426-450, DOI : 10.1179/002436312804827109.

YOUNG Steven L., LESSEY Bruce A., « Progesterone function in human endometrium: clinical perspectives », dans *Seminars in Reproductive Medicine*, t. 28, n° 1, janvier 2010, p. 5-16, DOI : 10.1055/s-0029-1242988.

8. Table des matières

1.	Introduction	3
1.1.	Contexte.....	3
1.2.	Qu'est-ce que la NaProTechnologie ?	4
1.3.	Plan et objectifs du mémoire	7
2.	Liste des abréviations et définitions	9
3.	Première partie : récit clinique des naissances NaPro	19
3.1.	Introduction	19
3.2.	Couple 1 (#070001).....	20
3.2.1.	A l'entrée dans le programme	21
3.2.2.	Pendant le programme	21
3.2.3.	Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro.....	22
3.2.4.	Conclusion clinique	22
3.2.5.	Perspectives	22
3.3.	Couple 2 (#070008).....	23
3.3.1.	A l'entrée dans le programme	23
3.3.2.	Pendant le programme	23
3.3.3.	Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro.....	24
3.3.4.	Conclusion clinique	24
3.3.5.	Perspectives	24
3.4.	Couple 3 (#070009).....	25
3.4.1.	A l'entrée dans le programme	25
3.4.2.	Pendant le programme	25
3.4.3.	Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro.....	26
3.4.4.	Conclusion clinique	26
3.4.5.	Perspectives	27

3.5.	Couple 4 (#070021)	27
3.5.1.	A l'entrée dans le programme	27
3.5.2.	Pendant le programme	28
3.5.3.	Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro.....	28
3.5.4.	Conclusion clinique	29
3.5.5.	Perspectives	29
3.6.	Couple 5 (#070022)	29
3.6.1.	A l'entrée dans le programme	30
3.6.2.	Pendant le programme	30
3.6.3.	Conception, grossesse et naissance du bébé NaPro.....	31
3.6.4.	Conclusion clinique	31
3.6.5.	Perspectives	31
3.7.	Conclusion	31
4.	Deuxième partie : ouvertures théologiques	33
4.1.	Introduction	33
4.2.	Un interdit, source de créativité pour une nouvelle médecine	33
4.2.1.	<i>Humanae vitae</i> (Paul VI, 1968)	34
4.2.2.	<i>Donum vitae</i> (Jean-Paul II, 1987)	38
4.2.3.	<i>Dignitas personae</i> (Benoît XVI, 2008)	40
4.2.4.	<i>Amoris Laetitia</i> (François, 2016)	41
4.3.	Une éthique de l'accompagnement.....	43
4.3.1.	Enjeux psychiques	43
4.3.2.	La NaPro, une médecine discriminatoire et homophobe ?	45
	Une médecine discriminatoire ?	45
	Une médecine homophobe ?	49
	Conclusion	51
4.3.3.	Efficacité des MRF	52

4.3.4.	Pour une meilleure traduction du terme anglais « practitioner »....	53
4.4.	Pertinence de la pensée théologique chrétienne	55
4.4.1.	La théologie comme double herméneutique.....	56
4.4.2.	La théologie en mode analogique.....	57
4.4.3.	Une éthique de la descente	58
4.5.	Conclusion.....	58
5.	Troisième partie : recommandations	59
5.1.	Introduction	59
5.2.	Le cycle féminin : un langage universel.....	59
5.2.1.	Fonctionnement physiologique.....	59
5.2.2.	Facteurs modifiant le cycle féminin	65
5.3.	La NaPro à l'université.....	68
5.3.1.	La NaPro méconnue dans le monde médical.....	68
5.3.2.	La situation des jeunes filles à Louvain-la-Neuve.....	69
5.3.3.	La NaPro, une discipline transversale	70
5.3.4.	Un débouché pour des femmes de nombreuses facultés	72
5.4.	Conclusion.....	72
6.	Conclusion.....	74
7.	Bibliographie	75
8.	Table des matières	81