

Décembre 2005

# **BULLETIN M A O**

*CONNAISSANCE DE LA FERTILITÉ ET RÉGULATION DES NAISSANCES  
PAR LES MÉTHODES D'AUTO-OBSERVATION*

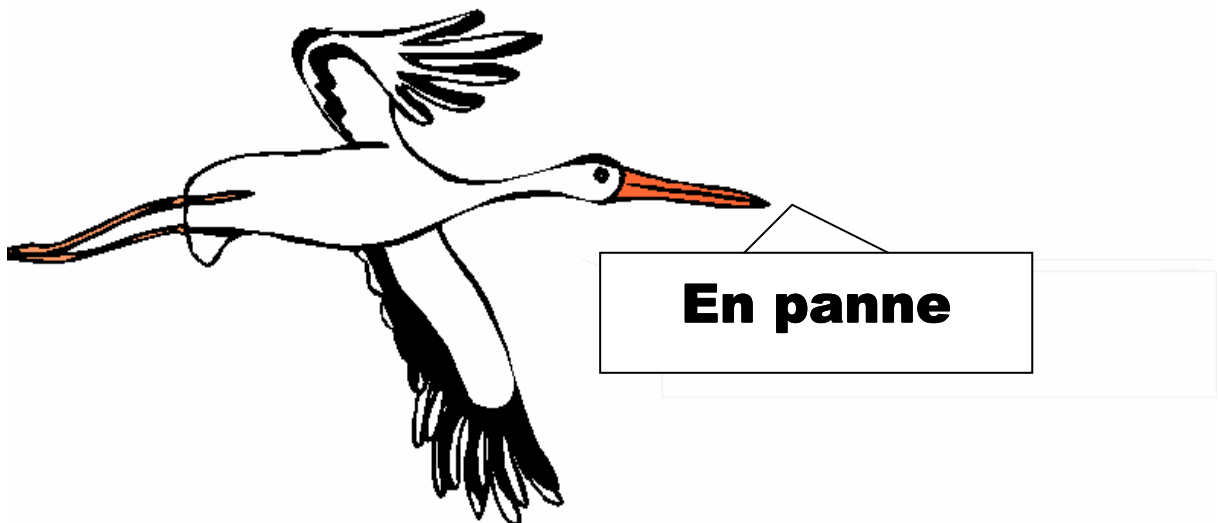
**N° 95**



## EDITORIAL

*Elisabeth YERLY*  
coordinatrice MAO  
Suisse romande, Treyvaux

Bonjour à vous toutes et tous qui attendez chaque trimestre votre bulletin.  
Les monitrices de Suisse romande rencontrent un nombre croissant de couples en recherche de grossesse. Elles ont donc cherché des précisions et des informations afin d'améliorer la qualité de leur service auprès de ces couples-là.  
Lors de la dernière commission MAO, les coordinatrices présentes semblaient étonnées de cette demande croissante que nous suissesses, rencontrons.  
Comme en Suisse, les caisses maladie (la sécurité sociale) ne prennent pas en charge les frais médicaux qu'entraîne une fécondation in vitro, nous formulons l'hypothèse que les couples essaient d'abord les « petits moyens » avant de s'adresser à la médecine, ce qui n'est semble-t-il pas le cas en France.  
Partager notre expérience et nos réflexions avec d'autres monitrices et moniteurs MAO, voici la modeste ambition de ce bulletin !



**Monique Oggier Huguenin**, praticienne en médecine générale, énumère les principales causes physiques d'infertilité, nous apporte quelques définitions et les « thérapies » possibles actuellement.

Le père **Bruguès** nous invite ensuite à réfléchir sur ces « thérapies » modernes.

**Honoré Panisse**, maître-voilier à Marseille, nous confie ensuite la souffrance des couples stériles.

Comment accompagner les couples en recherche de grossesse ? **Caroline Schwaller** présente le résultat des réflexions des monitrices de l'AVIFA-Fribourg.

La doctoresse **Tatjana Barras-Kubski** nous éclaire sur les indices à rechercher, sur les mesures élémentaires à prendre, et sur les alternatives à l'acte médical qu'offrent homéopathie et naturopathie.

Grâce à la collaboration des **moniteurs Rötzer de Suisse-allemande**, vous pouvez découvrir la technologie NaPro, une thérapie de l'infertilité de plus en plus connue et pratiquée dans les pays anglo-saxons.

Etre fertile autrement ? **Anne-Michèle Stern** nous livre ses réflexions à ce sujet.

Comme la coutume l'exige, un « **Testez vos connaissances** » vous attend en fin de bulletin !

Bonne lecture à vous toutes et tous, collègues MAO !



# CYCLOSHOW en France

**C'est parti !!!**

**Le livre paraît en décembre 2005**

**La formation pour  
animer des ateliers  
débuté en 2006**



en lien avec le service MAO du CLER Amour et Famille.

# CYCLOSHOW

La formation pour animer des ateliers débute en 2006  
en lien avec le service MAO du CLER Amour et Famille.

Vous avez vu et aimé cet outil présenté  
à Draveil - session juillet 2003  
à Issy-les-Moulineaux - session octobre 2003  
à Paris - WE MAO janvier 2005

Pour **participer** à un atelier  
avec une fille de votre  
entourage...

... ou pour **devenir**  
**animatrice** Cycloshow,  
connaître les pré requis et le cursus  
de la formation  
(démarrage : 18-19 mars 2006)...



# L'INFERTILITE : SES CAUSES PHYSIQUES ET LES SOLUTIONS PROPOSEES PAR LA MEDECINE CONTEMPORAINE

*Monique OGGIER HUGUENIN  
médecin, monitrice MAO, Bulle*

## INTRODUCTION

L'hypofertilité et l'infertilité concernent au moins un couple sur dix. Le propos, ici, n'est pas de traiter du rôle des moniteurs/trices dans ces situations, pas plus que de réfléchir à l'impact psychologique de l'infertilité (diminution de l'estime de soi, sentiments de culpabilité, etc.), ni de parler des causes psychologiques de l'infertilité, ni enfin de développer une réflexion éthique à propos des solutions proposées par la médecine contemporaine. L'article est donc volontairement restrictif et considère l'infertilité sous son aspect physique tout en évoquant les solutions proposées par la médecine.

## GENERALITES

De nombreux couples modernes sont habitués à gérer leur fertilité de façon « technique » et supportent mal d'attendre une conception lorsqu'ils choisissent d'abandonner leur moyen de contraception. Ainsi convient-il d'abord de les rassurer et de leur faire comprendre qu'attendre une conception un certain temps est normal ! Deux tiers des couples qui consultent un médecin, impatients après six mois d'attente, conçoivent tout simplement après un an. En l'absence de cause évidente d'infertilité (une fois l'anamnèse - histoire de la famille et de la personne, prise de médicaments, etc. - et l'examen clinique effectués), le médecin pourra conseiller, après quelques mois d'attente, de recourir d'abord à deux ou trois choses nécessaires, qui médicalisent le moins possible le « problème » : l'auto-observation des signes de la température et de la glaire (et pourquoi ne pas référer le couple à une monitrice MAO !) et un spermogramme (voir plus loin). Il ne faut pas non plus oublier que, pour citer la parole d'un ancien chef de maternité, « il faut faire ce qu'il faut », c'est-à-dire que le couple doit avoir des unions sexuelles !

## QUELQUES DEFINITIONS

Un couple qui a conçu est dit **fécond** et un couple qui est apte à concevoir est dit **fertile**. La fertilité d'un couple est très variable (il s'agit bien toujours du couple) car elle dépend de nombreux facteurs. Presque tous les couples d'excellente fertilité (25 %, 1 cycle sur 4) auront conçu un enfant après un an. A l'opposé, parmi ceux dont la fertilité est de 1 % (1 cycle sur 100), seul 1 couple sur 10 aura conçu au bout d'un an.

On distingue l'**infertilité primaire** - s'il n'y a jamais eu de fécondation - de l'**infertilité secondaire** - dans ce cas la femme a déjà conçu, quelle qu'ait été l'issue de la grossesse.

## CAUSES, INVESTIGATIONS ET TRAITEMENTS

Une fois ces premières recherches effectuées, la suite des investigations autour de l'infertilité est longue et compliquée. Le couple est touché émotionnellement et a besoin d'écoute, de soutien, d'explications claires et de temps pour réfléchir aux traitements proposés.

Si tout déséquilibre hormonal peut être cause de stérilité, les organes génitaux eux-mêmes doivent aussi être en bon état, exempts de toute infection ou altération importante. Enfin, il y a des causes rares, liées aux chromosomes par exemple, et bien sûr le domaine sensible des causes psychologiques. Et bien sûr, de façon générale, la fertilité diminue parallèlement à l'avancement en âge.

### Hypophyse

Le diagnostic se base sur des dosages hormonaux.

- ❑ **FSH/LH** (gonadostimulines) : si elles sont insuffisantes, le traitement est hormonal et supplée ainsi au manque. Si par contre, elles sont trop élevées, c'est que leurs cibles - testicules ou ovaires - ne «répondent» pas. Si c'est par incapacité de sécréter les hormones nécessaires (voir plus loin), il n'y a pas de traitement à proposer.
- ❑ **prolactine** : son dosage hormonal peut mettre en évidence un excès de production dû, mis à part une cause médicamenteuse, à une petite tumeur de l'hypophyse (qui sécrète de la prolactine) : le traitement est soit médicamenteux (médicament bloquant) soit chirurgical, rarement pratiqué de nos jours (ablation de la petite tumeur qui aura été précisée par IRM, imagerie par résonance magnétique).

### Ovaires et testicules (gonades)

Les moyens d'investigation sont :

- ❑ le **spermogramme**. Le sperme émis après quatre jours d'abstinence est examiné au microscope. On note le nombre de spermatozoïdes par ml et le nombre total par éjaculat, leur mobilité, leur morphologie. On emploie les termes d'*azoospermie* en cas d'absence de spermatozoïdes ; d'*oligospermie* lorsque leur nombre est insuffisant, d'*asthénospermie* lorsque leur mobilité est amoindrie et de *téatospermie* s'ils sont trop nombreux à être malformés.
- ❑ les **dosages hormonaux** combinés avec la **recherche de l'ovulation** par ultrasonographie. A ce sujet, il semble que l'auto-observation soit aussi fiable que les examens !

Les gonades peuvent être absentes ou détruites (par certaines chimiothérapies, par la radiothérapie ou en cas d'exérèse (ablation) chirurgicale) : il n'y a pas de traitement.

Elles peuvent être normales, mais les stimulines sont insuffisantes ou absentes (voir plus haut) : le traitement consiste à en donner.

Dans le cas des ovaires polykystiques, la femme souffre en plus (pas toujours) d'un trouble métabolique. Elle présente alors un excès de poids et de pilosité, une augmentation du taux d'hormones masculines dans ses hormones ovariennes et ses ovaires ont de nombreux petits kystes qui sont en réalité les follicules arrêtés sur le chemin de leur maturation.

Deux cas de figure :

Si c'est un ovaire MULTIFOLLICULAIRE, le traitement consiste à stimuler l'ovulation cycle après cycle par un inducteur de l'ovulation (clomifène) s'il y a souhait de conception et par la pilule oestro-progestative si ce n'est pas le cas - on se souvient que la pilule met l'activité ovarienne au repos.

Si c'est un ovaire MICROPOLYKYSTIQUE, alors il faut demander à la femme souvent obèse de maigrir, ce qui est difficile pour elle car il existe une espèce de « résistance » de l'organisme à perdre du poids. S'il y a souhait de conception, on donne HMG (gonadotrophine humaine de la ménopause qui contient FSH et LH) ou FSH purifiée, sinon on prescrit la pilule contraceptive, contenant peu d'œstrogène pour ne pas ajouter de facteurs de risque chez une femme qui souffre déjà des effets du surpoids.

### Trompes

Les investigations consistent d'abord en **une exploration des trompes** par l'hystérosalpingographie (on injecte à travers le col utérin un liquide de contraste radio opaque et on visualise le passage du liquide par des clichés radiologiques). Ici, il est utile de se souvenir des conséquences redoutables des IST (infection sexuellement transmissible, ce terme remplace celui plus connu de MST), en particulier celle due au chlamydia qui peut obstruer les trompes à l'insu de la femme ! L'obstruction des trompes peut être traitée par la microchirurgie et, depuis 1980, contournée par la FIVETE (voir plus loin). L'exploration des trompes est aussi assurée par la laparoscopie (l'opérateur visualise les trompes à travers un instrument optique introduit dans la cavité abdominale et libère des adhérences éventuelles, conséquence d'une opération ou d'une infection).

Les cils de leur muqueuse peuvent être immobiles (mucoviscidose). Enfin, exceptionnellement, une ou les deux trompes peuvent être absentes.

### Canal déférent

Comme pour les trompes, sa perméabilité est mise en évidence par l'injection d'un produit radio opaque dont on suit le parcours dans le canal. S'il y a une malformation, il n'y a pas de traitement.

### Utérus

Les moyens de le visualiser sont l'échographie, l'hystérosalpingographie, l'hystérocopie (l'instrument est introduit par le vagin dans la cavité elle-même et l'opérateur la visualise).

L'utérus peut être absent : il n'y a pas de traitement à offrir ; malformé : le traitement est chirurgical ; une cicatrice ou un myome à l'intérieur de la cavité utérine peut empêcher la nidation : le diagnostic et le traitement se font dans un même temps par l'hystérocopie). Enfin, l'utérus peut être le siège d'une infection chronique - endométrite - rare dans nos pays : le traitement est médicamenteux.

L'endométriose, elle, est une maladie caractérisée par la présence d'îlots de muqueuse utérine en dehors de la cavité utérine, et qui varient au cours du cycle menstruel. Les « règles » de ces îlots, ne pouvant s'extérioriser, provoquent des nodules, adhérences, des cicatrices. Le traitement consiste à détruire ces fragments (laser, électrocoagulation ou excision lors d'une laparoscopie) puis de bloquer les cycles menstruels par des hormones de différents niveaux (du niveau de l'hypothalamus ou de l'ovaire) afin d'assécher les sites d'endométriose (la femme n'a pas de règles) jusqu'au moment où le couple décide de concevoir.

### Glaire cervicale

Par le **test de Hühner**, on peut déceler une « incompatibilité » entre la glaire cervicale et les spermatozoïdes, qui sont alors immobilisés par des anticorps féminins. Le traitement consiste en une insémination du sperme directement dans la cavité utérine par voie vaginale.

La glaire peut être perturbée par une infection vaginale (parasites, bactéries) qui sera alors traitée par des médicaments.

### Epididyme, testicule, prostate, vésicules séminales

Ils peuvent être le siège d'une infection bactérienne ou parasitaire qui sera traitée par des médicaments. Il n'est pas prouvé qu'une varicocèle (varices sur le scrotum) ait réellement une influence sur la fertilité, néanmoins, la tradition médicale propose à l'homme d'enlever ces varices lorsqu'il veut devenir père.

### **CAS PARTICULIER DES POSSIBILITES OFFERTES AUX COUPLES**

On peut classer en deux grandes familles les techniques de procréation médicalement assistée : les inséminations et les fécondations artificielles.

L'insémination est dite IAP lorsque le sperme est celui du partenaire et IAD lorsque le sperme provient d'un donneur. Dans le cas de l'insémination, l'ovule est fécondé dans la trompe.

La FIVETE, fécondation artificielle, qui a été proposée dès 1980, court-circuite les trompes. On peut presque toujours (sauf si les ovaires sont épuisés, ce qui est le cas en ménopause, ou détruits), stimuler les ovaires par des stimulines hypophysaires et par une ponction transvaginale récolter les ovocytes (jusqu'à 20 parfois !) dans leurs follicules, les féconder dans un milieu nourricier (in vitro) et finalement introduire deux embryons (en Suisse) âgés de 6 jours dans la cavité utérine de la femme ; c'est le TE de FIVETE : **F**écondation **I**n **V**itro **E**t **T**ransfert d'**E**mbrion. Chaque embryon a statistiquement 15 % de possibilité de se développer. Les embryons surnuméraires sont conservés dans de l'azote liquide pour être éventuellement transférés dans l'utérus lors de prochains cycles.

L'ICSI (Intra Cytoplasmique Spermatozoïde Injection), technique introduite en 2000, est réservée aux hommes dont le sperme ne contient pas de spermatozoïdes, mais aussi en cas de déficience des spermatozoïdes qui n'arrivent pas à féconder « tout seuls » un ovule quand ils sont mis en sa présence. Excepté dans des cas d'atteinte génétique très sévère, on peut trouver dans le tissu du testicule pris par biopsie des têtes de futurs spermatozoïdes qui sont ensuite injectées individuellement directement dans le cytoplasme des ovocytes. Dans ce cas, il semble y avoir un surcroît de malformation de l'enfant.

### **CONCLUSION**

La soif de connaître, moteur de la recherche de l'homme, mais aussi sa volonté de maîtrise et son mercantilisme, bouleversent complètement ce que nous avons cru jusqu'alors indispensable à la conception d'un enfant : un homme et une femme, le spermatozoïde de cet homme et l'ovule de cette femme se rencontrant dans l'union sexuelle. On peut se passer de la présence d'un ou de plusieurs de ces protagonistes ; un tiers est alors introduit dans la relation du couple (le biologiste, le médecin, etc.) Tout paraît possible... Le philosophe Bergson disait qu'à l'homme moderne il faut un supplément d'âme : nous sommes donc invités de façon urgente à penser ! Si nous ne sommes pas tous concernés directement par l'infertilité ou l'hypofertilité, problème si douloureux pour tant de couples, celui-ci nous interroge tous car la question de la transmission de la vie s'enracine dans notre être intime. Ici, seuls des éléments physiques et techniques ont été évoqués, ce qui est bien incomplet. La réflexion est ouverte, ainsi que la perspective d'autres contributions dans le bulletin ! Elisabeth Longchamp Schneider vous en donne envie dans son résumé de l'article du Père Bruguès.

## POINT DE VUE MORAL

*Elisabeth LONGCHAMP SCHNEIDER  
monitrice MAO, Fribourg*

*Dans le « Lexique des termes ambigus et controversés sur la famille, la vie et les questions éthiques » (Paris : Téqui, 2005), le Père Jean-Louis Bruguès a écrit un article sur « Procréation assistée et FIVETE ». En voici quelques extraits, pour vous donner envie d'aller le lire en entier et de réfléchir. Petit écho à la conclusion de l'article de Monique Oggier Huguenin.*

*La pratique des techniques dites de procréation médicalement assistée (PMA) a été condamnée fermement par l'Eglise. Aujourd'hui, on comprend mieux pourquoi. « En fait, le terme même de procréation assistée est parfaitement trompeur, car il ne s'agit pas là le plus souvent d'une « assistance » (que l'Eglise est la première à approuver) mais d'une substitution. » La paillasse du laboratoire fait office de lit conjugal, le médecin se substitue au mari, l'union des corps est remplacée par un acte technique. « La procréation médicalement assistée introduit, en toute connaissance de cause, une rupture dans le domaine le plus confidentiel, le plus personnel, et peut-être le plus riche de l'être humain. »*

*La FIVETE n'est pas une technique de lutte contre la stérilité, mais seulement le contournement de cette stérilité. Une fois l'enfant né grâce à la FIVETE, le couple connaîtra les mêmes difficultés de concevoir qu'auparavant : il est resté stérile...*

*On peut s'émerveiller devant la capacité des êtres humains à percer les secrets de la nature, voire à l'imiter, mais « La morale catholique choisit une autre attitude. Certes, le progrès technique est digne des plus grands encouragements, mais il ne doit pas être payé à tout prix. [...] La FIVETE confère à des humains, ou à la société dans son ensemble, un droit de vie et de mort sur les plus fragiles d'entre eux, les embryons. Dieu seul possède ce droit. Le danger qui se manifeste de manière croissante consiste justement à laisser croire que l'homme est devenu un démiurge et qu'il occupe la place laissée vide par une sécularisation ayant chassé toute transcendance. Le désir d'enfant est un des plus estimables qui soient ; mais il est à forte composante narcissique. On peut craindre de sombres lendemains quand il s'allie à la technique et lui demande cette perfection qu'il attendait jadis de l'enchantement divin. La liberté humaine, elle, a tout à redouter d'une telle alliance. »*

Proposition de lecture : La fécondation artificielle au crible de l'éthique chrétienne / J.-L. Bruguès. - Ed. Communio, Fayard, 1989

## PARCE QUE FELICITE ETAIT STERILE...

Marcel PAGNOL  
« Fanny », Acte II, scène VI

*A lire avec l'accent du Midi !*

Nous avons acheté ce magasin... [...] Et l'argent rentrait bien. Et alors, au bout de sept ans, un beau soir, j'ai dit à ma femme : « O Félicité, tu vois comme notre magasin est beau ?... »

- Oui, il est beau

- Le commerce va très bien

- Oui, il va très bien

- Eh bien, écoute, Félicité, l'argent et le magasin, nous ne l'emporterons pas sous la terre.

- Bien sûr, qu'elle me dit.

- Et si nous faisons un petit ? »

Alors, elle devient toute rouge, peuchère, et elle me cache un peu la figure, et elle me fait : « Honoré, il y a longtemps que j'y pense, mais je n'osais pas t'en parler. »

Mais alors, basta ! ...impossible de faire un enfant. Je ne te dirai pas tous les docteurs qu'on a vus, toutes les sources minérales, tous les cierges, tous les pèlerinages, toutes les gymnastiques suédoises... et je gaze, naturellement, je gaze... Mais voilà la vérité : pendant longtemps nous avons eu peur d'avoir un petit ; et puis, quand nous l'avons voulu, nous ne l'avons pas eu : nous avons dégoûté le Bon Dieu.

Alors une véritable folie m'a pris : la folie des enfants. Depuis ce moment-là, chaque fois que j'ai vu, dans la rue, un grand couillon avec un panama qui pousse une petite voiture, tu ne peux pas t'imaginer comme j'ai été jaloux. J'aurais voulu être à sa place, avoir cet air bête et ces gestes ridicules... J'aurais voulu faire : « Ainsi font, font, font... » C'était une grande souffrance... Et Félicité, je la regardais de travers - et pour la moindre des choses, nous nous disputions. Surtout à table. Je lui disais : « C'est bien la peine d'avoir un estomac comme deux monuments, et de ne pas pouvoir faire un enfant. » Et alors, elle me répondait : « Si tu n'avais pas tant bu de Picon et de Rinçolettes, peut-être tu serais bon à quelque chose. » Et enfant, petit à petit, nous nous sommes habitués à ce désespoir. Mais le magasin ne nous intéressait plus du tout. Nous n'avons vendu que l'article courant. Je n'ai plus pris la peine de dessiner des voiles spéciales, selon la personnalité et le tempérament de chaque bateau, des voiles merveilleuses, des voiles signées de mon nom, comme des peintures des musées... Et alors, pendant que je jouais aux cartes, dans les cafés, comme un imbécile, les autres en ont profité. Certains MM. Renault, de Dion-Bouton, Peugeot et *tutti quanti* se sont mis à faire des moteurs ; et voilà pourquoi notre beau Vieux Port est tout empuanti de pétrole : c'est parce que Félicité était stérile. Tout simplement.

*Note de la rédaction : lorsque Pagnol a écrit Fanny - la pièce a été créée en 1931 - il était sans doute encore inconcevable que l'homme puisse être l'élément stérile du couple !!!*

## L'ACCOMPAGNEMENT D'UN COUPLE EN RECHERCHE DE GROSSESSE PAR UNE MONITRICE MAO

*Caroline SCHWALLER*  
monitrice MAO, Fribourg

**Pour commencer, quelques questions concernant la fertilité.** Répondez par **vrai** ou **faux**, puis consultez les solutions à la fin de cet article.

1. *Le kyste ovarien doit être traité par des hormones de synthèse (pilule) pour guérir.*
2. *Pour favoriser une conception, la femme doit rester couchée après une union sexuelle.*
3. *Avant l'âge de 30 ans, une femme doit obligatoirement concevoir en une année.*

Les monitrices MAO de la région de Fribourg se sont réunies afin de cerner ce qui est spécifique et particulièrement délicat dans l'accueil de couples en désir de concevoir.

D'après leurs différentes expériences, le suivi d'un couple en recherche de grossesse demande une sensibilité et une attention particulières. En effet, comment faire comprendre qu'il faut tout à la fois se concentrer sur le cycle et l'auto-observation ET prendre de la distance par rapport au projet de conception ? Comment aborder ce qui devient peut-être un fléau social : beaucoup de femmes retardent leur projet parental du fait de leur vie professionnelle, ce qui augmente le risque d'hypofertilité ; leur projet est souvent programmé, et la patience n'est plus de mise...

Lors de l'**accueil** d'un couple en recherche de grossesse, la monitrice met tout en œuvre pour que ses clients se sentent à l'aise pour parler de ce sujet qui les tourmente, qui les vrille, qui les embarrasse, pour lequel ils se sentent incapables, impuissants, coupables, en manque d'estime de soi, qui perturbe leur image (voilà un échantillon des ressentis qui peuvent habiter ce couple !).

C'est la phase d'**écoute** qui met en lumière ces sentiments, du moins ceux que le couple veut bien confier. La monitrice est attentive aux renseignements tels que :

- vécu du couple par rapport à la difficulté à concevoir
- histoire du couple
- actions antérieures pour favoriser la fertilité ou investigations faites
- vécu face à l'entourage
- expérience des MAO

Certains couples ont des projets très précis ou multiples. Le fait d'en parler et de s'entendre en parler peut leur faire prendre conscience de ces projets et les aider à en mettre un ou plusieurs de côté. L'écoute aide également à mettre le doigt - ou l'oreille ! - sur les désirs ou non désirs de chacun des membres du couple.

C'est l'écoute et aussi une bonne dose d'humilité qui permettent à la monitrice de reconnaître ses limites et de diriger le couple vers un-e conseiller-ère conjugal-e, si la situation l'exige.

L'**information** de la monitrice doit être honnête et précise : une conception peut prendre du temps ; le corps s'apprivoise avec de la patience ; sa découverte se fait au rythme des cycles. Et surtout : le temps passé à s'observer, à affiner sa sensibilité à son corps et à apprendre à se connaître élargit la conscience. Peu à peu, le corps s'ouvre à la vie !

La monitrice doit parler clairement de ses limites et des limites de la méthode : « je peux vous montrer ceci ou cela, je peux vous donner des conseils, mais je ne peux pas faire des miracles. »

Ce n'est pas parce que la méthode est *naturelle* qu'elle est forcément facile !

Cette clarté peut amener le couple à s'approprier son histoire, ses démarches, à prendre la responsabilité de ses décisions.

L'**exposé de la fertilité de l'homme et de la femme** devra se concentrer sur les éléments qui favorisent la conception, et montrer la beauté et la perfection des corps de l'homme et de la femme avec ce qu'ils ont de commun et de complémentaire.

L'**exposé de la physiologie** fera le lien entre l'ovulation et l'élévation de la température : le temps « perdu » à chercher le décalage de température devient du temps gagné s'il faut plus tard recourir à des investigations médicales. L'accent sera mis sur le rôle et l'observation de la glaire ; la monitrice mettra en évidence tous les « petits trucs » de traque à la glaire.

L'**utilisation de la méthode** est immédiate. Il est important d'expliquer comment le fait d'avoir des unions tous les 2 à 3 jours en période de glaire va optimiser les chances de fécondation. Là encore l'information est délicate : devoir programmer des rapports de façon trop précise peut entraîner chez le couple une lassitude voire même un dégoût des relations sexuelles. Il vaut peut-être mieux mettre l'accent sur le fait d'avoir des rapports réguliers.

Idéalement, la monitrice devrait ensuite **rencontrer** le couple au moins une fois par cycle : c'est l'occasion de vérifier, sur la base des notations, que l'enseignement a été bien compris, l'occasion aussi de continuer l'écoute, de prodiguer des encouragements.

Au bout de 3 cycles d'observation environ, la monitrice distingue quelques cas de figure :

1° Le cycle semble normal ; la courbe est bi-phasique ; une période de glaire a été reconnue.

- Rappeler, peut-être de manière indirecte, que le couple doit avoir des unions sexuelles complètes (un baiser ne suffit pas), et qu'il doit avoir supprimé toute forme de contraception.
- Exhorter le couple à la patience (2 ans, c'est normal).
- Donner quelques conseils : oser le bébé, se laisser surprendre par lui ; continuer les investigations médicales en les complétant toutefois par un accompagnement plus global : psychologique ou alternatif (naturopathie, homéopathie) suivant les affinités du couple.

2° Le plateau est trop court (< de 7 jours)

- Orienter le couple vers un gynécologue ou un naturopathe. (Si la femme a un plateau haut court en post-pilule, il faut compter au moins 6 mois après l'arrêt de la pilule avant d'espérer trouver des plateaux hauts adéquats).

- ❑ Si la femme revient voir la monitrice avec une prescription de DUPHASTON, on peut lui proposer de prendre ce médicament en accord avec la courbe : dès le troisième point de température haute. Il faut s'assurer que la femme est capable de faire la part des choses entre l'information du médecin et celle de la monitrice. Là aussi, la monitrice doit faire preuve de clairvoyance.

### 3° La période de glaire est difficile à reconnaître

- ❑ Rappeler à la cliente d'éviter une recherche de glaire au col ainsi que les douches vaginales qui causeraient une diminution de la quantité de glaire et des difficultés à la recueillir à la vulve.
- ❑ Demander des précisions sur la glaire observée : en cas de sécrétions malodorantes, mousseuses ou de démangeaisons, la monitrice doit conseiller à la femme de consulter le gynécologue afin de traiter une éventuelle infection vaginale.
- ❑ Donner quelques conseils d'alimentation pour favoriser la glaire :
  - miel et soja contiennent des substances qui ressemblent aux oestrogènes (œstrogène-like)
  - boire suffisamment (la glaire est essentiellement composée d'eau)
  - manger peu raffiné, choisir les aliments du bas de la pyramide alimentaire (bcp de fruits et légumes)
  - éviter tabac et alcool (valable pour l'homme également !).

Pour la femme, le fait de devoir se concentrer sur son alimentation peut faire diversion et favoriser ainsi un relâchement de la tension autour de l'enfant à venir.

La recherche de grossesse est une école de patience à une époque et dans une société où l'être humain accède facilement à l'assouvissement de ses désirs.

Ironie du sort, cette même époque tournée vers la technologie voit des hommes et des femmes qui luttent pour éviter des grossesses, voire pour en éliminer, alors que d'autres personnes luttent pour leur survie dans la procréation.

#### Réponses aux questions du début :

1. **Faux.** Le kyste ovarien guérit spontanément. La pilule ou d'autres médicaments endorment le kyste, ce qui retarde sa guérison. Les kystes organiques relèvent d'un traitement chirurgical.
2. **Faux.** C'est une vue de l'esprit. Les spermatozoïdes se trouvent à l'avant de l'éjaculat. Le liquide suit et dans un premier temps se coagule pour empêcher les spermatozoïdes de faire marche arrière. Puis les spermatozoïdes sont happés par la glaire. Le reste du liquide séminal se liquéfie et s'écoule avec les spermatozoïdes, habituellement morts, qui n'ont pas pu pénétrer dans le col. On les estime à moins d'un pour cent, voire un pour mille.<sup>1</sup>
3. **Faux.** Avant 30 ans, on ne s'inquiète pas de 2 ans sans conception.

<sup>1</sup> « Exploration fonctionnelle gynécologique et andrologique » du professeur Yves Malinas, édition Masson 1978.

## LE DESIR D'ENFANT... ET L'ENFANT NE PARAÎT PAS

Doctoresse Tatjana BARRAS-KUBSKI,

Berne

[www.cyclefeminin.ch](http://www.cyclefeminin.ch)

Dernièrement une jeune femme de 24 ans m'a consultée, inquiète, parce qu'elle n'était pas encore enceinte. Elle avait arrêté sa contraception orale trois mois auparavant et n'avait pas encore eu ses règles. Je lui avais appris quelques semaines auparavant à observer sa glaire cervicale et à prendre sa température oralement. Elle avait bien repéré son jour sommet de glaire qui avait eu lieu le 105<sup>ème</sup> jour de son premier cycle post-pilule. Elle était au 6<sup>e</sup> jour de température haute et me demandait de « faire quelque chose ». Après un long entretien, j'ai réussi à la convaincre de ne pas commencer de suite un traitement de phytothérapie, mais de poursuivre l'observation de son plateau haut actuel pour en connaître la longueur naturelle. Trois semaines plus tard, elle me téléphonait pour m'annoncer qu'elle était enceinte, à sa grande joie.

A l'ère du « tout, tout de suite », il est difficile de ne pas intervenir lorsque les couples nous mettent sous pression. Il n'est dès lors pas étonnant qu'un gynécologue qui a si peu de temps à disposition lors d'une consultation, cède aux pressions du couple. Intervenir tout de suite, avec une stimulation hormonale par exemple, donne l'illusion de « maîtriser » la fertilité. C'est là que la régulation naturelle des naissances a un rôle essentiel à jouer : apprendre à attendre, faire confiance à l'auto-observation, gérer sa fertilité et ne pas tout déléguer.

Le Dr. allemand Christian Gnoth a montré que le décalage de température a surtout lieu le jour de l'ovulation (déterminé par ultra-son) ainsi que les deux jours suivants. Le jour sommet de glaire a lieu surtout la veille, le jour même et le lendemain de l'ovulation. Il a démontré que 88% des femmes employant la planification familiale naturelle pour favoriser une conception étaient enceintes après 6 mois - contre 81% des femmes qui connaissaient la planification familiale naturelle mais n'avaient pas de relations sexuelles ciblées, c'est à dire pendant la période optimale. Dans le groupe de femmes qui **sont devenues enceintes**, l'âge n'était pas un critère pour expliquer une probabilité réduite de grossesse (*in Human reprod., sept. 2003*). Cependant, l'horloge biologique de la femme ne s'arrête pas et dans le groupe des femmes de plus 35 ans qui n'ont pas d'enfant - que ce soit désiré ou non - une sur trois n'en aura jamais même si elle le veut, car la qualité de ses ovules diminue. Le docteur Gnoth conseille à tout couple, quel que soit l'âge de l'homme et de la femme, de commencer les investigations médicales après 6 cycles infructueux (examen des trompes, spermogramme, contrôle des hormones). Si ces investigations ne révèlent aucun problème, il conseille alors **d'attendre au moins 3 ans** avant de recourir à des moyens techniques, comme une stimulation hormonale par ex. En effet, la probabilité de grossesse est la même pour ces couples sans cause évidente d'hypofertilité et ciblant les jours les plus fertiles que pour les couples qui ont recours à des techniques, même les plus sophistiquées.

## QUEL EST LE CYCLE IDÉAL ?

La longueur moyenne d'une phase folliculaire est de 15 à 16 jours et celle du plateau haut de 12,5 jours. La courbe de température idéale montre un décalage d'au moins 0,2 °C avec un plateau haut qui dure au moins 10 jours.

Il faut noter cependant qu'un décalage plus prononcé n'est pas proportionnel au taux de progestérone ! La phase du corps jaune est le reflet du déroulement de la phase folliculaire. Si elle est raccourcie, elle est l'expression d'une maturation folliculaire retardée. La forme extrême en est le « cycle » anovulatoire. Ainsi, la courbe de température est le reflet des processus hormonaux et la glaire, celui des facteurs cervicaux (Dr. Gnath).

## L'ANALYSE DES SAIGNEMENTS EST AUSSI IMPORTANTE

Un saignement péri-ovulatoire est physiologique et rarement aussi abondant que celui des règles. Il est souvent brunâtre, ou la glaire est mêlée de rouge. Des saignements survenant à d'autres moments du cycle sont d'origine organique (souvent des polypes ou des myomes) et on doit procéder à une investigation. Il existe aussi des saignements de contact consécutifs à une relation sexuelle (sur ectopie du col ou suite à une infection récente à chlamydia, ou encore en cas de cancer du col non décelé à un stade infra-clinique).

Les tachetures (spotting) prémenstruelles qui surviennent 3 jours avant les règles sont physiologiques pour autant qu'il n'y ait pas de signes d'insuffisance du corps jaune (le premier signe diagnostique d'une insuffisance lutéale est une chute de la température avant les règles ; le 2<sup>ème</sup>, une phase post-ovulatoire trop courte). Si une phase lutéale est courte et accompagnée de tachetures prémenstruelles de 4 jours ou plus, il ne faut pas attendre pour commencer des investigations.

Il n'est pas encore clairement établi si le taux de grossesses est différent lors de cycles courts (<25 jrs) ou de cycles longs (> 35 jours). Il faut un peu plus de patience lors de cycles irréguliers. L'alchémille et l'armoise vulgaire sont des régulateurs du cycle, mais la tenue des graphiques est un moyen simple qui aide souvent à régulariser les cycles.

Le mythe d'avoir une relation le jour sommet ou le lendemain, qui favoriserait la conception d'un garçon, n'est pas confirmé par une étude néo-zélandaise qui a prouvé le contraire. Ainsi en faisant la somme des diverses études dans le monde, on arrive à la conclusion qu'on a 51 % de chances d'avoir un garçon ou une fille... Heureusement, la nature a encore le dernier mot ! Divers régimes alimentaires ne sont pas plus probants.

## COMMENT UNE MONITRICE PEUT-ELLE AIDER À FAVORISER NATURELLEMENT UNE CONCEPTION ?

D'abord, elle doit bien s'assurer que la **femme sait repérer exactement le jour sommet de glaire** qui est le dernier jour de glaire la plus transparente et filante (pas forcément la plus abondante !) ou la sensation de mouillé à la vulve - alors que la glaire n'est pas observable car elle est si imprégnée d'eau qu'elle coule comme de l'eau.

Il faut aussi conseiller au couple, surtout si l'homme présente une diminution de la **qualité** de ses spermatozoïdes (facteur plus important que le nombre), de ne plus avoir de relations sexuelles dès le premier jour de glaire sentie ou observée et de **reprendre les rapports les jours de glaire de la meilleure qualité**.

En effet, la probabilité de concevoir au cours des 2-3 derniers jours de glaire la plus fertile est 3 fois plus élevée que les 3 premiers jours de glaire - et un peu plus élevée encore si la glaire la plus fertile d'une femme donnée n'est pas opaque ni collante.

Il faut aussi conseiller au couple de n'avoir des relations sexuelles que 1 jour sur 2 pour bénéficier d'une meilleure qualité de sperme. Il n'est pas nécessaire d'observer l'abstinence dès le début du cycle, comme on l'a recommandé à une époque.

Si la glaire est difficile à observer, un **médicament mucolytique** (donné lors de sinusite, à base de plantes ou d'acétylcystéine) ou la **vitamine A** peuvent être pris pendant la période de glaire, dès le premier jour de sensation humide. Le **manganèse** pris pendant tout le cycle peut parfois améliorer la qualité de glaire, ainsi que le **magnésium**, qui aide surtout la femme à se détendre ainsi que probablement à diminuer la spasticité des trompes ou de l'utérus (ce qui favoriserait la nidation). Si la glaire ne s'améliore pas, il faut exclure une infection cervicale (par ex. à chlamydia ou à gardnerella) qui évolue souvent à bas bruit. Parfois c'est le taux de prolactine qui est trop élevé (par ex. en post-partum).

Si le corps jaune ne dure pas au moins 9-11 jours, une nidation peut être plus difficile (mais une de nos monitrices a conçu 4 enfants en ayant régulièrement des plateaux hauts de 6-7 jours!). La longueur normale habituelle du corps jaune est de 12 à 16 jours, parfois de 17 jours. Pour « soutenir » le corps jaune, une teinture-mère ou un extrait sec de plantes progestérone-like, par exemple l'**agnus castus** (gattilier) et la **bourse à pasteur**, peuvent être donnés dès le décalage de température. S'il n'y a pas d'amélioration après 3 cycles, l'agnus castus en comprimés peut être donné dès la fin des règles pendant tout le cycle. Souvent on constate alors un raccourcissement de la phase pré-ovulatoire.

Une **bonne alimentation** est à vrai dire le premier « médicament ».

Y a-t-il des brûlures ou des ballonnements abdominaux fréquents, une tendance à la constipation et éventuellement une anémie chronique ? Il y a peut-être une intolérance alimentaire - qui peut apparaître à tout âge, causée par une consommation excessive et régulière de produits laitiers et ou d'aliments acidifiants (par ex. le pain et les pâtes à base de farine blanche, le sucre blanc etc.) et de produits à base de gluten (ce genre d'allergie se manifeste par contre souvent dans la petite enfance déjà). Tout cela peut conduire à une mauvaise absorption alimentaire et entraîner une carence en vitamines, oligo-éléments, etc. Ainsi une analyse approfondie de l'alimentation d'un couple hypofertile est essentielle. Il est déjà bien connu que le café, le tabac et les substances à base de caféine (coca, chocolat, cacao) ont une influence sur la fertilité. Il est essentiel de diminuer les viandes rouges, la charcuterie et les graisses animales (poly-saturées) et de consommer l'équivalent de 2 cuillères à soupe par jour d'huile pressée à froid et de première pression (par ex. une cuillère à soupe **d'huile d'olive** et une de **colza**, de **noix** ou de **tournesol**). **L'huile de germe de blé** ainsi que les germes de blé contiennent de la vitamine E ; le blé a toujours été considérée comme un symbole de fertilité...

A noter que la pilule cause souvent un déficit en **zinc**.

Il faut recommander au couple de diminuer le stress, dans la mesure du possible. Il affecte aussi bien le processus de l'ovulation que la qualité des spermatozoïdes.

L'homme aura avantage à ne pas porter des sous-vêtements ou des pantalons trop serrés, ce qui augmente la chaleur locale et altère la qualité des spermatozoïdes. Attention aussi au téléphone portable accroché à la ceinture ou dans la poche, au sauna et aux bains trop chauds.

Il faut aussi exclure une intoxication au mercure, au plomb ou aux pesticides.

Le zinc, la vitamine C et/ou le sélénium pris pendant au moins 2 à 3 mois consécutifs peuvent améliorer le spermogramme (la maturation des spermatozytes dure 35 à 70 jours).

La cigogne est l'emblème de plusieurs associations de méthodes naturelles de régulation des naissances. Le plus haut taux de natalité s'enregistre au printemps, avec le retour des cigognes !  
Le moyen le plus écologique pour le couple ne serait-il pas de séjourner pendant un week-end en Alsace ... en amoureux ?

*« ... et celle qui était appelée stérile est dans son sixième mois.  
Car rien n'est impossible à Dieu »  
Evangile de Luc 1, 36-37*

## **THERAPIE DE LA FERTILITE COURONNEE DE SUCCES GRACE A LA TECHNOLOGIE NAPRO, ULTERIEURE A UNE FERTILISATION IN VITRO RATEE**

*Reflets de la conférence présentée par le Dr. Phil Boyle lors de l'Assemblée générale de l'Association d'intérêt pour la planification familiale naturelle Suisse / Principauté du Lichtenstein (IGNFP), le 12 novembre 2004 à Zurich.*

La « **technologie NaPro** » est une contraction de « technologie naturelle de la **procréation** » (en anglais : « **Natural Procreative Technology** ». C'est un système scientifique, intégral, inspiré par l'enseignement catholique et qui permet le traitement efficace de la stérilité, de cas de fausses couches répétées et de troubles gynécologiques. Disponible aux USA depuis 1990, ce système est proposé depuis 2004 dans une clinique privée des plus modernes, à Galway.

La technologie NaPro est une nouvelle science de la reproduction qui s'est développée sur la base des informations précises fournies par le Craighton Model Fertility Care System, une modification standardisée de la méthode de l'ovulation selon Billings.

Le docteur Boyle présenta différents exemples de cycles menstruels, 3 normaux et 4 présentant différents défauts. Le but de la technologie NaPro est de corriger les anomalies, d'obtenir de meilleurs cycles, d'améliorer la fertilité et d'abaisser le risque d'une fausse couche.

Différentes interventions médicamenteuses et chirurgicales sont parfois nécessaires à la correction des anomalies. Par ailleurs, le couple reçoit aussi des conseils pour apprendre à gérer le stress. Au niveau spirituel, il est accompagné dans la prière.

Une clef du succès de la technologie NaPro sont les interventions médicales au bon moment, grâce aux observations Creighton<sup>1</sup>, et une prolongation du traitement sur 12 cycles effectifs. Le couple consulte son médecin de famille et apprend à gérer sa fertilité grâce à l'accompagnement d'un médecin et d'un conseiller «Fertility Care».

---

<sup>1</sup> Les observations Creighton sont celles des signes essentiels de la fertilité humaine, de la santé féminine et de leurs troubles éventuels. Le système « Fertility care », selon le modèle Creighton, est donc un enseignement et un suivi normalisé pour les USA de l'observation et de l'interprétation de ces signes. Ce système permet - pour la toute 1<sup>ère</sup> fois aux USA - de conjuguer planification familiale et maintien de la santé reproductive et gynécologique de la femme.

Plusieurs cas concrets de thérapie furent alors présentés, ainsi que les statistiques des résultats. Les succès sont notables, et même des couples qui ont vécu l'échec de la fertilisation in vitro présentent là une réussite de 20 à 30 %. La fréquence des grossesses gémellaires n'est que de 4% (contre 28% pour les fivettes).

Le docteur Boyle rappela que la fertilité de la femme diminue fortement une fois la limite de 38 ans dépassée. Le taux de naissance réussie est alors d'un maximum de 10%. L'âge moyen des femmes traitées à Galway était de 36,8 ans. 44% d'entre elles avaient plus de 38 ans. La durée moyenne de stérilité avant une conception vécue à la suite de notre traitement était de 6 ans. 25% des couples avaient déjà 1 enfant, 75% pas.

Les diagnostics de stérilité sont divers, et par conséquent, les traitements aussi. Il est remarquable que 23 couples n'aient eu besoin que d'apprendre les signes de leur fertilité pour vivre une grossesse réussie. Enseigner un couple à reconnaître ces signes permet une réduction du stress, donne du courage et aboutit souvent à une grossesse malgré une histoire souvent longue et difficile de stérilité.

Ce ne fut qu'une introduction brève à la technologie NaPro. Celle-ci est une révolution immense et fascinante du secteur de la santé de la reproduction. Pour plus d'informations, l'orateur conseille de lire le manuel « The Medical and Surgical Practice of NaPro Technology » que l'on peut commander à l'adresse internet : [www.naprotechnology.com](http://www.naprotechnology.com). Une visite sur le site [www.fertilitycare.net](http://www.fertilitycare.net) est aussi fortement recommandée.

*Article paru dans le NFP-Bulletin No 47 de Juillet 2005 et gracieusement transmis par Heinz et Anne Hürzeler, rédacteurs*

## TRAITEMENT NAPRO : ETUDE DE CAS

*traduit par  
Elisabeth LONGCHAMP SCHNEIDER  
monitrice MAO Fribourg*

*Traduction d'une partie de l'article ci-dessus directement de l'allemand (article lui-même traduit en allemand sur la base de la conférence donnée en anglais par le Dr. Phil Boyle)*

Etudions le cas de Christine, une patiente que j'ai soignée à l'aide de la technologie NaPro. Elle s'est présentée à mon cabinet en avril 2000, en compagnie de son mari ; elle avait 36 ans et était en stérilité primaire depuis 10 ans. Elle avait pu être enceinte 8 ans auparavant, grâce à une insémination artificielle, mais elle avait malheureusement vécu une fausse-couche à la 7<sup>e</sup> semaine de grossesse. Elle souffrait d'ovaires poly kystiques et d'endométriose, n'avait que 4 périodes de légers saignements par année.

Le traitement suivi avait consisté en 2 cycles sous Clomifén, 12 cycles avec insémination artificielle entre 1992 et 1993 et finalement 7 essais malheureux de fécondation in vitro (FIV) entre 1993 et 1999.

Lorsque Christine a rejoint notre programme, l'examen par ultrason montrait un kyste endométriosique de 2,5 cm sur l'ovaire droit, kyste qui fut ôté lors d'une opération chirurgicale en août 2000. L'opération, combinée avec un traitement médicamenteux, a permis de restaurer une manifestation normale des signes de fertilité, et leur observation.

Le traitement médicamenteux prescrit à Christine était le suivant : progestérone pendant la phase lutéale, Metformine (glucophage) pour ses ovaires poly kystiques, Clomifén pour stimuler les ovulations et du Prednisolon pour améliorer les effets des traitements.

Après 6 cycles d'observation, Christine n'avait pas encore conçu. Une série d'échographie a alors démontré que ses follicules ne se rompaient pas, et ne libéraient donc pas l'ovule. Son traitement médicamenteux a été adapté à cette situation : elle a reçu 5000IE de HCG dès le 21<sup>e</sup> jour du cycle, afin de faciliter l'ovulation.

Christine s'est trouvée enceinte au cours du 11<sup>e</sup> cycle, le premier au cours duquel elle avait pris HCG. L'examen par ultrason de la 9<sup>e</sup> semaine de grossesse était complètement normal. Malheureusement, malgré un taux de progestérone normal, Christine a commencé à saigner au cours de la 10<sup>e</sup> semaine. L'ultrason a permis de découvrir un hématome rétroplacentaire et le bébé est mort au cours de sa 25<sup>e</sup> semaine de grossesse. L'hématome mesurait 8 cm et le fœtus présentait un retard de croissance.

Malgré tout, Christine et son mari décidèrent de tenter un nouvel essai pour avoir un enfant ; Christine avait alors 38 ans. Tout à fait étonnamment, ils conçurent au cours du premier cycle de reprise du programme de traitement. Cette grossesse se déroulait tout à fait normalement, avec un terme prévu le 26 février 2004. Le 31 décembre 2003, Christine a subi une césarienne, à la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse. Elle avait une pression sanguine élevée, et son gynécologue craignait une nouvelle fausse couche. Elle donna naissance à Joseph, un garçon de 1477 gr en pleine santé. Je suis très heureux de pouvoir annoncer que la maman et le bébé se portent bien.

## ETRE FERTILE « AUTREMENT »

Anne-Michèle STERN  
monitrice MAO, Genève

*L'OMS estime à 60-80 millions environ le nombre de couples infertiles dans le monde. Peu de gens savent que l'être humain est l'une des créatures les moins fertiles de la planète. Inutile de préciser que, pour la plupart des couples, l'infertilité est bien plus qu'un problème simplement physique. L'établissement d'un diagnostic d'infertilité a souvent, en plus, un impact émotionnel et social considérable. Les couples infertiles ressentent fréquemment de la peine, de la colère et de la frustration, ont le sentiment de perdre le contrôle, d'être isolé de leurs amis et de la famille, entrent même en dépression. Ces sentiments peuvent par moment devenir accablants et il en découle inexorablement l'apparition d'un stress.*

[www.fertility.com](http://www.fertility.com)

Comment en est-on arrivé à penser qu'un couple sans enfant n'est pas fertile ?

Les dictionnaires médicaux ne considèrent la fertilité qu'en lien avec la procréation d'un enfant... alors que le Petit Larousse dit :

**FERTILE** adj. (lat. fertilis)

1: Se dit d'un sol, d'une région, etc., qui peut donner d'abondantes récoltes

2: Se dit d'un esprit, d'une imagination capables de produire beaucoup ; inventif, fécond

3: Se dit de quelque chose qui abonde

4: Se dit d'une femelle capable de procréer

5: Se dit d'un élément chimique qui peut devenir fissile sous l'action des neutrons

Nous connaissons tous des personnes qui abondent en bonnes idées, des artistes qui font preuve d'une imagination débordante, des hommes ou des femmes rayonnants qui éclairent le quotidien... Si nous n'avons pas tous fait l'expérience que sous l'action des neutrons des éléments chimique peuvent devenir fissiles, nous avons tous expérimentés, par contre, que le sourire d'un enfant nous touche au cœur, que les rides d'un vieux sage nous pacifient...

La fécondité de l'amour humain éclate dans toutes les sphères de la vie humaine. Par la communion des personnes, le couple crée son « être ensemble » : il porte les fruits de *la patience, du service*, il trouve sa joie dans *la vérité, il excuse tout, il croit tout, il endure tout* (cf. 1Corinthiens 13, 4-7). Ce sont les fécondités affective, sociale, cognitive et spirituelle du couple !

Il y aussi des personnes qui, par choix ou à cause des aléas de la vie, ne vivent pas en couple. Elles n'en donnent pas moins de leur temps, accueillent sans compter, créent de multiples bonheurs à vivre avec les autres... Leur fécondité représente pour l'amour une garantie qui n'est pas la consommation d'un égoïsme à deux, mais bien plutôt la traduction concrète de l'expression « se perdre pour se trouver ».

Sans transmettre la vie à un enfant, sans avoir eu de descendance, un être humain peut engranger d'abondantes récoltes dans le grenier de l'amour car il peut **donner vie** autrement, mais tout aussi efficacement !

Mais comment donc en est-on arrivé à penser qu'un couple ou qu'une personne sans enfant n'est pas fertile ?





## CORRECTION DU TESTEZ VOS CONNAISSANCES

### CYCLE EN COURS

Nous remarquons que la glaire n'a pas commencé au moment de cette montée de température, et de plus ses horaires de prise, eux, ont changé. Il ne s'agit donc pas d'un vrai décalage : « pas lors d'un grand changement de vie, d'horaires ... et un vrai décalage est toujours précédé ou accompagné d'un épisode de glaire... » Cette femme est tout simplement sensible aux changements d'heure de prise de sa température. Je lui explique que son ovulation n'a pas encore eu lieu et qu'il faut attendre. Je lui demande aussi à quoi correspondent les « ? » notés entre la fin des règles et l'épisode de glaire.

### CYCLE TERMINE

NMB : 36°5 (j.19 à j.24)

Latence : j 1 à 9

1<sup>er</sup> JIPO : j 28

Ce graphique nous montre bien à quel point la période avant l'ovulation est sensible à l'heure de prise de température, alors que la période post-ovulatoire ne montre aucune différence.

Bien sûr, toutes les femmes n'ont pas cette sensibilité-là, d'où l'importance de noter les différences d'heure de prise.

Pour ce cycle, il suffit de calculer le NMB sur les 6 points les plus bas avant le décalage (quitte à prendre un point dans la montée).

Mais si, à l'avenir, les courbes s'avéraient difficiles à lire à cause de cela, et que l'on observe ce problème sur 3 cycles, on pourra alors lui expliquer le coefficient correcteur, mais pas de suite. (cf. l'enseignement des MAO, p 7 : « 3 cycles d'observation... »)

De plus, le décalage venant tardivement, il est fort possible que la latence aille jusqu'à j. 16 : pour cela, il faut interroger la femme sur ces « ? » : peut-être est-ce autre chose que de la glaire !

L'apprentissage de l'observation au col permettrait peut-être à cette femme de prendre confiance en sa période de latence, mais à condition que la journée soit « sèche et rien vu », le toucher au col ne venant que confirmer l'observation de la journée.



# BULLETIN MAO DECEMBRE 2005

## SOMMAIRE

<b>Editorial</b>	3
<i>Elisabeth YERLY</i>	
<b>Formation à l'animation du Cycloshow</b>	5
<b>L'infertilité : ses causes et les traitements proposés par la médecine contemporaine</b>	7
<i>Monique OGGIER HUGUENIN</i>	
<b>Point de vue moral</b>	11
<i>exposé par le Père J.-L. BRUGUES</i>	
<i>et présenté par Elisabeth LONGCHAMP SCHNEIDER</i>	
<b>Parce que Félicité était stérile...</b>	12
<i>MARCEL PAGNOL</i>	
<b>Accompagnement des couples en recherche de grossesse</b>	13
<i>Caroline SCHWALLER et l'équipe MAO de l'AVIFA-Fribourg</i>	
<b>Le désir d'enfant... et l'enfant ne paraît pas</b>	16
<i>Tatjana BARRAS-KUBSKI</i>	
<b>Thérapie de la fertilité NaPro</b>	20
<b>Thérapie NaPro : étude de cas</b>	22
<i>traduit par Elisabeth LONGCHAMP SCHNEIDER</i>	
<b>Etre fertile autrement</b>	23
<i>Anne-Michèle STERN</i>	
<b>Testez vos connaissances</b>	24
<b>Correction du testez vos connaissances</b>	26