NOUVELLE REVUE THÉOLOGIQUE

87 N° 6 1965

La régulation des naissances dans le cadre familial et chrétien

Charles RENDU

p. 606 - 631

https://www.nrt.be/it/articoli/la-regulation-des-naissances-dans-le-cadre-familial-et-chretien-1535

Tous droits réservés. © Nouvelle revue théologique 2026

La régulation des naissances dans le cadre familial et chrétien

C'est dans le cadre du thème général de ce Congrès * : « Le médecin catholique et son apostolat dans la famille », que nous avons à traiter ce sujet.

Notre travail repose sur les observations que nous avons recueillies en une vingtaine d'années d'aide aux foyers en difficulté, notamment pour la régulation de leur fécondité. Nous ferons donc un exposé qui sera avant tout humain, synthétique. Ce ne sera pas un exposé théologique, sociologique, démographique ou physiologique. Nous exclurons également de notre étude les problèmes concernant la stérilité.

Nous étudierons d'abord, dans une première partie, les problèmes posés par la régulation des naissances ; puis, dans une seconde partie, le rôle du médecin catholique dans l'aide à la régulation de la fécondité conjugale.

I. — Problèmes posés par la régulation des naissances

1. Et tout d'abord, *qu'entend-on par régulation des naissances ?*

C'est faire intervenir la raison dans la procréation. La raison, éclairée par la foi, peut montrer qu'on ne doit pas procréer dans telle circonstance. Mais elle peut aussi montrer à d'autres époques qu'il n'y a pas de motifs valables de ne pas avoir d'enfant, donc que l'on doit donner la vie.

C'est pourquoi il ne faut pas parler de *limitation* des naissances qui a toujours un sens négatif. On pourrait parler aussi de paternité et de maternité responsables : *la procréation humaine devrait être toujours consciente et volontaire.* Il devrait être impensable qu'un acte aussi grand, humainement et spirituellement, soit livré au hasard de l'instinct, maintenant du moins que l'on connaît la possibilité de maîtriser la fécondité humaine, de faire « une légitime régulation des naissances [1] ».

---

* Ce texte est extrait d'un rapport présenté par le Docteur Ch. Rendu au 1er Congrès Européen des Médecins Catholiques à Malte, septembre 1964.

1. Pie XII, Allocution aux familles italiennes, nov. 1951. Voir *N.R.Th.*, 74 (1952) 81-82.

2. *Pourquoi la fécondité humaine fait-elle problème maintenant ?*

Dans le passé il n'en était pas ainsi, du moins à pareil degré. C'est une question très intéressante que nous ne pouvons développer ici par manque de temps. Citons simplement quelques causes principales : — le développement de l'industrialisation poussant à l'urbanisation ; — les progrès de l'hygiène et de la médecine, accroissant considérablement la longévité humaine et diminuant considérablement la mortalité infantile ; — le développement de la spiritualité conjugale et du personnalisme, mettant l'accent sur le mariage en tant que dialogue profond entre les époux et non pas seulement sur la procréation.

3. *Pourquoi la régulation des naissances est-elle nécessaire ?*

a) Il y a d'abord des *raisons familiales* qui imposent à tous les couples, tôt ou tard, d'espacer, puis d'arrêter définitivement les naissances. Ces raisons sont en général bien connues : — la santé de la mère, et nous nous permettons aussi d'ajouter celle du père, après tout bien importante puisqu'il gagne la vie de la famille ; — un budget familial trop insuffisant ; — un logement déjà évidemment trop étroit ; — et enfin, trop souvent oubliée, *l'éducation des enfants* qui souffre parfois gravement des naissances trop rapprochées. Rappelons, en effet, cet enseignement constant du magistère : la fin primaire du mariage, c'est la procréation *et* l'éducation des enfants. Il ne s'agit pas seulement d'utiliser ce pouvoir que Dieu nous a remis pour procréer, mais encore pour élever ces enfants de Dieu, ce qui ne va pas sans un grand effort de disponibilité qui serait bien entravé par des naissances trop fréquentes. C'est pourquoi nous affirmons que *tous* les couples normalement féconds ont à faire une régulation de leur fécondité.

b) Mais en dehors de ces raisons personnelles, et après elles, il peut y avoir des *raisons démographiques* de faire une régulation des naissances, du moins dans certains pays, pour modérer quelque peu le taux d'accroissement de la population et, plus encore, pour donner le témoignage d'une procréation responsable et réfléchie.

4. *Comment le problème de la régulation de la fécondité conjugale se pose-t-il ?*

C'est un problème technique et c'est en même temps un problème humain.

a) *Un problème technique.*

Car il faut qu'un moyen de régulation des naissances soit *efficace*. C'est évident au simple point de vue objectif. Comment nous, méde-

cins, pourrions-nous indiquer un moyen soumis à bien des échecs à un couple qui devrait éviter à tout prix une naissance ?

Mais l'efficacité de la technique est également nécessaire subjectivement, psychologiquement. Et ceci d'abord pour l'acceptabilité de la méthode proposée : un couple refusera d'utiliser une technique d'efficacité aléatoire. De plus, un couple a besoin de se sentir en *sécurité* du fait du moyen utilisé pour éviter une grossesse jugée indésirable. C'est grâce à cette sécurité que nous voyons guéries des frigidités féminines qui étaient engendrées par l'appréhension de la fécondation. D'une façon plus générale, disons que cette sécurité est indispensable pour que le couple puisse vivre ses rapports conjugaux dans la détente et la paix nécessaires à l'amour conjugal.

b) Mais nous voyons aussi, dès maintenant, qu'il s'agit d'un *problème humain.*

Il faut que le moyen de régulation des naissances utilisé ne soit pas dommageable humainement parlant. Il doit être bien *toléré physiologiquement,* ne pas provoquer de gêne, de troubles, de désordres génitaux ou généraux. Il doit aussi être *bien supporté psychologiquement,* ne pas être objet de répugnance, de dégoût ; ne pas donner l'impression d'être mutilant d'une façon quelconque ; ne pas être d'utilisation trop compliquée. Bref, ne pas constituer une barrière, un obstacle entre époux.

5. *Moyens de régulation des naissances.*

a) — Si nous examinons rapidement les principales *techniques contraceptives* (mécaniques ou biochimiques), *stérilisantes* ou *autres,* nous constaterons que toutes, plus ou moins, répondent mal à ces qualités requises.

Le *rapport* interrompu est trop souvent frustrant, soit pour le plaisir conjugal, soit au plan affectif.

La *douche vaginale,* elle aussi, contrarie le profond désir que la femme ressent de s'abandonner dans les bras de son mari après le coït.

Le *préservatif masculin* provoque une coupure entre l'intimité amoureuse qui doit précéder l'acte conjugal et cet acte lui-même. De plus, plusieurs femmes nous ont dit qu'elles en ressentaient du dégoût.

Les *préservatifs féminins,* cape et diaphragme, ne sont pas sans inconvénients médicaux parfois, surtout la cape. Le diaphragme nécessite dans son utilisation avant et après chaque rapport des manipulations fastidieuses et onéreuses de l'avis même de contracepteurs convaincus. L'un d'entre eux les qualifie même de « sordides » [2].

Les *gelées spermicides* associées ajoutent à ces inconvénients leur odeur et parfois une cause d'irritation locale supplémentaire.

2. Dubuis, dans *Problèmes de la fécondité,* Lyon, éd. Mappus, p. 68.

Les progestogènes de synthèse nous ont paru parfois responsables d'un sentiment de mutilation. Nous avons vu des femmes utiliser ces substances dans un but de prévention de la grossesse, et cependant nous expliquer qu'elles n'aimaient pas cela parce qu'elles ne se sentaient pas normales et qu'elles avaient peur de se « détraquer ».

Ce sont surtout les inconvénients médicaux de ces drogues qui les font rejeter par beaucoup d'utilisatrices : virilisation, troubles digestifs, tendance à l'obésité, frigidité.

Quant aux médecins, ce blocage hypophysaire prolongé pendant tant de semestres ou d'années ne leur dit, à juste titre, rien qui vaille. Ne jouent-ils pas les apprentis sorciers ? C'est, du moins en France, la réaction qui s'est manifestée au Colloque de la Contraception de Paris, les 10 et 11 novembre 1963. Autre chose, par contre, est leur prescription temporaire dans un but thérapeutique.

Les autres moyens de limitation des naissances utilisés sont des *abortifs* comme les appareils intra-utérins, telle la spirale de Margulies et la boucle de Lippes, qui renouvellent l'anneau de Gräfenberg de fâcheuse mémoire. Ils sont l'objet de la réprobation de la plupart des médecins, comme on l'a bien vu au Colloque de la Contraception à Paris, cité plus haut. Ils n'en sont, hélas, pas moins prônés comme le contraceptif idéal pour les pays sous-développés par d'importantes Fondations. La Fondation *Population Council,* soutenue par John D. Rockefeller 3rd, reconnaît avoir financé 50 projets de *IUD (Intra Uterine Contraceptives Devices)* dans le monde [3].

Nous devons aussi parler très rapidement des *stérilisations chirurgicales.*

La ligature des trompes engendre souvent des troubles psychologiques importants et fâcheux pour l'équilibre du couple, comme nous l'avons constaté plusieurs fois. C'est avant tout un sentiment de mutilation profonde que la femme ressent, qui engendre souvent une jalousie morbide vis-à-vis de son mari. Elle ne se sent plus une femme comme les autres. Dubuis, de Lausanne, qui a une grosse expérience de la stérilisation tubaire, a donné un point de vue tout à fait identique [4].

Chez l'homme *la vasectomie* gagne du terrain. Non seulement en Inde où elle est l'objet d'un effort de diffusion systématique, mais aussi aux U.S.A. où plus de 100.000 hommes auraient été stérilisés ainsi l'an dernier.

---

3. *Studies in Family Planning,* ed. Population Council, avril 1964, p. 11.
4. *Problèmes de la fécondité,* p. 71.

Les *inconvénients psychologiques* de ces diverses techniques contraceptives ne sont pas médiocres. Bien souvent ils dispensent l'homme d'égards et d'attention affectueuse. Une femme nous disait : « Avant (que j'utilise un diaphragme), quand mon mari me voulait, il me disait : Je t'aime ; maintenant, quand il me veut, il me dit : Va mettre ton caoutchouc. » Cette impressionnante « chosification » de la femme est ressentie plus ou moins nettement par la plupart de celles que nous voyons ; cela ressort des expressions qu'elles utilisent pour nous dire pourquoi elles veulent abandonner ces moyens.

Au passage, signalons le résultat paradoxal ainsi obtenu par les partisans de la contraception dont beaucoup se proposaient cependant le but, bon en soi, de libérer la femme de l'esclavage que leur impose l'activité sexuelle effrénée de leur mari. Dans son désir de *prendre* son plaisir dans sa femme, réduite ainsi trop souvent à l'état de moyen, cet homme n'est même plus modéré par l'appréhension de féconder indûment son épouse, dans la mesure où il la croit infécondable grâce à une technique contraceptive.

Il y a, certes, le même risque de « chosification », donc de régression de l'amour conjugal avec les techniques stérilisantes ou abortives.

Pour en terminer avec ce bref exposé des inconvénients de ces techniques, ajoutons-en un autre, fort notable : *leur efficacité est assez relative* (sauf cependant pour les stérilisations chirurgicales et les *IUD* et pour les progestogènes pris très exactement), si bien qu'un certain nombre de contracepteurs notoires recommandent l'utilisation conjointe de la méthode des températures. On trouvera dans le n° 21 des *Fiches Documentaires du C.L.E.R.*[5] un résumé des principales enquêtes statistiques portant sur cette efficacité relative de la contraception. Disons qu'elle est avant tout fonction du degré de motivation qui pousse à éviter la grossesse et du niveau culturel des utilisateurs.

Ayant passé tout le mois d'août 1963 à l'Ile de la Réunion, dans l'Océan Indien, avec notre épouse, pour y aider les couples à faire la régulation de leur fécondité, nous avons appris des pharmaciens d'une certaine région de l'Ile, qu'après avoir beaucoup vendu d'Enidrel (Enovid) pendant un an, ils n'en vendaient pratiquement plus depuis 6 mois, tellement avait été élevé le nombre des échecs, des grossesses-surprise.

Voilà rapporté brièvement ce que l'on peut penser de cette première catégorie de moyens de limiter la fécondité. Nous constatons qu'ils ne répondent pas aux qualités exigées d'une technique de régulation des naissances : car ils ne sont que d'une efficacité variable et surtout *ils ne sont pas humains*.

---

5. Editeur : X. Mappus, 11 rue Sainte-Hélène, Lyon.

Ce dernier point, capital, découle du fait qu'ils interviennent artificiellement, à contresens de la physiologie et de la psychologie de l'acte conjugal.

b) — *L'abstinence périodique.*

Celle-ci, au contraire, ne tombe pas sous ces critiques. En effet, rien n'est perturbé dans l'acte conjugal. Celui-ci, il est vrai, n'est accompli que pendant les périodes de stérilité physiologique de la femme, ce qui impose en soi deux conditions : un effort d'abstinence qui ne nuise pas à l'amour et un effort de lucidité qui décèle à bon escient la période stérile et la période féconde. Pour cette dernière condition, le problème est donc de *détecter l'ovulation,* temps en dehors duquel la femme n'est pas fécondable, puisque l'ovule non fécondé meurt en moins de 24 heures.

Nous ne ferons que citer *les techniques non utilisables dans la pratique courante* par un couple, tout en signalant qu'elles pourraient, dans des cas déroutants, apporter lumière au gynécologue ; il s'agit de biopsies endométriales, de frottis vaginaux, de dosages de prégnandiol.

Nous aurions rattaché à ces techniques le test au glucose de Doyle, de recherche facile en principe, mais dont l'infidélité certaine empêche qu'on l'utilise pour la régulation des naissances.

Par contre, il existe assez souvent des *signes cliniques* contemporains de cette période ovulatoire. Ce sont : — des douleurs abdomino-pelviennes, de caractère spécial ; — l'hémorragie inter-menstruelle, plus ou moins abondante ; — la glaire cervicale, mucosité élastique, s'étirant sans se rompre jusqu'à 8 ou 10 cms.

Mais il faut savoir qu'aucun de ces tests ne permet de préciser le moment exact de l'ovulation (pas plus d'ailleurs que les techniques de laboratoire énumérées ci-dessus). Et il faut savoir aussi que leur interprétation est parfois délicate. C'est pourquoi un couple ne doit jamais se fier uniquement à ces symptômes pour régler sa fécondité. Nous avons vu une jeune femme qui déclarait sentir tous les mois le moment exact de son ovulation : il s'agissait d'une douleur vive, précise, localisée, du reste très probablement en relation avec la période ovulatoire. Malgré nos avertissements, elle déterminait sa conduite conjugale d'après ce *seul* symptôme. Elle a été fécondée par un rapport ayant eu lieu 24 heures après cette douleur. Par contre, ces divers signes cliniques, surtout s'ils sont nets, peuvent être utilisés avec profit conjointement avec le test des températures.

Avant de parler de celui-ci, nous voulons faire quelques remarques sur l'abstinence périodique basée non plus sur un signe clinique mais sur un calcul de probabilités permettant d'espérer prévoir l'ovulation, autrement dit *la méthode Ogino.*

Son efficacité trop aléatoire l'a discréditée. A sa décharge, il est vrai, il faut dire qu'elle a été souvent fort mal appliquée. Nous sommes étonné en effet, quand nous interrogeons telle ou telle de nos clientes à qui nous avions pourtant enseigné la courbe thermique il y a 8, 10, 12 ans, d'apprendre qu'elle a pu utiliser avec succès

la méthode Ogino et continue de le faire. Il s'agit évidemment de femmes réglées très régulièrement et qui prennent une grande marge de sécurité, notamment avant la date présumée de l'ovulation.

Le R. P. de Lestapis, au cours de son voyage en Inde pendant le 1er trimestre 1963, a appris qu'il y existait une très vieille tradition, malheureusement oubliée : l'homme qui ne veut pas avoir d'enfant doit ne s'unir à sa femme qu'après les 15 jours qui suivent la fin des règles. Ayant raconté cela au Portugal, on nous a dit que c'était une tradition connue et appliquée par certains paysans de ce pays. Cette *méthode Ogino simplifiée*, si elle ne donne pas à tel couple déterminé une sécurité certaine, nous paraît néanmoins susceptible d'avoir une incidence sur la démographie d'une collectivité. A l'Ile de la Réunion, un de nos confrères a obtenu ainsi des résultats positifs. Il continue d'ailleurs à utiliser ce procédé auprès des couples non encore éduqués par la courbe thermique.

Nous allons maintenant parler brièvement de *la méthode des températures*. Elle découle de l'observation du cycle féminin grâce au test thermique.

Nous rappelons que, après l'ovulation, soit environ 14 jours avant les prochaines règles, la température basale s'élève de 3 à 5/10 de degré centigrade et reste en plateau hyperthermique jusqu'aux règles suivantes.

C'est au moment de l'ovulation qu'un coït a le maximum de chances d'aboutir à une grossesse. S'il a été précédé d'une huitaine de jours d'abstinence, son pouvoir fécondant augmente tellement que certains couples, jusque là stériles, ont pu ainsi procréer grâce au test thermique.

Le plateau hyperthermique, par contre, est infécond, car il est dû à la progestérone sécrétée par le corps jaune, et la progestérone inhibe l'ovulation (d'où l'efficacité objective remarquable des progestogènes de synthèse).

Comme la sécurité exige que le plateau hyperthermique soit vraiment confirmé, les deux premiers jours ne sont pas utilisables par un couple qui voudrait éviter une grossesse. Celui-ci doit être sûr en effet que la montée de température n'est pas transitoire mais bien réellement installée. Il y a donc une période de 10 à 12 jours de stérilité physiologique pratiquement absolue qui ne se termine qu'aux règles suivantes.

Beaucoup de couples ont aussi des rapports, contraceptifs ou non, dans les jours qui suivent la fin des règles, pendant la première période stérile d'Ogino ; mais ceci n'a rien à voir avec la courbe thermique, et il en résulte assez souvent des grossesses-surprise dues en réalité

à l'impossibilité de prévoir la date exacte de l'ovulation et la durée de survie des spermatozoïdes.

C'est pourquoi l'utilisation stricte du test thermique, en cas d'un cycle de 28 jours, conduit à environ 16 à 18 jours consécutifs d'abstinence, suivis de 12 à 10 jours pendant lesquels les rapports ne peuvent être fécondants.

Il n'y a en effet pratiquement pas d'échec objectif de cette méthode, mais *quelques échecs subjectifs,* dus à des températures mal prises ou mal interprétées. De fait, à part les progestogènes inhibiteurs pris très régulièrement et, semble-t-il, les appareils intra-utérins, *aucun moyen de prévention de la grossesse n'est aussi efficace que la méthode thermique — hormis les stérilisations chirurgicales.*

Ayant vu l'efficacité de ce moyen de régulation des naissances, voyons maintenant s'il est *humain,* en raison de l'abstinence qu'il suppose comme première condition.

L'expérience de tous ceux qui l'enseignent permet de répondre affirmativement à cette question, avec beaucoup de force. Et nous aurons l'occasion d'y revenir. Certes, on élève des objections psychophysiologiques, comme d'empêcher la spontanéité de l'amour conjugal et d'engendrer la frigidité chez les femmes qui ont le maximum de libido à l'ovulation (ce qui est d'ailleurs assez peu fréquent) [6]. En réalité ces objections sont formulées par ceux qui ont des idées fausses sur la sexualité humaine et qui ignorent la nécessité de la maîtrise sexuelle non seulement pour la fécondité, mais surtout pour l'amour conjugal.

Ce dernier point — capital — est bien exprimé par de nombreux témoignages, comme celui-ci par exemple, dans sa naïve simplicité : « Avant l'ovulation, on vit comme de vrais fiancés ; et après l'ovulation, chaque mois, c'est comme si on se mariait [7] ».

Nous connaissons d'ailleurs plusieurs couples, stériles à leur grand regret, qui ont découvert d'eux-mêmes la nécessité de s'imposer des périodes d'abstinence pour mieux s'aimer.

Quant à l'harmonie charnelle, si l'on se réfère à la statistique de Nantes, rapportée par nos confrères Traissac et B. et A. Vincent au Colloque de la Contraception de janvier 1962 à Paris [8], elle est améliorée chez 87 % des couples après utilisation du test thermique.

Positivement, voici ce qu'observent tous les couples qui éduquent à la méthode des températures les époux en difficulté de régulation des naissances.

---

6. *Fiches documentaires du C.L.E.R.,* n° 10, p. 21.
7. Drs B. et A. Vincent, *La grande joie d'aimer,* Paris, Julliard, 1962, p. 58.
8. *La Revue de Médecine,* janvier 1963, p. 11 (82, rue de Rivoli, Paris 4e).

D'abord, le grand nombre de ménages non satisfaits psychologiquement des méthodes contraceptives, même quand ils n'ont pas eu de grossesses-surprise.

Ensuite, l'évolution de ceux qui viennent nous voir afin d'apprendre, disent-ils, « notre truc pour ne plus avoir d'enfants » et dont les motivations ne sont pas toujours alors de la plus haute qualité. Ceux-ci, en effet, se mettent peu à peu, les mois passant, à s'aimer d'une façon qu'ils n'avaient jamais connue.

C'est que l'abstinence périodique, nécessitée par la méthode des températures, est incontestablement très favorable à l'amour conjugal. Voici un moyen de régulation des naissances qui amène peu à peu des couples bien éduqués à mieux s'aimer.

Si nous essayons de comprendre le pourquoi de cette croissance de l'amour conjugal, nous pouvons dégager les éléments suivants :

— Les intéressés découvrent peu à peu *la valeur positive de l'abstinence périodique* pour le couple : par exemple, que la maîtrise qu'elle accroît joue un rôle très important pendant l'acte conjugal également, spécialement pour favoriser l'harmonie charnelle. Les périodes d'abstinence permettent au couple de faire l'apprentissage de la tendresse ; et la femme en est très reconnaissante à son mari, car elle sait très bien que toutes les caresses qu'il lui donne ces jours-là sont désintéressées, ne préludant pas à un acte conjugal trop souvent captatif.

— Par le biais du test thermométrique, *le mari apprend à connaître sa femme en fonction du rythme* que la physiologie ovarienne imprime à son corps, à son psychisme, à son être tout entier. Cela l'aide à faire prévaloir les valeurs de relation et de personne sur les préoccupations de pure efficacité ou de pur plaisir.

Cependant il est bien certain que l'acquisition des quelques notions psycho-physiologiques que nous venons d'énumérer — et il y en a bien d'autres ! — sera considérablement facilitée par l'aide apportée aux époux par un *couple éducateur*.

Mais il importe que ce foyer-pilote ait reçu pour cela une formation adéquate, et surtout qu'il ait déja eu à résoudre son propre problème de régulation de sa fécondité.

Notre expérience nous révèle, au contraire, que l'utilisation habituelle de techniques contraceptives introduit un facteur important de régression dans l'amour conjugal, ceci étant dû, entre autres, au plus grand laisser-aller sexuel qu'elle favorise.

Si bien qu'un médecin qui a une grande expérience de la contraception, après avoir étudié des couples utilisant le test thermique et après avoir constaté non seulement qu'ils maîtrisaient totalement leur fécondité, mais encore qu'ils croissaient dans l'amour conjugal, a décidé d'ouvrir une clinique où l'on *enseignerait*

la méthode des températures. Ce même médecin écrivait « ... je suis de plus en plus convaincu que cette méthode (des températures) demande au couple un effort qui améliore beaucoup plus l'attitude et la conduite du ménage que l'usage du contraceptif, solution de facilité [9] ».

Le Colloque de la Contraception de Paris, déjà cité, a bien montré aussi l'évolution de certains membres du Planning Familial Français devant le nombre des grossesses-surprise d'une part, et d'autre part, devant les inconvénients divers (notamment psychologiques) des techniques contraceptives. Peut-être aussi parce qu'ils ont recueilli des témoignages positifs sur le test thermique, on les a entendus présenter avec une certaine faveur cette méthode, tout en ajoutant parfois qu'elle n'est possible qu'à une élite, ce qui en pratique n'est pas exact.

II. — Rôle du médecin catholique dans l'aide à la régulation de la fécondité conjugale

En tant que médecin, et surtout que médecin catholique, son rôle est capital. Car il est *le garant de la valeur scientifique et humaine* de certaines des raisons qui nécessitent la régulation des naissances, et des moyens que l'on peut utiliser pour y parvenir. Le rôle du médecin est également capital pour la *recherche scientifique*, nécessaire à une meilleure connaissance de certains problèmes de fécondité humaine.

1. *D'abord un peu d'histoire.*

Pendant trop longtemps (et encore trop souvent actuellement) le médecin, surtout catholique, interrogé par une femme sur les moyens à employer pour obéir à la prescription médicale de ne plus avoir d'enfant, se bornait à des réponses vagues... quand il répondait [10]. La raison fondamentale de cette attitude était l'ignorance de la possibilité de maîtriser la fécondité d'une façon qui fût humaine, et surtout efficace, la méthode Ogino n'ayant guère donné satisfaction sur ce dernier point.

Certes, en 1904, van de Velde avait déjà signalé le caractère biphasique de la température de la femme. En 1920, Mme Hovelacque montre que cette « hyperthermie pré-menstruelle » est physiologique. En 1929, Fruhinsholz parle de « fièvre gravidique » qui serait due

9. *Fiches documentaires du C.L.E.R.*, n° 20, p. 319.
10. Voir article de Jamain, dans la *Revue du Praticien*, 1963, n° 18, p. 2271.

à l'activité du corps jaune, comme le plateau hyperthermique prémenstruel. Mais c'est Rubenstein aux Etats-Unis en 1937, et surtout Raoul Palmer, en France, en 1938, qui apportent la preuve de l'origine hormonale des modifications de la température basale, permettant ainsi de détecter l'ovulation. Mais l'application de cette découverte fut pratiquement réservée au diagnostic gynécologique.

Cependant, quelques médecins commençaient à utiliser la courbe thermique pour la régulation des naissances. C'est ce que nous faisions nous-même il y a déjà une quinzaine d'années. Mais il ne s'agissait, semble-t-il, que de rares initiatives isolées et inconnues. Pour que la méthode des températures fût l'objet d'une étude et d'une application systématiques, il a fallu l'action de plusieurs pionniers :

— aux plans démographique, sociologique et théologique, le Père de Lestapis, par des publications très nombreuses [11] et par des contacts innombrables à l'échelon international ;

— aux plans médical et humain, notre confrère Guy Van der Stappen, de Nantes, qui a diffusé cette méthode avec un esprit scientifique, un dévouement et un courage admirables, responsables en 1960 de sa mort prématurée et lucidement prévue et acceptée ;

— au plan conjugal, le ménage Bréault à Montréal qui, à partir de 1957, faisait la preuve de l'entr'aide que, de foyer à foyer, peuvent apporter les couples ayant triomphé de ces difficultés.

Mais la voix de ces pionniers, et de quelques autres sans doute, dont notre ami Chartier [12], restait pratiquement sans écho, surtout dans l'opinion médicale.

Il a fallu la campagne d'opinion du Planning Familial Français, conduite par notre confrère Lagroua Weill Hallé en 1960, pour commencer à secouer l'apathie des catholiques et notamment des médecins, tout au moins en France. A l'heure actuelle, il n'y a plus guère de médecins surtout catholiques, en France du moins, qui n'aient entendu parler de la méthode des températures, surtout depuis le rapport de Palmer au Colloque de la Contraception déjà cité [13].

2. *Mais le médecin n'est pas préparé à son rôle dans la régulation des naissances.*

Et ceci non seulement parce que seules quelques rares Facultés donnent un enseignement à ce sujet : à notre connaissance, Louvain depuis 1961, Lille (Faculté Libre et Faculté d'Etat) 1962, Montréal, 1963, mais aussi parce que la plupart des médecins, même catholiques,

---

11. Notamment : *La limitation des naissances,* Paris, Spes, 3e éd., 1962. Livre de base sur la question.
12. *Cahier Laënnec,* déc. 1954. Paris, éd. Lethielleux.
13. *La Contraception,* Paris, Masson, 1963, p. 35 ss.

qui s'intéressent au problème, ont tendance à ne l'envisager que sous l'aspect technique et à ne considérer l'homme, implicitement, que comme un animal supérieur. Nous ne saurions dénoncer avec trop de vigueur la déformation matérialiste de la pensée médicale d'un très grand nombre d'entre nous, même catholiques. Cette orientation marque tellement profondément les plus pratiquants que nous n'en avons pas conscience en général. De plus, nous sommes tous plus ou moins conditionnés, sexuellement parlant, du fait notamment de l'éducation sexuelle faussée que nous avons reçue et de l'érotisme qui imprègne la société où nous vivons. Aussi avons-nous beaucoup de mal à réfléchir paisiblement et lucidement aux problèmes qui concernent la sexualité humaine. Nous avons nous-mêmes, en la matière, trop de problèmes mal résolus qui obscurcissent notre entendement et nous font réagir passionnellement. Ces déformations nous rendent incapables, sans préparation adéquate, de remplir valablement notre rôle dans les problèmes posés par la régulation des naissances.

3. *Comment le médecin catholique doit-il se préparer à jouer ce rôle ?*

Pour cela nous allons envisager ce qu'il doit faire et ce qu'il doit être aux trois plans suivants : biologique, psychologique, spirituel.

A. — *Au plan biologique.*

Le médecin doit certes être très renseigné sur les différentes techniques utilisées pour contrôler la fécondité humaine (méthodes d'abstinence périodique, méthodes anti-conceptionnelles, stérilisantes et abortives). Mais il doit lui-même avoir utilisé dans son foyer la méthode des températures afin de la connaître expérimentalement.

B. — *Au plan psychologique.*

Le médecin doit acquérir les notions qui entrent en jeu dans la vie sexuelle du couple, notamment sur la psychologie sexuelle de l'homme et de la femme et sur la maîtrise sexuelle [14]. Mais il doit aussi avoir fait la synthèse de sa sexualité et de son affectivité, de façon à vivre au mieux son amour et sa sexualité conjugales dans leur double aspect d'intimité et de fécondité.

C. — *Au plan spirituel.*

Le médecin catholique doit être compétent en matière de spiritualité générale et plus spécialement de spiritualité conjugale : il doit connaître aussi cet aspect de l'homme qu'est sa vie spirituelle, avec les lois de cette vie, ses maladies et les remèdes à y apporter. Il doit

14. Voir les nombreuses publications de P. Chauchard, en particulier *Apprendre à aimer*, Paris, A. Fayard, 1963.

croire *concrètement* au « composé humain », tel que l'a si bien défini St Thomas d'Aquin. Il doit donc connaître l'enseignement de l'Eglise sur ces sujets, et notamment sa morale. Mais nous insistons sur la nécessité d'une véritable connaissance approfondie. Car nous sommes très frappé de voir combien de médecins catholiques ont souvent l'impression d'avoir à choisir entre deux incompatibles, en matière de sexualité tout au moins : leur science médicale et leur foi catholique. Situation pénible s'il en fût !

Nous souffrons de cette souffrance de certains de nos confrères qui estiment que la morale conjugale de l'Eglise catholique est arbitraire et disciplinaire. Car toutes les constatations objectives que nous avons pu faire en la matière s'inscrivent en faux contre cette opinion, trop répandue parmi les catholiques, parfois même dans le clergé.

Nous devons à la vérité de donner sur ce point notre témoignage personnel dans l'idée qu'il pourra peut-être aider. Après plus de 25 ans pendant lesquels nous nous sommes occupé, en tant que médecin et qu'époux, des problèmes conjugaux en général (et de la régulation des naissances en particulier), nous pouvons affirmer que *nous n'avons jamais observé que la morale de l'Eglise fut contraire au bien véritable de chacun des très nombreux couples en difficulté venus nous consulter*. N'ayant qu'une seule intention : aider le mieux possible chacun de ces couples, quelle que fut leur religion, nous avons fait rétrospectivement, après beaucoup d'années de ce travail, la constatation suivante qui nous a un peu naïvement surpris : de cet ensemble de conseils donnés à ces ménages se dégage une conception de ce qu'est réellement la nature humaine qui est identique à celle que l'Eglise enseigne doctrinalement. Autrement dit, la vérité est une ; qu'on y accède par les faits ou par une connaissance révélée par l'Esprit Saint qui assiste l'Eglise et, toutes proportions gardées, chacun de nous.

Mais la compétence ne suffit pas au médecin catholique qui doit aider les couples ; *il lui faut lui-même avoir une vie spirituelle* aussi intense que possible, très spécialement nourrie par l'oraison. Qu'on ne nous croie pas un peu loin de notre sujet : nous y sommes en plein cœur au contraire : Dieu est Amour et Fécondité. Le couple fécond est image de Dieu (*Gn* 1, 27-28). On se prive de lumières essentielles sur l'amour et la fécondité humaine, si l'on ne nourrit pas une intime familiarité avec la Trinité Sainte.

En terminant ce passage sur la préparation des médecins à leur rôle d'aide à la régulation de la fécondité des couples, nous pensons bien qu'on est tenté de nous objecter le trop petit nombre de ceux qui auraient les qualités requises. Fort heureusement il n'est pas indispensable d'avoir tout cet acquis préalable, mais il est

capital de le savoir nécessaire et d'essayer d'y parvenir, ne serait-ce que pour pouvoir aborder les couples avec une *attitude d'humilité* profonde, aussi peu directive que possible. Ceci est essentiel pour pouvoir aider. Notre interlocuteur doit sentir que nous sommes nous-même faible humainement (sinon moralement), en proie comme tout le monde à des difficultés conjugales dont on a déjà résolu quelques-unes certes, mais peut-être pas toutes. Nous sommes au même niveau que ceux que nous essayons d'aider, mais nous avons la chance de connaître certaines vérités et alors nous partageons notre pain avec celui qui a faim (*Is* 58, 7). Voilà ce que doivent ressentir ceux que nous aidons, et alors, à travers nos paroles, passera un *témoignage personnel* qui en décuplera la force.

Enfin, nous devons être convaincus que nous ne savons pas encore grand'chose dans ce domaine si mal exploré de la régulation des naissances, et ceci aussi nous aidera à avoir cette attitude d'humilité si essentielle pour continuer à apprendre et pour pouvoir aider les autres.

4. *Voyons maintenant comment le médecin catholique peut remplir son rôle* [15].

A. — *Le but à atteindre* pour aider les couples à la régulation de leur fécondité, c'est essentiellement leur apprendre que la maîtrise de soi est indispensable à l'amour conjugal comme à sa fécondité. C'est avant tout *un rôle éducateur*.

B. — *A qui doit-il s'adresser et comment ?*

— *Aux parents,* il doit apprendre combien il est capital qu'ils s'aiment pour que leurs enfants apprennent à intégrer peu à peu leur sexualité à leur affectivité, ce qui les aidera considérablement à acquérir peu à peu la maîtrise de leur sexualité.

Il doit aussi leur montrer la nécessité d'apprendre à leurs enfants à se maîtriser dans tous les domaines (gourmandise, caractère, peur, etc.) ; la maîtrise est indivisible.

Il doit les convaincre de faire eux-mêmes l'éducation sexuelle de leurs enfants, en temps opportun et aussi naturellement que possible. Au besoin les aider dans cette éducation. Mais éventuellement il devra se substituer aux parents auprès de jeunes clients tenus trop longtemps dans l'ignorance.

— *Aux adolescents,* à qui leurs parents n'auraient pas enseigné la maîtrise sexuelle positivement en faisant l'éducation de l'amour,

15. Sur ce sujet on lira avec intérêt le rapport en forme de Table Ronde du Pr Guillon au Congrès des Médecins catholiques à Nantes, oct. 1963, dans « Saint-Luc », n° 4, avril 1964, p. 199 et ss (14 rue d'Assas, Paris 6e).

le médecin veillera à faire cette éducation, soit isolément, en clientèle par exemple, ou bien en groupe par des causeries toujours fort appréciées de l'auditoire.

— *Auprès des fiancés,* le médecin a un rôle capital à jouer, soit isolément, soit en participant à l'activité d'une *équipe de préparation au mariage,* ce qui est bien préférable. Là encore, ce qu'il doit leur apprendre avant tout, c'est la nécessité de la maîtrise qui leur permettra de commencer dès le début de leur vie conjugale à observer des périodes d'abstinence, même s'ils veulent avoir un enfant tout de suite. Il leur indiquera, en effet, la nécessité de ces périodes d'abstinence pour approfondir l'amour conjugal, ce qui est expérimenté par des couples de plus en plus nombreux. Il ajoutera secondairement que cette abstinence sera nécessaire pour la régulation de leur fécondité.

Il participera de la façon que nous allons voir pour les époux, à l'enseignement de l'utilisation de la courbe thermique. D'après notre expérience, en effet, il y a intérêt à ce que les jeunes filles fiancées commencent cet apprentissage 5 à 6 mois avant leur mariage, de façon notamment à bien connaître cette méthode dès le début de leur vie conjugale. Nous savons que certains feront des objections à cet enseignement pré-conjugal. Aux Etats-Unis, par exemple, on nous a dit : « S'ils connaissent le test thermique, pourquoi les fiancés se marieraient-ils ? ». Il est bien évident, en effet, qu'il faut faire toute une éducation de l'amour et de la fécondité et non enseigner seulement une recette, un truc.

Ce travail auprès des fiancés est capital, car il permettra aux couples, même désireux d'avoir un enfant tout de suite, de ne pas prendre l'habitude facile de rapports fréquents, répartis tout au long du cycle. Ce qui rendrait beaucoup plus malaisée l'abstinence périodique inévitablement nécessaire un jour ou l'autre pour espacer les naissances. Le témoignage des jeunes maris qui ont commencé à vivre l'abstinence périodique, dans l'esprit indiqué plus haut, dès le début de leur vie conjugale, c'est que « ce n'est pas héroïque » alors que cela paraît le plus souvent impensable de prime abord aux couples qui ont déjà l'habitude de rapports fréquents à tout moment du cycle. Répétons que d'ailleurs ces périodes d'abstinence, voulues de concert et par mutuelle estime l'un de l'autre, sont nécessaires à l'amour conjugal.

— Mais c'est auprès *des couples* que se fait la plus grande partie du travail du médecin éducateur de la régulation des naissances.

Il faut faire ce travail dès le début de la vie conjugale, si l'on n'a pas pu le faire au temps des fiançailles, et ceci malgré un autre conseil qu'on nous a donné assez souvent, en France et à l'étranger : « Mais puisque cette méthode des températures est si efficace, il ne

faut l'enseigner qu'aux couples qui ont déjà 2 ou 3 enfants. Car, si on la leur apprend au début, ils n'en auront pas ». Il est certain qu'on peut toujours faire un mauvais usage d'une chose bonne, et utiliser l'abstinence périodique dans un esprit contraceptif. C'est pourquoi nous insistons une fois de plus sur la nécessité d'un esprit, d'un contexte éducatif, d'une véritable éducation de l'amour et de la fécondité humaine, à l'encontre de ce qui ne serait que l'enseignement d'une méthode, simple moyen.

En agissant dans ce sens éducatif, nous pouvons affirmer par expérience que *nous ne faisons pas un travail contraceptif* au sens péjoratif du terme. Certes, nous voyons que les couples qui n'ont pas connu au départ de leur vie de mariage le test thermique et se sont vite trouvés accablés d'enfants trop rapprochés, s'arrêtent de procréer, une fois qu'ils la connaissent. Mais presque toujours, on les voit recommencer à avoir des enfants après quelques années de repos et de sécurité retrouvés, années pendant lesquelles ils ont de plus constaté qu'ils savaient maîtriser ainsi leur fécondité, et qu'ils n'auraient donc désormais des enfants que si et quand ils le voudraient.

C. — *Quels sont les moyens pour réaliser ce travail éducatif ?*

Le médecin peut travailler en isolé, en couple ou en équipe.

— *Isolément,* l'action principale du médecin consiste à attirer l'attention de ses clients sur la nécessité et la possibilité d'une régulation des naissances. Il ne serait guère favorable qu'il fasse lui-même cette éducation et l'enseignement de la méthode thermique, et d'ailleurs il n'en a guère le temps. C'est pourtant ce que nous avons fait nous-même pendant une douzaine d'années. Mais outre que notre action a été bien limitée par le manque de temps, elle ne nous a permis de découvrir que l'efficacité remarquable de cette méthode. Depuis 3 ans, au contraire, que nous travaillons en couple, envoyant nos clientes et leurs maris se faire éduquer par notre épouse, nous avons beaucoup augmenté notre champ d'action, tout en gagnant beaucoup de temps, et surtout nous avons découvert de merveilleuses incidences psychologiques pour les couples ainsi éduqués.

— C'est donc surtout *en couple* que le médecin doit remplir son rôle éducateur.

Ceci se fera avant tout par des conférences ou causeries sur les différents moyens de régulation des naissances et surtout sur l'esprit dans lequel ils doivent être utilisés. Ces conférences s'adresseront au clergé, aux éducateurs, aux foyers, aux médecins et aux membres de professions para-médicales. Il est important que tous les auditeurs viennent en foyers, même les médecins. De même qu'il est important que la femme du médecin participe à la causerie et à l'échange qui suit, même si elle s'adresse à des médecins sans être médecin elle-

même. C'est un couple qui s'adresse à des couples et non un technicien à des techniciens. Le médecin peut avoir à intervenir en tant qu'homme marié dans le travail éducateur que sa femme fait auprès d'un couple, notamment pour dialoguer avec un mari difficile à convaincre des possibilités de maîtrise masculine.

— Enfin, le travail du médecin en couple sera très remarquablement valorisé et démultiplié s'il s'intègre dans une *équipe*.

Une équipe qui sera constituée, en plus de *lui-même*, pour la partie biologique et pathologique de ce travail en commun, par un certain nombre de *foyers éducateurs* qui sont formés par le médecin de façon à être capables de faire l'éducation des couples en difficulté de régulation des naissances, et enfin, *par un prêtre*, pour les problèmes spirituels et moraux découverts à l'occasion de ce travail d'aide aux foyers ; c'est d'ailleurs une occasion très concrète pour ce prêtre d'approfondir la pastorale conjugale. Si possible, on adjoindra à l'équipe infirmières, sages-femmes, assistantes sociales, dentistes, pharmaciens. En plus de la formation de ces foyers éducateurs auxquels le médecin et le prêtre pourront adresser ultérieurement les ménages à aider, le médecin aura à interpréter *les quelques courbes de température* dont l'analyse dépasserait la compétence des foyers éducateurs. Il aura aussi à apprécier dans quel cas tel ménage à aider devrait être envoyé à son médecin, son gynécologue, voire à un psychologue ou psychiâtre. Enfin, un dernier rôle du médecin, en équipe de préférence, et grâce à elle, sera de participer éventuellement à un *travail de recherche* sur les nombreuses inconnues qui persistent au sujet de la fécondité humaine.

C'est la quasi-nécessité pour le médecin de travailler en équipe et la grande utilité de ces équipes pour aider les couples en difficulté de régulation des naissances, ainsi que l'utilité de relier les équipes entre elles, qui ont poussé le Père de Lestapis, le Père d'Heilly et nous-mêmes à fonder le C.L.E.R., ou *Centre de Liaison des Equipes de Recherche*, en juin 1961, à l'issue de journées nationales d'étude du *Centre de Préparation au Mariage*, consacrées à la régulation des naissances à la demande des médecins de ces centres.

5. *Qu'est-ce que le C.L.E.R.* [16] ?

C'est une association déclarée, selon la loi française de 1901, dont les statuts indiquent qu'elle a un *double objectif :*

1° « Promouvoir la création d'équipes de recherches se proposant d'étudier les questions qui se rapportent à la régulation des naissances, notamment sous leur aspect médical.

16. Adresse : 1 rue du Regard, Paris 6e.

2° Offrir dans un but éducatif, à ceux qui en manifestent le désir, des renseignements sur les problèmes de vie conjugale et familiale » (Art. 1).

Ces objectifs engendrent un double mouvement :

— Recueillir le maximum d'informations concernant les personnes qui s'occupent du problème de la régulation des naissances, ainsi que les livres ou publications qui en traitent.

— Susciter et aider les initiatives d'isolés ou d'équipes en ce domaine par un double effort d'information et de formation.

Ajoutons que le C.L.E.R. est une commission spécialisée du Centre Catholique des Médecins Français (anciennement Société Saint-Luc).

Les méthodes d'action du C.L.E.R. sont : — avant tout les contacts personnels oraux ou épistolaires à l'occasion de rencontres singulières ou de conférences ; — les conférences et causeries d'information ; — les rencontres entre tous ceux qui s'intéressent à notre travail et y participent ; — les sessions de formation de foyers éducateurs ; — la diffusion systématique des publications ou livres pouvant être utiles à ce travail.

Les moyens utilisés sont :

La publication d'une revue, « Les Fiches Documentaires du C.L.E.R. » qui diffusent 6 fois par an les informations les plus importantes au sujet de la régulation des naissances. Ces informations sont classées en 7 catégories ayant chacune leur pagination propre : doctrine, nouvelles, informations médicales, informations psychologiques, sociologie, expériences éducatrices, bibliographie.

Après de nombreux contacts à l'étranger, nous croyons pouvoir affirmer qu'il n'existe nulle part au monde de publication périodique rassemblant ainsi, dans l'optique que nous avons suggérée ici même, autant d'informations sur les divers aspects de la régulation des naissances. Nous avons recueilli de très nombreuses réactions spontanées témoignant de l'aide, souvent irremplaçable, que cette publication apporte à tous ceux qui s'intéressent au problème de la régulation de la fécondité humaine.

A côté de cette revue, le C.L.E.R. se propose de publier une *collection de livres ou brochures,* dont plusieurs sont sous presse après la sortie du n° 1 : « Problèmes de la fécondité ». Ce n° 1 est composé en partie des articles les plus importants des premiers numéros épuisés des Fiches Documentaires du C.L.E.R.

Le C.L.E.R. a aussi édité et diffusé, à près de 20.000 exemplaires déjà, *un dossier ménothermique* permettant l'utilisation de la méthode des températures par les couples et aussi le recueil par notre Centre de tout un matériel de courbes soigneusement annotées (des dizaines de milliers en quelques années) dont nous rêvons de pouvoir faire l'exploitation rationnelle en vue d'une recherche scientifique.

Grâce à notre amie et confrère Thérèse Emin, nous avons aussi édité *un album pour exercices pratiques de lecture de courbes thermiques,* avec Livre du maître, destinés à la formation des éducateurs à la régulation des naissances.

Nous éditons également *des diapositives* en noir et en couleurs qui servent à illustrer les causeries et conférences ou même les explications données individuellement à tel ou tel couple.

Nous sommes aussi en train de mettre sur pied des conférences-types, enregistrées sur *bande magnétique,* avec projection simultanée de diapositives appropriées, permettant d'organiser des soirées d'information et de susciter des échanges de vues entre les participants.

Enfin, notre Centre assure *un service d'interprétation* des courbes de température fonctionnant surtout par correspondance.

Le travail ainsi réalisé.

Ce travail est immense et nous ne parlerons ici que de ce qui se fait en France ou à partir de la France, laissant à nos co-rapporteurs, et à tous ceux qui voudront bien intervenir ensuite dans la discussion, le soin de nous informer sur ce qui se passe dans leurs pays respectifs.

La plus grande partie des départements français a été contactée en vue d'y fonder des équipes ; dans 53 de ceux-ci des équipes se forment ou sont déjà constituées. Dans plus de 55 villes il existe une équipe d'aide aux foyers en difficulté de régulation des naissances. Pour cette aide une permanence et un service de documentation fonctionnent régulièrement dans 12 villes de France.

Nous sommes en relation pour information avec un nombre croissant de pays étrangers : 40 à la date du 1er mai 1964, se décomposant en : Afrique, 14 : Amérique du Nord, 3 ; Amérique du Sud, 4 ; Asie, 6 ; Europe, 13. Mais il ne se passe plus de semaine sans qu'arrivent à notre Centre des lettres ou des visiteurs de régions de France ou de l'étranger ainsi nouvellement contactées.

Il nous est impossible de préciser, même approximativement, le nombre de contacts pris, de déplacements effectués, de conférences données, de foyers aidés par les équipes françaises. Signalons cependant tout spécialement à ce sujet l'activité des équipes de Nantes et de Grenoble, les premières fondées il est vrai, et le rayonnement des régions de Lille, Mulhouse et Marseille. Hors de la Métropole, nous avons eu nous-même l'occasion de passer le mois d'août 1963 à l'Ile de La Réunion ainsi que nous l'avons dit plus haut, pendant que nos confrères Mr et Mme Guy, de Grenoble, faisaient le même travail à l'Ile Maurice. Ces deux expériences d'aide à la régulation des naissances de populations insulaires et de faible niveau économique et culturel, pourraient, en se poursuivant méthodiquement, avoir une valeur exemplaire et d'intérêt international dans un monde où tant de pays ont une démographie dite galopante. Nous avons eu aussi l'occasion de nous rendre à deux reprises au Portugal, et nous avons pu fonder des équipes de régulation des naissances au Canada, où nos amis Bréault de Montréal et leur équipe SERENA accomplissent depuis 7 ans un travail de pionniers avec un courage, une intelligence, un dévouement et une efficacité auxquels nous nous plaisons à rendre hommage. Nous avons également pris contact dans tous ces pays, ainsi qu'en différentes villes des Etats-Unis, avec des médecins ou des dirigeants de mouvements familiaux intéressés par ces problèmes.

Quels sont les résultats de ce travail ?

Nous ne donnerons aucune statistique qui permettrait de chiffrer le nombre de couples éduqués devenus capables de maîtriser leur fécondité. Et ceci pour de multiples raisons, notamment parce que ce travail éducatif ne remonte qu'à un petit nombre d'années, et que les équipes les plus anciennes sont, bien entendu, les moins nombreuses. Mais nous voudrions rendre plus palpables et concrets les résultats de cet effort éducatif en indiquant, pour terminer ce rapport, ce que tous les couples éducateurs, et donc aussi nous-même, constatons dans l'évolution des foyers qui viennent nous demander aide.

Nous avons déjà signalé plus haut le grand nombre de ceux qui utilisent les moyens contraceptifs et qui n'en sont pas satisfaits. Nous n'y reviendrons pas. Ils viennent donc nous demander autre chose et nous leur expliquons, à partir du test thermique, l'épanouissement qu'obtient l'amour conjugal, leur montrant que l'abstinence périodique a une valeur positive.

Mais il y a également ceux qui n'ont pas utilisé de moyens anticonceptionnels. A ceux-ci, nous commençons par leur en faire un exposé objectif. Cela nous paraît capital, car tôt ou tard un foyer en difficulté de régulation des naissances sera induit en tentation d'utiliser une de ces techniques. Mais comme nous pensons que ces moyens sont mauvais en eux-mêmes, nous croirions trahir la confiance que nous accordent ces foyers qui viennent nous demander un conseil et une aide, si nous ne faisions pas, en outre, la critique objective de ces divers moyens contraceptifs. Ils doivent pouvoir comprendre pourquoi nous les déconseillons. Bien entendu, nous ne nous plaçons qu'à un point de vue naturel, humain, celui de l'équilibre du couple. Nous ne parlons de la position de telle ou telle Eglise en la matière que si l'on nous interroge à ce sujet. De même, *nous ne demandons pas à ces foyers quelle est leur religion.* Ensuite, ayant en quelque sorte déblayé le terrain à l'occasion de ces remarques sur les contraceptifs, nous leur parlons de l'abstinence périodique et, plus spécialement, du test thermique. Nous enregistrons alors un certain nombre de critiques plus ou moins précises selon le niveau culturel des foyers, et surtout leur humilité, beaucoup plus grande chez les « petits » qui sont bien plus ouverts, tandis que les « intellectuels » accumulent souvent les objections d'une façon qui révèle à l'évidence leur peur de la vérité contraignante qui va s'insinuer en eux, s'ils l'accueillent.

L'objection se ramène, en fin de compte, toujours au manque de maîtrise masculine. L'homme souvent déclare qu'il a déjà essayé cette abstinence, mais que ce n'est pas possible. Il annonce cela en général avec une certaine fierté intérieure, tant il est convaincu, implicitement, qu'il faut être plus ou moins impuissant pour pouvoir ainsi s'abstenir. Si la femme est venue consulter sans son mari, ce qui est assez fréquent la première fois, elle déclare souvent avec un soupir que tout cela lui paraît bien et bon, mais que jamais son mari ne pourra se maîtriser pendant le temps nécessaire.

A ce propos, nous dénonçons ici en passant le *pessimisme général qui sévit en matière de maîtrise masculine.* Tout le monde en est imprégné : le prêtre, l'épouse et le mari sont tous convaincus qu'elle est impossible. Or nos constatations en la matière nous révèlent que **l'homme est beaucoup plus capable de maîtrise que tout le monde ne** le croit, y compris lui-même. Même en pays tropicaux, comme à l'Ile

de La Réunion ou à l'Ile Maurice, les témoignages de maîtrise masculine furent suffisamment fréquents pour étonner les aumôniers qui nous accompagnaient dans nos tournées de conférences et qui pourtant connaissaient bien leurs ouailles. Ce qui est certain, c'est que, pour faire l'effort de se maîtriser, l'homme qui a un problème de régulation des naissances a d'abord besoin de croire en l'efficacité de l'abstinence périodique. Il sera ensuite très puissamment aidé dans son effort, s'il a conscience que ce manque de maîtrise est contraire à l'amour qu'il porte à sa femme ou à ses enfants. Il arrive que sous l'influence conjuguée d'une motivation puissante et d'une grande confiance dans le couple éducateur, le mari passe d'emblée de plusieurs rapports par semaine à une abstinence de 2 semaines consécutives. Mais *en général cet apprentissage de la maîtrise demande une période d'entraînement progressif*. Le couple éducateur et le prêtre ne doivent pas s'étonner qu'un certain temps soit nécessaire à l'acquisition de la vertu de chasteté, comme à l'acquisition de toute vertu ou même de la maîtrise de toute conduite, y compris la conduite automobile.

Durant cette période d'entraînement progressif, il est banal et non surprenant de constater que le couple continue à user de moyens contraceptifs pendant la première moitié du cycle. L'aide amicale du couple éducateur, du médecin ou du prêtre ne sera pas inutile dans l'effort consenti par les intéressés pour que leurs rapports conjugaux arrivent à être progressivement tout à fait normaux pendant la période inféconde. Ni le couple éducateur ni le médecin ne doivent alors imposer de jugement de valeur sur ces comportements contraceptifs résiduels, transitionnels. Sinon, ils risquent, pour avoir donné l'impression de vouloir exiger la maîtrise sexuelle complète, du jour au lendemain, d'arrêter ce couple dans son évolution sincère. Ce serait un manque de réalisme ne tenant pas compte du facteur temps dans le progrès humain. Nous, laïcs mariés, nous demandons qu'une *pastorale conjugale* et une pédagogie de l'effort progressif soient enseignées à tout le clergé, et que l'expression « péché mortel » ne soit pas utilisée indûment en matière de sexualité, alors qu'elle ne serait certes pas employée dans des circonstances comparables qui s'appliqueraient à d'autres matières graves. Car l'entier consentement fait bien souvent défaut. N'avons-nous pas en général reçu une éducation morale plus moralisante que religieuse qui nous a parfois profondément traumatisés dans le domaine de notre sexualité ? Il est temps que cessent ces erreurs dont le moindre inconvénient n'est certes pas l'abandon de toute pratique religieuse, à l'occasion de difficultés sexuelles considérées comme insurmontables. Concrètement, dans le cas qui nous occupe, nous aurons souvent *à tolérer comme un moindre mal transitoire* que le foyer que nous aidons ait encore parfois des conduites contraceptives. Surtout quand sont en cause de graves questions,

comme par exemple une fécondation dangereuse pour la femme ou un risque de désunion du couple. A nous d'encourager ce foyer, au cours d'entretiens successifs, notamment en insistant sur la sécurité du plateau hyperthermique qui permet donc des rapports normaux. Il ne s'agit évidemment pas dans cette optique d'une éthique de situation, mais d'une *morale de croissance*.

Il est généralement inutile de montrer préalablement les inconvénients humains des rapports contraceptifs, si ce n'est la possibilité de grossesse surprise, d'autant que les intéressés viennent nous demander autre chose ; car s'ils sont à même de goûter et de comparer ces deux sortes de rapports conjugaux, cette comparaison parle d'elle-même. La preuve en est que la plupart de ces couples ainsi soutenus et aidés arrivent peu à peu, en quelques mois généralement, à cesser l'usage des moyens anticonceptionnels, car ils ont acquis la maîtrise nécessaire à cette abstinence périodique. Celle-ci est alors ressentie comme bienfaisante, non seulement pour la fécondité mais aussi pour l'amour conjugal, ainsi que nous l'avons déjà indiqué à plusieurs reprises. Quoique non chiffrables, ces résultats sont grandement positifs et encouragent vivement les couples éducateurs dans leur travail d'aide aux foyers en difficulté avec leur fécondité.

CONCLUSIONS

Pour terminer ce rapport trop long et pourtant beaucoup trop incomplet, nous voulons répéter que le médecin catholique qui aide les couples à régler leur fécondité accomplit un véritable apostolat. Et qui plus est, un apostolat passionnant, par toutes les découvertes qu'il nous fait faire, soit au point de vue scientifique, notamment sur la psychophysiologie sexuelle, soit au point de vue humain, spécialement sur le couple et les enfants.

Cette aide, que nous apportons à nos confrères en conjugalité, nous en sommes les premiers bénéficiaires. Tant il est vrai que celui qui donne s'enrichit.

Quand on voit les résultats de ce travail : — maîtrise de la fécondité, avec tout ce que cela supprime comme source de souffrances multiples pour les parents, les enfants et les collectivités ; — croissance de l'amour conjugal, tellement manifeste dans la plupart des cas ; — meilleure éducation des enfants, car les parents s'aiment davantage et ont plus de temps pour s'occuper d'eux ; — plus grand rayonnement social et apostolique du couple et progression professionnelle du mari, dus à la résolution d'un problème grave et à la valorisation générale de l'homme, grâce à l'acquisition de la maîtrise sexuelle ; — épanouissement de la vie spirituelle des conjoints, qui

connaissent d'autant mieux la Sainte Trinité qu'ils vivent un amour conjugal plus authentique ; quand on voit ces résultats comme les voient tous ceux d'entre nous qui se livrent à ce travail éducatif, on est profondément convaincu de la nécessité *fondamentale* de ce travail, un des plus essentiels de notre époque.

Quand, de plus, on voit le rôle *capital* que le médecin catholique joue dans cet effort éducatif, on comprend l'immense responsabilité du médecin dans le problème de la régulation des naissances, comme l'a signalé le cardinal Suenens dans son livre magnifique « Amour et maîtrise de soi » [17].

Malheur à nous, médecins catholiques, si nous n'avons pas assumé ces responsabilités : il nous en sera demandé compte au jour du Jugement. Au contraire, si nous avons « secouru ces plus petits d'entre nos frères » (*Mt* 25, 40) nous posséderons cette joie dont vous savez déjà, pour y avoir goûté, qu'elle paie au centuple la peine que l'on se donne au service des autres.

REPONSES AUX DIVERS ORATEURS QUI ONT PRIS LA PAROLE APRES CE RAPPORT

En réponse aux nombreux orateurs qui ont parlé de la régulation des naissances, je désire rassembler mes remarques en trois groupes concernant :

— les progestogènes de synthèse — la méthode thermique — la maîtrise sexuelle.

1. — A propos des *pilules stérilisantes*, je signale la confusion possible avec d'autres « pilules », celles qui pourraient permettre de déclencher l'ovulation. Il s'agit de médicaments dont l'utilisation pourrait être moralement licite sous certaines réserves. Il faut signaler que ces substances ne sont pas encore au point actuellement. Le citrate de clomifène, par exemple, a une posologie imprévisible : la même dose, inactive chez certaines, donne de très gros kystes fonctionnels de l'ovaire chez d'autres, et semble favoriser la naissance de jumeaux dans une proportion considérable (17 à 34 % selon les statistiques).

Je suis d'accord sur ce qu'on a dit des *inconvénients médicaux* des progestogènes ; sauf sur les thrombo-phlébites, pour lesquelles on n'a pas trouvé de différence statistique significative avec les sujets ne prenant pas ces drogues. Par contre, je dois ajouter trois sortes d'inconvénients qui n'ont pas été signalés :

— 18 % à 25 % des femmes sont devenues frigides après un an d'utilisation ;
— on a publié plusieurs centaines de cas de pseudo-hermaphrodisme masculin lorsque la mère de la petite fille avait pris ses pilules sans se savoir enceinte ;
— enfin on doit craindre la possibilité de lésions hypophysaires à longue échéance, pour des raisons théoriques certes, mais aussi parce qu'on a pu provoquer ainsi des adénômes de l'hypophyse chez la rate.

17. Editions Desclée De Brouwer, Paris-Bruges.

A cause de ces divers inconvénients, il faut éviter de prescrire ces drogues pendant plus de quelques mois quand il n'y a pas de raisons graves de les utiliser ou quand on peut agir autrement.

Je dois souligner également les *inconvénients psychologiques* des progestogènes de synthèse utilisés comme moyens contraceptifs bio-chimiques. Comme les techniques anticonceptionnelles mécaniques, ils risquent de faire régresser l'amour conjugal en permettant aux époux de ne pas avoir à se maîtriser. Si donc un couple prend des progestogènes, dans un but contraceptif ou dans un but thérapeutique, il doit veiller à observer des périodes d'abstinence pour exercer sa maîtrise sexuelle qui est indispensable à l'amour.

Au plan éducatif, nous constatons qu'il est plus difficile de faire passer un couple de la « pilule » à la méthode thermique que du rapport interrompu ou des préservatifs à cette abstinence périodique. Ceci tient à ce que le déroulement de l'acte conjugal n'est pas perturbé et surtout à ce que le test thermique est effacé par les progestogènes. Pour en terminer avec ces substances, ajoutons qu'elles sont déjà dépassées en tant que technique contraceptive par les appareils intra-utérins dont on peut prévoir une très large extension dans les années à venir.

2. En réponse à ce qui a été dit sur la *méthode thermique,* je désire faire les remarques suivantes :

— Dans un des rapports, on parlait de la méthode du rythme : il s'agissait de la méthode thermique et non de la méthode Ogino.

— Il est préférable de parler d'*abstinence* périodique (de rapports conjugaux) plutôt que de continence périodique. Car ce dernier terme supposerait qu'il y a alternance avec des périodes d'incontinence. Au contraire, nous savons que la maîtrise (*continere* en latin) est nécessaire même dans l'acte conjugal, ne serait-ce que pour que l'épouse éprouve le plaisir conjugal.

— Je ne peux pas répondre à ce qui a été dit des courbes de température indéchiffrables. Il y aurait trop de remarques à faire. Disons qu'elles sont rares chez les couples bien informés du maniement de ce test. Quant à la possibilité de prolonger la durée d'un plateau hyperthermique trop bref par les progestogènes de synthèse, elle existe certes ; mais il est plus logique d'utiliser pour cela la gonadothrophine chorionique.

— Je veux souligner d'un chiffre la très remarquable *efficacité* de cette méthode qu'on a pu évaluer selon la formule de Pearl à 4,47 grossesses surprises pour 100 années-femme. Il s'agit d'un taux d'efficacité *pratique* qui est très proche de l'efficacité *théorique* des meilleures techniques contraceptives, même biochimiques, et donc dépasse nettement leur efficacité pratique.

— Quant à l'*applicabilité* de cette méthode d'abstinence périodique, c'est certainement ce qui paraît le plus douteux à ceux qui n'ont pas l'expérience d'une éducation conjugale faite *de couple à couple.* Il y a quelques semaines par exemple, beaucoup ont pu lire un article d'un éminent théologien moraliste qui écrivait ce qui suit en faisant allusion à la méthode thermique : « Distinguer entre jours féconds et jours inféconds est possible seulement lorsque le cycle mensuel est régulier et quand une femme possède à la fois l'intelligence et le loisir d'être attentive aux variations régulières entre les périodes de fécondité et de non-fécondité ».

L'expérience commune des couples éducateurs en la matière s'inscrit en faux contre toutes ces affirmations. Même le fait que la femme ne sache pas lire ni inscrire sa température n'est pas un obstacle, soit parce qu'une voisine apporte son aide, soit parce que le couple utilise une feuille de température pour illettrés dont notre épouse a eu l'idée, facilement réalisée. Depuis la rédaction

de notre rapport à ce congrès, nous avons appris que onze mois après notre départ de l'île de La Réunion il y a cinquante endroits où on a dû organiser une éducation des couples à l'utilisation du test thermique, et ceci uniquement à la demande des intéressés. Cette diffusion en tache d'huile est la meilleure preuve que cette « méthode » est considérée par ces couples, souvent très simples, comme efficace et applicable.

Autant notre récent voyage à Porto-Rico nous a confirmé que, malgré les millions de dollars engagés, les méthodes contraceptives mécaniques ou bio-chimiques avaient échoué auprès des populations d'un niveau culturel peu évolué, autant au contraire ce problème culturel ne s'oppose pas à la diffusion efficace de la méthode des températures. Même les « pauvres », au sens évangélique du mot, ont accès à cette méthode de régulation des naissances : pauvres de cycles réguliers, d'argent, de loisirs, d'intelligence, etc. D'ailleurs, si les « riches » seuls pouvaient efficacement régler leur fécondité, ce serait bien scandaleux et anti-évangélique.

3. — Pour terminer je veux répondre à ce qui a été dit explicitement ou implicitement, sur la *maîtrise sexuelle*.

La physiologie cérébrale nous montre comment l'homme, grâce à son cerveau pré-frontal, peut maîtriser sa sexualité, à l'inverse de l'animal inférieur dont le cerveau est réduit à l'hypothalamus. C'est l'action de ce cerveau pré-frontal qui permet à l'homme de ne pas être dominé par ses instincts, dans tous les domaines. C'est grâce à cet organe qu'il peut vaincre la peur et se jeter dans une maison qui brûle parce que son enfant est dedans ; et inversement, qu'il peut résister au désir de boire de l'alcool plus que de raison, ou de s'unir avec sa femme quand il serait dangereux de la féconder. C'est ce cerveau supérieur qui permet à l'homme d'agir selon sa raison, le distinguant ainsi de l'animal inférieur dont la conduite — sexuelle notamment — est totalement instinctive, conditionnée par son hypothalamus. Notre cerveau pré-frontal nous donne la possibilité de nous maîtriser. Mais c'est en l'exerçant que nous augmentons notre capacité de maîtrise qui nous permet d'agir selon la raison, donc que nous nous différencions de l'animal, que nous nous humanisons. Une sexualité « humaine » c'est une sexualité maîtrisée. Une sexualité instinctive, c'est une sexualité « animale ». Tous les efforts de maîtrise, dans quelque domaine que ce soit, augmentent le pouvoir du cerveau pré-frontal, font croître la personne humaine en autonomie, en la libérant de l'emprise tyrannique de l'instinct. Inversement, chaque fois qu'on obéit à l'instinct plutôt qu'à la raison, par manque de maîtrise dans quelque domaine que ce soit, on régresse humainement, on s'animalise globalement. Car la maîtrise est indivisible. D'ailleurs l'éducation, en général, ne consiste-t-elle pas à apprendre à se maîtriser. Or, il y a deux catégories de moyens de régulation des naissances : ceux qui nécessitent la maîtrise, et ceux qui permettent de ne pas avoir à se maîtriser, comme les moyens anti-conceptionnels. Je pense que le plus grand danger des contraceptifs c'est qu'ils poussent l'être humain à ne pas se maîtriser, donc à se déshumaniser, à régresser dans tous les domaines (la maîtrise est indivisible). Ils sont donc profondément anti-éducatifs. On ne pourrait éviter ce danger d'animalisation progressive qu'en utilisant les contraceptifs en alternance avec des périodes d'abstinence.

On comprend, au contraire, pourquoi l'abstinence périodique fait croître la personne humaine en responsabilité et en amour.

Nous rappelons ce que nous avons dit dans notre rapport sur l'éducation des couples à la maîtrise sexuelle et sur le fait que les couples les plus simples, les moins cultivés, se révèlent capables de maîtrise souvent d'une façon surprenante

pour le couple éducateur. Contrairement à ce que l'on croit en général, *la maîtrise sexuelle n'est pas réservée à une élite.* Là aussi les « pauvres » y ont accès. D'ailleurs le contraire serait scandaleux et étonnant. Dieu nous demande de lui donner des enfants, donc de procréer, mais aussi d'*élever* ces enfants, donc d'espacer les naissances. Il a créé la physiologie ovarienne avec ses périodes d'infécondité. Il serait impensable qu'il ne donne pas à l'homme la possibilité de se maîtriser pour utiliser intelligemment le cycle féminin. Ce serait le fait d'un tyran, non d'un Père.

Ce qui empoisonne le problème de la régulation des naissances, c'est que presque tout le monde (y compris des théologiens) croit, implicitement au moins, à l'impossibilité de maîtrise sexuelle dans la plupart des couples, alors que nous avons déjà dit dans notre rapport que l'expérience des couples éducateurs leur a enseigné le contraire. Nous voulons terminer en soulignant qu'il y a là une attitude qui pourrait bien constituer un péché contre la vertu d'Espérance.

Paris 6e
1 Rue du Regard

Docteur Charles RENDU