

Article

« Insémination artificielle »

Guy Durand

Laval théologique et philosophique, vol. 33, n° 2, 1977, p. 151-163.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/705607ar>

DOI: 10.7202/705607ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

INSÉMINATION ARTIFICIELLE

Guy DURAND

Depuis longtemps des couples sont aux prises avec des problèmes d'infertilité et d'infécondité. L'histoire est ponctuée du désespoir de couples royaux incapables d'avoir une descendance. Plus humblement il y eut toujours, et il y a encore aujourd'hui malgré la mentalité contraceptive, de nombreux couples qui souffrent de ne pouvoir donner le jour à un enfant.

On estime qu'environ 11% des couples sont involontairement inféconds. Certaines infertilités sont d'ordre psychologique; il est difficile de les dénombrer. D'autres sont d'ordre physiologique et biologique : les unes tiennent à la femme (absence d'ovule, malformation des voies génitales, sécrétions vaginales spermicides), les autres dépendent de l'homme (impuissance, pauvreté du sperme, azoospermie). Les infertilités dues à une carence du facteur masculin sont de 40 à 45%.

Diverses solutions s'offrent à ces couples : l'acceptation de leur infertilité, l'adoption d'enfant, le recours médical. Parmi les techniques médicales se place l'insémination artificielle : emploi d'un moyen autre que la rencontre génitale pour mettre le spermatozoïde en contact avec l'ovule dans le vagin.

I. ÉTAT DE LA QUESTION

L'insémination artificielle peut être pratiquée chez une femme avec le sperme du conjoint ou avec celui d'un tiers-donneur. Dans le premier cas, on parle alors d'insémination homologue, plus simplement de IAC ou en anglais AIH; dans le second, on parle d'insémination hétérologue, IAD, ou en anglais AID. La technique une fois mise au point et popularisée, on imagine facilement que non seulement la femme mariée y fasse appel mais aussi certaines femmes célibataires¹.

Histoire

L'application de l'insémination artificielle chez les humains est étroitement liée au progrès de la science. Pourtant on la pratiquait déjà au Moyen-âge. Les

1. Cf. G. LEACH, *Les biocrates manipulateurs de la vie*, Seuil, 1973 (c. 1970), p. 87-105; « Adoption ? Insémination artificielle ? » no spécial de *Échanges* 115 (avril 74) 20-27; *Insémination artificielle et reproduction humaine* (Actes du II^e Congrès international de Sexologie) Louvain, 1973, 2-96.

Annales médicales européennes rapportent le cas surprenant de quelques inséminations artificielles pratiquées avec le sperme du mari. Le procédé était connu des arabes au XIV^e siècle, semble-t-il. Au début du XIX^e, les expériences se renouvellent en France. Elles se multiplient dans tous les pays durant la seconde moitié du siècle. Depuis 1884, l'insémination est pratiquée avec le sperme d'un donneur. Initiateurs de cette technique, les Etats-Unis d'Amérique furent rapidement imités par les autres pays.

L'histoire de l'insémination artificielle n'est cependant pas sans problème. En 1883, à cause d'une note honorifique exorbitante pour un cas d'ailleurs sans succès, un médecin français fut traîné en cour de justice et le tribunal condamna l'IAD pour la raison « qu'il importe à la dignité du mariage que de semblables procédés ne soient pas transportés du domaine de la science dans celui de la pratique ». La société de Médecine légale réagit à cette condamnation et approuva l'IAD. En 1885 la thèse du docteur Gérard sur l'IAD fut refusée et l'impression en fut interdite. Une sentence du Saint-Office en 1897 condamna l'insémination artificielle. Cette condamnation a eu pour effet de renvoyer l'application de l'IA à la clandestinité.

Une recrudescence apparaît dans tous les pays après 1930. Les découvertes d'Ogino et de Knauss en 1932 concernant la période de fertilité de la femme en simplifient grandement l'application et en augmentent le succès.

Au début, on opérait avec du sperme frais (i.e. fraîchement recueilli), mais depuis 1954 on travaille avec du sperme congelé. La médecine vétérinaire avait permis de grands progrès en ce sens. La conservation du sperme obligea à constituer des banques de sperme. On en trouve aujourd'hui dans tous les pays, principalement aux Etats-Unis. La France en possède une douzaine; le Québec au moins une.

Tout cela fait que l'insémination artificielle est aujourd'hui généralisée et d'utilisation assez facile. Depuis 15-20 ans, aux Etats-Unis, plus de 10,000 enfants sont conçus de cette façon annuellement. Ce qui donne 150,000 à 200,000 enfants âgés de 1 à 20 ans. En 1973, on estimait qu'il y avait 400 à 500 nouvelles demandes chaque année en Hollande; et de 150 à 200 en Belgique. En 1975, en France, on évalue les besoins annuels aux alentours de 900.

Indication

Quand l'insémination artificielle est-elle indiquée ? En quel cas y recourt-on ?

L'insémination avec le *sperme du mari* est pratiquée, on l'a déjà suggéré, en certains cas d'infertilité du couple alors que l'éjaculat de l'homme contient pourtant des spermatozoïdes. L'infertilité peut dépendre alors de l'épouse (par exemple, en cas de sécrétion vaginale spermicide) ou du mari lui-même (sperme pauvre, spermatozoïdes peu vigoureux, etc.). L'insémination se pratique alors soit avec du sperme frais, soit avec du sperme récemment congelé.

Les banques de spermes viennent cependant de se voir attribuer deux objectifs qui concernent l'IAC. Certains hommes, qui se font vasectomiser, désirent conserver de leur sperme pour le cas où ils changeraient d'idées et désireraient de nouveau avoir un enfant. De même, avant de subir une intervention médicale stérilisante, certains hommes demandent de conserver leur semence dans des banques pour un éventuel usage.

Les inséminations les plus nombreuses se font cependant avec le *sperme d'un tiers*. L'indication la plus fréquente est la stérilité du mari. Certains médecins n'interviennent qu'en cas de stérilité totale du mari (azoospermie, i.e. absence de spermatozoïdes), d'autres sont plus larges, pratiquant l'IAD même au cas où le mari est théoriquement fécond. Parfois, on mélange d'ailleurs le sperme du donneur à celui du mari, ou on demande au couple d'avoir des relations sexuelles aussitôt après l'insémination.

Depuis peu, le champ d'application de l'IAD fut élargi à deux situations nouvelles : incompatibilité Rhésus, troubles génétiques familiaux du côté de l'homme. Plutôt que de risquer de donner naissance à un être taré, le couple recourt au sperme d'un donneur. On connaît des couples qui ont eu 2 ou 3 enfants par IAD.

En dehors du couple demandeur, on rencontre quelquefois une *femme célibataire* qui veut avoir un enfant sans s'accoupler avec un homme : soit par mépris de l'homme, soit par souci moral (la rencontre anonyme lui paraissant immorale).

Technique

Au plan technique, deux problèmes se posent : le recueil et la conservation du sperme, l'insémination elle-même. Ils conditionnent l'efficacité de l'intervention.

Le sperme. La façon la plus simple d'obtenir le sperme du mari ou du donneur est évidemment la masturbation. Il y a quelques années, la réprobation générale de l'acte masturbatoire a permis d'explorer d'autres techniques : ponction des épидидymes et massages vésiculo-prostatiques, cueillette du sperme dans le vagin après copulation, recueil du sperme dans un condom ou lors d'un coït interrompu. Ces techniques semblent complètement mises de côté aujourd'hui, le médecin désirant agir avec du sperme non contaminé.

Le sperme peut être conservé sans détérioration dans l'azote liquide à basse température pendant des années (au moins 10 ans). Le procédé est relativement facile : il suffit de mêler le sperme à un agent protecteur, de le refroidir graduellement, et de le déposer dans une sorte de bouteille thermos.

Les techniciens au service de la banque s'assurent d'une certaine qualité du liquide séminal : examen du donneur, de ses antécédents, de son cariotype. Ils veillent à la sélection d'un donneur qui ressemble autant que possible au mari : groupe sanguin, taille, couleur des yeux, teinte de la peau. Ils prennent des mesures pour que l'anonymat absolu soit respecté tant du côté du donneur que de celui de la receveuse.

Jadis, le donneur était généralement payé; on prenait souvent des célibataires, par exemple des étudiants en médecine. Certains centres, comme les CECOS en France, n'acceptent que le don gratuit d'un donneur marié qui a l'accord de sa femme et qui a déjà 1 ou 2 enfants. Ces exigences permettent de vérifier la qualité du sperme, de fournir occasion au donneur de réfléchir à son acte, et surtout de « personnaliser » le don. Il s'agirait moins alors, dit-on, d'un don anonyme de cellules que du don d'un couple qui a le bonheur d'avoir des enfants à un autre couple qui est privé de ce même bonheur.

L'insémination. Il s'agit de mettre le sperme au contact de l'ovule. Il existe 4 techniques, décrites par le docteur O. Steeno. La méthode intra-vaginale consiste à introduire le sperme profondément dans le vagin. Par la méthode para-cervicale, à l'aide d'une cape cervicale, on introduit l'éjaculat jusqu'au col de la matrice. La méthode intra-cervicale consiste à introduire quelques gouttes de sperme immédiatement dans le col de la matrice. Par la méthode intra-utérine, le sperme est introduit directement dans la matrice.

L'intervention est faite évidemment au moment de l'ovulation de la femme. Des indications précises existent concernant le jour le plus favorable et la fréquence des interventions.

Efficacité. Il est difficile d'avoir des chiffres exacts sur l'efficacité de l'insémination. Il semble cependant que celle-ci soit assez grande. Certains centres évaluent leur réussite à 50%; ce qui est assez encourageant, compte tenu des circonstances : âge de la femme, stress, vieillissement des spermatozoïdes, etc. Le plus souvent, une moyenne de 3 à 5 séances est nécessaire pour parvenir à une conception lorsqu'on emploie du sperme frais; un peu plus si l'on emploie du sperme congelé.

Incidence médicale

Les risques de fausse couche ne semblent pas plus grands que lors d'une grossesse consécutive à un accouplement normal.

Il existe peu d'enquêtes sur l'état de santé des enfants nés par insémination artificielle. Il semble cependant que ces enfants n'aient rien à envier aux autres.

Peut-on craindre des incidents graves dus à la manipulation ou la détérioration du sperme ? Le risque est toujours possible : il est inévitable statistiquement que certains accidents se produisent. Et pourtant le risque est minime compte tenu de la facilité des interventions. Et même, les risques d'enfants malformés sont peut-être moindres que dans la conception normale, puisqu'il y a ici un certain choix du donneur, et une certaine analyse de la qualité du sperme.

On fait parfois état du risque d'enfants incestueux — et donc d'enfants malformés à cause de la consanguinité — puisque l'anonymat du donneur est toujours gardé. Les calculs de probabilité prouvent que ce risque est minime. Il serait même moindre que le risque de consanguinité résultants d'« enfants naturels » dont on ignore le père. De toute façon, pour diminuer ce risque, certains centres d'insémination limitent l'utilisation du sperme d'un même donneur à 4 ou 5 succès; le sperme résiduel est employé à autre chose.

Incidence psychologique

Au plan psychologique, il y a des succès incontestables. Rarement enfant est autant désiré, attendu, aimé. Certains couples y ont trouvé bonheur et épanouissement. La demande d'un deuxième et même d'un troisième enfant IAD est éloquente à cet effet. Les psychologues signalent cependant certaines difficultés du côté du couple aussi bien que du côté de l'enfant.

La première difficulté tient au fait que le *père n'est pas le géniteur*. Théoriquement, cette dissociation n'est pas grave : la paternité tient moins à la génération qu'à l'éducation. Est le père, celui qui désire, nourrit, éduque. Subrepticement cependant la dissociation entre les deux rôles peut créer des problèmes. La mère « rêve » du géniteur : elle l'imagine sous telle ou telle figure, elle le recherche. D'un autre côté, le père peut se sentir dévalorisé, atteint dans sa virilité : il devient jaloux du géniteur. Les relations entre le couple s'en trouvent alors subrepticement viciées, minées. Ce risque est évidemment beaucoup diminué par l'anonymat du donneur. Les précautions prises dans les banques bien organisées sont telles que ni les parents, ni même le médecin qui pratique l'insémination ne savent l'identité du donneur. Et cependant les réactions de l'inconscient sont telles que, aux yeux des psychologues, les risques ne sont pas nuls.

Des psychanalistes comme M. Oraison, J. C. Depreux insistent beaucoup aussi sur le danger que constitue le refus d'acceptation ou d'assumption de sa stérilité. Ce refus se cacherait spécialement sous la demande de mélange de sperme (celui du donneur et celui du mari).

Une deuxième difficulté vient de la dissymétrie ou de *l'inégalité* existant entre le père et la mère vis-à-vis de l'enfant. Face à l'enfant conçu naturellement, le père et la mère ont chacun fourni un élément. Face à l'enfant adopté, la situation du père et de la mère est encore symétrique. Avec l'IAD il y a une sorte de déséquilibre, qui risque de détériorer les relations du couple ou la relation du couple à l'enfant. L'incidence la plus grave est alors une sorte d'amour possessif de la part de la mère : l'enfant lui apparaissant comme sa propriété, sa chose, et sa propriété exclusive. Un tel amour captatif et l'élimination consécutive du père ne favorisent évidemment pas une bonne éducation.

On peut rétorquer que ces mêmes risques existent dans la conception naturelle. De toute façon, il y a inégalité entre le père et la mère. Seule celle-ci porte l'enfant et le met au monde. Et les conventions sociales amplifient considérablement le rôle de la mère, notamment durant les premières années. D'un autre côté, il y a une inégalité indépassable dans le couple en question ici : le mari est stérile tandis que la femme est fertile. Certains se demandent pourquoi la femme devrait faire les frais de cette inégalité, pourquoi serait-ce à elle de se sacrifier ? De toute façon, le risque serait minime si l'on a affaire à un couple mature, où les deux conjoints sont consentants à l'IAD.

Pour pallier ce risque, certains centres d'insémination travaillent avec des psychologues et proposent au couple demandeur une rencontre avec un

psychologue. Cette rencontre permet de vérifier notamment l'équilibre du couple, ses motivations et la liberté du consentement de chacun. L'IAD peut être habilement imposée à l'autre, aussi bien par le mari qui veut cacher socialement sa stérilité, que par la femme qui tient à tout prix à faire l'expérience de la maternité.

Une troisième difficulté d'ordre psychologique tient au *secret*. Au début, afin de favoriser une éducation la plus normale possible, on tenait l'enfant et l'entourage dans le plus grand secret du mystère de sa naissance, on choisissait même un accoucheur différent du médecin qui avait fait l'insémination. Certaines histoires pénibles viennent ternir la justesse de cette attitude. Il est arrivé qu'à l'occasion d'une chicane ou d'un divorce, un des conjoints pour revendiquer l'enfant révèle crûment les conditions de sa naissance. De manière plus générale, certains psychologues insistent aujourd'hui sur l'importance du non-dit : l'enfant dans son inconscient aurait connaissance du secret de son origine; il souffrirait du mensonge (ou de l'hypocrisie) de ses rapports sociaux avec ses parents. Cette situation serait à l'origine de certaines névroses même graves. Face à cela, la politique du secret est mise en question ici et là. Certains centres d'insémination informent les parents de cette difficulté et leur laissent le choix de l'attitude à adopter. Plusieurs parents décident alors d'être totalement francs avec l'enfant, certains mêmes avec l'entourage : l'expérience seule dira les résultats. Il en sera peut-être comme pour l'adoption : jadis on la taisait comme une tare; aujourd'hui l'enfant et l'entourage sont au courant. Et il semble que cela ne cause aucun problème. Au contraire.

Incidences juridiques

Certains juristes, notamment certains juristes français, soulèvent beaucoup de difficultés face à l'IAD. L'enfant ainsi conçu serait juridiquement un enfant naturel, au pire un enfant adultérin. Il n'aurait donc pas droit à l'héritage, ni au nom du mari. En conséquence certains juristes insistent sur la nécessité d'un consentement écrit du mari et sur la nécessité d'avoir un accoucheur qui ignore tout de l'origine de l'enfant, afin que la déclaration à l'état civil ne contienne rien sur le sujet. Mais, même avec ces précautions, il sera toujours possible au père de dénoncer l'enfant et de faire la preuve de sa non-paternité. La seule solution légale serait alors l'adoption : le père et la mère devrait simuler une adoption.

Incidences morales

Beaucoup de difficultés d'ordre médical, psychologique, juridique sont donc soulevées par l'insémination artificielle. La plupart concernent davantage l'IAD que l'IAC. La morale ne peut se désintéresser de ses aspects, comme ci ceux-ci ne la concernaient pas.

L'incertitude concernant les résultats de l'insémination tient d'une part à la relative nouveauté de l'expérience : 15-20 ans aux Etats-Unis, 3-4 ans dans les pays européens : cela reste peu. Mais l'incertitude tient surtout au secret qui entoure tout cela et qui empêche de suivre valablement couples et enfants pour faire une évaluation.

Dans l'évaluation morale, il faudra tenir compte de toutes ces incertitudes comme de tous les acquis. Pour être équitable, il faudra garder à l'esprit les distinctions suivantes : la manière de se procurer le sperme, l'insémination homologue ou hétérologue, la fécondation d'une femme mariée ou d'une célibataire. Les valeurs en jeu ne sont évidemment pas les mêmes dans chaque situation.

II. ÉVENTAIL DES RÉACTIONS MORALES

J'ai déjà signalé l'opposition du Saint-Office en 1897 à l'insémination artificielle, de même que la réticence des tribunaux français. Dans son livre écrit en 1965, J. R. Debray fait encore état de la réticence générale des juristes et des médecins, notamment en France. L'insémination artificielle constituerait une atteinte grave au droit naturel, aux bases de la famille et à la personne humaine elle-même².

Dans la première moitié du XX^e siècle, certains grands théologiens catholiques jugèrent l'IAC licite, mais restèrent opposés à l'IAD. On peut voir en ce sens : Vermeersch, Thiberghien, Noldin-Schmidt, Marc-Gesterman. La plupart font d'ailleurs force distinctions sur la manière « morale » de se procurer le sperme du mari : massage vésiculo-prostatique, condom perforé, cueillette dans le vagin, etc.

Dans une allocution au quatrième Congrès international des médecins catholiques, le 29 septembre 1949, le pape Pie XII fixa la doctrine catholique classique : non à l'insémination artificielle sous toutes ses formes, sauf en un seul cas. « En parlant ainsi, explique le pape, nous n'interdirons pas forcément l'usage de certains moyens artificiels dont le seul but est soit de faciliter l'acte naturel, soit de l'aider après qu'il a été accompli normalement à atteindre son but. » Le même enseignement fut rappelé en 1956. Il est repris, me semble-t-il, par l'ensemble des moralistes catholiques du milieu du siècle. Voir, par exemple, Haring, Paquin, O'Donnell, Tesson³.

Devant la prolifération des banques de sperme et la multiplication des inséminations artificielles ces dernières années, le sujet est redevenu à la mode chez les moralistes catholiques. Comme sur beaucoup d'autres sujets, les opinions sont partagées. Voyons-en quelques unes.

Lors du Congrès international de sexologie, organisé en 1973 par le Centre International Cardinal Suenens, le R. P. Roger Troisfontaines a fait un exposé remarquable sur l'aspect éthique de l'insémination artificielle⁴. L'auteur se place d'abord du point de vue d'une morale de la « conformité à la Nature ». Sous cet

2. Cf. J. R. DEBRAY, *Le malade et son médecin*, Flammarion, 1965, 250-257.

3. Voir quelques notes dans *Échanges* 115 (avril 74) 23-24. Voir surtout B. HÄRING, *La loi du Christ*, DDB, 1963, t.111, 478-479. T. O'DONNELL, *La morale en médecine*, Mame, traduction en 1962, p. 304-308. J. PAQUIN, *Morale et médecine*, Montréal, Immaculée-Conception, 1955. E. TESSON, « L'insémination artificielle et la loi morale », dans *Cahiers Laennec* 2 (juin 1946) 59-104.

4. Cf. R. TROISFONTAINES, « L'insémination artificielle. Problèmes éthiques », dans *Insémination artificielle et reproduction humaine*, op. cit., p. 97-111 (suivi d'une longue discussion entre les participants au Congrès). L'article a été reproduit aussi dans *Nouv. Rev. Théol.* (1973) 764-778.

angle, dit-il, même l'IAC est immorale, soit à cause de la façon de se procurer le sperme, soit à cause de l'absence d'acte conjugal normal. La position de Pie XII se justifie alors pleinement. L'auteur étudie ensuite la question à partir d'une « morale de la communion et de l'épanouissement des personnes ». À ce point de vue — et c'est celui de l'auteur — l'IAC serait morale parce que, corrigeant un défaut de la nature (malformation anatomique ou défaut physiologique qui empêche le liquide séminal de rejoindre l'ovule) elle « permettra aux conjoints de s'épanouir l'un par l'autre dans la paternité et la maternité et suscitera un être personnel qui sera vraiment *leur* enfant à tous deux ». La masturbation n'a pas alors le caractère égoïste (opposition à la relation intersubjective) qui fait qu'elle est normalement condamnable. Elle contribue au contraire ici « à la communion des personnes ». Quant à l'IAD, elle resterait immorale même à cet aune, à cause d'une sorte de dépersonnalisation de la fonction reproductrice, à cause de l'inégalité presque monstrueuse qui amènera une perturbation du couple et à cause enfin d'une « mauvaise conscience sexuelle ».

Cette position de Roger Troisfontaines n'a guère fait l'unanimité chez les participants du colloque. C'est cependant la position de Häring dans son livre récent sur la morale médicale : condamnation ferme de l'IAD; mais acceptation enthousiaste de l'IAC, la manière de se procurer le sperme ne le préoccupant pas⁵. Rahner se situe aussi dans cette ligne⁶.

D'un autre côté, certains théologiens catholiques sont prêts à considérer l'IAD comme morale dans certaines situations : voir par exemple M. De Wachter et J. G. Milhaven dans la revue *Échanges* d'avril 1974, et R. Simon dans *Rech. Sc. relig.* de la même année. Ces auteurs proposent un retournement total de la réflexion : en face d'une réalité nouvelle, d'une possibilité technique nouvelle, on doit présumer la moralité de l'agir, jusqu'à preuve du contraire. Le fardeau de la preuve est renversée : du moment que certaines conditions générales de moralité sont respectées, du moment que les expérimentateurs sont habités par un réel souci éthique, on va présumer la moralité de l'acte jusqu'à preuve du contraire. Tel est le cas de l'IAD pratiquée dans certaines conditions, notamment dans les conditions exigées par les centres CECOS en France : don gratuit d'un couple fécond à un couple stérile.⁷

5. Cf B. HÄRING, *Perspective chrétienne pour une médecine humaine*, Fayard, 1975 (c. 1973), 92-94.

6. Cf. K. RAHNER, « À propos du problème de la manipulation génétique », dans *Écrits théologiques*, Desclée de Brouwer-Mame, t. XXII, 1970, 77-120. Voir aussi H. SMITH, *Ethics and the New Medicine*, Abingdon Press, 1970, 55-88.

7. Voir les articles de M. DE WACHTER et J.G. MILHAVEN dans *Échanges* 115 (avril 74) 28-35. Voir surtout R. SIMON, « Expérimentations et déplacements éthiques. À propos de l'insémination artificielle », dans *Rech de Sc. Relig.* 62 (1974) 515-540. Voir encore les réflexions de V. STEININGER dans son livre intitulé *Peut-on dissoudre le mariage ?* Cerf, 1970, 125-141; J.B. NELSON, *Human Medicine. Ethical Perspectives on New Medical Issue*, Minneapolis, Augsburg Publishing House, 1973, 59-79; R. VAN ALLEN, « Artificial Insemination: a Contemporary Re-analysis », dans *Homiletic and Pastoral Review* (1970) 363-372.

III. ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

Que penser finalement de l'insémination artificielle ? Nous sommes en face d'un cas d'utilisation de la technique. Peut-on faire tout ce qui est possible ? Ou faut-il contrôler la technique au nom du progrès de l'humain et de la promotion des valeurs ? Comment cela joue-t-il dans le cas présent. Nous sommes aussi en face d'une expérimentation sur l'homme. Même si cette expérimentation semble bénigne, elle comporte toujours des risques à court comme à long terme. La dramatique de l'expérimentation est souvent absente parce que l'intervention se déroule dans les arcanes de l'infiniment petit; elle est non moins réelle.

Avant de suggérer quelques orientations concrètes, il sera utile d'essayer de dégager les enjeux de la question.

Enjeux

Concrètement et à court terme, les enjeux concernent le couple et l'enfant éventuel; à long terme cependant ils touchent aussi l'ensemble de l'humanité par la nouvelle attitude que l'insémination développe face à la vie, à l'amour et à la souffrance.

Un premier enjeu concerne le *couple* : son équilibre, son épanouissement, son bonheur. Même si on ne doit pas mettre un enfant au monde pour le bonheur de couple, nul ne peut nier l'effet heureux que l'arrivée d'un enfant peut avoir sur le couple. Surtout la venue d'un enfant ardemment désiré. La mère expérimente les joies de la maternité. Le père — s'il n'est pas le géniteur — a quand même les joies de la paternité : voir sa femme heureuse, suivre l'enfantement et l'accouchement de sa femme, participer à toutes les phases de l'éducation d'un enfant, faire montre extérieurement de fécondité et se situer socialement comme père.

Et pourtant on ne peut oublier les risques d'ordre psychologique et juridique qui peuvent surgir. Notamment si le consentement de l'un a été plus ou moins extorqué par l'autre, par exemple, pour cacher socialement une infécondité jugée honteuse, ou pour affirmer un « droit » à la maternité. Il y a toujours la possibilité que soit découverte un jour l'identité du donneur. Et, même si celui-ci reste inconnu, il y a le risque que la présence de ce tiers perturbe la relation conjugale. Enfin l'inégalité de l'un et l'autre conjoint face à l'enfant peut créer des problèmes : sentiment de supériorité chez la femme ou d'infériorité chez l'homme, attitude revendicatrice et possessive chez la mère ou insouciance chez le père. Ces risques sont évidemment minimes chez un couple mature, équilibré, bien conscient de ce qu'il fait; ils ne sont jamais nuls. De même qu'ils ne sont jamais nuls d'ailleurs dans le cas d'une naissance la plus naturelle possible.

L'enfant, le *bien de l'enfant* constitue un deuxième enjeu de l'insémination artificielle. Je ne parle pas de son bien physique (santé, bonne formation des membres et organes) qui ne semble pas beaucoup compromis, mais de son bien psychique, de son éducation. S'il est jamais un enfant désiré, c'est bien celui de

parents qui sont prêts à recouvrir à l'insémination artificielle pour pallier un défaut du mari. On imagine facilement que cet enfant sera aimé, bien éduqué, etc. Les risques tiennent à la perte de l'entente du couple. Ils peuvent venir aussi d'une attitude anormalement possessive de la mère, ou agressive du père, etc. Ils peuvent provenir enfin du secret : secret inconsciemment traumatisant chez l'enfant, secret malencontreusement révélé ou découvert par hasard.

Ces risques concernant le bien de l'enfant ou le bonheur du couple sont relativement faibles, si du moins les divers intervenants agissent avec discernement et prudence. L'inconvénient majeur de l'insémination artificielle ne se situe pas à ce plan, me semble-t-il, mais à celui bien plus global de l'attitude en face de la vie et de la souffrance. Cela constitue le troisième enjeu : il regarde l'*humanité*, le progrès en humanité.

Qu'on le veuille ou non, il y a dans le recours à l'insémination artificielle, une sorte de conception possessive et captative de la parentalité, l'enfant est voulu *pour* le couple : pour permettre au père de cacher sa stérilité, à la mère d'affirmer sa fécondité biologique. On parle facilement du *droit* de la femme à la maternité : celle-ci revendique l'expérience de la maternité comme élément constitutif de son épanouissement. Qu'est-ce que cela recouvre comme attitude face à l'enfant ? Ce n'est pas le désir de l'enfant qui est dangereux — dans l'adoption et dans l'enfant naturellement conçu, il y a désir de l'enfant aussi — mais cette espèce d'hypertrophie du désir, qui se mue en attitude revendicatrice et agressive. Peut-on vraiment parler d'un droit à l'enfant ? Il ne me semble pas. Nous ne sommes pas dans l'ordre du droit : un droit entraînant pour les autres le devoir d'y répondre, de faire tout ce qui est possible pour y répondre. Certaines comparaisons sont éloquentes. Ai-je le droit de chanter juste parce que c'est un épanouissement humain de bien chanter : ai-je le droit à un quotient intellectuel élevé parce que d'autres en bénéficient ?

La stérilité du mari constitue une souffrance. La non-fécondité de l'épouse en constitue une seconde encore plus grande peut-être, parce que celle-ci ne dépend pas d'elle. On fait alors normalement appel à la médecine pour pallier cette déféctuosité de l'homme, pour supprimer cette souffrance. La médecine ne pouvant rien, on recourt à la technique pure. Tout cela ne recèle-t-il pas un refus de la limite, un refus de la souffrance, un refus de l'échec de la médecine. Et comme la souffrance et l'échec tiennent à la condition humaine, n'y a-t-il pas subrepticement dans l'insémination artificielle une sorte de refus de la condition humaine. Le désordre n'est pas évident et immédiat; mais n'y est-il pas en germe ?

Finalement l'IA ne met-elle pas sur la voie d'une vision technicienne de la vie humaine. L'homme est maître de la vie : il l'appelle à volonté, la manipule à son gré. La vie humaine ne surgit plus de la gratuité, de la fantaisie, de l'acte d'amour : elle est le fruit de l'intervention technique, le produit des « biocrates » pour reprendre le terme d'un titre de livre révélateur. Tout ce que connote l'expression « avoir un enfant de *toi* » est remplacé par l'attitude possessive, revendicatrice que révèle la formule « avoir un enfant ». Et avec le souci eugénique qui se greffe aux banques de sperme, l'enfant devient de moins en

moins un mystère qu'on accueille, pour devenir de plus en plus un code qu'on programme. On veut se garantir contre les handicaps possibles, en attendant de pouvoir décider de la sorte de rejeton qu'on voudra. À la limite la vie humaine devient dépersonnalisée. On ne peut éviter de percevoir en filigrane les robots du « meilleur des mondes » d'Aldous Huxley.

Dans un monde où l'indice personnel et historique garde une importance primordiale, la « dépersonnalisation » de la fécondation correspond à une difficulté qui nous semble insurmontable; cette difficulté ne tendrait à disparaître que dans un monde anonymisé, où l'individu serait de moins en moins apprécié dans son unicité et de plus en plus traité comme simple spécimen affecté d'un numéro d'ordre. La personne humaine n'est-elle pas, à notre époque, menacée, non par la technique elle-même mais par la mentalité technologique qui subordonne les valeurs aux techniques, et par la collectivisation ? Recourir à des procédés tels que l'insémination artificielle, n'est-ce pas faire comme si le monde anonymisé était déjà le nôtre, n'est-ce pas contribuer à son avènement ?

L'illusion serait de croire qu'on peut rester dans un ordre de valeurs déterminé tout en recourant à des procédés qui supposent la négation de ces mêmes valeurs⁸.

Karl Rahner refuse l'IAD pour des raisons analogues. Son argumentation porte moins sur l'IAD que sur la manipulation des gènes, la transformation des gènes, le souci eugénique. En réalité, il croit que tout ceci est déjà impliqué dans l'IAD : la même attitude fondamentale y est à l'œuvre.

On ne peut pour justifier l'IAD faire appel à la « bonne intention » ou à la « juste fin ». Pas plus que la prostitution n'est justifiable, même si la femme qui se prostitue pour faire plaisir à un pauvre homme suscite quelque sympathie.

Orientation

Concrètement, la qualité morale de l'insémination artificielle dépend des conditions mêmes de l'intervention. Il y a une différence importante entre l'intervention pratiquée, par exemple par les CECOS en France (don gratuit d'un couple fertile à un couple infertile) et celle pratiquée dans certains autres centres (paiement du sperme, donneur célibataire, etc.). Le sérieux et le sens moral des intervenants seront toujours les meilleurs gages de la qualité morale de l'intervention. On peut se demander cependant si un qualificatif moral intrinsèque ne s'attache pas à l'IA.

Cette question d'une qualification intrinsèque de l'IA n'est pas résolue. Les uns, dans la foulée de Pie XII, disent : on n'a pas de preuves valables de sa moralité. Les autres, faisant un raisonnement contraire, disent : puisqu'il s'agit d'une intervention faite dans un but altruiste, par des intervenants sérieux, on ne voit pas pourquoi elle serait immorale. On est renvoyé à des attitudes de fond divergentes. Pour ma part, ni l'une ni l'autre attitude ne ravissent mon assentiment. La première me gêne parce qu'elle est trop tournée vers le passé. L'Église a

8. Cf. R. TROISFONTAINES, *op. cit.*, p. 109.

trop souvent condamné des interventions qu'elle s'est ensuite empressée de louer une fois qu'elles furent apprivoisées. La seconde attitude me laisse aussi hésitant. Elle fait trop confiance au progrès et à la technique, alors qu'il y a des enjeux vitaux.

Puisqu'il faut cependant se décider, puisqu'il faut une orientation aujourd'hui, il semble utile de distinguer les situations.

1° L'insémination artificielle avec le sperme du mari me semble clairement acceptable. Les risques psychologiques et juridiques sont pratiquement nuls. Il n'y a pas de danger de visée eugénique excessive. Le bien de l'enfant est assuré. La valeur de la paternité et de la maternité biologique justifie le recours à la technique. L'attitude technicienne est presque inexistante. Au fond la technique est mise clairement au service de l'humain i.e. au service d'un projet d'amour et de fécondité valable. On ne saurait admettre avec les moralistes classiques que l'être humain puisse intervenir sur toutes ses fonctions, sauf la fonction sexuelle.

Le moyen de se procurer le sperme n'offre pas une difficulté insurmontable. La masturbation pratiquée dans ce but et dans ce contexte ne me semble pas comporter de condamnation morale : on est loin en effet du plaisir solitairement recherché. Le contexte au contraire assimile cet acte aux jeux érotiques qui accompagnent normalement l'acte conjugal.

Si j'acquiesce aussi fermement à l'IAC, pour régler une défectuosité actuelle; je n'en approuve pas pour autant tout ce qu'on peut faire avec le sperme du mari. Aussi gardé-je beaucoup d'hésitation face à la conservation du sperme d'un homme qui se fait vasectomiser mais qui veut se garantir contre un éventuel retour de volonté procréatrice. D'une part, l'homme doit savoir assumer la responsabilité (les risques, les inconvénients) de ses choix. Et, d'autre part, cette intervention oblige à mettre sur pied les banques de sperme et tout l'éventail technique que l'on connaît dans l'IAD.

2° L'insémination artificielle avec le sperme d'un donneur, dans l'état actuel de mes réflexions, ne me semble pas acceptable. Malgré ses côtés positifs (don gratuit d'un couple fertile; désir d'enfant chez un couple éducateur), les réserves l'emportent. Ces réserves tiennent aux risques psychologiques et juridiques aussi bien pour le couple que pour l'enfant. Elles tiennent aussi à la dissociation sexualité-fécondité. Il y a quelque chose d'obscène à ce qu'une femme soit fécondée par le sperme d'un homme autre que son mari. Si l'épouse est enceinte par suite d'un adultère, le conjoint est appelé à accepter et à aimer cet enfant comme le sien propre. Mais on est alors face à un mal qu'il faut réparer, dont il ne faut pas faire porter les conséquences à un enfant innocent; ce n'est pas la même chose de provoquer délibérément cette situation. Et par ailleurs, la masturbation du donneur, tout en ayant une fin altruiste, ne peut guère prendre le sens d'un jeu érotique analogue aux préludes de l'acte conjugal. Mes réserves face à l'IAD tiennent enfin à tout l'appareillage technique et techniciste impliqué dans les banques de sperme ici nécessaires. On est alors inséré dans l'engrenage d'une vision eugénique et techniciste de la vie humaine.

3^o Quant à l'insémination artificielle chez une femme célibataire, elle mérite à mon avis une ferme opposition. Je ne veux pas reprendre ce qui a déjà été dit et qui s'applique ici. Je me contente d'évoquer une justification spécifique : cette IA ne s'insère pas dans un projet de fécondité valable. Le bien de l'enfant en effet n'est pas normalement assuré. Les psychologues mettent à bon droit en garde contre ces femmes qui auraient une telle peur du sexe qu'elle refuse d'aimer un homme. Ou contre ces féministes qui voudraient avoir un enfant à elles seules. Quelle sorte d'éducation donneront-elles ? Une femme célibataire peut bien adopter un enfant : il s'agit alors, malgré la difficulté de l'éducation dans une famille monoparentale, de viser le bien de l'enfant déjà né, d'améliorer son sort, et de lui éviter les inconvénients de la vie en institution. Il ne s'agit pas comme dans l'IA de provoquer délibérément des situations difficiles. Par ailleurs, je ne comprends pas que l'on puisse parler d'un droit à la maternité. L'enfant n'est pas un droit, mais une responsabilité. On ne l'a pas « pour soi », mais « pour lui ».

Ces jugements moraux peuvent paraître assez négatifs, restrictifs même. En tout cas, ils découlent d'une recherche éthique loyale. Je n'ai pas été mené, du moins je l'espère, par le plaisir de m'opposer au développement scientifique, mais par le seul souci de protéger certaines valeurs humaines et, partant, un certain sens de l'homme. Il faut parfois avoir le courage de dire non, comme le constate K. Rahner, même si cela ne devait pas changer grand-chose aux pratiques courantes. L'ennui pour le moraliste est d'arriver trop tard, de juger après coup et comme de l'extérieur. Cela n'invalide pourtant pas le jugement éthique; cela ne fait qu'urger la nécessité que les scientifiques soient eux-mêmes moralistes, afin que le souci éthique soit présent à toutes les étapes de la recherche.