

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 78 (1980)

Heft: 7-8

Artikel: L'insémination artificielle

Autor: Leu, Yvonne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951167>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'insémination artificielle

Nous avons l'aimable autorisation de publier le travail de diplôme de Madoiselle Yvonne Leu qui fit ses études de sage-femme à Lausanne de 1978 à 1979.

Nous espérons que ce sujet éveillera des remarques chez de nombreux lecteurs. Toutes les suggestions peuvent être adressées à la rédaction qui transmettra.

Historique

Au début du siècle, l'insémination artificielle se pratiquait déjà, quoique de manière presque clandestine. Peu de gynécologues acceptaient cette pratique et les donneurs étaient rares. Lors d'une insémination, le médecin organisait une partie de cache-cache entre le donneur et la receveuse pour préserver l'anonymat.

Avec, en 1953, l'apparition des techniques de congélation du sperme, tout a changé. La médecine vétérinaire, en premier lieu, a largement profité de ce nouveau mode de procréation, principalement appliqué aux bovins. On utilise la semence d'excellents géniteurs pour améliorer la qualité du cheptel et on évite également la propagation des maladies vénériennes.

Chez les humains, ce n'est pas à des fins eugéniques mais pour venir en aide à des couples frappés de stérilité que l'insémination artificielle s'est développée.

Les techniques de congélation ont conduit à la création de banques du sperme, d'abord aux USA, puis au Japon.

En France, le premier Centre d'Etude et de Conservation du Sperme humain a été créé en 1973 à l'hôpital Bicêtre à Paris. Actuellement, il existe treize de ces centres. (La documentation réunie provient essentiellement des expériences françaises. Ce travail sur l'insémination artificielle en découle.)

En Suisse, il existe deux banques du sperme, l'une à Berne, l'autre à St-Gall. D'autres hôpitaux pratiquent des inséminations, mais seulement avec du sperme provenant du conjoint (IAC).

Il est intéressant de remarquer que les législations tant française que suisse n'ont pas encore réglé et codifié tous les problèmes relatifs à l'insémination artificielle avec donneur. Pourtant, elle se pratique depuis plus de cinq ans et environ 800

naissances post IAD sont enregistrées chaque année en France.

Généralités

Dans un contexte contrasté de *surpopulation* dans les pays pauvres et de *dénatalité* dans les pays riches, il est difficile de se représenter qu'autant de couples fassent tant d'efforts pour avoir des enfants. Ce n'est plus une obligation sociale d'avoir des enfants. Pourtant, actuellement, la plus grande partie des couples mariés en désirent.

Dans les pays occidentaux, on estime que la fréquence des stérilités conjugales se chiffre à un à deux couples sur dix. Il s'agit plutôt d'infécondité, englobant l'incapacité de concevoir et l'infertilité par avortements répétés ou par partus immatures. D'une manière générale, on peut diviser les causes de la stérilité conjugale comme suit:

1/3 intéresse la femme seule,
1/3 intéresse l'homme,
et le dernier 1/3 intéresse les deux conjoints à la fois.

Les couples présentant des problèmes de stérilité ne sont donc pas rares. Certains s'accommodent de cette situation. D'autres, au contraire, sont très touchés et n'hésitent pas à tout tenter pour réaliser leur désir d'enfant. L'insémination artificielle offre une nouvelle possibilité de combler le *désir d'enfant*, ceci dans les cas de stérilité masculine essentiellement.

Le sujet de l'insémination nécessite une connaissance approfondie si l'on désire se faire une opinion personnelle. La procréation est un sujet des plus fondamentaux et il est appréhendé de manières très diverses.

Pourquoi des enfants?

Le plus souvent, la venue d'un enfant n'a pas à être justifiée, elle fait partie de la vie, c'est une chose na-

turelle, un instinct. Toutefois, de nos jours, l'enfant doit trouver sa place dans l'ensemble des projets que font les adultes.

Avant d'en arriver au choix de l'insémination, le couple a suivi tout un cheminement. Tout d'abord, les partenaires décident que le moment est venu d'avoir un enfant. Et puis le temps passe, aucun signe de grossesse.

Si l'on approfondit la signification psychologique du désir d'enfant, on aborde des *motivations* dont nous avons plus ou moins conscience.

- Tout d'abord, la signification *érotique*, les plaisirs que procurent le contact cutané, l'allaitement. Toute la relation très privilégiée de la mère avec son nourrisson. Mais actuellement beaucoup d'hommes s'occupent également de leur bébé et découvrent ces plaisirs.
- Ensuite, la femme enceinte a la satisfaction d'*exhiber* son ventre, elle est fière de son état et elle polarise l'attention de son entourage.
- Il y a aussi la peur de la mort et l'enfant permet en quelque sorte de se perpétuer par l'enfant-morceau-de-sa-chair. En voici une illustration: sur un ton de plaisanterie, un père dit de son futur fils «mon héritier». Et puis, il est fréquent qu'un couple attende un enfant peu après le décès d'un parent ou d'un grandparent.
- Dans certains pays, avoir des enfants constitue une preuve de la virilité masculine.
- Enfin, pour de nombreux couples, l'enfant diversifie la vie en lui donnant un sens. L'enfant parachève le couple.

En réalité, nous navigons tous entre deux extrêmes:

- avoir un enfant qui nous console de nos échecs, dans lequel nous projetons quantité de réussites et
- avoir un enfant que nous élevons pour lui-même, pour ce qu'il est, sans qu'il lui soit nécessaire d'apporter toutes sortes de satisfactions.

Tantôt nous nous situons davantage sur le premier registre, tantôt sur le second.

Définitions

L'insémination artificielle consiste à déposer le sperme dans les voies génitales féminines en dehors de tout coït.

1. L'insémination artificielle homologue ou homo-insémination ou encore *insémination artificielle avec sperme du conjoint (IAC)*.

Les trois expressions sont synonymes, mais la dernière énoncée plus clairement est la plus usitée.

2. L'insémination artificielle hétérologue ou hétéroinsémination ou encore *insémination artificielle avec sperme du donneur (IAD)*.

Là aussi, c'est la dernière expression qu'on utilise le plus.

D'autre part, il est utile d'indiquer si l'insémination se pratique avec du sperme frais ou du sperme congelé. L'endroit où se fait l'insémination a son importance: *cervico-vaginale ou intra-utérine*.

3. Les donneurs

Ils sont âgés de 30 ans en moyenne. Leur origine socio-professionnelle est variable, mais tend vers la moyenne supérieure. Ils ont environ deux enfants.

Les donneurs sont recrutés de deux manières.

- Soit on les *rétribue*, il s'agit alors souvent d'étudiants ou de personnel travaillant dans les hôpitaux.
- Ou alors, le donneur *fait don* de son sperme. Dans ce dernier cas, le donneur a été sensibilisé, d'une manière ou d'une autre, aux questions de conception et de fertilité, soit personnellement, soit dans son entourage. Mieux encore, il s'agit d'un *don de couple*, l'épouse du donneur acceptant avec son mari de rendre service à un autre couple en difficulté.

Il y a un déséquilibre entre l'offre bénévole et la demande croissante. Ainsi chaque couple se décidant pour l'insémination artificielle avec donneur doit attendre un an avant de mettre ce projet à exécution. Cette longue attente n'est pas vaine, elle donne aux couples demandeurs un temps de maturation qui permet une évolution plus sûre vers l'acceptation ou le refus.

Le sperme est récolté proprement par masturbation, puis examiné. Il doit répondre aux exigences suivantes:

- *Le spermogramme*:
 - a) volume: 2 à 5 ml
 - b) concentration: 60 à 200 millions de spermatozoïdes par ml
 - c) mobilité: 60% des spermatozoïdes bougent après 1 heure et 40% bougent après 4 heures
 - d) morphologie: plus du 70% des spermatozoïdes sont de formes typiques

- *La spermoculture*: négative. Le sperme de qualité médiocre est éliminé.

- Le caryotype: 44 XY

- *L'arbre généalogique*: pas de malformation congénitale, pas de maladie mentale

Ensuite, on respecte les caractéristiques du couple receveur, à savoir: la taille, la couleur des yeux, des cheveux, le groupe sanguin, de manière à ne pas introduire de caractère inexistant.

Pour conserver le sperme, on le mélange à une substance cryoprotectrice à base de glycérol et de jaune d'œuf. Puis il est réparti en paillettes de 0,25 ml, ce qui correspond à une dose d'insémination. Chaque paillette est inventoriée selon les caractéristiques du donneur, puis elle est plongée dans l'azote liquide à -196 degrés centigrades. La durée de congélation importe peu. Par contre, malgré un bon spermogramme, les spermatozoïdes peuvent parfois mal tolérer la congélation. C'est pourquoi il convient de tester la qualité après décongélation. Les spermatozoïdes doivent pénétrer une glaire ovulatoire témoin,

Les indications

Dans quelles situations peut-on pratiquer une insémination artificielle avec le sperme du conjoint (IAC)?

IAC avec sperme congelé

Il est utile, surtout chez les jeunes, de proposer la conservation du sperme avant un traitement nocif pour la spermatogénèse (antimitotiques, immunodépresseurs, radiothérapie). Car un nombre croissant de ces sujets guérissent et viennent poser le problème de leur fertilité, après par exemple:

- La maladie de Hodgkin
- le CA testiculaire
- la vasectomie. Un enfant peut décéder brusquement des suites d'un accident. Une nouvelle grossesse ne remplacera pas cet enfant, mais offrira tout de même une alternative valable à ces parents.

IAC avec sperme frais

On rencontre

- les problèmes balistiques (hypospadias, épispadias)
- les problèmes sexologiques (anéjaculation coitale, éjaculation anté-portas, impuissance)

- l'oligospermie (moins de 60 millions de spermatozoïdes)
- l'asthénospermie (diminution de la mobilité des spermatozoïdes)
- l'oligoasthénospermie
- la cryptorchidie. La non-migration des testicules dans les bourses peut occasionner des problèmes de stérilité même si elle a été traitée dans l'enfance.

Dans les cas d'oligo- et d'asthénospermie, il est possible d'améliorer le sperme.

Lors d'une éjaculation, le sperme est expulsé par saccades. La première fraction contient les sécrétions prostatiques et la majorité des spermatozoïdes (plus de 75%). La deuxième comprend les sécrétions vésiculaires et le restant des spermatozoïdes. La récolte du premier jet uniquement, permet donc d'obtenir une meilleure concentration en spermatozoïdes.

Une autre méthode, plus sophistiquée, permet de sélectionner les spermatozoïdes les plus mobiles. Tout d'abord, on filtre le sperme sur de la laine de verre et sur du serumalbumine pour obtenir un concentré de spermatozoïdes. Puis on les met en contact avec un milieu exagérant les différences de motilité. Seuls les spermatozoïdes véloces pénètrent ce milieu.

L'adjonction de caféine améliore aussi la motilité des spermatozoïdes.

L'éjaculat a pour destination naturelle le vagin. Les mucus cervical pré-ovulatoire lui assure le meilleur accueil. Pourtant l'insémination artificielle intra-utérine s'avère parfois payante. Ainsi s'il y a formation d'anticorps antispermatozoïdes ou dans certains cas d'oligoasthénospermie, le chemin à parcourir étant plus court, des spermatozoïdes arrivent jusqu'à l'ovule.

Cependant, même avec ces techniques de pointe, les résultats de l'insémination artificielle avec sperme du conjoint sont souvent décevants. 25 à 30% des IAC *seulement* débouchent sur une grossesse.

Les indications à l'IAD

Dans la quasi totalité des cas, il s'agit de stérilité masculine définitive. Ce diagnostic ne doit bien sûr pas être porté trop facilement. Ce groupe comprend

- l'aspermie sécrétoire
- l'aspermie excrétoire (agénésie déférentielle bilatérale, obstruction des canaux éjaculateurs)
- l'akinetospermie totale

- la teratospermie généralisée (spermatozoïdes microcéphales, sans acrosome)
 - les indications immunologiques
- Ici les résultats s'avèrent meilleurs. 42 à 48% des IAD avec sperme congelé donnent une grossesse. Le plus souvent entre le 3^e et le 7^e cycle.

L'acte d'inséminer

Au préalable, il est indispensable d'établir un bilan du fonctionnement des organes génitaux féminins. On vérifie les paramètres suivants:

- la courbe de température
- la glaire cervicale en période pré-ovulatoire
- les taux hormonaux
- l'hystérosalpingographie

Ensuite, classiquement on vise JO (le jour ovulatoire) d'après la courbe de température. Mais l'expérience montre que le maximum de grossesses s'obtient à J-1 et J-3. Si les caractéristiques de la période féconde du cycle sont présentes: l'ouverture du col, la glaire claire, abondante, filante, l'insémination est pratiquée.

Lors d'une IAD, la patiente passe d'abord chercher une paillette de sperme congelé à la banque. Celle-ci est réchauffée, puis le sperme est déposé dans le col à l'aide d'un pistolet à insémination. Après quoi, la femme reste quelques minutes allongée, le bassin légèrement surélevé.

La pratique d'une IAC est tout-à-fait semblable.

Selon la clinique, on insémine une, deux ou trois fois par cycle. Et si la grossesse ne survient pas, il faut répéter les inséminations de cycle en cycle. Le médecin établit un contrat tacite avec sa patiente, généralement pour six à huit cycles.

Un simple calcul permet de se rendre compte des efforts que ces couples fournissent. Les absences au travail ne peuvent pas être prévenues à l'avance, il faut se justifier sans expliquer le pourquoi. Les fins de semaines et les vacances posent également des problèmes; sans oublier les déplacements jusqu'au prochain centre, les séjours à l'hôtel, seul ou à deux.

Les femmes viennent très angoissées, le moment à passer est désagréable pour elles. Quand on sait combien le psychisme se répercute sur l'organisme féminin, les fréquentes perturbations du cycle n'étonnent pas. Il s'agit autant d'allongement du cycle que d'ovulation précoce. Ceci n'aide évidemment pas à la programmation!

Il faut mentionner que les grossesses obtenues après insémination ne comportent pas davantage de risques tant en ce qui concerne la conservation de cette grossesse que des éventuelles malformations congénitales.

(Suite dans notre prochain numéro)

Nouvelle réglementation des formations du domaine de la santé

La Croix-Rouge suisse, à Berne, réglemente et contrôle actuellement, sur mandat des cantons, la formation de neuf professions soignantes, médico-techniques et médico-thérapeutiques. Elle vient de publier de *nouvelles prescriptions et directives* concernant la formation des sages-femmes, des infirmières de la santé publique et des laborantines médicales, valables pour l'ensemble de la Suisse.

La Croix-Rouge suisse réglemente *nouvellement* la formation des sages-femmes. Les directives prévoient une formation de base de trois ans ou une formation complémentaire d'une année et demie pour le personnel infirmier au bénéfice d'une formation de trois ans. Pour la première fois, la Croix-Rouge suisse réglemente à l'échelle nationale la formation des *infirmières de la santé publique*. Cette formation est destinée au personnel soignant diplômé dont la tâche consiste à promouvoir la santé, notamment dans le domaine des soins extra-hospitaliers. Pour la première fois également, la Croix-Rouge suisse a mis au point un *programme des matières à enseigner* valable dans toute la Suisse pour les *laborantines médicales*.

Les directives représentent les *bases juridiques* de la formation professionnelle. Les 120 écoles reconnues à ce jour par la Croix-Rouge suisse observent ces directives pour établir leur programme de formation. La mise au point de nouvelles directives demande plusieurs années de travail, car elles doivent être soigneusement et judicieusement élaborées et soumises en procédure de consultation aux cantons et autres milieux intéressés. La Croix-Rouge suisse s'efforce d'adapter périodiquement les directives valables pour toutes les formations professionnelles qu'elle réglemente, au vu du développement de la médecine, de la politique en matière de santé et de la pédagogie.



Un poète écrit
aux sages-femmes...

«Il y a beaucoup de choses à
apprendre
Il y a beaucoup de choses à ne pas
perdre»

Ne perdez pas le sourire:
un visage sans sourire rappelle trop
un paysage sans soleil, c'est si ré-
confortant pour celle qui le reçoit.

Ne perdez pas la tendresse:
sans tendresse le monde serait pé-
trifié, sec et froid comme un site lu-
naire.

Ne perdez pas l'enthousiasme:
c'est de lui que naissent les réalisa-
tions, c'est lui qui suscite les saines
ambitions.

Ne perdez pas la volonté:
elle exige beaucoup de nous; ne pas
capituler mais construire toujours
alors que d'autres s'acharnent à dé-
moler.

Ne perdez pas le respect d'autrui:
chaque être est une entité unique
qui a droit au respect de la person-
nalité, de ses convictions. On est
souvent surpris de découvrir des va-
leurs cachées chez les humains
dont on s'attendait le moins. Le res-
pect de la personnalité d'autrui nous
demande de l'accepter tel qu'il est,
sans attendre rien d'autre qu'il ne
puisse nous donner.

Il y a en cette vie des valeurs qui
nous sont données de vivre, qui sont
à la portée de notre cœur et que
nous risquons de perdre.
Dr. M. de Buman