
AUTEURE : INNA AVVAKOUMOVA

Du désir d'enfant au projet de procréation médicalement assistée, que reste-il de nos amours ?

Inna Avvakoumova nous a quittées
brutalement, à l'âge de 27 ans, après
avoir clôturé la rédaction de cette étude.

*Merci d'avoir ouvert au CEFA tes questions
de jeune philosophe et de jeune femme.*

Merci d'avoir cheminé avec nous...

*Une pensée particulière pour Jérôme,
son compagnon, et pour Iryna, sa mère.*

L'équipe du CEFA

Auteure

Inna Avvakoumova

Coordination éditoriale

Lara Lalman

Frédou Braun

AUTEURE : INNA AVVAKOUMOVA

Du désir d'enfant au projet
de procréation médicalement
assistée, que reste-il de
nos amours ?

AVANT-PROPOS

En lien depuis ses débuts avec l'intime des familles, le CEFA souhaitait poser la question du projet familial sous un angle un peu particulier. En 2013, la maternité s'est imposée comme fil rouge de nos réflexions et de nos actions dans une thématique maintenant récurrente : la santé reproductive et sexuelle. Nous avons questionné les pratiques contraceptives et l'accompagnement des IVG en 2010 et 2011, les perspectives de l'amour et de la sexualité en 2012. Il nous paraissait dès lors essentiel d'interroger le désir d'enfant, désir ou projet, individuel ou de couple. D'interroger les balises sociétales qui font ou non émerger ce désir et/ou ce projet, mais aussi d'interroger d'un point de vue plus philosophique les différentes notions d'amour, telles que définies dans la Grèce antique, et comment elles interviennent ou non entre le couple et la procréation.

Chemin faisant, la procréation médicalement assistée, à titre d'exemple singulier de projet d'enfant, est venue mettre en lumière différents enjeux de cette triade amour conjugal-désir-projet, en posant clairement la question collective, et plus précisément une question dont nous ne pouvions nous passer, à savoir l'éthique de l'intervention médicale, miroir de l'intervention sociale dans un espace conçu comme réservé à l'intime.

De l'approche philosophique à un regard sociologique en passant par la psychologie, l'auteure imbrique différentes lectures qu'elle complète par des observations in situ auprès d'un service de Procréation Médicalement Assistée (PMA). Partant de là, il nous a paru particulièrement intéressant d'y apporter une critique vivante en interrogeant trois membres du CEFA, concerné.e.s de près ou de loin par cette éthique de la PMA qui nous ramène d'un certain point de vue à la place du devenir parent comme projet et comme choix dans nos vies, ou autrement dit, comment ce projet est souhaité et donc accompagné par la collectivité.

Nous n'avons ni abordé ni approfondi toutes les facettes des questions posées au départ. Plusieurs interpellations sont apparues au cours du travail mené, mais nous avons dû limiter ce dernier et certaines problématiques restent ouvertes.

SOMMAIRE

I. Faut-il s'aimer pour désirer faire des enfants aimés?	9
[Approches psychosociologique et philosophique]	
1. L'amour ou la manifestation multiple de l'éros, de la <i>philia</i> , de l' <i>agapè</i> et de la <i>storgè</i>	11
2. Tentative de trouver un lien entre l'amour conjugal et le désir d'enfant, ou encore, entre l'amour conjugal et le projet d'enfant	12
3. L'amour parental, la <i>storgè</i> , comme responsabilité gratuite envers autrui, l' <i>agapè</i>	21
II. Comment les couples appréhendent-ils l'intrusion souhaitée de la médecine dans leur projet parental?	27
[Approches bioéthique et clinique]	
1. La fécondation <i>in vitro</i> et l'intrusion souhaitée de la biotechnologie dans le projet parental	28
2. Le statut éthique de l'embryon humain	33
3. Le vécu des couples en consultation psychologique pour une FIV	40
4. L'idéal de l'amour est-il un rempart ou plutôt une considération inutile lorsque la concrétisation du projet d'enfant d'un couple nécessite l'intrusion de la médecine procréative dans son intimité?	48

III. Trois regards critiques pour cerner la bioéthique en matière de procréation médicalement assistée	51
1. Comment le couple vit-il l'intrusion de la médecine dans son intimité, tout en sachant que la technique médicale est toujours un souhait ?	52
2. De quoi la médecine est-elle responsable et jusqu'où peut aller cette responsabilité ?	57
3. La médecine bénéficie-t-elle d'un quelconque droit ou devoir de juger, de contrôler le mode de vie ou la sexualité d'une personne demandeuse de la FIV ?	60
4. Pour ne pas conclure trop vite mais poser les bonnes questions	65

Nous avons tenté d'insérer au maximum la féminisation des mots, car féminiser les mots et les textes, c'est s'interroger sur la pseudo-neutralité de certains mots, c'est rendre une visibilité aux femmes, devenues invisibles dans le langage commun. Celui-ci perpétue en effet la domination du masculin sur le féminin, mais peut aussi être un outil de déconstruction.



I. **Faut-il s'aimer pour désirer faire des enfants aimés ?**

Approches psychosociologique et philosophique

1. L'amour ou la manifestation multiple de l'éros, de la *philia*, de l'agapè et de la storgè

« C'est une évidence qui crève les yeux, qui traverse et bouleverse en permanence nos vies privées. Pourtant, nous osons à peine l'avouer hors l'intimité la plus restreinte : c'est l'amour qui donne tout son sens à nos existences. [...] Sous toutes ses formes, qu'on l'appelle sentiment, passion, tendresse, amitié ou fraternité, qu'il porte sur nos femmes ou nos maris, nos enfants ou nos parents, nos frères, nos sœurs ou nos amis, voire, comme dans la tradition philanthropique et caritative, sur l'humanité entière, c'est lui qui anime notre vie psychique, morale, spirituelle, culturelle et même [...] intellectuelle et politique. Sans lui, rien n'aurait de signification pour nous. Ce serait, pour le coup, le vrai désenchantement du monde. »¹

Aux temps de la Grèce antique, l'amour se définissait suivant quatre catégories : l'éros, la *philia*, l'agapè et la storgè. Tout d'abord, l'éros désigne l'amour dans sa dimension de tendresse physique, de désir sexuel, de passion dévorante et même mortelle. La *philia* se rapproche plutôt de l'amitié, telle qu'on l'entend aujourd'hui, il s'agit d'une forte estime réciproque, d'une sorte d'alchimie entre deux personnes, ce n'est plus un sentiment charnel mais bien spirituel. L'agapè est l'amour de l'autre en tant que tel, une relation pure que l'on rapprocherait aujourd'hui de l'altruisme. C'est un amour qui dépasse l'existence individuelle. Aimer d'agapè c'est aller jusqu'à reconnaître en son ennemi, la figure d'un être humain, sa fragilité. Enfin, la storgè décrit plus proprement l'amour familial, comme l'affection d'un parent pour son enfant.

Toutes ces formes d'amour, ou presque, peuvent être complémentaires, peuvent s'associer et se renforcer mutuellement. Ainsi, l'amour conjugal, la passion amoureuse ou encore l'éros, peut être consolidé par la *philia* et l'agapè. L'amour qu'un parent porte à son enfant, la storgè, peut également être renforcé par l'agapè ou même, dans une certaine mesure, par la *philia*. Enfin, en ce qui concerne la médecine et plus particulièrement la procréation médicalement assistée, nous semble-t-il, la dimension humaine et affective des pratiques et des entretiens est inévitable.

Dans une perspective socio-psychologique et philosophique, nous commencerons par tenter d'établir l'existence ou l'inexistence d'un lien entre l'amour conjugal et le désir ou plus précisément le projet d'enfant. Nous investiguerons les enjeux qui sous-tendent le désir d'enfant et ce qu'on appelle aujourd'hui le projet parental. Cela nous amènera à nous demander en quoi consiste cet amour parental, cette affection que l'on pourrait apparenter à la storgè et à l'agapè. Y a-t-il un lien entre l'amour conjugal (idéalement un mélange d'éros, de *philia* et d'agapè) et l'amour parental (un mixe entre la storgè et l'agapè) ?

Ensuite, nous chercherons le lien entre le projet conjugal d'enfant et la biotechnologie à travers la demande d'un couple d'assouvir son projet d'enfant à l'aide de la

procréation médicalement assistée, en l'occurrence la fécondation *in vitro*. En deux mots, comment appréhender l'intrusion du tiers et de la biotechnique dans le domaine privé du couple ?

L'idéal de l'amour est-il un rempart ou plutôt une considération inutile lorsque le projet de faire un enfant déborde du cadre privé du couple ? L'amour conjugal suffit-il à vivre sereinement l'intrusion de la biotechnique dans le projet d'enfant ? Le projet de la vie à *trois*, un projet aussi intime et privé, n'est-il pas bafoué par l'irruption médicale, et donc publique, dans sa réalisation effective ? Cette intrusion ne remet-elle pas en question l'intimité du couple, ou tout simplement le couple lui-même ?

2. Tentative d'établir un lien entre l'amour conjugal et le désir d'enfant, ou encore, entre l'amour conjugal et le projet d'enfant

« Le désir d'enfant est à la fois banal et sous-tendu par des éléments nombreux et complexes, les uns conscients, les autres le plus souvent cachés à l'individu »². En fait, dans la grande majorité des ouvrages consacrés à ce sujet, le désir d'enfant est décrit comme étant avant tout un désir personnel, conscient ou inconscient, se construisant dès la plus petite enfance. Ces ouvrages dissocient ainsi la dimension personnelle ou narcissique du désir d'enfant (la dimension de l'*éros* dans le sens du désir narcissique qui n'est pas une ouverture à l'autre mais au contraire une concentration sur soi) de la dimension relationnelle ou amoureuse du couple (qui comprend aussi la *philia* et l'*agapè*, deux formes d'amour indispensables pour s'ouvrir à l'autre). Le désir d'enfant serait donc indépendant de l'amour conjugal.

L'amour entre deux personnes est loin d'être la seule condition pour désirer un enfant. « Remarquons que l'amour, le désir et la jouissance ne sont pas toujours tous trois présents et qu'ils sont rarement les seuls fils de cette tresse qui rassemble deux parlêtres³ et les amène à poursuivre leur vie de couple : le désir d'enfant, la parole donnée, l'inscription sociale, laïque ou religieuse, les intérêts économiques peuvent aussi intervenir dans la constitution d'un couple. »⁴ Dans un couple, il peut y avoir l'amour

1. FERRY Luc, *La révolution de l'amour, Pour une spiritualité laïque*, éd. Plon, Paris, 2010, pp.11-12
2. DAVID Didier, « Le désir d'enfant », in *Le diagnostic prénatal, Aspects psychologiques*, par Didier David, Sylvie Gosme-Séguret, éd. ESF, coll. La vie de l'enfant, Paris, 1996, p.15
3. *Parlêtre* : contraction des mots *parler* et *être*, terme initié par Jacques Lacan.
4. De NEUTER Patrick, *Le couple et les paradoxes de l'amour*, dans Bulletin freudien, n° 21, 1993, p.9

et aussi le désir d'enfant. Mais l'un et l'autre se distinguent. Il est tout à fait possible de s'aimer sans pour autant désirer procréer ensemble. Ou procréer sans s'aimer. Il faut bien le dire car aujourd'hui, à vouloir tellement parler d'un désir soi-disant naturel d'enfant, les choses deviennent confuses.

Bien qu'il nous paraisse *banal* et *naturel*, le désir d'enfant renferme beaucoup de paradoxes et de contradictions. En effet, il « est essentiellement ambivalent, complexe, contradictoire, mais exigeant et commandant toute notre existence à chacun d'entre nous. [...] Ambivalence, transgression, aveu d'un désir défendu, désir conscient et inconscient, le désir d'enfant est tout cela à la fois. »⁵ L'énigme de ce désir ne sera sans doute jamais résolue car « avoir un enfant c'est aussi avoir un enfant de soi-même, un autre soi-même. [...] Avoir un enfant, c'est aussi avoir un enfant de l'autre, de l'amour. [...] Avoir un enfant, c'est prolonger sa famille, c'est faire ce que ses parents ont fait. [...] C'est enfin la lutte contre la finitude et la mort, c'est la récupération du fantasme d'immortalité. »⁶ Il y a autant de définitions qu'il y a de sentiments.

On pourrait dire que le désir de procréer dépend du contexte social, culturel, familial et relationnel. Il dépend aussi de l'expérience singulière d'une personne, de son sexe et de son genre, et commence dès la petite enfance pour évoluer ensuite tout au long de son existence. « L'enfant imaginaire qui vit dans la tête de chacun de nous va subir des remaniements profonds tout au long de notre enfance et de notre adolescence. Il prendra ses significations différentes selon chaque homme, selon chaque femme et selon l'histoire personnelle de chacun. »⁷

Autrefois, on ne parlait pas du désir d'enfant comme tel, même si cette idée a bien évidemment toujours existé⁸, vouloir un enfant n'est bien évidemment pas une idée récente. « Cela peut paraître conforme à l'injonction divine : 'Croissez et multipliez-vous' ; conforme à l'ordre social : 'Fonder une famille', avec des standards qui varient suivant les temps, les lieux, les époques. »⁹ Mais parler du désir d'enfant comme nous le faisons aujourd'hui est plutôt particulier. En effet depuis la mise sur le marché de contraceptifs hormonaux et les revendications féministes du droit à la contraception et à l'avortement, et de l'évolution de la médecine de la procréation, la notion de désir d'enfant est devenue quelque chose qui va de soi. C'est à notre époque que les femmes parlent de l'existence ou de l'absence de leur désir d'enfant. Autrefois, l'enfant venait spontanément ou par surprise, les parents ne prenaient pas nécessairement le temps de méditer sur l'éventuelle présence ou absence de leur désir d'enfant. À présent, avec la contraception et les procréations médicalement assistées, les couples peuvent plus facilement retarder ou complètement exclure l'arrivée d'un enfant. Actuellement, lorsqu'un enfant ne vient pas, ce n'est plus à cause d'une *malédiction* mais souvent par décision volontaire. De manière caricaturale, la contraception est née pour retarder la conception et les techniques de la médecine procréative se perfectionnent pour, entre autre, réparer ou rattraper ce retard.

« Depuis que la sexualité est coupée de la procréation par la contraception et, de manière plus profonde et inversement, par la procréation médicalement assistée, le désir sexuel et le désir d'enfant sont devenus des notions séparées. »¹⁰ Notre époque aurait donc souligné cette séparation entre le désir sexuel et le désir d'enfant. Toutefois, nous le verrons plus loin, c'est justement parce que ces deux notions sont devenues aussi distinctes, qu'est apparue la pression du désir d'enfant, surtout chez les femmes. Dans la société d'autrefois, la suite logique du couple était la reproduction, et non pas la question du désir d'enfant et du choix conscient d'avoir ou de ne pas avoir des enfants. Aujourd'hui, vivre d'amour est devenu notre objectif idéal, c'est avant tout l'épanouissement affectif, sexuel, personnel, etc., avec son/sa partenaire qui prévaut et *doit* pousser à l'envie et au désir d'avoir des enfants qui seront aimés. Or, cela ne va pas de soi. Le désir d'enfant est une chose, le projet d'enfant en est une autre. Nous le verrons aussi plus loin, c'est dans le projet d'enfant que l'amour conjugal pourrait jouer un rôle. Le désir d'enfant est souvent inconscient, il peut même devenir un non désir. Il est très complexe et souvent indépendant de l'amour conjugal et du projet parental d'enfant.

Le désir d'enfant n'est pas inné ou naturel. On l'observe bien à notre époque. La contraception est un élément de ladite libération sexuelle chez les femmes. « Mais à la suite de cette libération qui dissociait sexualité et reproduction, dans son sillage même, les femmes ont en fait été lentement soumises à une autre forme d'aliénation : elles devraient 'normalement' ressentir un 'désir d'enfant', comme une pulsion, sur le même mode que l'autre désir »¹¹, à savoir le désir amoureux et sexuel envers son partenaire. En fait, « la société ne peut se passer de la reproduction sexuée, l'espèce humaine ne peut suivre sans elle. La cause humaine, c'est la cause du sexe. »¹² La contraception, faisant cette distinction symbolique entre sexualité et procréation, a ainsi été rattrapée

5. PEILLE Françoise, *Appartenance et filiations, être enfant de quelqu'un*, éd. ESF, Coll. La vie de l'enfant, Paris, 1997, pp.21-23
6. *Ibid.*, p.22
7. *Ibid.*, p.29
8. Dans plusieurs de ses livres, Aldo Naouri, pédiatre français, souligne que le désir inconscient s'imposant à la volonté, les enfants issus de grossesses surprises sont considérés comme des « enfants non désirés », alors qu'ils sont en réalité d'abord des « enfants non voulus ».
9. *Ibid.*, p.22
10. FOUREZ Marie-Thérèse, *L'enfant du désir ?, Paroles de femmes, Paroles de mères*, éd. L'Harmattan, coll. Psychanalyse médecine société, Paris, 2004, p.97
11. PAROT Françoise, TEITELBAUM Ephraïm, *Des enfants sans toi et moi*, éd. Flammarion, Paris, 2002, p.58
12. *Ibid.*, p.59

par la pression sociale imposée aux femmes – forcément mères en puissance – de devoir un jour désirer un enfant. N'est-ce pas la raison pour laquelle certaines femmes culpabilisent ou ne comprennent pas ce qui leur arrive lorsque le désir d'enfanter ne frappe pas à leur porte ? Car la nature humaine ne cède pas au forçage. Impossibilité biologique, impossibilité psychique, convictions et évolution personnelles sont autant de facteurs qui peuvent empêcher de répondre aux exigences sociales, tout en y étant imbriquées.

Sans bien évidemment dévaloriser ces techniques, ne pourrait-on pas entre autre envisager l'apparition des PMA comme une réaction à la résistance du corps humain à l'exigence sociale de *toujours se reproduire et surtout avec désir* ? N'auraient-elles actuellement pas un tel succès car *il faut combattre l'infertilité des corps, des couples* ? Dans ce contexte surgit l'hypothèse d'un paradoxe : la société veut que du plaisir sexuel advienne la reproduction, que le désir d'enfant soit inné, mais elle promeut la médecine procréative avec ses restrictions intrinsèques, ses règles, ses ponctualités, elles-mêmes inhibitrices du désir sexuel. Prenons la fécondation *in vitro* : comment spontanément ressentir du désir sexuel pour son/sa partenaire quand l'acte sexuel devient pour ainsi dire une prescription médicale, *un médicament à prendre* à une heure précise ? L'existence de la médecine procréative me paraît extrêmement importante surtout à notre époque où le spermogramme¹³ est de moins en moins bon, et où les couples se forment de plus en plus tard, avec le risque d'une fertilité moins grande. c'est seulement qu'il ne faudrait pas confondre désir sexuel et désir d'enfant. Comme souvent la société nous pousse à le faire avec cette idée que la contraception devra un jour être abandonnée au profit d'un supposé *désir conjugal d'enfant*.

Non seulement, du point de vue de la procréation, notre société confond le désir et le projet mais elle confond aussi le naturel et le construit. Même si tout nous pousse à le croire, désirer un enfant n'est pas forcément inné ou figé, cela évolue tout au long de nos existences singulières : du désir vers un non désir et inversement. Mais on fait croire socialement aux femmes que pour être une *vraie* femme, il faut enfanter en ressentant ce *désir naturel* de procréation dépendamment de leur relation avec l'homme qu'elles aiment. « **Les femmes d'aujourd'hui sont mises ainsi devant cet autre type de normalisation par la maternité.** »¹⁴ Où s'exprime la féminité d'une femme ? Son ventre ? Son sexe ? On n'en a toujours pas fini de découper le corps féminin et de le régenter.

Les PMA, là où normalement le désir sexuel n'intervient pas, peuvent être révélatrices du désir d'enfant. « **L'assistance médicale à la procréation est indissociable de la contraception dont elle n'est en somme que l'envers du même souci d'échapper au hasard distributif de l'hypo- ou de l'hyper-fertilité. [...] Faire un enfant est devenu un choix et dès les années 1960, nombre de sociologues et de psychothérapeutes ont commenté ce concept nouveau, le 'désir d'enfant'. L'entreprise la plus spontanée**

du monde s'est en fait trouvé des théoriciens pour tenter d'en découvrir le moteur. Puisque aujourd'hui faire un enfant procède d'une décision, un tel acte doit forcément être intelligible. »¹⁵ Il y a de moins en moins de spontanéité dans la procréation, devenue de plus en plus réglementée par des implications externes au désir amoureux ou sexuel, désir spontané, porté à son/sa partenaire. Aussi, à l'inverse, le désir d'enfant s'est trop confondu avec une sorte de projet inévitable issu de l'amour conjugal.

Avant d'aller plus loin, précisons que le projet d'enfant peut évidemment être lié au désir d'enfant. Si nous avons avancé l'hypothèse que l'amour conjugal n'est pas la cause de ce désir, il n'est pas pour autant exclu que celui-ci puisse être lié au projet parental. L'amour conjugal peut conduire au projet parental, il peut aussi rendre le désir d'enfant conscient. Rien n'est exclu et rien n'élimine la possibilité que le désir et le projet, l'abstrait et le concret, soient en lien étroit.

Le modèle multidimensionnel du thérapeute transgénérationnel Ivan Boszormenyi-Nagy « semble être relativement approprié pour réunir les fragments des divers aspects de ce fameux 'désir d'enfant'. »¹⁶ Cependant, nous pourrions également parler de *projet* d'enfant car il semble que le *désir* d'enfant soit plus enfoui et confus que le *projet* d'enfant qui, quant à lui, permet davantage d'imaginer sa vie autrement, de se projeter avec l'enfant. Cependant, évidemment, l'inconscient y joue beaucoup et c'est aussi pour cela que l'expression *désir d'enfant* convient tout à fait à ce modèle multidimensionnel d'Ivan Boszormenyi-Nagy¹⁷. Disons plutôt qu'ici *désir* et *projet* semblent complètement noués.

Ce modèle est structuré en quatre dimensions :

Tout d'abord, il y a *les données factuelles*. « Certains déterminants somatiques et culturels nous sont quasi imposés. »¹⁸ Il y a d'une part des facteurs liés à la réalité du corps physique et biologique. « Pourquoi certaines personnes sont-elles merveilleusement servies et d'autres affectées de toutes les disgrâces ? Pour rendre compte

13. *Spermogramme* : examen médical au cours duquel on analyse le sperme humain, souvent dans le cadre d'un bilan de stérilité.

14. PAROT Françoise, *op.cit.*, p.65

15. ROEGIERS Luc, « Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation », in *Guérir les souffrances familiales, 50 spécialistes répondent*, par ANGEL Pierre et MAZET Philippe, PUF, Paris, 2004, p.348

16. *Ibid.*, p.348

17. Modèle lu par Luc Roegiers.

18. *Ibid.*, p.349

de cette répartition apparemment aveugle, les modèles les plus divers ont fleuri au cours de l'histoire: la représentation d'un châtiment divin, les mythes de la fée ou de la sorcière penchée sur le berceau, l'ésotérisme et ses sorts bénéfiques ou maléfiques... »¹⁹ Le corps humain n'est pas une machine, il ne peut pas se conformer aux pressions extérieures.

D'autre part, nous sommes aussi déterminé.e.s par notre contexte culturel. « Aujourd'hui, que nous le voulions ou non, nous héritons d'une culture 'procréative' porteuse de deux messages forts et plutôt contradictoires. »²⁰ Le premier message est que l'enfant « est l'étoile de la société. [...] Pour la première fois de l'Histoire, le savoir ne descend plus des générations passées aux générations à venir. »²¹ Aujourd'hui, il revient à l'enfant « d'inventer des solutions à nos impasses économiques, sociales, relationnelles; à lui de devenir tête chercheuse de ressources et surtout de sens. »²² L'autre message est que pour concevoir un enfant *il faut tout prévoir, tout contrôler*. « Nous ne sommes plus à l'époque de la sélection naturelle. La grande majorité des couples procréent un ou deux enfants et n'ont donc nul droit à l'erreur. »²³ Aussi, avant d'être parents, il faudra d'abord privilégier la construction d'un « nid correct » dont « les branchages qui le composent se nomment aujourd'hui stabilité professionnelle, amoureuse, personnelle... Or, à l'époque des crises de l'emploi, du couple, de l'équilibre psychique, il faut du temps pour installer les bases d'une carrière professionnelle, d'une confiance conjugale, d'une personnalité autonome. Que deviendrait un enfant en plein chantier d'un nid inachevé? Ce serait un empêchement de construire l'épanouissement parental dont il est censé bénéficier. Donc, il attendra le temps nécessaire, au risque paradoxal d'un autre type d'incertitude dans la mesure où la fertilité diminue avec l'âge. Un étrange enfant émerge donc virtuellement de ce contexte, à la fois espéré et redouté, nécessaire et incertain. »²⁴ Les paradoxes ne manquent pas; les futurs parents souhaitent de tout cœur avoir un bébé mais sa venue les terrifie; ils et elles pensent que cet enfant est indispensable à leur couple, à leur bonheur, mais en même temps, ils et elles préfèrent préparer et retarder sa conception au risque d'être moins fertiles, au risque que sa venue devienne de moins en moins certaine.

La seconde dimension du modèle est l'ensemble des *élaborations intra-psychiques*. « Consciemment ou pas, nous attribuons une signification particulière à toute chose. En matière de procréation, l'éclairage psychanalytique permet entre autres de distinguer un aspect plus conscient: le besoin d'enfant; et un aspect plus inconscient: le désir d'enfant proprement dit. »²⁵ Concevoir un enfant, c'est toujours laisser s'exprimer une part narcissique de soi. Quelque fois, on parlera du besoin d'enfant, quelque fois du désir d'enfant, cela dépendra de l'histoire singulière de la personne concernée. « Sur la scène intra-psychique, les fantasmes hérités de nos identifications œdipiennes font également irruption dans le décours de nos pensées et influencent nos actes, mais de façon moins consciente. Cadeau au père, défi à la mère, réalisation d'un désir infantile... cette part fantasmatique constitue selon certains psychanalystes le 'désir d'enfant' au sens strict, susceptible de jouer un rôle activateur ou non de la procréation. »²⁶

La troisième dimension du modèle permettant de comprendre la provenance du désir d'enfant serait l'*organisation relationnelle*. « Les liens conjugaux ou intergénérationnels dans lesquels nous sommes insérés modulent tout aussi puissamment nos prises de position. Notre autonomie ne s'exerce qu'en relation. [...] Ainsi, tout désir d'enfant surgit dans l'équilibre du couple. Paradoxalement, la procréation est vécue comme la perpétuation du projet d'être à deux, [...], alors que cette perspective ouvre précisément le couple à une triangulation déstabilisante. [...] Le couple est par excellence le lien horizontal, contractuel, négocié, décidé. Mais il est traversé par l'axe vertical »²⁷ ou le lien de chacun.e avec sa famille d'origine. « Les situations critiques sont fréquentes autour du projet procréatif, nœud d'articulation entre les relations horizontales et verticales. Elles viennent ébranler le délicat compromis entre la bulle conjugale rêvée lors de la lune de miel et la réalité. La crise du couple, si elle ne s'origine pas dans le projet procréatif, y trouve sans doute une caisse de résonance au point de mériter un souci préventif. Au cœur des hésitations et ambivalences caractéristiques du désir d'enfant se nouent déjà les alliances et conflits qui risquent d'émailler la famille naissante. »²⁸

Allons plus loin, le dernier point du modèle multidimensionnel d'Ivan Boszormenyi-Nagy est l'*éthique relationnelle*. « Cette quatrième dimension est [...] à la base des motivations qui nous poussent à nous engager ou à nous dégager dans la sphère de nos relations proches, celles dont nous avons à répondre. »²⁹ C'est ici qu'intervient le principe de responsabilité parentale et de transmission confiante et gratuite des parents à l'enfant – ces traits essentiels d'amour parental dont il sera question un peu plus tard.

Enfin, « ces quatre dimensions sont autant d'accès possibles, coexistants, compatibles, interconnectés. [...] Ce serait là une démarche aussi réductrice que d'affirmer que tout acte est la résultante d'une série d'événements factuels dont nous ne serions que le jouet. Ou encore, de tout expliquer par les contingences conjugales et familiales. »³⁰

19. *Ibid.* p.349

20. *Ibid.*

21. *Ibid.* pp.349-350

22. *Ibid.*, p.350

23. *Ibid.*

24. *Ibid.*

25. *Ibid.*

26. *Ibid.*, p.351

27. *Ibid.*, pp.351-352

28. *Ibid.*, pp.352-353

29. *Ibid.*, p.354

30. *Ibid.*, p.355

Ces quatre dimensions ne sont que des approches épistémologiques pour tenter de comprendre la motivation du désir parental d'enfant. Toutefois, il n'y a pas de rigidité dans ces explications, celles-ci peuvent s'entremêler, exister ou non, évoluer ou rester comme telles, etc. Fixer les dimensions psychiques, biologiques, culturelles, relationnelles ou encore familiales dans des cases est un exercice voué à l'échec.

Nous comprenons que la société mélange souvent l'amour entre deux êtres sexués et le désir de procréation. Or, nous l'avons vu, les deux ne sont pas forcément liés, l'un peut précéder l'autre mais l'inverse est également possible ; les deux ne sont pas forcément synchrones, même si cette possibilité existe. Le désir d'enfant est surtout lié à soi, tandis que le projet d'enfant et l'amour conjugal sont plutôt liés à l'autre. Mais il n'y a pas de radicalité pure dans ces choses. Tout est possible, le désir et le projet peuvent bien évidemment se révéler en même temps ou être en lien étroit. Le désir d'enfant n'est pas une conséquence logique de l'amour conjugal. Il ne résulte pas forcément de l'amour entre deux personnes, néanmoins, l'*éros* couplé à la *philia* et à l'*agapè* pourrait donner naissance au projet parental d'enfant. Car l'amour conjugal et le projet d'enfant résultent tous deux d'une sorte de désir ou d'amour de l'autre, du différent (de la *philia* et de l'*agapè*). Mais une fois de plus, notons que les relations humaines sont extrêmement complexes et sans même que l'on s'en aperçoive, elles peuvent subtilement s'entremêler.

Le désir d'enfant n'est donc pas synonyme de projet d'enfant. Mais alors pourquoi les partenaires conjugaux se retrouvent aussi souvent confrontés à l'envie d'avoir un enfant ensemble ? Pourquoi entend-on si souvent : *je veux un enfant de lui ou d'elle*, ou encore *je lui ai fait un enfant*, etc. ? Peut-être parce qu'en en parlant, en rendant les choses un peu plus concrètes, le couple parvient à faire advenir des désirs abstraits de chacun.e, quelque chose qui prend l'apparence d'un choix, d'un projet à deux. Le désir d'enfant peut être personnel, cela n'empêche que le projet d'enfant se fera, ou pas, avec l'être aimé.e.

Les malentendus concernant le désir d'enfant sont très fréquents au sein du couple. Mais comment les dissiper afin de prendre la meilleure décision possible ? Comment faire pour ne plus confondre *désir* et *projet* ? Disons que « **désir ou souhait d'avoir un enfant [...] devient projet planifié, quand il est réfléchi et décidé en couple.** »³¹ Dans le désir d'enfant, « l'enfant est assujéti à la dialectique du 'désirable' ou 'non désirable'. **Le désir est le vrai maître de l'enfant. Le désir porte sur l'existence même de l'enfant. En avoir ou pas. [...]** À partir du moment où le désir mène la danse, les désirants sont souverains et normatifs. [...] Le projet ou vœu d'enfant se différencie du désir d'enfant en ce qu'il est une idée consciente, produit d'une réflexion. Ce projet est planifié, à l'époque moderne, grâce à la contraception, dans les meilleurs cas après délibération des futurs pères et mères. C'est ce qu'on appelle la responsabilité parentale. [...] **Le projet se construit à partir du désir réfléchi et parlé, de préférence en couple.** »³² Si l'amour conjugal ne joue pas vraiment de rôle dans le désir d'enfant, étant donné

que celui-ci est lié aux facteurs personnels et aux particularités d'une époque, il peut néanmoins jouer un rôle dans le projet parental d'enfant. « Ce projet d'enfant peut, en effet, être élaboré consciemment à partir des besoins et désirs exprimés par les deux partenaires, de préférence dans un dialogue qui aboutit à une décision commune... »³³ Et c'est généralement un couple dit *mature* qui, en associant les désirs (ou les non désirs) exprimés par chacun.e des partenaires, ira dans le sens d'un réel projet d'enfant (ou d'un abandon consenti de ce projet).

Aussi, il peut arriver, sans avoir au préalable élaboré ce projet d'enfant, qu'une grossesse survienne par surprise. Celle-ci révèle souvent la *maturité* ou l'*immaturité* d'un couple. Car elle pose une double question : « celle de la maturité nécessaire pour s'engager dans une relation stable et celle de savoir quand un couple est prêt à avoir des enfants'. »³⁴ Car l'arrivée d'un enfant déstabilise les habitudes personnelles et conjugales et la reconstruction de celles-ci n'est pas toujours évidente et peut dans certaines situations avoir raison du couple lui-même. C'est dans ce sens que l'adjectif *mature* pourrait expliquer qu'un couple parvienne à dépasser cette éventuelle crise liée à l'annonce ou à l'arrivée d'un bébé.

Pour qu'un couple soit *mature*, seul l'*éros* ne suffit pas, les ingrédients d'une relation solide sont aussi la mise en commun des désirs de chacun.e, le respect et la compréhension de l'autre, l'amitié, la patience, et un certain nombre de choses importantes définies par chaque couple et par chaque partenaire. Ce n'est qu'avec l'acquisition de ces ingrédients que le projet d'enfant pourra être discuté en tout état de cause. En d'autres termes, c'est grâce au dialogue qu'un couple *mature* aura plus ou moins réussi à dépasser les désirs personnels de chacun.e des partenaires pour atteindre une sorte de conjonction de ces désirs issus ainsi de deux sources différentes. Ce qui constituera une nouvelle source, originellement double mais commune à chacun.e. C'est donc sur base de ce désir commun ou conjugal que se construira l'éventuel projet d'enfant. Et c'est dans ce sens que le projet d'enfant pourrait surgir de l'amour conjugal, c'est dans ce sens que l'on pourrait parler de l'enfant comme du *fruit* de cet amour. Bien évidemment, ce n'est qu'une approche des caractéristiques qu'un couple dit *mature* pourrait avoir. Bien sûr, chaque couple et chaque personne pourraient en construire une autre définition. Mais notre sujet portant sur la procréation, nous nous limitons à ce couple qui, dans sa maturité, se projette dans le *devenir à trois*.

31. FOUREZ Marie-Thérèse, *L'enfant du désir ?*, *Paroles de femmes, Paroles de mères*, éd. L'Harmattan, coll. Psychanalyse médecine société, Paris, 2004, p.115

32. *Ibid.*, pp.108-109

33. *Ibid.*, p.78

34. *Ibid.*, p.50

Par ailleurs, le projet d'enfant ne devrait pas céder au forçage d'un soi-disant naturel désir d'enfant, qui est en fait insinué de l'extérieur, désir qu'il faut satisfaire pour avoir une vie *comme il faut*. Peut-on éviter de tomber sous cette pression qui se résume aujourd'hui bêtement par la phrase : « **faire sa vie, c'est avoir un enfant** »³⁵ ? Parce qu'il est en effet possible et normal d'être heureux autrement. Un couple dit *mature* peut bien évidemment être heureux sans enfant. C'est souvent en cédant à quelque chose qui nous est imposé de l'extérieur, que nous faisons des choix de vie qui ne nous conviennent pas et par conséquent ne conviennent pas non plus aux autres. Faire sa vie, ce n'est pas avoir un enfant, c'est plutôt la construire en faisant des choix convenables pour soi-même. Et c'est dans cette construction de vie faite de choix adéquats que le projet conscient d'enfant pourrait émerger plus librement.

Autre pierre d'achoppement : comment éviter de faire des enfants ce qu'ils ne sont pas, à savoir le but ultime des parents pour être heureux ? C'est sans doute parce que les enfants sont devenus tellement désirés, parce que ce désir est devenu socialement obsédant car défini comme indispensable pour s'accomplir (surtout en ce qui concerne les femmes), qu'on leur impose cette charge existentielle. Malgré lui, l'enfant est devenu *celui qui va permettre* à l'adulte de devenir heureux. Aujourd'hui, « **l'enfant se trouve parfois parentifié ; tout se passe comme si nous le considérons comme notre propre parent avant même d'être né ; car déjà au stade de projet, il est responsable de notre avenir. Dès lors, dans la plupart des projets conjugaux, la procréation s'impose comme un objectif prioritaire.** »³⁶ L'enfant n'a plus le temps de grandir. La logique s'est complètement renversée : *le petit se retrouve à border le grand*. Cette mise à l'envers des valeurs peut se révéler porteuse de culpabilité chez l'enfant car celui-ci n'a pas à protéger ou à répondre de ses parents, à subvenir à leur bien-être. Au contraire, il est sensé être protégé par l'amour responsable et gratuit que ces derniers lui portent. Le projet d'enfant n'est en aucun cas le synonyme de projet de devenir heureux.

Pour terminer, le projet d'enfant implique-t-il forcément l'amour parental ? « **La décision de mettre l'enfant en route est déjà un acte parental dont les effets se répercuteront sur la vie de l'enfant.** »³⁷ Autrement dit, un projet conscient d'enfant serait l'une des étapes initiatrices de la relation future entre les parents et l'enfant. Le projet parental d'enfant est déjà quelque part un acte d'amour parental. « **Ce sens paternel ou maternel, qui se construit tout au long de notre existence, et qui aura subi l'évolution et les variations de nos désirs d'enfant, va se trouver devenir un sentiment paternel ou maternel avec la réalité de l'enfant.** »³⁸ Désirer et puis projeter l'arrivée d'un enfant c'est déjà, d'une certaine façon, participer à l'irruption de sentiments parentaux. Bien évidemment, nous ne pouvons pas ignorer l'existence des paradoxes qui entourent les affects et les liens conjugaux et familiaux, néanmoins, si l'on part du principe que projeter d'avoir un enfant est déjà un acte affectif parental, et si, dans nos esprits, cet acte peut être confondu avec l'amour parental, alors on pourrait dire que le projet de procréation constitue les prémices de l'amour que portent les parents envers l'enfant qu'ils désirent et imaginent. Toutefois, la manière d'approcher cette notion d'amour parental est une autre question.

3. L'amour parental, la *storgé*, comme responsabilité gratuite envers autrui, l'*agapé*

Pour entamer ce sous-chapitre, posons d'abord la question : que faut-il pour être parent ? Souvent, la réponse spontanée à cette question est : « pour être parent, il faut avoir un enfant. Mais ce n'est pas si simple : il faut autre chose que posséder pour changer d'état ; car devenir parent, c'est changer... d'état civil, c'est passer de l'état d'enfant de... à celui de parent de... C'est d'abord *concevoir*, puis *mettre* au monde un enfant. »³⁹ Disons simplement que ce n'est pas *avoir* autre chose, c'est plutôt *devenir* autre chose. Aussi, « on entend souvent affirmer que, pour pouvoir être parent, il faut savoir aimer. Comment savoir à l'avance qu'on va savoir aimer ? Est-il suffisant d'aimer ? »⁴⁰ Qu'en-globe cette notion d'amour parental ? Comment être parent et surtout bon parent ?

Aujourd'hui, en occident, nous « sommes entrés dans un âge où l'individu est devenu à lui-même sa seule référence, sa seule source de ses actes. Pour être parent, il faudrait donc trouver en soi-même seulement les éléments de construction puis d'identification à cette fonction. »⁴¹ Autrefois, un certain savoir-faire pour devenir parent était transmis par la tradition, l'entourage. À présent, il faut inventer soi-même les recettes pour devenir parent et surtout *bon* parent. Progressivement, les individu.e.s se sont émancipé.e.s des institutions, « les relations interindividuelles sont devenues strictement privées et fondées sur de seules bases affectives : les *sentiments* sont dorénavant l'unique ciment de nos liens et ceux-ci sont donc à la merci de nos fantaisies et versatilités. »⁴² Actuellement, être parent ce n'est plus recevoir un savoir-faire de son entourage proche ou lointain, c'est fouiller dans ses propres ressources, c'est puiser en soi.

Notre culture individualiste pousse le couple parental à se demander : comment faire pour devenir bon parent ? Question qui en général n'existait pas de la même manière chez les parents d'autrefois. La tradition de la famille n'est plus ancrée dans les racines de l'humain.e actuel.le. En général, les relations familiales, même si elles peuvent être basées sur autre chose que l'amour pur, ne tiennent plus comme jadis. Elles ne sont plus faites de marbre, ni même de bois, mais de papier susceptible d'être mouillé et

35. PAROT Françoise, *op.cit.*, p.25

36. ROEGIERS Luc, « Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation », *op.cit.*, p.350

37. *Ibid.*, p.355

38. PEILLE Françoise, *op.cit.*, p.29

39. PAROT Françoise, *op.cit.*, p.29

40. *Ibid.*, p.31

41. *Ibid.*, p.31

42. *Ibid.*, p.34

donc détruit par l'incompréhension de nos propres désirs, de nos appréhensions individuelles. Et lorsque nos sentiments, nos envies, nos désirs individuels guident nos relations, les choses se compliquent car tout affect peut être mal interprété non seulement par autrui mais aussi par soi-même. Même si l'amour comme le mentor des rapports familiaux peut sembler positif. Disons simplement que la difficulté vient non pas de sa belle positivité mais bien de son extrême complexité.

Aujourd'hui, les parents ou les futurs parents manquent de repères familiaux et traditionnels. Alors, ils et elles se tournent vers les sources médiatiques consacrées à ce sujet, ou vers quantité de discours tiers, experts dans le domaine de l'enfance et de l'éducation. Ce qui n'apporte pas nécessairement de réponses mais plutôt des pistes contradictoires et peut ainsi se révéler anxiogène.

Devenir parent, de préférence bon parent en aimant *comme il faut* son enfant « devient un exercice difficile; élever un enfant c'est faire des efforts quasi surhumains. Venir de ses parents pour produire ses enfants, cela exige une gymnastique psychique: venir de l'autre puis engendrer de l'autre, transférer le reçu en donné suppose de s'adapter à une position de nœud, d'embranchement dans l'arbre généalogique. [...] La difficulté est de plus redoublée: cet exercice psychique, il faudrait l'accomplir de façon synchronisée avec un autre; nouer deux généalogies, deux arbres qui se croisent et s'additionnent; deux qui, en même temps, sont transformés, décidés à transmettre ce qu'ils ont reçu. »⁴³ Cette idée a déjà été évoquée plus haut en parlant des couples *matures*; cette idée qu'il est essentiel, mais difficile, pour mener à bien le projet et l'arrivée d'un enfant, de faire en sorte que les désirs de chacun.e émergent et s'accordent pour devenir la source des ambitions communes du couple.

Nous manquons souvent de spontanéité et ne faisons plus confiance à nos impressions. Nous ne parvenons plus à nous laisser vivre et agir par intuition. Nous ne nous autorisons plus cela, car la peur de mal faire devient excessive. « L'angoisse plus ou moins profonde qu'engendrent aujourd'hui la grossesse puis la venue de l'enfant – chez les pères comme chez les mères –, la peur de ne pas y arriver, puis le constat qu'on ne sait pas vraiment y faire, et parfois l'incapacité réelle d'être parent, sont autant de sources de dépressions chez les bébés. »⁴⁴ Il est possible que nos craintes se répercutent sur l'enfant, mais affirmer cela est encore une plus grande source de culpabilisation: c'est le serpent qui se mord la queue.

Mais revenons à l'interrogation principale: qu'est-ce qu'être un parent aimant? Nous pourrions y répondre en privilégiant la responsabilité, cet état d'esprit, ou comportement, qui en suppose d'autres. La responsabilité de rendre son enfant autonome semble essentielle dans l'amour parental. Elle permet d'être conscient que l'enfant n'est pas le petit double de soi-même, qu'il n'est pas non plus celui qui évitera de se retrouver dans une sorte de solitude car *un enfant c'est pour toujours*. C'est la responsabilité parentale qui permettra à l'enfant de devenir à son tour une personne à part

entière, de s'accomplir en personne autonome, responsable et authentique. Aimer son enfant, c'est l'aimer d'*agapè*, de cet amour qui dépasse ses propres appréhensions, protège et offre à l'autre la possibilité de s'épanouir en tant que personne. Cet amour va plus loin que simplement le respect et l'amour de l'autre en tant que tel, il va jusqu'à aimer l'autre, en l'occurrence son enfant, de manière tout à fait inconditionnelle et gratuite, peu importe l'éventuelle manifestation de sa gentillesse ou de sa méchanceté. En deux mots, la *storgè* se mélange ici à la *philia* et à l'*agapè*. L'amour parental serait « un mélange de sollicitude certes, et de capacité à laisser à l'enfant un espace à lui, mais c'est surtout la capacité à investir sans demande de contrepartie ; l'amour parental est un don gratuit dans un monde où rien ne l'est. »⁴⁵

Pourtant, quelquefois, « L'amour dont on se croyait capable n'a pas suffi, la relation s'emballe, prend la couleur de la violence de la passion : l'enfant souffre psychologiquement de l'amour qu'il doit recevoir et qui paralyse son (ou ses) parent(s), écrasé(s) par l'angoisse de voir l'enfant grandir, au risque de l'autonomie »⁴⁶. L'idéal de l'amour parental s'opposerait ainsi à la protection exacerbée de l'enfant.

De nos jours « nos sociétés poussent plutôt à encourager le rêve de l'enfant parfait, entièrement conforme aux désirs des parents. [...] Or en réalité, parents et enfants se demandent mutuellement un amour qui dépasse les contingences physiques et les réussites immédiates. »⁴⁷ Autrement dit, aimer son enfant, ce n'est pas vouloir à tout prix que celui-ci devienne performant ou meilleur que les autres. L'enfant n'est pas un objet que les parents créent afin d'atteindre leurs objectifs. La performance d'être, c'est pour les machines ; pour les êtres humains, c'est plutôt l'apprentissage du devenir. Aimer son enfant, ce serait au contraire essayer de comprendre et d'accepter la personne qu'il est et lui apprendre à s'accepter lui-même. C'est aussi lui apprendre « la frustration, la régulation de la satisfaction des besoins, lui apprendre à devenir à soi-même sa propre règle. Rien de plus difficile pour un parent dans ce monde où en effet les règles ne peuvent venir que de soi. »⁴⁸ Bref, sans avoir de recette prédéfinie, l'idéal de l'amour parental se situerait dans cette responsabilité qui permettrait aux enfants d'acquérir confiance en eux et en autrui en devenant autonomes, tâche parentale très difficile à notre époque.

43. *Ibid.*, p.39

44. *Ibid.*, p.40

45. *Ibid.*, p.41

46. *Ibid.*, p.42

47. CASSIERS Léon, *Ni ange Ni bête, Essai sur l'éthique de l'homme ordinaire*, éd. Cerf, Paris, 2010, p.359


48. PAROT Françoise, *op.cit.*, p.47

Toutefois, la notion d'amour parental comprend aussi l'existence de *l'autre* figure. Positionnons-nous du côté de la psychologie oedipienne : la figure maternelle va de soi puisque c'est la mère qui porte l'enfant au sens propre, mais la loi symbolique, ou la figure paternelle, est réputée tout aussi indispensable à l'épanouissement de l'enfant. La figure paternelle est à comprendre dans le sens d'une entité qui permettrait à l'enfant de se détacher de son *premier objet d'amour*, sa mère. Ce que la psychanalyse a nommé figure paternelle relève pour nous symboliquement de l'accompagnement dans la prise d'autonomie sans pour autant être réservée au sexe masculin. C'est ce qui permet à l'enfant de s'individualiser.

Avant de donner naissance au tiers, un couple est fait de *deux*, non pas de *un*. Aimer, désirer son/sa partenaire, c'est en effet aimer l'autre, ce qui diffère de soi. Et pour aimer d'amour parental son enfant, il semblerait qu'il faille aussi aimer l'autre, ce petit étranger qui surgit de soi, car même si l'imagination et la projection peuvent donner l'impression de connaître son enfant, la réalité est souvent différente. L'enfant n'est pas la copie de ses parents mais bien une personne authentique, un être à part entière.

« Pour que l'enfant se développe normalement, et que parents et enfants trouvent leur compte dans une relation affective satisfaisante, il faut que cette relation soit vécue dans une cohérence interne et externe, avec des parents suffisamment bons et un enfant suffisamment satisfaisant. Il faut des conditions individuelles, sociales et affectives, aménageables dans l'espace 'parents-enfant', désormais créé par la venue du bébé ». Car « la naissance instaure pour tous les partenaires, une nouvelle organisation. Il y a rupture dans la répétition, et agencement unique des déterminants existants. Toute naissance est un événement fondateur. [...] Le travail de maternité et de paternité n'est pas un travail qui va de soi »⁴⁹.

Nous avons donc vu que l'idéal de l'amour parental ne se réduit pas à la seule capacité d'aimer, car c'est aussi un comportement à adopter, un état d'être et d'esprit à dépasser et à intégrer. Soulignons qu'il en est de même pour l'amour conjugal, celui d'un couple *mature*, qui s'aime non seulement d'*éros* mais aussi de *philia* et d'*agapè*, un couple capable de se projeter dans la vie à *trois* – ce qui n'est évidemment pas une obligation mais une possibilité du couple, rappelons-le. En fait, peu importe la nature de l'amour, conjugale ou parentale, aimer d'*éros* (dans le sens de la passion amoureuse en ce qui concerne l'amour conjugal, ou dans le sens du désir narcissique d'avoir un enfant), isolément de la *philia* et de l'*agapè*, ne suffit pas à l'épanouissement véritable d'une relation dans le temps. Aussi, l'amour-*éros* ou la pulsion de revenir à l'état originel ou androgynique⁵⁰ et de contrer l'impossibilité d'y retourner en se multipliant, n'explique pas la réalité mais l'imagine sous forme mythique.

- 
49. PEILLE Françoise, *op.cit.*, p.38
 50. Référence au mythe d'Aristophane dans le *Banquet* de Platon: l'Androgyne est un être rond constitué à la fois du féminin et du masculin, un être qui à cause de son arrogance finit par être coupé en deux et c'est suite à cette division que les deux sexes peuvent se différencier l'un de l'autre et se rencontrer. La figure androgynique est cette figure mythique et originare qui empêche la différenciation essentielle avec l'autre, toute forme de rencontre ou d'ouverture; il s'agit d'une fusion totale et destructrice par son retour à l'origine et sa confusion avec l'autre, par conséquent il s'agit d'une impossibilité d'aimer.

II. Comment le couple appréhende-t-il l'intrusion souhaitée de la médecine dans son projet parental d'enfant

Approches bioéthique et clinique

1. La fécondation *in vitro* et l'intrusion souhaitée de la biotechnologie dans le projet parental d'enfant

Souvenons-nous de Louise Brown, le tout premier bébé conçu par fécondation *in vitro* (FIV) par Edwards et Steptoe. Les journaux ont parlé de cet événement comme du début glorieux de la maîtrise des mystères de la reproduction humaine. C'était en 1978. Mais qu'en est-il de la pratique actuelle de la FIV ?

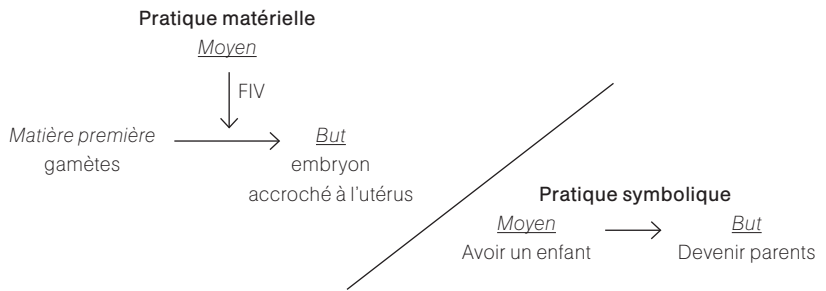
Aujourd'hui, tout le monde sait plus ou moins ce qu'est une fécondation *in vitro*. Il s'agit de recueillir un ou plusieurs ovocytes produit(s) par les ovaires afin de le(s) mettre en contact direct avec les spermatozoïdes, et ceci en dehors du corps de la femme. Les embryons issus de ce contact sont ensuite replacés dans l'utérus de la femme et la grossesse pourra éventuellement commencer. Cet enchaînement de procédés n'est pas si simple. Tout d'abord, la femme doit supporter une stimulation ovarienne avec des injections journalières de préparations médicamenteuses, pour stimuler la production du nombre d'ovocytes dans le but d'accroître les chances de succès. Suit alors la ponction d'ovocytes et le recueil du sperme le jour où le nombre et la taille des follicules et le dosage hormonal sont au point selon l'équipe médicale. À ce stade du traitement intervient une autre médication, l'injection à une heure bien précise qui aura pour mission de déclencher l'ovulation. À ceci se rajoute un traitement à la progestérone pour préparer la muqueuse utérine. Ensuite, c'est au laboratoire de faire le travail de rencontre entre un ovocyte et un spermatozoïde. Le laboratoire peut alors réaliser la fécondation, soit par insémination normale⁵¹, soit par microinjection⁵². Nous arrivons maintenant à l'étape du transfert d'embryons. Celui-ci se fait à l'aide d'un cathéter souple et fin permettant de déposer le liquide contenant les embryons dans l'utérus de la femme. Évidemment, le nombre d'embryons déposés sera limité afin d'éviter le risque de grossesse multiple, sans pour autant diminuer les chances de grossesse tout court. Tout en poursuivant la médication, quelques jours de repos seront octroyés à la femme, jusqu'à l'évaluation du test de grossesse. Le test sera positif ou négatif. Dans le meilleur des cas, suivront programmation d'échographie et surveillance médicale. Dans le pire, le cas de l'échec, il faudra péniblement décider de laisser tomber ou de recommencer le processus après environ un mois de repos. Eventuellement, il sera possible de répéter la tentative avec des embryons surnuméraires congelés de qualité suffisante. Ajoutons à ces informations que dans la plupart des cas une grossesse débutera après deux ou trois tentatives et que le taux de naissances est aux alentours de 30%. Ce résultat varie suivant l'indication du traitement, l'âge de la femme, la qualité des embryons et d'autres facteurs encore méconnus.

Ce sont toutes des implications concrètes de la FIV qui nous montrent déjà une intrusion physique conséquente pour les femmes. Mais qu'en est-il plus précisément de l'intrusion de la biotechnologie dans le projet parental d'enfant ? Comment la technique s'insère-t-elle dans la symbolique ? Comment l'intrusion souhaitée de la médecine, coup de pouce de la technique, chemine-t-elle avec le parcours parental de procréation ?

L'assistance médicale à la procréation, bien qu'active et ayant un rôle important, reste tout de même une assistance et ne fait pas partie du processus parental. Ce qui pourrait créer ce malentendu, c'est le mélange ou la confusion entre d'une part, les techniques matérielles médicales et d'autre part, les réalités symboliques que les parents accordent à ce processus de procréation.

En effet « dans la clinique de la FIV, on assiste à un combat non annoncé entre une pratique matérielle, à savoir la biotechnologie développée par les scientifiques, et une pratique symbolique, celle des couples. [...] Certes, la procréation pour le couple concerne la reproduction de leurs organismes, mais la reproduction chez les humains est surtout une affaire symbolique. Elle concerne la sexualité des couples et leur désir de devenir parents bien plus que la reproduction de leurs gamètes. Dans la clinique de la FIV, la pratique symbolique de la reproduction d'un couple se confronte à la pratique matérielle de la reproduction de cellules, permise par la biotechnologie. [...] Qu'il s'agisse de gamètes de rats, de lapins, de vaches ou des hommes, la pratique matérielle n'est pas essentiellement différente, alors que la pratique symbolique des parents ne peut vraiment pas équivaloir celle des vaches. »⁵³

Et voici comment les auteurs schématisent ces deux pratiques inhérentes au processus de la fécondation *in vitro* :



51. Les spermatozoïdes sont mis au contact avec l'ovocyte, l'un d'eux pourra alors le pénétrer de lui-même, sans aide extérieure
52. Ou ICSI (IntraCytoplasmic Sperm Injection) : méthode utilisée lorsque le sperme est de mauvaise qualité, il s'agit alors d'une injection du spermatozoïde dans l'ovocyte à l'aide d'une aiguille microscopique
53. ANSERMET François, GERMOND Marc, MEJIA QUIJANO Claudia, *Parentalité stérile et procréation médicalement assistée, Le dégel du devenir*, éd. Erès, coll. La vie de l'enfant, France, 2006, pp.201-202

Ce n'est pas la cohabitation de ces deux pratiques, matérielle et symbolique, qui pose problème mais bien leur confusion. « Car les pratiques présentes dans la clinique de la FIV n'ont pas le même but, à savoir sont complètement distinctes, elles sont toutefois liées: le but recherché par la technique médicale, à savoir l'embryon accroché à l'utérus, fait partie du moyen de la pratique symbolique parentale, ce qui peut porter à confusion. »⁵⁴ En confondant ces réalités, matérielle et psychique (ou symbolique), « le moyen de la pratique symbolique des parents peut se réduire au but de la technique médicale: 'avoir un enfant' devient obtenir une grossesse. Ainsi, on entend des parents dire que c'est grâce à la FIV qu'ils ont eu leur 'enfant', ce qui renvoie à l'imaginaire du bébé-éprouvette. La FIV leur a pourtant seulement permis d'avoir un embryon à partir de leurs gamètes. Le nouveau-né est le résultat de la grossesse de la femme, et 'leur enfant' est le produit du processus de filiation. On parle dans la même optique de 'procréation médicalement assistée', mais déjà au niveau de la réalité matérielle, il ne s'agit en fait que d'une 'fécondation' médicalement assistée: peut-on en effet réduire le fait de 'procréer' à celui de 'féconder' ? »⁵⁵ Devenir parent ne se résout pas à la rencontre entre un ovule et un spermatozoïde, ni même à l'accouchement. L'amour parental au sein du processus du *devenir parent*, nous l'avons vu, est loin d'être évident comme pourraient logiquement l'être les techniques matérielles ou les procédés médicaux une fois établis.

Il faut donc distinguer la pratique symbolique des parents et la pratique matérielle du corps médical. Toutefois, dans la procréation médicalement assistée, les clinicien.ne.s ne sont pas de simples technicien.ne.s. Ils et elles doivent non seulement s'investir au niveau du savoir et du savoir-faire technique, mais aussi au niveau du *savoir-être* ou du *savoir-dire* (c'est souvent la parole qui crée du symbolique). Car « dans la clinique de la FIV, s'ils veulent ne pas rester de simples techniciens, ce sont les cliniciens qui se voient obligés de partager la pratique symbolique parentale. Le clinicien se retrouve ainsi en quelque sorte écartelé entre les deux pratiques mentionnées, d'un côté la biotechnique, de l'autre le désir de filiation des couples. Nous avons vu comment chez les parents la confusion entre la technique et leur propre pratique conduit à un manque de maîtrise de la réalité vécue. Que peut-on dire alors des cliniciens, qui passent leur temps à jongler entre la technique et la pratique parentale ? [...] Ce n'est qu'en accordant à la fois une place propre à la subjectivité des parents, et en reconnaissant la biotechnologie en tant que pratique matérielle, que le clinicien pourra donner à ses actes un statut thérapeutique et par là retrouver sa propre pratique symbolique. »⁵⁶ C'est-à-dire que faire la différence entre la technique et la symbolique tout en laissant un espace libre pour l'exercice de la subjectivité parentale et par la même occasion pour sa propre subjectivité permettrait aux clinicien.ne.s d'exercer leur métier avec moins de confusion. Aussi, par conséquent, cela permettrait aux parents de confondre un peu moins la parentalité avec la fécondation. Car la parentalité se joue ailleurs qu'en clinique, à savoir dans le foyer familial.

Dans la *médecine du désir* (autre nom donné aux PMA), il y a non seulement cette confusion liée à la terminologie et à la perception mais également une sorte de divi-

sion en étapes du processus procréatif. « Un des effets les plus frappants de l'irruption du savoir médical dans la procréation a été de dissocier les processus de la procréation en étapes indépendantes. [...] La FIVETE réalise la fécondation hors du corps de la femme, indépendamment d'un rapport sexuel, et les gamètes en cause ne sont plus nécessairement ceux des parents qui auront la charge d'élever l'enfant. »⁵⁷

C'est une pratique éthiquement défendable, puisque si seul le *rapport sexuel naturel* était à l'origine de la vie, beaucoup de couples, notamment les couples homosexuels, se retrouveraient privés de ce projet d'enfant. « La plupart des techniques de procréation médicalement assistées ont été mises au point pour lutter contre l'infertilité ou d'autres pathologies, donc dans le but de susciter la vie, la bonne vie des parents et des enfants. L'éthique de l'homme ordinaire, polarisée sur le souci du bien-être des humains, n'y pose donc pas d'objection *a priori*. Considérant que c'est par sa nécessaire inscription dans un ordre symbolique que l'humain se fait humain, elle considère également que la 'nature' de l'humain est d'artificialiser la nature pour améliorer sa vie et diminuer ses souffrances au profit de l'exercice de son esprit. »⁵⁸ Cette éthique est ainsi en désaccord avec la morale chrétienne qui considère qu'une naissance ne peut être légitimée que par un *rapport sexuel naturel*, donc sans intervention médicale.

Par ailleurs, « l'éthique de l'homme ordinaire n'accepte pas non plus de réduire la discussion éthique à la seule vigilance envers l'autonomie des acteurs et celle des enfants qui naîtront grâce aux techniques utilisées. [...] Le respect de l'autonomie de chacun, la non-instrumentalisation de l'autre, le souci de son plaisir et la lutte contre la souffrance occupent certes des places importantes, non pour elles-mêmes toutefois, mais comme moyens symboliques nécessaires à la reconnaissance de soi-même et de l'autre comme esprits humains. »⁵⁹ Nous pourrions dire que l'éthique est aussi une manifestation de l'*agapè*.

La question du statut de l'embryon s'insère tout naturellement dans la logique de ce raisonnement puisque la fécondation *in vitro* implique l'éventualité d'une destruction d'embryons et que « l'ordre symbolique qui permet la création de l'esprit humain repose sur le double précepte de l'interdit du meurtre et du devoir de solidarité. » L'embryon humain peut-il être considéré comme personne en devenir ?

54. *Ibid.*, p.203

55. *Ibid.*

56. *Ibid.*, pp.227-228

57. CASSIERS Léon, *op.cit.*, p.333

58. *Ibid.*, p.334

59. *Ibid.*

Son éventuelle destruction pourrait-elle s'apparenter au meurtre ? Ces questions occuperont le point suivant.

Parlons encore un peu de l'intrusion de la médecine dans le parcours parental. « La FIV, au sein du désir d'enfant complexe et ambivalent, n'est-ce pas l'intrusion d'un éléphant dans un magasin de porcelaine ? »⁶⁰ Pour ne pas être à ce point envahissant, quelles réactions adopter pour les clinicien.ne.s ? Les praticien.ne.s ne prétendent pas à la toute-puissance médicale. « Tout médecin, du biologiste au psychothérapeute cède à cette inclination typiquement humaine surtout face à l'expression d'une souffrance authentique. Mais la valeur symbolique de la FIV, 'permettre la transmission de vie', confère au contexte un poids de risques auxquels les praticien.ne.s ne peuvent échapper qu'en restant vigilant.e.s aux points de repère suivants : Éviter de prendre une place intempestive au cœur des relations significatives [...] Respecter le processus de deuil propre à l'expérience d'être infertile [...] Protéger l'autonomie de l'enfant très attendu. »⁶¹ En d'autres termes, sans nier cette valeur symbolique et très valorisante du médecin qui pratique la FIV, il ne faut pas tout mélanger : les clinicien.ne.s sont certes engagé.e.s dans la vie intime du couple mais leur intrusion se restreint à agir dans l'ombre de la demande conjugale de procréation. Toutefois, l'on constate dans ce cadre particulier qu'agir se traduit aussi par une intervention sur les acceptations ou les projections des interventions médicales : respecter le temps de deuil propre à chaque couple ou personne, lié au déroulement imprévu et déstabilisant des tentatives de procréation. Ou encore insister sur l'importance de ne pas idéaliser l'enfant à venir, sur l'importance de laisser dans l'imagination des futurs parents un espace libre pour un avenir imprévisible, avec l'objectif de remédier à l'infertilité mais en aucun cas de créer un enfant conforme aux rêves des parents en devenir.

La fécondation *in vitro*, « n'est-elle pas, à bien des égards, paradigmatique de la médecine contemporaine : à la fois expression forte de ses promesses et de ses malaises »⁶² ? Aujourd'hui, de plus en plus populaire, la FIV offre l'espoir d'avoir un enfant là où le désir butte contre l'impossibilité de procréer « naturellement ». Pourtant, ne maîtrisant pas totalement la complexité de la reproduction humaine et n'ayant pas brisé le mystère de la procréation, elle crée un malaise car elle ne donne aucune explication quant à l'origine de l'infertilité persistante chez certains couples et dévoile ainsi que la technique, tellement prometteuse, est loin d'être toute puissante.

Néanmoins, « la technologie médicale ne comporte pas de danger en soi. Les dangers sont dans la possibilité et le risque de ne pas voir la dimension profondément humaine des détresses exposées et de les éluder par l'acte technique, même par un acte très simple »⁶³. C'est ici qu'intervient la responsabilité médicale, cette attitude qui se doit de tenir compte du sentiment humain. D'un point de vue bioéthique, la souffrance humaine est la première à être prise en considération par l'attitude responsable du corps médical et les technologies matérielles dont il use pour la soulager.

« La souffrance des parents qui vivent, entre autres, la difficulté de trouver leurs marques dans ce qui apparaît parfois comme acharnement procréatif, une insoutenable violence aux conséquences évidentes pour le couple comme pour l'enfant à naître. Le caractère invasif et intrusif des pratiques mises en œuvre dans ces circonstances affecte de toute évidence les conditions de cette incertaine et très équivoque procréation. [...] C'est à ce niveau de conscience précisément que se situe l'exercice d'une responsabilité médicale conçue selon une démarche soucieuse de l'intérêt direct et réel des partenaires effectivement impliqués dans la décision à prendre, indépendamment de toute contrainte extérieure, de tout enjeu autre qu'essentiellement humain. [...] En d'autres termes, il serait vain et pernicieux de viser à la neutralisation des dimensions ontologiques, des conséquences humaines de choix personnels soumis à tant d'incertitudes et de risques que rien ne saurait véritablement annihiler. »⁶⁴

L'intrusion de la biotechnologie ne peut pas s'émanciper de la responsabilité médicale car, dans les PMA, la souffrance humaine est presque inévitable. Même si les choses sont extrêmement complexes, l'attitude responsable des médecins peut permettre aux couples de se détacher de l'échec technique – des tentatives de fécondation – et arriver ainsi à soulager autant que possible la souffrance ou le désespoir. Car la fécondation *in vitro* n'est pas synonyme de la vie à trois, la biotechnique ne transforme pas les partenaires en parents mais permet seulement la rencontre de leurs gamètes. Dans les PMA, l'intrusion médicale dans l'intimité du couple est inévitable, toutefois grâce à l'attitude responsable de l'équipe médicale telle qu'évoquée ici, elle peut se manifester autrement – en essayant de relativiser les affects conjugaux.

2. Le statut éthique de l'embryon humain

La technique de la fécondation *in vitro* questionne les origines de la vie humaine. La division cellulaire interpelle et renvoie au questionnement qui obsède les êtres humains depuis la nuit des temps, à savoir : d'où vient-on ? « Remonter la vie humaine jusqu'à ses sources, n'est-ce pas chercher du sens face au mystère de toute origine :

60. ROEGIERS Luc, *Les cigognes en crise, Désir d'enfant, éthique relationnelle et fécondation in vitro*, éd. De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1994, p.51

61. *Ibid.*, p.225

62. *Ibid.*, p. XIV

63. THEVOS Jean-Marie, *Entre nos mains l'embryon : Recherche bioéthique*, éd. Labor et Fides, coll. Le champ éthique, n°17, Genève, 1990, pp.316-317

64. HIRSCH Emmanuel, *Soigner l'autre, L'éthique l'hôpital et les exclus*, Belfond, France, 1997, pp.189-190

de soi-même, de l'espèce humaine, de l'univers ? »⁶⁵ Ses propres origines deviennent une énigme. On remet en question l'origine de soi-même et de l'enfant qu'on espère mettre au monde.

Un temps d'observations sur le terrain nous a permis de remarquer que lorsqu'il y a une faille originaire (par exemple, l'abandon de ses propres parents) chez les personnes qui consultent pour une FIV, il leur est difficile d'envisager le don de gamètes ou encore l'adoption. Ces personnes veulent à tout prix un enfant issu de leurs propres cellules.

Comment définir l'embryon humain ? La question du statut éthique de l'embryon *in vitro* est évidemment sollicitée dans la FIV. Cette question paraît en effet indissociable de la symbolique que les futurs parents accordent à la technique procréative. L'embryon est-il une personne en devenir ou un simple matériel biologique ? Les futurs parents le perçoivent-ils comme une chose ou comme déjà un être humain potentiel ? À ce titre, comment appréhendent-ils l'implantation ou la destruction de leurs embryons ? Tout simplement, quel statut éthique octroyer à l'embryon *in vitro* ?

Faisons d'abord un petit détour par la question : existe-t-il des droits de l'embryon ? « Les catégories du droit n'offrent qu'une seule alternative : soit l'embryon est un sujet de droit qui jouit de la personnalité juridique et de tous ses attributs, soit l'embryon est une chose. »⁶⁶ En ce qui concerne l'embryon *in vitro*, dans beaucoup de textes de droit, il paraît déraisonnable de vouloir lui accorder la personnalité juridique. Les « textes internationaux proclament le principe d'une protection du droit à la vie dès avant la naissance, sans pour autant étendre explicitement ces règles à l'embryon *in vitro*. [...] En Belgique, aucune disposition de la Constitution ne contient de règle spécifique, dont on pourrait déduire qu'une protection doit être accordée à l'embryon *in utero*, ni a fortiori à l'embryon *in vitro*. [...] En l'absence de disposition légale garantissant spécifiquement le droit de l'embryon *in vitro* de bénéficier de la personne juridique, aucune protection pénale ne pourra donc lui être appliquée. Ainsi donc, le droit positif ne permet pas de dégager un statut juridique pour l'embryon *in vitro*. »⁶⁷ Et les éventuelles injonctions à son sujet (comme par exemple la limitation de la recherche sur l'embryon au-delà de son quatorzième jour⁶⁸) restent indépendantes de la reconnaissance juridique de l'embryon en tant que personne. On peut donc conclure par un *vide juridique* dans ce domaine. Bref, dans cette optique, rien ne s'oppose à la destruction des embryons *in vitro*. Seule l'opinion de l'Église catholique est unanime. Selon elle, la destruction des embryons est immorale, c'est pourquoi elle milite pour l'interdire fermement. Enfin, le statut de l'embryon *in vitro* n'étant pas clairement défini, les Comités et les Commissions restent prudents au sujet des manipulations faites sur lui car les enjeux éthiques, tels que la modification de la nature humaine ou encore l'eugénisme, restent à l'ordre du jour des questions épineuses.

Mais qu'en est-il du côté de l'éthique ? En fait, les choses ne semblent pas plus claires, il n'y a pas de réponse univoque à la question du statut éthique de l'embryon *in vitro*.

Dans la littérature bioéthique, on retrouve principalement les opinions suivantes :

Premièrement, l'embryon humain, peu importe son stade de développement, est une personne et appartient à la communauté morale. « Cette position ne reconnaît pas de différence de statut moral entre les différents stades du développement humain (embryon, fœtus, nouveau-né, enfant, adulte, ...). Dès la conception, l'ovule fécondé devient membre à part entière de la communauté morale humaine. [...] Cette position éthique condamne la recherche expérimentale sur les embryons ainsi que l'avortement. »⁶⁹ On retrouve souvent cette position essentialiste ou vitaliste dans l'Église catholique.

Remarquons cependant que vouloir accorder le statut de personne à l'embryon va à l'encontre de la tradition philosophique occidentale. À travers l'histoire, la notion de personne a toujours pris en compte la rationalité, la raison, la réflexion et plus tard, les capacités cognitives, telles que la conscience, la mémoire, la planification de l'action, etc. Mais il n'a jamais été question de parler de l'être humain comme étant dépourvu de ces fonctions.

La seconde opinion est celle selon laquelle l'embryon humain est une chose, un simple matériau biologique. « Cette réponse a sans doute été favorisée par les nouvelles techniques de reproduction artificielle. L'embryon *in vitro* peut être transféré, congelé, stocké, utilisé à des fins de recherche... Cette position est notamment soutenue par le philosophe Peter Singer. Pour défendre cet argument, Singer a recours aux critères de commencement et de fin de la vie humaine. [...] Si la vie humaine finit

65. ROEGIERS Luc, *La grossesse incertaine*, PUF, Paris, 2003, p.93

66. HOTTOIS Gilbert et MISSA Jean-Noël, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, Médecine environnement biotechnologie*, éd. DeBoeck Université, Bruxelles, 2001, p.364

67. *Ibid.*, pp.365-367

68. Selon le rapport Warnock, le statut d'*être humain potentiel* d'un embryon humain peut être reconnu aux alentours de son quatorzième ou quinzième jour après la fécondation car ce stade d'évolution embryonnaire s'apparente à la fin de la phase d'implantation d'un embryon et au début de son développement individuel. Au-delà de ce stade, le rapport estime qu'il faut interdire la recherche et suspendre la culture *in vitro* de l'embryon. WARNOCK (M.), Rapport de la commission d'enquête présidée par Dame Mary Warnock, Fécondation et embryologie humaines (Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology, London, 1984), trad. I. Espalieu, La Documentation Française, Paris, 1995

69. MISSA Jean-Noël, « Le statut de l'embryon humain *in vitro* : terminologie et approche philosophique », in *L'embryon humain in vitro*, sous la dir. de ENGLERT Yvon, VAN ORSHOVEN Alfons, éd. De Boeck Université, coll. Sciences - Éthiques - Sociétés, Bruxelles, 1999, p.17

avec la disparition définitive des fonctions cérébrales, elle doit commencer avec l'apparition des premières fonctions cognitives liées à l'organogenèse cérébrale : « si la profession médicale reconnaît que la perte fonctionnelle du cerveau est une base suffisante pour déclarer qu'il n'y a plus de personne vivante dans le corps, alors pourquoi ne pas utiliser le même critère à l'autre extrémité de l'existence ? Nous suggérons que l'embryon soit considéré comme une chose plutôt que comme une personne jusqu'à l'apparition des premières fonctions cérébrales ». ⁷⁰ Cette position éthique n'a rien de dégradant pour le sort de l'humanité. Elle ne peut pas être détachée de son contexte. Peter Singer ⁷¹ défend un point de vue conséquentialiste en ce qui concerne l'embryon humain. Sa position n'interroge pas les attentes ou les affects parentaux ou sociétaux, mais se place plutôt du point de vue technique, biologique et neurologique, de la vie au stade embryonnaire. Son opinion va donc à l'encontre de la position essentialiste qui confond les stades de l'évolution humaine.

« Le développement actuel des sciences nous confronte de plus en plus à des 'réalités' qui ne rentrent dans aucune de ces catégories (de personne ou de chose) ; parmi ces 'réalités', on peut citer les gamètes, les embryons et les fœtus, les morts-vivants, le patrimoine génétique de l'humanité. Toutes ces 'réalités' sont des 'entités humaines' mais ce ne sont pas vraiment des personnes au sens fort du terme, et dès lors se pose la question de savoir quel type de protection nous souhaitons leurs accorder. Ce ne sont pas davantage des choses, manipulables, disponibles, ou commercialisables. » ⁷² Et si les embryons ne sont ni des choses ni des personnes, peut-on dès lors imaginer pour eux un statut intermédiaire ?

« Comment donc penser une position intermédiaire, entre dénier à l'embryon humain tout statut personnel et conférer à une cellule la même dignité morale qu'à un être raisonnable, positions qui seraient finalement toutes deux contre-intuitives ? Le point de vue pragmatique développé par le rapport Warnock était de conclure sur l'idée suivante : puisque nos positions philosophiques sont inconciliables, laissons-les de côté, cessons de nous demander quand l'embryon devient une personne, cherchons à partir de quand il devrait avoir le droit d'être protégé, car ce qui doit être ne découle pas de ce qui est ! Cette position pragmatique a permis de développer une ontologie progressive, empirique, en dialogue avec le matérialisme inhérent à la démarche scientifique. » ⁷³ Le rapport Warnock ⁷⁴ avait estimé qu'au-delà de son quatorzième jour, un embryon humain pouvait être considéré comme un être *humain potentiel* avec par conséquent le droit d'être protégé. Sans pour autant confondre la potentialité et l'effectivité.

Nous pouvons également retrouver un statut intermédiaire de l'embryon dans le point de vue qui suppose la protection de l'embryon *in vitro* en fonction des géniteurs, suivant qu'existe ou non le projet parental d'enfant. Cette position considère que l'embryon humain *in vitro* est une simple entité biologique s'il n'est pas investi d'un projet parental d'enfant ; par contre, s'il fait l'objet d'un tel projet, il sera considéré comme une *personne potentielle*. L'embryon *in vitro* « au stade de quelques cellules

et détaché de tout projet parental a une sensibilité nulle et ne doit donc être protégé qu'en tant que produit du corps humain, au même titre que le sang ou un organe. [...] Selon cette thèse, l'embryon surnuméraire⁷⁵ qui n'est pas investi d'un projet parental est une chose [...]. Rattaché au désir d'un couple, l'embryon *in vitro* peut bénéficier des attributs de la personnalité dès la fécondation, délaissé, l'embryon *in vitro* a le statut du pur matériau biologique. »⁷⁶ Autrement dit, il sera considéré comme une *personne potentielle* s'il est issu d'un espoir procréatif et destiné à un projet d'accueil, par contre il sera considéré comme une *chose* s'il reste au stade de l'embryon surnuméraire. « S'il est investi d'un projet d'enfant, l'embryon accède à un véritable statut moral qui l'élève au rang de personne potentielle. Dans ce cas-là, cette approche accorde donc à l'œuf fécondé une protection s'accroissant au fur et à mesure d'un développement qui fait progressivement apparaître les caractéristiques que nous attribuons aux personnes. »⁷⁷ Il s'agit d'une position graduelle ou relationnelle qui se base sur le rapport à autrui et l'évolution de ce rapport.

En refusant de fonder le statut de l'embryon sur une définition de l'être humain, Jean-Marie Thévos⁷⁸ a défini son *statut moral*, c'est-à-dire – plutôt que son être – les relations, droits et devoirs, qui nous lient à lui. Cette dernière approche relationnelle permet de tenir compte de tous les éléments des situations concrètes qui se présentent dans

70. *Ibid*, pp.17-18

71. Philosophe australien

72. DUCHÊNE J., « Le statut de l'embryon humain *in vitro* : terminologie et approche philosophique », in *L'embryon humain in vitro*, sous la dir. de ENGLERT Yvon, VAN ORSHOVEN Alfons, éd. De Boeck Université, coll. Sciences - Éthiques - Sociétés, Bruxelles, 1999, p.31-32

73. ATLAN Henri, BOTBOL-BAUM Mylène, *Des embryons et des hommes*, coll. Science histoire et société, PUF, Paris, 2007, p.63

74. WARNOCK (M.), rapport de la commission d'enquête présidée par Dame Mary Warnock, Fécondation et embryologie humaines (Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology, London, 1984), trad. I. Espalieu, La Documentation Française, Paris, 1895

75. L'embryon surnuméraire est un embryon humain produit lors de la fécondation *in vitro* qui ne sera pas réimplanté dans l'utérus de la femme.

76. HOTTOIS Gilbert et MISSA Jean-Noël, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, Médecine environnement biotechnologie*, éd. DeBoeck Université, Bruxelles, 2001, p.364

77. MISSA Jean-Noël, « Le statut de l'embryon humain *in vitro* : terminologie et approche philosophique », in *L'embryon humain in vitro*, sous la dir. de ENGLERT Yvon, VAN ORSHOVEN Alfons, éd. De Boeck Université, coll. Sciences - Éthiques - Sociétés, Bruxelles, 1999, p.18

78. THEVOS Jean-Marie, *Entre nos mains l'embryon : Recherche bioéthique*, éd. Labor et Fides, coll. Le champ éthique, n°17, Genève, 1990, p.317

la pratique médicale. Dans cette optique, tant qu'il existe un projet parental d'enfant, les avis s'accordent pour dire que la fécondation *in vitro* à but procréatif ainsi que le respect et la protection de l'embryon *in vitro* en tant que *personne potentielle* sont défendables sur le plan éthique.

Bref, les philosophes « ont à proposer une éthique qui tente d'articuler trois niveaux : celui de l'intention (quelle humanité voulons-nous ?), celui de la norme (quelles sont les meilleures règles pour garantir la mise en place de cette humanité ?), celui de la sagesse pratique (qui applique des règles universalisables à des cas singuliers ?). Face aux problèmes posés par les procréations médicalement assistées et par la recherche, la question décisive est celle de savoir si nous voulons le plus ou le moins d'éthique possible ! Vouloir le maximum d'éthique, c'est vouloir le maximum de liberté au sens de la responsabilité. »⁷⁹

« Dans le cas de l'embryon : son histoire est devant lui et non pas derrière lui ; et se pose donc la question de la responsabilité envers l'être qui en adviendra, entièrement vulnérabilisé entre nos mains. »⁸⁰ Sa vulnérabilité est double. Elle est physique « dans la mesure où l'embryon pourrait être affecté de séquelles lors des micromanipulations et des passages par les milieux de culture et de congélation. De nombreux couples en ont une conscience aigüe. »⁸¹ Elle est aussi symbolique. « En effet, comme le montrent les exemples cliniques, le discours tenu à propos de chaque embryon *in vitro* se répercute, à travers l'investissement des géniteurs, sur le futur enfant. Surnuméraire, excellent, plus faible que l'autre, difficile à identifier, rapidement divisé... toute qualification est susceptible de rebondir dans l'histoire de l'enfant qui en adviendrait. Et chaque décision relative à la FIV prend ultérieurement l'épaisseur d'une responsabilité authentiquement parentale, qu'il s'agisse du nombre d'embryons transférés, des circonstances de la conservation... »⁸²

Cependant, la présence de cette responsabilité parentale n'oblige pas forcément les futurs parents à considérer leurs embryons comme des personnes effectives. Souvent, les couples ne voient pas leurs embryons comme leurs semblables, par conséquent, ils ne voient pas leur éventuelle destruction « comme le meurtre d'un enfant concrètement présent, ni même comme l'équivalent d'un avortement. Pour le couple et pour tous ceux qui sont impliqués dans la réalisation de leur projet d'enfant, les embryons préparés sont infiniment précieux, bien évidemment. Mais ils le sont globalement, comme porteurs nécessaires de l'espoir du couple, et non comme des semblables déjà reconnus. [...] L'embryon humain *in vitro* n'offre aucun de ces supports qui conduisent à la reconnaissance d'un 'semblable'. Il est une création technique, fruit de la science. Nul ne peut le voir, sinon les spécialistes, et les photos qu'ils nous en proposent ne soutiennent aucune identification : sauf le spécialiste, personne ne peut y reconnaître un embryon plutôt que la photo de cellules quelconques. [...] En outre, l'homme de science affirme que cet embryon de quelques cellules n'a pas de système nerveux. Il ne peut éprouver ni plaisir ni souffrance, encore moins être le siège d'une

vie psychique. [...] Rien dans l'embryon *in vitro* n'éveille l'intuition qui fait reconnaître un être humain. Rien, sinon la confiance que le couple met dans le savoir des spécialistes, confiance portée par leur désir d'enfant.»⁸³ Et même si les futurs parents fantasment et imaginent déjà cet enfant qu'ils espèrent, ils ne le reconnaissent pas pour autant dans les images de cellules agrandies que les spécialistes leur montrent. Enfin, « si on se place dans la logique de l'homme ordinaire adoptée par la majorité des gens et plus encore par la plupart des couples directement concernés, la fécondation *in vitro* est donc éthiquement légitime et la destruction éventuelle d'embryons, liée à la procédure nécessaire, n'est pas vécue comme une atteinte à l'interdit du meurtre. »⁸⁴

Quoi qu'il en soit, la question persiste : est-il possible de définir le statut de l'embryon *in vitro* sans que ses géniteurs, mais aussi la science, l'église, la philosophie, la société en général, n'influencent cette définition ? L'embryon humain reste insaisissable, non seulement parce que personne n'est unanime quant à une seule définition à lui attribuer, mais aussi parce qu'il est impossible de l'interroger, lui qui est directement concerné. Enfin, tant que nous n'aurons pas défini l'origine de la vie humaine, définir le statut de l'embryon n'aura pas vraiment de sens. Définir l'embryon humain reviendrait en quelque sorte à expliquer l'origine de l'être humain, ce qui n'est possible qu'à travers les mythes ou les histoires fabuleuses⁸⁵.

Nous venons donc d'envisager le statut de l'embryon humain *in vitro* sans réellement tenir compte du vécu ou de l'investissement affectif de ses géniteurs. Essayons maintenant de dépasser cette vision conceptuelle et extérieure aux personnes directement concernées. Quels regards les personnes investies dans le processus de la FIV portent-elles sur leurs propres embryons ? Comment appréhendent-elles l'éventuelle destruction de ceux-ci ? Ces questions nous permettent de déboucher sur le contexte des consultations psychologiques des couples en demande de procréer à l'aide de la FIV.

79. DUCHÊNE J., « Le statut de l'embryon humain *in vitro* : terminologie et approche philosophique », in *L'embryon humain in vitro*, sous la dir. de ENGLERT Yvon, VAN ORSHOVEN Alfons, éd. De Boeck Université, coll. Sciences - Éthiques - Sociétés, Bruxelles, 1999, p.39
80. ROEGIERS Luc, « L'énigmatique embryon *in vitro* », in *Procréation médicalement assistée : régulation publique et enjeux bioéthiques*, sous la dir. de SCHIFFINO Nathalie et VARONE Frédérique, éd. Bruylant, 2003, p.163

81. *Ibid.*

82. *Ibid.*, pp.163-164

83. CASSIERS Léon, *op.cit.*, pp.336-337

84. *Ibid.*, p.338

85. Nous pensons par exemple au mythe d'Aristophane déjà évoqué plus haut, dans le *Banquet* de Platon, qui raconte l'origine de la vie, l'origine de la procréation.

3. Le vécu des couples en consultation psychologique pour une FIV

Bien que la fécondation *in vitro* devienne de plus en plus étendue, connue, à la limite *banale* et *populaire*, cette technique de procréation médicalement assistée reste toujours impressionnante, éprouvante et authentique pour chaque personne qui s'y engage.

Nous nous attarderons ici sur les observations menées à Saint-Luc à Bruxelles auprès du pédopsychiatre et thérapeute conjugal Luc Roegiers, qui permettent de rendre compte du parcours et des questionnements vécus par les couples confrontés à la FIV. Le projet de la fécondation *in vitro* implique effectivement beaucoup de contraintes, tant au niveau physique (pour le corps de la femme) qu'émotionnel (pour chacun.e des conjoint.e.s); beaucoup de couples n'en sortent pas indemnes. Et malgré tout, la plupart du temps ils n'y renoncent pas mais au contraire, tentent d'épuiser toutes les possibilités qui s'offrent à eux. Malgré l'épreuve douloureuse des échecs, la majorité des couples veulent toujours retenir l'expérience pour ne pas laisser passer la moindre chance. Ce n'est pas une simple envie passagère; ils en parlent souvent comme d'un réel et profond *désir* d'enfant devenu *projet* conjugal et familial.

Pour commencer, remettons les choses dans leur contexte. Nos observations se limitent aux Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles. Or la construction de cet hôpital a été possible grâce aux autorités académiques de l'Université Catholique de Louvain, et l'étroite collaboration avec l'UCL est toujours d'actualité. Nous ne pouvons donc pas ignorer son héritage chrétien. En ce qui concerne la FIV, cet héritage transparaît clairement dans sa pratique médicale par la valorisation du couple hétérosexuel et de sa *stabilité*. Un entretien psychologique préliminaire est systématique à Saint-Luc. Sa brochure met en avant le respect du couple, de la famille et de l'enfant à venir en soulignant que la FIV n'est pratiquée que dans le cadre d'un projet parental d'enfant exprimé par les deux partenaires. Nous ne pouvons donc rendre compte dans ce cas-ci d'autres situations comme les demandes de femmes seules ou de couples homosexuels, bienvenues dans d'autres services hospitaliers⁸⁶. Mais nous pouvons mettre en exergue déjà que la pratique médicale, loin d'être neutre, s'appuie sur une échelle de valeurs propre à l'institution, à l'équipe, à la subjectivité de chacun.e de ses membres et limite ainsi les possibles, encadre la liberté individuelle de son schéma idéologique⁸⁷.

Première interpellation: le discours parental. Comment les conjoints parlent-ils de leur projet d'enfant en dehors de la sphère intime, en l'occurrence, dans un milieu hospitalier? Pour supporter le projet de la fécondation *in vitro*, le dialogue est évidemment essentiel au sein du couple mais il est également important en dehors de sa sphère privée, en l'occurrence, dans le milieu hospitalier qu'il choisit – l'endroit où se déploie l'extériorisation des affects de chacun.

En général, les couples en parlent aisément et quelque fois ils et elles disent même que l'hôpital est le seul endroit où ils et elles se permettent d'évoquer facilement leurs inquiétudes et leurs espoirs. Peu de couples refusent la présence d'un.e stagiaire⁸⁸. En général, ils et elles ne sont pas tellement soucieux de taire leur appel à la FIV. Évidemment, sans oublier que la clause de confidentialité est toujours de mise.

Beaucoup se sentent à l'aise avec cette exigence de consultation psychologique préalable mais pas tous.e.s. Certaines personnes se montrent en effet en désaccord avec cette pratique. Un homme s'est par exemple révolté, qualifiant cet entretien d'inutile. Mais cette attitude ne prouve pas pour autant l'inutilité des consultations. Cet homme s'est montré désagréable certes, mais entre les lignes qui exprimaient son mécontentement, il a aussi dit des choses qui pouvaient expliquer son attitude. Quelque part, peut-être n'était-il tout simplement pas prêt à avoir un enfant par le biais de la FIV ? Ou peut-être était-ce lié à ses expériences médicales précédentes ?⁸⁹ Car les PMA ont cette caractéristique de mettre sur table les malaises personnels et/ou conjugaux.

Même si, pour certains couples, venir en consultation psychologique peut paraître désagréable ou gênant, cette procédure fait partie des contraintes de la FIV. Venir en consultation psychologique est déjà une démarche qui a du sens. La plupart des couples semblent tout à fait en adéquation avec cette partie de la procédure car c'est justement l'endroit où leurs espoirs, leurs craintes, leurs inquiétudes, leurs angoisses ou encore leurs projections peuvent être traduit.e.s en paroles. Et rares sont ceux et celles qui se rendent superficiellement présentables dans l'optique de passer un *examen d'embauche* pour la FIV. Les PMA⁹⁰ exigent des futurs parents un engagement dans chacune des étapes de la procréation, à commencer par la consultation psychologique.

La plupart des couples viennent ainsi déposer leurs amas de sentiments en ce qui concerne la technique en elle-même et leurs projections sur le futur enfant qu'ils et elles espèrent avoir. Plus rares sont ceux et celles qui viennent parler d'autre chose. Et même si les personnes s'expriment à propos d'autre chose que la FIV ou l'enfant

86. Nous n'avons pas rencontré ceux-ci pour développer une comparaison critique approfondie.

87. Nous reviendrons sur l'aspect éthique et idéologique au troisième chapitre.

88. Durant un peu plus de deux mois de stage, un seul couple a refusé ma présence lors de son entretien psychologique

89. Ce ne sont que des hypothèses parmi tant d'autres. Il n'y a aucun jugement là-dedans.

90. Sans oublier que nous parlons toujours des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.

espéré, leurs paroles témoignent aussi bien, si pas plus, de ce qu'ils *sont* à ce moment précis. Indirectement, ceux et celles qui parlent d'autre chose ou encore ceux et celles qui expriment un certain mécontentement, un énervement ou encore une indifférence lors des consultations, témoignent davantage de leur capacité ou incapacité actuelles d'entreprendre une démarche aussi éprouvante et conséquente que la FIV. Dans certains cas, cela peut se révéler comme un non désir actuel d'engagement dans la procréation.

L'hôpital est aussi le lieu où se découvrent les désirs de chacun.e des partenaires. En effet, il nous est arrivé d'entendre parfois : *Ah bon ? Tu ne m'avais jamais parlé de ça...* Cette prise de conscience des désirs de l'autre est quelque part le résultat du *dialogue à trois*. En effet, lors des consultations, les couples ne parlent pas vraiment entre eux mais bien avec le thérapeute. Et puisqu'un couple est constitué de deux personnes, à un certain moment de l'entretien, l'une d'elles s'émancipe et dit quelque chose, peut-être pas de nouveau mais en tout cas quelque chose que l'autre n'entend plus de la même oreille. Puisque dès lors il n'y a plus vraiment de projection de soi-même sur ce que dit l'autre ; la compréhension de ce que dit le ou la partenaire est différente car l'échange qui, dans un dialogue à deux, aurait conclu sur une sorte de compromis interdépendant, n'est plus vraiment là. Autrement dit, la triangulation est très importante car c'est là que se produit une expérience de différenciation dans le couple. Le/la psychologue – le tiers – parvient en effet à provoquer cette sorte de séparation entre les partenaires. L'autonomie de chacun.e est essentielle pour mener à bien un projet aussi conséquent que celui d'avoir un enfant avec l'aide médicale car celle-ci peut aussi se révéler très lourde à assumer. C'est la reconnaissance de cette indépendance de chacun.e dans le couple qui permettrait réellement de se mettre d'accord en évitant les éventuelles frustrations. La *philia* et l'*agapè* permettent de dépasser le stade des *partenaires-miroirs* – stade de l'*éros* – afin d'offrir à chacun.e l'indépendance et la liberté du choix.

La fécondation *in vitro* suscite beaucoup d'imagination chez les parents en projection. En effet, avant d'entamer quoi que ce soit, ces derniers sont pleins d'espoir à l'idée qu'une technique médicale leur offre des chances de fertilité plus importantes. Mais ils sont aussi inquiets, soucieux du petit être qu'ils espèrent tant faire venir au monde. Certain.e.s disent que tout a déjà été prévu : l'organisation au quotidien, la *stabilité* du foyer, du travail, etc. D'autres s'inquiètent plutôt de ce qu'il faut dire ou ne pas dire à leur futur enfant⁹¹. Les préoccupations sont en effet nombreuses et de tout ordre, et chaque couple, chaque futur parent les anticipe et les gère selon son bagage familial, culturel ou encore social. Chacun.e fait de son mieux.

Le but de la fécondation *in vitro* paraît élémentaire, « il s'agit simplement de permettre à des couples infertiles demandeurs d'enfant de réunifier leur dimensions affectives

et procréatives. »⁹² Toutefois, en ce qui concerne les implications concrètes de cette technique, les choses deviennent plus compliquées. La FIV est une *médecine du désir*. Et le désir implique la dimension de l'espoir mais aussi celle de la souffrance. À ce titre, demandons-nous : comment les futurs parents vivent-ils/elles l'espoir de procréer grâce à la biotechnique ou, au contraire, comment endurent-ils/elles la souffrance liée à l'échec ou aux échecs successifs de ces tentatives médicales ?

La plupart des couples s'investissent dès la première consultation et se projettent très vite avec l'enfant qu'ils désirent. Ces couples qui viennent en consultation pour la première fois sont en général pleins d'espoirs merveilleux, ceux qui reviennent sont un peu plus réalistes. Car le fait d'entamer concrètement les procédures de la FIV change la manière d'appréhender le désir et le projet d'enfant. L'engagement dans le respect des procédures qui peuvent occuper de nombreux mois, la persistance de l'infertilité suite à la révélation d'un échec et tout cela relié à d'autres facteurs plus personnels sont souvent la cause des tensions, de la tristesse et du désespoir au sein d'un couple.

Certain.e.s vont même jusqu'à parler de leurs embryons non transférés ou congelés comme des enfants qu'ils et elles auraient pu accueillir, comme si ces embryons en pause étaient des enfants en devenir. Malgré tout, ce n'est pas si fréquent. Disons simplement, « *face au fœtus, l'embryon in vitro ne fait pas le poids.* »⁹³ La simple image de ces cellules que seul.e le ou la biologiste est capable de définir comme étant des embryons humains ne provoque aucune identification dans la plupart des cas. Cet amas de cellules non implanté est rarement considéré comme un avortement ou une mise à mort de l'enfant potentiel. Sinon pourquoi ne donnerait-on pas la même connotation téléologique⁹⁴ au sperme ou aux ovocytes ? La plupart des hommes et des femmes qui viennent en consultation ne considèrent pas leurs gamètes comme leur progéniture à venir, rares sont ceux et celles qui les vénèrent.

91. Par exemple : « Faut-il parler de la FIV à son enfant ? » Ce à quoi Luc Roegiers répondrait que le secret caché devient lourd à porter pour l'enfant lorsque les parents en font une *affaire d'État*, lorsqu'ils vivent telle ou telle situation comme quelque chose d'inquiétant ou d'anormal, comme quelque chose qu'il faut taire à tout prix. Ce n'est pas ce quelque chose que l'enfant ignore, c'est-à-dire une chose simplement non dite, qui le trouble psychologiquement mais bien plutôt l'attitude *partante* ou *taisante* de ses parents quant à cette chose.

92. ROEGIERS Luc, *La grossesse incertaine*, PUF, Paris, 2003, p.98

93. *Ibid.*, p.103

94. Sans parler de cette tradition désuète issue de l'Église Catholique qui s'oppose à toute idée de contraception et voit dans les cellules sexuelles le but ultime de procréation.

Néanmoins, rien n'efface la déception suite à l'échec de l'implantation⁹⁵. « Il y a des embryons reconnus « bons » et investis de l'espoir d'une implantation. Leur perte après transfert est toujours un deuil. »⁹⁶ Chaque échec est suivi d'un sentiment de désespoir qui nécessite le temps d'un deuil. Car « chaque manipulation révélant l'existence de cet embryon *in vitro* au regard de ses géniteurs est susceptible d'éveiller en eux un investissement particulier. »⁹⁷ L'attachement des géniteurs/rices envers leurs embryons peut être double. À la fois le projet peut être psychique, dans le sens où le/la géniteur/rice « confère à ses embryons des qualités reflétant ses propres désirs »⁹⁸. Et à la fois le projet peut être relationnel ou anticipatif faisant le lien entre l'embryon comme tel et son devenir espéré. « C'est toujours une élaboration imaginaire, mais ce n'est plus un simple désir d'enfant. »⁹⁹ En effet, pour les personnes qui s'investissent affectivement et physiquement dans les étapes de la FIV, le stade du simple désir d'enfant est vite dépassé et le projet parental devient de plus en plus *incarné*. « Nommée 'embryon', cette entité reste mystérieuse sans doute, mais devient concrète, c'est-à-dire inscrite dans une temporalité, repérée dans un lieu précis et susceptible d'être affectée par divers événements dont il y a lieu de la protéger le cas échéant. »¹⁰⁰

Les couples ont un réel espoir en la fécondation *in vitro*. C'est souvent après deux ans d'attente et d'infertilité qu'ils se tournent vers les PMA. Mais le hasard n'en est pas pour autant exclu. Cette technique est basée sur maximum six essais remboursables par la mutuelle, quelque fois il suffit d'une seule tentative mais c'est plutôt rare, souvent il en faut plusieurs. Car le hasard fait partie de la médecine, surtout de la *médecine du désir*. En effet avec la fécondation *in vitro*, les chances de procréer augmentent, mais seulement d'une dizaine ou quinzaine de pour cent. Pour ce qui est du reste, c'est au hasard de *décider*. L'échec n'est donc pas à occulter. Certains couples possèdent des ressources pour le vivre relativement bien, d'autres pas du tout. Pour ces derniers, l'encadrement psychologique semble être essentiel : certains reviennent d'eux-mêmes, d'autres à la demande du ou de la médecin.

Les pressions et les contraintes qui pèsent sur les couples sont en effet nombreuses. « Les AMP¹⁰¹ sont et restent des parcours éprouvants, véritables montagnes russes émotionnelles malgré l'amélioration constante des taux de succès [...], l'allègement des techniques et leur banalisation. [...] La moitié des femmes et 15 % des hommes citent l'infertilité comme l'expérience la plus déstabilisante de leur vie. »¹⁰² Rappelons-nous, en ce qui concerne la femme, elle doit subir des examens douloureux comme l'hystérogaphie¹⁰³, se faire des piqûres, revenir à l'hôpital régulièrement... L'homme, quant à lui, doit être omniprésent par son soutien moral et sa présence physique. Même les relations sexuelles sont rythmées par une sorte de régularité médicalement imposée, elles sont presque exemptes de spontanéité. « L'intrusion du médecin dans la vie sexuelle du couple n'est pas vécue par tous de façon harmonieuse ... »¹⁰⁴ Et puis, dans certains cas, il y a aussi la pression de l'entourage due aux mauvais conseils ou aux réflexions déplacées que celui-ci croit indispensables

de promulguer. Bref, le vécu global de la FIV est loin d'être évident et les couples en prennent très vite conscience.

Les tensions conjugales sont souvent le résultat de l'investissement éprouvant dans la procédure de la FIV. « La différence d'extériorisation de la souffrance est à la base de la plupart des difficultés d'ajustement conjugal. Lors de l'AMP, la plainte de la femme vise généralement son sentiment de solitude face à son conjoint désimpliqué voire indifférent à son vécu [...] et parallèlement, l'homme justifie son attitude par son impuissance dans le champ du 'faire' [...] La tension est plus perceptible en cas d'asymétrie entre les responsabilités étiologiques et l'implication thérapeutique des deux conjoints : la femme subit par exemple paradoxalement le traitement FIV pour pallier par ICSI¹⁰⁵ à l'infertilité de son homme ; une telle situation implique un réajustement des dettes et des complémentarités. [...] Sans surprise, les études évoquent donc des difficultés conjugales dans plus de la moitié des cas. »¹⁰⁶

Très précocement, les futurs parents projettent une relation authentique avec leur.s embryon.s transféré.s ou idéalement implanté.s et ne s'autorisent aucun droit à l'erreur. Les médecins observent souvent que les géniteurs/rices, dès les premières étapes de la FIV, se révèlent être de futurs parents déjà bien investis dans leur parentalité. Les études le montrent, en procréation médicalement assistée, les parents sont généralement très engagés et responsabilisés.

95. Dans le cas d'embryons transférés au deuxième jour de culture l'échec de nidation ou d'implantation embryonnaire est estimé aux alentours de 85 pour cent. Ce taux peut être augmenté d'environ 25-30 pour cent grâce au transfert d'embryons sélectionnés et viables par la culture prolongée.
96. ROEGIERS Luc, *La grossesse incertaine*, PUF, Paris, 2003, p.112
97. *Ibid.*, p.117
98. *Ibid.*, p.118
99. *Ibid.*
100. *Ibid.*
101. Autre nom donné à la PMA : Assistance Médicale à la Procréation
102. ROEGIERS Luc, « Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation », *op.cit.*, pp.360-361
103. L'hystérogographie est un examen de radiologie qui permet de visualiser l'utérus, le col de l'utérus et les trompes de Fallope.
104. *Ibid.*, p.361
105. ICSI: Intra Cytoplasmic Sperm Injection
106. ROEGIERS Luc, « Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation », *op.cit.*, p.361

La difficulté se situe dès lors dans le *comment* faire pour éviter de tomber dans une culpabilisation et un surinvestissement destructeur pour les parents eux-mêmes et pour l'enfant. « À partir d'un certain seuil, la responsabilité vécue par les parents et le contrat de sécurité négocié avec le médecin rendent difficile toute ouverture à l'imprévu. Or, l'autonomie de l'enfant se déploie dans cette frange qui échappe à ses géniteurs. Un embryon attendu, c'est bien ; un fœtus en bon état, c'est une chance ; un bébé compétent, c'est une ressource. [...] Le danger est aujourd'hui d'attendre en retour des efforts investis dans une procréation de plus en plus sophistiquée, la satisfaction d'un enfant gratifiant, formaté selon l'attente de ses géniteurs. »¹⁰⁷

À ce propos, Colette Godfrin¹⁰⁸ nous a témoigné qu'une de ses patientes ne comprenait pas son comportement maternel. En effet, malgré elle, son attitude était différente vis-à-vis de ses deux enfants : le premier était conçu naturellement et le second, issu de la FIV. Pour ce deuxième, elle avait beaucoup de mal à accepter ses petits échecs quotidiens, elle se sentait responsable et coupable de ses moindres faits et gestes, un peu à l'image d'une œuvre d'art qui doit toujours rester parfaite en exposition. La naissance particulière d'un enfant peut ainsi influencer le comportement des parents. La difficulté se situera alors dans la recherche d'une manière de rééquilibrer les relations pour permettre à chacun.e de garder ou d'acquérir sa place authentique.

Le travail d'un.e psychiatre¹⁰⁹ en périnatalité consiste en plusieurs choses : stabiliser l'information, engager une discussion éthique si les questions interviennent, interroger l'aspect émotionnel du couple, s'adapter à chacun.e et à chaque histoire en montrant qu'il n'existe pas de chemin tout tracé même lorsqu'on fait appel à la médecine. « Face au patient toute prédiction devrait disparaître dans cette clinique, car c'est de l'origine dont il s'agit. [...] Il faut laisser la place libre au singulier du sujet, il faut conserver une plage vierge pour un cheminement inédit, il faut prévoir littéralement un futur imprévisible »¹¹⁰.

Un.e thérapeute prend la peine de mettre l'accent sur les éventuelles difficultés et contraintes liées au projet mais aussi sur la réalisation de celui-ci – l'arrivée de l'enfant. « La visée de mes consultations en FIV est bien plus préventive que purement thérapeutique : aider les couples demandeurs à être acteurs lucides plutôt que spectateurs anxieux de leur projet procréatif, sans perdre de vue celui qui devrait en être le bénéficiaire, l'enfant. »¹¹¹ Luc Roegiers tente toujours de rassurer les couples, souvent les femmes d'ailleurs. L'une des choses qui revient souvent, c'est la rectification qu'il pose par rapport à l'influence du stress quotidien sur la fécondation. Il rassure en effet sur le lien extrêmement exagéré entre la fertilité et le stress (omniprésent dans notre société) dans la mesure où beaucoup de personnes pensent que le stress crée un terrain défavorable aux prémices de la procréation. Ce réconfort est essentiel car la FIV apporte elle aussi du stress. Peu ou beaucoup, ça dépend de chacun.e. Le psychiatre insiste également sur le fait que l'être humain

est l'animal le moins fertile et que les premières tentatives en FIV sont souvent peu concluantes. Naturellement, un embryon a 25% de chances de s'accrocher à l'utérus de la femme et d'évoluer en fœtus. En être conscient.e est assez rassurant, souvent d'ailleurs pour l'homme inquiet de sa virilité. Aussi, le thérapeute prend la peine de poser des questions précises aux partenaires afin de percevoir leur degré de pression au sein du couple lui-même ou en dehors de celui-ci. Par la même occasion, il tente d'évaluer leur fragilité ou leur stabilité à différents niveaux. Il est prêt à parler de tout, mais aussi de presque rien d'intime (en dehors du projet lui-même). Pour ces différentes raisons, la grande majorité des couples repart, dans une certaine mesure, soulagée d'un poids.

En d'autres termes, le lieu des consultations psychologiques est idéalement le lieu où le/la thérapeute stabilise l'information, le lieu des discussions éthiques si les questions se posent, le lieu de partage et de prise en compte de l'aspect émotionnel de chacun.e, le lieu où le couple peut être rassuré, le lieu de l'échange à trois, le lieu de l'explication de la procédure médicale – avec tout ce qu'elle implique – adaptée à chaque couple, le lieu qui permet aux partenaires de se rendre compte de la pression interne ou externe liée à leur projet de la procréation. C'est le lieu où chacun.e se découvre autrement.

La FIV reste malgré tout une technique incertaine. Les chances de tomber enceinte pour une femme et d'avoir un enfant n'augmentent pas considérablement, seulement de dix à quinze pour cent. L'inconnu, le hasard, l'attente, l'incertitude demeurent, malgré le règlement strict des rendez-vous, du traitement, des pratiques sexuelles. C'est un paradoxe : d'un côté il y a cette absence totale de spontanéité, liée aux contraintes du traitement, et d'un autre côté, il y a cette incertitude persistante de la grossesse, car la réussite est multifactorielle. Finalement, avoir un enfant n'est jamais programmable à cent pour cent. Cette attente incertaine fait sans doute partie des composantes de la relation à chaque fois authentique entre parents et enfants.

107. *Ibid.*, p.362

108. Psychologue et psychanalyste au Planning Familial *Le Blé en Herbe* à Namur

109. Selon mes observations liées au travail de Luc Roegiers.

110. ANSERMET François, GERMOND Marc, MEJIA QUIJANO Claudia, *Parentalité stérile et procréation médicalement assistée, Le dégel du devenir*, éd. Erès, coll. La vie de l'enfant, France, 2006, pp.230-231

111. ROEGIERS Luc, *Les cigognes en crise, op.cit.*, p.233

4. L'idéal de l'amour est-il un rempart ou plutôt une considération inutile lorsque la concrétisation du projet d'enfant d'un couple nécessite l'intrusion de la médecine procréative dans son intimité ?

Nous avons jusqu'à présent tenté d'articuler une expression particulière de l'amour conjugal qui s'exprime dans la construction du projet parental d'enfant avec des situations concrètes et particulières en PMA, et ainsi de retrouver l'idéal de l'amour qui anime les relations humaines à l'épreuve de situations concrètes vécues par les hommes et les femmes d'aujourd'hui, en l'occurrence lorsque leur projet intime d'enfant, rempli d'affectivité, de symbolique et même d'idéal, se retrouve confronté à la technique médicale.

La force que peut puiser un couple en son sein pourrait s'acquérir grâce à la coexistence des différentes formes d'amour, l'*éros*, la *philia*, l'*agapè* et la *storgè*. Mais cet équilibre idéal suffit-il à enchanter la relation ? Une hypothèse serait la suivante : l'alliance ainsi renforcée dans une relation conjugale à visée parentale permettrait d'appréhender de manière plus optimiste l'intrusion de la médecine dans l'intimité des partenaires tout comme elle éviterait l'effritement du couple face à l'ingérence médicale ou à toute autre difficulté.

Toutefois, un couple est fait de deux personnes et chacune d'elles, en s'engageant dans un projet aussi conséquent que celui de devenir responsable d'un autre que soi, vit l'échec de la procréation à sa manière. Et quelque fois, le projet d'avoir un enfant – ou plutôt le vécu face à l'échec de ce projet – pourrait ainsi se révéler plus important que la sauvegarde du couple lui-même. La *philia* et l'*agapè* feraient dans ce cas défaut.

Par ailleurs, parler de l'intrusion médicale dans l'intimité du couple lorsque celui-ci se tourne vers les PMA pour réaliser son projet parental d'enfant, n'est pas pleinement approprié si l'on se base sur les entretiens psychologiques réalisés au sein du service PMA de Saint-Luc : ceux-ci ne laissent pas l'impression d'un malaise ressenti par les partenaires conjugaux. En effet, les partenaires viennent consulter l'équipe des PMA comme tout autre tiers expert auquel ils/elles confieraient leurs problèmes, d'un autre ordre certes mais intimes tout de même. La relation entre médecin et patient.e fait forcément irruption dans l'intimité puisqu'il s'agit de confier ses soucis physiques ou psychologiques. La volonté du couple de se tourner vers la médecine pour lui demander de l'aide est censée être guidée dans ce cas-ci par le libre consentement de chacun.e des partenaires¹¹².

L'implication de la médecine dans une certaine intimité conjugale n'est pas synonyme de suppression de cette intimité : il est avant tout question pour elle de donner un coup de pouce technique aux partenaires pour pouvoir devenir parents et construire leur propre foyer familial auquel évidemment la médecine n'aura plus accès. L'intru-

sion pourrait être nocive et mal vécue à partir du moment où intervient la subjectivité jugeante du corps médical par rapport au mode d'être en relation et à la sexualité, aux compétences du couple à devenir parents. Dès lors, le défi pour les équipes médicales serait de se confronter à ses a priori, ses valeurs personnelles, son propre schéma de pensée, et de se décharger d'un sentiment de responsabilité et d'un devoir de contrôle qui en découlent.

La *médecine du désir*, en tant que pratique humaine et relationnelle n'est certes pas parfaite et ne peut donner aucune garantie quant au déroulement précis de la grossesse ou à l'avenir joyeux du nouveau-né ou de la nouvelle-née et de ses parents.

La question de la séparation éventuelle d'un couple après l'épreuve ou l'échec de la FIV ne se pose pas au niveau de l'intervention médicale mais plutôt au niveau de la relation elle-même. Par contre, la question de l'accompagnement bienveillant de la part du tiers que représente l'équipe médicale, elle, se pose nécessairement puisque cette dernière intervient dans une intimité qui subit de nombreux bouleversements. À travers son implication concrète dans le projet procréatif – projet qui à un certain niveau est déjà investi de la *storgé*, ou amour parental, la technique médicale amène le couple à se remettre en question et à ré-interroger l'équilibre des formes d'amour qui le fondent.

Il nous a donc paru essentiel d'interroger plus avant le cadre et les limites de cette *médecine dite du désir*.

112. Il s'agit toujours des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles où la FIV n'est pratiquée que dans le cadre du projet parental exprimé par le couple hétérosexuel.

III.

Trois regards critiques pour cerner la bioéthique en matière de procréation médicalement assistée

Pour amener un éclairage critique et vivant autour de l'éthique de la PMA suite aux lectures et observations menées dans les deux chapitres précédents, nous avons rencontré trois personnes proches du CEFA, touché.e.s de près ou de loin par la thématique :

Catherine Markstein, médecin, fondatrice de l'asbl « Femmes et Santé »
Une femme témoin qui nous a partagé sa propre expérience de la PMA
Paul Thielen, neurobiologiste

Nous leur avons posé les trois mêmes questions. C'est à la croisée de ces trois paroles que nous pourrions conclure sur les perspectives de notre analyse.

1. Comment le couple vit-il l'intrusion de la médecine dans son intimité, tout en sachant que la technique médicale est toujours un souhait ?

Catherine Markstein :

En tant que médecin, Catherine Markstein n'a jamais pratiqué la FIV, mais elle a une vision globale de la médecine pratiquée sur les femmes. Son point de vue est construit à partir de ses observations et de son écoute auprès des femmes, lorsque celles-ci racontent leur rapport avec la médecine.

Selon elle, les médecins se considèrent souvent comme expert.e.s et établissent avec leurs patient.e.s un rapport de pouvoir, d'emprise et de domination sur leurs corps, un rapport où la femme se sent dépossédée de son propre savoir, de ses propres compétences. Encore plus dans le cadre de la gynécologie. Et en FIV, la femme est bien sûr au centre du processus, tout se passe dans son corps à partir du désir et du projet du couple d'avoir un enfant.

L'expertise médicale est essentielle quand il y a maladie, mais le rapport de pouvoir n'a pas de légitimité, car il est indispensable que la personne - ce qu'elle ressent, ce qu'elle demande, et sa responsabilité - se situe au cœur de toute pratique sur elle-même. C'est encore plus absurde lorsqu'il n'y a pas de maladie. En FIV, on est face à des personnes en bonne santé, des personnes qui demandent un « service » à la médecine, un « service de l'ordre de la marchandise »¹¹³. Le rôle du médecin n'est donc plus ici de soigner, mais bien de rendre service, certes un grand service. Mais c'est là que parfois dans cette prise de pouvoir, il y a des effets dangereux à travers le langage, telle la phrase « elle a eu son enfant avec son gynécologue », comme si le médecin prenait la place du père : c'est un danger pour la représentation que le couple se fait de la grossesse, de l'enfant à naître, de la responsabilité parentale, etc.

L'intrusion dans l'intime se situe ici dans le rapport de pouvoir entre médecin et patient.e. L'intrusion est certainement négative, mais comment faire pour qu'elle ne soit pas vécue comme telle, mais plutôt comme un accompagnement ? En transformant l'intrusion, et donc cette prise de pouvoir sur le couple et sur le corps de la femme. C'est dans l'accompagnement que les médecins seront transparent.e.s dans la symbolique, et c'est plus juste pour eux comme pour les couples. Un travail avec les médecins serait intéressant autour de la mise en garde par rapport aux dérives potentielles. Préparer les couples à ce genre de dérives est également important, de manière à laisser la place aux gestes symboliques autour de ce projet d'enfant. La dimension symbolique animée par le désir d'enfant de la FIV peut être une bonne révélatrice de la provenance de ce désir : est-il véhiculé par la société, l'entourage, la famille ou bien est-ce un véritable désir personnel ?

C'est là qu'on peut souligner une autre intrusion. La FIV n'est pas quelque chose d'anodin pour la santé des femmes, car il y a toujours une intrusion violente dans le corps. Cette intrusion peut s'expliquer par une certaine idéologie occidentale, celle d'avoir un enfant envers et contre tout, alors même que le désir d'enfant est une chose personnelle et intime. Notre société a rendu le désir d'enfant « obligatoire », elle a d'une certaine façon perverti ce désir inconscient en le rendant essentiel dans la vie des personnes, alors qu'il n'y a aucune nécessité de procréer, si ce n'est de maintenir l'humanité. Ce désir d'enfant, issu d'une construction sociale, a fait naître une discrimination des couples ou des personnes sans enfants, que ce soit par choix ou par indisponibilité physiologique. Il faut à tout prix corriger ce défaut, nous dit la société. Mais quel défaut ? Il n'y a aucun défaut là-dedans, il s'agit tout au plus de disponibilités ou de particularités personnelles. Le désir d'enfant est devenu tellement socialisé que l'intrusion médicale est d'autant plus grande, et donc souhaitée dans ce but social de « réparer un corps imparfait ».

Les dérives possibles sur lesquelles il nous faut agir :

- Lorsqu'un couple vit le processus comme intrusif, peu importe ce qui est fait ou pas, cette intrusion est toujours à transformer en accompagnement.
- Agir sur le discours médical, au niveau de la relation hiérarchique médecin/patient, pouvoir/domination.
- Agir sur les préjugés liés aux corps des femmes, aux corps incompetents, soit vus comme anormaux car inaptes à procréer, soit dévalorisés car ils ne peuvent plus procréer.
- Rendre au désir d'enfant « obligatoire » sa juste place dans une histoire personnelle.

Dans le cadre de la FIV, le danger est que la femme se perde sous l'emprise sociétale et médicale, et qu'elle ne voie même plus quels effets néfastes les intrusions peuvent avoir sur elle, sur son corps. D'ailleurs, si le corps résiste après plusieurs tentatives de procréation médicalement assistée, comment canaliser ce désir autrement que par l'acharnement médical ?

La gynécologie moderne part de l'idée qu'un corps doit être normalisé, réglementé, corrigé : c'est l'extrême dérive de la socialisation et de la domination de la médecine face au désir d'enfant censé exprimer un désir personnel. Auparavant, les sages-femmes, les femmes entre elles, s'échangeaient leurs observations, des recettes, des savoirs. Aujourd'hui, la gynécologie, si l'on ne prend que son côté intrusif et dominant car elle a bien évidemment aussi beaucoup d'atouts, a anéanti ce savoir des femmes, des sages-femmes désormais en position de subordination par rapport aux gynécologues qui se

113. On parle bien évidemment du processus, pas du résultat de cette demande.

sont appropriés les savoirs et les techniques. Dans les cas des IMG¹¹⁴, par exemple, les femmes pratiquaient jadis cela entre elles. Aujourd'hui cela n'a lieu qu'à l'hôpital, mais est-ce vraiment nécessaire ?

En conclusion, la surmédicalisation et l'intrusion médicale vont à l'encontre de la santé et du bien-être. Par contre, le progrès médical est bon à condition qu'il se retrouve dans les mains de personnes mûres qui ne l'utilisent pas pour augmenter leur pouvoir sur les patient.e.s, comme par exemple « inventer » une maladie dans un objectif de profit financier. La première question à se poser est : comment ce progrès est-il utilisé, par qui et dans quel but ?

Femme témoin :

Son point de vue se base sur son expérience concrète de la FIV avec son compagnon au CHR de Namur. Tout en s'ancrant dans l'analyse féministe qu'elle a développée dans son parcours de vie.

Chacun.e dans le couple vit ce processus de manière particulière pour plusieurs raisons, selon elle. Premièrement, il y a toujours une intrusion dans le couple – sans pour autant qu'elle soit vécue comme telle – et chacun.e le vit à sa manière. Deuxièmement, il y a intrusion dans le corps de la femme, donc elle vivra forcément la FIV d'une manière différente que son conjoint. Troisièmement, le rapport à la médecine en général est distinct d'une personne à l'autre, ce qui constitue une différence dans le vécu de la procédure.

Pour elle, la difficulté a été triple. D'abord, faire le deuil d'avoir un enfant naturellement. Ensuite, l'intrusion médicale désagréable dans son corps, et enfin, son rapport à l'autorité médicale en général en tant que féministe écologiste. En se tournant vers la médecine, elle n'attendait pas un traitement, mais bien un encadrement, un intérêt pour le projet parental personnel, un accompagnement de cette démarche qui englobe des représentations sacrées.

Or, la prise en charge était exclusivement technique, rationnelle. Elle l'a mal vécu au début car cela ne correspondait pas à ses attentes personnelles. En ce qui concerne son partenaire, il avait ce qu'il venait chercher, à savoir une solution, une réponse technique. Il n'avait pas envie que d'autres mettent le nez dans leurs affaires. Toutefois, les échanges, le soutien, le réconfort sont très importants. La procédure est intériorisée à chaque fois individuellement, mais l'échange et le partage dans la parole, et dans les actes, sont essentiels. C'est très important de pouvoir compter sur l'autre, de savoir que l'autre est là. Ça évite de culpabiliser l'autre, ou à l'inverse de tout porter seule.

Être suivie par plusieurs personnes s'est avéré réconfortant : médecin référent.e, gynécologue de garde, infirmière.e.s. Ce fut un soulagement pour notre témoin car les

différentes personnes ont chacune un point de vue, un mode d'expression particulier. La manière dont est vécue une intrusion médicale dépend aussi des personnes auxquelles on est confronté.e. Le rôle qu'un.e médecin, selon sa personnalité, peut jouer dans le vécu du couple peut être différent d'une personne à l'autre.

L'échec est très dur à encaisser, et la détresse est liée bien sûr au vécu de cet échec. Surtout lorsque l'on est fragilisé, quand le corps est en déséquilibre hormonal. Le/la médecin devient à ce moment-là autre chose que pur praticien.ne, il/elle devient celui/celle qui a aussi des sentiments, et il est important de pouvoir se tourner vers différent.e.s acteurs/rices de la FIV, les affinités étant toujours plus ou moins particulières avec l'une ou l'autre personne.

Lors d'un moment de grande détresse, suite à un échec, le chef de service était la seule personne avec qui notre femme témoin pouvait parler de ses difficultés émotionnelles. Il lui a avoué : « Ca fait des années que je congèle des embryons et je n'ai jamais compris comment ça pouvait marcher, comment ils survivent, j'en rêve même la nuit... » Cette petite phrase a suffi pour réintroduire de l'humanité et du soutien dans le vécu de la patiente.

Même si c'est toujours quelque chose de spécial avec un sens sacré, la FIV peut avoir des aspects très violents et déshumanisants de par sa technicité. Et quelque fois, de toutes petites choses aident la personne à dépasser un état de détresse.

L'intrusion dans le couple n'est pas vraiment vécue comme telle, elle est mesurée et consciente, même si c'est toujours très personnel. On sait pourquoi on vient et on demande de l'aide à un tiers. Là où il y aurait une intrusion démesurée, c'est lorsqu'il y a attaque envers la personne. Par exemple le fait de demander à un autre homme que son conjoint de participer à son projet d'enfant aurait été beaucoup plus intrusif que l'intervention de la médecine. Mais cela dépend aussi de comment les choses sont présentées. Par exemple, poser des questions sur la stabilité du couple peut paraître extrêmement intrusif pour certain.e.s, c'est le cas du couple de notre témoin, et pour d'autres comme quelque chose de banal et à la limite rassurant. Disons que tout dépend de la politique de l'hôpital, des médecins et des attentes de chacun.e.

Une des limites de l'intrusion se situe dans le fait d'entrer dans la sexualité des conjoint.e.s. Comme par exemple poser des questions sur la sexualité du couple, réaliser un test après un rapport sexuel même si, scientifiquement, ces tests ont leur raison d'être. Non seulement c'est intrusif, mais cela peut aussi aller dans le sens d'une tentative de normalisation de la sexualité.

La limite de l'intrusion est donc l'atteinte à l'intimité sexuelle, à tout ce qui renvoie à la normalisation de la sexualité ou de la reproduction, là où il y a un jugement par rapport à la capacité reproductive ou par rapport à la manière de s'y prendre. Bref, là où il y a un jugement tout court.

En ce qui concerne l'intrusion dans le corps de la femme, il y a peut-être aussi une limite à poser, celle d'éviter de rendre des examens extrêmement douloureux lorsque ce n'est pas nécessaire, lorsqu'on peut s'en passer. Il y a une réelle asymétrie de la douleur entre une hystérogaphie et un spermogramme.

La dernière limite à mentionner, c'est quand on ne se sent plus pleinement responsable, lorsqu'un tiers se mêle d'une chose sur laquelle on ne peut/doit pas agir, qu'on n'a pas à normaliser, lorsqu'il y a un jugement.

Paul Thielen:

Dans le cadre des PMA, la parentalité se retrouve aussi en dehors du couple visible, selon Paul. Elle n'est plus quelque chose de seulement intime, elle peut donc être ressentie comme une intrusion. Ceci dit, la parentalité ne dépasse-t-elle pas de fait la chose strictement intime, n'est-elle pas forcément sociétale ?

Dans quelle mesure l'intrusion médicale peut-elle être acceptée en PMA ? L'intrusion est présente, peu importe la forme de l'intervention médicale. Le couple qui a mis plusieurs années à essayer de faire un enfant a demandé de l'aide à la médecine. Y a-t-il plus d'intrusion en PMA que dans une autre spécialité médicale ? L'intrusion dans le corps est-elle plus importante qu'une intervention par conseils ? De toute façon, l'intime ne peut être totalement préservé lorsqu'on va consulter un.e médecin. Par contre, le degré de préservation de l'intime va varier d'une personne à l'autre. En soi, l'intrusion est tellement commune dans l'univers des vivants que ça fait partie de la « normalité » que des phénomènes d'intrusion apparaissent entre les êtres humains.

2. De quoi la médecine est-elle responsable et jusqu'où peut aller cette responsabilité ?

Catherine Markstein :

La responsabilité médicale pose question. Car la responsabilité devrait être sociétale. Le/la médecin est seulement responsable de l'accompagnement de la femme dans son choix personnel, de veiller à sa santé, de prendre soin de son corps. Jamais dans un but qui la réduirait à sa potentielle fécondité, à sa potentialité de porter un enfant et d'être mère. La seule responsabilité du/de la médecin est que tout se passe bien médicalement. Le/la médecin n'est donc pas responsable de l'enfant à naître.

Femme témoin :

L'équipe médicale est responsable d'aider le couple à fabriquer un enfant dans les meilleures conditions possibles autant physiques que matérielles (la responsabilité porte sur le corps de la femme, la prise en charge de la douleur, le danger des techniques, etc.), qu'au niveau du vécu du processus, sans pour autant s'intéresser à ce qui est en amont ou en aval. Il est néanmoins important que l'équipe médicale oriente les couples vers d'autres professionnel.le.s si elle détecte quelque chose de difficile à vivre. La pratique de la FIV doit aller un peu au delà du protocole strictement médical, car détecter un malaise lié au vécu du processus et relayer fait partie de la prise en charge de la santé et du bien-être global.

Dans son vécu, ce petit plus qui fait la différence, elle l'a retrouvé avec les infirmières : elles sont à l'écoute, leur sensibilité est plus importante par rapport aux aspects humains et même pratiques. Les femmes se sentent alors soutenues, conseillées. Notre femme témoin apprécierait que la place des infirmières pourrait être mieux reconnue par l'équipe médicale.

Au niveau de la responsabilité juridique, que fait-on avec les embryons non transférés ? Très vite, le couple doit signer un contrat avec l'hôpital qui le lie à l'équipe médicale sur le projet de PMA et sur le devenir des embryons non transférés. C'est important qu'il y ait une convention, mais on manque de clés pour faire un choix de l'une ou l'autre alternative, toutes gorgées de symbolique. Les choix suivants se posent : conserver et congeler les embryons, combien de temps ? Dans le cas d'embryons surnuméraires, les détruire, les donner à la science ou à d'autres personnes ? Après la mort du conjoint ?

L'équipe médicale n'aide pas les couples à cerner les conséquences de leurs choix sur les questions éthiques, juridiques et médicales. Par exemple, que veut dire donner ses embryons à la science ?

Comment pallier ce manque ? Avec des brochures, plus d'informations ?
Comment sommes-nous confronté.e.s aux conséquences ?
Comment savoir ce qu'on veut vraiment sans avoir toutes les clés en main ?

La responsabilité de l'équipe médicale devrait être de permettre aux personnes de faire un choix éclairé. Mais souvent, on ne sait pas comment poser les bonnes questions, comment en parler ... Il y a un tabou autour du sujet, à commencer par le couple lui-même ...

Au-delà de cette responsabilité liée au suivi du bon déroulement des techniques et du vécu global du couple, ainsi qu'aux informations concernant le devenir des embryons surnuméraires, l'équipe médicale est dépourvue de responsabilité. Une fois que l'embryon s'est implanté, quatorze jours après, la grossesse n'est plus prise en charge par l'équipe médicale, elle devient une grossesse normale. La responsabilité n'est plus prolongée, elle n'a pas à s'étendre davantage.

Un travail de réflexion autour des représentations semble essentiel.

Paul Thielen :

La complexité que les systèmes vivants ont mise en place pour se reproduire – pour produire un seul être – est incroyable. Rien que dans l'espèce humaine, un mâle humain en bonne forme va produire jusqu'à un milliard de spermatozoïdes par semaine, dont 300 millions par éjaculation. Tout ça pour avoir en moyenne deux enfants par paire d'êtres humains au cours de leur vie. Pour un biologiste, la naissance est un phénomène difficile, un événement aléatoire de la nature, et la survie quelque chose de très rare. À l'époque, on disait « c'est un don de Dieu », la fatalité d'avoir ou de ne pas avoir d'enfant était renvoyée à une espèce de nature aveugle, ou à un dieu qui changeait parfois les règles et parfois pas. Mais, à un moment donné de l'histoire, on s'est dit que si l'on y mettait les moyens, on pouvait augmenter le pourcentage de naissances. Louise Brown fut le premier « bébé éprouvette » en juillet 1978 (juste 10 ans après *Humanae Vitae*). Dans le prolongement, des chercheurs de tous pays et en particulier de la VUB (Bruxelles) ont fait de grandes avancées scientifiques. Et il est clair qu'en agissant sur le phénomène de reproduction, on agit aussi sur la spontanéité des rapports conjugaux.

Le mot « accompagnement » est peut-être plus intéressant que « responsabilité ». Classiquement les moralistes posaient la question : dans un cas limite, comment choisir entre la mère et l'enfant ? Où est le moindre mal ? Est-ce qu'aujourd'hui cela se résoudrait par la décision « responsable » d'une personne seule, ou bien accompagne-t-on la décision des parents ?

Une autre question éthique : l'interruption médicale de grossesse peut être pratiquée jusqu'au seuil de la naissance. Après l'accouchement, on ne peut plus intervenir aussi

violemment sur l'être vivant. Or plus on est proche de la naissance, plus on aura un diagnostic fiable. Comment se passe l'encadrement des personnes lors de telles décisions ? Pour une équipe médicale, le mot « responsabilité » est très lourd à porter et à gérer. Par exemple, il y a des enfants qui reprochent aux médecins de les avoir laissés vivre et demandent des pensions, pas seulement pour leur handicap, mais pour faute médicale grave. Des parents aussi critiquent les médecins pour ne pas avoir bien repéré le problème. Et en même temps, dans certaines situations délicates, les personnes ont besoin de se décharger de leur responsabilité car c'est trop lourd à porter pour elles... C'est évident qu'il ne faut pas déresponsabiliser les personnes, mais il y a des cas où les choses deviennent gérables à partir du moment où les personnes se déresponsabilisent en partie d'une décision lourde à prendre, même si c'est à elles que revient la décision *in fine*. C'est tout simplement plus vivable de laisser aux médecins la responsabilité de prendre le relais, comme dans le cas d'une IMG, sans pour autant ignorer que c'est toujours quelque chose de symbolique qui sera la clé des décisions.

La responsabilité médicale peut porter sur l'obligation de moyen, mais pas sur l'obligation de résultat. Les médecins répondent à la fois aux exigences techniques et à la responsabilité cadrée que la société leur a confiée, on les libère ainsi d'un éventuel échec et on diminue leur culpabilité. Au-delà de la technique, la manière d'être, de parler, peut aussi induire telle ou telle particularité au niveau du vécu de la personne qui vient consulter. La responsabilité se situe là aussi dans la tentative de préserver le bien-être des patient.e.s.

3. La médecine bénéficie-t-elle d'un quelconque droit ou devoir de juger, de contrôler le mode de vie ou la sexualité d'une personne demandeuse de la FIV ?

Chaque hôpital (chaque unité de PMA) a sa propre éthique et son propre règlement : par exemple, Saint-Luc de Bruxelles défendra un idéal de couple estimé stable tandis que l'AZ-VUB ne procédera à aucune sélection entre les personnes demandeuses de la FIV. Dès lors, peut-on parler de responsabilité médicale, ou plutôt de discrimination ou de contrôle, lorsqu'on exclut l'accès de certaines personnes à la FIV ? A-t-on le droit de permettre à *n'importe qui* d'accéder à la FIV et donc de devenir parent, ou bien doit-on limiter l'accès à la FIV suivant des critères précis ? Quelle attitude l'équipe médicale devrait-elle idéalement adopter entre paternalisme et détachement ?

Catherine Markstein :

La décision éthique de permettre à certaines personnes d'accéder à la FIV, ou d'en exclure d'autres, ne doit pas être médicale mais devrait provenir d'un savoir collectif. On ne peut pas laisser un.e médecin, ou une équipe médicale, décider seul.e, il est essentiel d'avoir des grilles de lecture et d'évaluation construites civilement. Comment dès lors envisager cette responsabilité sociétale, citoyenne ? Celle-ci doit avoir deux prémisses partagées – la collectivité partagerait ainsi la responsabilité de cette décision :

1. par rapport à l'accueil « matériel » de l'enfant : le milieu est-il prêt à accueillir un enfant ? Quelle place lui donner ?
2. par rapport à l'accueil « affectif » de l'enfant : y a-t-il quelqu'un pour lui donner de l'amour ? L'enfant sera-t-il aimé ?

Les critères liés à la sexualité ou à la monoparentalité ne sont pas des critères valables, seul l'amour « parental » compte. Les critères d'« exclusion », comme l'homosexualité ou la monoparentalité, sont injustes. Par exemple, si une femme seule faisant appel à la FIV a la certitude d'être accueillie avec son enfant, aidée, soutenue durant et surtout après la FIV, alors pourquoi ne pas lui permettre de réaliser « son rêve » ?

Il est essentiel de privilégier une certaine bienveillance plutôt qu'un détachement total sans discriminer qui que ce soit. Dans cette optique, seule l'équipe médicale ne suffit pas, il faut créer un lien avec la société civile. Quand un enfant vient au monde, il vient aussi dans la société. La société va aussi porter cet enfant. La société est aussi responsable de l'enfant, de son éducation. Le médecin est amené à en être responsable, mais ce n'est pas une bonne chose. D'où l'importance de la responsabilité partagée, même si c'est une idée utopiste, entre parents, société civile, autres personnes touchées de près ou de loin, médecin, équipe médicale, etc. Une responsabilité totalement médicale n'est pas bonne tout comme un désintérêt total n'est pas bon non plus. Comment trouver un juste milieu ? Par le partage de la responsabilité.

Il est important d'élaborer ensemble des grilles (sans discriminations, ni valeurs paternaliste ou patriarcales, ni intérêts économiques) pour chaque hôpital, avec des comités d'éthique, avec des groupes de citoyen.ne.s, etc., mais il faut toujours procéder au cas par cas. Par exemple, à la VUB, tout le monde a accès à la FIV, mais chacun y est livré à soi-même, alors qu'à St Luc, règnent des valeurs paternalistes mais l'accompagnement y atteint une certaine qualité.

Il est important que la société cesse d'évoluer vers la dérive: « la femme doit être féconde, elle doit avoir des enfants à tout prix ». Quand on parle d'une responsabilité sociétale, c'est évidemment sans parler de cette dérive qui tend à normaliser le corps de la femme. Les femmes sont souvent victimes de constructions sociales. Tout est bon pour intervenir sur leur corps, alors que ce n'est pas juste pour les femmes elles-mêmes.

L'intelligence citoyenne est donc utile pour ne pas tomber dans l'extrême libéralisme ou dans l'extrême paternalisme. La responsabilité médicale est essentielle certes, mais elle doit se limiter au médical. La responsabilité globale doit s'étendre aux citoyen.ne.s. Ce sont des questions hautement politiques et sociétales. Il faut sortir de l'intimité de ces questions autour de la parentalité. Qui a quelle responsabilité dans cette histoire ?

Femme témoin :

L'équipe médicale n'a pas le droit d'interdire aux personnes de devenir parents. Chacun.e devrait pouvoir accéder aux PMA. Sauf peut-être dans les cas où les futurs parents auraient été accusés ou jugés pour des faits graves, pénaux vis-à-vis de leurs enfants. Mais là, ce n'est pas une question de responsabilité médicale, mais bien de responsabilité sociétale, de prévention en général. L'équipe médicale n'a pas d'autres droits que ceux que la société s'arrogue pour limiter l'autorité parentale de n'importe quel individu. Mais comment arriver à le contrôler sans pour autant contrôler une masse de couples, d'individus avec des demandes saines, une vie saine ?

Tout le monde a le droit d'accéder à la parentalité. L'équipe médicale n'a pas à décider qui a le droit d'accéder à la FIV et qui ne l'a pas. Elle n'a pas non plus le droit de décider d'arrêter un processus à cause d'un malaise détecté dans le couple, ou chez un individu, mais bien au contraire de soutenir la/les personne.s dans un accompagnement, dans certaines circonstances, en la/les dirigeant vers d'autres personnes, professions ou organismes, structures de soutien compétentes. Sans confondre bienveillance (accompagnement) et paternalisme (jugement-contrôle).

Ainsi, l'homosexualité, la monoparentalité, ou tout autre jugement lié à la religion, aux modes de vie, ne sont en aucun cas des critères sur lesquels des personnes pourraient être exclues de la FIV.

Nous pourrions envisager la limite lorsqu'il est question d'acharnement. Par exemple lorsqu'un couple ou une personne, en bonne santé, s'acharne tellement pour avoir un enfant qu'il/elle en devient malade. L'équipe médicale doit alors encadrer davantage le processus et éviter plus de dégât, tout en proposant à la personne de la diriger vers d'autres structures de soutien.

En bref, l'équipe médicale n'a pas le droit de décider de quoi que ce soit en dehors de l'aspect technique, elle n'a pas le droit d'émettre un jugement sauf peut-être lorsqu'elle est confrontée à une personne saine, avec au départ un simple désir d'enfant, qui finit par souffrir du processus, par s'y perdre. Tout en sachant à quel point il doit être difficile pour cette personne d'interrompre le processus et que cette décision doit toujours être collective.

Par ailleurs, entre la personne qu'on est dans le projet d'enfant et la personne qu'on devient une fois que l'enfant est là, quand on est réellement parent, après un mois, un an, l'évolution est fulgurante. C'est une question d'amour parental: être capable d'évoluer avec son enfant, ne pas s'enfermer dans des principes, dans ses acquis, dans une idée de ce qu'il faut être, de ce que l'enfant doit être...

Paul Thielen:

Il n'y a pas de lois naturelles, de constantes qu'on observe et d'où devraient découler des lois morales. Ce n'est pas parce que l'on croit que la plupart des animaux ont un comportement de fidélité ou de couple formé de deux sexes que forcément les êtres humains doivent le reproduire. La confusion entre la loi naturelle et la loi morale est philosophiquement intenable.

Quand Paul observe une situation humaine, il la situe par rapport à ses observations biologiques. Ce qui l'amène à des logiques sociétales relativement ouvertes. Même si des balises sont nécessaires. Il considère qu'à partir du moment où une personne fait une demande d'aide à la procréation dans un hôpital, on s'adresse à la société et que le ou la médecin, en tant que membre de cette société, peut invoquer une objection de conscience. Il ou elle a donc le droit de refuser une demande d'aide qui irait à l'encontre de ses convictions personnelles. Par contre, il doit pouvoir orienter la personne vers un.e autre médecin qui, lui/elle, répondrait à la demande de cette personne. Et si ce.tte même médecin est le ou la seul.e à pouvoir répondre à une demande légale, alors il ou elle doit s'y plier. Le refus d'acte médical est donc envisageable seulement s'il y a d'autres personnes prêtes à accepter d'agir sur le même problème. À un moment donné, dans un état de nécessité, les médecins vont poser des actes au nom d'un.e autre, au nom d'une logique de société.

Par exemple, dans le cas de l'euthanasie, chacun.e peut choisir d'écourter sa vie pour une raison ou une autre, un.e médecin peut refuser d'intervenir si cela va à l'encontre

de ses convictions personnelles, mais l'ensemble des médecins ne peut pas refuser de pratiquer cette intervention. Les limites personnelles peuvent être envisageables, mais la logique sociétale voudrait que d'autres personnes puissent toujours prendre le relais.

Le pouvoir médical est énorme à notre époque mais ce n'est qu'à titre provisoire. La plupart des avancées qui ont donné lieu à des questions éthiques ont été réalisées par les médecins et les biologistes. La science évolue très vite. Bientôt, ce ne seront plus les contraintes biologiques qui seront des facteurs limitants, mais la façon dont les personnes vont se situer symboliquement par rapport à leurs corps.

Par rapport à la définition du couple, qu'est-ce qu'un couple permanent, stable ?

La société avance, se déploie et les questions et les balises évoluent avec elle. C'est normal de donner des moyens pour répondre à l'évolution de la société. Un.e médecin n'est pas seulement un.e technicien.ne, l'équipe médicale n'est pas seulement responsable du bon déroulement de la technique mais elle ne peut pas pour autant devenir une espèce de tribunal ou un jury d'assise allant à l'encontre des principes établis collectivement. En Belgique, on admet l'homosexualité, le mariage homosexuel est autorisé, alors pourquoi interdirait-on aux homosexuel.le.s d'accéder à la parentalité ? La question ne se pose même plus à la limite, on doit leur donner les moyens pour pouvoir devenir parents. Maintenant, il y a des médecins qui ne vont même pas se poser cette question, tandis que d'autres auront du mal à accepter d'accompagner les homosexuel.le.s dans leur projet d'enfant.

Tout centre de PMA a son protocole. Les médecins qui pratiquent les PMA ont le droit de ne pas être d'accord avec telle ou telle autre réalité. Toutefois, on peut aussi avoir une éthique, une morale basée sur la reconnaissance de la cohérence de quelqu'un.e d'autre : « ça ne correspond pas à notre logique, mais on voit bien que votre logique est cohérente... ».

Par exemple, toujours dans le cadre de l'euthanasie, il y a des hôpitaux qui refusent systématiquement de la pratiquer et qui empêchent ou compliquent le transfert d'une personne dans une autre clinique qui accepterait l'euthanasie. Dans ce cas, nous pouvons parler de faute médicale grave et de perversion d'un système médical qui bloquerait les choses légalement accessibles.

En ce qui concerne la FIV, sur le marché belge, l'entrée dans l'un ou l'autre hôpital n'est pas un problème, c'est à la personne de choisir quel hôpital elle va choisir, selon que tel hôpital accepte une réalité sociétale qu'un autre n'accepte pas.

Les interrogations dans le cadre d'une PMA n'ont pas de raison d'être lorsqu'il est question de la sexualité des personnes, elles devraient se limiter à la motivation personnelle

à avoir un enfant. Car le couple, peu importe qu'il soit hétéro ou homo, n'est pas un critère valable. De même que la monoparentalité, le divorce étant devenu une réalité tellement courante. Et puis ne pas accepter une femme seule en PMA serait inadéquat, car une personne seule peut adopter un enfant en Belgique. Il faudrait peut-être juste être un peu plus attentif aux difficultés qu'elle pourrait rencontrer.

La démarche de Saint Luc est compréhensible, du moins en imaginant leur réussite dans l'accompagnement de couples hétéro stables, interprétée donc sous l'angle de l'économie de moyens. Par exemple, un médecin s'est rendu à Kinshasa en 1963, y déployant ses efforts pour guérir des personnes de maladies incroyables, et ces personnes, une fois guéries, sortaient de l'hôpital et se flanquaient une maladie sexuellement transmissible et mouraient peu de temps après ... Un.e médecin est-il/elle responsable de ce que les personnes deviennent ? Est-ce qu'on soigne le cancer des poumons de ceux et celles qui continuent à fumer ou bien est-ce qu'on privilégie ceux et celles qui ne fument pas ? Comment choisit-on les personnes quand il y a une économie de moyens ? Des personnes qui répondent à tels ou tels autres critères, celles arrivées les premières, celles les plus gravement atteintes, ... ? L'économie de moyens n'explique pas pour autant ce qui est juste ou injuste. Les moyens sont toujours limités, c'est à chaque hôpital de gérer cette limite à sa façon. À St Luc, par exemple, on va favoriser les personnes proches de leurs visions du couple et de la parentalité. La seule limite publique ou sociétale serait celle de l'économie de moyens, en donnant la priorité à certaines catégories sociales.

Tout comme la question de l'âge, faut-il mettre une limite ou pas ? Peut-être la question portera davantage sur les capacités et la mise en place des moyens qu'une personne possède pour accueillir un enfant. Prenons, par exemple, une personne de 50 ans qui voudrait adopter un petit Indien amputé, pourquoi pas ? On ne peut pas écrire un protocole une fois pour toutes. On peut émettre la possibilité d'accepter tout le monde, et voir chaque situation au cas par cas ensuite.

Pour ne pas conclure trop vite mais poser les bonnes questions

Les trois regards que nous avons décidé de solliciter sur l'éthique qui entoure les PMA nous invitent à rappeler le principe premier du serment d'Hippocrate en médecine : « *primum non nocere* ». D'abord ne pas nuire à la santé, tant physique que mentale, des personnes en demande. C'est ce qui apparaît dans la position de nos trois interlocuteurs/rices quant au non jugement, à l'égalité des chances, et à l'accompagnement bienveillant des femmes et des couples dans leur choix, en restant vigilant à ce que leur santé ne se dégrade pas au fil du projet de procréation. C'est là que la responsabilité entre en jeu : celle liée aux compétences mises au service de la demande. La responsabilité de la demande revient à celles et ceux qui la formulent, mais aussi à l'ensemble de la société.

Le désir d'avoir un enfant est devenu réalisable pour – presque – tou.te.s grâce à des techniques médicales. De nombreux couples et de nombreuses personnes qui autrefois devaient renoncer à ce projet peuvent aujourd'hui être aidé.e.s par la médecine. Cela nous a posé deux problématiques qui s'imbriquent l'une avec l'autre.

La première est celle du projet d'enfant, concept relativement récent dans l'histoire humaine, corrélée mais non en correspondance, comme nous l'avons vu, avec le désir d'enfant. Ce concept tout aussi récent, est tributaire de chaque histoire personnelle intimement liée à l'interaction de chacun.e avec la société et ce que celle-ci attend des individus qui la composent, du destin qu'elle leur insuffle, en tant qu'hommes et femmes. Au fil des époques, désir et projet existaient certes mais n'avaient pas la place qui est la leur actuellement, la même légitimité pour s'exprimer. La possibilité du désir de procréer, et de sa mise en œuvre à travers un projet parental, tout en promettant une liberté de choix selon ses aspirations, a été néanmoins investie de nouvelles injonctions normatives, liées elles à la traditionnelle assignation des femmes à la maternité qui persiste à travers des voies contemporaines. Et par ailleurs le revers de ce choix : la pression au projet abouti, réussi, à la réunion de conditions idéales. C'est en cela qu'il convient de nuancer la citation de Michel Onfray quant à la responsabilité parentale, qui rejoint par ailleurs ce que nous avons évoqué en développant l'« idéal de l'amour », alliant différentes formes d'amour humain complémentaires qui constituent un socle sur lequel appuyer nos relations, entre autres amoureuses, conjugales ou parentales : **« Les enfants, jamais à l'origine demandeurs de l'être plutôt que du rien, peuvent légitimement exiger de leurs géniteurs une assistance matérielle certes, mais aussi psychologique, éthique, intellectuelle, culturelle et spirituelle pendant au moins les deux premières décennies de leur existence. Puisque la paternité et la maternité ne sont pas des obligations éthiques, mais des possibilités métaphysiques, le désir de mettre au monde doit impérativement se soutenir par une capacité**

et une volonté délibérées de rendre leur existence la plus digne possible. »¹¹⁵

Cet argument nous parle aussi d'idéal, et vient certainement renforcer la résistance à une norme, et donc le choix individuel, y compris de ne pas faire d'enfant, choix revendiqué par Michel Onfray comme particulièrement responsable. Une responsabilité qui conjugue *storgè* a priori et *agapè*, davantage nécessaires, nous l'avons vu, que l'existence du couple même qui, lorsqu'il est à la base du projet parental, a besoin aussi d'une alliance solide de l'*agapè* et de la *philia* en son sein, pour traverser les bouleversements qu'engendre ce changement d'identité quelles qu'en soient les circonstances. Une responsabilité qui, si on y réfléchit bien, peut semer le doute de par son poids sur les individu.e.s...

Aussi, lorsque nous parlons de choix, cela s'adresse plus au projet qu'au désir, même si celui-ci est partiellement conditionné. Le projet, conscient, construit seule ou à deux est une médaille à double face : le contexte favorise ou non l'émergence du désir d'une part, et du projet qui répond ou non à ce désir selon les circonstances et les réactions individuelles à l'environnement présent, ses convictions, son éducation, son tempérament, la répartition des différentes sphères de sa vie, son degré d'autonomie, son genre évidemment,... C'est ce qui a permis par exemple à Elisabeth Badinter de classer les femmes dans plusieurs catégories face aux négociations de celles-ci par rapport à la maternité et à leur place d'individue, de femme dans la société¹¹⁶.

Notre deuxième problématique est celle de l'intervention médicale, pas évidente dans un projet que l'on qualifierait d'intime, puisqu'elle peut à la fois révéler des failles (notamment dans la relation conjugale) mais aussi en créer de nouvelles si elle n'y prend garde. Comme nous l'avons vu, et comme le souligne Paul Thielen, le projet de procréation dépasse la cellule conjugale, ou l'envie personnelle. La médecine n'est-elle pas avant tout un instrument du projet sociétal en favorisant, parfois jusqu'à l'acharnement, le projet parental ?

La médecine et la science ont acquis une place d'autorité normative, régulatrice, dans notre monde. Il est nécessaire cependant de les utiliser à bon escient en rendant aux individu.e.s le pouvoir sur leurs choix de vie et repenser l'éthique, selon les limites de chaque équipe médicale certes, mais plus globalement, comme le suggèrent Catherine Markstein et la femme témoin, au sein d'un projet de société, dont la collectivité est responsable. Et cela commence avec une réflexion sur la place que l'on attribue à la procréation, au corps, les normes qui les entourent, et les moyens que la collectivité met en œuvre pour accueillir et accompagner les (non) projets d'enfants. Rendre à ceux-ci, comme le dit Catherine Markstein, leur « juste place » dans l'histoire personnelle. L'accompagnement prend ainsi tout son sens : veiller au bien-être des adultes dans leur cheminement, créer un contexte favorable à l'expression libre d'un choix, la pleine appropriation d'une décision, c'est déjà veiller au bien-être des enfants à naître. Les intérêts des un.e.s et des autres ne doivent pas être mis en concurrence. Cette réflexion a déjà émergé lors de débats en 2013 organisés par le CEFA autour

de l'accouchement et de la naissance.¹¹⁷ Dans le cas de la PMA, nous avons vu (sans avoir pu approfondir la question) que les équipes médicales accueillent différemment les demandes de FIV, technique particulièrement intrusive sur le corps féminin et dans la sexualité des partenaires, selon des options éthiques, institutionnelles propres. Nous avons également relevé à quel point le projet parental est par ailleurs une étape sensible et chargée, symboliquement et émotionnellement, culturellement, et... politiquement. La question du choix relève donc aussi de la possibilité de trouver une réponse à ses besoins dans la demande d'aide à la procréation, tant dans le non jugement et l'égalité des chances que dans l'accompagnement discret et bienveillant.

Certaines questions ne se posent plus, face aux évolutions des mœurs, comme le remarque Paul Thielen, en termes de droits, ajouterons-nous. Par contre, la question reste toujours concernant l'application de ces droits, et sur qui repose le choix, et donc la responsabilité de la société que nous voulons construire ensemble demain.

115. ONFRAY Michel, *Théorie du corps amoureux*, Flammarion, Paris, 2007, p. 218

116. BADINTER Elisabeth, *Le conflit: la femme et la mère*, Flammarion, Paris, 2010, chap.5, pp.143-155

117. LALMAN Lara, *Maternité: entre norme naturalisée et nature normalisée*, CEFA 2013

Bibliographie

- ANSERMET François, GERMOND Marc, MEJIA QUIJANO Claudia, *Parentalité stérile et procréation médicalement assistée, Le dégel du devenir*, éd. Erès, coll. La vie de l'enfant, France, 2006
- ATLAN Henri, BOTBOL-BAUM Mylène, *Des embryons et des hommes*, coll. Science histoire et société, PUF, Paris, 2007
- BADINTER Elisabeth, *Le conflit : la femme et la mère*, Flammarion, Paris, 2010
- CASSIERS Léon, *Ni ange Ni bête, Essai sur l'éthique de l'homme ordinaire*, éd. Cerf, Paris, 2010
- DAVID Didier, « Le désir d'enfant », in *Le diagnostic prénatal, Aspects psychologiques*, par Didier David, Sylvie Gosme-Séguret, éd. ESF, coll. La vie de l'enfant, Paris, 1996
- De NEUTER Patrick, « Le couple et les paradoxes de l'amour », in *Bulletin freudien*, n° 21, 1993
- DUCHÊNE J., « Le statut de l'embryon humain in vitro : terminologie et approche philosophique », in *L'embryon humain in vitro*, sous la dir. de ENGLERT Yvon, VAN ORSHOVEN Alfons, éd. De Boeck Université, coll. Sciences - Éthiques - Sociétés, Bruxelles, 1999
- FERRY Luc, *La révolution de l'amour, Pour une spiritualité laïque*, éd. Plon, Paris, 2010
- FOUREZ Marie-Thérèse, *L'enfant du désir ?, Paroles de femmes, Paroles de mères*, éd. L'Harmattan, coll. Psychanalyse médecine société, Paris, 2004
- HIRSCH Emmanuel, *Soigner l'autre, L'éthique l'hôpital et les exclus*, Belfond, France, 1997
- HOTTOIS Gilbert et MISSA Jean-Noël, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, Médecine environnement biotechnologie*, éd. DeBoeck Université, Bruxelles, 2001
- LALMAN Lara, *Maternité : entre norme naturalisée et nature normalisée*, CEFA 2013

- MISSA Jean-Noël, « Le statut de l'embryon humain in vitro : terminologie et approche philosophique », in *L'embryon humain in vitro*, sous la dir. de ENGLERT Yvon, VAN ORSHOVEN Alfons, éd. De Boeck Université, coll. Sciences - Éthiques - Sociétés, Bruxelles, 1999
- ONFRAY Michel, *Théorie du corps amoureux*, Flammarion, Paris, 2007
- PAROT Françoise, TEITELBAUM Ephraïm, *Des enfants sans toi et moi*, éd. Flammarion, Paris, 2002
- PELLE Françoise, *Appartenance et filiations, être enfant de quelqu'un*, éd. ESF, Coll. La vie de l'enfant, Paris, 1997
- ROEGIERS Luc, « Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation », in *Guérir les souffrances familiales, 50 spécialistes répondent*, par ANGEL Pierre et MAZET Philippe, PUF, Paris, 2004
- ROEGIERS Luc, *Les cigognes en crise, Désir d'enfant, éthique relationnelle et fécondation in vitro*, éd. De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1994
- ROEGIERS Luc, *La grossesse incertaine*, PUF, Paris, 2003, p. 93.
- ROEGIERS Luc, « L'énigmatique embryon in vitro », in *Procréation médicalement assistée : régulation publique et enjeux bioéthiques*, sous la dir. de SCHIFFINO Nathalie et VARONE Frédérique, éd. Bruylant, 2003
- THEVOS Jean-Marie, *Entre nos mains l'embryon : Recherche bioéthique*, éd. Labor et Fides, coll. Le champ éthique, n°17, Genève, 1990
- WARNOCK (M.), rapport de la commission d'enquête présidée par Dame Mary Warnock, Fécondation et embryologie humaines (Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology, London, 1984), trad. I. Espalieu, La Documentation Française, Paris, 1895

Décembre 2013

CEFA asbl
www.asblcefa.be



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles
et de la Province du Brabant wallon

