



HAL
open science

Le corps vu à travers le prisme de la bioéthique

Pierre Le Coz

► **To cite this version:**

Pierre Le Coz. Le corps vu à travers le prisme de la bioéthique. Psychologie du corps et de l'apparence, L'image corporelle dans tous ses états, PUP; Presses universitaires de Provence, pp.131-141, 2020, 9791032002698. hal-02972129

HAL Id: hal-02972129

<https://hal.science/hal-02972129v1>

Submitted on 3 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le corps vu à travers le prisme de la bioéthique

Article paru dans *Psychologie du corps et de l'apparence : l'image corporelle dans tous ses états* (Dir. L. Dany), Presses universitaires de Provence, Aix-en-Provence, 2020, pp. 131-141.

Pierre Le Coz¹

Introduction

Parmi les innovations thérapeutiques qui ont marqué la seconde moitié du XX^{ème} siècle, certaines se singularisent par leur mise à contribution du corps humain. Aujourd'hui, ce qui est soigné peut aussi devenir ce qui soigne. Ainsi, après avoir été pendant des siècles le simple réceptacle des médicaments, le corps devient une ressource thérapeutique à disposition des patients. Certaines parties du corps des uns régénèrent, remplacent ou réparent les parties correspondantes du corps des autres.

L'utilisation du sang à des fins médicales en fournit la plus ancienne illustration, les premières transfusions remontant au début de la première guerre mondiale. Aujourd'hui, le plasma sanguin représente un marché mondial de 12 milliards d'euros et la quantité de plasma collectée a doublé en quelques années passant de 15 millions de litres en 2007 à 32 millions en 2014. En France, le déficit des réserves plasmatiques mais aussi celui des ovocytes pose la question de l'opportunité de rétribuer les donateurs pour estomper les disparités croissantes entre l'offre et la demande. Pour l'heure, en dépit de la pression économique mondiale, le législateur français maintient ferme le principe du don volontaire, bénévole, anonyme et gratuit, contrairement à d'autres pays d'Europe ou des Etats-Unis qui ont fait le choix de lui octroyer des compensations financières.

La disparité des régimes juridiques à l'échelle internationale reflète une tension irréductible entre plusieurs finalités : guérir, transmettre la vie, sauvegarder la dignité, protéger les plus vulnérables, optimiser les ressources rares, etc. Le type de dilemme moral qui en résulte relève de ce qu'on appelle la bioéthique, cette partie de l'éthique médicale qui interroge ce que l'on peut s'autoriser et ce que l'on doit s'interdire avec le corps humain. Comment hiérarchiser les valeurs lorsqu'on ne peut pas les concrétiser simultanément ? Aujourd'hui, ce questionnement bioéthique s'étend à la génétique, par les possibilités qu'elle offre de séquencer son génome, et à terme, d'y apporter des modifications pour éviter la survenue d'un handicap ou d'une maladie héréditaires. Dans les pages qui suivent, néanmoins, nous nous limiterons à l'analyse des pratiques biomédicales dont les conséquences sur la représentation du corps humain sont les plus manifestes : le prélèvement d'organes et l'assistance médicale à la procréation.

¹ Professeur de philosophie à la Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille, UMR 7268 ADES, Aix-Marseille Université/EFS/CNRS ; Ancien vice-président du Comité Consultatif national d'éthique (2018-2012) ; Membre du groupe de travail du Conseil d'Etat pour la révision de la loi de bioéthique (2018).

Définition de la bioéthique

Suivant l'étymologie, le terme « bioéthique » englobe l'ensemble des réflexions éthiques suscitées par les usages du vivant (*bios*). Plus précisément, la bioéthique est la gestion des dilemmes moraux soulevés par l'identification et la manipulation des éléments du corps humain. Elle constitue une branche récente de l'éthique appliquée en santé faisant suite à l'avènement de la « biomédecine » dont le développement n'a cessé de croître depuis la fin de la seconde guerre mondiale (Sicard, 2011). Aujourd'hui, la bioéthique couvre un vaste champ de réflexions liées aux possibilités d'appréhender le corps en tant que réservoir de ressources vitales pour autrui. Il n'est pas jusqu'aux matières fécales qui n'aient trouvé leurs débouchés thérapeutiques (Paramsothy *et al*, 2017).

Historiquement, c'est à partir de la possibilité de transplanter des organes que la bioéthique a connu son véritable essor. Réalisée pour la première fois en 1951, l'extraction d'un organe issu d'un corps cadavérique et son implantation dans le corps d'un patient demeure une pratique peu banale qui met à l'épreuve la perception ordinaire du corps comme totalité unifiée et indécomposable. Progressivement, à partir des années 1970, l'éventail des éléments du corps prélevés et utilisés à des fins thérapeutiques s'est étendu aux gamètes, aux tissus, aux cellules de la moelle osseuse, à celles du cordon ombilical ou du placenta. En certains pays, le corps d'une personne peut être mis à contribution pour pallier l'infertilité d'une femme ou répondre à la demande d'un couple d'hommes, dans le cadre d'une « gestation pour autrui » (GPA). Cette pratique que nous évoquerons plus loin, continue à diviser les consciences, y compris au sein des pays qui l'autorisent.

Moyennant son consentement explicite, tout individu peut être appelé au cours de sa vie à fournir des cellules souches, germinales, sanguines ou hématopoïétiques par prélèvement de moelle osseuse. Une des questions récurrentes de bioéthique est celle de savoir s'il est permis d'influencer la motivation d'un individu à « réifier » son corps, à mettre certaines de ses parties au service d'un tiers. Selon Kant, nous avons le devoir de ne pas traiter notre corps comme un simple objet pour faire honneur à l'humanité en nous, à la personne que nous sommes et qui « n'a pas seulement une valeur relative, c'est-à-dire un prix, mais a une valeur intrinsèque, c'est-à-dire une dignité » (Kant, 2018) : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, jamais simplement comme un moyen » (Kant, 1997). Cet impératif catégorique implique qu'on ne puisse rétribuer les personnes qui cèdent des éléments de leurs corps, y compris dans les cas où ils constituent des moyens thérapeutiques pour autrui.

L'opposition entre *moyen* et *fin en soi* a inspiré la loi de bioéthique française qui reprend à Kant l'idée selon laquelle l'autonomie de la personne implique que celle-ci ne fasse pas commerce de son corps². Non sans une certaine acuité dans le sens de l'anticipation, Kant recommande aux pouvoirs publics d'interdire à tout homme de « vendre un de ses organes, pas même un seul de ses doigts car autrement on pourrait lui acheter tous ses membres »

² Loi de bioéthique n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, 2011, Journal officiel n° 0157.

(Kant, 1997, p. 236). De même, toutes les pratiques mutilantes qui occasionnent une utilisation de son corps à des fins mercantiles relèvent d'un « suicide partiel » (Kant, 1997).

La transplantation posthume : le corps cadavérique confié à la puissance publique

Le décès de la personne ne fait pas obstacle aux usages thérapeutiques de son corps puisqu'en cas de mort encéphalique, plusieurs organes pourront être prélevés, sans du reste qu'une liste puisse être *a priori* arrêtée. Car même si la plus grande partie des greffes concernent les reins, le cœur, les poumons et le foie, on sait qu'il est possible aujourd'hui de greffer des visages. Ces possibilités soulèvent plusieurs questions de bioéthique : le prélèvement d'organes doit-il reposer sur le consentement explicite ou présumé du donneur ? Peut-on prélever les organes d'un défunt sans tenir compte de la famille dès lors que l'avis du défunt était favorable au prélèvement ? Comment sélectionner les receveurs lorsque les ressources thérapeutiques sont limitées ? La pénurie de greffons *post-mortem* a entraîné l'extension du prélèvement auprès de donneurs vivants, créant d'autres problèmes éthiques. Peut-on vivre avec le rein d'un proche ? Ne prend-on pas le risque de vivre sinon dans la culpabilité du moins dans une sorte de « dette » ? (cf. Caillé & Martinez, 2015) Donner un organe de son vivant est rarement regretté mais représente une atteinte corporelle dont nul ne peut sortir parfaitement indemne, même si on peut avoir une vie tout à fait normale avec un rein en moins. Selon une étude récente, un an après le prélèvement, trois donneurs sur dix admettent n'avoir pas totalement récupéré des complications postopératoires et disent ressentir des douleurs. Des changements se produisent dans la vie professionnelle de ceux dont le métier mobilise de l'énergie physique (Bienvault, 2017).

Qu'elle concerne les vivants ou les morts, la transplantation véhicule une théorie implicite du corps en tant que machine complexe dont les organes sont semblables à des pièces détachables et interchangeables. Le dualisme cartésien qui disjoint l'âme comme réalité spirituelle (« substance pensante ») et le corps (« substance étendue ») en tant qu'entité mécanique révèle ici son potentiel de subversion et de créativité. En mécanisant le corps, Descartes (2000, [1637]) a préparé un terrain favorable à la résurrection des vivants par les morts, par la grâce de la transplantation.

Afin de réguler les pratiques de transplantation à partir des années 1970, la France s'est dotée de garde-fous juridiques, en posant les principes d'intégrité, d'inviolabilité et de non-patrimonialité du corps humain³. Bien qu'elle ne fût pas caractérisée comme telle au moment où elle fut promulguée, la loi sur le prélèvement d'organes *post-mortem* votée en 1976 relevait déjà bel et bien de la « bioéthique ». Cette loi dite « Caillavet » - du nom de son rapporteur - a consacré chaque citoyen au rang de « donneur potentiel » en cas de décès accidentel, conférant à la collectivité un certain pouvoir sur les corps des individus⁴. L'esprit de la loi Caillavet continue à présider à l'actuelle législation de bioéthique qui prévoit que les supports de ventilation artificielle puissent maintenir un homme décédé en état de mort encéphalique, le temps que les équipes médicales lui prélèvent ses organes encore chauds⁵.

³ Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, Journal officiel du 8 juil. 2011.

⁴ Loi n°76-1181 du 22 décembre 1976 relative aux prélèvements d'organes, Journal officiel du 23 déc. 1976

⁵ Note : Dans l' « état de mort encéphalique » : le sang n'irrigue plus le cerveau dont les activités neuronales s'arrêtent. La destruction irréversible du cerveau est attestée par deux électroencéphalogrammes effectués à quatre heures d'intervalles.

Le législateur est parti du principe en vertu duquel nous sommes tous disposés à prêter assistance à personne en danger, et il en a déduit que nous sommes tous d'accord pour donner nos organes après notre mort. Il a constaté que, s'agissant spécifiquement du rein (organe qui donne lieu au plus grand nombre de greffes), la dialyse est un traitement plus coûteux et moins efficace que la transplantation rénale.

Sur le plan de l'argumentation éthique, on constate que la loi sur le consentement présumé est adossée à un raisonnement utilitariste : elle vise à réduire la plus grande quantité de souffrances pour le plus grand nombre de personnes (Mill, 1988). Elle ne repose pas sur l'éminente valeur du respect de l'autonomie auxquels sont attachés les tenants de l'école de pensée déontologiste (Le Coz, 2018). La primauté accordée à l'autonomie se concrétiserait logiquement à travers la règle du consentement *explicite* du donneur, ce que réclame la philosophe Sylviane Agacinski (Agacinski, 2018) dans un récent ouvrage. Il y a néanmoins peu de chances que la France change de doctrine sur ce point, car nous savons que dans les pays d'Europe qui reposent sur le régime du consentement explicite (Danemark, Pays-Bas, Royaume-Uni, Allemagne), les donneurs sont moins nombreux. A l'instar de la législation espagnole, la législation française accepte une autonomie « au rabais » sous la forme d'un *consentement présumé* afin de maximiser le nombre de prélèvements. La loi, au demeurant, ne méconnaît pas l'autonomie puisque chacun est libre de s'inscrire au registre des refus, lequel sera consulté par les équipes avant tout prélèvement possible. En France, environ 200 000 personnes sont inscrites au registre des refus. Les oppositions de son vivant restent donc limitées et ne pèsent pas sur le nombre d'actes de prélèvement. Leur incidence est plus faible que la diminution du nombre d'accidents de la circulation, laquelle - jointe à la réduction du nombre d'accidents cérébraux - pourrait faire stagner voire diminuer le nombre de greffes (Santi, 2019), obligeant les équipes à développer des alternatives ou à augmenter le nombre de prélèvements sur vivants comme le font les pays du Nord de l'Europe.

La famille peut-elle empêcher le prélèvement sur corps cadavérique ?

Un autre point important de la législation a trait aux proches. Ces derniers sont consultés sur l'avis de la personne défunte et non à titre personnel. Ils ne sont que les porte-paroles de celui qui est décédé et maintenu artificiellement en état de mort encéphalique. Le « représentant » est, *stricto sensu*, celui qui est investi du pouvoir de « rendre présent » (*representare*) un autre qui est absent. Par les paroles qu'il prononce, les actes qu'il accomplit ou les contrats qu'il signe, le représentant s'engage à restituer la nature exacte des intentions du représenté. Le représentant n'est pas un *substitut* de la personne ; il est seulement son ambassadeur. Il ne pense pas à sa place mais répercute sa pensée. En tant que tel, il doit se faire l'écho de ses valeurs et de ses souhaits. Les valeurs du représenté ne doivent pas être recouvertes par les préférences personnelles du représentant.

Mais que faire en cas de doute ? Le jour de l'accident, la famille dira fréquemment que la question du don d'organes n'a jamais été abordée du vivant du proche décédé. Toutefois, cette indétermination n'est pas un motif pour mettre fin à la discussion concernant le devenir du corps cadavérique. Car même si le défunt ne s'est pas prononcé explicitement sur le sujet, il reste toujours possible de pressentir quelle aurait été sa position en fonction

de son degré d'attachement aux principes de l'altruisme et de la solidarité. A travers ses récits ou ses engagements associatifs, il est possible de deviner quelles sont les valeurs auxquelles le disparu semblait être le plus sensible. En l'état actuel de la loi, si le défunt n'a pas eu recours au registre du refus, les proches ne peuvent s'opposer au prélèvement que s'ils arrivent à prouver que la personne en état de mort encéphalique avait exprimé son refus. Ils doivent préciser les circonstances et produire un document qui en atteste (Labeye, 2018). On devine les difficultés à mettre en œuvre cette démarche quasi-policière. Les médecins n'imaginent pas passer outre l'avis de la famille. Ils savent que pour des raisons affectives, culturelles ou religieuses, il peut être insupportable pour certains proches que l'on prélève les organes du défunt qui leur est cher. Il paraît difficile de confisquer le corps cadavérique et procéder à un « passage en force », au risque de créer un traumatisme psychologique majeur chez ceux qui doivent déjà survivre à la mort de l'être aimé. La finalité du prélèvement d'organes qui est d'améliorer la qualité de vie de la population ne saurait s'accommoder d'une augmentation de la souffrance des uns au motif d'apaiser celle des autres.

L'une des manières de faire adhérer les familles au prélèvement, en cas d'hésitation, consiste à les amener à compatir avec la souffrance d'autres personnes (en attente) qui, sans leur geste de solidarité, sont condamnés à vivre une tragédie analogue à la leur. L'argument d'une mort qui peut « servir » la vie d'un autre, même s'il n'enlève rien à la souffrance, permet d'éveiller la disposition empathique de la famille du défunt sans laquelle la spontanéité de l'opposition ne peut être dépassée.

L'imaginaire du corps cadavérique à l'épreuve de la chirurgie transplantatoire

Audacieuse à l'époque où elle a été votée pour la première fois en 1976, la loi sur le consentement présumé est aujourd'hui socialement bien acceptée. Rares sont les personnes qui lui dénie toute valeur éthique, et plus rares encore ceux qui refusent de recevoir un organe qui pourrait leur sauver la vie. Pour être socialement mieux acceptée, la pratique n'en est pas pour cela devenue banale aux yeux de tous. Elle continue à susciter malaise et embarras. Il existe, en dépit de l'acquiescement collectif de principe, des résistances psychologiques à cette mainmise de l'autorité publique sur le corps des morts. Un tiers des familles confrontées à un deuil brutal refuse le prélèvement d'organes, invoquant l'absence de connaissance de la position de leur proche décédé sur le sujet. Le CCNE a pris acte d'un triple constat : une personne sur deux, en moyenne, n'exprime jamais sa position à son entourage. Un tiers de nos concitoyens préfère éviter de se poser la question. Seulement un citoyen sur dix détient sur lui une carte de donneur⁶. On remarque, par ailleurs, que le refus d'être donneur n'est jamais considéré comme un motif de honte. Il est collectivement perçu comme compréhensible et tolérable de ne pas être donneur d'organes à titre posthume. Refuser d'être donneur peut même passer pour un devoir sacré aux yeux d'une minorité qui souhaite arriver « dans l'Au-delà » dans un état de parfaite intégrité physique.

⁶ Cf. Comité Consultatif National d'éthique, *Avis n°115 : Questions éthiques relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation*, www.ccne-ethique.fr, 2011.

Mais en dehors des mobiles d'ordre spirituel invoqués, il faut sans doute voir à l'œuvre dans ces réticences, l'angoisse du morcellement et la représentation dégradante du corps prélevé. Les foyers de résistance psychique à la pratique du prélèvement d'organes expliquent en partie pourquoi les campagnes de l'Agence de la biomédecine en faveur de la promotion du don peinent à être plus efficaces auprès des jeunes générations qu'elles ne l'ont été auprès de leurs parents. Force est de constater que nous n'avons pas assisté à une accommodation progressive des mentalités au fil du temps. La pratique de la transplantation demeure source d'ambivalence, sinon d'effroi, butant probablement sur des données archaïques du psychisme humain. Une émotion de répulsion peut nous saisir lorsque nous imaginons que le corps du défunt qui nous est proche sera ouvert et éviscéré. La vue d'un cadavre humain, en effet, nous impose un mouvement de crainte et de déférence difficiles à concilier avec l'opération d'extraction propre à la pratique du prélèvement d'organes. Certes, nous savons que le législateur impose au médecin-préleveur de restituer le corps dans un état de décence⁷. Néanmoins, la rationalité chirurgicale qui fait irruption dans l'univers intime du recueillement autour de la dépouille mortelle peut sembler, par certains côtés, aveugle et inhumaine. La dépouille se trouve littéralement « dépouillée ». De l'être cher, on aimerait que le corps autant que l'âme puisse reposer en paix. La conversion de plusieurs de ses organes en « pièces détachées » semble venir faire violence à notre représentation symbolique du corps et du respect qui s'attache au cadavre dans notre société.

L'assistance médicale à la procréation : le sperme envisagé comme ressource palliative

La vision du corps comme porteurs de ressources rares du fait de la pénurie se retrouve dans le champ de la médecine de la reproduction. A cette nuance près qu'il ne s'agit plus de sauver la vie mais de la transmettre. Cette « assistance médicale à la procréation », dont le sigle AMP est parfois inversé en PMA lorsqu'on veut l'étendre à toutes les femmes, a permis la naissance de 200 000 enfants en France depuis 1982. Elle requiert l'identification et la manipulation d'éléments du corps qui renferment une forte valeur intimiste : les ovocytes et les spermatozoïdes. Il existe deux techniques en AMP : l'insémination artificielle et la fécondation *in vitro*. La première consiste à déposer les spermatozoïdes dans la cavité utérine afin de raccourcir leur trajet jusqu'à l'ovocyte. La seconde, plus efficace, consiste à féconder un ovule en laboratoire avant de l'implanter dans l'utérus de la femme.

La conception *in vitro* d'un embryon peut être réalisée soit avec les gamètes du couple, soit à l'aide d'une tierce personne dans le cadre d'un don de sperme ou d'ovocyte si l'infertilité de l'un des conjoints est irrémédiable. En France, depuis les années 1970, on estime à 50 000 le nombre d'enfants nés à partir de spermatozoïdes de 10 000 donateurs. Le sperme perd toute connotation sexuelle pour revêtir le statut de matériau biologique. Chaque année 250 à 400 hommes donnent leur sperme (30 à 40% ne seront pas retenus). Le donneur reste inconnu de l'enfant qui a été conçu à la faveur de son don de gamètes. Réciproquement, l'enfant demeure inconnu du donneur qui a rendu possible sa conception. Cette opacité maintient quelque chose du tabou sexuel, comme s'il y avait eu une relation incestueuse indirecte, alors même que les gamètes sont appréhendés uniquement comme

⁷ Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, 2011, op.cit.

des ressources palliatives. Très tôt, le législateur français a pris modèle sur les dons de sang et d'organes. Dans les lois de bioéthique de 1994 et de 2004, il exigeait que le donneur de gamètes ait d'abord procréé. Cette condition avait pour but d'éviter qu'un donneur ne soit tenté de vouloir connaître les enfants de son don, si les hasards de la vie l'empêchaient de se donner une descendance. La loi de bioéthique de 2011 a considéré qu'au regard de la pénurie actuelle de gamètes, il était préférable de lever cette réserve et d'accepter tout donneur quel que soit son statut civil.

A l'occasion des états généraux de la bioéthique de 2018⁸, une partie de l'opinion s'est exprimée en faveur du droit pour les enfants issus du don de gamètes de connaître leurs origines biologiques, dans un souci de transparence et pour leur éviter une souffrance psychique née de cette frustration. Cette revendication implique l'abrogation de la règle de l'anonymat. Par voie médiatique ou associative, les enfants qui sont en quête de leurs origines biologiques ont fait prendre conscience à la société que par le bagage génétique qu'il transporte un gamète a un statut à part parmi les éléments du corps humain⁹. Juridiquement, aligner les gamètes sur le sang ou les organes se révèle avoir été une erreur. Les enfants ne regrettent pas d'être en vie mais certains estiment qu'ils subissent l'effet toxique d'une dissimulation organisée par l'Etat. Ils voudraient donner un visage à celui qui leur a donné la vie, et qui fait figure de maillon manquant de leur histoire. Leurs corps, leurs organes, les traits de leur tempérament peut-être, sont en partie tributaires de l'individu qui a concouru pour moitié à leur patrimoine génétique. Ils ont besoin de le connaître pour se construire et s'épanouir. Le législateur devrait donc prendre au sérieux leur désir de savoir quelque chose de cet « ascendant », en accord avec « l'intérêt supérieur de l'enfant ». Cette levée de l'anonymat ne contraindrait nullement le Législateur à instaurer un lien de filiation. Le donneur ne serait pas plus un parent qu'il ne l'est aujourd'hui. Il resterait un géniteur, un « donneur d'hérédité » (Théry, 2010). La loi ne ferait rien de plus que de prendre acte de la vérité de sa contribution dans la conception de l'enfant.

Cependant, aux yeux des défenseurs du *statut quo* législatif, la règle de l'anonymat présente trois avantages :

- D'abord, c'est le seul moyen de garantir la gratuité de la transaction en rendant impossible tout contact entre donneurs et receveurs. Le receveur ne sait pas qui a donné, le donneur ne sait pas qui a reçu. En s'assurant que les uns et les autres ne pourront jamais se rencontrer, on est sûr que ni le sperme ni les ovocytes ne pourront se monnayer sur un marché. L'anonymat permet donc de protéger la libre circulation des gamètes sans contreparties lucratives qui attenteraient au principe de non-marchandisation du corps humain.
- Ensuite, l'anonymat protège les donneurs qui pourraient craindre de se voir imputer une responsabilité morale vis-à-vis de l'enfant issu de leur don de gamètes. Les donneurs de sperme, notamment, ne souhaitent pas être un jour contactés (18 ans plus tard) par les 5 à 10 enfants qui auront été conçus au moyen de leurs gamètes. Cet engagement diffus des donneurs sur le long terme serait de nature à dissuader la pratique du don de gamètes qui est déjà une démarche psychologiquement contraignante par l'intrusion dans l'intimité sexuelle qu'elle comporte.

⁸ cf. le rapport de synthèse du Comité consultatif national d'éthique, 2018, www.etatsgenerauxdelabioethique.fr

⁹ Par exemple, le site de l'association « procréation médicalement anonyme », <http://pmanonyme.asso.fr/>

- Enfin, maintenir l'anonymat du donneur assure la stabilité de la cellule familiale, en garantissant aux couples receveurs qu'ils n'auront pas à gérer la potentielle irruption d'un tiers encombrant. La place du donneur est dans les coulisses, non pas sur la scène. La filiation doit assurer résolument la primauté du lien affectif sur le lien biologique. Aux yeux des partisans de l'anonymat, avec ce matériel biologique, il vaut mieux pécher par excès de banalisation que par excès de sacralisation.

Il est vrai que la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989, en son article 7, énonce que l'enfant a le droit de connaître ses origines. Cependant, elle dispose aussi que ce droit ne peut être absolu, qu'il ne peut être exercé que « dans la mesure du possible ». Au demeurant, le nombre des enfants qui expriment leur souffrance est très minoritaire (25 par an d'après les estimations). Le législateur devrait d'abord tenir compte de la parole des couples receveurs car ce sont eux qui ont désiré la venue au monde des enfants du don, et auront à charge de les éduquer. A l'arrivée, le risque serait, d'une part, d'inciter les couples à se tourner vers les pays étrangers qui garantissent l'anonymat (le Danemark par exemple) et, d'autre part, de faire baisser le nombre de donneurs. La seule dérogation acceptable serait qu'une anomalie génétique grave et incurable soit diagnostiquée chez un donneur de gamètes.

La contribution du corps dans la pratique dites des « mères porteuses »

Lorsque la mère est dans l'impossibilité de mener une grossesse mais en capacité d'ovulation, la question se pose de savoir si on doit l'autoriser à recourir à l'aide d'une femme qui porterait son enfant, et lui restituerait au terme de la grossesse. En France, cette « gestation pour le compte d'autrui » (GPA) est interdite par le Code civil qui énonce que « toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle ». On peut signer un contrat pour disposer d'une chose mais pas d'un être humain. Cependant, la gestation pour autrui a aussi ses défenseurs qui voudraient l'autoriser sous certaines conditions¹⁰. A leurs yeux, la GPA s'inscrit dans la logique de la prise en charge de l'infertilité. Ainsi, les jeunes femmes atteintes d'un cancer de l'utérus doivent subir une hystérectomie qui les prive à tout jamais de la possibilité d'avoir un enfant. N'est-il pas du devoir du législateur de corriger cette « injustice » ?

En faisant obstacle à la GPA, la loi française introduit *de facto* une discrimination car seuls les couples qui ont les moyens de se rendre à l'étranger peuvent bénéficier, contre rétribution, l'assistance d'une gestatrice. Le seul moyen d'éviter les dérives mercantiles serait de mettre en place un encadrement strict. Une dépénalisation pourrait s'inspirer des expériences étrangères (Grande-Bretagne, Grèce ou Ukraine) où la GPA est expressément réglementée. De plus, lorsque des couples sont déterminés à avoir un enfant, rien ne les arrête et ils se tournent immanquablement vers l'étranger. Or, de retour sur le territoire français, l'enfant ainsi conçu pourra bénéficier d'une filiation qui lui donnera les mêmes droits que tout autre, en conformité avec ce que la Cour européenne des droits de l'homme

¹⁰ Théry I., « GPA : la France doit prendre la maternité au sérieux », *Le Monde*, 2 juillet 2015. Le 21 janvier 2018 la sociologue a publié dans une tribune dans *Le Monde* signée par 110 signataires, dont Elisabeth Badinter et Pierre Rosanvallon pour exiger « la transcription à l'état-civil français de la filiation de l'enfant établie légalement à l'étranger à l'égard de ses parents » et une « convention internationale sur la GPA ».

a demandé à la France (Caire, 2017). Pareille normalisation *a posteriori* rend vaine toute prohibition *a priori*.

Cette position appelle plusieurs objections parmi lesquelles le risque de l'attachement de la gestatrice à son enfant durant les neuf mois de grossesse. La femme porteuse ne manquera pas de sentir en son ventre ses premières réactions motrices et physiologiques. Sauf à réduire la grossesse à une excroissance anatomique, on ne saurait nier l'existence d'un élément de participation affective et communicationnelle. C'est ce qui est tragiquement illustré par les cas où la gestatrice se refuse à restituer l'enfant au couple d'intention qui avait passé contrat avec elle. Afin d'éviter ce scénario dramatique, cette dernière semble contrainte de ne pas se laisser « prendre au piège » de la maternité. Elle doit se placer, dès la fécondation, en situation d'abandon psychologique, par mécanisme d'autodéfense, pour éviter d'éprouver l'absence de l'enfant lorsqu'il lui faudra le remettre entre d'autres bras.

De plus, dans la mesure où le rapport du couple d'intention à la mère porteuse est un rapport contractuel, se pose à l'arrière-plan la question de la qualité de l'enfant « commandé ». Que faire si celui-ci n'est pas conforme à l'imaginaire parental, notamment s'il est porteur d'un handicap à la naissance ? La négociation entre les parties contractantes soulève la question de la liberté de la mère porteuse. Selon un avis du CCNE, la gestation pour autrui attire avant tout les femmes pauvres, ce qui fait planer un sérieux doute sur la liberté de leur consentement¹¹. D'autres observateurs ont alerté sur diverses contingences susceptibles d'entacher la relation du couple commanditaire à la gestatrice. Ainsi, il peut arriver que durant les neuf mois de gestation, le couple d'intention se sépare. Cette situation semble contraindre la mère porteuse à l'avortement. Même sans aller jusqu'à cette extrémité, il faut s'interroger sur les relations de pouvoir qui peuvent se tramer entre les parties prenantes. Il est permis de redouter une forme de mise sous surveillance de la mère porteuse, épiée dans ses faits et gestes par le couple d'intention afin de vérifier si cette dernière respecte certaines règles d'hygiène de vie et d'alimentation (ne pas boire, ne pas fumer, pratiquer un sport, etc.). Cette situation d'aliénation du corps d'une femme est dénoncée comme une forme d'esclavage qui n'avoue pas son nom par Sylviane Agacinski (Agacinski, 2013).

Vitrifier ses ovocytes ?

Lors des états généraux de la bioéthique de 2018, la question s'est posée de savoir si l'on ne devait pas prévenir au maximum les situations d'infertilité féminine en autorisant la vitrification des ovocytes à toutes les femmes. Selon ses partisans, l'indication *médicale* d'infertilité est trop restrictive : il conviendrait d'accorder à chaque femme le droit à une mise en dépôt de ses ovocytes pour tenir compte du recul de l'âge de la procréation, comme cela se fait déjà dans certains pays à l'étranger (Olivennes, 2018). La congélation ovocytaire préventive pour « indication sociétale » aura un coût d'opportunité : qui va payer, et au détriment de quelles autres catégories de prise en charge médicale ? Les défenseurs estiment que le financement éviterait à l'assurance-maladie des prises en charge inefficaces

¹¹ CCNE, avis n°110 sur les problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui, ccne-éthique.fr, mai 2010.

de l'infertilité. En somme, tout bien pesé, notre société sera gagnante, économiquement parlant. Le Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) attire l'attention sur les risques inhérents aux grossesses tardives aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Il rappelle également le risque de déconvenues des femmes trentenaires qui échoueront à être enceintes en dépit des tentatives de fécondation *in vitro*, après s'être imaginé que la médecine reproductive leur viendrait en aide le moment venu : « la conservation des ovocytes pour convenance personnelle pourrait entretenir l'illusion que les limites d'âge pour procréer sont grandement éloignées et que la science peut tout. »¹²

Conclusion

L'utilisation des éléments du corps par la biomédecine contemporaine à faire naître de nouveaux dilemmes moraux en marge des cas de conscience classiques de l'éthique médicale. Les conflits de valeurs dont la bioéthique est le théâtre se révèlent être souvent des conflits de légitimités : il faut prélever les organes des défunts en état de mort encéphalique mais respecter la douleur des proches ; une personne a le droit de se donner une descendance mais l'enfant a droit de bénéficier de conditions minimales d'épanouissement ; un donneur de gamètes a le droit à l'anonymat mais l'enfant a le droit de connaître ses origines ; les femmes ont le droit de maîtriser leur fertilité mais l'Etat a le devoir de maîtriser les dépenses publiques, etc. C'est ce type de situation critique qui faisait dire à Edgar Morin qu'« en bioéthique nous sommes condamnés à des compromis arbitraires et provisoires » (Morin, 2018, p. 1).

En la circonstance, la bioéthique vise un compromis entre respect des libertés individuelles, sauvegarde de la dignité de la personne et protection des plus vulnérables. Le principe de non-marchandisation du corps qui découle du principe de dignité est mobilisé par le législateur français pour éviter aux individus de tomber dans des formes de servitude d'autant plus sournoises qu'elles se réclament du principe de la liberté individuelle. Le principe de dignité, il est vrai, induit une forme de sacralisation laïque du corps et il est parfois combattu à ce titre (Ogien, 2012). On ne peut toutefois lui dénier la vertu de maintenir vivante la tension entre les valeurs contre le dogmatisme ultralibéral. Il n'y a d'éthique que s'il y a des dilemmes, et il n'y a de dilemme que s'il existe une pluralité de valeurs. A l'« éthique de conviction » qui sacralise une valeur au détriment de toutes les autres, le sociologue Max Weber (1959-2002) nous invitait naguère à préférer une « éthique de responsabilité » qui tient compte des conséquences de l'action et assume le « polythéisme des valeurs » (Weber, 2002, [1917]).

Références

- Agacinski, S. (2013). *Le corps en miettes*. Paris : Flammarion.
- Bienvault P. (2017). « Donner un rein : un marathon qui rend heureux ». www.la-croix.com
13 fév.. 2017.
- Caillé, Y., & Martinez, F. (2015). *D'autres reins que les miens*. Paris : Ed. Recherche Midi.

¹² Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) in « Conservation des ovocytes : le débat ravivé », Le Monde, 11 avril 2013.

- Caire, A.-B. (2017). *Commentaire de l'arrêt de la CEDH, Laborie c/ France (19 janvier 2017) : « L'ultime condamnation de la France par la Cour européenne des droits l'homme en matière de filiation des enfants issus d'une gestation pour autrui ? »*. Paris : Dalloz, pp. 1229 sq.
- Descartes, R. (2000, [1637]). *Discours de la méthode*. Paris : Flammarion.
- Kant, E. (2018). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris : Gallimard.
- Kant, E. (1997). *Leçons d'éthique*. Paris : Livre de Poche.
- Labeye, V. (2018). Prélèvements d'organes chez les personnes décédées : évolutions législatives. *Laennec*, 3, 21-34.
- Le Coz, P. (2018). *L'éthique médicale : approches philosophiques*. Aix-en-Provence : Presses Universitaires de Provence.
- Mill, J. S. (1988). *L'utilitarisme*. Paris : Flammarion.
- Morin, E. (2018). *La mission du médecin, avant-propos : Réflexion et recherches en éthique*. Paris : Dalloz.
- Ogien, R. (2012). La marchandisation du corps humain : les incohérences et les usages réactionnaires d'une dénonciation. <http://www.raison-publique.fr/article534.html#nh16>.
- Olivennes, F. (2018). *Pour la PMA*. Paris : JC Lattès.
- Paramsothy, S., Kamm, M. A., Kaakoush, N. O., Walsh, A. J., van den Bogaerde, J., Samuel, D., ... & Xuan, W. (2017). Multidonor intensive faecal microbiota transplantation for active ulcerative colitis: a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*, 389(10075), 1218-1228.
- Santi, P. (2019). *Le don d'organes a baissé en 2018 après huit ans de hausse*. *Le Monde*, 11 janvier 2019.
- Sicard, D. (2011). *L'éthique médicale et la bioéthique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Théry, I. (2010). *Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don*. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Weber, M. (2002, [1917]). *Le savant et le politique*. Paris : La Découverte.