



Pour un nouveau discernement éthique à l'égard des pratiques d'assistance médicale à la procréation : le métabolisme symbolique du don de la vie

Laurent Ravez

L'enseignement philosophique au XIII^e siècle

Volume 60, Number 3, octobre 2004

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/011363ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/011363ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté de philosophie, Université Laval

Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval

ISSN

0023-9054 (print)

1703-8804 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Ravez, L. (2004). Pour un nouveau discernement éthique à l'égard des pratiques d'assistance médicale à la procréation : le métabolisme symbolique du don de la vie. *Laval théologique et philosophique*, 60 (3), 525–542. <https://doi.org/10.7202/011363ar>

Article abstract

Ethical objections formulated against medically assisted procreation usually do not take into account the extraordinary success of the new procreative techniques so far as sufferings undergone by sterile couples are concerned. Since procreative medicine is, however, under the technical imperative which urges it on to explore every technical possibility, it itself constitutes as well — and paradoxically — a powerful source of suffering. A new ethical discernment is necessary, which would prove to be both aware of the successes of medically assisted procreation and concerned not to fall into a utilitarian logic.

POUR UN NOUVEAU DISCERNEMENT ÉTHIQUE À L'ÉGARD DES PRATIQUES D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION : LE MÉTABOLISME SYMBOLIQUE DU DON DE LA VIE

Laurent Ravez

Département Sciences, Philosophies, Sociétés
Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, Namur

RÉSUMÉ : Les critiques d'ordre éthique faites à l'assistance médicale à la procréation (AMP) ne tiennent généralement pas compte de l'extraordinaire efficacité des nouvelles techniques procréatives face à la souffrance des couples stériles. Mais, marquée par l'impératif technicien qui la pousse à explorer tous les possibles techniques, la médecine procréative constitue également — et paradoxalement — une puissante source de souffrances elle-même. Un nouveau discernement éthique est nécessaire, à la fois conscient des réussites de l'AMP et soucieux de ne pas tomber dans une logique utilitariste.

ABSTRACT : Ethical objections formulated against medically assisted procreation usually do not take into account the extraordinary success of the new procreative techniques so far as sufferings undergone by sterile couples are concerned. Since procreative medicine is, however, under the technical imperative which urges it on to explore every technical possibility, it itself constitutes as well — and paradoxically — a powerful source of suffering. A new ethical discernment is necessary, which would prove to be both aware of the successes of medically assisted procreation and concerned not to fall into a utilitarian logic.

A utrefois envisagées comme l'expression de la fatalité ou du destin, nos difficultés procréatives trouvent aujourd'hui des possibilités de prise en charge médicales. Le plus souvent palliatives, ces prises en charge forment la constellation technique désignée par l'expression désormais usuelle d'assistance médicale à la procréation (AMP). Parmi les techniques propres à l'AMP, on retrouve l'insémination artificielle et la FIVETE (fécondation *in vitro* et transfert d'embryons) ; ces savoir-faire procréatifs étant soutenus par des techniques diagnostiques permettant d'évaluer la santé des embryons ainsi amenés à exister.

En tant qu'alternatives à une procréation naturelle, ces nouvelles techniques de reproduction, outre leur dimension proprement médicale, ne manquent pas de questionner les systèmes juridiques devant affronter les bouleversements culturels et sociaux induits par celles-ci. Mais, au-delà des aspects médicaux et juridiques, c'est par son retentissement « éthique » que l'AMP a le plus marqué les esprits.

Cependant, malgré la pertinence théorique de leurs arguments, les auteurs critiques omettent presque systématiquement un élément essentiel du débat : la stérilité est une souffrance pour les couples en désir d'enfant et cette souffrance peut être apaisée par le recours à la médecine procréative. À l'inverse, la souffrance des couples pour lesquels l'AMP s'est montrée inefficace est souvent mise en avant. Simplifiant outrageusement la réalité qu'elle est censée éclairer, une telle approche éthique semble peu intéressante. Ne pourrait-on pas proposer un discernement éthique qui, bien que respectueux de l'efficacité de l'assistance médicale à la procréation, ne perde pas de vue les limites d'une telle prise en charge ? Telle est précisément la question à laquelle cet article s'efforce de répondre.

Dans cette entreprise, je choisirai pour guide les concepts de « don » et de « don de la vie ». Il s'agit ainsi d'être au plus près de la condition humaine procréante. N'est-ce pas dans la volonté de *donner la vie* que l'assistance médicale à la procréation trouve sa motivation principale ? Souvent mal compris ou utilisé à des fins idéologiques, le concept de don de la vie doit être pensé à nouveaux frais, précisément en insistant sur ce qui constitue sa principale caractéristique : la centralité du donataire. Grâce à ce nouveau regard sur le don de la vie, un cadre axiologique à l'usage de l'assistance médicale à la procréation pourra être proposé, plaçant le donataire au centre des préoccupations. Ce nouveau cadre axiologique ne pourra cependant se déployer dans le quotidien procréatif que s'il est soutenu par une logique amoureuse.

I. L'OUBLI DE L'EFFICACITÉ DE L'AMP À L'ÉGARD DE LA SOUFFRANCE DES COUPLES INFERTILES

« Être stérile. Un drame, mais aussi un scandale, une injustice inacceptable. Avoir un enfant est si facile pour les autres¹ », écrit S. Faure-Pragier. L'annonce du diagnostic d'infertilité fait souvent l'effet d'une bombe pour le couple et parfois pour la famille tout entière. Les répercussions de cette annonce sont nombreuses et diverses (professionnelles, sociales, affectives, psychologiques), mais toutes sont décrites comme des souffrances².

1. S. FAURE-PRAGIER, *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*, Paris, PUF (coll. « Le fait psychanalytique »), 1997, p. 14.

2. « La souffrance qui accompagne la découverte du diagnostic [de stérilité] est intense. Elle provoque souvent un brutal désinvestissement à l'égard de l'existence quotidienne, qu'il s'agisse du travail professionnel, des loisirs, et même provisoirement du plaisir sexuel. Cela se traduit chez la femme par un rejet d'elle-même, sans pour autant se détourner de l'homme avec qui elle vit. La sensation de manque qui s'empare de la femme qui apprend sa stérilité est comparable à un sentiment d'abandon, de perte. Soudain s'installe une impression de vide sans fin, à l'intérieur comme à l'extérieur. L'entourage le plus compatissant ne peut

Que dire alors de ces femmes encore jeunes frappées d'une « ménopause précoce » et qui étaient, jusqu'à ce que les dons d'ovocytes deviennent possibles, privées de tout espoir de naissance ? Béatrice Koeppel écrit à ce sujet : « Le temps est un couperet implacable dans les cas de ménopause précoce, c'est-à-dire d'arrêt définitif de la fécondité chez des femmes jeunes, abasourdis et littéralement terrassées par ce diagnostic terrifiant³ ». Les mots choisis par B. Koeppel pour décrire la détresse de ces femmes ne laissent aucun doute sur le caractère douloureux du drame qui les frappe.

Luc Roegiers, quant à lui, fait état chez ses patientes souffrant d'infertilité d'une série de plaintes rappelant les symptômes dépressifs classiques. À côté de la tristesse, Roegiers évoque des idées noires : « C'est le vide, la solitude, l'échec » ; « On se tue-rait bien... On n'a plus envie de rien faire » ; « Je n'ai plus de goût à rien, ça a été jusque des idées de suicide ; je prends encore des anti-dépresseurs », de l'anxiété et d'autres symptômes dépressifs : « C'est long pour m'endormir, je me réveille, je crie après mon mari⁴ », une perte de confiance en soi : « Je vis ça comme un manque à ma féminité » ; « C'est humiliant⁵ ».

Du côté masculin, Roegiers indique que « le trait dépressif le plus saillant de l'homme infertile est le questionnement sur soi, sa puissance, sa capacité de transmettre⁶ ». Ici aussi, nous retrouvons des propos qui expriment clairement la souffrance vécue par les personnes infertiles : « Le diagnostic, c'était une annonce de mort... on m'aurait dit "t'as le SIDA", ça aurait été la même chose. J'ai eu les jambes coupées quand j'ai eu le résultat de mon spermogramme. C'était une tronçonneuse⁷ ».

Face à cette souffrance, l'assistance médicale à la procréation peut se montrer d'une très grande efficacité⁸. Or, la littérature critique à l'égard de l'AMP accorde généralement peu de place aux succès obtenus grâce à la mise en œuvre des nouvelles techniques reproductives et au bonheur qu'en retirent les couples en mal d'enfant. Les témoignages positifs venant de parents « comblés » sont certes peu nombreux, mais il serait égarant d'expliquer la rareté de ces témoignages par la violence inhérente aux techniques mises en œuvre. En réalité, une fois la grossesse obtenue, les parents en devenir ne souhaitent simplement plus évoquer les circonstances de la procréation de l'enfant à naître. L'aspiration à l'indifférence est si forte qu'elle n'incite pas ces couples à parler, en bien ou en mal, des moments qu'ils viennent de vivre. C'est précisément ce qu'écrit Muriel Flis-Trèves : « Une fois enceinte, celle

partager la douleur que ressent une femme qui se croit trahie par son corps. Commence alors une période de lassitude marquée par une intense asthénie, des pleurs fréquents, un désintérêt pour le monde environnant » (M. FLIS-TRÈVES, *Elles veulent un enfant*, Paris, Albin Michel, 1998, p. 35).

3. B. KOEPEL, *La vie qui revient. Dans un service de fécondation in vitro*, Paris, Calmann-Lévy, 2000, p. 19.

4. L. ROEGIERS, *Les cigognes en crise. Désir d'enfant, éthique relationnelle et fécondation in vitro*, Bruxelles, De Boeck Université (coll. « Oxalis »), 1994, p. 167.

5. *Ibid.*, p. 168.

6. *Ibid.*, p. 169.

7. *Ibid.*

8. En France, selon FIVNAT (association gérant les statistiques de l'AMP) pour l'année 2001, 6347 grossesses ont été obtenues grâce à l'assistance médicale à la procréation (<http://perso.wanadoo.fr/fivnat.fr>).

qui a eu recours à l'assistance médicale à la procréation aspire à devenir une future mère comme les autres. Sa grossesse est désormais "banale" et elle est confrontée aux mêmes inquiétudes, joies et espoirs que toutes les femmes⁹ ». Dès que la grossesse s'annonce, c'est le concept même de stérilité qui devient caduc, rendant improbable l'évocation de souvenirs qui pourraient le faire resurgir.

Cela étant, on peut malgré tout trouver des témoignages positifs provenant de couples dont l'enfant est né grâce à une fécondation *in vitro*. L'un de ceux-ci est reproduit dans l'ouvrage collectif dirigé par Claudine Bourg, *Des enfants comme les autres*, et illustre parfaitement l'ambiguïté du jugement des patients à l'égard des techniques d'assistance médicale à la procréation. Interrogée sur la façon dont les choses se sont passées durant son parcours en médecine procréative (« Comment les choses se sont-elles déroulées ? »), une jeune femme, mère de deux enfants issus d'une FIV, répond : « Parfois bien, parfois mal. Les tentatives qui réussissent bien, on était heureux mais une fois que ça échouait, c'était vraiment lamentable : on est "dans le puits"¹⁰ ». Plus loin, évoquant sa première fille, elle déclare : « Elle est là, il ne lui manque rien ; elle est comme les autres, c'est le plus beau. C'est le plus beau cadeau que l'on nous ait envoyé : elle et Déborah [sa fille adoptive¹¹] ».

Outre le bonheur que l'enfant attendu soit enfin là, ce témoignage met en évidence la volonté des parents ayant eu recours à la FIV de se recentrer sur ce qui constitue l'essentiel à leurs yeux : l'enfant. En somme, peu importe la manière dont ils sont parvenus à procréer, car le plus important est qu'ils souhaitent un enfant et qu'ils souffraient d'en être privé. Le témoignage suivant semble le confirmer : « Nous avons personnellement la chance, si cela est une chance, d'avoir un enfant de "chaque sorte" [c'est-à-dire un enfant conçu « naturellement » et un autre grâce à une FIVETE] et finalement je me fais la réflexion suivante : on attache généralement une importance à la conception, or, celle-ci dure cinq minutes ! Et qu'est-ce que ces cinq minutes par rapport à la vie d'un enfant ? Faut-il donc y attacher tant d'importance ? Il y a tant d'enfants (et même peut-être moi) dont les parents ne savent pas quand ils les ont conçus, dans quelles circonstances¹² ».

II. UN DOUBLE EFFORT DE LUCIDITÉ

La prise de conscience de l'efficacité de l'assistance médicale à la procréation eu égard à la souffrance des couples stériles ne doit cependant pas déboucher sur une confiance aveugle dans la médecine procréative. En effet, deux éléments du débat incitent à la prudence. Le premier concerne la persistance du questionnement sur les risques physiques et/ou psychiques que l'AMP ferait courir tant aux couples infertiles

9. M. FLIS-TRÈVES, *Elles veulent un enfant*, p. 191.

10. C. BOURG, dir., *Des enfants comme les autres ? La santé, le droit et le bien-être des enfants nés de l'assistance médicale à la procréation*, Paris, John Libbey Eurotext, Éditions Luc Pire, Association Descartes, 1998, p. 116.

11. *Ibid.*, p. 117.

12. *Ibid.*, p. 132.

qu'aux enfants à naître¹³. Le second élément renvoie à l'imprégnation technoscientifique des pratiques propres à l'assistance médicale à la procréation dont la logique de fonctionnement s'assimile progressivement à celle des techno-sciences. Or, l'une des caractéristiques de la logique techno-scientifique est d'être guidée par un *impératif technicien* poussant les acteurs concernés à explorer tous les possibles techniques. Le concept d'« impératif technicien » se retrouve notamment dans la pensée de Jacques Ellul qui parle plus volontiers d'« impératif technique » : « Tout ce qu'il est possible techniquement de faire, il faut le faire¹⁴ ». Cet impératif technique nous pousse hors du champ éthique, dans un monde où seules les contraintes biophysiques peuvent servir de limites. Il s'agit là pour Ellul d'un élément *essentiel* de la technique : « La technique est en soi suppression des limites. Il n'y a, pour elle, aucune opération ni impossible ni interdite : ce n'est pas là un caractère accessoire ou accidentel, c'est l'essence même de la technique¹⁵ ».

Appliqués aux récents progrès en matière de procréatique¹⁶, ces éléments nous laissent totalement démunis sur le plan axiologique. En effet, s'il apparaît que la souffrance des couples stériles est de nature à justifier le recours à l'efficacité des techniques d'assistance médicale à la procréation, ces dernières sont elles-mêmes prises dans la logique de l'impératif technicien qui ne reconnaît comme limites à son exercice que les contraintes techniques.

Pour y voir un peu plus clair, il faut à nouveau se tourner vers la souffrance des acteurs concernés par la médecine procréative. En effet, si l'assistance médicale à la procréation offre d'extraordinaires possibilités d'apaisement, elle constitue également — de façon apparemment paradoxale — une puissante source de souffrances. Ainsi, s'il faut se réjouir des nombreuses et fantastiques réussites de l'AMP, il faut également tenir compte de ses échecs, et des souffrances qui en résultent. C'est bien de ces

13. Cet article ne portant pas spécifiquement sur ces questions, je renvoie le lecteur à quelques recherches sur ce sujet. Ainsi, en contradiction avec des publications plus anciennes et très rassurantes (par exemple : F. BRUINSMA, A. VENN, P. LANCASTER *et al.*, « Incidence of cancer in children born after in-vitro fertilization », *Human Reproduction*, 15, 3 [mars 2000], p. 604-607 ; H. KLIP, C.W. BURGER, J. DE KRAKER, F.E. VAN LEEUWEN, « Risk of cancer in the offspring of women who underwent ovarian stimulation for IVF », *Human Reproduction*, 16, 11 [novembre 2001], p. 2451-2458), des recherches récentes semblent mettre en évidence un lien entre la fécondation *in vitro* et l'apparition de certaines maladies — dont des cancers — chez l'enfant (voir par exemple : E.R. MAHER, S.M. IMHOF, J.R. CRUYSSBERG *et al.*, « Incidence of retinoblastoma in children born after in-vitro fertilisation », *The Lancet*, 361, 9354 [25 janvier 2003], p. 309-310 ; M.R. DEBAUN, E.L. NIEMITZ, A.P. FEINBERG, « Association of In Vitro Fertilization with Beckwith-Wiedemann Syndrome and Epigenetic Alterations of *LIT1* and *H19* », *American Journal of Human Genetics*, 72 [2003], p. 156-160 ; D. BENÉZRA, « In-vitro fertilisation and retinoblastoma », *The Lancet*, 361, 9354 [25 janvier 2003], p. 273-274). En outre, beaucoup d'auteurs insistent sur l'influence de l'AMP sur la prématurité (voir sur ce sujet un très bon article de synthèse : R.D. LAMBERT, « L'assistance médicale à la procréation et son influence sur la prématurité », *Ethica Clinica*, 29 [mars 2003], p. 4-14). Concernant les risques psychologiques, on pourra consulter : H. COLPIN, C. MANUEL, « Filiation par procréations médicalement assistées et relations parent-enfant », dans C. BOURG, dir., *Des enfants comme les autres ? La santé, le droit et le bien-être des enfants nés de l'assistance médicale à la procréation*, p. 57-70.

14. J. ELLUL, *Le système technicien*, Paris, Calmann-Lévy (coll. « Liberté de l'Esprit »), 1977, p. 336.

15. *Ibid.*, p. 167.

16. Dans la *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, F. Leroy présente le terme « procréatique » comme synonyme de « Procréation médicale assistée » (G. HOTTOIS, J.-N. MISSA, dir., *Nouvelle encyclopédie de Bioéthique. Médecine. Environnement. Biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, p. 675).

souffrances-là que nous parlent les auteurs critiques, celles de ces couples à qui l'efficacité techno-scientifique n'a pas offert le bonheur attendu, ajoutant encore à leur détresse.

Un double effort de lucidité apparaît dès lors nécessaire, d'une part, pour reconnaître, célébrer et chercher à accroître encore les réussites de la procréatique, et, d'autre part, pour ne pas tomber dans le piège d'une logique d'inspiration utilitariste qui justifierait la mise en œuvre de tous les moyens techniques sous prétexte que les fins poursuivies sont louables. Un tel effort de lucidité n'est cependant envisageable que sur la base d'un horizon axiologique à construire.

III. DU *DON* AU *DON DE LA VIE* : LE DONATAIRE AU CENTRE

Pour entamer cette construction axiologique, il me semble intéressant de partir de ce qui motive, apparemment, la mise en œuvre d'un processus d'assistance médicale à la procréation : ne s'agit-il pas avant tout d'offrir à un couple stérile la possibilité de *donner la vie* ? Le concept un peu poussiéreux de « don de la vie » se trouverait ainsi à la base du déploiement techno-scientifique à visée procréative. Cela est loin d'être anodin, car au-delà des mots, le *don* en général et le *don de la vie* en particulier s'inscrivent dans une logique qui pourrait s'avérer extrêmement éclairante pour notre quête d'un discernement éthique. Quelle est donc cette logique du *don* et du *don de la vie* ?

1. La logique du don

Il est clair qu'une réflexion sur le don de la vie passe préalablement par une mise au clair de ce que l'on doit entendre par « don ». Pour cet exercice, l'aide d'un jeune philosophe français, Gildas Richard, s'avère précieuse. Pour celui-ci, le don présente cette caractéristique extraordinaire qu'on ne le comprend réellement qu'en prenant de la distance par rapport à lui et en reportant son attention sur ce vers quoi il est lui-même tendu : le donataire. En effet, pour Gildas Richard, le donataire constitue le centre d'une réflexion sur le phénomène de don ; il n'est pas seulement l'un de ses constituants, mais vraiment « ce à partir de quoi s'inaugure, se définit et s'agence l'ensemble de ce phénomène¹⁷ ».

On pourrait chercher à caractériser le don par rapport au prêt, à l'échange et à la vente en s'intéressant aux constituants (les protagonistes ou l'étant transféré) impliqués dans ces transferts d'étant, mais Richard montre que, sur un plan empirique : « aucun des éléments constitutifs d'un transfert ne peut fournir, quant à la question de savoir si ce transfert est un don, une indication positive ou négative, qui serait accessible à un regard objectif se bornant à constater leur présence et à les identifier comme appartenant à telle ou telle catégorie de réalités (personne, chose ; plus précisément encore : roi, prêtre, esclave, nourriture, instrument, arme, etc.¹⁸) ». Il n'y a pas

17. G. RICHARD, *Nature et formes du don*, Paris, L'Harmattan (coll. « Ouverture philosophique »), 2000, p. 45.

18. *Ibid.*, p. 21-22.

de donateur, de donataire ou d'étant à transférer qui, par sa nature et en lui-même, puisse caractériser le don. De la même manière, si l'on considère le transfert lui-même et non plus les protagonistes de celui-ci, en s'intéressant ainsi à la « dynamique » du don, l'effort de caractérisation se heurte à des obstacles apparemment insurmontables. Ainsi, lorsque *A* donne *x* à *B* et que *B*, après un temps plus ou moins long, redonne *x* à *A*, est-ce un double don ou un prêt ? *Mutatis mutandis*, le même raisonnement pourrait s'appliquer à la distinction entre don et échange. L'observation de la dynamique du mouvement de transfert ne permet pas de le caractériser en tant que tel. Plus précisément, pour Richard, l'observation empirique ne permet pas d'isoler les caractéristiques du don. Si l'on part d'une définition classique du don compris comme « transfert définitif et sans contrepartie », on ne pourra jamais être assuré ni que le transfert est définitif ou pas, ni même qu'il y a eu (ou pas) contrepartie. À vrai dire, le don est un problème d'intention et de visée d'un donateur tout entier tourné vers un donataire, sans que cela soit objectivable. Le don acquiert ainsi un statut un peu particulier, différent de la vente et du prêt, par exemple, « qui sont ce qu'ils sont indépendamment de l'intention qui préside à leur réalisation¹⁹ ».

2. Le(s) donataire(s) du don de la vie

Une logique du don invite ainsi à réserver une place centrale au donataire et rien ne permet de penser que le don de la vie suive un modèle différent. Qu'en est-il alors du donataire du don de la vie ? Un préalable est nécessaire avant de répondre à cette question, car, en réalité, le don de la vie ne se fait pas à destination d'un donataire, mais au moins de trois. La vie est donnée à l'intérieur d'un couple, l'un donnant à l'autre. Mais la vie est aussi donnée à l'intérieur d'un cadre généalogique à ceux-là mêmes qui nous ont offert la vie. Enfin, la vie est donnée à l'enfant à naître, sachant que ce qui est ainsi donné ne peut se réduire à un transfert gamétique.

Ainsi, c'est d'abord à l'intérieur d'un couple que la vie est donnée : l'un des membres de ce couple faisant à l'autre le don de cette nouvelle vie et réciproquement. Le don évoqué ici ne doit pas être compris comme « don de soi », entendu comme don du corps dans l'acte sexuel ou comme le fait de consacrer sa vie à quelqu'un. Plus simplement, il s'agit ici, non pas de *se donner soi*, mais de donner (quelque chose) *de soi*, étant entendu que ce « de soi » constitue un champ susceptible de contenir de nombreux éléments parfois très divers : ses gamètes bien sûr, mais aussi son histoire, ses ambitions, ses espoirs, son amour, etc.

Par ailleurs, le donataire du don de la vie correspond également très souvent aux parents du jeune couple. Mais, au-delà des parents, c'est tout le champ généalogique des procréateurs qui semble appelé à recevoir l'enfant à naître. Ainsi reçu par ce donataire générationnel, le nouveau-né est alors inscrit dans une histoire familiale et invité à la poursuivre. Comme l'indique G. Delaisi de Parseval, la naissance d'un enfant — et en particulier celle du premier enfant d'un couple — est rarement l'affaire de deux personnes : « Ce sont en général trois personnages qui sont acteurs

19. *Ibid.*, p. 35.

en cette affaire : bien souvent le grand-père, le père et le fils (ou la fille) ; ou la grand-mère, la mère et la fille (ou le fils²⁰) ».

Enfin, on serait tenté de désigner l'enfant à naître comme un indiscutable donataire — peut-être même le premier — du don de la vie. Or, une telle désignation pose problème, car en réalité, l'enfant à naître n'est pas, à proprement parler, le destinataire de ce don, il en est la conséquence. Mais la difficulté ainsi mise en évidence ne résulte-t-elle pas d'une réduction de la vie humaine à sa seule dimension génétique ? Si la vie humaine est réduite à sa dimension strictement génétique, à une mise en commun de deux patrimoines chromosomiques, non seulement l'enfant à naître ne peut être considéré comme donataire d'un quelconque don de la vie, mais l'utilisation même du concept de don à propos de la vie s'avère problématique. Les parents concernés ne donneraient dès lors pas la vie, ils mettraient seulement leurs gamètes à disposition d'un processus qu'ils ne peuvent en rien maîtriser, transmettant la vie beaucoup plus qu'ils ne la décident. Par contre, si l'on accepte que la vie humaine n'est pas réductible à sa seule dimension génétique, qu'elle a à se *construire* — au-delà de la magie de la fusion des gamètes — dans la dépendance à l'égard de la relation aux géniteurs et plus largement aux acteurs généalogiques, il peut effectivement y avoir un don de la vie qui déborde du cadre de la transmission d'une information génétique.

Irréductible à sa dimension génétique, la vie est donnée à l'enfant dans les relations vitales, émotionnelles et généalogiques que nouent avec lui ses parents. L'enfant à naître, embryon ou fœtus, est ainsi placé dans une position de donataire. Mais est-il en mesure de tenir ce rôle ? Un être en développement peut-il être donataire d'un don, fût-il celui de la vie ? Autrement dit, quelles sont les qualités que doit présenter le donataire du don de la vie pour être reconnu comme tel ?

3. Les qualités du donataire du don de la vie

Pour G. Richard, un donataire doit nécessairement se présenter comme *fin-en-soi*, c'est-à-dire comme un « [...] être qui autorise, ou même exige d'être visé comme étant lui-même et lui seul la raison d'être, et le principe de détermination, de ce qui lui est apporté, du fait même qu'on le lui apporte, et de la manière dont on le lui apporte²¹ ». Le concept de *fin-en-soi* désigne donc ici : « ce qui a sa raison d'être absolument en soi-même, ce qui, par suite, demande à être visé pour soi-même, comme un but tel qu'aucun autre n'est encore visé à travers lui ou au-delà de lui²² ». En fin de compte, le mode de réception propre au don n'est accessible qu'à un être capable de penser, plus précisément, un être disposant de « la faculté de viser soi-même des fins de façon pensante²³ ». Il existe deux raisons à cela. D'une part, un être sans tension, sans élan, sans désir — par exemple, un dieu présenté comme se

20. G. DELAIS DE PARSEVAL, *La part du père*, Paris, Seuil, 1981, p. 176.

21. G. RICHARD, *Nature et formes du don*, p. 47-48.

22. *Ibid.*, p. 48.

23. *Ibid.*, p. 57.

suffisant à soi-même — n'a besoin de rien puisqu'il a déjà tout. D'autre part, pour être visé comme fin-en-soi, le donataire doit lui-même pouvoir être le point de départ d'une visée à l'égard de l'étant du don, celui-ci recevant sa destination du destinataire lui-même.

Dans ce contexte, seul l'être humain semble être candidat au titre de donataire de don. Mais les donataires du don de la vie tels que nous les avons envisagés répondent-ils à ces critères ? Nous allons revenir sur les trois donataires envisagés précédemment et examiner si les conditions requises par Richard sont rencontrées.

Concernant le don de la vie qu'un couple se fait l'un à l'autre, il est nécessaire, si l'on veut respecter les conditions définies par Richard, qu'une telle démarche de don se déploie hors de toute velléité d'instrumentalisation de l'un par l'autre. Il ne peut y avoir *utilisation* de l'autre au service d'un projet parental. Le don est adressé au compagnon ou à la compagne envisagé pour lui-même. L'autre ne peut pas être visé ici comme un moyen en vue d'autre chose : faire un enfant. Un tel donataire du don de la vie ne peut pas être appelé à se laisser envahir par le don de l'autre, au point qu'il en perde son altérité en devenant une machine à procréer. Le don de la vie est donné à l'autre pour lui-même, de telle façon que le donataire soit la source de fins qu'il aura lui-même posées.

Le don de la vie se déploie également dans une dimension généalogique. Il s'agit ici ce que Delaisi de Parseval présente comme « l'une des motivations à être parent », à savoir : « donner un enfant à ses parents²⁴ ». Un tel don s'effectue dans un cadre très particulier, celui de la dette de vie, que chaque être humain contracte à sa naissance. Proprement impayable, cette dette contractée à l'égard de nos parents peut toutefois être reconnue et assumée. Par ce geste, pour reprendre des propos de Sarthou-Lajus : « La subjectivité qui s'accepte débitrice dans son être consent à ne pas se considérer comme le tout de la réalité et reconnaît sa dépendance à l'endroit d'un autre²⁵ ». La vie se transmet alors dans la reconnaissance d'une dépendance originaire. Le donataire n'est pas ici visé comme l'occasion d'apurer une dette — celle-ci est de toute façon impayable —, mais est considéré comme une fin-en-soi, capable lui-même, à partir de ce don, de viser des fins qui lui sont propres. Le don de la vie, le don de l'enfant à naître devient ainsi, chez les nouveaux parents, le symbole de l'acceptation de leur condition de « sujet débiteur ».

Il reste alors à examiner le statut du dernier donataire de la vie auquel j'ai fait référence : l'enfant à naître lui-même. D'emblée, une difficulté majeure surgit : alors que Richard affirme que l'on ne peut être donataire si l'on n'a pas soi-même la faculté de viser des fins de façon pensante, on peut difficilement attribuer une telle qualité à l'embryon ou au fœtus, et peut-être même au nouveau-né. En cela, l'aube de la vie humaine pose les mêmes questions que son crépuscule, car la problématique semble similaire pour certains grands vieillards atteints de démence sénile. Gildas Richard nous aide cependant à dépasser cette difficulté, car pour lui, ces êtres

24. G. DELAISI DE PARSEVAL, *La part du père*, p. 178.

25. N. SARTHOU-LAJUS, *L'éthique de la dette*, Paris, PUF (coll. « Questions »), 1997, p. 53.

humains sont *dignes* du statut de donataire, même s'ils ne sont pas encore ou plus capables de viser des fins. Le philosophe refuse ainsi de voir amalgamer *dignité* et *capacité* : « la dignité précède la capacité et lui survit²⁶ ». En un sens, l'incapacité dans laquelle sont plongés certains êtres humains renforce encore l'image de dignité qui émane de ceux-ci. La dignité trouve aussi à s'épanouir dans la fragilité.

Digne du statut de donataire du don de la vie, l'enfant à naître est-il réellement visé en tant que tel par ses parents donateurs ? Quelles sont les conditions nécessaires pour qu'il le soit ? En lui donnant la vie, les parents donnent à un enfant d'être. C'est le rapport à l'enfant qu'il s'agit donc ici de penser. Emmanuel Lévinas nous offre un éclairage très précieux sur ce sujet. Dans *Totalité et infini*, il décrit le rapport de filialité en ces termes : « Le fils n'est pas seulement mon œuvre, comme un poème ou un objet. Il n'est pas non plus, ma propriété. Ni les catégories du pouvoir, ni celles du savoir, ne décrivent ma relation avec l'enfant. La fécondité du moi n'est ni cause, ni domination. Je n'ai pas mon enfant, je suis mon enfant²⁷ ». On pourrait appliquer ces propos à notre propre réflexion et en déduire que, pour que le donataire du don de la vie soit reconnu tel par ses parents, il faut que ceux-ci l'envisagent hors de tout rapport de domination ou de possession.

IV. LE DON DE LA VIE ET L'AMOUR

La logique du don de la vie ainsi déployée offre un premier repérage éthique intéressant. Le donataire du don de la vie devant être considéré comme une fin-en-soi, il ne peut donc être question d'une quelconque instrumentalisation d'un partenaire réduit au rôle de machine à procréer, d'un parent avec qui l'on a des comptes à régler ou d'un enfant à naître — excroissance du moi — que l'on étoufferait d'attentes ou d'espairs. Malheureusement, une telle exigence est si contraignante qu'elle semble hors de portée dans le quotidien procréatif. En effet, comment éviter une certaine instrumentalisation du conjoint, de l'enfant à naître ou des acteurs généalogiques ? N'est-on pas en pleine utopie, tout aussi éclairante sur un plan théorique qu'inopérante dans la pratique ? D'autant que la procréation « naturelle » elle-même est loin de respecter ce cadre axiologique.

La logique du don de la vie ainsi déployée perd cependant de vue un élément important que les thérapeutes amenés à accompagner psychologiquement les couples en difficulté procréative rappellent parfois, à savoir : l'indissociabilité de l'amour et du don de la vie. Ainsi, E. Jéronymidès écrit-elle : « [...] les voies de la fécondité ne s'ouvrent que si trois "ingrédients psychiques" sont réunis : une mère originaire tendre et maternante ; un père aimant protecteur ; l'amour d'un homme et pour un

26. G. RICHARD, *Nature et formes du don*, p. 61.

27. E. LÉVINAS, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Paris, Le Livre de Poche (coll. « biblio essais »), 1990, p. 310.

homme²⁸ », ajoutant : « Il n'y a pas de bébé sans amour. Il faut que la femme aime et soit aimée²⁹ [...] ».

L'amour qui serait ainsi nécessaire au don de la vie mérite cependant d'être défini. M'inscrivant dans un cadre très classique, je propose d'envisager l'amour selon trois dimensions correspondant aux trois termes grecs : *érôs*, *philia*, *agapè*.

L'amour-*érôs* est parfaitement décrit par Platon dans *Le Banquet*. Le philosophe grec rapporte un dîner entre amis chez Agathon pour y fêter un récent succès. La discussion des convives porte sur l'amour, chacun proposant sa définition du concept. L'histoire retient surtout le discours d'Aristophane et bien entendu celui de Socrate. Prenant la parole à la suite d'Aristophane, Socrate va proposer une approche radicalement différente de l'amour. Pour ce dernier, loin de naître de la complétude, le sentiment amoureux est engendré par le manque : « [...] ce dont on est dépourvu et qu'on ne possède pas, c'est cela qu'on aime³⁰ ». S'entretenant avec Agathon, Socrate l'amène progressivement à reconnaître que l'amour est désir et que le désir est manque. Le manque n'est désir que s'il est envisagé comme tel et le désir n'est amour que s'il s'adresse à un objet déterminé. Marqué du sceau de l'incomplétude, un tel amour est voué à un destin tragique : toujours en manque de l'objet aimé qu'il souhaite posséder pour toujours, il s'éteint dès qu'il le possède.

Mais l'amour ne peut-il se vivre que sur le mode de l'*érôs*, c'est-à-dire de la passion éphémère, nécessairement vouée à l'échec ? Comment expliquer, en somme, qu'il y ait des couples heureux ? C'est vers une deuxième déclinaison de l'amour qu'il faut alors se tourner : l'amour-*philia*. Bien que le concept de *philia* soit présent chez les principaux philosophes de la Grèce antique³¹, c'est sans doute chez Aristote qu'on en trouve l'évocation la plus féconde. Aristote reconnaît trois formes d'amitié, correspondant aux trois finalités que celle-ci poursuit, c'est-à-dire l'utile, l'agréable et la vertu, mais c'est clairement l'amitié qui se propose pour fin la vertu — la *prôtè philia*, l'amitié première de l'*Éthique à Eudème* ou la *téleia philia*, l'amitié achevée de l'*Éthique à Nicomaque*³² — qu'il désigne comme celle qui a le plus de valeur. Si l'amitié peut être plaisante ou intéressée, c'est seulement dans l'amitié vertueuse que « la perfection qualitative de l'amitié est atteinte³³ », ce qui fait des autres amitiés des « amitiés par ressemblance³⁴ » avec cette amitié basée sur la vertu.

28. E. JÉRONYMIDÈS, *Elles aussi deviendront mères. Des femmes qui se sentent stériles*, Paris, Payot & Rivages, 2001, p. 17.

29. *Ibid.*, p. 39.

30. PLATON, *Le Banquet ou De l'amour*, trad. L. Robin, M.J. Moreau, Paris, Gallimard (coll. « Idées »), 1973, p. 102 [201 b].

31. Voir à ce sujet : J.-C. FRAISSE, *Philia. La notion d'amitié dans la philosophie antique*, Paris, Vrin (coll. « Bibliothèque d'histoire de la philosophie »), 1974.

32. ARISTOTE, *Éthique à Eudème*, trad. V. Décarie, R. Houde-Sauvé, Paris, Vrin ; Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal (coll. « Bibliothèque des textes philosophiques »), 1978, p. 154 et suiv. [VII, 2] ; ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin (coll. « Bibliothèque des textes philosophiques »), 1972, p. 390 et suiv. [VIII, 4].

33. J.-C. FRAISSE, *Philia. La notion d'amitié dans la philosophie antique*, p. 231.

34. ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, p. 394 [VIII, 5, 1157 a, 30-35].

L'amour-*philia* est très différent de l'amour-*érôs* pris dans les rets du désir, de la possession de l'autre et du manque. Deux amis se souhaitent du bien l'un à l'autre et s'aiment pour ce qu'ils sont en eux-mêmes. À supposer qu'il s'agisse bien de deux amis vertueux, ils ne retirent d'un tel sentiment que bienfait et bonheur dans une parfaite réciprocité.

Il est intéressant d'insister avec A. Comte-Sponville sur la dimension active de l'amitié (*philia*) pour l'opposer à la passivité de l'amour (*érôs*). Évoquant la *philia* d'Aristote, le philosophe français écrit : « Disons que c'est l'amour-joie, en tant qu'il est réciproque ou peut l'être : c'est la joie d'aimer et d'être aimé, c'est la bienveillance mutuelle ou susceptible de le devenir, c'est la vie partagée, le choix assumé, le plaisir et la confiance réciproques, bref c'est l'amour-action, qu'on opposera pour cela à *érôs* (l'amour-passion³⁵) ». Une telle comparaison n'est pas innocente chez Comte-Sponville qui souhaite opposer une approche spinoziste à la vision platonicienne de l'amour. En un résumé saisissant de la position de Spinoza à ce sujet³⁶, le philosophe matérialiste français écrit : « L'amour est désir, certes, puisque le désir est l'essence même de l'homme. Mais le désir n'est pas manque : le désir est puissance, l'amour est joie³⁷ ».

Érôs et *philia* n'épuisent cependant pas la puissance signifiante du concept d'amour. Au-delà de l'amour-passion et de l'amour-action, l'amour-charité (*agapè*) vient compléter notre réflexion. L'*agapè* est généralement connu comme le terme grec utilisé dans le Nouveau Testament pour désigner l'amour, celui de Dieu pour les hommes, celui des hommes pour Dieu et celui qu'ils sont invités à avoir les uns pour les autres. Dans son œuvre maîtresse, *Érôs et agapè*, Anders Nygren écrit que « l'idée d'*agapè* se trouve au centre même de la vie et de la prédication de Jésus³⁸ ». L'évêque de Lund attribue plusieurs qualités à l'*agapè* qui le différencient très clairement à la fois de l'*érôs* et de la *philia*. L'*agapè* est spontanée et non motivée, en ce sens qu'un tel amour n'est pas fondé sur une raison extérieure ; au contraire, il trouve sa raison en lui-même. L'*agapè* apparaît ainsi comme un amour proprement

35. A. COMTE-SPONVILLE, *Petit traité des grandes vertus* [18. L'amour], Paris, PUF (coll. « Perspectives critiques »), 1995, p. 334-335.

36. On sait que le cœur de la pensée spinoziste au sujet de l'amour est constitué par la définition VI reprise dans les définitions des affections (Livre III) de l'*Éthique* : « L'*Amour* est une Joie qu'accompagne l'idée d'une cause extérieure ». Par cette définition, Spinoza entend cerner l'essence même de l'amour, en prenant distance par rapport aux approches traditionnelles — en particulier celle proposée par Descartes — « qui définissent l'Amour comme *la volonté qu'a l'amant de se joindre à la chose aimée* ». De telles définitions prennent pour l'essence de l'amour ce qui n'en est que la propriété. L'amour ne doit donc pas être considéré comme ce mouvement qui me pousse vers l'objet aimé en vue de le posséder, mais plutôt affirmation joyeuse d'une puissance de vivre. Le désir et l'amour s'affirment en premier, et l'objet aimé n'en est pas la cause. On le comprend en se rappelant la scolie de la proposition IX : « Il est donc établi par tout cela que nous ne nous efforçons à rien, ne voulons, n'appêtons ni ne désirons aucune chose, parce que nous la jugeons bonne ; mais, au contraire, nous jugeons qu'une chose est bonne parce que nous nous efforçons vers elle, la voulons, appêtons et désirons ».

37. A. COMTE-SPONVILLE, *Petit traité des grandes vertus*, p. 325.

38. A. NYGREN, *Érôs et agapè. La notion chrétienne de l'amour et ses transformations* [Première Partie], trad. P. Jundt, Paris, Aubier (coll. « Les religions »), 1944, p. 80.

inconditionnel et désintéressé, universel et créateur, sans manque et sans recherche de réciprocité.

Simone Weil complète ce tableau de l'*agapè* d'une façon déterminante pour notre réflexion. Pour la mystique française, l'amour est ce qui a guidé la création divine et en constitue le cœur même³⁹. Mais un tel geste d'amour n'est en rien semblable à l'*érôs* ou à la *philia*. Loin d'être affirmation de puissance, il est renoncement, diminution, retrait, reflux. Par la création, Dieu se retire pour laisser être le monde. Weil écrit à ce sujet quelques lignes magnifiques : « La Création est de la part de Dieu un acte non pas d'expansion de soi, mais de retrait, de renoncement. Dieu et toutes les créatures, cela est moins que Dieu seul. Dieu a accepté cette diminution. Il a vidé de soi une partie de l'être. Il s'est vidé déjà dans cet acte de sa divinité⁴⁰ ». Il y a derrière une telle vision la volonté de défendre l'idée d'un Dieu absent, caché. Dieu s'est retiré pour nous faire de la place et cette absence, ce vide, c'est Dieu lui-même.

Si c'est bien de Dieu et de son amour qu'il est question dans l'approche de la création proposée par S. Weil, on peut cependant en retirer un éclairage précieux à propos de cette forme particulière de l'amour humain qu'est l'*agapè*. Ainsi, Dieu dans son amour consent à ne pas exercer tout le pouvoir dont il dispose : « Le vrai Dieu est le Dieu conçu comme tout-puissant, mais comme ne commandant pas partout où Il en a le pouvoir⁴¹ ». De la même façon, il arrive, bien que cela soit rare, que « par pure générosité un homme s'abstienne de commander là où il en a le pouvoir⁴² ». Comte-Sponville illustre cette *retenue créatrice* qui structure la pensée de Weil en prenant l'exemple de l'attitude des parents à l'égard de leurs enfants et plus généralement des adultes à l'égard des enfants qui leur sont étrangers : « [...] il arrive parfois [...] qu'ils se retirent, qu'ils reculent, qu'ils n'occupent pas tout l'espace disponible, [...] qu'ils n'exercent pas tout le pouvoir dont ils disposent. [...] pour laisser plus de place, plus de pouvoir, plus de liberté à leurs enfants⁴³ ». Il s'agit alors d'un amour qui est le contraire de la force, qui s'interdit la violence, qui ne cherche ni à posséder ni à maîtriser, qui n'envahit pas mais, au contraire, fait place à l'autre en renonçant à soi.

V. LE MÉTABOLISME SYMBOLIQUE DU DON DE LA VIE

Cette présentation des trois dimensions de l'amour humain que sont *érôs*, *philia* et *agapè* porte en elle une tentation évidente de hiérarchisation : de l'amour concupiscent à l'amour pur en passant par l'amitié, de l'amour possessif à l'amour oblatif. Une telle hiérarchisation conduit à la définition d'une progressivité axiologique de l'amour débouchant, *in fine*, sur la glorification de l'*agapè*. Et effectivement, la

39. « Dieu a créé par amour, pour l'amour. Dieu n'a pas créé autre chose que l'amour même et les moyens de l'amour » (S. WEIL, *Attente de Dieu*, Paris, Fayard [coll. « Livre de vie »], 1977, p. 106.)

40. *Ibid.*, p. 131.

41. *Ibid.*, p. 130.

42. *Ibid.*, p. 131.

43. A. COMTE-SPONVILLE, *Petit traité des grandes vertus*, p. 362-363.

vision évangélique de l'amour se présente comme un puissant attracteur qui risque de disqualifier les deux autres formes de l'amour. Mais l'amour humain, l'amour du quotidien, celui qui nous pousse à partir à la rencontre de l'autre, à l'épouser parfois et à fonder avec elle ou avec lui une famille, est-il réductible à l'*agapè* ; devrait-il y tendre ? En une fulgurante interpellation, Comte-Sponville semble éclairer cette question. S'appuyant sur la prescription évangélique d'aimer ses ennemis et testant son applicabilité aux sentiments que peuvent éprouver deux êtres humains désireux de s'unir, il écrit : « [...] on n'épouse pas n'importe qui, [...] l'amour qu'on a pour son mari ou sa femme n'est ni gratuit ni désintéressé, et [...] nul n'a recommandé d'épouser ses ennemis⁴⁴ ».

On peut légitimement s'interroger sur le type d'amour requis par le don de la vie : passion et manque, amitié ou charité. Cependant, énoncé sous cette forme, un tel questionnement est, bien que légitime, inapproprié. En effet, l'amour ne se fait don de (la) vie que dans la convergence des trois dimensions que nous avons mises en évidence. Une alliance tridimensionnelle se dessine alors entre le don de la vie et l'amour, alliance que l'on pourrait traduire par un cycle procréateur évoquant le triptyque maussien (donner-recevoir-rendre⁴⁵) : recevoir l'amour — donner l'amour — se retirer par amour. Selon cette logique, le don de la vie n'est réductible à aucun des moments du cycle en particulier mais doit être compris comme le résultat de la dynamique créée par l'alliance de ceux-ci. Se met ainsi en place un métabolisme symbolique du don de la vie alimenté par l'amour et structuré autour de trois phases : une phase anabolique (passivité), une phase catabolique (activité) et une phase d'apoptose (retrait)⁴⁶.

1. Un moment de passivité

Pour pouvoir être donné, dans une deuxième étape, l'amour va devoir d'abord être reçu, accumulé, stocké. Il s'agit d'un moment proprement passif où l'autre et son amour manquent. L'amour qui doit ainsi être reçu, c'est, historiquement, d'abord celui des parents et, ensuite, celui du conjoint. Il faut avoir été aimé et être aimé pour

44. *Ibid.*, p. 369.

45. M. MAUSS, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », dans *Année Sociologique*, seconde série, 1923-1924, t.I. ; repris dans M. MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, 8^e édition, Paris, PUF (coll. « Quadrige »), 1999.

46. En biochimie, le concept de métabolisme renvoie à la gestion de l'énergie par les cellules leur permettant notamment de se diviser. On regroupe les réactions chimiques liées à cette gestion en deux grandes catégories : « (1) Les voies *cataboliques* dégradent les denrées alimentaires en molécules plus petites, libérant par là même à la fois une forme utile d'énergie pour la cellule, et certaines des petites molécules dont la cellule a besoin comme unités de construction, et (2) les voies *anaboliques*, ou *biosynthétiques*, utilisent l'énergie libérée par le catabolisme pour assurer la synthèse des nombreuses autres molécules qui forment la cellule » (B. ALBERTS, D. BRAY, A.F. JOHNSON, S. PERELMAN, *L'essentiel de la biologie cellulaire : introduction à la biologie moléculaire de la cellule*, Paris, Flammarion médecine-sciences, 1998, p. 78). Le processus métabolique est cependant limité dans le temps. Après un certain nombre de divisions (en moyenne 50, pour les cellules humaines, à l'exception des cellules cancéreuses), la cellule se détruit, on parle alors de mort cellulaire programmée ou apoptose : « La cellule diminue et se condense. Le cytosquelette se collabe, l'enveloppe nucléaire se désassemble et l'ADN nucléaire se rompt en fragments » (*L'essentiel de la biologie cellulaire*, p. 586).

donner la vie. Les thérapeutes chargés d’accompagner psychologiquement les couples souffrant d’une infertilité inexplicable organiquement montrent que cette étape constitue souvent le nœud du problème. À travers leur demande d’enfant, nombre de femmes stériles chercheraient en vain l’amour qu’elles n’ont pas reçu ou pas accepté de recevoir. Par le puissant désir d’enfant qu’ils formulent, ces hommes et ces femmes — mais la littérature parle surtout de femmes —, traduisent en réalité un besoin inassouvi d’amour. L’objet d’amour semblant inaccessible, la quête est déplacée vers un substitut, qui ne sera jamais pleinement satisfaisant puisqu’il n’est pas poursuivi pour lui-même. E. Jéronymidès écrit à ce sujet : « Toutes les patientes que j’ai suivies [pour stérilité] souffraient d’une dépression masquée. Par déplacement de l’objet de la pulsion, elles donnaient l’impression — et le croyaient — de chercher à enfanter, mais en réalité, inconsciemment, leur douloureuse quête était celle d’une “bonne mère”⁴⁷ ».

2. Un moment d’activité

Une deuxième dimension de l’alliance entre le don de la vie et l’amour est liée à l’activité propre au concept de *philia*. Cette phase active où, en donnant la vie, on donne l’amour reçu doit cependant se penser en fonction des trois donataires que nous avons évoqués : les membres du couple, les parents du couple, l’enfant à naître. L’adresse du don de la vie doit pouvoir en quelque sorte être répartie entre ceux-ci ; cette distribution en trépied assurant la stabilité du processus. Mais dans une telle logique, un quatrième donataire, inattendu, semble vouloir s’imposer : soi. En effet, en insistant sur l’importance d’avoir été aimé pour pouvoir donner la vie, nous avons subrepticement introduit dans le processus l’amour de soi : il faut s’aimer soi pour donner la vie. Cependant, il ne s’agit pas ici de faire de l’amour de soi un point de départ, mais de le considérer, à l’inverse, comme un point d’arrivée. L’amour de soi ne peut en réalité se penser en dehors du processus qui veut que je reçoive d’abord l’amour d’autrui qui, en m’étayant narcissiquement, me permettra de donner à mon tour. À travers l’affirmation de la nécessité de l’amour de soi pour transmettre la vie, il ne s’agit donc nullement de penser l’autosuffisance érotique du moi, mais, à l’inverse, de clamer sa dépendance à l’égard d’autrui.

3. Un moment de retrait

Le métabolisme du don de la vie ne s’arrête cependant pas à ce moment d’activité. Une phase de reflux procréateur correspondant à la dimension *agapè* de l’amour doit être ajoutée. Dans une telle logique amoureuse, donner la vie ne serait pas s’avancer et faire jaillir l’être, selon une logique de type magique, mais se retirer pour laisser la vie s’avancer. Pour donner la vie, il faudrait, par amour, consentir à s’effacer, à s’affaiblir, à moins être, à se nier même pour permettre à l’autre de s’affirmer.

47. E. JÉRONYMIDÈS, *Elles aussi deviendront mères*, p. 137-138.

Pour penser le jusant du métabolisme du don de la vie, le recours à un petit texte de Hans Jonas, *Le Concept de Dieu après Auschwitz*⁴⁸, s'avère particulièrement éclairant. Le philosophe y renvoie à un mythe de son cru à propos de la Création, sorte de « conjecture imagée mais crédible » pour, à l'image de Platon, pouvoir penser « la sphère située au-delà de la connaissance⁴⁹ ». Pour que le monde apparaisse, Dieu s'est retiré, a reflué ; il a abandonné son intégrité divine au profit du devenir : « Dieu, pour que le monde soit et qu'il existe de par lui-même, a renoncé à son Être propre⁵⁰ ». Le Dieu de ce mythe n'a rien d'un magicien, d'un dieu tout-puissant. Il consent au contraire à se retirer pour laisser être ses créatures.

VI. UNE PETITE ÉTHIQUE POUR L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

La logique du don ne peut être considérée comme un cadre axiologique pertinent pour l'assistance médicale à la procréation que replacée dans le cadre d'un métabolisme symbolique du don de la vie ; un tel métabolisme devant être envisagé comme l'alliance du don de la vie et de l'amour au sein d'un processus en trois temps : recevoir l'amour, donner l'amour, se retirer par amour. L'amour, en se présentant ainsi tout à la fois comme la cause finale et l'objet symbolique du don de la vie, rythme le déploiement de celui-ci en fonction de sa propre structure tridimensionnelle révélée par les termes : *érôs, philia, agapè*. C'est donc à ce métabolisme-là qu'il faut être attentif pour construire le discernement éthique annoncé.

1. De la demande exprimée au désir

Chacun doit, pour pouvoir donner l'amour au centre du don de la vie, avoir été aimé et être aimé. Il arrive qu'une telle condition symbolique à la procréation ne puisse être rencontrée par des êtres installés dans un état de carence amoureuse. La procréation peut alors constituer comme un espoir fou de pouvoir combler les failles qu'une enfance vécue dans la haine ou l'indifférence a creusées. Lorsque cet enfant-« bouche-trou » tarde à venir, les mécanismes symboliques du don de la vie étant gravement perturbés, ces personnes stériles peuvent être amenées à se tourner vers l'assistance médicale à la procréation. La demande consciente qui sera adressée aux praticiens portera alors sur un enfant et sur l'apaisement de la souffrance que son absence suscite. Mais, en réalité, il se peut que cette demande consciente cache un désir inconscient inassouvissable d'amour parental auquel l'offre de la médecine procréative ne peut répondre. En offrant une prise en charge opératoire de tels destins, les acteurs professionnels de l'assistance médicale à la procréation courent le risque d'alourdir encore le poids de la souffrance de leurs patients.

48. H. JONAS, *Le Concept de Dieu après Auschwitz. Une voix juive*, trad. P. Ivernel, Paris, Rivages poche (coll. « Petite Bibliothèque »), 1994.

49. *Ibid.*, p. 14.

50. *Ibid.*, p. 15.

En effet, si, malgré un acharnement procréatif, l'enfant ne vient pas, un désespoir sans issue risque alors de s'installer, la personne stérile pensant que la clef de son bonheur lui est, à jamais et de façon injuste, refusée. À l'inverse, si une vie humaine parvient à émerger de ce contexte symbolique pourtant défavorable, l'enfant appelé à naître pour colmater les brèches amoureuses de ses géniteurs et placé dans l'incapacité de répondre aux attentes démesurées formulées à son égard court le risque de n'être jamais aimé pour lui-même. La souffrance de cet enfant viendra alors s'ajouter à celles de ses parents n'ayant pu apaiser leur désir d'amour. Qu'il naisse ou pas, l'enfant demandé à l'assistance médicale à la procréation par ces couples devient le centre d'un malentendu générateur de souffrances. Dès lors, il revient aux professionnels de l'AMP d'exercer leur discernement éthique afin de pouvoir entendre le désir des patients s'adressant à eux au-delà des demandes exprimées.

2. L'amour compris dans toute sa complexité

La vie se donne par amour dans un horizon complexe de donataires : l'autre aimé, l'autre parent, l'autre à naître, l'autre soi-même. Un discernement éthique à l'égard de l'assistance médicale à la procréation doit pouvoir intégrer cette complexité. Il faut donc pouvoir accepter la demande d'une femme qui, ne pouvant procréer naturellement, exprime le souhait d'avoir un enfant avec l'aide de la médecine par amour pour son mari ou pour ses parents, ou encore pour l'enfant à naître ou pour elle-même. Mais, parallèlement, il faudrait vérifier qu'aucun donataire légitime ne soit exclu de ce projet. C'est dans l'ouverture amoureuse à chacun des donataires évoqués que le don de la vie se déploie.

L'amour constitue donc un élément important du discernement éthique applicable aux demandes d'assistance médicale à la procréation, mais il s'agit bien d'un amour compris dans toute sa complexité. Cela dit, il est évident que l'évaluation singulière, au cas par cas, de l'effectivité du déploiement amoureux complexe est difficile voire impossible. Comment vérifier concrètement qu'une femme souhaite un enfant par amour pour l'ensemble des donataires désignés ? Toutefois, il apparaît que certaines catégories de demandes pourraient être évaluées sur base de ce critère. Ainsi, lorsqu'une catégorie de donataires est clairement absente d'un projet d'insémination artificielle ou de FIVETE, c'est toute la structure de donation qui s'en trouve déséquilibrée. On trouve un exemple paradigmatique d'un tel déséquilibre dans la demande d'intervention venant des femmes célibataires ; l'autre aimé, par définition, n'existant pas.

Autre cas de figure, un des donataires du don de la vie, bien que présent, peut être haï au point d'être pratiquement gommé de la structure de donation. Pour illustrer cette situation, on peut par exemple penser à une femme en demande d'AMP qui exprimerait clairement une haine de soi, de son conjoint ou de ses propres géniteurs, annonçant une réelle difficulté quant au processus de transmission de la vie.

Eu égard à de tels déséquilibres, le discernement éthique proposé ici conduit à évaluer négativement les demandes d'assistance médicale à la procréation où il est

possible de mettre en évidence une absence ou une haine (d'un) des donataires du don de la vie projeté.

3. L'assistance médicale à la procréation est au service de l'amour, non l'inverse

Nous avons montré qu'une forme de retrait et d'abandon est nécessaire au métabolisme du don de la vie. Il faut pouvoir se retirer pour laisser la vie s'avancer. Ce repli apparaît cependant peu compatible avec la puissance techno-scientifique déployée par l'assistance médicale à la procréation.

Ce constat pourrait bien entendu conduire à une stigmatisation de la médecine procréative, dont les processus rentreraient en conflit avec le métabolisme du don de la vie. Mais une telle stigmatisation serait égarante. En réalité, le conflit entre la maîtrise offerte par l'AMP et la démaîtrise nécessaire au don de la vie ne doit pas être envisagé comme une accusation, mais comme un appel au discernement éthique.

Ainsi, il est nécessaire de prendre conscience que les techniques d'assistance médicale à la procréation ne seront en aucun cas génératrices d'amour, élément central du don de la vie. Mais l'amour — envisagé dans toute sa complexité —, s'il est présent en amont du projet de recours à l'AMP, peut conduire à la résolution du conflit.

Le discernement éthique ainsi proposé invite donc les acteurs professionnels à mettre la médecine procréative à sa juste place : un outil au service de l'amour, en évitant la tentation d'inverser les positions. Par ailleurs, l'information des patients devra apparaître comme le reflet de ce positionnement : l'assistance médicale à la procréation n'offre pas l'amour, elle s'emploie à le servir.