

## *L'insoutenable neutralité du psychanalyste face à la bio-éthique*

Sylvie FAURE-PRAGIER

Lorsque, par le hasard d'une proposition amicale — celle d'Eva Weil qui participe aussi à ce numéro —, je me suis trouvée confrontée à des patientes consultant pour stérilité, j'ai cru pouvoir conserver une neutralité psychanalytique quant à l'éthique médicale. Certes, les nouvelles techniques de procréation sont l'objet de controverses vives dont témoignent différentes prises de position dans la littérature et les médias. Mais, dans ma fonction d'analyste rencontrant des patientes stériles, je pensais que le cadre de ma pratique était suffisamment bien limité pour que je n'aie pas à prendre position sur la réalité des techniques dont seule la représentation fantasmatique serait de mon ressort.

La stérilité confronte l'analyste à des patientes soignées par les différentes techniques de PMA (procréation médicalement assistée), dont il mesure l'impact sur le psychisme. Doit-il pour autant s'impliquer dans un jugement éthique sur ces derniers ? Peut-il l'éviter, comme j'ai tenté de le faire en limitant mon activité à l'analyse des fantasmes qui sous-tendent les critiques ? Finalement, l'analyste ne se trouve-t-il pas contraint de participer à ce large débat concernant le caractère licite de certaines pratiques, vaste réflexion engageant un choix de Société qui s'inscrira demain dans une législation nouvelle. C'est à travers mon propre itinéraire que je tenterai d'éclairer ces choix, tels qu'ils se posent quotidiennement à l'analyste travaillant dans ce champ.

I / A L'HÔPITAL, UN TRAVAIL PSYCHANALYTIQUE  
/ AUSSI NÉCESSAIRE QU'IMPOSSIBLE

A l'hôpital, mon travail était « nécessaire » pour aider les médecins et « impossible » dans les conditions où je rencontrais les patientes. Celles-ci ne

souhaitaient pas ces rencontres ; c'est à leur médecin qu'elles demandaient de réaliser leur désir d'enfant. La véritable demande émanait donc d'eux. Ils désiraient que je prenne en charge les patientes chez lesquelles ils ne trouvaient pas de cause organique et dont la stérilité était alors considérée comme psychogène. Je n'étais donc pas confrontée aux traitements biologiques, puisqu'ils étaient abandonnés à mon profit.

En revanche, les médecins m'adressaient une demande supplémentaire. Comment faire face aux problèmes éthiques qui apparaissaient depuis une quinzaine d'années, au fur et à mesure de chaque progrès technique ? De passionnantes réunions de réflexion entre gynécologues et analystes faisaient ressortir une importante angoisse, bien compréhensible devant la décision, le geste reproductif qu'avaient à accomplir ces praticiens.

Était-il légitime d'inséminer des paraplégiques dont le désir d'enfant pouvait receler celui de disposer d'un futur soignant dévoué ? Ou d'aider à concevoir un couple incapable de relations sexuelles, une femme vierge, une homosexuelle ? Une anorexique sans règles avait-elle « droit » à l'appoint hormonal qui lui permettrait de devenir mère, et l'enfant éventuel ne devait-il pas être préservé d'une telle pathologie maternelle...

Face aux problèmes que leur posait un pouvoir nouveau, et manquant de repères pour en apprécier l'éventuelle nocivité, les médecins souhaitaient que des limites leur soient fixées.

Continuer à fonctionner comme analyste nécessitait un effort de théorisation. Face aux problèmes éthiques, je tentais d'interpréter les interrogations par rapport à ceux qui les émettaient. Il me paraissait clair que je n'avais pas à porter de jugement en tant qu'analyste — même si je ne pouvais m'en empêcher en tant que sujet privé. « Celui qui dit ce qui est n'est pas fondé à dire ce qui doit être », disait déjà Poincaré. Bref, je ne pouvais jouer le rôle qu'on attendait de moi. En revanche — pulsion épistémophilique cachant vraisemblablement ma pulsion scopique face à ce déballage de scènes primitives —, je voulais comprendre davantage.

Pour cela, faisait défaut le discours associatif des intéressées, qui s'en défendaient. Je pris alors l'initiative d'une recherche avec des collègues qui s'étaient trouvées face à un problème de stérilité au cours d'une cure classique et avaient pu entendre et élaborer les aléas de la réponse psychosomatique au désir d'enfant.

J'échappais — croyais-je —, grâce à ce tournant de ma réflexion, aux interrogations éthiques portant sur les pratiques thérapeutiques. Je me limiterai à mon rôle habituel : l'analyse de quelques patientes dont la stérilité sans cause organique ne nécessitait pas de traitement physique.

II / LA BIO-ÉTHIQUE ÉVACUÉE REVIENT DANS L'ANALYSE :  
CONSÉQUENCES INATTENDUES D'UNE OPTION THÉORIQUE

De cette recherche débutante, comme de mes premières rencontres hospitalières, toutes parcellaires et insatisfaisantes qu'elles aient pu me paraître, se dégagent une première hypothèse théorique : il fallait *remettre en cause le concept de stérilité psychogène*.

Ce « concept nomade » nous vient de la médecine, et, comme tel, implique une définition linéaire. Sera psychogène :

- une stérilité qui n'a pas de cause organique ;
- et dont la levée de la cause — psychique — permet (comme l'élimination d'un microbe, par exemple) la levée du symptôme et la survenue d'une guérison sous la forme d'un enfant.

Si, dans certains cas, il correspond à la réalité — en particulier dans les stérilités secondaires, après deuils, mort d'un enfant, naissance d'enfants anormaux —, il aboutit le plus souvent à détourner des phénomènes psychiques l'attention des médecins, dès lors qu'existe une cause organique.

Or la psychogenèse ne peut se définir par l'absence d'organicité. Bien au contraire, les lésions du corps, salpingites, troubles ovulatoires, etc., relèvent souvent elles-mêmes de perturbations de l'équilibre narcissique. A l'inverse, la suspicion de stérilité et le sentiment d'incapacité qu'elle entraîne peuvent à leur tour provoquer des réponses d'inhibition du fonctionnement reproductif du corps.

Aussi ai-je proposé d'en « finir avec la stérilité psychogène » au profit d'une *conception réursive* du fonctionnement de l'infécondité. Ainsi la stérilité serait causée par l'effet qu'elle produit ; corps et psychisme auto-engendreraient leurs anomalies. Il ne s'agit pas là d'une réponse psychosomatique habituelle où corps et psychisme produisent deux aspects d'une même réaction, mais d'une circularité où la cause, psychique ou organique, devient l'effet des conséquences qu'elle entraîne.

Le simple soupçon de stérilité provoque des dysovulations dont le traitement hormonal confirme pour l'intéressée un sentiment d'incapacité qui engendrera de nouvelles lésions...

L'abord psychothérapique s'adresse alors aux femmes souffrant de stérilité, quelle que soit la situation organique ; nos recherches confirment la similitude des problèmes psychiques que l'on observe chez les femmes infécondes et nous les avons réunis sous le terme d'*inconception*. Cette nouvelle théorisation nous conduit à prendre en thérapie des patientes qui souvent recevaient en même



temps un traitement médical ou chirurgical. Si bien que nous nous sommes trouvées confrontées à des interrogations éthiques dans notre pratique directe, et non plus à travers les interrogations des médecins. Ce que nous voulions éviter s'imposait à nouveau. Voilà qu'il nous faut maintenant confronter, à travers le discours ou désigné par lui, les nouvelles pratiques procréatiques, et tenter de démêler le fantasme de la réalité, sans pouvoir toujours éviter un vacillement, une interrogation, voire un parti pris éthique. Comment s'empêcher de penser, fût-ce après la séance : « Vraiment, c'est fou de faire de telles manipulations », et de juger sadiques, perverses ou démiurgiques certaines pratiques !

### III / AUTO-ENGENDREMENT DES CONFLITS ÉTHIQUES

J'aimerais privilégier une caractéristique des PMA qui exerce sur moi un effet tragique très particulier. Les nouvelles techniques obéissent à des contraintes spécifiques qui occasionnent la mise en œuvre de nouvelles opérations — la congélation en est un exemple. Celles-ci engendrent de nouveaux conflits psychiques, parfois plus dramatiques que la souffrance originelle à laquelle la technique initiale tentait de répondre. Sans se donner le temps ni les moyens de comprendre la terreur d'enfanter que met en œuvre le corps, les réponses techniques reflètent chez les médecins, à côté de la volonté d'agir, le « désir de ne pas savoir » que nous retrouverons aussi chez nos patientes.

Nora, 40 ans, entreprend une thérapie dont nous comprendrons que le sens inconscient est de se disculper de l'accusation de stérilité psychogène (cet enfant que vous dites vouloir, en réalité, vous le refusez).

Elle veut un enfant, depuis quinze ans, et envisage maintenant des FIV (fécondations *in vitro*). Il s'agit d'une technique qui utilise les gamètes des deux parents et, contrairement à l'IAD (insémination artificielle avec donneur), ne rompt donc pas la filiation naturelle et peut véritablement « guérir » la stérilité.

Nora demande un enfant ou plutôt, comme le disait clairement une autre patiente stérile, « ça n'est pas tant que je veuille un enfant, mais je veux avoir tout fait pour l'avoir ».

Elle fera deux FIV, la première sans succès, la deuxième plus productive puisque ses ovocytes fécondés permirent d'obtenir quatre embryons. On lui proposa de les replacer tous les quatre et elle m'expliqua pourquoi elle avait refusé. Certes, replacer quatre embryons multiplie (par 4) les chances de grossesse, mais aussi le risque de grossesse multiple. Celles-ci aboutissent souvent à la naissance de prématurés non viables. Aussi les médecins, dans ces cas-là, proposent-ils la destruction, *in utero*, de quelques fœtus, pour permettre aux autres un plein

développement. On en garde souvent deux. Cette destruction, sans avortement, laisse subsister les fœtus morts à côté des vivants. C'est la *réduction embryonnaire* dont la perspective paraît intolérable à Nora. Les médecins demandent à la mère — qui observe sous cœlioscopie — de choisir les fœtus à respecter. On a parlé de « choix de Sophie ». Je m'identifie à Nora, qui se limite à deux embryons, et a ainsi résolu ce problème éthique.

Quinze jours plus tard, on lui annonce le succès. Mais, après une semaine, elle perd ses embryons. Avortement précocissime, c'est bien fréquent, mais, habituellement, on l'ignore. Ici, les nécessités des statistiques (c'était un succès comptabilisé) l'emportent sur les considérations psychologiques. Nora n'est cependant pas trop déçue. Son exigence d'enfant est satisfaite par cette « réussite » qui démontre sa fécondité et la délivre de son sentiment de castration. Plus tard, elle dira : « Mes enfants ont préféré ne pas naître. Finalement, ils ont bien fait. »

Mais l'histoire bio-éthique de Nora ne se termine pas là. Quelques mois après ce renoncement, deuil qu'elle avait élaboré avec moi, elle reçoit une lettre lui rappelant *les deux embryons congelés* qui lui appartiennent. Elle doit maintenant décider de leur sort, et se trouve très bouleversée.

Quatre solutions s'offrent à elle :

a) Refaire une tentative serait tentant, mais ce serait, dit-elle, pour une mauvaise raison.

b) Les détruire, alors qu'ils ont été porteurs de tant d'espoir, lui paraît meurtrier. Comme elle, le comité d'éthique considère ces embryons comme « personne potentielle ». L'avortement étant autorisé, rien ne permet cependant, juridiquement, de s'opposer à cette suppression qui impressionne Nora « plus qu'un avortement, parce que si on le fait, c'est qu'on le veut », dit-elle.

c) Elle peut aussi les donner à un couple stérile. Elle ne peut s'y résoudre. Elle reconnaît que c'est sans doute égoïste de sa part, mais ne peut opter pour un tel don. L'enfant qu'elle n'a pas eu, quelqu'une d'autre en profiterait alors à sa place ? Voilà qu'une violente envie vient balayer sa générosité habituelle.

d) Reste, bien entendu, une quatrième solution : donner ses embryons à la recherche scientifique, qui pourra progresser grâce à eux. On sait que c'est grâce à ces embryons congelés que l'on peut faire aujourd'hui d'importantes découvertes. Or ils n'existent qu'à cause de l'impossibilité de congeler les ovocytes isolés, que les hormones injectées aux femmes stériles font fabriquer en nombre excessif et qu'on ne se décide pas à laisser se perdre. Il a fallu les transformer en embryons pour les conserver. C'est donc grâce à l'abondance de ces embryons disponibles que peuvent se pratiquer les recherches et que pourraient avoir lieu des manipulations génétiques. On voit ainsi l'auto-engendrement des conflits éthiques à partir du seul projet de traiter la stérilité en prélevant des ovocytes pour réaliser des FIV.

Face à cette double impossible alternative, Nora n'a pas répondu à la lettre de l'hôpital. Pour elle, inconsciemment, le seul statut possible de ses embryons eût été la conservation éternelle ; quelque chose d'immortel, intangible, la représenterait pour toujours, symbole affirmant la réalité de cette possibilité d'enfant, sa fécondité, c'est-à-dire son mode de défense contre la mort.

Remarquons la solution identique que prescrit le tribunal confronté à une veuve réclamant les paillettes de son mari défunt. Il refusa que lui soit donné le sperme, mais interdit de le détruire !

On rejoint ainsi les fantasmes d'omnipotence — l'idéal du Moi narcissique venu remplacer le Surmoi — qui apparaissent si souvent dans le cadre de la bioéthique, comme s'ils étaient à la fois à l'origine des progrès fabuleux en ce domaine, mais aussi la rançon de ces mêmes progrès, limitant leur utilisation.

#### IV / L'ANONYMAT EST-IL REPRÉSENTÉ DANS L'INCONSCIENT ?

Un des premiers « traitements » de la stérilité, cette fois masculine, offre l'IAD (insémination artificielle avec donneur) qui permet au couple d'avoir un enfant. Si la paternité, pour moi, ne réside pas dans la biologie, néanmoins je me suis parfois interrogée sur les justifications de cette pratique, organisée comme déni induit d'une pathologie irréparable. Reste que les enfants ainsi procréés ne semblent pas en pâtir et que les couples reviennent souvent pour avoir un deuxième enfant sans exhiber de souffrance particulière.

Il semble pourtant paradoxal d'opérer ainsi un « adultère » déculpabilisé par l'autorité médicale, prétendre « guérir » la stérilité d'un homme en inséminant sa femme féconde avec le sperme d'un autre homme dont la fertilité ne peut que confirmer l'infertilité du premier.

Si cette pratique semble réparatrice, c'est après la venue au monde de l'enfant. Si celle-ci ne se produit pas, ces fantasmes paraissent prendre corps dans celui de la patiente, chez laquelle apparaît ce que l'on peut qualifier de « stérilité expérimentale ».

*Ghislaine* consulte ainsi pour sa « stérilité », les IAD ayant échoué. Elle cherche passionnément à en trouver la raison, un coupable en somme. Serait-ce sa tante malveillante qui lui aurait jeté un sort ? Elle est devenue superstitieuse, tente d'expliquer son « incapacité » par un hasard de chiffres, une rencontre inopportune. Triste, agitée, elle est heureuse de pouvoir parler à quelqu'un qui ne la rassure pas perpétuellement et accepte d'entendre son chagrin. La voici redevenue une petite fille. Peut-être l'était-elle toujours restée ? L'image de son père paraît dépréciée tant elle est complice des accusations maternelles. Son



envie d'enfant lui rend intolérable la rencontre de femmes enceintes. Comme le père, le mari semble pour elle un personnage enfantin, auquel elle aurait du offrir ce cadeau d'enfant qui aurait fait de lui *un père donc un homme*.

Alors, aurait-il fait d'elle une mère, donc une femme ? Ghislaine reconnaît que sa terrifiante maman, qui contrôle la vie de chacun et particulièrement la sienne, ne lui est jamais apparue comme femme. D'ailleurs celle-ci n'attend d'elle que des preuves de réussite, des signes de capacités intellectuelles qui la valoriseraient aussi. Elle n'investit pas davantage la féminité de sa fille que la sienne.

L'interrogation sur la féminité modifie les rêves. D'un envahissement marin, d'un débordement proche du déluge, voici que Ghislaine passe à la représentation d'un vol de couteau scout, puis à celle de son propriétaire. Elle rêve d'un amant séduisant, rencontré par hasard. Souvenir d'une rêverie d'adolescente ?

Elle craint d'exprimer ainsi un désir coupable. Ne pourrait-elle avoir une liaison qui la rende enfin enceinte ? Elle pense que son mari pourrait être dupe, elle pourrait prétendre avoir repris les inséminations. Survient un rêve sexuel : elle se voit dans une maison en forme de grotte, tapissée de velours cramoisi. Il y a un lit préparé, revêtu des nouveaux draps qu'elle vient d'acquérir. Il y a trois oreillers, dont deux sont très visibles, d'une couleur éclatante, tandis que celui du milieu ne se voit guère, confondu qu'il est avec les draps. Elle a regretté justement qu'il n'y ait pas dans la réalité d'oreiller assorti aux beaux draps neufs. Or cet oreiller manquant, ici figuré dans le rêve, lui inspire un mouvement de dégoût. Elle l'ôte du lit et le jette vivement dans le couloir. Les associations la ramènent aux inséminations : l'oreiller manquant qui se confond aux draps occupe sans doute la place de sa fécondité manquante, qu'elle va rapprocher du donneur anonyme. Elle peut alors élaborer sa stérilité comme rejet de cet anonyme, comme refus d'exhiber face à son mari stérile la preuve de sa propre fécondité, comme désir de partager le destin de cet homme qu'elle a choisi, et encore comme refus d'obtempérer aux exigences de sa mère qui insiste pour qu'elle soit enceinte « à n'importe quel prix ».

Ghislaine pourra alors comprendre que l'enfant désiré était l'emblème de sa soumission à sa mère. Il était en même temps le seul moyen de lui échapper, de cesser de se sentir une petite fille. Il lui aurait fallu *être mère pour être femme*.

Le dégagement de l'emprise maternelle permet un travail de subjectivation où Ghislaine décida d'assumer la stérilité de son conjoint et d'affirmer sa propre identité, en dépit de celle-ci. Elle abandonnera alors ce déni du féminin chez la mère, que nous rencontrons si souvent chez nos patientes et qui provoque une contre-identification phallique où l'envie du pénis n'est, comme celle d'enfant, qu'une défense contre l'homosexualité primaire.

Face à cette élaboration de l'intolérance à l'anonymat du donneur, je m'interrogeais sur toutes les femmes qui se trouvent confrontées à une telle proposition. Que couvre cet anonymat, non choisi librement mais imposé par les banques de sperme et bientôt par la Loi ? Qui donc faut-il ici innocenter ? Pour ma patiente, il semblait que ce fût d'abord le mari dont il fallait cacher une stérilité vécue comme castratrice, puis elle-même, désignée comme incapable à son tour ; mais n'est-ce pas le donneur et sa représentation intolérable et, plus avant, le groupe médical qui, par souci thérapeutique, s'autorise ces techniques à condition d'avoir tenté ainsi de les purifier ? Le secret, souvent lié à ce mode de procréation, ne fait que confirmer la suspicion de faute. Faut-il alors évoquer un *anonymat médical et obligatoire* des spermatozoïdes ?

On sait que pour les dons d'ovocytes, l'assimilation au coït interdit est moins aisée, et que l'anonymat ne fut pas imposé par tous les services hospitaliers. Les dons faits par des femmes identifiées semblent avoir aussi des avantages. Face à ces progrès médicaux, est-il légitime de refuser aux intéressées le soin d'en décider et d'ôter définitivement à l'enfant le droit de connaître ses origines ? Si le donneur était connu, alors il n'y aurait plus de dons, répondent les CECOS. C'est ce qui se passe effectivement dans les pays où l'anonymat est levé pour l'enfant. L'anonymat serait-il alors le moyen de faire survivre les banques de sperme ? Retomberions-nous dans l'auto-engendrement de la technique déjà évoquée ? Trop de mystère d'un côté, celui des banques, trop de savoir peut-être d'un autre ? C'est le problème soulevé par les diagnostics génétiques dont nous allons maintenant voir un exemple.

#### V / EÛT-IL FALLU EN SAVOIR TROP ?

*Ella* nous introduit dramatiquement au cœur d'autres conflits éthiques. Après une longue analyse, elle a pu choisir un époux et se retrouve enceinte vers 40 ans, âge limite à partir duquel on ne traite habituellement plus la stérilité ; cette barrière s'est installée dans la vie procréatrice, aujourd'hui bien plus qu'autrefois. La contraception est responsable d'un retard de la décision de procréer. Bien des femmes attendent d'approcher cet âge pour se décider, avec bien moins de chances d'être enceintes qu'à 20 ans, et plus de risques d'anomalies chromosomiques.

Ici, la grossesse tant désirée survient. *Ella*, prudente, accepte une amniocentèse. Le fœtus n'est pas mongolien, ce qui lui aurait fait décider, sans ambages, d'avorter. Il est néanmoins porteur d'une tare génétique liée au sexe mâle, disons une sorte d'hémophilie, méconnue dans les antécédents : la grand-mère était une enfant adoptée, la mère et *Ella* sont filles uniques.



L'enfant peut vivre, être psychiquement normal, mais devra suivre un traitement toute sa vie. Ella — dont c'est, sans doute, l'ultime chance de procréer — hésite à décider. Les diagnostics génétiques précoces peuvent ainsi éviter la naissance d'enfants malformés ; dans d'autres cas, ils amorcent de douloureux conflits éthiques. Certains médecins — et pas seulement ceux qui partagent la foi catholique — plaident en faveur de l'acceptation de tares sans trop de gravité ; d'autres se récusent : les parents sont libres de vouloir éviter souffrance et maladie à leur enfant et libres aussi de refuser d'avorter. On voit que la civilisation crée des problèmes neufs. De quelle liberté s'agit-il ? Celle des parents ? Celle de l'enfant à venir ? Aurait-il choisi — librement — de venir au monde avec cette tare et, la connaissant, peut-on la lui imposer ?

Beaucoup de ces cas de conscience obligent à prendre en compte des probabilités, des seuils, sans qu'un choix ferme puisse s'établir sur des bases certaines. Néanmoins, Ella est désormais informée. Certes, l'enfant pourrait peut-être faire l'objet de thérapie génétique. Il s'agit de modifications du génome, qui ne se transmettraient pas à sa descendance. Pratiquer ce type d'intervention ne pose guère de problème éthique, car il s'agit manifestement d'un soin. Ce traitement n'est pas encore découvert en ce qui concerne la maladie que transmet Ella. Aussi, après beaucoup d'hésitations, elle décide, malgré son chagrin, et en accord avec son mari, d'avorter plutôt que de mettre au monde un enfant qui devrait recevoir des transfusions sa vie durant. Elle s'interroge sur la valeur de ce diagnostic génétique : « Et si je ne l'avais pas su ? Peut-être aurions-nous été tous les trois très heureux. »

Renoncer à la maternité dans ces conditions est un deuil bien difficile. Les fabuleux progrès techniques dont s'enorgueillit l'homme créent autant de cas de conscience. La pratique des manipulations génétiques pourra, sans doute, supprimer les tares héréditaires comme celle-ci et bien d'autres maladies graves. Tout le monde peut s'accorder sur l'opportunité de ces techniques lorsqu'on peut prouver le caractère vraiment pathologique du génome. Mais comment situer ce « vraiment » ? La biologie moléculaire continue d'inquiéter tout en exerçant une fascination sur laquelle nous reviendrons.

Cette possibilité de modification héréditaire sera sans doute exclue par la loi française, qui craint qu'elle n'entraîne d'autres modifications moins justifiées. Ici, plane le spectre de la toute-puissance débridée : si l'on pouvait choisir le sexe d'un enfant (on le peut), la couleur de ses yeux, sa taille... mais aussi son intelligence, sa douceur, ses qualités créatrices ! En somme, faire un enfant parfait. Ce n'est guère possible aujourd'hui. Cela peut le devenir rapidement et notre « capacité de rêverie » laisser alors place à l'emprise. Mais s'agit-il là de réalité ou du pur essor de nos fantasmes ?

VI / DES COMPTES A RENDRE POUR LES ANALYSTES  
ACCUSÉS D'ÊTRE L'ALIBI DES PRATICIENS

Ne pas prendre parti est vécu par certains comme une hypocrisie. Nous cautionnons peut-être certaines pratiques par notre seule présence. Pouvons-nous rester neutres ? Tentons maintenant d'appliquer nos capacités interprétatives aux acteurs du progrès et à leurs détracteurs.

Un grand mouvement de contestation vint s'opposer aux triomphes médiatiques et induisit une réflexion opportune. Il paraît utile de préciser les fantasmes sous-jacents à certains cris d'alarme qui, sans doute par leurs excès mêmes, n'ont touché qu'une frange intellectuelle limitée et ne semblent guère avoir influencé les médecins.

Chez certains patients, en revanche, la lecture du « Magasin des Enfants »<sup>1</sup> a permis une réflexion mieux informée. Le risque d'être utilisé comme cobaye ou instrument d'une recherche de gloire ou d'argent fit hésiter certains. La crainte des futures manipulations génétiques mobilise la dénonciation des risques encourus. Ne voulant pas être responsable, un jour, d'un tel détournement de ses activités de chercheur et rejoindre le destin d'un Oppenheimer, on sait que J. Testard fit beaucoup pour alerter l'opinion et décida de stopper ses propres recherches. *L'effroi devant les PMA* renvoie à des angoisses assez claires.

La menace de chaos ébranle la sécurité d'un ordre connu. Le changement par la science désorganise les repères psychiques et fait craindre une déstructuration du monde extérieur. Alors, l'analité toute-puissante, libérée par la transgression, fécaliserait l'être humain devenu objet d'expérience interchangeable puisque c'est sur lui que s'applique la nouvelle technicité.

Le fantasme qui apparaît est celui de la régression à la toute-puissance infantile. Le garant de la loi symbolique aurait été éliminé. Si le père a pu être réduit à des paillettes congelées, et la mère remplacée par une anonyme mère porteuse (et bientôt par une machine à gestation), alors la différence des sexes ne se trouve-t-elle pas abolie ?

L'angoisse aussi peut prendre la forme de la représentation de l'*apprenti-sorcier*. La toute-puissance à l'œuvre dans l'exigence scientifique se projette alors sur son objet, le médecin dépassé par la découverte en devenant bientôt l'esclave. Evoquons encore des mythes, le Golem, Frankenstein... Nous fabriquons, grâce à nos nouvelles techniques, des êtres déshumanisés : ils viendraient à se venger de leur créateur, détruisant l'humanité.

1. Jacques Testard, *L'œuf transparent*, Flammarion, coll. « Champs », 1986.

Une troisième crainte apparaît. Nous pourrions être détruits par nos découvertes, non plus parce qu'elles se retourneraient contre nous, mais parce qu'elles tomberaient en de mauvaises mains. Effectivement, qu'aurait fait Hitler, s'il avait possédé nos techniques ? Une race d'esclaves au service d'une race aryenne purifiée ?

Au-delà d'un eugénisme négatif, par avortement des fœtus anormaux, qui paraît — dans les faits — bien modeste et limité, ne plane-t-il pas le spectre terrifiant des *manipulations génétiques*, transmissibles héréditairement, dont nos diagnostics génétiques semblent préparer la mise en œuvre, un jour, au moyen des gamètes et des embryons que nous accumulons ? Transgénose bien proche de nous, dont nous aurions été les instruments et les complices involontaires et qui triomphe déjà chez l'animal ! Pour guérir d'abord, c'est certain, ces fameuses maladies héréditaires que nous hésitons à transmettre, pour guérir et améliorer bientôt l'espèce humaine.

La grande fiction d'une humanité sélectionnée selon des critères qui m'apparaissent « indécidables » reste un fantasme terrifiant. Un « meilleur des mondes » risque-t-il d'advenir, avec notre involontaire participation ? N'aurions-nous pas dû nous arrêter avant de découvrir ces terrifiantes techniques ? Inversement, ce pouvoir si dangereux émanant du savoir, est-il plus facile de ne pas l'utiliser, après qu'il a été découvert (voir la bombe atomique), que de renoncer à l'acquiescer ?

A tous ces facteurs de crainte face à la destructivité de nos pulsions libérées des impératifs surmoïques comme du principe de réalité dont le poids s'affaiblit progressivement, il faudrait sans doute opposer des éléments de séduction par le progrès. Nous sommes aussi fascinés par la *transgression de l'interdit d'un savoir sur la scène primitive*. L'orgueil que nous ressentons face au progrès scientifique exprime la force de notre pulsion de savoir. Nous en partageons tout le plaisir, car il s'agit d'une pulsion universelle. Pulsion épistémophilique, dit-on aussi, c'est-à-dire pulsion partielle, telle qu'elle fut décrite par Freud à propos de Léonard de Vinci. Celle-ci a ses sources dans la curiosité infantile, mais par son but qui est de connaître, donc maîtriser, elle se rattache à un vaste courant, celui de la pulsion d'emprise. Elle exprime un besoin de *pouvoir*, pouvoir médical par exemple, non lié d'emblée au sadisme, mais s'enracinant dans l'autoconservation. C'est le besoin d'emprise, source de tous les mouvements auto-organisateurs créateurs de nouveau<sup>1</sup>.

Tout progrès comporte un caractère de transgression puisque le chercheur, en découvrant un instrument nouveau, échappe à la loi de ses pères. Aussi va-t-il

1. Voir notre intervention au rapport de Paul Denis, Emprise et théorie des pulsions, *Rev. franç. psychanal.*, 1992, numéro spécial Congrès.



être critiqué par eux. Il s'approprie un moyen d'agir, un pouvoir qui, jusqu'alors, n'était pas disponible mais limité à l'imaginaire, projeté dans le « mystère de la nature », propriété d'un quelconque « Dieu ». Le fils en saura ainsi plus que son père. Il ne se contentera pas de ce que celui-ci lui a transmis, mais viendra à le dépasser, suscitant sa colère.

Rappelons que la transgression est mythiquement à l'origine même de l'humanité. Adam et Eve excitent déjà la colère de Dieu par le savoir qu'ils s'approprient. C'est aussi le cas du mythe de Prométhée dont je rappellerai l'issue finale qui le rend libre et immortel. La punition se transforme finalement en victoire. Simplement, et c'est là l'accès à la symbolisation, Prométhée devra porter pour toujours une bague faite avec l'acier de ses chaînes, et sur laquelle persiste un fragment du rocher où il fut attaché... On oublie trop souvent cette fin. Puisse-t-elle signifier que la transgression, pardonnée, fera ensuite partie de la norme et que l'humanité, s'étant approprié le savoir, deviendra plus libre, sous réserve qu'elle accepte de maintenir l'enchaînement symbolique en renonçant au fantasme d'une toute-puissance sans limite.

Le désir d'omnipotence pourrait promouvoir des progrès bénéfiques. Il permet d'obtenir une maîtrise croissante de la conception, qui perd une part de mystère et sur laquelle il est aujourd'hui possible d'agir. Mais l'omnipotence engendre une inquiétude liée à la position dépressive kleinienne : avoir irrémédiablement détruit peut-être le corps maternel.

Cette inquiétude est-elle justifiée ? De ce pouvoir excessif — dont l'Eglise catholique considère que l'homme ne doit pas l'« ôter à Dieu » — le chercheur fera-t-il forcément bon usage ? Qui peut le garantir ?

Mais pouvait-on garantir, de même, le bon usage de nos précédentes découvertes, et chacune n'apporte-t-elle pas son contingent d'inconvénients, limitant le bénéfice qu'en tire l'homme, comme l'évoquait Freud dans *Malaise* ?

Le projet de loi actuel interdira toute manipulation génétique qui, agissant sur la descendance, pourrait « changer l'espèce humaine » et apparaîtrait comme « crime contre l'humanité ». Mais il pourrait y avoir des changements bienfaisants éradiquant d'atroces maladies. En définitive, on retrouve à nouveau, à chaque étape évolutive, l'inquiétude face à un mauvais usage possible du progrès, qui incite à l'interdire.

Sans prendre parti, j'aimerais évoquer la charmante fiction de *Pourquoi j'ai mangé mon père*<sup>1</sup>, de l'anthropologue Roy Lewis. Ce livre met en scène, à l'aube de l'espèce humaine, le conflit qui oppose un père inventeur à ses fils déjà conservateurs.

1. R. Lewis (1960), *Pourquoi j'ai mangé mon père*, Actes Sud, 1990.

Ayant découvert le feu, le héros — le père — souhaite en faire bénéficier les autres hordes. Ses fils tentent de l'en empêcher. Ces peuples primitifs, disent-ils, pourraient mal l'utiliser. « Ils risqueraient d'incendier nos plantations, de brûler même les leurs, voire détruire la terre tout entière. Ils ne sont pas assez responsables pour mériter qu'on leur confie une arme si dangereuse. »

Le père, malgré cette opposition, partage le feu au bénéfice de tous. « Cela arrivera de toute façon, dit-il. Occupez-vous plutôt d'inventer autre chose. » Quand le père, encore lui, fabriquera un arc, ses fils se décideront à le tuer, pour éviter qu'il ne le distribue. Version prométhéenne du meurtre du père ? N'y a-t-il pas, avec notre époque, quelques analogies ? Devons-nous imiter les fils de la horde, et refuser un progrès qui supprime de terribles maladies, mais peut modifier l'espèce humaine ? Allons-nous défendre le respect de la nature, ainsi identifiée à une mère qui ne devrait pas être abimée ? Le naturel — de la procréation non assistée médicalement — est-il si satisfaisant ?

On a toujours, à leur époque, stigmatisé les progrès techniques. Les voyages en chemin de fer devaient empêcher le fonctionnement de notre cœur, en raison de la vitesse. On a prédit le pire à ceux qui accepteraient les transfusions, prétendant vivre avec le sang d'un autre, alors que celui-ci paraissait « sacré ». Avec les greffes d'organes, c'est l'identité même du receveur qui devait se trouver détruite.

L'homme, malgré toutes les imprécations, a réalisé les fantasmes les plus incroyables : connaître le fond de la mer, voler, débarquer sur la Lune. Notre psychisme comme notre organisme y résistent, pour le moment...

Il est capital de ne pas confondre la réalité et les fantasmes. Amalgamer l'eugénisme, le nazisme et les PMA d'aujourd'hui, c'est, dans une analogie réductrice, perdre de vue les objectifs réels des soins et les limites dans lesquelles fonctionne cette pratique. C'est utiliser la pensée totalitaire même qu'on souhaite dénoncer. On ne peut revenir au passé, arrêter la connaissance, mais on peut se demander jusqu'où nous mènent nos pratiques. Qu'il faille parfois remettre en cause une technique, à cause des effets pervers qu'elle entraîne indirectement, oblige à reconnaître qu'il n'y a de *vérité que locale et provisoire*. Nous voici contraints d'admettre une certaine incertitude, puisque, comme l'a démontré Gödel, pris nous-mêmes dans le système éthique, nous ne pouvons y fonder avec certitude des principes vrais dans tous les cas. Il faudrait nous situer à un impossible « métaniveau » (celui d'un Dieu). La responsabilité doit se partager avec les intéressés, qui ont le droit et le devoir de participer en toute connaissance de cause aux choix qui les concernent sans se laisser guider par les exigences issues des institutions. Celles-ci doivent demeurer à notre service, et non nous au leur. Naturellement, elles s'emploient à maintenir leur développement, même s'il s'avère que les inconvénients dépassent les bénéfices attendus. C'est à nous parfois d'interpréter certains auto-engendremens de risque dont les résultats per-

dent de vue les bénéfices attendus à l'origine. C'est à de tels témoignages, limités à des expériences précises, que doit se fixer l'analyste qui ne peut que tenter de repérer les fantasmes en conflit dans ces changements techniques.

VII / OÙ L'ANALYSTE S'ENGAGE :  
 LES DÉCISIONS ÉTHIQUES SONT PROPOSÉES  
 AU NOM DU « SAVOIR PSYCHANALYTIQUE »

Conserver la neutralité, tout en tentant, comme je viens de le faire, d'interpréter les fantasmes à l'œuvre en nous-même comme en chacun des acteurs séduits ou effrayés par le nouveau, devient insoutenable lorsque, publiquement, un jugement éthique est proclamé du haut d'un (impossible) savoir analytique qui autoriserait la prédiction des effets des PMA sur les enfants ainsi conçus.

Hommage soit rendu à S. Viderman et à la caricature anticipatrice qu'il nous a proposée du EPSG (Ensemble psychanalytique du savoir généralisé), dont il dessina le schéma oblong d'un enfermement fatalement aliénant et réducteur du nouveau et de l'imprévisible<sup>1</sup>. C'est à un discours m'évoquant ce schéma que je me suis trouvée confrontée. Au caractère triomphant et héroïque des premiers débats télévisés, venait s'opposer le mouvement de contestation mené par J. Testard. Dans le groupe, des sociologues et des analystes — philosophes plus que praticiens — développaient brillamment des arguments contestataires, au nom de leur savoir sur l'inconscient.

J'en citerai un passage : « La pulsion se trouve comme réalisée à la lettre, l'œil directement plongé dans le ventre maternel. D'où abolition de la distance métaphorique, disparition de l'altérité, gel de la pensée, assèchement de l'imaginaire. L'autre réifié dans la congélation n'habite plus son temps propre. C'est une entreprise de desubjectivation visant l'apparition d'individus (et non plus de sujets) à l'inconscient vide. » « Que l'homme déplace le lieu de son origine de l'a-maîtrise et de l'altérité pour le placer sous le signe de l'emprise, ce n'est pas à sa capacité de se reproduire qu'il toucherait, c'est à sa capacité de penser. »<sup>2</sup>

Modifiant le mode de conception, désormais mis en lumière *in vitro*, la FIV rompt, disent-ils, le « mystère de la vie », et donnerait ainsi une maîtrise intolérable aux médecins. Le pire avenir fut prophétisé. Les enfants ainsi conçus « dans l'éprouvette » ne pourraient plus fantasmer, et sans doute, ne plus penser

1. S. Viderman, *Le disséminaire*, PUF, 1987, p. 191-194.

2. Psychanalyse et technosciences, *Rev. du coll. de psychan.*, numéro spécial, Colloque 1987, p. 100-132.



non plus. La disparition de la Scène primitive (la relation entre les parents) dans la réalité produirait inéluctablement l'impossibilité de l'imaginer et, par conséquent, la perte du Fantôme originaire qui fonde l'inconscient !

Ici je dus sortir de ma neutralité, car les médias reprenaient ces propos comme l'opinion de tous les psychanalystes. Je dus donc affirmer que ces auteurs ne nous représentaient pas, et que leurs conclusions, même si elles avaient l'avantage de stimuler la réflexion, me semblaient bien excessives. Leurs discours témoignaient de la confusion de deux plans. La réalité de la conception est en effet un peu mieux connue. Mais ce n'est pas son mystère objectif qui fonde l'énigme où s'origine la capacité de penser. C'est le désir qui en est le moteur, interrogation incessante de l'enfant, dès la naissance, sur le désir des parents et le sien. Même si un médecin a pu voir la rencontre des gamètes dont il est issu, que saura-t-il de plus de l'enchevêtrement si complexe qui aboutit à sa naissance ? La Scène primitive est la construction que tente notre psychisme pour se représenter la place que le sujet occupe dans le triangle œdipien et ne peut en rien disparaître parce que les parents avaient eu recours, pour concevoir, à une technique médicalisée. Que cela puisse influencer sur le psychisme de chacun d'eux probablement, mais dans une mesure très relative !

Décider que les enfants faits *in vitro* auraient « l'inconscient vide », c'est dénier le prodigieux échange de désir qui sous-tend ces techniques, rabattre le réel sur le symbolique et confondre le contenu des fantasmes avec le contenant, la capacité de penser ! Il va de soi que de telles inquiétudes sont peu légitimes, et que l'inconscient, justement, ne tient guère compte de la nature de la scène réelle à son origine. Ceux qui devraient entendre les fantasmes s'égarent à les énoncer comme des vérités définitives qu'on ne peut qualifier que de religieuses. Ils me paraissent révéler en eux-mêmes les préjugés qu'ils plaquent sur un avenir difficile à imaginer et ne peuvent se dégager de leurs propres implications personnelles. Sans expérience clinique, ils s'indignent à partir d'une position de voyeur, de laquelle ils stigmatisent la pratique des autres, compromettant ainsi le groupe analytique tout entier.

Ce n'est pas, dans l'état actuel de nos connaissances, à nous de juger de la légitimité des PMA, mais seulement d'informer, même si le témoignage d'une expérience n'est, bien sûr jamais dénué d'implication. La rencontre des patients conduit à une certaine humilité. Des femmes âgées, dont la stérilité ne pouvait, à l'époque, relever d'aucun palliatif, n'ont pu faire le deuil de leur infécondité. La nature n'est pas si bienveillante qu'il faille l'hypostasier, mais la technique a des conséquences bien ambiguës. Une solution opportune pour quelqu'une sera ailleurs catastrophique. Il est difficile de prédire, trop tôt sans doute pour interdire ou favoriser. Refus alors d'occuper la place du Surmoi ? Sans doute. La Société peut se constituer en instance symbolique, elle peut

effectuer des choix, se tromper et les modifier. Ce n'est pas la place du psychanalyste et il aurait tort de l'occuper et d'y risquer sa crédibilité<sup>1</sup>.

Position trop facile peut-être ? La neutralité, comme l'abstention électorale, favorise le plus fort. En nous taisant, nous laissons faire. Sommes-nous effectivement des alibis pour les médecins quand nous prenons en thérapie une patiente qui bénéficie de procréation assistée ? Dans une certaine mesure, sans doute, mais nous y apprenons des informations en retour... Cette modeste participation nous convient mieux qu'une prise de position tranchée, du moins tant que nous ignorons la nature du psychisme des enfants ainsi conçus. Si le secret est préservé, il se peut que nous ne le sachions jamais.

Heureusement, de tout ce désordre qui nous fait perdre nos repères de filiation et de la désorganisation qui se produit, émane aujourd'hui, quelque chose de neuf et sur lequel j'aimerais rapidement conclure.

#### VIII / ÉMERGENCE DES « COMITÉS D'ÉTHIQUE » : SYMPTÔME OU SOLUTION AUTO-ORGANISATRICE ?

Ceux-ci n'ont donc pas été imposés d'en haut par le pouvoir, soucieux d'une Commission supplémentaire. Certes, ils peuvent jouer ce rôle et donner un avis consultatif. Mais ils ont d'abord « émergé » spontanément du Socius.

Les comités d'éthique répondent à un véritable besoin, émanant d'abord des médecins, et au départ constitués exclusivement de médecins que leurs collègues souhaitaient voir fonctionner en experts.

Certes, la nouveauté, la multiplicité des nouvelles techniques, explique ce besoin. Mais peut-être pas totalement. Autrefois existaient des autorités politiques, religieuses, médicales, qui s'autorisaient à trancher. Je prendrai un rapide exemple, celui de la césarienne. Elle provoquait un cas de conscience : en cas de problème, fallait-il sacrifier l'enfant ou la mère ? Autrefois, l'autorité la plus forte était celle de l'Eglise. L'enfant devait être baptisé à tout prix, donc naître vivant. Priorité lui était donnée sur la mère, c'était « un chrétien de plus ».

Plus tard, l'autorité médicale prit le dessus. Le médecin allait privilégier sa véritable patiente, la mère, et imposer le sacrifice de l'enfant. La raison soutenait aussi ce choix. La mère aurait abandonné des orphelins, et elle pouvait avoir un autre enfant.

Ces décisions se prirent d'elles-mêmes. Nul besoin alors d'une institution pour en juger. Aujourd'hui, la perte des idéologies explique l'absence de réfé-

1. J.-P. Thomas, *Misère de la bio-éthique*, Albin Michel, 1990.

rences, face aux nouvelles questions que pose l'extension des techniques. La création de comités d'éthique peut alors apparaître dans une Société angoissée par l'absence de repères ou de limites, soit comme un symptôme, soit comme une solution.

On peut la considérer comme un *symptôme*. La création des comités témoigne en effet du malaise social, et de l'incapacité à trouver des repères permettant de juger du bien-fondé d'une technique. Face à l'affaiblissement du Surmoi œdipien qui caractérise l'évolution de notre Société, face à la prévalence de la raison sur la religion et de la démocratie sur l'autorité de l'Etat, les médecins qui pratiquent les nouvelles techniques ont eu besoin de nommer des experts. Ils exprimaient ainsi leur culpabilité devant leur pouvoir nouvellement acquis d'organiser la conception.

La création d'un tel comité d'experts ne peut qu'évoquer les rêves de Freud, « un groupe d'hommes exerçant la dictature de la raison ». Peut-on espérer qu'ils soient alors « libérés de leurs pulsions » ? Face à la multiplicité des choix, la nomination de ces experts est-elle une garantie ou n'est-elle qu'un symptôme du désordre de notre Société qui a perdu ses principes et privilégie un individualisme forcené où la pulsion se trouve idéalisée, dans le « droit à l'enfant », tandis que le concept de devoir — à l'égard de ce même enfant — serait devenu obsolète ?

Un comité d'éthique représenterait-il au contraire une amorce de solution, inventée par la Société *s'auto-organisant* face à la carence des principes ? Auto-organisation d'autant plus féconde que la confrontation y est favorisée. Dans un travail sur un mode « casuistique », se produit peu à peu une véritable inventivité éthique. A partir des principes divergents de ses membres, grâce à la discussion de cas concrets, un minimum de règles sur lequel tous puissent s'entendre est parfois trouvé. Ailleurs, les querelles se poursuivent.

Ainsi le pessimisme n'était-il pas totalement fondé, la Société semblant se défendre contre les accidents que créent ses développements. De nouveaux principes de choix éthique apparaissent selon cette nouvelle méthodologie peu à peu découverte et qui promeut le consensus. Dans les CPP (Comités de protection des personnes), les recherches scientifiques imposent quatre principes sur lesquels nous pouvons nous accorder : la transparence, le consentement éclairé, la protection des faibles, la scientificité (ce qui n'est pas scientifique, n'est pas éthique).

Plus globalement, au CNE (Comité national d'éthique) la liberté de l'individu, l'autonomie, le respect des intérêts de l'autre et de la collectivité semblent les valeurs essentielles à défendre.

Toute la difficulté réside, bien entendu, dans l'appréciation des cas concrets qui fait ensuite progresser cette éthique, encore balbutiante, qui veut se distin-



guer d'une morale en ce qu'elle ne se fonderait sur aucune idéologie autre que celle des droits de l'homme. Cette manière non dogmatique, souple et adaptée, paraît d'autant plus créatrice qu'elle va devoir se confronter à des options différentes dans d'autres pays. En France, l'indisponibilité du corps humain s'oppose à la libre disposition des pays anglo-saxons. De même, l'anonymat des donneurs, obligatoire dans notre pays, est maintenant interdit ailleurs, au nom des droits de l'enfant...

Alors il faut admettre une certaine relativité de nos jugements et tenir compte, pour la bio-éthique, d'une importante incertitude. Faisons confiance néanmoins à ces mouvements d'interrogation. Certes, ils désorganisent le système de soins à cause du « bruit » des critiques portées. Mais ce bruit désorganisateur, induit par nous-mêmes, pourra, sans nous détruire, entraîner l'émergence de nouvelles solutions, grâce à notre réorganisation à un niveau plus élevé de complexité où vient déjà d'émerger la réflexion éthique.

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~