

INTERVENTIONS

Docteur THEPOT

(Laboratoire central de Biologie de la Reproduction - C.H.R. Amiens)

De tous temps, les progrès technologiques ont précédé les problèmes éthiques et juridiques. Le bon sens suggère que les responsables de ces progrès n'en tirent pas une position de supériorité décisive. En matière de procréation médicalement assistée, nous n'échappons pas à cette règle. De plus, pour des raisons de déontologie médicale (en particulier secret) et de discrétion vis-à-vis du couple, il est capital que, dans le domaine de la biologie de la reproduction, le médecin s'efface le plus possible. En revanche, il est évident qu'il ne peut être un témoin neutre car pièce déterminante de l'acte thérapeutique, il peut en particulier rapporter les arguments qui l'ont amené à appliquer ces techniques. Il peut aussi exprimer les limites techniques qu'il entend mettre à leur utilisation.

Il est utile de rappeler que les techniques employées pour la procréation médicalement assistée ont été mises au point pour résoudre le problème posé par certains types de stérilité que les substances exogènes et les interventions chirurgicales n'étaient pas capables de traiter. Le traitement de la stérilité a été le dessein initiateur pour la mise au point de ces techniques chez l'homme. Leur développement est lié au désir d'enfant dans un contexte de confort et de liberté qu'il sera difficile de mettre en question. Enfin, elles sont la résultante de progrès techniques simples qui autorisent la production de gamètes fécondantes ou fécondables, la fécondation en dehors d'un organisme humain porteur et la congélation du gamète ou de l'embryon employées couramment en biologie animale. Pour ce faire, les biologistes ont dû remettre en question

des principes juridiques et philosophiques qui semblaient établis ou immuables comme la paternité, la maternité, la filiation et le rôle du patrimoine génétique dans la formation d'une famille. Ceci a été fait sans provocation et, peut-être même pour certains, à leur corps défendant. Pour la majorité, cette remise en question n'est justifiée que si elle apporte quelque chose de réel et durable au traitement de la stérilité. Et cela reste une condition à leur développement. En conséquence et par effet réciproque, il paraît nécessaire de ne porter aucun jugement de valeur sur l'intérêt de ces techniques sans se référer au but recherché qui reste le traitement de la stérilité. Ce contexte doit aussi être souligné pour prendre conscience de la résonance différente qu'a l'emploi de ces techniques chez les personnes directement concernées (les couples stériles) et celles qui le sont à un autre titre (le public, les acteurs techniques, les gestionnaires). Une part importante des difficultés qui existent pour évaluer l'intérêt réel et les conséquences pratiques de l'utilisation de ces techniques est due au poids passionnel que chacun des groupes sus-cités met à défendre la position qui est la sienne sans prendre le soin de la remettre dans le contexte de l'autre. A-t-on toujours conscience qu'en limiter leur emploi revient à interdire à certains couples d'avoir des enfants ?

Les limites à l'emploi des techniques de procréation médicalement assistée sont de deux ordres. Des limites technologiques d'une part. Elles seront données par la balance entre ce qui est possible en expérimentation et ce qui est possible à l'échelle thérapeutique. Dans ce cadre, il faut aussi que les risques encourus au cours du traitement n'excèdent pas l'intérêt final recherché. Il s'agit d'un problème déontologique aigu et difficile en matière de procréation car il nécessite en quelque sorte d'évaluer le poids en risque du « désir d'enfant ». L'équilibre est délicat à réaliser et pourra même varier au cours du temps pour un couple donné. La dérive idéologique est facile en ce domaine. Les autres limites sont purement éthiques. Elles consisteront à attribuer la valeur morale, religieuse ou même marchande du matériel biologique qui sera utilisé ou produit. Cette « valeur » contribuera à en modifier les conditions d'emploi. Le problème posé par les ovocytes fécondés surnuméraires, les gamètes non utilisés ou la définition du moment à partir duquel l'embryon doit être considéré comme viable sont exemplaires à ce sujet. Le médecin ne pourra pas répondre seul à cette interrogation. Il ne pourra qu'exposer le problème en terme de risques et d'intérêt médical.

En conclusion, pour éclairer le débat sur ce thème et dans le cadre de la fécondation in vitro et du transfert d'embryons (fivete), il est possible d'apporter les éléments biologiques suivants. Si la fécondation in vitro est vécue comme un acte médical pour traiter la stérilité, la dynamique thérapeutique fera que spontanément les gamètes et le produit de la conception seront destinés exclusivement au couple. Tout aussi logiquement les moyens qui pourront améliorer les résultats et abaisser les risques encourus lors des tentatives seront à considérer avec bienveillance. La congélation d'embryons sera l'exemple type. D'un point de vue médical,

il paraît essentiel que toute discussion sur les moyens de procréation médicalement assistée et sur le statut de l'embryon tiennent compte du but principal recherché qui est de traiter la stérilité. Cette référence a justifié le développement des manipulations de l'embryon *in vitro*. Elle en fournit aussi, à notre point de vue, un certain nombre de limites logiques.

Professeur ANDREJACK

(Unité de Pharmacologie clinique - C.H.R. Amiens)

Le développement d'un nouveau médicament chez l'homme obéit actuellement à des règles très précises qui ont été codifiées et acceptées par la Communauté Médicale et Scientifique Internationale et qui sont suivies par les Laboratoires Pharmaceutiques souhaitant faire enregistrer leurs médicaments dans de nombreux pays. Classiquement, les études réalisées chez l'homme nécessaires à cet enregistrement sont classées en trois phases selon une terminologie dérivée de celle de l'agence américaine pour l'enregistrement des médicaments, la Food and Drug Administration. La première de ces phases ou phase I a pour but de tester la tolérance et la pharmacocinétique (étude de l'absorption, de la diffusion et de l'élimination du médicament) chez l'homme sain.

La phase I correspond à la première administration à l'homme d'une nouvelle molécule qui pourra devenir un jour ultérieur un nouveau médicament. Cette phase I est précédée par une étude pré-clinique, expérimentale, testant chez l'animal l'activité et la toxicité éventuelle de la molécule. Ces études, chez le volontaire sain, sont d'abord réalisées au cours d'administrations du médicament en dose unique, progressivement croissantes, puis sont suivies ensuite de l'administration de plusieurs doses du médicament au sujet sain afin de suivre l'évolution sur quelques jours de la pharmacocinétique et de la tolérance de la nouvelle molécule.

Il existe, actuellement, un grand vide dans la législation car si les données de cette phase I sont nécessaires pour que la nouvelle molécule puisse faire l'objet d'un dossier d'autorisation de mise sur le marché, l'étude chez le volontaire sain n'est pas prévue par la législation en France, contrairement à ce qui existe dans la plupart des autres pays. En fait, si la législation française ne prévoit pas de façon explicite l'essai chez l'homme sain, aucun texte ne l'interdit.

D'une manière générale, les essais cliniques du nouveau médicament reposent sur la notion d'un rapport bénéfice/risque acceptable. Lorsqu'une expérimentation est effectuée avec la participation de volontaires sains,

il n'est plus possible de parler d'un tel rapport ; d'où le terme maintenant utilisé d'expérimentation sans but thérapeutique. Il faut faire intervenir alors la notion non plus d'un bénéfice individuel, mais celui du bénéfice collectif. Et si une expérimentation présente une potentialité de bénéfice pour la collectivité, il apparaît éthique d'accepter un risque individuel, c'est-à-dire un transfert de bénéfice de l'individu à la collectivité. Ces essais sont alors acceptables sur le plan éthique dans un sens strict, tenant compte des risques encourus par l'individu et des bénéfices pour la collectivité. A l'inverse, on peut considérer qu'il n'est pas éthique de refuser qu'un sujet accepte un très faible risque si la société peut en tirer un bénéfice significatif.

Il existe un certain nombre de circonstances où l'essai chez le volontaire sain apparaît nécessaire. Il s'agit d'abord d'une obligation pour les médicaments à visées préventives puisque, par définition, ces essais ne peuvent être réalisés que chez des hommes sains. La deuxième circonstance expliquant la nécessité de l'étude chez le volontaire sain est de limiter les désagréments imposés au malade. Il s'agit, du reste, d'une des principales raisons pour accepter ces études chez le volontaire sain. Une pharmacocinétique suppose de multiples prélèvements sanguins (parfois jusqu'à une vingtaine dans la journée). Par ailleurs, une étude pharmacocinétique impose de ne pas réintroduire le médicament avant que cette étude ne soit terminée ce qui est incompatible avec certaines thérapeutiques.

Les études chez le volontaire sain imposent de nombreuses garanties auxquelles doivent veiller des comités d'éthique qui correspondent à de petites commissions composées de quelques médecins reconnus pour leurs qualités scientifiques ou morales auxquels sont adjoints des représentants des professions paramédicales, des juristes parfois des membres du culte. Leur rôle est d'étudier chaque protocole avant tout essai, de faire des critiques sur le fond et la forme. Il est apparu certain que le seul fait qu'un expérimentateur sache que son protocole sera revu par un tel comité, est en soi excellent, l'obligeant ainsi à une rigueur dans l'élaboration qui n'aurait peut-être pas existé autrement.

Une condition également capitale des études chez le volontaire sain est le consentement éclairé, signé par le volontaire au début de l'étude, avec explication des buts de l'étude et des moyens utilisés pour arriver à ceux-ci. Les moyens (méthodologie suivie, type d'examen pratiqué) peuvent être plus faciles à faire comprendre que les buts recherchés car la compréhension de ceux-ci nécessite un niveau de connaissance suffisant. Ceci est, cependant, possible avec certains types de volontaires sains, comme les étudiants en médecine qui correspondent, actuellement, à l'essentiel des volontaires sains participant aux études de phase I. Le consentement doit être libre de toute pression psychologique, socio-économique ou hiérarchique (cas particulier des étudiants en médecine). Le volontaire peut à tout moment décider d'interrompre l'essai thérapeutique dans lequel il est engagé (sans qu'il n'en résulte pour lui aucun préjudice autre que la suppression de l'indemnisation).

Les motivations des volontaires peuvent correspondre à plusieurs intérêts : l'intérêt scientifique bien sûr, mais également l'intérêt financier. Il se pose alors le problème des indemnités qui doivent être ni insuffisantes, ni trop importantes. Dans ce dernier cas, il pourrait y avoir disparition du libre arbitre et il apparaît important d'éviter que les volontaires, participant à de telles études, n'en deviennent des « professionnels » comme des exemples en existent dans certains pays. Les centres réalisant de tels essais peuvent veiller à ce que la fréquence de ces essais ne soit pas trop grande, mais dans les pays où les études chez le volontaire sain sont plus développées que dans le nôtre, un risque est apparu, c'est celui du fait que des volontaires puissent s'adresser à plusieurs centres et ainsi participer à des essais de façon relativement fréquente.

Si les essais de nouveaux médicaments doivent clairement être réalisés, dans un premier temps chez le volontaire sain de façon à ultérieurement utiliser de manière adéquate le médicament chez le malade, il apparaît que de nombreuses garanties sont nécessaires et que le vide juridique existant en ce domaine est extrêmement préjudiciable. Ceci pose d'importants problèmes de responsabilité et on peut considérer que dans le cadre actuel de la législation française, en cas d'accident, l'expérimentateur serait poursuivi et considéré comme responsable aussi bien civilement que pénalement des dommages provoqués.

Docteur GONZALES

(Centre de fécondation in vitro - Hôpital Pitié-Salpêtrière)

Le développement rapide de nouvelles techniques mises au point pour traiter la stérilité humaine se heurte à l'interrogation tout à fait justifiée de la société tout entière. La finalité première de la fécondation in vitro a été de permettre la rencontre de l'ovocyte et des spermatozoïdes, chez des femmes victimes d'une obstruction des trompes. Une première naissance est survenue grâce à cette technique en juillet 1978. Elle marquait le retour à l'espoir pour une multitude de femmes jugées jusque-là stériles. Depuis cette date, le nombre d'équipes médicales capables de réaliser cette « prouesse » s'accroît sans cesse et ce, dans tous les pays du monde, c'est-à-dire dans des milieux sociaux, éducatifs, économiques variés, pour des couples de morales fort diverses.

Peu à peu, la fécondation in vitro est apparue efficace dans d'autres circonstances pathologiques que l'obstruction des trompes, chez les femmes qui n'ovulent pas, par exemple. Au cours de l'année 1986, de nouveaux médicaments ont permis d'obtenir de bien meilleurs résultats dans la

stimulation des ovaires. Ces progrès se sont traduits par une amélioration des taux de succès et par l'obtention d'un nombre plus élevé d'embryons à chaque tentative de FIV, c'est-à-dire pour chaque couple. Cette situation a conduit à mettre au point puis à avoir recours de plus en plus souvent à la congélation d'embryons « surnuméraires ». Pour éviter en effet les risques des grossesses multiples, tous les spécialistes se sont accordés à limiter le nombre d'embryons transférés à chaque tentative et à congeler les autres. En cas d'échec du premier remplacement, ces embryons sont replacés lors de cycles ultérieurs, ce qui augmente d'autant les chances pour ce couple d'obtenir la grossesse tant désirée.

La fécondation in vitro en l'état actuel, ne doit pas être assimilée à une manipulation génétique ni à une recherche pour maîtriser la reproduction humaine. Il suffit de discuter avec la majorité des couples qui réclament cette technique pour se rassurer : la fécondation in vitro est une thérapeutique et il serait exagéré de vouloir dissocier ce progrès, de l'humanisme et de l'amour que revendiquent les autres.

La fécondation in vitro demeure discutée par rapport aux principes de nombreuses religions. La congélation d'embryons par les conséquences qu'elle sous-entend, fait l'objet d'un débat encore plus vaste, même s'il n'y a encore que quelques milliers d'enfants nés de ces techniques nouvelles. Une réflexion sur l'éthique est indispensable pour établir des garde-fous à ces innovations technologiques. Il y a consensus pour condamner certaines dérives comme le clonage. Cette réflexion doit encore progresser, l'information doit s'approfondir, le recul doit apaiser les passions. Il faut espérer qu'alors, l'approche du législateur, déjà tant sollicité, deviendra possible. Mais, il faudra établir ce qu'est un embryon avant d'envisager son statut : les chercheurs, les médecins, les familles concernées, toute la société, se doivent d'y réfléchir et, à partir de cas concrets, des cadres juridiques pourront ensuite être élaborés.

Jacqueline COSTA-LASCOUX

*(Directeur de Recherches au C.N.R.S. -
Membre du Laboratoire de Sociologie Juridique de l'Université de Paris II)*

La participation des représentants de diverses religions à un colloque « Biotechniques et droit » est remarquable, notamment par la présence des théologiens musulmans et des bouddhistes que nous n'avions pas eu l'occasion d'entendre sur ce sujet. L'initiative de l'Université d'Amiens s'inscrit dans une recherche à plus long terme sur « Religions et bio-éthique ». Mais, peut-être, conviendrait-il d'ouvrir le débat à d'autres

courants de pensée, à des mouvements laïcs et agnostics, par exemple, pour traduire le pluralisme qui caractérise nos sociétés. Sur ce thème, nous aimerions présenter quelques remarques à partir de deux enquêtes : un sondage rapide d'opinion que nous avons effectué auprès d'une quarantaine de lycéens parisiens de 16 à 19 ans ; la recherche menée par le Laboratoire de Sociologie Juridique de Paris II « Psychologie, psychanalyse et procréation », enquête par entretiens approfondis, non directifs, auprès de psychologues, psychiatres et psychanalystes.

1) Les exposés présentés par les représentants du bouddhisme et ceux présentés par les théologiens protestants semblent très proches des aspirations des adolescents que nous avons interviewés.

Le sondage d'opinion n'avait pas la prétention d'être une enquête sur échantillon représentatif, mais les réponses des lycéens révèlent des tendances suffisamment marquées pour pouvoir en faire état. Par ailleurs, celles-ci vont dans le sens des propos recueillis par les « Psy » auprès des jeunes couples qui, de plus en plus nombreux, recourent à la procréation médicalement assistée.

Les lycéens que nous avons interviewés (quinze filles, douze garçons)¹ étaient invités à commenter le Document romain, le texte des Eglises protestantes, et à exprimer les questions qui leur paraissaient essentielles. Une première remarque : le style « instruction-prescription », qu'ils ont relevé dans le Document romain, les a souvent gênés, voire choqués. En revanche, les notions de libre examen, de choix du couple, d'intérêt de l'enfant à naître, contenues dans le texte des Eglises réformées, ont été immédiatement perçues, comprises et approuvées par la majorité. L'idée que la procréation est d'abord affaire de conscience individuelle et qu'elle est un acte d'amour leur semblait aller de soi. La commercialisation et les abus sont vus comme inhérents à la société : « Le commerce qui entoure la mort est encore plus répugnant que celui qui entoure la vie et la naissance » ... « tout ce qui touche à la médecine touche à l'argent » déclarent des élèves sur le ton d'un constat... « On ne peut interdire à cause des abus, c'est les abus qu'il faut condamner, non les techniques elles-mêmes ».

La valorisation de la transmission de la vie et le respect du désir d'enfant semblent donc primer sur le moyen technique pour l'obtenir. Par ailleurs, l'incompréhension des adolescents à l'égard du Document romain — considéré comme particulièrement compliqué dans son argumentation — vient de la contradiction apparente : d'une part, l'importance accordée à la famille ; d'autre part, les réticences à l'égard de l'insémination artificielle et l'opposition à la fivete homologue, alors qu'il s'agit d'une procréation dans le couple. Autant l'intervention d'un tiers (IAD et fivete non homologue) partage les opinions, autant la volonté conjointe des futurs parents (« mariés ou non, peu importe » déclare

1. La majorité était sans éducation religieuse ; huit avaient une éducation catholique, trois une éducation musulmane, trois étaient de confession israélite, un d'origine protestante — pour respecter la façon dont eux-mêmes se sont définis.

la majorité des élèves) légitime le recours à la procréation assistée. Seules deux jeunes filles portugaises ont revendiqué la procréation « naturelle », à l'exclusion de toute autre, et deux élèves d'origine algérienne ont refusé la discussion en se réfugiant dans les plaisanteries.

Le Document romain apparaissait ainsi trop inspiré des courants traditionnalistes. Il était remarquable, en revanche, que les critiques portées contre l'« anachronisme » ou le caractère « rétrograde » de l'Instruction s'exprimèrent chez une quinzaine d'élèves, dont des catholiques pratiquants, surtout les « meilleurs élèves de la classe », ceux qualifiés de « scientifiques » ou de « forts en maths » — Progrès scientifique et pratique religieuse seraient-ils encore une fois perçus de façon antinomique ?

Au-delà de l'analyse des textes, les lycéens semblaient désireux d'une discussion philosophique qui prendrait en compte la dimension symbolique de la vie humaine, de la génétique. Le principe de vie, sa transmission et son expression, avec ou sans intervention médicale, étaient posés comme des interrogations fondamentales non comme de simples questions techniques. « Epreuve ou ventre maternel », insémination artificielle ou procréation « naturelle » ne leur semblaient pas le problème. L'essentiel était le désir d'avoir un enfant, le désir de transmettre, allié à une sorte de solidarité dans le couple ou dans la communauté humaine. Je pense que certains de ces lycéens se seraient sentis en accord avec la vision bouddhiste d'une vie sans cesse recrée, jamais achevée, quelle que soit sa forme et son expression — comme si la technique n'était que l'instrument visible et plus ou moins « performant » de la volonté d'avoir un enfant, c'est-à-dire de créer la vie.

En revanche, le danger des manipulations génétiques, de la sélection à raison de certaines maladies héréditaires ou du sexe, était parfaitement analysé et, au centre des interrogations sur les progrès scientifiques à venir — parfois, avec une véritable imagination de « science fiction » —. Autrement dit, loin d'être indifférents aux problèmes philosophiques, la grande majorité des élèves était à la fois déçue des réponses des théologiens et très curieuse d'une approche éthique des problèmes.

Les dimensions corporelles, physiques, de l'être humain n'épuisent pas, pour ces adolescents, l'ensemble des définitions de la personne : à partir de quand existe-t-elle ? Jusqu'à quel point la liberté individuelle peut-elle imposer des modifications dans le cours de la vie ou de ses formes extérieures ? Quelle est l'opposition possible d'un individu à l'intervention médicale ou biologique ? Qu'est-ce qu'on appelle intégrité physique par rapport à la volonté individuelle ? La générosité doit-elle aller jusqu'à prêter, donner, céder une partie de son corps ? Les neuf mois de gestation ont-ils plus d'implications pour l'enfant que les années de nourrice ? Qui est réellement parent, celui qui élève et éduque ou le parent biologique ? La qualité des questions posées par les élèves était remarquable... mais les réponses des théologiens ne les satisfaisaient pas.

2) Le sondage auprès des lycéens révèle parfaitement ce qui est également attesté par les « psy » qui travaillent dans les services de la procréation. Si les couples « s'arrangent avec le ciel » c'est peut-être moins

par désaffection pour le débat éthique que par nécessité de « gérer individuellement leurs propres souffrances et leur désir d'enfant ». Les institutions offrent certes des thérapeutiques mais sans réflexion critique sur les pratiques hospitalières et le « commerce du corps », sans information véritable des patients — celle dont on s'assurerait qu'elle est comprise.

La médiatisation et la prise en charge se trouvent favorisées par des discours religieux ou idéologiques trop décalés de la réalité psychologique des individus et des couples. Il se crée une indétermination normative par le double jeu de l'omniprésence du corps médical et l'éloignement des références éthiques.

La hiérarchie des valeurs est donc cruciale et nécessaire à toute prescription ou interdiction relative à telle ou telle technique de procréation. Mais quelles sont les valeurs que les différents courants de pensée mettent en premier : la procréation, la famille, le couple, l'enfant à venir, la vie humaine sous toutes ses formes ou après détermination du « moindre mal », le libre arbitre de l'individu, le choix du couple ?... Les déclarations des théologiens ne sont pas suffisamment explicites sur l'ordre des valeurs. Par ailleurs, au-delà de quelques grandes affirmations communes sur le respect de la vie, il ne semble pas y avoir tellement de convergences entre les propositions présentées par les théologiens des diverses religions.

Une distinction se dessine nettement entre, d'une part, les religions du Livre (le Coran ou la Thora) et, d'autre part, les théologies du for interne, du libre examen, ou les pensées bouddhistes. Pour les uns « tout est écrit », des délais ont été indiqués (40^e jour ou 121^e jour), des prescriptions précises sont inscrites dans la Loi. Pour les autres religions, mais à des degrés divers, le choix individuel ou le choix du couple ouvre la voie à une interprétation possible qui s'adapte plus aisément aux découvertes de la science sur l'embryon et la génétique.

Enfin, une dernière question de fond est soulevée, notamment par les adolescents : dans un Etat laïc jusqu'où la société civile peut-elle respecter les prescriptions des religions ou les pratiques auxquelles elles donnent lieu ? Citons quelques exemples que nous soumettons aux Docteurs de la Loi de la Grande Mosquée de Paris. Doit-on respecter l'interdiction du mariage d'une femme musulmane avec un non-musulman, les interdictions fondées sur la parenté par le lait dans le choix d'un tiers donneur ? Comment une société laïque peut-elle réagir à certains comportements, tel l'abandon par des couples de leur enfant né par I.A.D., lorsque celui-ci présente un type physique qui laisserait « soupçonné qu'il n'est pas musulman » ? Jusqu'à quel point les théologiens sont-ils responsables non seulement de la détermination des valeurs mais aussi de l'application parfois détournée de celles-ci lorsqu'elles servent de référent ?

Le débat éthique ne fera découvrir des convergences ou des divergences entre les courants philosophiques ou religieux que lorsque chacun exposera les valeurs qu'il juge essentielles, leur ordre de priorité, leur hiérarchie, en acceptant de les confronter avec celles de la société civile et avec les pratiques.

Marie-Angèle HERMITTE

(Directeur de recherches au C.N.R.S.)

Les utilisations du corps deviennent potentiellement si nombreuses et si différentes les unes des autres, qu'une réflexion d'ensemble devra être menée si l'on veut, un jour, avoir une vision un peu plus claire du statut du corps humain. Une observation liminaire s'impose : il faut distinguer les *organes*, dont il ne sera pas question ici, des *produits* du corps comme le sang ou les tissus, car les problèmes posés ne sont pas identiques.

Jusqu'à une période récente, le principe du don, issu de l'obligation de laisser le corps humain hors du commerce a fonctionné sans trop de difficultés. Mais on peut se demander si le seul principe du don est encore adéquat au regard des pratiques contemporaines. En effet, le contexte qui l'avait imposé est assez profondément modifié par trois éléments qui me paraissent essentiels :

— depuis que l'on sait traiter protéines, enzymes, hormones, etc., les possibilités d'utilisation des produits du corps, après retraitement, sont devenues quasiment illimitées ;

— il existe une grande incertitude sur la destination finale des produits, certains étant réservés à l'usage thérapeutique, d'autres pouvant être utilisés dans d'autres industries que l'industrie pharmaceutique ;

— mais le changement fondamental, qui synthétise d'ailleurs les deux éléments précédents, tient à ce que la relation n'est plus directe, comme elle l'était autrefois entre le donneur de sang et le receveur, mais *médiatisée* par la transformation industrielle. C'est ce dernier point dont je voudrais développer les conséquences.

Le modèle sur lequel nous sommes habitués à raisonner est celui du don du sang, pratiqué depuis le XIX^e. Le sang que l'on prélevait sur quelqu'un était transfusé tel quel à quelqu'un d'autre. Dans les premiers temps, le donneur était allongé à côté du receveur ; deux ouvrages attestent la puissance des sentiments qui habitaient le donneur : il s'agit... du *Dracula* de Bram Stoker et d'*Eglantine* de Giraudoux. Le premier, bien mal lu aujourd'hui est en réalité un hymne romantique au don de la vie par le don du sang ; les deux textes évoquent la transfusion de bras à bras et développement de longs monologues intérieurs décrivant la transformation subtile qui affecte les sentiments du donneur à l'égard de la receveuse. La rémunération symbolique du donneur est affirmée avec une certaine complaisance et laisse place à tous les phantasmes imaginables... La rupture du rapport individuel par le stockage du sang dans des banques rend cette rémunération moins forte et surtout plus abstraite, mais ne la supprime pas totalement : c'est encore un don de vie, conscient, d'un membre de la collectivité à un autre de ses membres.

Il n'en va pas de même aujourd'hui pour beaucoup de produits du corps qui n'ont d'intérêt qu'isolés, purifiés, combinés avec d'autres, c'est-à-dire transformés selon les impératifs classiques du processus industriel. Dès lors, le don ne se fait plus d'un homme à un autre, mais d'un homme envisagé en tant que « matériau biologique » à une entreprise qui se chargera de la transformation, puis vendra un produit le plus souvent profondément différent du produit donné. D'ailleurs, peut-on encore parler de don, c'est-à-dire d'une mise à la disposition librement consentie, soutenue par un *animus donandi* ? Rien n'est moins sûr. Si, dans un certain nombre de cas, on demande effectivement une autorisation à l'intéressé, dans beaucoup d'autres cas, c'est en réalité l'hôpital qui vend à l'entreprise les « déchets » qui étaient autrefois jetés ou brûlés. Mais s'il n'y a pas de don, qu'est-ce qu'il y a ? Un premier rapport patient-hôpital où des déchets sont traités en « res nullius » ; un deuxième rapport hôpital-entreprise où les déchets bruts sont vendus à bas prix, et donc entrés dans le commerce ; un troisième rapport entreprise-clients où les déchets retraités et devenus produits sont vendus au prix du marché.

Il y a une rupture dans le circuit de l'échange lors du passage du déchet-res nullius au déchet matière-première, et l'on peut hésiter sur la meilleure manière de résoudre cette contradiction logique.

La solution la plus simple à concevoir est évidemment d'abandonner le principe du don et de verser un prix aux patients concernés. On ferait alors passer le corps dans le droit des biens, chaque élément pouvant être vendu comme une chose selon sa valeur. Une telle solution ne correspond pas à nos traditions morales et juridiques. Elle est, de plus, ridicule, si l'on se limite à un prix de cession des déchets à leur valeur au jour où ils sont prélevés, et difficile à mettre en œuvre si l'on imagine un système de redevance en fonction de leur valeur potentielle après retraitement ; cette valeur peut être considérable, si l'on pense aux produits rares, voire uniques, contenus dans le sang de certains individus (anticorps par exemple).

Comment concilier alors le respect du corps et le développement de l'industrie ?

Le respect du corps impose au premier chef le consentement de l'intéressé, à la fois sur le principe de l'utilisation des produits de son corps, et sur la destination finale des produits. On peut accepter, en effet, que le placenta soit transformé en produits à usage médical, sans accepter pour autant son utilisation par l'industrie des cosmétiques. Pourquoi cette exigence de consentement qui peut paraître bien lourde et bien artificielle ? Le respect dû au corps, entité globale support de la personne, serait-il vraiment mis en péril par l'utilisation d'une partie détachée de ce corps, utilisation qui sera faite le plus souvent sans que le sujet concerné en ait la moindre conscience ?

Si la question est ainsi posée, on est bien tenté de répondre qu'il n'y a plus le moindre rapport entre la personne et le produit du corps qui en a été détaché. On pourrait, à la rigueur, admettre des cas parti-

culiers pour les produits hautement symboliques, tels le placenta ou les produits des avortements, alors que le corps médical a tendance à traiter tous ces produits comme du matériau biologique, indifférencié au départ, n'acquérant sa différence que lors des transformations et des utilisations ultérieures qui en sont faites — vision fonctionnelle des choses. A cette vision, la qualification de « chose » correspond parfaitement.

Si elle laisse à certains un sentiment d'insatisfaction, c'est probablement que le phénomène n'est pas isolé, mais inséré dans un contexte dans lequel le corps, *dans son ensemble*, tend à être défini comme un « marché d'organes »¹ où, idéalement, toute pièce usée peut être remplacée. L'idée que tout puisse devenir « chose » n'est pas très gênante en soi ; mais l'image qui nous est envoyée en retour est que nous ne sommes qu'un assemblage de choses. Le corps humain en sort réifié, sa valeur symbolique se réfugiant dans la pensée, ou plus exactement dans la complexité des raisonnements, dernier élément spécifique de l'humanité. Le corps humain est alors, d'une autre manière qu'au XIX^e, mais d'une manière non moins violente, rejeté dans un monde différent, voire inférieur à celui de la pensée, et ceci au moment précis où de nombreux courants de pensée se rejoignent² pour insister sur les liens indissolubles du corps et de l'âme, mot qui nous revient dans une acception laïcisée.

Ce n'est pas le lieu, dans cette intervention, de développer une étude des données dont on dispose à cet égard : qu'il s'agisse de la médecine psychosomatique, de la notion de « corps propre » développée par Freud³, ou de la place occupée par la représentation du corps dans le fonctionnement du cerveau⁴, on retrouve à partir d'observations et de disciplines différentes la même idée : tant la pensée que le psychisme sont conditionnés par l'image du corps, celui-ci étant conditionné en retour par la pensée et le psychisme.

Il en résulte qu'il paraît imprudent d'admettre une réification constante du corps, mis en pièces détachées sans avoir préalablement donné au sujet les moyens de dépasser cette réification en inventant une signification symbolique positive.

On pourrait alors imaginer une réponse juridique en deux temps. Il conviendrait tout d'abord d'assurer au sujet une certaine permanence sur ce corps soumis, au-delà du risque concret de détachement à un risque symbolique d'éclatement, de parcellisation, générateur d'angoisse collective. Les produits du corps seraient alors qualifiés, non pas de choses, mais de « choses d'origine humaine », catégorie juridique utilisée d'ailleurs dans certains textes, mais pas encore de manière systématique. Une telle qualification impliquerait le principe du consentement à la *destination*

1. Marshall Willick : L'intelligence artificielle, les approches juridiques et leurs implications. In *Ordre juridique et ordre technologique*. Editions du CNRS, cahiers STS n° 12, dirigé par D. Bourcier.

2. Dr. P. Benoit, « Notre corps et sa maladie », hiver 1981-1982, Laennec.

3. S. Freud : « Le moi et le ça », in *Essais de psychanalyse*, Payot, PBP, p. 238.

4. J.P. Changeux : « L'homme neuronal », Fayard, p. 146 et sv.

finale du produit, les modalités de l'expression du consentement pouvant être modulées selon le type de produits. Dans un second temps, il faudrait arriver à éviter que les produits d'un corps qui n'est pas dans le commerce entrent purement et simplement dans les mécanismes commerciaux du simple fait de leur transformation par l'industrie. Ne peut-on alors imaginer un système qui permettrait à la fois la fabrication rentable d'un produit utile dans le cadre de l'industrie pharmaceutique tout en donnant à la collectivité des donneurs une satisfaction symbolique autre que celle des retombées habituelles des produits pharmaceutiques. On aimerait, lorsque des produits nouveaux sont tirés de « choses d'origine humaine » qu'une partie des profits soit destinée à des recherches déterminées, celles qui ne sont pas rentables à court terme, celles qui visent la guérison de certaines maladies héréditaires et non l'élimination précoce de ceux qui en sont porteurs, celles qui visent la guérison de certaines stérilités et non le développement des procréations assistées etc... un recentrage sur le but thérapeutique au sens étroit du terme.

On sortirait ainsi, non du commerce, ce qui serait certainement excessif, mais du pur mécanisme de marché, de manière à corriger certains excès qui en résultent. On dira que l'idée est « courbe » et la mise en œuvre complexes. Certes, mais la simplicité n'existe pas dans une société complexe, à moins de s'en tenir à un libéralisme total, souhaité et craint tout à la fois tant on en connaît les bienfaits autant que les désastres.

Etait-il pour cela nécessaire de créer une catégorie, entreprise toujours périlleuse, qui consiste à introduire dans un ordre juridique connu un élément perturbateur dont on ne maîtrise pas l'évolution ? Oui, car seule la catégorie permet d'établir des principes d'où découleront, dans la cohérence, règles et solutions. Elle s'oppose, au moins dans un premier temps à la casuistique, panacée des temps incertains dont on oublie trop souvent le sens exact qui renvoie au cas de conscience et donc à la culpabilité, au profit d'une connotation floue, qui évoque souplesse et pragmatisme.