

Brandt, P.-Y. (2016). La réduction embryonnaire : Sacrifice d'enfants ? In J. Boboc et S. Moldovan (Eds), *Au carrefour de l'humain : religion, anthropologie, bioéthique* (pp. 27-32). Sibiu : Astra Museum. (Actes du symposium international « Religion, Anthropologie, Bioéthique », Sibiu, 2 juillet 2015).

Jean Boboc

Sebastian Moldovan

Éditeurs

**AU CARREFOUR DE L'HUMAIN:
RELIGION, ANTHROPOLOGIE,
BIOÉTHIQUE**

**Actes du symposium international
« Religion, Anthropologie, Bioéthique »
Sibiu
2 juillet 2015**

ASTRA Museum
Sibiu – 2016

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Au carrefour de l'humain : religion, anthropologie, bioéthique /

ed.: pr. prof. dr. Jean Boboc, conf. dr. Sebastian Moldovan. - Sibiu :
Astra Museum, 2016

ISBN 978-606-733-114-1

I. Boboc, Jean (ed.)

II. Moldovan, Sebastian (ed.)



Volum realizat în cadrul *Centrului de Cercetare Teologică*
al Universității „Lucian Blaga” din Sibiu

Table des matières

Jean Boboc, Sebastian Moldovan

Religion, anthropologie et bioéthique au carrefour de l'humain:

Introduction... .. .7

De la bioéthique

Stéphane Bauzon

Réenchanter la relation médecin-patient... .. .21

Pierre-Yves Brandt

La réduction embryonnaire: Sacrifice d'enfants ?27

Mircea Gelu Buta

The Role of Christian Bioethics in the Public Debate33

Ionel Ungureanu

Elementi di metodologia del discorso teologico su bioetica..... .. .46

Vers le transhumanisme?

Jean Boboc

Bioéthique et transhumanisme à l'heure de la biotransgression59

Vasile Bîrzu

Some Critic Overviews and Evaluations on Final Claims of Transhumanism . .. 83

Vasile Chira

From Humanism to Transhumanism or the History of Becoming
into Non-being 115

Actualité de la Tradition

Daniel Mihoc

Living as “νικῶν” According to St John’s Revelation... 135

Nicolae Moşoiu

„Je suis le visage de ta gloire merveilleuse”. Considérations sur la valeur de
l’homme et sur la souffrance des malades au stade avancé 153

Constantin Oancea

Religious Education and Same Sex Relationship... 184

In honorem praecursoris

Sebastian Moldovan

Comment nous pouvons comprendre Engelhardt 199

La réduction embryonnaire: Sacrifice d'enfants ?

Pierre-Yves Brandt

Les propos que voici ne sont pas ceux d'un bioéthicien, mais d'un psychologue spécialisé dans l'étude du champ religieux et dont l'attention a été attirée sur la question de la réduction embryonnaire par un collègue, Claude-Alexandre Fournier, dans le cadre d'un séminaire consacré au thème du sacrifice.

Dans cette note, je vais brièvement rappeler ce qu'est la réduction embryonnaire, avant de donner la parole à des psychologues qui ont accompagné des femmes qui avaient subi ce type d'intervention médicale. L'émergence de la thématique du sacrifice dans les propos de certaines d'entre elles amène à réfléchir à la façon dont l'interprétation du monde propre aux patientes est prise en compte dans l'accompagnement médical et à plaider pour qu'elle trouve pleinement sa place dans la prise de décision bioéthique.

LA RÉDUCTION EMBRYONNAIRE

La réduction embryonnaire (RE) est une intervention médicale consistant à supprimer un ou plusieurs embryons en cas de grossesses multiples, dont le risque a considérablement augmenté au cours des années 90 avec la procréation médicalement assistée. Pratiquée durant le premier trimestre de grossesse, cette intervention a pour but d'éviter des complications médicales, sociales ou psychologiques liées aux grossesses multiples. Elle est généralement proposée lors de grossesses de trois ou plus de trois embryons avec comme objectif une grossesse gémellaire plutôt qu'unique. Les embryons sont éliminés sous contrôle échographique par injection létale intracardiaque. Ils sont choisis en considérant la présence de malformations ou anomalies ainsi que leur position par rapport au col de l'utérus : parmi ceux qui sont considérés sans anomalie, on supprimera ceux qui sont le plus accessibles.

L'impact psychologique de la réduction embryonnaire semble lié à une certaine confusion entre la vie et la mort. « La future mère est confrontée à des annonces brutales en cascade : choc d'apprendre qu'elle n'est plus stérile, choc de se savoir enceinte, choc de porter plusieurs embryons, choc de la décision de la RE qui implique qu'elle donne son consentement pour donner la mort alors qu'elle est dans un mouvement pour donner la vie. Et si l'intervention allait provoquer la mort de tous ? Comment se sentir mère en se réjouissant de la grossesse tout en pleurant ceux qui n'existent plus et comment va se nouer la relation aux enfants 'survivants' ? »¹

CE QUE DISENT LES MÈRES

Intéressons-nous à ce que disent les mères qui subissent une réduction embryonnaire. Certains témoignages paraissent sereins, d'autres sont douloureux². Des mères utilisent les termes de « meurtre », « viser », « tuer » pour parler de l'intervention³. Le sentiment de culpabilité transparait dans les propos de plusieurs :

- « Le médecin m'a dit que je n'avais pas le choix, qu'il fallait faire la réduction embryonnaire. Il me l'a imposée. Du coup, je ne me suis même pas posé de questions, il ne m'est pas venu à l'idée que j'aurais pu participer à cette décision... Sur le moment, c'était un soulagement qu'on me dise ce qu'il fallait faire, mais ensuite c'était pire, surtout que je me suis rendu compte qu'en fait j'avais le choix, puisqu'il y a bien des triplés qui naissent... »⁴
- « *Une vie c'est une vie, et je me sentais coupable d'avoir à l'enlever* »⁵
- « *Quand je vois les deux, je me dis qu'il y en avait trois* »⁶
- « *J'ai eu l'impression d'être un assassin* »⁷.

¹ Micheline Garel, Élise Charlemaine, « Trois et plus. Aspects psychologiques de la réduction embryonnaire », *Enfances & Psy* 2007/1 (n° 34), p. 50-59, ici p.50. DOI 10.3917/ep.034.0050

² Sophie Bernard, Gérard Darnaud, Francis Drossart, « Survivre à une réduction embryonnaire », *Topique* 2011/3 (n° 116), p. 111-121, ici p.112. DOI 10.3917/top.116.0111

³ Garel et Charlemaine, *op. cit.*, p. 52.

⁴ Garel et Charlemaine, *op. cit.*, p. 57.

⁵ Garel et Charlemaine, *op. cit.*, p. 51.

⁶ Garel et Charlemaine, *op. cit.*, p. 53.

⁷ Garel et Charlemaine, *op. cit.*, p. 57.

La question de la destinée des embryons éliminés revient aussi, lancinante parfois : « *Que deviennent ces enfants morts pour que les autres vivent?* »⁸.

Un suivi psychologique est nécessaire. Il va permettre un travail de deuil. Mais, dans bien des cas, ce suivi ne peut se limiter à la dimension psychologique. Il ne pourra aboutir que s'il intègre la vision du monde de la patiente, le sens qu'elle donne à la vie et à la mort, sa compréhension de l'origine de la vie et sa conception de l'après-mort. Ces questions renvoient à la dimension religieuse. Pour l'illustrer, nous évoquerons le recours à la notion de sacrifice qui émerge dans ce contexte.

LE RECOURS À LA NOTION DE SACRIFICE

Ce terme apparaît dans le discours des psychologues qui accompagnent les mères. Garel et Charlemaine notent qu'après l'intervention, « la culpabilité d'avoir sacrifié des embryons pour que les autres vivent est toujours présente. »⁹. De même, Flis-Trèves dit : « Pour qu'un seul enfant vive, il faut un sacrifice »¹⁰. Or le recours à la notion de sacrifice apparaît non seulement dans les propos des cliniciens, mais aussi de certaines femmes. L'émergence du vocabulaire du sacrifice est symptomatique d'une tentative de recours au religieux pour donner sens à la culpabilité éprouvée. Raison pour laquelle cette thématique n'apparaît pas tant au moment de l'intervention, mais bien après, lorsque la naissance a eu lieu pour l'embryon ou les embryons conservés et que les premiers mois après la naissance sont passés. « Ce n'est que bien plus tard qu'elles évoquent l'idée de sacrifice par lequel une mère monstrueuse redevient humaine »¹¹ dit Flis-Trèves. Ainsi Régine¹² qui, dix-huit mois après la naissance de deux petites filles, parle de sa culpabilité : « C'est moi qui ai pris la décision de la mort d'un futur enfant innocent, qui n'avait ni infirmité ni malformation, mais qui était de trop » dit-elle. Et elle ajoute : « L'enfant absent s'est sacrifié pour que les autres vivent. » Cette mère a tellement investi affectivement l'embryon éliminé qu'elle en parle comme d'un « bébé » ou d'un « enfant » mort. Muriel Flis-Trèves note que c'est à travers la notion de

⁸ Muriel Flis-Trèves, « Que sont les "autres" devenus ? Réflexions sur la réduction embryonnaire et la grossesse multiple », *Revue française de psychanalyse*, 1993/4, p. 1247-1253, ici p.1250.

⁹ Garel et Charlemaine, *op. cit.*, p. 52.

¹⁰ Flis-Trèves, *op. cit.*, p. 1249.

¹¹ Flis-Trèves, *op. cit.*, p. 1250.

¹² Muriel Flis-Trèves, *Elles veulent un enfant*, Albin Michel, Paris, 1998, p. 103-121.

sacrifice que cette Régine, comme la plupart des patientes qu'elle a accompagnées, donne une explication à cette mort.

La notion de sacrifice met en scène l'embryon éliminé de diverses manières dans le discours des patientes :

- dans certains cas, *l'embryon se serait sacrifié* ; il est alors présenté comme participant activement au processus de réduction embryonnaire, pour le bénéfice des embryons qui ont pu poursuivre leur gestation et de leurs parents ; en quelque sorte, l'embryon mort gagne le statut de *héros* ;
- dans d'autres cas, *c'est la mère a sacrifié les embryons* pour assurer sa survie et celle des autres embryons ; dans ce cas, la mère prend sur elle la responsabilité et la culpabilité et l'embryon mort gagne le statut de *victime* ;
- dans d'autres cas encore, la suppression d'embryons est présentée comme *nécessité médicale*, personne n'étant fautif, mais tous victimes.

UNE STRATÉGIE DE COPING

Le recours à la notion de sacrifice comme justification de la mort des embryons lors d'une RE est assimilable à une stratégie de coping au sens où Pargament¹³ l'utilise. Le coping désigne les stratégies mises en place pour faire face à la détresse en situation de stress. Quand cela est possible, ces stratégies peuvent être centrées sur la résolution du problème. Dans une situation incontrôlable, le coping est centré sur l'émotion et vise principalement à réduire la détresse émotionnelle. Flis-Trèves montre que, dans le cas de la RE, la honte de ne pas avoir pu maîtriser le nombre d'embryons en situation de pouvoir se développer fait suite à la honte de la stérilité. Le travail psychologique provoqué par la confrontation à la honte trouve une issue dans sa transformation en culpabilité. Car au sentiment d'impuissance qui accompagne la honte fait place le sentiment de culpabilité qui signale une prise de responsabilité, une forme de choix assumé qui explique la souffrance éprouvée. La notion de sacrifice constitue dès lors une ressource mobilisée pour passer de la honte à la culpabilité : « L'interruption sélective de grossesse assimilée à un sacrifice va faire passer du registre de la honte au registre de la culpabilité. Culpabilité alors gérable qui pourra être reprise avec les femmes dans l'élaboration de la perte et le travail de deuil, alors possible »¹⁴.

¹³ Kenneth I. Pargament, *The psychology of religious coping : Theory, research, practice*, New York, Guilford, 1997.

¹⁴ Flis-Trèves, *op. cit.*, p. 1253.

DIMENSION RELIGIEUSE DE LA NOTION DE SACRIFICE

Or, du point de vue des sciences des religions, la notion de sacrifice comporte, par définition, une dimension religieuse. Jean-Pierre Albert¹⁵ note que, lorsque l'on parle de sacrifice, cinq critères sont concernés :

1. Présence d'un donateur et/ou d'une victime
2. Un contexte religieux
3. Une forme rituelle
4. Une manipulation du négatif (mort, souffrance, destruction)
5. Une cosmologie dans laquelle le sacrifice est le moyen d'obtenir des biens qui, autrement, sont hors de portée.

Au travers des récits qui sont donnés par les femmes qui ont subi une réduction embryonnaire, on voit sans peine comment les protagonistes de l'intervention (la mère, les parents, l'embryon éliminé, les autres embryons, les médecins, ...) sont, suivant les cas, placés dans le rôle de donateur ou de victime (critère 1). La manipulation du négatif est aussi évidente dans le vocabulaire utilisé (critère 4). De même, l'accès à des biens autrement inaccessibles (critère 5) par procréation naturelle est aussi claire, quoique la cosmologie qui institue le fait d'engendrer comme un bien n'est souvent pas explicite. On notera encore que le cadre médical de l'intervention a toutes les caractéristiques de la ritualité (critère 3) : le médecin, dans le rôle du sacrificateur, opérant dans un espace mis à part selon un processus très codifié. Le contexte religieux (critère 2), de même que la cosmologie donnant sens au sacrifice, restent quant à eux très implicites dans les récits rapportés par les psychologues. C'est probablement le fait que le cabinet du psychologue n'est pas investi par les patientes comme lieu pour parler de la vision du monde qui sous-tend leur interprétation sacrificielle.

A partir de là, nous faisons l'hypothèse que les mères qui recourent à la notion de sacrifice tentent, même en dehors d'un contexte explicitement religieux, de donner un sens religieux à la RE.

PRENDRE EN COMPTE LE SYSTÈME INTERPRÉTATIF DES PATIENTES

Ce n'est pas la biologie ni la médecine qui nous dit ce qu'est un être humain, une personne, mais le système culturel dans lequel nous sommes inscrits. La dimension religieuse est, suivant les cas, un constituant central ou plus péri-

¹⁵ Jean-Pierre Albert, « Le sacrifice, partout et nulle part », *Ethnologie française*, nouvelle série, 1998/28 (n° 2), p.197-205.

phérique du système culturel auquel se réfère un individu. Dans les cas des patientes ayant subi une RE, que fait-on de cette potentielle dimension religieuse ? Garel et Charlemaine soulignent que les « descriptions classiques du travail de deuil ne sont donc pas adaptées à cette situation [la RE] où c'est un objet partiel interne qui disparaît. Le deuil peut être compliqué ou suspendu et la mère peut souffrir ensuite d'un deuil pathologique. L'entourage familial, les soignants et notre société, qui n'offre aucun rituel, accentuent ce phénomène. »¹⁶. Il importe donc d'intégrer l'ouverture à cette dimension dans la formation des psychologues, mais aussi d'offrir un accompagnement religieux par des spécialistes, si nécessaire. Cet accompagnement doit tenir compte du système de référence (le contexte religieux et la cosmologie) du patient.

La prise en compte du système interprétatif des patientes ne devrait pas se limiter au travail d'accompagnement post-natal, mais aussi s'intégrer pleinement dans les réflexions menées par les commissions d'éthique. Plus largement, pour toute question de bioéthique, il s'agirait de ne pas se contenter de légiférer sur ce qui paraît (moralement, socialement) acceptable au plan de la manipulation du matériel biologique ou des modes d'intervention dans les processus biologiques. Il s'agirait également de légiférer sur la nécessité d'intégrer la vision du monde des patients dans les processus de prise de décision et d'accompagner les patients dans leurs démarches et réflexions pour donner du sens aux décisions prises.

Ces considérations invitent à revoir la composition des commissions d'éthique. Elles sont trop souvent constituées trop unilatéralement de représentants des pratiques de recherche et des normes sociales, religieuses ou philosophiques. On y recrute des membres éminents des principaux courants religieux et philosophiques présents dans la société, des spécialistes des pratiques médicales et de la recherche de pointe, des spécialistes des questions éthiques. En bioéthique, on cherche à préciser des normes éthiques fondatrices de l'ordre social. Mais la voix des destinataires des normes établies est trop peu entendue. Elles n'ont rien de normatif, mais expriment pourtant le vécu des personnes concernées par les choix éthiques formulés par les commissions désignées pour cela. En ce qui concerne les questions de bioéthique, des praticiens (notamment des psychologues, des aumôniers, des médecins généralistes) qui accompagnent au quotidien les patients concernés et leurs proches, et plus largement les personnes sur lesquelles les choix éthiques auront un impact, devraient être membres des commissions d'éthique.

¹⁶ Garel et Charlemaine, *op. cit.*, p. 56.