

13/12/2013

Les défis éthiques du gynécologue-obstétricien

Jean-François Mattei¹

Introduction

Avant toute chose, je voudrais vous dire mon plaisir de partager ce moment avec vous, même si je mesure toute la difficulté d'un sujet particulièrement délicat. Le médecin généticien que je suis a travaillé une bonne partie de sa vie en étroite collaboration avec vous et participé à tant de discussions lourdes de conséquences que je me suis senti, bien souvent, des vôtres. Mais je veux néanmoins souligner que c'est toujours à vous que revenait l'ultime décision au terme de toutes les consultations nécessaires auprès des spécialistes concernés. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité créer, dès la loi de Bioéthique de 1994, les Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. Je peux témoigner que vous vivez au cœur des problématiques éthiques d'aujourd'hui, et en cela le sujet que vous m'avez proposé sur les défis éthiques du gynécologue-obstétricien me semble répondre à une préoccupation permanente qui vous habite.

Les problèmes éthiques, notamment dans votre spécialité, ne datent d'ailleurs pas de la « re-naissance » de l'éthique. Les gynécologues-obstétriciens ont, depuis la nuit des temps, rencontré des dilemmes éthiques que résume bien cette formule restée dans les mémoires : « La mère ou l'enfant ? ». Entre deux vies, laquelle fallait-il choisir ? Laquelle fallait-il sacrifier ? Les temps ont changé, les questions ne sont plus les mêmes, mais cela fait longtemps que vous faisiez de l'éthique sans le savoir comme monsieur Jourdain avec la prose.

L'éthique identifiée dans l'antiquité (qu'on songe simplement à « L'éthique à Nicomaque » d'Aristote qui s'efforçait de distinguer le bien et le mal, le beau et le juste) s'est ensuite assoupie durant des siècles pendant lesquels la société n'évoluait pas fondamentalement sur ces sujets. En revanche, depuis la seconde guerre mondiale, elle s'est réveillée et se fait reconnaître. De plus en plus souvent, vous devez vous y référer tant les situations difficiles se sont multipliées. Cela se comprend sans qu'il faille chercher de nombreuses explications. Par définition, votre spécialité incarne la vie, elle est, par nature, tournée vers la transmission de la vie et l'avenir.

Elle se trouve, exactement, au point de rencontre de deux révolutions qui ont marqué la deuxième moitié du XXe siècle et bouleversé nos repères.

La révolution scientifique, biologique et médicale qui permet aujourd'hui de congeler les gamètes, de féconder *in vitro*, de conserver des embryons pour un recours différé, voir le fœtus et l'observer, l'étudier, l'atteindre pour l'analyser grâce à la génétique et à la biologie moléculaire, mais aussi le préserver, en prendre soin, ou parfois encore le supprimer. Ces questions, vous les connaissez parfaitement, vous les vivez et je ne veux pas m'y attarder. Je préfère, plutôt que l'inventaire à la Prévert de tous les sujets à problèmes sur lesquels chacun a son opinion, tenter de cheminer avec vous pour attirer l'attention sur telle ou telle difficulté et dégager – si possible – des lignes de force pour aborder des problématiques souvent insolubles.

¹ Professeur émérite de génétique et éthique médicale, membre de l'Académie nationale de médecine, ancien ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, UMR 7268 ADES, Aix-Marseille Université/EFS/CNRS.

D'autant que la deuxième révolution, sociétale celle-là, survenue à la fin des années 1960, a porté la valeur de « liberté » au premier rang, bien au-dessus de toutes les autres, accompagnée de son cortège d'individualisme, d'hédonisme et de consumérisme. Cette révolution qu'on a souvent tendance à oublier ou à méconnaître parce qu'elle est entrée dans la vie quotidienne, a donné la priorité au désir avec le droit de chacun à le satisfaire. Elle est en grande partie à l'origine de l'évolution actuelle de notre société, notamment pour ce qui est de l'affaiblissement, voire le délitement, du lien social.

C'est la rencontre de ces deux révolutions qui a conduit la gynécologie-obstétrique à prendre le train de l'éthique.

I - D'où le premier défi qui s'impose face à l'émergence de l'éthique.

Car les nouvelles connaissances acquises ont créé de nouvelles situations devant lesquelles s'imposent de nouveaux choix. Cette démarche est d'autant plus incertaine que ces nouveaux choix ouvrent, à leur tour, de nouveaux champs de libertés et en conséquence imposent de nouvelles responsabilités. De cet énoncé rapide, il apparaît que le moment déterminant est celui du choix : « *Devant cette situation inhabituelle, voire inédite, qu'elle attitude vais-je adopter ? Quel comportement vais-je choisir ?* »

C'est cela le **questionnement éthique**. L'éthique n'est pas une science comme peut l'être l'anatomie ou la chimie, c'est un questionnement. Je ne suis donc pas là pour énoncer un prêt à penser quelconque en fonction de telle ou telle valeur morale, mais pour rappeler les éléments de la problématique à prendre en considération. En outre, l'éthique n'est pas la propriété exclusive de spécialistes jargonnant, mais elle concerne chaque citoyen. Il n'y a pas de famille qui ne soit concernée par des problèmes touchant soit à l'avortement, à l'infertilité, au handicap, sans compter la souffrance physique et morale, la mort et le respect de l'intimité des personnes.

Ce questionnement éthique est double.

Il est d'abord strictement personnel lorsque chacun engage un dialogue avec sa propre conscience et tente de se forger une conviction fidèle à ses valeurs. Cette **éthique de conviction** pourrait suffire et permettre de vivre sa vie (« Fais ce que doit, adviene que pourra ! »). Mais il n'en est rien, car nos choix personnels sont rarement dépourvus de conséquences sur l'autre et sur demain. Par exemple, si par choix personnel je refuse de recourir aux cellules embryonnaires, je peux priver un malade d'un traitement dont il aurait besoin ! Autre exemple, si je recours à la thérapie génique embryonnaire, je vais modifier certes l'embryon traité, mais aussi ses descendants, c'est-à-dire les générations à venir !

Ces deux dimensions d'altérité et de temporalité sont essentielles. Et quelle autre spécialité les incarne davantage que la vôtre ? L'altérité, quand il s'agit à la fois d'une femme, d'un couple et de leur enfant. La temporalité, puisqu'il s'agit de transmettre la vie de génération en génération, avec, en outre, cette possibilité nouvelle de suspendre le temps par la congélation. Vous êtes les premiers dépositaires de ces deux repères que sont l'altérité et la temporalité.

Il faut donc poursuivre le questionnement dans une deuxième étape, collective celle-là, pour assumer ses choix et atteindre une **éthique de responsabilité**. Rien n'est plus difficile à mon sens. Comment concilier des exigences fréquemment contraires entre l'intérêt individuel et l'intérêt du groupe ? Comment refuser l'instauration d'un ordre moral tout en s'inspirant de valeurs morales pour ses choix et ses comportements ? Comment concilier l'intérêt du court terme et celui du long terme ? Autrement dit, il n'y a pas de choix éthique sans une tension

morale parfois douloureuse et il faut en passer par là. Un moraliste très connu ne disait-il pas dans son discours de réception à l'Académie des sciences morales et politiques en 1993 : « Au-delà de nos différences, il nous faut trouver les moyens d'assurer ensemble notre existence sociale... ». Autrement dit, respecter chacun et vivre ensemble.

Il ne s'agit pas d'artifices de raisonnement, mais bien des bases de l'exercice qui est le vôtre. Et ce faisant, il faut choisir entre deux types d'éthique opposés. **Une éthique utilitariste**, d'inspiration anglo-saxonne, qui va dans le sens du plus grand bien pour le plus grand nombre. Autrement dit, la définition de ce qu'il convient de faire relève de l'opinion publique, souvent appréciée par enquête ou sondage. Cette éthique utilitariste cherche à satisfaire les désirs selon la liberté de chacun. Elle ne se réfère pas aux valeurs qui fondent une société et lui permettent d'être cohérente et solidaire. À l'opposé, **l'éthique essentialiste**, plus latine, privilégie la dignité de chaque personne comme valeur commune de notre société. Cette éthique rappelle, simplement, que nous sommes tous porteurs d'une parcelle de notre commune humanité. Autrement dit, ce que l'on fait à une personne humaine est le reflet de ce que l'on fait à l'humanité toute entière.

En clair, ces deux valeurs de liberté et de dignité s'opposent radicalement. La liberté, par nature, sépare et divise car chacun revendique la sienne propre, qui au demeurant s'arrête où commence celle du voisin pour céder, finalement devant la liberté du plus fort. Au contraire, la dignité rassemble car elle nous rappelle notre commune humanité. C'est elle qui nous fait nous « indigner » quand une attitude nous paraît inhumaine. C'est cela qui explique la réaction quasiment unanime pour s'opposer au clonage reproductif humain.

Voilà le premier défi qui se présente à vous :

Croire en l'éthique et être persuadé de son bienfondé au travers de ses quatre grands principes que sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. C'est un vrai défi car s'agissant du principe de bienfaisance, par exemple, est-elle univoque pour la femme ? L'homme ? Le couple ? Et l'enfant ? Les intérêts peuvent-être contradictoires et ne permettent pas toujours de solutions évidentes. En voulant faire du bien à l'un, ne fait-on pas de mal à l'autre ? Vous connaissez comme moi la terrible question récurrente à propos de l'accouchement sous-X où l'intérêt de la femme réside le plus souvent dans l'anonymat, alors que celui de l'enfant peut être de connaître ses origines et de savoir qui est sa mère... Comment choisir entre deux légitimités aussi fortes et opposées ? Sur quels critères ? Il vous faut donc vous approprier l'éthique ! Voilà votre premier défi.

II - Définir les limites de votre pratique, entre possible, souhaitable et interdit. C'est le second défi.

C'est la référence éthique qui va guider l'évolution de la pratique médicale dans les années à venir, entre le possible, le souhaitable et l'interdit. La question essentielle est alors la suivante : « *Le médecin a-t-il l'obligation morale de satisfaire toutes les demandes qui lui sont faites, au motif qu'il possède la technique ?* » La question se pose ainsi dans le champ de l'assistance médicale à la procréation (AMP) au regard de la demande de femmes seules, de deux personnes du même sexe, ou de femmes ayant largement passé l'âge de la procréation. Si je réponds « *oui, le médecin doit satisfaire ces demandes* », alors je quitte le champ médical pour entrer dans celui de la prestation de service. Les indications médicales s'effacent derrière les demandes des patients. On se rend vite compte que même avec un esprit très ouvert, certains cas viennent heurter plus fortement que d'autres la conscience du médecin. Si d'autres situations demeurent discutées et font même l'actualité, il y a, par exemple, une quasi-unanimité pour récuser les grossesses chez les femmes ayant dépassé l'âge physiologique d'enfanter,

celles que les médias ont appelées les « mamies-mamans ». Alors comment fixer la limite entre oui et non ? Le « oui » sans aucune limite n'est probablement pas la solution souhaitée. Mais, si je souhaite pouvoir dire « *non, le médecin ne doit pas répondre favorablement à toutes les demandes qui lui sont faites* », la question rebondit sur les critères du refus. Dans quelles situations vais-je dire non ? Est-ce la seule conscience du médecin qui va refuser ?

On discerne que les enjeux sont d'importance. Après s'être opposé, puis avoir hésité ce sont, finalement, les juges et les médecins qui ont souhaité la voie législative. C'est pour tenter d'aider les médecins à défendre certaines positions, et souvent à leur demande, que les lois de bioéthiques ont été élaborées et adoptées. Les seules jurisprudences, toujours tardives et parfois contradictoires, ne pouvaient plus suffire. Pour éviter toutes les subjectivités, en 1994, j'ai proposé un choix qui s'est trouvé adopté par une très large majorité, puis confirmé lors des révisions législatives de 2004 et 2011. Il consistait à préciser que, s'agissant de techniques biomédicales, elles relevaient des seules indications médicales. Je suis convaincu que c'est ce qui a pacifié le débat pendant des années et permis à la médecine de la reproduction de se développer à la satisfaction du plus grand nombre. Ces techniques d'AMP qui semblaient promettre des situations de plus en plus complexes et innovantes étaient trop lourdes d'enjeu pour que l'on ne soit pas satisfait, pour la plupart, d'agir dans un cadre défini.

Aujourd'hui, avec l'évolution de la société, on voit bien que les demandes sont plus nombreuses. Elles se diversifient, en réponse à de nouvelles techniques et à une vision différente de la procréation, peut-être aussi de la famille, voire du rapport des deux membres du couple. Force est de constater que nous vivons une époque où l'on sacralise le désir des parents et le droit à l'enfant, alors qu'on diabolise souvent ceux qui voudraient tenter de rappeler quelques données de bon sens.

Sans entrer, faute de temps, au fond du débat de la *gestation pour autrui*, on discerne bien qu'il illustre ce que nous venons d'aborder car nombreuses sont les questions qui se posent. D'abord, celle des conséquences à terme de cette période pré et périnatale sur l'enfant car un doute existe comme l'a évoqué un rapport de l'Académie nationale de médecine en 2009. Autrement dit, peut-on faire l'impasse sur les 9 mois de gestation, pour la mère comme pour l'enfant ? Peut-on considérer l'utérus de la « gestatrice » comme un simple incubateur comme un hypothétique utérus artificiel ?

Ensuite la question de l'argent, car elle s'impose. Le montant de la transaction financière est clairement annoncé et l'on en vient à la notion de contrat. Car dans la démarche d'un couple qui commande, d'une gestatrice qui s'engage, l'objet de l'accord est l'enfant. Sachant parfaitement que les esprits peuvent être partagés sur cette question, j'ai simplement voulu souligner que derrière un tel choix, s'inscrivaient en toile de fond des problèmes cruciaux, lourds de conséquences.

En termes d'argent, notamment. Je sais que la tentation est grande de contourner le principe essentiel de la gratuité du « vivant » qui régit la transfusion sanguine, la transplantation d'organes et le don de gamètes, afin d'accepter une éventuelle rétribution pour le « don » d'ovocytes et répondre à la demande. Qui ne voit qu'avec la référence à l'argent apparaissent toujours des inégalités en faveur des plus fortunés ? Qui ne voit que si une gestation était payée, si les ovocytes l'étaient aussi, pourquoi n'en serait-il pas de même pour les spermatozoïdes ? Le sang ? Les organes ? Ainsi, l'insuffisant hépatique pouvant se payer un lobe hépatique serait-il avantagé par rapport à d'autres, démunis de moyens. Mettre l'argent au milieu de ces questions ne me paraît pas souhaitable. Le vivant ne peut pas entrer dans les termes du marché économique. La France s'est toujours battue pour défendre cette position dans le concert européen. Elle a fait de même en s'opposant à la possibilité de breveter les gènes humains.

Chacun doit bien s'interroger pour savoir si l'argent doit entrer en jeu faisant du vivant humain une matière marchande.

L'autre question, celle de l'avenir des liens possibles entre l'enfant et la gestatrice qui n'a rien d'anonyme et qui viendrait réveiller tout le débat si difficile sur la règle de l'anonymat dès qu'il s'agit du vivant. Toutes ces questions, et d'autres, laissent à penser que nous sommes, parfois, sur le fil du rasoir quand, pour répondre au désir de quelques dizaines ou centaines de personnes, l'enjeu est bien de modifier sensiblement nos repères. Y compris les grands principes à valeur constitutionnelle que sont l'indisponibilité et la non-patrimonialité du corps, auquel s'ajoute l'anonymat en matière de don. C'est cela le fond de la réflexion éthique. Considérer la demande et faire le tour du problème, évaluer les avantages et les inconvénients et mesurer les conséquences d'un éventuel changement pour la société. Après, il appartient à notre société de choisir de changer les principes de références, si elle le souhaite. Rien n'est écrit définitivement dans le marbre. Il faut simplement le faire en bonne conscience des enjeux globaux.

Depuis les premières méthodes d'AMP, nous savons les situations d'infertilité médicale et c'est pour tous ces couples infertiles que nous sommes allés déjà très loin dans l'évolution de nos pratiques. Voulons-nous, désormais, à côté des infertilités médicales, définir de nouvelles formes d'infertilités sociales ? Définir le champ de la pratique médicale est donc le second défi.

J'en viens au « syndrome de la pente glissante » bien connu dans le domaine des innovations. On fait un pas, puis un autre, puis encore un, pour un jour se trouver là où l'on n'avait jamais imaginé aller, où l'on n'aurait même jamais voulu aller. Aidés en cela par l'argument du tourisme procréatif et l'idée que puisque d'autres le font, pourquoi pas nous ? Ne faut-il pas, à un moment donné, savoir marquer une limite à ne pas franchir ?

III - C'est, à mon sens, le troisième défi qui se présente à vous avec l'évolution du diagnostic prénatal.

Le généticien que je suis est heureux de partager le fardeau de cette question. En effet, ayant appris à identifier des gènes nous pouvons, désormais, en apprécier la qualité, ce qui permet la sélection des meilleurs et l'élimination des moins bons. Tout le monde se réjouit des nouvelles possibilités diagnostiques, des conseils plus précis pour les familles, des prescriptions médicales améliorées, voire même déjà des possibilités thérapeutiques tant attendues. Mais aujourd'hui, en l'absence de traitement pour le plus grand nombre des maladies génétiques, se sont développées des techniques de plus en plus performantes de diagnostic avant la naissance.

Depuis plus de trente ans, la génétique a partagé avec l'échographie le pouvoir de détecter nombre d'anomalies embryonnaires et fœtales, d'en informer les couples et les accompagner dans leur décision de poursuivre ou non la grossesse concernée. Au départ, cette technique avait le désir de répondre à la demande singulière de couples éprouvés par la survenue d'une grave anomalie chez un enfant. À défaut de pouvoir guérir, on acceptait la possibilité d'interrompre la grossesse d'un nouvel enfant porteur de l'anomalie. L'intention était bien de rassurer les couples en leur permettant de concevoir et mettre au monde les enfants normaux qu'ils souhaitaient.

Chemin faisant, sur des données statistiques et dans un souci d'égalité des chances, la stratégie initiale a évolué. Elle s'est adressée à des populations dont les grossesses étaient considérées « à risques », fonction de l'âge maternel, de données échographiques ou du dosage de protéines sériques. Il s'agissait moins, cette fois, de répondre à une demande personnelle que

de diminuer le plus possible le nombre de malades ciblés. Chacun sait que l'affection d'abord concernée était la trisomie 21.

Du désir d'aider les couples en difficulté, n'étions-nous pas en train de basculer dans une attitude qui pouvait ressembler à de l'eugénisme ? Cette question m'a littéralement taraudé dès la fin des années 80, car Francis Galton qui créa ce terme en 1883 avait développé l'idéologie eugéniste à partir d'hypothèses biomédicales. Un siècle après, n'étions-nous pas en train de revenir aux sources médicales de l'eugénisme ?

L'histoire ouvre facilement ses livres sur les liaisons dangereuses entre le champ de la politique et celui des affections congénitales. Personne ne peut oublier les lois de l'Allemagne nazie qui dès le début des années 1930 visaient à prévenir la transmission des tares héréditaires par la stérilisation prescrite dans un certain nombre de maladies supposées héréditaires (faiblesse mentale congénitale, schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, épilepsie, cécité, surdité, malformation physique et alcoolisme grave). Je n'insiste pas, chacun connaît cela. Mais, ne l'oublions pas, le texte fondateur de « l'Éthique biomédicale » est le code de Nuremberg.

Or, les possibilités du diagnostic prénatal pourrait aujourd'hui apporter les justifications et les moyens nécessaires pour légitimer et organiser, non pas les eugénismes barbares que je citais, mais une forme nouvelle d'eugénisme : un eugénisme médical beaucoup plus insidieux, à visage humain et empreint de compassion.

La question de fond est donc bien de savoir si la qualité d'un homme peut dépendre de la qualité de ses gènes. Le développement de nos techniques, de nos recherches et de nos pratiques pourrait être compris comme une réponse affirmative. Donc, je me permets de reposer cette question fondamentale : « *La qualité d'une personne humaine dépend-elle de la qualité de ses gènes ? Ou de son absence de handicap ?* »

C'est parce que j'ai l'intime conviction que les médecins ne peuvent se prêter à la moindre indulgence dans ces domaines, que j'ai souhaité faire un distinguo clair dans la loi de 1994 entre ce qui relève du choix personnel d'une femme ou d'un couple et l'organisation systématique d'un dépistage destiné à l'élimination d'enfants dits « non conformes » sous des prétextes de santé publique, d'économie budgétaire ou de justice sociale. Le choix individuel est une chose qu'il convient de respecter quand la discrimination collective en est une autre qu'on ne peut accepter. Tenant compte de l'évolution des pratiques, il fallait les aménager et empêcher leur dérive.

C'est ce que j'ai proposé dans l'article de la loi qui énonce que «*Toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes est interdite*». Cette disposition prohibant toute forme d'eugénisme a été votée en 1994, puis confirmée en 2004 et reconfirmée en 2011 lors des deux révisions de la loi. Elle reflète donc un consensus indiscutable.

Mais depuis 1994, date de la première loi de Bioéthique, le contexte a beaucoup changé.

Le diagnostic préimplantatoire, voulu pour des raisons exceptionnelles, a fait ses preuves au point qu'une pression pour étendre ses indications se manifeste avec insistance.

En outre, le tri de cellules fœtales dans le sang maternel est désormais maîtrisé, ouvrant avec les puces à ADN et les techniques de séquençage à haut débit de nouveaux horizons encore

accrus par la mondialisation de l'internet. Il est désormais possible de réaliser des séries de diagnostics génétiques avant la dixième semaine de gestation.

Dès lors, force est de reconnaître que les lois nationales les plus strictes, quels que soient les pays concernés, ne pourront pas grand-chose contre cette évolution. Ce mouvement ne relève d'aucune idéologie politique mais de la recherche irréprouvable des supposées conditions du bonheur et d'une qualité de vie meilleure, le tout nourri d'une vision individualiste.

Je constate, aujourd'hui, que ma distinction initiale entre démarche individuelle et stratégie collective est devenue fragile. Car, en réalité, lorsque plus de 95% des couples font le choix de l'interruption de la grossesse pour la trisomie 21, c'est l'addition de tous ces choix individuels qui dessine les contours de notre société dont force est de constater qu'elle est déjà largement imprégnée d'eugénisme.

Nous vivons une époque où la vie de l'être humain ne vaudrait pas forcément en elle-même. Comme si la science et le contexte culturel définissaient des degrés rendant cette vie plus ou moins acceptable, voire franchement indésirable. C'est le triomphe de la sentence de Francis Crick, codécouvreur de l'ADN, que je cite : « *Aucun enfant ne devrait être reconnu humain avant d'avoir passé un certain nombre de tests portant sur sa dotation génétique. S'il ne réussit pas ces tests, il perd son droit à la vie.* » Je n'ajoute aucun commentaire.

En dehors de cette idéologie prométhéenne, on peut invoquer toute une série d'explications pour ce choix implicite de notre société, telles que la vie difficile, les familles réduites, le regard des autres, la perte du lien social, les coûts de prise en charge, l'absence de solidarité suffisante pour accompagner les personnes handicapées et la défaillance des États. Mais les faits sont là, qu'on l'admette ou qu'on le refuse, nous sommes bien dans une société eugénique où règne un idéal de performance.

Alors, que faire ? Il faut certainement éveiller les consciences mais la tâche est immense et le résultat incertain. Car nous sommes désormais devant le choix d'une société toute entière qui esquisse peu à peu le projet collectif de naissances sans handicap prévisible ou prédictible. Le consensus tacite semble ainsi établi qu'un enfant porteur d'une trisomie 21 ou 18 n'a pas vocation à naître.

Je n'exagère pas en disant cela. Je vous rappelle simplement le célèbre arrêt Perruche de la Cour de Cassation qui, en 2000, légitimait la plainte d'un enfant d'être né malformé quand il aurait dû être avorté. Cet arrêt reconnaissant « *un droit à ne pas naître* » a suscité un trouble réel chez les praticiens en charge des grossesses, les associations de familles confrontées au handicap de leur enfant et même l'opinion publique. En clair, l'arrêt de la Cour posait comme règle que le handicap de l'enfant Perruche aurait dû être détecté et la grossesse interrompue. Il fallait donc indemniser cet enfant puisqu'il était né porteur d'un handicap alors même que sa vie ne valait pas la peine d'être vécue.

Cela m'est apparu inacceptable et avec les conseils d'un certain nombre d'entre vous, j'ai tout fait pour contrecarrer cette disposition juridique par une proposition de loi qui a été adoptée. C'était le seul moyen d'éviter que cet arrêt n'établisse une jurisprudence d'autorité. Mais quelques années et quelques progrès plus loin, je crains que cette tendance du droit ne reprenne le dessus et finisse par s'imposer.

L'équation est simple : par nos méthodes nous pouvons éviter la naissance de nombreux enfants porteurs de handicaps et donc réputés *anormaux*, leur naissance elle-même deviendra vite *anormale*, puis sans doute condamnable car un enfant, si l'on suit la philosophie de l'arrêt

Perruche, serait fondé à poursuivre ses parents pour l'avoir laissé naître. Il n'y aurait donc plus pour eux le choix d'une éventuelle interruption de la grossesse, mais le devoir d'y mettre un terme sauf à risquer la condamnation.

Je sais que vous êtes déjà confrontés à ces techniques récentes de diagnostic sur cellules fœtales triées du sang maternel. Je n'ai malheureusement aucune parade miracle à vous proposer dans l'immédiat. Il faut, plus que jamais, considérer de telles demandes avec l'attention qu'elles exigent. Il faut y consacrer du temps. La rencontre avec les couples est essentielle. Non pas pour les convaincre ou les culpabiliser, évidemment, mais pour que leur décision soit prise après qu'ils aient été complètement éclairés et qu'ils aient saisi la nature des enjeux. Je sais aussi que dans ce dialogue singulier il est difficile de prendre argument d'une dérive collective.

Je voudrais, néanmoins, rappeler l'existence de la clause de conscience, que vous connaissez bien, qui permet à chacun de ne pas s'engager dans des actes qu'il n'approuve pas en son for intérieur. Devant un tel enjeu, personne, je crois, ne peut éviter de se poser la question : « *Faut-il accompagner ces techniques pour tenter d'éviter les dérives redoutées ou faut-il refuser pour ne pas être caution d'un choix que l'on réprouve en conscience ?* »

Le sociologue, Max Weber, résume fort bien le dilemme : « ... *Il n'existe aucune éthique au monde qui puisse nous dire à quel moment et dans quelle mesure une fin moralement bonne justifie les conséquences et les moyens moralement dangereux. C'est donc bien le problème de la justification des moyens par la fin qui voue à l'échec l'éthique de conviction. En fait, il ne reste logiquement d'autre possibilité que celle de repousser toute action qui fait appel à des moyens moralement dangereux.* » Et il ajoute : « *Je me sens très profondément bouleversé par l'attitude d'un homme – ou d'une femme - qui se sent réellement et de toute son âme responsable des conséquences de ses actes et qui, pratiquant l'éthique de responsabilité, en vient à un certain moment à déclarer : « Je ne puis faire autrement. Je m'arrête là ! » Une telle attitude est authentiquement humaine et elle est émouvante. Chacun de nous, si son âme n'est pas entièrement morte, peut se trouver un jour dans une situation pareille* ».

Renoncer à accompagner cette évolution en invoquant la clause de conscience n'est donc pas une hypothèse à balayer sans une profonde réflexion personnelle. D'autant que parlant de ces questions, je ne peux passer sous silence deux autres applications du diagnostic prénatal qui laissent à penser que les valeurs humaines fondamentales ne sont pas, partout, unanimement partagées. La première concerne la politique de sélection des sexes dont on sait les effets désastreux lorsqu'elle est pratiquée à grande échelle. Et la deuxième porte sur le diagnostic prénatal de paternité. Ces dérives ne sont, hélas, pas des utopies, notamment du fait des pressions commerciales, des enjeux financiers et des moyens de l'internet.

Toutes ces questions sont cruciales. Jusqu'où ne pas aller trop loin ? Quelle est l'attitude du moindre mal ?

Lutter contre la « *pente glissante* » est donc, sans aucun doute, le troisième défi que vous avez à relever.

IV - Il en est un quatrième que je veux esquisser avec vous en évoquant la voie de la thérapeutique, car ce sont les perspectives thérapeutiques qui permettent d'espérer.

Aucun d'entre vous ne saurait se contenter de généraliser un diagnostic prénatal de sélection des enfants à naître. Comme vous, je suis convaincu que la médecine a d'abord la

vocation de soigner et guérir. C'est là que doivent se concentrer tous nos efforts et toutes nos forces vives. C'est là que doit s'exprimer notre acharnement. Rien ne saurait résister au génie humain, toute l'histoire de la médecine le montre. Ce défi est fait pour être gagné. Et il le sera.

Au-delà de toutes les incohérences vis-à-vis de l'embryon et du fœtus, il reste pour nous, d'abord et avant tout, un patient. Et à ce titre, il requiert tous nos soins. Ce n'est pas le lieu de développer les formidables progrès de la médecine fœtale et embryonnaire depuis déjà deux décennies. Les biothérapies dont la thérapie génétique et le recours aux cellules souches ainsi que de nouvelles pistes pharmacologiques ou interventionnelles ouvrent des voies porteuses de fantastiques espoirs.

Face à ces espoirs formidables de traitement, je ne peux m'empêcher de penser que décidément, la solution reste bien dans l'avènement de solutions thérapeutiques. C'est rassurant s'agissant de médecine. C'est cela qui correspond à la vocation médicale. C'est cela préparer un avenir plus humain, plus fraternel et plus solidaire.

Et si les résultats tardent parfois, je vous demande surtout de ne pas désespérer, mais au contraire de persévérer et de vous acharner. Souvenez-vous de la phrase d'Henry Dunant, le fondateur de la Croix-Rouge : « *Seuls ceux qui sont assez fous pour croire qu'ils peuvent changer le monde y parviennent* » !

Voilà, trop rapidement évoqués, les principaux défis qui s'offrent à vous. Ils sont difficiles, parfois même douloureux.

Mais qu'est-ce qu'une vie sans défi ?