

# Désirs d'enfants

## Ce que les parents souhaitent et ce qui serait souhaitable pour les enfants

Frank Mathwig

### 1. L'autonomie reproductive

Les biotechnologies modernes ont changé notre façon de vivre et de penser ainsi que notre manière de concevoir l'être humain. Elles soulèvent des questions qui étaient traditionnellement traitées et résolues par les religions et les Églises. Les méthodes *antinatales* bien connues aujourd'hui sont désormais complétées par de nouvelles technologies *pronatales* favorisant la procréation et le contrôle des naissances. À l'ancienne devise revendiquant le « sexe sans procréation » s'ajoute une nouvelle stratégie de « procréation sans sexe ». Par conséquent, la procréation et le fait de porter un enfant deviennent une activité reproductive. Tandis que la nature événementielle de la procréation se manifeste sous la forme d'une conséquence extérieure qui ne peut être contrôlée par l'activité humaine, la reproduction repose sur des solutions technologiques produites par des acteurs et actrices. En tant que condition de « bonne espérance », la grossesse se voit assigner une fonction bien précise qui porte sur la « vie à naître ».<sup>1</sup>

L'autonomie reproductive « désigne le droit de toute personne de prendre ses propres décisions concernant son désir d'avoir des enfants, c'est-à-dire de savoir si elle aimerait avoir des enfants, quand et avec qui. Tant le droit de ne pas être contraint-e à porter un enfant, que le droit de ne pas être privé-e d'avoir un enfant sont de nature très personnelle et constituent un droit de l'homme. »<sup>2</sup> Au cœur de ce sujet, trois droits fondamentaux s'appliquent en matière de procréation humaine : 1) *l'autonomie* en tant que droit de défense négatif (*reproductive freedom*) et droit de revendication positif (*procreative autonomy/choice*), 2) la protection de *l'intégrité physique* de la femme enceinte, et 3) la *protection de la sphère privée*, qui couvre le droit d'accès à la procréation médicalement assistée.<sup>3</sup> De manière typologisée, on peut distinguer huit perspectives d'autonomie en matière de reproduction qui reflètent également les développements biotechnologiques fulgurants au cours des dernières décennies :<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Cf. Barbara Duden, *Geschichte der Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte von Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, Göttingen 2002.

<sup>2</sup> Barbara Bleisch/Andrea Büchler, *Kinder wollen. Über Autonomie und Verantwortung*, München 2020, 261, traduction ce.

<sup>3</sup> Cf. Bleisch/Büchler, *Kinder*, 41: la Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH) a déclaré à plusieurs reprises que l'accès à la procréation médicalement assistée « est en principe comprise dans le champ d'application de la protection de la sphère familiale et privée déterminé par les droits de l'homme. »

<sup>4</sup> Cf. concernant ce qui suit, Düwell, *Bioethik*, 143–145; Katharina Beier/Claudia Wiesemann, *Reproduktive Autonomie: Claudia Wiesemann/Alfred Simon (Éd.), Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*, Münster 2013, 205–221; Bleisch/Büchler, *Kinder*, 37–58.

	Le droit ...	Les pratiques
Droit de défense négatif	1. à la contraception	<i>Contraceptifs, pas d'« obligation d'enfanter »</i>
	2. à l'interruption (volontaire) de grossesse	<i>Régime du délai</i>
	3. à la liberté de concevoir et de porter un enfant	<i>Pas de stérilisation forcée ou de répression politique</i>
	4. de ne pas être privé-e de la possibilité d'adopter un enfant	<i>Pas d'interdiction catégorique d'adopter un enfant</i>
Droit de revendication positif	5. à la procréation médicalement assistée	<i>FIV, congélation d'ovocytes, transplantation de l'utérus</i>
	6. de décider de porter à terme ou non un enfant atteint d'une anomalie génétique ou d'un handicap	<i>DPI, DPNI, interruption sélective de grossesse</i>
	7. d'influencer les caractéristiques d'un futur enfant	<i>DPI, CRISP CAS9</i>
	8. de mettre ses propres capacités reproductives à la disposition de tierces personnes	<i>Don de sperme hétérologue/sperme de donneur, don d'ovocytes, maternité de substitution</i>

Ces huit revendications ne reflètent pas la situation juridique actuelle en Suisse. Certaines d'entre elles ne s'appliquent pas du tout ou pas sans restriction ou pas à tout individu. Au vu des dernières adaptations du droit suisse (à savoir, l'extension de la norme pénale antiraciste, art. 261<sup>bis</sup> du *Code pénal suisse* CP et le mariage pour tous), il s'agit non seulement de savoir quelles mesures de procréation médicalement assistée doivent être mises à la disposition des personnes concernées, mais également de déterminer qui doit faire partie du groupe de personnes concernées.

## 2. Le bien de l'enfant

« La procréation médicalement assistée est subordonnée au bien de l'enfant. » (art. 3 de la *LPMA*). Le législateur déclare que le bien de l'enfant doit constituer un principe directeur conformément à la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, [...] l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. » (art. 3 de la *CDE*). Par analogie avec la dignité humaine, le bien de l'enfant prend tout son sens dans sa nature indéterminée et ouverte sur le plan sémantique. Il s'agit dès lors de respecter la liberté et la pluralité des formes sous lesquelles il se présente dans les relations concrètes entre les parents et l'enfant et dans les différents États et sociétés dans lesquels ces dernières s'inscrivent. De même que la dignité humaine, le bien de l'enfant est avant tout déterminé de manière négative. L'accent est mis sur ce qu'il ne faut pas faire subir à un enfant, à aucun prix. Le bien de l'enfant peut être compris comme un « droit au présent », qui se concentre sur la volonté *subjective* actuelle de l'enfant, et/ou comme un « droit à un avenir ouvert », qui, du point de vue de tierces personnes, sert « l'intérêt supérieur » (*best interest*) *objectif* de l'enfant.<sup>5</sup> Deux principes s'imposent :

<sup>5</sup> Friederike Wapler, *Kinderrechte und Kindeswohl. Eine Untersuchung zum Status des Kindes im Öffentlichen Recht*, Tübingen 2015, 408.

1) « l'enfant doit toujours être perçu et éduqué comme un sujet qui a sa propre volonté, et non comme l'objet des désirs de ses parents », <sup>6</sup> et 2) l'avenir de l'enfant doit rester ouvert. « C'est l'adulte que l'enfant doit devenir qui doit avoir le choix, ou plus précisément c'est l'adulte que l'enfant deviendra, à condition que les options qui lui sont offertes au départ soient maintenues ouvertes et que son développement soit 'naturel' ou non imposé. » <sup>7</sup>

Les droits des enfants nés ne protègent pas leur vie prénatale : « de portée internationale, les droits de l'homme couvrent la protection de la vie à naître de façon très succincte, il n'y a pas de protection de l'embryon *in vitro*. » <sup>8</sup> Du fait de cette lacune, la revendication du bien de l'enfant devient une norme contre-intuitive et discriminatoire pour la vie embryonnaire. La LPMA vise non pas à offrir aux enfants des conditions de vie favorables, mais plutôt à empêcher leur existence sous prétexte qu'ils grandiront dans des conditions défavorables à la suite de leur naissance. Il semble « paradoxal de vouloir empêcher la conception de la vie afin de préserver le bien de cette dernière. » <sup>9</sup> À cela s'ajoute le fait que cette loi noue de manière discriminatoire le bien de l'enfant à une relation de couple hétérosexuelle. Par conséquent, l'argument du bien de l'enfant entraîne une stigmatisation non fondée et « déconnectée de la réalité des couples non mariés, sous prétexte que ces derniers représenteraient un danger pour le bien des enfants. [...] La loi en vigueur sur la procréation médicalement assistée reste attachée au raisonnement institutionnel du XIXe siècle, refuse de tenir compte des changements qui se sont produits dans les différentes réalités des familles et est l'expression de la persistance inouïe du modèle normatif de parentalité, cette unité naturelle biologique et sociale qui ne pourrait soi-disant s'épanouir qu'à travers le mariage. » <sup>10</sup>

### 3. La procréation humaine : une relation triangulaire

Tout enfant mis au monde a une fois été un embryon qui a gagné à la loterie de la nature et/ou a survécu au suivi médical dans le cadre de la procréation médicalement assistée. Or, d'un point de vue libéral, l'ontogenèse *biologique* ne devrait pas être lue à l'envers d'un point de vue *moral*. Étant donné que tout embryon ne devient de loin pas un fœtus pour ensuite naître en tant qu'enfant, il est inadmissible de considérer, de traiter et de protéger les embryons comme de futurs enfants. En tant que conséquence de l'application du principe de dignité et d'autonomie, le bien de l'enfant ne peut être revendiqué de manière anticipée pour *tout* embryon. Cet argument suit le syllogisme suivant :

1. Prémisse : Les êtres autonomes ont des droits inaliénables.
2. Prémisse : Les êtres humains à naître ne sont pas des êtres autonomes.

---

3. Conclusion : Les êtres humains à naître n'ont aucun droit inaliénable.

<sup>6</sup> Deutscher Ethikrat, Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung. Stellungnahme, Berlin 2016, 87, traduction ce.

<sup>7</sup> Joel Feinberg, *The Child's Right to an Open Future: William Aiken/Hugh LaFollette* (Hg.), *Whose Child? Children's Rights, Parental Authority, and State Power*, Totowa, NY 1980, 124–153 (127), traduction ce.

<sup>8</sup> Niels Petersen, *The Legal Status of the Human Embryo in vitro: General Human Rights Instruments: ZaöRV* 65 (2005), 447–466 (466), traduction ce.

<sup>9</sup> Andrea Büchler, *Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung. Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens*, Basel 2017, 57; dies./Sandro Clausen, *Fortpflanzungsmedizin und Kindeswohl! Kindeswohl und Fortpflanzungsmedizin?*: *FamPra.ch* 02/2014, 231–273 (265s.), traduction ce.

<sup>10</sup> Büchler/Clausen, *Fortpflanzungsmedizin*, 245s.; cf. Büchler, *Autonomie*, 134–136, traduction ce.

En traitant les sujet de l'autonomie reproductive et les (éventuels) enfants à naître de manière tout à fait inégale, le législateur exclut tout conflit d'intérêts ou normatif entre les deux. Cet angle mort ancré dans le droit peut être résolu de deux façons. Soit en considérant la vie à naître non pas comme un vis-à-vis objectif « rendu autonome », mais comme étant intrinsèquement liée au sujet de l'autonomie reproductive.<sup>11</sup> Soit en appréhendant l'autonomie comme le produit d'une relation triangulaire dans laquelle le rapport entre les sujets de l'autonomie reproductive et la vie à naître est établi par une troisième instance.<sup>12</sup>

La formulation la plus radicale d'une telle constellation triangulaire est proposée par le Catéchisme de Heidelberg de 1561 dans sa réponse à la question initiale suivante : « *Quelle est ton unique assurance dans la vie comme dans la mort ? C'est que, dans la vie comme dans la mort, j'appartiens, corps et âme, non pas à moi-même, mais à Jésus-Christ, mon fidèle Sauveur.* »<sup>13</sup> Cette réponse soutient qu'aucun être humain ne se possède lui-même, et qu'il doit sa propre existence biographique – c'est-à-dire la vie humaine au pluriel – à la présence de Dieu dans sa vie au singulier. Elle repose sur une définition de la vie en trois dimensions : 1) la vie biologique *objective* en tant qu'objet des sciences naturelles et de la médecine, 2) la vie biographique *subjective* que mène tout être humain, et 3) la vie *unique* « en tant qu'une seule et même création qui se manifeste dans la diversité des êtres vivants, présence cachée de Dieu dans la vie de ses créatures ».<sup>14</sup>

L'éthique théologique a pour tâche de défendre ces trois dimensions de la vie face à l'absolutisme de l'une ou de l'autre (peu importe laquelle des trois). Il est nécessaire d'appréhender les décisions en matière de procréation médicalement assistée à l'échelle de la liberté du Créateur. Car c'est sur cette dernière que repose la relation triangulaire de la créature dont il est question ici. Le pendant séculaire de la liberté de créer est l'inviolabilité de la vie humaine, et le fait qu'elle n'a fondamentalement aucun besoin d'être corrigée. Cette qualité de l'originalité de toute vie concerne moins la constitution biologique que le statut social et politique des êtres humains, comme le souligne Hannah Arendt : « le commencement inhérent à la naissance ne peut se faire sentir dans le monde que parce que le nouveau venu possède la faculté d'entreprendre du neuf, c'est-à-dire d'agir. »<sup>15</sup> Les êtres humains n'ont pas la mainmise sur le « principe du commencement » et, du fait de leur venue au monde, ils échappent à « toute prévisibilité et à toute possibilité d'anticipation ».<sup>16</sup> Le « diktat de la naissance »<sup>17</sup> réside dans la « contingence radicale et la détermination

---

<sup>11</sup> Cette approche est défendue pour différentes raisons et dans des intentions différentes, par exemple dans Böhler, Autonomie ; Bleisch/Böhler, 257 s. ; Claudia Wiesemann, Natalität und die Ethik von Elternschaft : ZfPP 2/2015, 213–236.

<sup>12</sup> Cf. au sujet de ce qui suit Frank Mathwig, Das Kind beim Namen nennen?! Zur metaphorischen Sprache in der Bioethik: Marco Hofheinz/Michael Coors (Hg.), Die Moral von der Geschichte' ... Ethik und Erzählung in Medizin und Pflege, Leipzig 2016, 127–147.

<sup>13</sup> L'essentiel de la foi chrétienne avec le Catéchisme de Heidelberg, 1563, Ed. et trad. Fondation d'entraide chrétienne réformée, 1998<sup>2</sup> (1986)

<sup>14</sup> Johannes Fischer, Das christliche Lebensverständnis als Motiv und Kriterium für den Umgang mit Leben: Eilert Herms (éd.), Leben. Verständnis. Wissenschaft. Technik, Gütersloh 2005, 135–149 (139), traduction ce.

<sup>15</sup> Hannah Arendt, Condition de l'homme moderne, Pocket Agora 1983, 43.

<sup>16</sup> Cf. Frank Mathwig, Lebensbeginn – Zwischen Biologie und Biographie <https://www.nek-cne.admin.ch/de/multimedia/vortragsreihe-lebensbeginn/> (20.09.2020).

<sup>17</sup> Ludger Lütkehaus, Natalität. Philosophie der Geburt, Kusterdingen 2006, 66 ; cf. Christina Schües, Philosophie des Geborensseins, Freiburg/Br., München 2008.

radicale »<sup>18</sup> de l'existence humaine. La natalité désigne « la situation existentielle de l'enfant entre, d'un côté, la prédétermination et l'hétéronomie radicales, et de l'autre, l'ouverture radicale ». <sup>19</sup>

La procréation médicalement assistée moderne a perdu toute notion de l'importance de la césure catégorielle que représente la naissance dans la conception que l'être humain a de lui-même en tant que créature et personne autonome. Le fait que la venue au monde échappe à tout contrôle est éludé notamment par la revendication des couples de même sexe d'avoir un enfant qui leur soit « propre sur le plan génétique. » Ce désir ressenti par les parents serait légitime s'il n'entraînait pas en conflit avec le désir analogue de leur enfant d'avoir des parents qui lui soient propres d'un point de vue génétique. Car ce que les parents estiment *essentiel pour eux-mêmes* doit également être considéré par ces derniers comme *essentiel pour leur enfant*. Or, les couples homosexuels ne peuvent réaliser ce désir qu'à condition de fermer les yeux sur un désir analogue chez leur enfant. La symétrie qui caractérise le fait de naître disparaît pour laisser place à une asymétrie propre à l'accent mis sur la reproduction.

D'un point de vue d'éthique théologique, la vie humaine est toujours *également* un don du Créateur, qui, dans la perspective biblique, est *la* vie. En revanche, ce serait tirer une conclusion hâtive que d'opposer cette vision théologique de la création de manière catégorique à toute forme de procréation médicalement assistée. Aussi conflictuel et dérangeant soit-il, un discours sérieux de l'Église et de la théologie ne peut échapper aux considérations et questions conclusives suivantes :

1. Il est nécessaire de demander à la critique fondamentale ecclésiastique et théologique ce qu'elle défend lorsqu'elle exprime son rejet catégorique : la vie à naître, la parentalité hétérosexuelle ou l'ordre patriarcal traditionnel qui la sous-tend ?
2. Tant que nous n'aurons pas de solides preuves, nous ne devrions pas supposer que les enfants à naître doivent forcément vivre dans des modèles familiaux qui étaient les nôtres à défaut d'alternative.
3. L'argument selon lequel un enfant a nécessairement besoin de parents hétérosexuels ne tient pas la route pour les deux raisons suivantes : premièrement, cette affirmation n'est vraie que si nous réduisons les enfants à leur simple existence biologique. (Un enfant naît effectivement de la fusion réussie d'un ovocyte et d'un spermatozoïde. Mais en aucun cas ne considérons-nous qu'un enfant né est le produit de cette fusion cellulaire.) Deuxièmement, en considérant la naissance comme l'entrée dans un monde bon ou déficitaire, la critique fondamentale de la procréation médicalement assistée élude sur le plan moral – et non technologique – le fait que l'être humain échappe à tout contrôle dans sa natalité.

---

<sup>18</sup> Wiesemann, *Natalität*, 218.

<sup>19</sup> Wiesemann, *Natalität*, 219, traduction ce.

4. La véritable tragédie qui caractérise l'ère de la procréation médicalement assistée réside dans la perte de la notion d'indisponibilité de tous les nouveau-nés dans ce monde. Ils sont soit le produit de décisions médicales en matière de procréation médicalement assistée, soit nés dans un monde qui fait d'ores et déjà l'objet d'un jugement moral. Seule la prétention à un pouvoir moral de disponibilité est capable de défendre l'indisponibilité technologique, et vice versa.

5. Nous ferions bien de mettre fin aux tentatives de lire la Bible comme un livre de biologie ou un vade-mecum de la procréation médicalement assistée. Car nous finissons toujours par en déduire ce nous *voulons* y lire. Il serait constructif d'engager – dans un premier temps à titre d'essai – une réflexion posée, sérieuse et critique sur la question de savoir si le Dieu de la Bible, celui qui donne toute vie, n'a pas beaucoup plus de chances de se trouver parmi les nouveau-nés que parmi celles et ceux qui soit désirent *certaines enfants (seulement)*, soit préfèrent que *certaines familles (seulement)* aient des enfants.

6. La conviction réformée protestante, selon laquelle Jésus-Christ est à la fois le Seigneur de l'Église *et* le Seigneur du monde, inclut *ipso facto* la procréation médicalement assistée. Dans cette dernière aussi, il est le Seigneur dont la Bible témoigne et que l'Église annonce. Si nous n'excluons pas Dieu de ce volet de notre société qu'est la médecine reproductive, mais qu'au contraire nous partons tout naturellement du principe qu'il y est également présent, alors nous sommes capables d'entendre la maxime solide suivante qui approche ce sujet sous l'angle de l'éthique théologique : *l'action biotechnologique doit s'orienter au fait que les personnes qui en sont le produit se comprennent et se se sentent exister toujours et de façon directe comme des créatures de Dieu et qu'elles puissent être perçues comme telles par leurs semblables.*

## 4. Glossaire

*Anti/pronatal* : adjectifs qualifiant les mesures visant à prévenir/empêcher, respectivement faciliter la naissance.

*Crisp CAS9* : une méthode relevant de la biologie moléculaire qui permet d'éditer un génome en vue de séquencer et modifier l'ADN de manière ciblée. Cette méthode peut être employée dans le cadre de la thérapie génique et des interventions sur le génome.

*Egg freezing* : la congélation d'ovocytes non fécondés ou fécondés, que ce soit pour des raisons médicales (souvent avant le traitement d'un cancer) ou non médicales (sociales) en vue de planifier la vie professionnelle ou personnelle.

*Interruption volontaire/sélective de grossesse (IVG/ISG)* : L'interruption de grossesse est volontaire ou sélective selon les raisons qui motivent la femme à vouloir mettre un terme à sa grossesse. Elle est volontaire lorsque la femme ne veut pas avoir d'enfant. Elle est sélective lorsque la femme ne veut pas porter un enfant en particulier (p. ex. parce qu'il présente des anomalies génétiques ou des prédispositions à la maladie).

*Maternité de substitution (ou « gestation pour autrui »)* : la possibilité, interdite en Suisse, de faire porter son propre enfant par une autre femme (la mère porteuse).

*LPMA* : Loi sur la procréation médicalement assistée, qui a fait l'objet d'une révision approfondie en 2017 dans le cadre de la légalisation du diagnostic préimplantatoire (DPI).

*Régime du délai* : Depuis le 1er octobre 2002, une interruption de grossesse est exempte de sanction si elle est effectuée au plus tard au cours de la 12e semaine de grossesse, à condition que la femme ait exposé les motifs de sa détresse et ait reçu l'avis médical exigé par la loi.

*Don de gamètes hétérologues/homologues* : on distingue les gamètes (c'est-à-dire les ovocytes ou spermatozoïdes) hétérologues (étrangères) des gamètes homologues (propres) selon si les spermatozoïdes et ovocytes ont été donnés par une tierce personne ou par le couple de parents. Les gamètes hétérologues sont également appelées « gamètes de donneur/donneuse ».

*In vitro* : (lat., dans le verre) signifie l'emplacement artificiel des cellules/embryons à l'extérieur du corps vivant, par opposition à *in vivo* (lat., dans le vivant).

*FIV* : La fécondation *in vitro* (dans des éprouvettes en verre) consiste à effectuer une insémination artificielle pratiquée depuis 1978 pour résoudre l'infertilité des femmes ou des hommes.

*DPNI* : diagnostic prénatal non invasif. Il s'agit d'un test en libre accès sur le marché (notamment sur internet, donc échappant à la surveillance et au contrôle médical) permettant de déterminer les caractéristiques et les dispositions génétiques de l'embryon à partir d'un petit échantillon de sang de la femme enceinte. Vu que ce diagnostic est effectué à un stade précoce et donne une réponse rapide, il permet des interruptions de grossesse sélectives dans le cadre du régime du délai.

*Ontogenèse (onto-, l'être, et genesis, l'origine, la naissance)* : développement biologique d'un être humain ou d'un organisme depuis sa conception.

*DPI* : Le diagnostic génétique préimplantatoire permet d'étudier l'ADN des embryons conçus par voie de fécondation *in vitro* (FIV) afin de détecter d'éventuelles anomalies génétiques avant leur implantation dans l'utérus de la femme. Conformément à la LPMA révisée, seuls les couples porteurs d'une maladie héréditaire grave ou ne parvenant pas à procréer par voie naturelle sont autorisés à bénéficier de ce diagnostic.

*CDE-ONU* : La Convention des Nations Unies relative aux droits des enfants a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations unies en 1989 et ratifiée par la Suisse en 1997.

*Transplantation de l'utérus* : La transplantation d'un utérus étranger (à nouveau retiré par la suite) devrait permettre aux femmes de porter leur propre enfant biologique, et ce malgré les pathologies anatomiques dont elles souffrent. Controversé en Suisse, ce procédé est encore en phase de recherche, même s'il a d'ores et déjà rencontré quelques succès à l'échelle internationale.