

L'enfant posthume et la greffe : comment les lois bioéthiques du printemps 2010 vont-elles nous prémunir de toute confusion entre la vie et la mort ?

Un enfant posthume ? Oui, mais ...

Sources pour cet article :

- [Pause santé](#) n°8, mars-avril 2010 : « Procréation post-mortem, faut-il l'autoriser ? » (Rubrique dirigée par Valérie Sebag)
- Dr. Jean Leonetti : « [Quand la science transformera l'humain. 20 scénarios pour demain](#) », Plon, janvier 2010. Scénario intitulé « L'enfant posthume » (p.133 et suivantes).

La science rend aujourd'hui possible, dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation (AMP), l'insémination artificielle ou le transfert dans l'utérus maternel d'embryons conçus in vitro. Après décès de leur conjoint, des femmes ont demandé la poursuite du « protocole ».

Avoir un enfant d'un homme décédé ? Aujourd'hui, c'est possible en Espagne et aux Pays-Bas. A l'occasion de la mise à jour des lois bioéthiques au printemps 2010, la question est discutée : faut-il autoriser la procréation *post-mortem* ?

L'AMP : qui cela concerne-t-il en France ?

Seuls un homme et une femme formant un couple vivant en âge de procréer ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans peuvent bénéficier d'une AMP. 2 pour cent des naissances, soit 20.000 naissances par an, sont le fruit d'une AMP.

Que peut-on « congeler » ?

La technique de congélation est employée dans le domaine de l'Assistance médicale à la procréation (AMP). Elle permet tout d'abord de conserver les gamètes (cellule sexuelle mâle – spermatozoïde – et femelle – ovule – qui fusionnent pour former le zygote – œuf – à l'origine de l'embryon) en vue de l'insémination de la femme et, ensuite, de conserver des embryons conçus « in vitro » (« le bébé éprouvette ») en vue de leur transfert dans l'utérus maternel.

Gamètes et embryons sont conservés dans un Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Spermé humains (CECOS). Les CECOS sont répartis sur l'ensemble du territoire français, au sein des CHU, hôpitaux, cliniques et polycliniques. Il existe une [liste](#) des centres d'AMP, par département. [Doctissimo](#) propose également la liste de tous les CECOS de France.



Dr. Jean Leonetti, médecin député, rapporteur de la mission sur la bioéthique et des Etats généraux de la bioéthique (2009), auteur du livre paru chez Plon en janvier 2010 : « [Quand la science transformera l'humain. 20 scénarios pour demain](#) » : « *La science médicale et la recherche dans le domaine de l'humain ont pénétré jusqu'au cœur de nos vies quotidiennes, venant quelquefois bousculer nos repères familiaux. Le fait que l'acte sexuel puisse être dissocié de la procréation, la procréation de la gestation, et la gestation de la filiation en remettant en cause l'unité du processus, fragilise l'idée de la famille traditionnelle. (...) La médecine est désormais sollicitée pour répondre à des insatisfactions ou des désirs dont le fondement relève plus du sociétal que du médical.* » (© Plon, 2010)

« La plupart des réflexions menées sur ce sujet de la procréation post-mortem aboutissent à opposer le désir d'enfant à l'intérêt de l'enfant ».

Geneviève Delaisi de Parseval, psychanalyste : « [L]a boîte de Pandore de la congélation des gamètes et des embryons ayant été en quelque sorte ouverte, des demandes qui défient le temps, pour le 'meilleur deuil' comme pour le pire, vont régulièrement apparaître. »

Deux vécus douloureux, sous forme de procédures devant les tribunaux :

1. « En 2006, un homme qui s'apprêtait à subir un traitement contre le cancer risquant de compromettre sa fertilité confie son sperme au Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme (CECOS), afin que ce dernier en assure la conservation. En 2008, cet homme décède des suites de sa maladie. Sa veuve demande au CECOS la restitution des gamètes de son époux défunt, dans le but de procéder à l'étranger à une insémination. Face au refus du CECOS, la femme saisit la justice pour que la restitution des gamètes soit ordonnée. Sa requête est [rejetée](#) le 15 octobre 2009. »
2. « Monsieur P. est mort d'un accident de la circulation alors qu'il allait rendre visite à sa femme, hospitalisée dans le cadre d'une tentative de fécondation in vitro, quand sept tentatives précédentes avaient déjà échoué. A sa mort, il restait deux embryons congelés. En pleine phase de deuil, sa veuve avait demandé au CECOS qu'on lui transfère ses embryons, au nom du projet parental qu'elle avait formé avec son défunt mari. Le comité d'éthique de l'hôpital a refusé sa demande au nom de la définition, par la loi bioéthique, de la notion précisément de 'projet parental', attachée à un couple vivant et consentant au moment de l'implantation des embryons. Plusieurs procès ont eu lieu. Le premier a été gagné par Mme P., qui a obtenu que ses deux embryons ne soient pas détruits tant que l'affaire ne serait pas jugée à nouveau. Elle a cependant perdu le deuxième procès. Elle a fait appel de ce jugement, a perdu de nouveau et ses embryons ont été effectivement détruits. Depuis, cette personne s'habille en noir, elle 'porte le deuil', semble-t-il, de son mari et du bébé qu'ils n'ont pas eu... » Notons que dans ce cas, les réponses de la justice et de la médecine

divergent. En effet, le Comité Consultatif National d'Éthique (le CCNE) avait rendu un avis favorable à la demande de cette femme, contrairement à celui des magistrats de la cour d'appel. Dix membres du Comité s'étaient prononcés en faveur du remplacement des deux embryons restants, et trois négativement.

Comment sortir de cette opposition entre le désir d'enfant et l'intérêt de l'enfant ?

Accéder à la requête de telles patientes, est-ce condamner un enfant à naître orphelin ? L'avis de la psychanalyste Geneviève Delaisi de Parseval est bien plus nuancé. Il conviendrait de distinguer entre deux situations : celle de l'insémination post-mortem, et celle du transfert d'embryons. « [P]our la psychanalyste que je suis, il existe une différence fondamentale entre la demande d'insémination post-mortem d'une veuve dont le seul sperme du mari a été congelé et une demande de transfert d'embryons. Dans le premier cas, la paillette de sperme congelé est une sorte de métonymie (ici, la relique du défunt), la trace d'un regret, d'une douleur. Faut-il entretenir cette blessure en prenant le risque de manipuler la mémoire du mort, qui n'était pas présent au moment de la fécondation ? Je ne le pense pas. C'est en revanche d'un tout autre deuil qu'il s'agit quand un embryon a été conçu, c'est du deuil d'une personne potentielle, preuve concrète de l'amour du couple qu'il s'agit. D'un enfant possible, mais cependant bien réel dans sa potentialité de naître. Non d'un projet d'enfant.



« Directeur du département de recherche en éthique à l'université Paris-Sud XI, le *Professeur Emmanuel Hirsch* s'interroge sur le risque d'enfermer la femme du côté de la mort au lieu de lui permettre un retour à la vie. »

Une étrange relation entre un projet de vie et la réalité de la mort ? Est-il question du don d'organes « post-mortem » ? Point du tout. Il est question d'insémination ou de procréation « post-mortem ». *Pr. Hirsch* : « Cette relation entre un projet de vie et la réalité de la mort surprend, dérange et inquiète. » Rassurons-nous (?) : l'AMP dans ce contexte particulier de procréation « post-mortem » est bien plus rare que le don d'organes. Peu de demandes auraient été formulées sur les trente dernières années, concernant « le droit à une conception au-delà de la mort en recourant aux techniques de l'AMP. Le *Pr. Hirsch* souligne cette « parenté » entre le don d'organes à son décès et l'insémination « post-mortem » : « Nos difficultés à appréhender le lien ou l'idée de continuité entre mort et vie ne se cantonnent pas à l'espace si particulier de l'insémination 'post-mortem'. Une analogie est possible avec les prélèvements d'organes. Cette étrange transmission possible de la vie par le don d'un élément du corps transplanté s'avère, elle aussi, peu évidente. Ce qui explique probablement la pénurie de greffons, alors que, différence essentielle, un organe ne porte pas l'identité comme c'est le cas s'agissant des gamètes. » J'ajouterais une autre différence essentielle : le don d'organes – ou le prélèvement d'organes – s'effectue dans un contexte de fin de vie : on

prélève les organes à partir ... d'une vie sur le départ. Le code de déontologie médicale, en son article 37, prend d'ailleurs acte de ces réalités depuis le décret du 29 janvier 2010 :

"Après avoir été avalisé par le Conseil d'État, l'article 37 du code de déontologie médicale relatif au soulagement des souffrances et à la limitation ou l'arrêt des traitements a été modifié par un décret du 29 janvier 2010, suite à la loi Leonetti sur la fin de vie de 2005. (...) 'Ce n'est pas parce que le patient est en incapacité d'exprimer sa douleur qu'il ne souffre pas. **Nous devons prendre en compte la douleur encéphalique, qui n'est pas publique**', estime le *Dr Cressard*, qui ajoute que des commentaires pédagogiques accompagneront la nouvelle rédaction de l'article." ([source](#)).

Il serait temps d'envisager le don d'organes à partir de donneurs en état de "mort encéphalique" ou d'"arrêt cardio-respiratoire persistant" (prélèvements "à cœur arrêté") dans un contexte de fin de vie et d'arrêter de marteler dans le discours public que le donneur est mort et archi mort. Il s'agit pour ce potentiel donneur d'organes d'une vie sur le départ - d'une fin de vie. Pour un potentiel donneur d'organes, le constat légal de décès anticipe la mort sur le plan physiologique (celle-ci interviendra lors du prélèvement d'organes). Il faut donc répondre à la question : "douleur et prélèvement d'organes". Cette question, les usagers de la santé se la posent. "Le don d'organes, dites 'oui', dites 'non' mais dites quelque chose". Pour pouvoir dire quelque chose, encore faut-il pouvoir envisager le don d'organes dans son contexte réel, qui est celui d'une fin de vie. Voici donc l'adaptation dans le code de déontologie, devant permettre aux médecins de répondre encore mieux aux attentes des usagers de la santé.

Qu'il s'agisse de don d'organes « post-mortem » ou de procréation « post-mortem », pour des raisons fondamentalement différentes, il n'est pas simple de savoir « comment envisager la bonne attitude ou le juste choix. » Ces parentés entre vie et mort, bricolées par la science médicale moderne, n'ont pas fini de nous surprendre. Avoir un enfant à *titre posthume* ? Pour le *Pr. Hirsch*, « la conservation de gamètes pour un temps donné a pour finalité de restituer une capacité de procréation au couple qui a préféré attendre la fin d'un traitement plutôt que de concevoir de manière naturelle avant de connaître l'issue de la maladie. Dès lors, la demande d'une insémination 'post-mortem' ne procède pas de l'exigence d'honorer la volonté du défunt comme s'il s'agissait d'un devoir auquel le conjoint serait tenu. Aucune justification ne saurait légitimer l'intervention médicale. »

Quittons le domaine de la science et de la loi pour revenir sur un terrain plus ... humain. Et si la femme qui réclamait un enfant « post-mortem » était sous influence ? On peut penser à une belle-famille abusive, folle d'envie d'avoir un petit-fils, fils du défunt fils. Je pense à une belle-famille enfermant l'épouse du défunt dans une exigence de mémoire passant par « une procréation solitaire, médicalement assistée, qui défierait la mort ». Mais ce cas – probable – ne résume pas tous les cas de demande de recours à la procréation « post-mortem » qui se sont rencontrés ou se rencontreront. L'épouse du défunt souhaitant avoir recours à l'insémination « post-mortem » est-elle celle qui « prend l'habit du survivant », ou celle qui, dans un avenir prochain, pourra « s'autoriser cette liberté de vivre à nouveau » ? Comment la prémunir de toute confusion entre la vie et la mort ?

On peut étendre cette réflexion au domaine du don d'organes.

Comment prémunir la générosité du don d'organes de toute confusion entre la vie et la mort ?

L'ajout de l'article 37 du code de déontologie tente de répondre à cette question : « 'Ce n'est pas parce que le patient est en incapacité d'exprimer sa douleur qu'il ne souffre pas. **Nous devons prendre en compte la douleur encéphalique, qui n'est pas publique**' ». Le prélèvement d'organes *vivants* sur un *mort* se fait précisément aux frontières entre la vie et la mort. Qu'est ce que la « mort encéphalique » ou l'« arrêt cardio-respiratoire persistant », deux états distincts qui conduisent au prélèvement d'organes ? Rien d'autre qu'un constat de décès anticipé sur le plan légal, la mort physiologique intervenant lors du prélèvement d'organes, au bloc. Dans ce contexte posant la question des réalités de la mort, se prémunir de toute confusion entre la vie et la mort paraît difficile. La question du don d'organes est complexe et apporte des réponses diverses, selon les perspectives de chacun. C'est une question qui est de l'ordre de l'intime, et non de celui de la citoyenneté ou du politique.

Les organes du « défunt » (pas même encore refroidi) ne vont pas « revivre » dans le corps d'un inconnu, comme si une partie du défunt pouvait se réincarner en un parfait inconnu via le don d'organes. Un organe donné, c'est une « pièce détachée » ou « pièce de rechange », un « bout d'homme » pour soigner d'autres hommes ou un autre homme, à qui l'organe donné appartiendra désormais – plus exactement : à qui il appartiendra désormais de faire sien cet organe donné, un défi à relever au quotidien, par la prise des médicaments immunosuppresseurs (certains patients ont une vingtaine de comprimés à prendre au quotidien). Qui parle de confusion entre la vie et la mort ? Les médicaments immunosuppresseurs, nécessaires à la réussite de la greffe, ont de lourds effets secondaires : diabète, hypertension, cholestérol, cancer, infections (comme le papillomavirus chez les femmes), insuffisance rénale... C'est ainsi que la greffe de rein suite à insuffisance rénale peut provoquer une nouvelle insuffisance rénale, due cette fois-ci aux médicaments immunosuppresseurs. Le patient greffé doit alors retourner en dialyse, en attendant ... un nouveau rein, ce qui arrive en moyenne tous les 10 à 12 ans (lorsque le rein provient d'un donneur dit « cadavérique »). La greffe est censée « donner des années à la vie et de la vie aux années » (*Dr. Jean Leonetti*), ce qu'elle fait dans certains cas, tandis que dans d'autres, des complications *post-greffe* et une dépendance obligatoire à l'institution médicale à vie du fait de la seule greffe font que la « liberté de vivre à nouveau », donnée par la greffe, est ambiguë. Le patient greffé peine à envisager cette liberté si particulière, ce cadeau empoisonné, comme s'il y avait un revers (la mort) à la médaille (la vie), et que ce revers menace de l'emporter, de tout submerger. « J'ai vu des patients greffés qui n'en pouvaient plus des complications et qui regrettaient la dialyse », témoignait un médecin hospitalier en 2008. La greffe « donne des années à la vie et de la vie aux années » : oui, mais ...

En février 2010, une maman d'une greffée cardiaque m'a appelée. La jeune greffée a une vingtaine d'années, et une maladie génétique à l'origine de la greffe. Le tableau clinique post-greffe est lourd : les médicaments immunosuppresseurs provoquent de graves infections, favorisées par le terrain de maladie génétique, à moins que ce ne soit l'inverse, ce qui revient, en l'occurrence, strictement au

même : la patiente souffre de graves infections. La mère évoque la vie de sa fille en quelques mots : « Je ne vois pas ce qu'est sa vie après la greffe à part un long calvaire. » Cette maman m'explique que les biopsies, visant à prélever une infime particule des tissus cardiaques greffés afin de prévenir tout épisode de rejet, sont fréquentes et douloureuses. Sans compter la peur du rejet ... « Les gens s'imaginent que la vie du greffé est un parterre de roses. Ma fille devrait aller témoigner dans les collèges et les lycées, où se rendent des médecins ou infirmiers coordinateurs des équipes de transplantation pour promouvoir la greffe. » *Don de vie*, oui, mais ...

On se rappelle cette ado britannique, [Hanna Jones](#), qui avait « refusé » une greffe cardiaque qui lui aurait sauvé la vie en fin 2008. Sauvé ... La réalité est tout autre. Hannah souffrait d'une leucémie depuis ses quatre ans. La chimiothérapie lui permet d'être en rémission, mais a causé une insuffisance cardiaque gravissime. Seule une greffe ... Oui, mais fin 2008, Hannah est très affaiblie et une greffe, du fait des médicaments immunosuppresseurs cancérigènes qu'elle devrait prendre, causerait le retour de la leucémie. Comment faire passer ce message dans le discours public, qui ne connaît que les greffes cardiaques réussies ? On parle donc du « choix » d'Hannah. A-t-elle vraiment eu le choix ? Accepter une greffe entraînant à coup sûr le retour d'une leucémie qu'elle combat depuis ses 4 ans, au prix d'une hospitalisation en quasi continu ? Hannah a « choisi » de rester chez elle, de profiter un peu de la vie, quitte à en mourir. En été 2009, Hannah se retrouve en insuffisance rénale sévère. Le cœur en souffrance fait trop souffrir les reins. Mais sur le plan général, Hannah va mieux. Elle a repris des forces, du poids, est moins affaiblie. La greffe va pouvoir être tentée. Depuis l'été 2009, Hannah est greffée du cœur. Avec sa mère, ex-infirmière aux urgences, elle prépare un livre : « [Le choix d'Hannah](#) », à paraître au printemps 2010. Le choix pouvait-il être autre chose qu'un examen attentif de la balance bénéfice-risque ?

Au greffé, le « greffon » n'est ni tout à fait lui-même, ni tout à fait étranger. C'est une autre partie de lui-même, à la fois familière et étrangère. Le « greffon » possède une identité double : il y a les organes, et cet organe « autre » qui est à la fois intime et autre. On peut se prémunir de toute confusion entre la vie et la mort en voyant le don d'organes comme un don de vie. On peut aussi ne pas être à la hauteur de ses convictions et ne pas parvenir à se prémunir de toute confusion entre la vie et la mort. Ceci est valable aussi bien pour les chirurgiens transplantateurs que pour les familles confrontées à la question du don d'organes post-mortem. Que penser de ces « greffons dérogatoires », de qualité moindre, mais que l'on greffe tout de même dans un contexte de pénurie aiguë (reins) ? « J'ai greffé deux reins qui fonctionnent mal, dans l'espoir que, comme pour un moteur, deux éléments qui ne fonctionnent pas très bien fassent le travail d'un seul ». Vision purement mécaniste (ce chirurgien qui parlait à l'Académie de Médecine en mai 2009 faisait référence à un moteur, à des composantes d'un moteur), ou flagrant délit (délire ?) de confusion entre la vie et la mort ?

En ce qui concerne les prélèvements et don d'organes « post-mortem », la question d'une confusion entre la vie et la mort, et partant la question de savoir comment tenter de se prémunir contre cette confusion, ne sont pas publiques. Ces questions qui ne sont pas publiques se lisent en creux dans l'histoire de ces pays qui peinent à lutter contre le trafic d'organes en tentant d'instituer un système de don d'organes à l'échelle nationale (Egypte et Chine notamment), mais aussi dans l'histoire de tous les pays du monde confrontés au problème du trafic d'organes. Certains chirurgiens transplantateurs tentent pourtant de favoriser une véritable réflexion sur le don d'organes au sein du grand public. C'est le cas du [Pr. Bernard Devauchelle](#), pionnier de la greffe des *tissus composites de la*

face (« greffe du visage ») : le 9 mars 2010, dans une conférence publique donnée à Eu, au sujet du don d'organes, il invalidait l'argument démagogique et faux pourtant répété en boucle dans le discours public depuis des décennies : il faut être pour la greffe, car il y a bien moins de chances de se retrouver potentiel donneur d'organes que de se retrouver en attente de greffe. Le Pr. Devauchelle centre la problématique sur le prélèvement d'organes (une problématique qui n'a jamais été publique) et non plus sur la seule greffe : « Il ne faut pas vivre dans la crainte permanente de la mort ou du besoin d'une greffe, mais cela n'arrive pas qu'aux autres non plus. ». La pénurie d'organes se situe du côté du prélèvement et non de celui de la greffe : « Chacun doit savoir que la communauté internationale cherche à trouver des solutions pour le recours aux dons. Aujourd'hui, il y a 4 500 [greffes] par an, on aurait besoin de 12 000. » Avec plus de 12 greffes par jour, la question du don d'organes ne se situe plus seulement du côté des autres et de l'extraordinaire. Nous assistons à un changement qualitatif de la médecine de remplacement, ce changement qualitatif est induit par la quantité (Pr. Jean-Michel Boles, juin 2009). Il serait bon que chacun prenne conscience de ce changement, qui appelle une question : avec 14.400 patients en attente de greffe en 2009, est-ce au seul don d'organes « post-mortem » d'apporter une réponse à la pénurie de « greffons » ? Le taux national de refus (les familles ayant refusé le prélèvement des organes et tissus de leur proche, potentiel donneur) est d'environ 30 pour cent. Malgré des études, des séminaires et des formations coûteuses en temps, en énergie et en ressources, les équipes de coordination des transplantations réussiront-elles un jour à faire tendre ce taux de refus vers zéro ? Est-ce leur rôle ? A ces deux questions, il est douteux de répondre par l'affirmative.

« L'enfant posthume » : un désir d'enfant compatible avec l'intérêt de l'enfant

Dans le scénario intitulé « l'enfant posthume », ([« Quand la science transformera l'humain. 20 scénarios pour demain »](#), Plon, janvier 2010), le Dr. Jean Leonetti met en scène Marianne, épouse d'un militaire appartenant aux « forces d'interposition européennes », décédé au cours d'un « conflit interethnique en Orient ». Sa jeunesse a été « détruite dans un pays lointain au cours d'un conflit qui lui était étranger. » Avant son départ pour cette mission de jeunesse qui a été la dernière de sa vie, des gamètes ont été congelées dans un CECOS. L'embryon congelé est issu des gamètes de Marianne et de son mari. Le couple avait-il des difficultés à concevoir un enfant ? Pas du tout. « La loi permettait la fécondation 'in vitro' et la création d'embryon pour tout soldat en mission opérationnelle sur un site de danger potentiel. (...) Cette mesure déjà en vigueur aux Etats-Unis depuis le conflit en Irak avait finalement été adoptée en France après un débat passionné à l'Assemblée Nationale ». Il faut néanmoins que Marianne attende un an avant de tomber enceinte de son mari décédé, c'est la loi.

« Dès qu'elle avait appris la mort de Vincent, Marianne avait pensé à l'enfant qu'ils avaient conçu ensemble et qui attendait de naître. Vincent lui en parlait dans ses lettres en la rassurant sur la situation relativement calme de la zone de conflit dans laquelle il se trouvait. Il évoquait leur foyer, leur enfant et parlait d'amour, d'avenir et de vie au milieu de la guerre, de la haine et de la mort.

L'enfant posthume et la greffe : se prémunir de toute confusion entre la vie et la mort ?

Aujourd'hui, Marianne avait, comme l'imposait la nouvelle loi, maintenu son projet parental. Pour éviter que la décision soit prise dans la douleur immédiate du deuil, le législateur avait imposé le délai d'un an avant l'implantation de l'embryon pour laisser aux femmes le temps de la réflexion et de l'apaisement avant de confirmer leur projet.

Marianne regrettait de ne pas avoir été enceinte au départ de Vincent mais ils avaient choisi d'avoir un enfant plus tard, lorsque Vincent serait moins exposé aux zones de conflits et qu'elle aurait terminé ses études.

Elle avait écrit au président de la République pour lui demander une dérogation et raccourcir le délai mais ce dernier, dans une très belle lettre écrite à la main, lui avait expliqué que même le président de la République ne pouvait déroger à la loi votée par le Parlement.

Il fallait donc attendre et Marianne avait l'impression que le temps qui mettait à l'épreuve la constance de son engagement était une insulte à son amour et une trahison au serment fait à Vincent. Vivant, elle voulait un enfant de lui, mort, elle l'exigeait pensant qu'ainsi le fruit de leur amour survivrait à sa mort. Elle estimait même de manière un peu simpliste qu'il ne serait pas mort pour rien. C'était sa revanche sur le vide et le néant, Vincent ne serait pas vraiment mort puisque une vie naîtrait de lui. (...)

Elle aurait cet enfant qui sera de lui et qui sera lui, elle lui montrera plus tard ces photos. Elle lui parlera du courage de son père et de son engagement pour la liberté. Il admirera le héros qu'il était. Pourquoi pourrait-on lui refuser ce droit ? Il ne connaîtra pas son père, la belle affaire ! Lui a-t-on demandé avant de l'envoyer dans une zone dangereuse s'il était père et, s'il l'avait été, en aurait-il été dispensé ? Beaucoup d'enfants sont sans père, abandonnés par un homme de passage qu'ils sont incapables de localiser, d'admirer et d'aimer. Marianne pourra expliquer à son enfant que son père est au ciel et qu'il était un combattant de la vie.

Ses parents et ses amis lui disaient qu'elle était jeune et qu'elle pourrait 'refaire sa vie'. Quelle drôle d'expression, comme si l'on pouvait tout effacer et tout recommencer ! La vie ne se refait pas, elle se continue et la vie qu'elle avait vécue, elle n'aurait voulu pour rien au monde la défaire. »

France, l'enfant posthume, est née et a cinq ans. Un jour, « un homme de chair viendra, il aimera sa mère, il élèvera France comme sa fille et fera d'elle son enfant. »

« Marianne a renoncé à retrouver dans sa fille son amour disparu, son enfant est dans la vie, son mari dans sa mémoire. Pour l'instant, elle ne regrette rien. »

Marianne a su se prémunir, ainsi que son enfant, de toute confusion entre la vie et la mort. « Pour l'instant » : voici qui suggère que se prémunir (elle et son enfant) de toute confusion entre la vie et la mort est un équilibre à atteindre, à travailler au quotidien, au fil des âges et des événements de la vie. Le scénario du *Dr. Leonetti* fait ressortir la générosité de ce programme.

Une belle leçon de vie.

« L'enfant posthume » : à lire aussi ...

"[Le Bazar bioéthique](#)", du Dr. *Véronique Fournier*, à paraître chez *Robert Laffont* le 22/03/2010, collection "Le monde comme il va". Le [Dr. Fournier](#) dirige le *Centre d'Ethique Clinique* à l'hôpital Cochin, Paris.

Présentation de l'éditeur :

"La bioéthique est d'abord une affaire d'hommes et de femmes, d'histoires singulières plutôt que de grands principes désincarnés".

"Vouloir un enfant alors que l'on est stérile, malade ou mourant, sauver la vie de celui que l'on aime au risque de perdre la sienne en donnant un organe, vouloir être un homme quand on est né femme ou l'inverse, sont autant d'épreuves de vie qui façonnent, au sens où elles détruisent et construisent à la fois, les individus qui les affrontent. La rencontre avec ces hommes et ces femmes, ainsi qu'avec les médecins qui les reçoivent, est au cœur de ce que l'on appelle l'éthique clinique. Le [Centre d'éthique clinique](#), unique en France, a été créé par *Véronique Fournier* en 2002. Constitué de médecins, de philosophes, juristes et sociologues, le Centre ne travaille que sur des situations concrètes (contrairement au Comité consultatif national d'éthique) dont patients et médecins le saisissent. Il ne s'agit plus de philosopher de haut ou de loin sur les questions éthiques que posent ces situations, mais d'accompagner dans leurs interrogations, doutes et malaises existentiels s'ils en ont, ceux qui les vivent, jusqu'à ce qu'un choix se fasse, que soit prise la moins mauvaise des décisions.

A l'image de la démarche du [Centre d'éthique clinique](#), le livre de *Véronique Fournier* est d'abord un vivier d'histoires vécues, de dilemmes, drames ou joies extrêmement intenses auxquels chacun de nous peut être un jour confronté. C'est aussi une plongée passionnante dans le concret de la médecine, au carrefour entre progrès scientifique et lutte pour la vie. C'est enfin *la défense d'une médecine humaine et généreuse, qui privilégie l'individu plutôt que le collectif, le juste plutôt que le bien, la solidarité plutôt que l'égalité.*"

"*Véronique Fournier* est cardiologue et médecin de santé publique. Elle commence sa carrière dans ce dernier domaine et publie *L'Hôpital sens dessus dessous* (Michalon, 1996). Après plusieurs années d'expérience humanitaire, notamment avec *Médecins du monde*, elle rejoint en 1999 le cabinet du ministre de la Santé *Bernard Kouchner*. Elle prend alors en charge la préparation de la loi "Droits des malades" et la révision de la loi bioéthique. Ces sujets l'incitent à créer en 2002 le [Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin](#) à Paris, qu'elle continue de diriger aujourd'hui."

Renseignements fournis par les Editions Robert Laffont, collection "Le monde comme il va".