

Les enfants, les embryons, les psychanalystes et la civilisation

Eva WEIL

Un débat s'est engagé dans notre société quant aux effets psychodynamiques des solutions techniques apportées au désir d'enfant des femmes et des hommes biologiquement stériles, par les procréations médicalement assistées ou PMA.

Les psychanalystes, considérés comme les spécialistes de la constitution du psychisme, sont interrogés par les médecins, la communauté scientifique, les parlementaires, les comités d'éthique et autres instances. Ceci introduit deux problématiques complémentaires, l'une concernant la place de la psychanalyse, et l'autre le contenu de ce que l'on peut supposer de ce savoir psychanalytique.

Dans toutes les civilisations, les palliatifs à la stérilité ont existé, généralement sous des formes non techniques, mais actuellement les modes d'accès à la paternité et à la maternité prennent des formes nouvelles. Ce changement contemporain met en scène, sous les feux des médias, la participation scientifique revendiquée et valorisée du corps médical, entraînant une médiation institutionnelle approuvée ou désapprouvée qui joue le rôle de parents tout-puissants, bienveillants ou réticents.

Cette aventure scientifico-culturelle fait miroiter un nouvel humanisme selon certains, une déshumanisation selon d'autres. Le réel des actes médicaux techniques de la procréation vient implorer dans le champ du fantasme. L'effet en serait-il nécessairement le court-circuitage de la barrière entre ce fantasme et le possible de la réalisation biologique ?

La place de la psychanalyse

Les médecins, les biologistes, traitant de la reproduction humaine par transfert de gamètes, nous demandent ce que nous pensons des conséquences de ces

traitements sur l'identité psychique des enfants ainsi procréés et sur la mise en place éventuelle de liens spécifiques entre ces parents et ces enfants.

De ce fait, et implicitement, ils reconnaissent à la psychanalyse une fonction de protection de l'enfant dans sa constitution. La psychanalyse serait alors considérée comme garante de la norme psychique et nous serions crédités d'une position d'expertise « avant coup » de l'enfant à naître, avant même la conception de celui-ci. Pouvons-nous accepter une telle reconnaissance et dialoguer avec les autres experts des sciences humaines et fondamentales, au titre d'experts en psychisme, alors que psychanalystes, nous nous situons habituellement dans l'après-coup et au travers du discours d'un sujet ? Ou bien nous reste-t-il encore à élaborer une forme de discours qui transmette, comme le dit A. Green¹, que, « l'objet de la connaissance psychanalytique est le psychisme lui-même, c'est-à-dire ce qui permet de connaître, et non ce à quoi s'applique la connaissance, et qui serait situé en dehors d'elle. Elle ne transmet pas un savoir aussi neutre et objectif que lorsque l'objet est le monde physique par exemple ».

Le contenu du savoir que l'on nous suppose

Les questions posées à la psychanalyse par les PMA concernent souvent la possibilité de prédictibilité de changements psychiques induits par des actes techniques. Mais la psychanalyse peut-elle être pensée en termes de prédictibilité ?

Si cette discipline est une science du détail, du particulier, de l'intersubjectivité et de la déliaison, il nous semblerait difficile qu'elle ait quelque chose à dire *a priori* ou en général. Serait-elle fondée, par exemple à exprimer un savoir préalable sur les conséquences des techniques médicales ou biologiques ?

Ma pratique hospitalière dans un service de Médecine de la Reproduction m'a amenée à rencontrer des patients soignés pour leur stérilité au moyen des PMA. Il m'a paru intéressant de comparer deux situations faisant toutes deux appel à l'utilisation de gamètes extérieurs aux patients. Dans le cas de la stérilité masculine, il s'agit du traitement par don de sperme anonyme. Dans le cas de certaines stérilités féminines il s'agit du traitement par don d'ovocytes, anonyme ou non.

Le don de sperme

L'insémination artificielle avec donneur est pratiquée depuis 1973 dans les CECOS (centres d'études et de conservation du sperme) situés dans des hôpitaux publics. Un couple, dont le mari a été diagnostiqué comme stérile, vient deman-

1. A. Green, *Rev. franç. psychanal.*, 1992, 2, p. 511.

der un enfant à une institution médicale fonctionnant avec des critères éthiques. Celle-ci fournit alors du sperme congelé, provenant d'un donneur qui restera anonyme pour le couple. Dans 60 % des cas, après un nombre variable de tentatives, il y aura survenue d'une grossesse. 25 000 enfants sont ainsi nés en France depuis 1973.

Le don d'ovocytes

Cette technique est extrêmement récente, puisqu'elle date de 1984, année où le premier enfant ainsi conçu est né en Australie ; 132 enfants étaient ainsi nés au 31 décembre 1991, en France.

Un couple, dont la femme a été reconnue stérile par absence de fonction ovarienne, vient demander un enfant à une institution médicale fonctionnant avec des critères éthiques. Celle-ci leur fournira des ovocytes qui, fécondés *in vitro* par le sperme du compagnon, donneront un ou plusieurs embryons. Ces embryons seront implantés dans l'utérus de la femme qui aura préalablement reçu un traitement hormonal substitutif préparant et maintenant son utérus apte à la nidation, la gestation et l'accouchement. Selon les équipes et les contraintes médicales et éthiques qu'elles se donnent, trois possibilités existent alors :

- l'institution fournit des ovocytes anonymes ;
- le couple amène une femme, en général la sœur de la demandeuse, quelquefois une parente plus éloignée ou une amie qui lui donne ses ovocytes. C'est alors un don direct ;
- le couple amène une femme qui fera don de ses ovocytes au pool commun de l'institution. En échange, il recevra des ovocytes anonymes compatibles. Dans ce cas la donneuse est connue, c'est généralement une parente ou une amie, mais les ovocytes sont inconnus des demandeurs. C'est un don relationnel.

Dans toutes ces modalités, la femme donneuse doit déjà avoir eu au moins un enfant.

L'apport de gamètes tiers dans un couple suscite de multiples questions, tant dans l'imaginaire des intéressés demandeurs, de l'équipe médicale, que dans les médias et pour nous tous. Enfant de qui ? Don de quoi ? Statut de la paternité, statut de la maternité ? Pourquoi l'anonymat ou le non-anonymat des gamètes, etc. ?

A cela s'ajoute la question du temps de la reproduction, désormais maîtrisé par la congélation du sperme et de l'embryon. Toutes ces opérations peuvent en effet être pratiquées selon des séquences temporelles discontinues. Comme dans

la contraception hormonale qui nous a habitués à ce mécanisme, le temps de la conception est maintenant reconstruit selon un autre ordre, médical ou de « désir » personnel. Un seul temps est conservé et incompressible, en tout cas pour le moment, celui des neuf mois de la grossesse.

On peut se demander ce que toutes ces techniques changent, et si elles changent quelque chose, notamment sur le plan symbolique et sur celui des fantasmes originaires. Le mystère de la conception en deviendrait-il moins mystérieux ?

Comme l'écrit J.-B. Pontalis : « Le fantasme des origines, qui sous-tend électivement la recherche de l'analyste comme, notons-le, il anime celle de l'enfant, conduit de proche en proche, par une pente régressive quasi irrésistible, à rabattre l'**originnaire** sur l'**origine** pour incarner finalement celle-ci dans une réalité. Que cette réalité soit conçue comme matérielle — "l'environnement précoce" — ou comme psychique — les "fantasmes archaïques" — ne change rien à l'affaire. »¹ Par un glissement tentant, nous pourrions y ajouter la réalité des PMA, leurre paradigmatique le plus récent d'une scène primitive.

Personnellement, je n'apporterai ma contribution que dans un champ limité : le don de gamètes.

La littérature psychologique à propos des enfants nés par insémination avec donneur est riche mais surtout statistique, alors qu'elle est rare sur la technique du don d'ovocytes, puisque le début des tentatives ne date que de 1986, et que les publications ont porté sur la validité éthique de l'emploi de ces techniques. Sur le plan méthodologique, précisons que les patients rencontrés ne se situent pas dans une demande de l'ordre d'une compréhension psychanalytique.

Le matériel apporté est donc très différent de celui qui est recueilli au long d'une analyse avec les dévoilements de la dynamique du transfert. Nous tenterons néanmoins, à travers ce matériel, très partiel, d'explorer les fantasmes concernant la stérilité dans l'image de l'identité féminine et de la filiation future éventuelle, tels qu'ils ont été exprimés dans ces demandes d'insémination et dans les entretiens préliminaires au don d'ovocytes.

Dans les CECOS, un entretien préliminaire est imposé au couple dans une visée d'exploration psychologique de ses motivations et de prévention de troubles graves. Pour le don d'ovocytes, l'entretien souvent unique conditionne l'inclusion dans le protocole. Il impose de rencontrer tous les participants à ce don : la femme stérile, son compagnon, la donneuse d'ovocytes et son compagnon. Là encore, le cadre est très éloigné du cadre analytique puisque tous les protagonistes sont présents de fait. Il va également de soi que notre objectif, dans cet entretien, est de mettre en place un espace de liberté où les patients pourront dire leur histoire et leurs questionnements.

1. J.-B. Pontalis, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 19, 1979, p. 9.

Je présenterai deux patientes, ou plutôt deux couples venus pour stérilité dans le cadre d'une consultation médicale hospitalière, pour un entretien, obligatoire, avec une psychologue.

Insémination artificielle avec donneur (IAD)

Mme P..., 31 ans, est en traitement IAD depuis vingt-trois cycles, sans succès. Elle est venue, à la demande de l'équipe qui la suit, avec l'indication suivante : « Il faut que vous alliez voir le psychologue puisque vous n'arrivez pas à concevoir au bout d'un certain nombre de cycles et que vous n'êtes pas stérile. » J'aurai avec elle trois entretiens, dont un en présence du mari.

M. et Mme P... vivent ensemble depuis huit ans et sont mariés depuis six. A la fin de la première année de mariage le mari tombe malade, et on diagnostique un cancer pour lequel il sera traité avec succès pendant un an et demi par radio et chimiothérapie.

Le CECOS lui a proposé la congélation et le stockage de son sperme avant le début de ses traitements. Cette proposition est régulièrement faite aux hommes jeunes n'ayant pas encore eu d'enfants et devant subir un traitement à effets stérilisateurs. M. P... a accepté et a donc fait congeler et stocker son sperme pour « plus tard ». Les deux années suivantes, le couple est entièrement absorbé par la maladie dont le traitement est très contraignant. Lorsque le mari est déclaré guéri par les médecins, le couple décide d'avoir un enfant. Mme P... y pensait depuis le début de leur mariage. Commencent alors les inséminations avec le sperme stocké mais elles ne donnent aucun résultat et Mme P... impute ces échecs à la faiblesse du sperme provenant d'un organisme déjà malade, sperme qui, dans son imaginaire, serait virtuellement conducteur de la maladie et de la mort. « Je ne supporterai pas d'avoir un enfant malade ou anormal », déclare Mme P...

Une fois épuisé le sperme congelé du mari, au terme d'une quinzaine de cycles d'inséminations, celles-ci continuent avec un donneur anonyme. Pour Mme P..., ce sperme sain devrait être plus efficace, mais l'échec persiste. Elle est venue à reculons à son entretien avec moi, ne croyant absolument pas à un changement possible de situation et hostile à toute interprétation psychologique. Son mari, lui, pense « qu'elle a des blocages et qu'elle prend ces échecs trop au tragique, mais de toute façon, on ne peut rien changer à ce que l'on sent ». Il est, lui, parfaitement déterminé à avoir un enfant et manifestement confiant dans les chances d'y parvenir.

Mme P... est la neuvième ou dixième enfant, selon qu'on compte ou non l'enfant mort, d'une fratrie de douze. Sa mère est morte d'épilepsie à 42 ans, quelques mois après la naissance du dernier enfant. Mme P... avait alors 7 ans.

Elle n'a jamais cru vraiment à la mort de sa mère, affirme que personne ne le lui avait dit, et elle a attendu son retour. Tous les enfants ont été élevés par le père et la grand-mère paternelle, une femme très dure et autoritaire. Le père et la grand-mère sont morts la même année, alors que la patiente avait 14 ans. La sœur aînée a recueilli alors les six derniers enfants chez elle. Trois ans avant notre entretien, après la guérison de son mari, Mme P... arrête de travailler, souhaitant consacrer toute son énergie à son projet d'enfant. Elle est la seule des filles de sa fratrie à ne pas en avoir eu, toutes les autres ont été « prises » tout de suite et en ont plusieurs. Mme P... se sent exclue de la grossesse et de l'accouchement, autant d'événements merveilleux réservés à ses sœurs.

Elle me rapporte qu'à partir de l'échec des inséminations, un jour, brutalement, lui est revenue à l'esprit une phrase de sa grand-mère : « Sur douze, il y en aura une qui sera stérile. »

Quelle portée a pu avoir cette phrase proférée par la grand-mère il y a plus de dix-huit ans ? Nombre de patientes, dans ces entretiens, nous ont rapporté des « commentaires » analogues. Comment les interpréter ? Comme une malédiction, sur le modèle de la surdétermination, ou bien fonctionnent-elles comme une reconstruction après coup d'un message provenant de leur propre inconscient ?

Dans le cas de Mme P... apparaît la force dynamique du clivage qui a permis à cette femme de projeter la haine ressentie pour cette grand-mère sur moi. J'en suis restée dépositaire, investie de ce pouvoir maléfique, par un processus de clivage qui l'a aidé, elle, à récupérer un espace de liberté libidinale. La réticence, voire l'hostilité, qu'elle m'a montrées au cours de nos trois entretiens étaient une manière de me faire jouer un contre-pouvoir haineux aussi fort que le pouvoir de la grand-mère qui avait toujours tyrannisé la mère, femme faible et douce, morte peut-être de trop de maternités et de trop d'enfants méchants ?

Mme P... redoute énormément la mort ainsi que la maladie d'un de ses proches. On peut imaginer la charge de culpabilité inconsciente qu'elle a ressentie, enfant, à la mort de sa mère, culpabilité vraisemblablement ravivée par la menace de mort ayant pesé sur le mari, et qui a entraîné une crainte terrible pour la santé de l'enfant issu du sperme malade, fantasmé comme mortifère du mari.

Mme P... pense également qu'il y a en elle quelque chose « qui ne marche pas » et que rien de bien ne peut lui arriver. Maintenant que les inséminations sont faites avec le sperme d'un donneur sain et non plus celui, malade, du mari, c'est elle qui est en cause et le poids de la formulation grand-maternelle s'en trouve réactualisé. Elle me raconte un rêve : elle a un bébé, et il est couché à côté d'elle dans son lit. Son père et sa mère viennent pour emmener l'enfant avec eux. Elle les supplie de le lui laisser. La grand-mère insiste quand même. Mme P... se réveille sans savoir qui l'emportera. La mort était peut-être le lieu où vont les parents et aussi celui d'où viennent les enfants, lieu sans doute régi par la grand-mère, sorcière malfaisante, à

laquelle ne pouvait s'opposer qu'une autre sorcière, partie clivée, projetée dans la thérapeute, de sa propre haine. Le « une sera stérile » de la grand-mère avait pris des détours bien compliqués pour trouver une voie de réalisation. En effet, cette patiente qui n'arrivait pas à concevoir après vingt-trois cycles sous haute surveillance n'était pas une femme « biologiquement » stérile. Du fait des traitements imposés par la stérilité du mari, elle n'arrivait pas à concevoir et était, elle aussi, devenue stérile. On assiste ainsi, assez fréquemment, à la survenue de stérilités que l'on peut qualifier de quasi expérimentales.

Le mauvais en elle, était-ce d'avoir fait ou laissé mourir la mère ? Dans cette sentence lancée à la cantonade, peut-être même reconstruite après coup, la grand-mère avait organisé son destin et l'avait nommée meurtrière sans la désigner précisément. Mais meurtrière de qui ? De la mère ? Du mari ? De l'enfant à venir ? Mme P..., en tout cas, s'était reconnue et avait sans doute perdu sa mère une nouvelle fois, mère morte de trop d'enfants ou de la faute d'une seule — « Une sur douze ».

J'ai su par l'équipe médicale que Mme P... avait été enceinte à la suite de l'insémination pratiquée le lendemain de notre troisième et dernier entretien et qu'elle avait accouché d'un petit garçon.

On peut voir, dans ce résumé succinct, à quel point devenir stérile peut être fonction de variables discontinues résultant de liaisons compliquées où l'intrication de la vie et de la mort est particulièrement complexe. Car c'est le mari qui était devenu stérile du fait d'une maladie grave.

Ainsi se pose la question de celui qui était stérile dans ce couple : le mari bien sûr, dont le sperme avait été détruit par les rayons qui l'ont guéri de son cancer. Mais aussi la femme qui s'est brusquement retrouvée porteuse d'une sentence oubliée jusque-là qui a ramené les morts de son passé dans sa vie présente. Pour elle, l'identification à la mère, aux sœurs, à la lignée féminine féconde dont jusque-là elle s'était sentie exclue, passait par la lutte victorieuse contre la sentence de castration imposée peut-être par la grand-mère, ou plus probablement par les rejetons inconscients de ses désirs infantiles.

On peut finalement se demander quelle place symbolique la technique a occupé dans ce combat.

Don d'ovocytes

M. et Mme G... ont 35 et 37 ans et sont mariés depuis quatre ans. Le diagnostic, après plusieurs tentatives infructueuses de fécondation *in vitro*, est celui de ménopause précoce, survenue à l'âge de 32 ans.

Le programme de don d'ovocytes venant d'être mis en route, l'équipe pro-

pose au couple ce traitement nouveau, seul envisageable actuellement contre cette forme de stérilité. Le protocole proposait le choix entre une donneuse anonyme ou une donneuse choisie par eux. Après de multiples hésitations, ils ont choisi la deuxième solution. Une amie, mère de trois enfants, leur avait proposé son aide, mais ils y ont finalement renoncé, ne se sentant pas le droit d'imposer cette épreuve de souffrance physique à leur amie car, paradoxalement, la technique est beaucoup plus contraignante pour la femme donneuse que pour la femme receveuse. Et cette donneuse aurait peut-être pu souhaiter un jour rencontrer « son » enfant.

Le couple G... a l'impression d'être engagé dans une aventure qui les implique et les valorise narcissiquement par l'utilisation d'une technologie médicale de pointe. « Nous aurons été jusqu'au bout de ce qui est actuellement possible à la science », me diront-ils. M. G... est fils unique, mais son père est déjà grand-père du fait d'un autre fils, issu d'un premier mariage. Sa mère souhaite beaucoup que ce fils unique ait un enfant, puisqu'il n'est pas stérile, et les rend, son mari et elle, grands-parents ensemble. Mme G... me paraît inhibée, mal à l'aise, mal dans son corps, très dépendante de son mari qui est celui qui pense, qui parle. Dans sa tenue vestimentaire et verbale elle est effacée, tassée, repliée. Je me suis demandé si c'était là un effet de la blessure de la stérilité. Elle affirme que le don d'ovocytes ne lui pose aucun problème : « C'est comme si on me donnait du sang, tandis que le sperme, c'est autre chose, c'est lui qui fait tout. » L'évocation sang-sperme se fait souvent au détriment du premier terme pour toutes les patientes qui abordent cette comparaison spontanément et dont les maris ont un sperme au pouvoir fécondant. Du sang perdu des règles au sperme de la conception... Faisant un très grand effort pour s'exprimer, elle me dira au moment de partir : « Je ne me sentirai femme que si je deviens mère. »

Intervient alors le remplacement de l'embryon et je revois le couple à ce moment. Mme G... éprouve des sentiments de compassion pour cet embryon congelé, solitaire, qu'elle ressent totalement comme le sien depuis qu'il a été fécondé par le sperme de son mari. Elle a hâte de le voir intégrer la chaleur de son ventre maternel et de déployer ses talents pour qu'il s'y accroche. Elle pourra le faire éclore dans la fusion de la grossesse, puis le retrouver dans la séparation de l'accouchement. Elle rapporte un rêve de la nuit précédente, dans lequel elle voyait son grand-père mort peu de temps auparavant. Il était sur le point de mourir et elle lui demandait d'attendre qu'elle ait cet enfant pour qu'il devienne arrière-grand-père. J'ai pensé que c'était le moyen de replacer cet embryon dans la filiation générationnelle. Replacer l'embryon est un acte très simple sur le plan médical, mais très investi par les patients sur le plan symbolique et qu'on a pu considérer comme un équivalent de scène primitive. Je crois qu'il serait naïf de considérer ce moment comme tel et de rabattre « l'originaire sur l'origine ».

De par notre pratique analytique nous savons quels déguisements peut prendre la représentation de la scène primitive de tout un chacun et quelles transformations s'opèrent dans sa reconstruction. De même nous savons combien complexes sont les personnages qui y sont figurés. Meltzer en dénombrait 5, Winnicott davantage, selon qu'on compte une ou deux générations et le double masculin et féminin de chacun des parents. L'arithmétique psychique étant très compliquée, nous ne pouvons que faire l'effort transitoire, nécessaire à toute recherche, de ne pas inférer trop vite du réel à un modèle conceptuel déjà en place.

Après le remplacement proprement dit, le couple imagine ce qu'il racontera à l'enfant des circonstances de sa naissance. Un fantasme se retrouve chez pratiquement tous les couples rencontrés : « Ce jour-là, dans cinq, dix ans, quand il sera grand, toutes ces méthodes seront tellement banalisées qu'elles feront l'objet de conversations humoristiques dans les cours d'écoles. »

Il me semble que c'est nier là l'intérêt porté par chacun d'entre nous à ses origines, quel que soit le mode de procréation dont il est issu. Cette dénégation est peut-être une réparation partielle de la blessure narcissique éprouvée par ces patients stériles.

En même temps, c'est reposer encore la question du statut de la scène primitive, fantasme originaire organisateur de notre psychisme et celle du mystère de la conception qui se repose pour chaque humain, indépendamment de la technique.

Mme G... m'a donné l'impression d'être engagée dans un combat vital pour son identité : pouvoir devenir mère, alors qu'elle est ménopausée avant l'âge. Cela lui donnera la possibilité de trouver ou de retrouver une identité de femme. Il ne me semble pas qu'on puisse lier cette attitude au diagnostic de ménopause car j'ai vu des patientes atteintes de dysgénésies gonadiques, comme le syndrome de Turner ainsi que des femmes ayant subi une castration chirurgicale, réagir de la même façon.

Quelques semaines plus tard, j'apprends que Mme G... est enceinte. Elle accouchera de jumeaux garçons. Je la revois quand ceux-ci ont deux mois. Mme G... est transformée, active, vive, alerte, maquillée, habillée avec recherche, s'activant sans relâche pour s'occuper de ses deux très beaux enfants. C'est elle qui les a faits « avec son ventre, son amour, ses caresses, et le sperme de son mari », me déclarera-t-elle.

Etre mère pour être femme ? Devenir mère pour devenir femme...

Sans nous laisser prendre au piège du manifeste, du montré, du voulu, nous ne pouvons que constater un changement chez cette femme qui a probablement ainsi rejoint l'identification à sa propre mère. S'agit-il d'un enfant dérobé à la mère sur un mode prégénital, d'un enfant désiré du père sur le mode œdipien ? Seul un travail approfondi, avec un vrai matériel analytique associatif, permettrait de répondre à cette question. Rappelons qu'avant la mise en place du pro-

tocele de don anonyme ce couple avait commencé par chercher autour de lui une donneuse, membre de la famille ou amie proche. Devant les difficultés relationnelles rencontrées, ils ont finalement choisi le don anonyme. On peut alors noter un mouvement de soulagement psychique. Ce soulagement concerne les inquiétudes quant aux liens éventuels de l'enfant avec la donneuse et sa mainmise possible sur lui, ainsi qu'à la complication des relations interpersonnelles transgénérationnelles futures. Il nous a semblé que l'anonymat de la donneuse à ce moment de leur trajectoire a libéré ces patients d'une dépendance trop réelle, permettant par la réduction de la dette contractée l'émergence de leurs fantasmes propres. L'enfant à venir a pu alors être imaginé comme issu magiquement de la technologie, et de leur propre histoire.

Par ailleurs, les couples qui choisissent un don d'ovocytes direct expriment avec tout autant de force leur soulagement de connaître la donneuse, et de choisir de partager son patrimoine génétique. Dans le cas où c'est la sœur qui donne ses ovocytes, ce patrimoine est généralement revendiqué comme faisant partie d'un héritage commun, mais ceci est une autre histoire.

Le don d'ovocytes réalise une situation inverse par rapport à ce qui est communément admis : le père est biologiquement certain, la mère est incertaine. Réparer un destin biologique mutilant ou castrateur a toujours été un objectif thérapeutique, mais dans ces cas l'équipe médicale devient créatrice de filiations et de générations jusque-là impossibles.

La prépondérance de deux éléments constitutifs des fantasmes de nos patients nous est apparue dans tous les entretiens : la grossesse de la mère et le sperme du père.

Devenir enceinte, le rester et accoucher est le processus dynamique fondamental où va se tester la capacité des patientes à devenir mère, donc femme. La grossesse bouleverse l'énoncé du destin féminin mutilant dans ce déroulement de traitement de la stérilité.

Le deuxième élément fantasmatique répété s'énonce ainsi : sperme du papa dans le ventre de la maman = bébé.

Le sperme est alors représenté comme la petite graine des récits faits aux enfants, qui escamotent le mode d'arrivée de cette petite graine dans le ventre. C'est une des théories sexuelles infantiles, déjà largement rapportée dans la fécondation *in vitro* en général. On a souvent dit que la dissociation de la sexualité et de la reproduction évacuait le fantasme de scène primitive. Il nous semble plutôt que cette scène se transpose autrement et ailleurs, d'une manière qui reste à évaluer. Nous formulons l'hypothèse que seule la puissance de la femme receveuse est représentée comme pouvant donner véritablement la vie. Tout se passe comme si l'ovocyte n'avait pas de poids. La grossesse efface l'ovocyte, transforme l'embryon en enfant et la femme stérile en mère.

Se trouve ainsi privilégiée la capacité de la receveuse à accueillir, nourrir et mener à terme l'embryon, ce qui la fait apparaître aux yeux du couple comme la mère véritable. Il ne semble pas y avoir de symétrie à ce niveau entre les deux sexes et si nous comparons ces dons d'ovocytes au don de sperme, nous pouvons constater que ce dernier ne guérit pas la stérilité de l'homme mais lui permet de réaliser son désir d'enfant et de devenir parent à l'intérieur de la communauté sociale des parents. Pour certains hommes, la blessure narcissique de la stérilité reste néanmoins douloureuse malgré l'existence de l'enfant. En revanche, le don d'ovocytes « guérit » fantasmatiquement la stérilité de la femme, car elle peut devenir enceinte et accoucher d'un enfant porté à l'intérieur de son corps, malgré la persistance de son déficit somatique. C'est un changement de destinée biologique, qui par la grossesse permet de réintégrer la communauté des femmes virtuellement aptes à devenir mères, comme la mère originelle. Lorsque je les rencontre, j'ai le sentiment que ces femmes vivent une réelle réparation de la castration présente dans leur développement. Nous nous trouvons devant une évolution qui met en place un déni de leur stérilité, n'entraînant peut-être pas de conséquences pathologiques et qui pourrait donc être décrit comme déni « sain », réparateur.

Nous voyons ici le faible poids du biologique et du génome par rapport à la représentation fantasmatique qui, seule, organise le réel et lui donne son sens.

Il est bien évident que je n'ai fait qu'effleurer dans ce travail le champ de questions qui se présentent à nous et qui englobent le statut de la représentation, celui du traumatisme, ainsi que le mode de transmission des fantasmes originaires. Il paraît très difficile d'affirmer que la parentalité génétique est celle qui fait loi et il nous faudra du temps pour tenter de mieux comprendre les mécanismes de transmission psychique de ces situations aux enfants ainsi mis au monde.

