

Élisabeth du Boucher-Lasry

Les enjeux symboliques de la procréation médicalement assistée

Avant-Propos

Dix ans après son écriture, ce texte appelle, bien sûr, quelques commentaires et remarques, en rapport notamment avec l'évolution rapide de la PMA.

Pour prendre un exemple, le développement et la multiplication des centres de PMA dans des pays (Espagne, Grèce, Roumanie...) où les lois concernant « l'éthique » sont différentes des lois françaises, a entraîné une forte augmentation des cas de femmes seules en désir d'enfant qui font le déplacement et se présentent dans ces centres pour un don de sperme, voire si elles sont âgées, un double don de sperme et d'ovocytes. Le lecteur aura compris que les problématiques de la parentalité formulées dans ce texte il y a dix ans, pourraient être complétées par de nouveaux questionnements liés à la diversification rapide des pratiques de PMA.

D'où viennent les enfants ? Quel rapport entre la différence des sexes et celle des générations ? Quel rapport entre l'enfant et la sexualité des parents ? Qu'est-ce qu'un père ? Que veut une femme ? Toutes ces questions font le cœur des fictions qu'invente chaque sujet dès lors qu'il doit aborder l'énigme de son origine.

Le fait de procréer hors rapport sexuel, hors corps, à travers l'intervention de tiers, en utilisant des embryons frais, ou congelés avant d'être implantés, tout cela peut brouiller les repères entre sexe et génération, entre parentalité et filiation, et oblige à repenser ce que l'on pensait aller de soi, dans la mesure où on n'y pensait pas.

Je vais m'efforcer de pointer les questions qui me paraissent les plus saillantes, soulevées par la procréation médicalement assistée, en regardant successivement du côté du réel, puis de l'imaginaire et enfin du symbolique.

Commençons par rappeler brièvement l'historique des bouleversements, du contrôle des naissances au premier bébé-éprouvette.

Le 28 décembre 1967, le Parlement français vote solennellement la loi Neuwirth qui autorise la pilule anticonceptionnelle et dépénalise l'usage des contraceptifs. La reconnaissance de ce premier « droit » à la contraception inaugure une longue série de principes nouveaux — droits des femmes, droits sexuels, droits reproductifs — qui vont bouleverser radicalement nos sociétés. La Loi Veil, votée le 16 janvier 1975, autorise

l'avortement. Voilà pour le droit au contrôle des naissances dont Moustapha Safouan soulignait déjà les effets en 1976 : « Et qui ne sait que les moyens techniques du *birthcontrol* mis à la disposition de la femme ont considérablement renforcé ses fixations et rendu des plus difficiles la solution de la question de son désir¹ ? »

Du côté du forçage de la reproduction, le premier pas date de 1973 avec l'organisation du don anonyme de sperme, et la création des CECOS — les banques de sperme — par les autorités publiques. C'est maintenant la loi de 1994 sur la bioéthique qui régleme les conditions des dons de sperme et d'ovocytes. Avec la légalisation de l'insémination artificielle, il devient possible de faire un enfant hors acte sexuel sans être hors la loi.

Puis en 1978, arrive le premier bébé-épiprouvette en Angleterre. Les gamètes prélevés chez le mari et sa femme sont mis en contact les uns avec les autres dans une éprouvette contenant le milieu de culture ad hoc. Après fécondation des ovocytes par les spermatozoïdes, les zygotes se forment (le zygote est le premier stade de l'embryon). Il s'en forme généralement plusieurs, car plusieurs ovocytes sont présents dans l'épiprouvette. Au bout de deux jours, quelquefois un peu plus dans certaines variantes techniques, deux ou trois de ces embryons sont transférés dans la cavité utérine. En cas de réussite de la nidation, la gestation du bébé se poursuit *in utero* comme depuis l'aube des temps. Dans ce cas précis, la parenté sociale et la parenté biologique coïncident.

Notons pourtant tout de suite, que sous ces apparences relativement classiques, ce nouveau réel de la procréation introduit des changements dans l'imaginaire et le symbolique.

Premier changement : il était auparavant impossible de fabriquer des bébés hors corps. Il devient possible d'obtenir la fécondation des gamètes hors acte sexuel comme dans le don de sperme, mais aussi pour la première fois hors corps, hors du corps de la femme. Ce nouveau réel change, à tout le moins, le statut de la scène primitive.

Deuxième changement : on touche le vieil adage qui dit : *pater semper incertus, sed mater certa est*. Avec cette nouvelle technique de fécondation *in vitro*, le père devient aussi certain que la mère, la certitude étant attestée par l'acte technique de fécondation des gamètes *in vitro*.

Les embryons qui se sont formés dans l'épiprouvette et qui n'ont pas été transférés *in utero*, deviennent « surnuméraires ». Ces embryons sont

¹ M. Safouan, *Sexualité féminine*, Paris, Seuil, 1976, p. 155.

congelés. Ainsi, en cas d'échec du premier transfert, ils pourront servir aux tentatives suivantes. Pour chaque nouvelle tentative, on décongèle plusieurs embryons, car peu survivent à la décongélation. Ensuite, deux ou trois embryons survivants sont transférés *in utero*. Le passage par la congélation peut durer plusieurs années, selon les succès de la gestation, et selon le nombre de naissances souhaitées par les parents.

On pourrait dire que les enfants issus de la même fécondation initiale *in vitro* sont des jumeaux d'un troisième type : fécondés le même jour des mêmes parents. Ces embryons fécondés le même jour des mêmes parents, puis congelés pendant plusieurs années, peuvent finalement, en fonction des dates des grossesses successives, constituer une fratrie d'enfants nés à plusieurs années de distance. Les enfants nés d'embryons datant de la même ponction ne se distinguent pas par la différence temporelle, c'est comme s'ils avaient le même âge, ils semblent comme les répétitions d'une production en série. Nous ne connaissons pas encore l'incidence dans l'imaginaire de ces enfants, de cette dissociation entre la date de la fécondation et celle de la naissance.

L'enfant issu d'un don d'ovocyte a deux mères, l'une génétique, l'autre sociale, et un seul père génétique, social et certain. Ainsi l'adage déjà cité *pater semper incertus, sed mater certa est* est dans ce cas inversé : *pater certus est, sed mater incerta*, le père est ici unique et certain, et il y a deux mères. En outre l'accouchement, pour la première fois dans l'histoire humaine, ne signe plus la certitude de la maternité. Et cela au moment même où le père devient non pas certain, mais plutôt : certifié par les techniciens biologistes.

En cas de stérilité à la fois chez l'homme et la femme, un don d'embryon peut être effectué par un couple ayant suivi les mêmes traitements et bénéficiant d'embryons surnuméraires. L'enfant aura alors quatre parents, deux biologiques et deux sociaux.

Depuis une dizaine d'années environ, les biologistes mettent en œuvre une nouvelle technique de fécondation par introduction directe du spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte. Cette nouvelle technique, nommée ICSI ou IMSI selon les variantes, est de plus en plus utilisée en raison des meilleurs résultats statistiques. Dans cette technique, l'ovocyte et le spermatozoïde sont choisis par l'équipe médicale, ce qui ne laisse plus de place au hasard. Le forçage du réel biologique augmente, et il a des conséquences importantes comme, par exemple, l'augmentation de la fréquence de transmission de la stérilité masculine.

Plus récemment aussi, apparaissent les mères porteuses. Elles accueillent, le temps d'une gestation, l'embryon d'un couple dans lequel la femme est privée d'un utérus compatible avec le déroulement d'une grossesse. L'enfant aura un père génétique, et deux mères, l'une génétique et sociale, l'autre gestatrice.

La procréation médicalement assistée semble désormais une pratique sociale banalisée qui a déjà donné lieu à environ un million de naissances dans le monde. Cette apparente banalisation est un leurre. D'une part, les couples se retrouvent pris dans un contexte de médecine toute-puissante et les femmes sont astreintes à un parcours du combattant : traitement hormonal massif, examens de laboratoire, fréquentation assidue du centre de procréation médicalement assistée. D'autre part, les couples sont confrontés à des choix difficiles : combien faut-il transférer d'embryons ? Puis, en cas de grossesses multiples, faut-il accepter ou non la réduction embryonnaire ? Après les naissances attendues, que faire des embryons surnuméraires ? Choisir de les donner à la science, à un autre couple, ou décider de les détruire ?

Les équipes médicales agissent dans une logique d'efficacité qui emprunte au style industriel. Les médecins étiquettent par exemple certaines femmes comme « mauvaises répondeuses » : celles qui ne fabriquent pas assez d'ovocytes malgré le traitement hormonal massif, et qui détériorent donc les statistiques de succès technique dont dépend l'habilitation des services, habilitation nécessaire à la poursuite de leur activité. Les médecins se plaignent, mais le plus souvent, ils ne s'interrogent pas sur la possibilité d'une signification subjective de ces mauvaises réponses. La demande d'enfants des couples stériles est prise pour argent comptant dans un contexte où les médecins sont accaparés par le questionnement scientifique et les couples stériles peu enclins à la parole. La médecine y répond en réduisant le phénomène de la procréation à une manipulation de substances, et ainsi ramène-t-elle les hommes et les femmes à des êtres indifférenciés sexuellement.

Dans une démarche tissée de bonnes intentions et de bons sentiments, la science, sollicitée par le couple, sa demande d'enfants et son « projet parental », en vient à éradiquer ce que le désir sexuel peut porter de fécondité insue et met à l'arrière-plan une question essentielle pour les femmes, celle de leur féminité. Elle prend le pouvoir et institue le discours du maître dans lequel le *pater semper incertus* tend à être évincé. Ainsi, les femmes risquent d'être dépossédées notamment des voies d'accès à un chiffre particulier.

Cependant l'inconscient joue des tours, et nargue le maître. Pour commencer, environ dix pour cent des femmes supposées stériles tombent enceintes immédiatement, naturellement et avant tout traitement dès lors qu'elles ont été acceptées sur les listes d'attente en PMA. D'autre part, en cours de FIV, un nombre significativement élevé de femmes passe à l'acte avec un amant, peut-être pour essayer de rétablir à leur insu, le *pater incertus*.

Les bouleversements dans le registre de l'imaginaire sont multiples, j'en ai déjà évoqués quelques-uns au passage. Je vais m'attacher à deux enjeux spécifiques de la FIV parmi beaucoup d'autres : les fantasmes de parthénogenèse pour commencer, puis la question de l'enfant imaginaire.

Avant l'Œdipe, les enfants pensent qu'ils peuvent avoir un enfant tout seul, comme le fait remarquer déjà Freud dès 1905². C'est l'achèvement de la réponse œdipienne de trois à cinq ans, qui permet à l'enfant d'établir le lien entre l'acte sexuel et l'origine des bébés. Le double traumatisme de la sexualité stérile puis du traitement par FIV met en cause violemment la réponse œdipienne. Une régression imaginaire en résulte assez souvent sous la forme d'une réémergence des théories infantiles et en particulier des fantasmes parthéno-génétiques. La clinique montre que la procréation médicalement assistée permet aux couples infertiles un déni inconscient de leur infertilité. Si l'on pense à l'imaginaire sur l'origine asexuée des enfants, au niveau psychique la naissance du bébé fécondé *in vitro* signifierait le déni dans la réalité du lien œdipien qui postule à l'origine d'une nouvelle génération, l'acte unissant deux individus de sexe différent. Si tel est l'imaginaire sur l'origine des enfants, comment les parents se conçoivent-ils eux-mêmes en tant que parents de ces enfants-là ? En tant que parents de ces enfants de la science, certains d'entre eux aussi bien hommes que femmes ont recours aux théories sexuelles infantiles préœdipiennes de parthénogenèse pour élaborer cette parentalité hors acte sexuel. L'analogie avec le mythe de la naissance d'Athéna sortant toute armée de la tête de Zeus, mérite d'être relevée.

Ces fantasmes parthéno-génétiques ne sont pas présents au même degré chez tous les couples stériles. Ils sont variables dans leur expression, mais on les retrouve dans les deux sexes. Notons qu'Hélène Deutsch en 1933, parle déjà d'une cure d'une patiente figée dans une identification à la

² S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », deuxième essai « Sexualité infantile », *O. C.*, t. VI, Paris, PUF, 2006, p. 132.

mère de la relation précœdipienne, patiente dont le fantasme est la procréation par parthénogenèse. Hélène Deutsch pointe aussi que c'est « le fantasme parthénogénétique lié à une nostalgie des enfants, garçons comme filles, qui a produit le mythe de l'immaculée conception³ ».

Indépendamment de la cause masculine ou féminine de la stérilité, dans certains couples en PMA, mères et pères revendiquent, inconsciemment bien sûr, être le seul parent procréateur. Il n'y a plus pour l'enfant un père et une mère distincts et opposés, mais un seul parent « complet ». Il s'institue ainsi une sorte de rivalité, plus ou moins forte selon les couples, concernant le rôle parental assimilé à un seul rôle non marqué sexuellement, non « manquant » de l'autre sexe. De la triade père/mère/enfant, il ne resterait dans cet imaginaire parental que la dualité parent-tout-puissant/enfant. Cette problématique perturbe bien sûr aussi le lien de la filiation qui se construit normalement sur la base d'une relation à trois, et qui comporte au moins trois générations différentes sur les deux lignées.

Passons maintenant à la question de l'enfant imaginaire. L'enfant à venir, avant même sa conception puis durant sa vie intra-utérine, est d'abord imaginé, imaginé comme un enfant parfait, attendu comme « merveilleux (ou terrifiant) qui, de génération en génération, témoigne des rêves et des désirs de ses parents⁴ » souligne Serge Leclair. Il comblera ses parents en les faisant devenir adultes. Le processus de filiation implique le renoncement à cet enfant imaginaire pour accepter progressivement la réalité de l'enfant après sa naissance.

Qu'en est-il de l'enfant imaginaire dans le contexte de la PMA ?

Les parents ont du mal à échapper à la fascination de leur enfant miraculeux, de cet enfant de la dernière chance, de cet enfant sauveur qui leur a permis de restaurer leur narcissisme blessé ainsi que leur intégrité sexuelle et sociale entamée par la stérilité. L'ambivalence commune est, pour ces parents, plus fortement accentuée : ambivalence entre cet enfant tout puissant, ce héros rescapé de la décongélation, et la peur, parfois panique, de donner naissance à un enfant mal formé. Comment ne pas évoquer Œdipe, enfant de parents ayant vécu une période de stérilité, survivant improbable d'une exposition meurtrière sur le mont Cithéron.

³ H. Deutsch, *Maternité et sexualité*, Paris, Seuil, coll. Le Champ Freudien, 1933, dans « Les "comme-si" et autres textes », p. 27.

⁴ S. Leclair, *On tue un enfant*, Paris, Seuil, 1981, p. 11.

J'en viens maintenant à évoquer quelques aspects de l'impact de la procréation médicalement assistée dans le registre du symbolique. J'évoquerai trois questions, là encore parmi beaucoup d'autres.

Voyons tout d'abord la question de l'inscription dans la lignée. La venue du premier enfant d'un couple représente une époque particulière concernant l'identité dans l'axe des générations. Pour élaborer psychiquement la venue de leur premier enfant, les couples doivent pouvoir reprendre le lien de filiation construit dans leur enfance. Avant même d'aborder la procréation médicalement assistée, les couples stériles sont déjà en souffrance du fait du diagnostic de leur stérilité qui touche aussi à l'inscription dans la lignée : on se doit aussi d'avoir un enfant pour acquitter une dette trans-générationnelle, on doit un petit enfant à ses parents. Ainsi, à la souffrance, première, traumatique, de l'infertilité, vient s'ajouter la souffrance de ne pouvoir s'acquitter d'une dette.

Autre question : celle de la forclusion du désir d'enfant au profit du « projet parental ».

Un autre point d'achoppement provient de l'absence, très fréquente, de recherche, par les équipes médicales, du contexte de la stérilité des couples en PMA. Si certaines stérilités ont une cause biologique évidente (absence de trompes chez la femme, par exemple), d'autres stérilités n'ont pas de causes connues. La clinique analytique nous enseigne que parmi ces stérilités « sans cause » un certain nombre (mais pas toutes) peuvent être liées à un contexte inconscient précis qui induit la réponse du corps. L'ambivalence du désir d'enfant d'un des parents, ou des deux, n'arrête pas le processus médical quand le vrai questionnement sur le désir d'enfant n'a pas eu lieu.

Le forçage du corps par les techniques de procréation médicalement assistée peut conduire à des situations inquiétantes pour les enfants qui vont naître dans ces conditions. Puisqu'il arrive même, ce n'est pas rare — je vous cite cet exemple pour pointer l'état de ces choses — que des couples soient admis en FIV par une équipe médicale qui n'a pas pu comprendre que la cause de l'absence de grossesse est, tout simplement, l'absence de sexualité. Comment pourront-ils, ces enfants, démêler un jour l'écheveau de leur origine, alors même que l'ambivalence du désir d'enfant de leurs parents sera masquée à leurs yeux par les efforts manifestes et considérables que la procréation médicalement assistée leur aura imposés, renforçant la dette héritée de cette procréation laborieuse.

Pour finir, quelques mots sur les fragilités du symbolique. Que le symbolique tienne le coup, que l'Œdipe reste l'Œdipe, c'est probable, c'est

en somme dans sa nature de roseau topologique de résister à de grandes tempêtes. Le nœud borroméen, par exemple, on peut le malaxer, le tournicoter, l'embrouiller, c'est toujours un nœud borroméen. La topologie, les propriétés topologiques c'est justement ce qui a la résilience du roseau. Si l'Œdipe reste l'Œdipe comme structure du sujet, c'est une tout autre histoire de savoir comment les sujets nés dans le contexte de la PMA pourront franchir sans trop de difficultés les temps de l'Œdipe et recevoir les points d'appuis adéquats pour ce qu'ils ont à construire pour eux-mêmes : comment, par exemple, se fera pour eux le nouage du réel, de l'imaginaire et du symbolique.

Certes, la pierre de Rosette attend tranquillement, enfouie, immuable, inchangée. Mais que Bouchard ne la remarque pas, ou que Champollion ne manifeste pas le désir de la lire, voilà sa fragilité. C'est à cette difficulté, qui est du côté des parlêtres aux prises avec le symbolique, que tient la fragilité de l'édifice symbolique. C'est ce qu'écrit Marie-Magdeleine Chatel :

On ne sait pas comment, dans le discours de la descendance, nous reviendra le fait qu'il y aura eu des embryons congelés, gardés, puis détruits, ou offerts à un autre couple en tout anonymat, ou encore donnés à la recherche médicale, ni comment chemineront dans la filiation les secrets sur les dons de sperme, d'ovocytes, d'embryons sans nom, généreusement offerts par un couple anonyme ? Vouloir croire que le progrès ne modifie pas les acquis, vouloir croire que l'édifice symbolique reste hors temps, hors contingence, qu'il tient tout seul, c'est ignorer sciemment que ce qu'on exclue d'un côté fera retour d'un autre. En effet, l'édifice symbolique a ses fragilités, il est étayé par nos rites, nos usages, nos modes juridiques d'inscrire la filiation, il tient aussi à nos institutions publiques, à nos pratiques scientifiques, à notre gestion économique et spectaculaire. Il est symptomatique⁵.

Pour conclure, ces bouleversements dans le réel, l'imaginaire et le symbolique de la procréation, exposent peut-être les sujets à de plus forts risques psychiques. La procréation artificielle met en jeu une tout autre dynamique que la procréation qu'on a l'habitude de qualifier de naturelle. Dans la procréation artificielle, une femme interchangeable se prête à la jouissance de l'autre, « le praticien », pour avoir l'enfant, signe de succès, alors que, dans l'amour, une femme particulière cause le désir d'un homme, condition d'une jouissance pour rien.

⁵ M.-M. Chatel, *Malaise dans la Procréation*, Paris, Albin Michel, 1993, p. 176.