



Benoît Bayle est psychiatre des hôpitaux, exerçant actuellement dans le service de psychiatrie infanto-juvénile des hôpitaux de Chartres dirigé par le docteur Pascaline Guérin. D'abord intéressé par la biologie, puis par la philosophie, avec une thèse consacrée à

“La nouvelle scène conceptionnelle ; contribution à l'éthique de la procréation”, il a consacré l'essentiel de ses recherches à la psychologie et à la pathologie de la conception.

Ses principaux ouvrages, dont *L'Embryon sur le divan* (2003) et *L'Enfant à naître* (2005), approfondissent cette réflexion et surviennent dans un monde et à une époque qui cherchent à présent leurs repères avec une certaine inquiétude dans les domaines de la sexualité et du rôle parental.



BENOÎT BAYLE

par Quentin Debray

? Quentin Debray : Benoît Bayle, vous êtes pédopsychiatre à Chartres dans le service de psychiatrie infanto-juvénile du docteur Guérin. Vous avez publié plusieurs articles et plus récemment quatre livres qui sont consacrés à la psychologie de la conception : *L'Embryon sur le divan*, chez Masson en 2003, *L'Enfant à naître*, chez Érès en 2005, *L'Identité conceptionnelle* en 2005 chez Penta et L'Harmattan, et vous avez dirigé un ouvrage collectif, *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance*, en 2006, chez Penta et L'Harmattan. Vous consacrez votre intérêt et vos recherches à la conception d'un enfant et à la façon dont cette conception peut être vécue par ses parents

et, ensuite, par lui-même. La conception joue un rôle majeur dans notre psychologie. C'est votre point de vue et l'objet de tous vos travaux, mais il faut bien convenir que, de nos jours, cette conception est parfois considérée de façon assez insouciante, d'un côté par la population générale, de l'autre par les techniques de procréation médicalement assistée. Nous assistons, d'un côté comme de l'autre, à des événements qui posent question. Enfin, il faut considérer que la conception peut aussi s'accomplir dans le cadre d'un traumatisme. Nous pensons évidemment au viol, mais il existe aussi des conceptions brutales dans un cadre de menace et de domination autoritaires, le père et la mère n'élevant pas forcément l'enfant ensemble ensuite. Les représentations qui s'organisent alors constituent une histoire ou une légende qui poursuivront



L'embryon sur le divan
Psychopathologie
de la conception humaine
Benoît Bayle
Masson, 2005



L'enfant à naître
Identité conceptuelle
et gestation psychique
Benoît Bayle
Éditions Érès, 2005

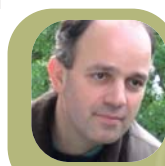
ensuite l'enfant. Je remarque que, de plus en plus, le plaisir et le désir sexuels se trouvent de plus en plus dissociés de la volonté de procréer, et que finalement la sexualité joue un rôle important à notre époque, alors que la procréation se trouve reléguée dans un ordre différent. Dans vos livres, vous utilisez souvent la belle expression d'identité conceptionnelle que vous avez vous-même façonnée. Qu'entendez-vous par cette expression ? Quelles en sont les conséquences ?

Benoît Bayle : J'ai découvert la notion d'identité conceptionnelle en étudiant la psychopathologie de la conception humaine. À partir de cas extrêmes, en particulier la conception après traumatisme sexuel, je me suis aperçu que l'être humain conçu ne se définit pas seulement dans le registre biologique, mais aussi dans un registre psychosocioculturel. Par exemple, quand j'ai commencé à m'intéresser à ce sujet, j'ai eu l'occasion de consulter le dossier médical d'un enfant issu d'un inceste, qui avait appris son origine vers l'âge de douze ans. Ce jeune homme était obsédé par son origine incestueuse et par le désir de mourir. Selon lui, il ne devait pas exister, ni être vivant. Il finit par se suicider. Depuis, j'ai eu l'occasion d'accompagner des adolescents issus de conception traumatique, qui ignoraient leur origine, mais en discutant avec leur mère, j'observais à quel point cette identité conceptionnelle particulière avait marqué les relations mère-enfant et restait problématique encore. Ces cas ne sont d'ailleurs pas aussi rares qu'on l'imagine habituellement. En réalité, être conçu d'un viol ou d'un inceste constitue une détermination identitaire qui n'a rien à voir avec le biologique, et cette identité conceptionnelle, qui est aussi celle de l'embryon ou du fœtus, marque déjà, avec force, la relation prénatale de la mère et de son enfant.

Mais il faut dépasser ces cas extrêmes. Tout être humain conçu possède une identité conceptionnelle, qui répond aux questions : "Qui suis-je ?", "d'où est-ce que je viens ?" Mon propre corps me pose ces questions fondamentales, mais il ne s'agit pas, là encore, d'une question seulement biologique, mais aussi onto-psychique : "Quel est mon être ?", "à qui dois-je la vie ?", etc. Seul autrui peut m'apprendre alors qui je suis, ou bien, me tromper sur ma propre identité. En fait, avant d'être fils ou fille de..., nous sommes "être conçu de

tel homme et de telle femme, à tel moment de l'histoire de l'humanité et en tel lieu du monde". Cette identité conceptionnelle participe à la construction de notre identité personnelle.

Si je cherche maintenant à comprendre sur le plan onto-psychique ce qu'est un embryon humain, je ne peux pas me contenter de le définir comme un matériau biologique, comme la réunion de deux gamètes, comme un zygote qui a une identité génétique, au sens biologique du terme, avec un génome, des chromosomes, de l'ADN, etc. — ce qui est pourtant déjà énorme ! L'embryon humain a aussi une identité conceptionnelle, il est "être conçu d'un homme et d'une femme", avec l'ensemble des déterminations psychosocioculturelles que cette définition suppose. Cet embryon est le fruit d'une rencontre, il est le fruit de deux histoires humaines singulières et il a sa biographie propre, son histoire. L'identité conceptionnelle donne une subjectivité à notre propre corps. Je sais par mon corps que je proviens de



deux "autrui" qui m'ont donné la vie, envers qui j'ai une dette de vie, mon histoire est dépendante de cette histoire qui est la leur, sans toutefois se confondre avec la mienne.

Q. D. : Si j'ai bien compris, il y a donc l'être conçu qui est l'héritier de deux histoires qui se rencontrent et en même temps l'histoire du couple qui a donné naissance à cet enfant, et cet enfant a lui-même sa propre histoire. Il y a une stratification historique des représentations qui se sont accumulées au-dessus de cet enfant. Il y a également les projections des deux parents sur cet être conçu. Ils vont lui décerner des espoirs, des qualités, voire un emploi dans la vie.

B. B. : Je suis d'accord avec cette idée de stratification. L'identité conceptionnelle rassemble l'identité des personnes qui l'ont conçue, l'homme et la femme, l'identité du couple, mais aussi la propre histoire de l'être conçu. Peu à peu, et cela commence probablement avec les questions que l'enfant se pose au sujet de sa

propre origine et de l'origine des enfants, l'être humain découvre que son être n'est pas clos sur lui-même. L'identité conceptionnelle lui impose de passer par autrui pour répondre à la question de sa propre identité. Son ego n'est pas enfermé sur lui-même dans la solitude. L'être humain, conçu et incarné, ne peut découvrir en dehors d'autrui la condition de sa propre existence. Seul autrui peut apporter une solution au mystère de sa propre identité, ce qui est une responsabilité immense pour les êtres humains. L'être conçu est l'incarnation d'une communauté d'existence entre deux êtres humains sexuellement différenciés. Je ne peux me poser la question "qui suis-je ?" sans découvrir autrui en moi-même : j'ai une dette à l'égard d'autrui. Autrui m'apparaît à l'intérieur de moi-même, autrui se reflète en moi. Je ne peux m'interroger en moi-même sur moi-même, sans me tourner vers l'histoire d'une rencontre interpersonnelle qui fonde, parfois avec ses aléas, mon existence. En ce sens, l'être humain conçu possède une véritable structure intersubjective. Il est ontologiquement, dans son être, en relation avec autrui à l'intérieur de lui-même.

Q. D. : Est-ce que l'on peut dire que les circonstances de la conception sont importantes ? Personnellement, j'ai été conçu en 1943 et ma naissance et mes premières semaines ont été environnées de bombardements alliés. Cela fait partie de ma légende. Donc, le moment et le lieu de la conception sont tout de même relativement importants. L'homme et la femme s'unissent dans le bonheur ou sous le poids de certaines difficultés.

B. B. : Il est certain que l'histoire conceptionnelle, et de façon plus vaste, l'histoire périnatale, peut être profondément significative pour la mère, pour les parents, au risque de marquer durablement la relation parents-enfant.

Il me vient à l'esprit l'histoire de cette femme. Fabienne entretenait une relation chaotique avec son ami. À la suite d'une dispute, le couple se sépare. Dans un esprit de vengeance, Fabienne a plusieurs relations sexuelles avec un homme alcoolique, qu'elle connaît à son travail. Elle se trouve enceinte de cet homme qu'elle déteste. Elle a honte d'elle-même, honte d'avoir agi par vengeance. Elle n'a pas voulu avorter, mais elle s'inquiète de sa capacité à accueillir l'enfant qu'elle porte, dont elle craint notamment qu'il ne res-

semble à son géniteur. Elle ne supporte pas l'idée de se rendre à son travail puisqu'elle pourrait y rencontrer cet homme, et elle met tout en œuvre pour que l'enfant à naître ne puisse pas avoir de relation avec son père conceptionnel. L'enfant de Fabienne incarne ainsi, dès la conception, une relation chargée à la fois de vengeance et de honte. Il est anticipé comme menaçant, potentiellement à l'image de ce géniteur alcoolique investi négativement.

Il n'est pas difficile de rapporter d'autres exemples assez sombres. En voici un autre. Au décours d'un viol, Thérèse mère, de façon réactionnelle, une vie sexuelle désordonnée avec des partenaires multiples. Elle tombe enceinte, ignore qui est le "père" de son enfant, et mène sa grossesse avec culpabilité. Elle ne pourra dire à son enfant quel est l'homme avec lequel elle l'a conçu.

Nous voyons bien que ces histoires peuvent faire le lit de difficultés importantes qui vont rejaillir sur le développement de l'enfant. Dans les cas que je qualifierais de "non pathologiques", l'histoire conceptionnelle et prénatale est marquante d'une autre façon, précisément parce qu'il s'agit d'une histoire ordinaire : être conçu d'un homme et d'une femme qui s'aiment, qui ont à peu près les pieds sur terre et qui sont suffisamment bien dans leurs baskets, le tout dans une société suffisamment en paix, voilà qui est sans doute de meilleur augure. Mais qui peut pourtant prédire l'avenir, heureux ou malheureux ? L'être humain conçu hérite de tout un ensemble de déterminations psychosociales qui fondent ce qu'il est. Sa biographie, son histoire personnelle, commence dès la période prénatale, dès la conception. Mais ce n'est qu'un commencement, et il ne faut sûrement pas présenter les notions d'identité conceptionnelle ou de biographie conceptionnelle comme des concepts déterministes. Il faut seulement prendre en compte ces données conceptionnelles et prénatales, et accompagner si besoin les situations dont on repère qu'elles ont un poids psychopathologique possible ou patent, sans jamais enfermer l'être humain conçu dans une prédiction qui serait nécessairement aliénante.

Dans ces situations où le praticien repère une "psychopathologie conceptionnelle", il faut alors considérer, dès la grossesse, trois dimensions qui sont imbriquées et qui marquent le développement de l'en-

fant. On repère en effet trois axes : identitaire, biographique, environnemental. Je ne reviens pas sur la question de l'identité conceptionnelle. C'est cela l'axe identitaire : être conçu d'un viol, être conçu pour remplacer un enfant mort (la problématique de l'enfant de remplacement), être conçu de parents malades mentaux, etc. Parallèlement, se pose la question de l'environnement : l'être humain conçu évolue dans un environnement psycho-affectif et social, qui comprend notamment les parents, la famille élargie et la société. Enfin, le troisième axe est biographique : l'être humain conçu possède, dès sa conception une histoire, son histoire, et cette histoire participe à son développement, comme nous venons de le suggérer.

Q. D. : Au total, l'identité conceptionnelle, c'est un ensemble relativement riche et qui mérite d'être respecté et construit avec soin. Là-dessus, vous utilisez un autre terme qui est celui de nidification psychique. Qu'est-ce qu'il faut entendre par ce mot ?

B. B. : Jusqu'à présent, les psychologues ou les psychiatres ont surtout envisagé la grossesse comme une période de remaniements psychiques pour la femme. L'originalité de la psychopathologie de la conception humaine, c'est sans doute de pouvoir aborder la grossesse dans la perspective du développement mental de l'être humain conçu, de l'enfant à naître. J'ai trouvé dans le dictionnaire de philosophie d'André Lalande (dont la première édition date de 1926 !) une définition de l'ontogenèse que j'aime citer, car elle correspond vraiment à ma démarche. Lalande définit l'ontogenèse comme le développement de l'individu, tant mental que physique, depuis la première forme embryonnaire jusqu'à l'âge adulte... C'est cette exploration du développement mental de l'être humain "dès la première forme embryonnaire", que j'avais envie d'entreprendre à travers la psychologie et la psychopathologie de la conception humaine, en particulier pour tenter de répondre à la question du risque psychologique éventuel des procréations artificielles. Comment comprendre en effet la conception artificielle si nous ignorons la psychologie de la procréation naturelle !

Nous disposons donc de travaux remarquables qui ont souligné les remaniements psychiques intenses qui surviennent au cours de la grossesse : Winnicott (la préoccupation maternelle primaire),

Brazelton, Racamier (la maternalité), Bydlowski (la transparence psychique), Raphael-Leff, etc. La grossesse déclenche chez la femme une sorte d'état psychique d'allure pathologique, puis tout rentre dans l'ordre quelques semaines après la naissance. Cependant, ces auteurs ont volontiers une vision finaliste de ce bouleversement émotionnel qui, selon eux, permet à la femme de s'adapter aux besoins de son enfant après la naissance. Il me paraît falloir envisager ces remaniements psychiques autrement et constater aussi l'intrusion de l'être humain conçu dans le corps et la psyché de la femme. La femme doit faire face à un véritable processus invasif : elle doit supporter la présence de l'être en gestation à l'intérieur d'elle. Les immunologistes disent bien que la grossesse présente un caractère inhabituel. Ce corps étranger qu'est l'embryon parvient à se greffer, sans entraîner un rejet. C'est un phénomène analogue au niveau psychique. Il faut que l'être humain conçu opère sa nidification psychique.

Paul-Claude Racamier, dans un texte maintenant ancien, a précisé que la femme présente au cours de la grossesse une modification de son fonctionnement psychique, qui s'approche alors normalement mais réversiblement d'une modalité "psychotique". Le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile. La relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui. Or, en termes psychanalytiques, la relation d'objet désigne schématiquement le mode de relation au monde et à l'autre (le terme d'objet signifiant, en psychanalyse, ce qui est investi par la pulsion). Si on le rapporte à l'état de grossesse, ce mécanisme d'indifférenciation soi/autrui semble témoigner de la réaction du psychisme féminin à la présence de l'être conçu. Il représente le processus psychique qui accompagne la "greffe" biopsychique de l'être humain conçu. La relation d'objet narcissique et fusionnelle, que les psychanalystes observent au commencement de la grossesse, peut s'interpréter comme une façon particulière de gommer la différence entre l'être humain conçu et la femme, qui favorise la nidification psychique de l'être conçu : ici, autrui est moi, autrui est confondu avec moi. Ce processus rend possible et tolérable l'intrusion du nouvel être dans le corps et le psychisme maternels. C'est le sens de ce que j'appelle la nidification psychique (terme que j'ai moi-même emprunté à Sylvain Missonnier).

L'être humain conçu doit prendre place dans le corps et le psychisme de la femme... Peu à peu se forme alors un espace psychique de représentation autour de l'enfant à naître, et d'anticipation du rôle futur de mère, qui contribue à organiser le style de relation de la mère avec son enfant après la naissance, comme l'ont montré les travaux de l'équipe de Massimo Ammaniti, en Italie.

? **Q. D. : Un mot de ce terme de transparence utilisé par Monique Bydlowski ?**

B. B. : La transparence psychique, c'est le fait que l'inconscient est à nu au moment de la grossesse parce qu'il y a une baisse des processus de refoulement, et donc un inconscient à fleur de peau, et une émergence de souvenirs anciens.

? **Q. D. : Compte tenu de ce que vous venez de dire, il faut s'interroger sur l'importance dans le monde contemporain des interruptions de grossesse. On pourrait en citer trois catégories : les interruptions non volontaires, les interruptions volontaires, et les réductions embryonnaires qui sont liées au fait que beaucoup de procréations médicales assistées entraînent des phénomènes de jumeaux. Tous ces éléments introduisent incontestablement, de façon psychologique diverse : la culpabilité, l'interrogation, l'étonnement devant des phénomènes atypiques qui sont réduits médicalement. Donc : commentaires sur les interruptions de grossesse et leurs retentissements psychologiques dans le monde contemporain.**

B. B. : Ces pertes embryonnaires et fœtales, naturelles, accidentelles ou provoquées, posent en premier lieu la question psychologique du deuil prénatal, qui est loin d'être résolue dans notre société. Sans vouloir être polémique, nous observons combien ce sujet est maltraité lors d'accidents de la route provoquant la mort accidentelle d'un enfant en gestation. Pour le moment, les juges refusent de prendre en compte cet événement majeur, qui conduit les parents à perdre leur enfant. Cette non-reconnaissance est une véritable négation, par la société, du deuil prénatal. Comme praticien en psychiatrie périnatale, cela me choque beaucoup. Les motifs sont clairement idéologiques, de crainte de donner un statut juridique au

fœtus, qui puisse remettre en cause la législation sur l'interruption de grossesse. Personnellement, je pense que c'est un mauvais choix, car c'est injuste et inhumain. Notre pratique montre bien, lorsqu'on ose s'intéresser à ces problèmes, la détresse (certes variable d'une femme à l'autre) qui peut être celle d'une femme qui a perdu un enfant en gestation. Notre société, les individus, a du mal à reconnaître cette détresse, et au niveau psychologique, il reste encore de nombreuses recherches à entreprendre pour mieux comprendre le deuil prénatal sous ses diverses facettes. Par exemple, comment aborder, lors d'un suivi psychothérapeutique, la culpabilité de la femme qui s'accuse, à la suite d'une interruption volontaire de grossesse, d'avoir tué son bébé ? C'est une véritable et difficile question. Notre pratique nous interroge très directement sur le statut psychique de l'embryon et du fœtus. Bien entendu, on peut traiter cela sous l'angle de la culpabilité imaginaire, mais il y a une réalité lancinante que la femme nous renvoie parfois, et que nous ne pouvons esquiver, lorsqu'à chaque date anniversaire (de l'IVG ou du terme supposé de la naissance), cette femme s'effondre, sur un mode dépressif en général, avec la souffrance de se dire : *"Aujourd'hui mon enfant aurait 1 an, 2 ans, 3 ans, 4 ans, etc."* Il y a cet irréparable avec lequel la femme doit accepter de vivre, cette "clinique du chagrin" qui revient périodiquement, pour reprendre une jolie expression de Sylvie Nézelof.

Mais il existe aussi un deuxième niveau : celui de l'impact de ces pertes embryonnaires pour les enfants à naître ou déjà nés. La révolution procréatique repose sur une véritable logique de surproduction, de sélection et de surconsommation embryonnaire (et fœtale). Il n'y a pas de procréatique possible sans recours à la pratique médicalisée de l'embryocide et du fœticide, comme l'ont montré Jean-Claude Humeau et Françoise Arnal dans leur ouvrage sur *La Procréatique*. Par procréatique, il faut entendre l'ensemble des interventions sur la procréation humaine, depuis la contraception jusqu'à la procréation artificielle, en passant par l'interruption volontaire de grossesse et le diagnostic prénatal. Schématiquement, l'ensemble de ces pratiques passe nécessairement par la destruction d'embryons ou de fœtus. Par exemple, la contraception par le stérilet aboutit paradoxalement à une procréation massive d'embryons,

puisqu'à chaque cycle, un embryon peut être conçu, puis est éliminé compte tenu de l'action essentiellement antinidatoire de ce procédé contraceptif. (Qui pense aujourd'hui au fait incroyable que la contraception peut favoriser la procréation d'embryons humains !) En cas d'interruptions de grossesse à répétition, il peut y avoir, pour un couple, autant d'IVG, sinon plus, que d'enfants nés. En procréation artificielle, il faut statistiquement 100 embryons fécondés *in vitro* pour 3 à 5 enfants nés. Comment se situent les enfants eux-mêmes, face à ces pertes ? Vous posez par exemple la question de la réduction embryonnaire. Il faut voir également tout ce qui précède sa pratique. Voici une courte fiction qui résume un parcours possible. Dix embryons sont conçus par fécondation *in vitro* dans le service du professeur X. Trois embryons sont mis à la poubelle parce qu'ils ne sont pas assez beaux pour être réimplantés. Trois autres sont transférés *in utero*, mais ils ne se développent pas. Les quatre embryons restants, qui ont été congelés, sont transférés par la suite. Une grossesse de triplés survient. Une réduction embryonnaire est pratiquée. Des jumeaux se développent, mais l'un d'eux meurt *in utero*. Gérard vient au monde issu de cette "fratrie" conceptionnelle, après un séjour en réanimation néonatale. Ce parcours représente à peu près (je le cite de mémoire) un cas rapporté par Geneviève Delaisy de Parseval. Une telle biographie conceptionnelle et prénatale favorise probablement des questionnements conscients ou inconscients de ce type : *"Pourquoi suis-je en vie, alors que les autres sont morts ?"*, *"suis-je plus fort que les autres ?"*, *"est-ce que je mérite d'être en vie ?"*, *"si je suis en vie, c'est parce que les autres sont morts, donc je suis responsable de leur perte"*, *"les autres se sont sacrifiés pour que je vive ?"*, etc. Ces interrogations sont transmises avant tout par les émotions et les fantasmes des parents, en interaction avec l'enfant. Elles marquent alors son développement psychique. Elles rejoignent typiquement la problématique dite de la "survivance" et nous les rencontrons parfois, en clinique, dans des situations qui ne sont pas toujours en rapport avec les procréations artificielles. Dans *L'Enfant à naître*, un chapitre assez long est consacré à la survivance conceptionnelle et périnatale. J'ai décrit, à partir de quelques observations cliniques, une triade psychopathologique qui comprend : mégalomanie, culpabilité, épreuve

de la survie, et qui rejoint tout à fait les réflexions de Boris Cyrulnik sur la survivance.

Q. D. : En vous écoutant on a l'impression que le vécu psychologique d'une femme qui pratique une contraception par stérilet est très différent du vécu psychologique d'un couple qui utilise, par exemple, des préservatifs. Dans le premier cas, il y a une élimination d'embryons, dans le second il n'y a pas d'embryons du tout.

B. B. : Certaines femmes, qui utilisent le stérilet comme moyen contraceptif, et qui sont ou non informées de son mécanisme d'action, fantasment-elles au sujet de la conception d'un enfant (et avec elles leurs conjoints, pourquoi pas) ? Du genre : "Je suis en milieu de cycle, je suis en période d'ovulation, j'ai peut-être conçu un enfant, mais mon stérilet va empêcher qu'il s'implante. Je suis donc en train de perdre un enfant". Je l'ignore... J'ignore si des confrères ont constaté ce genre de fantasmes. À mon avis, il faut distinguer deux niveaux : l'un individuel, celui de la femme utilisatrice (et du couple), qui reste pour moi assez mystérieux, et l'autre collectif, qui se joue au niveau de la société, et qui est peut-être plus facile à analyser. La procréatique nous impose de réfléchir aujourd'hui sur le sens de l'instrumentalisation de l'être humain conçu avant sa naissance. Marcel Gauchet a par exemple présenté une réflexion très intéressante sur la notion d'enfant désiré, dans la revue *Le Débat*.

Dans la société procréatique, la norme sociale entend qu'on supprime avant leur naissance les êtres humains conçus, lorsqu'ils ne sont pas conformes au désir de ceux qui les ont conçus. Ce modèle est libéral, car il est n'est pas imposé aux usagers. Il soumet cependant l'enfant à un pouvoir parental et social exorbitant. L'être conçu non désiré est jugé indésirable et peut — ou doit, plus ou moins implicitement — être éliminé. D'un autre côté, l'enfant désiré s'impose par l'élection qui le place au-dessus des autres. Ses parents l'ont désiré au point de sacrifier d'autres "enfants" à sa venue. Quel est donc son prix ! S'il est resté en vie, s'il a été choisi, c'est donc qu'il a plus de valeur que les autres. L'enfant désiré semble ainsi un enfant tout-puissant auquel il est peut-être difficile de fixer des limites. Je suis persuadé que cette logique de surproduction, de sélection et de surconsommation

embryonnaire imprègne profondément la psychologie collective post-moderne.

Q. D. : Après ces réflexions, nous allons maintenant regarder ce qui se passe du côté de la procréation médicalement assistée. En lisant votre livre, on voit tout de suite apparaître que la procréation médicalement assistée se fait en dehors du plaisir sexuel. C'est une procréation sans plaisir, sans désir charnel, et qui est donc médicale et scientifique. Elle se trouve entre les mains de techniciens qui réalisent l'union des gamètes. De ce fait les notions de nature, mais également de hasard et de plaisir disparaissent du domaine de la conception. Parallèlement, le couple se met dans une situation de confiance et de dépendance par rapport au médecin, avec tout ce qui en découle d'angoisse et d'attentes. Nous observons dans votre ouvrage des cas de décompensations psychologiques qui se manifestent à cette occasion. Que dire de la psychologie de la procréation médicalement assistée ?

B. B. : Faut-il dire que la procréation *in vitro* réalise une procréation d'où le plaisir charnel est totalement absent ? Rien n'empêche le couple d'avoir une sexualité et de partager un plaisir sexuel ! À l'opposé, la conception naturelle ne garantit en rien le plaisir sexuel des parents. Donc, la question est ailleurs. Voici seulement ce que nous pouvons dire : l'être humain conçu qui résulte de l'union procréatique artificielle n'est pas l'incarnation du plaisir sexuel de ceux à qui il doit la vie. Cet être humain conçu artificiellement incarne une relation amoureuse entre un homme et une femme, peut-on souhaiter, mais il ne peut incarner leur échange charnel, leur commerce sexuel. Il n'est pas le fruit de cette union physique. C'est une particularité qu'il ne faut sans doute pas surdéterminer, mais il en va ainsi, il faut la prendre en compte. S'il se regarde lui-même dans son corps, l'être humain conçu peut se dire que ce corps est le fruit d'un acte technique, et non pas d'une union sexuelle. Il est donc différent des autres enfants ou adultes conçus naturellement. Il prend également conscience qu'il ne doit pas seulement la vie à ses parents, mais aussi à toute une équipe biomédicale, sans laquelle il n'existerait pas, sans laquelle il ne serait pas au monde, ce qui circonscrit son sentiment d'identité et d'appartenance dans une

autre sphère, davantage "publique" si j'ose dire. Cette dette de vie à l'égard de la science est essentielle à souligner. Comment se jouera plus tard cette dette de vie à l'égard du corps médical ? Nous l'ignorons. Cela dépendra de nombreux facteurs. Toutefois, il faut remarquer à ce niveau une véritable mutation, un changement profond, dans la structure intersubjective de l'être humain conçu, qui ne se définit plus comme "être conçu d'un homme et d'une femme", mais comme "être conçu d'un homme et d'une femme et d'une équipe biomédicale (et peut-être aussi d'un ou plusieurs donneurs de gamète)"... Il s'agit d'une véritable mutation dans la structure intersubjective de l'être humain conçu. L'identité conceptionnelle ne possède pas la même structure.

Q. D. : Si l'individu en question présente une particularité : il bégaie, il est gaucher, il est albinos. Il va accuser ses concepteurs, cela va traîner dans son esprit. Au moment de sa conception, il s'est passé des choses pas très claires. C'est un Frankenstein. Cela peut-être la racine d'un délire, d'une obsession.

B. B. : Cela se rencontrera. Les délires et les obsessions existent depuis la nuit des temps, bien avant l'apparition de la fécondation *in vitro* ! Ce seront



donc probablement des situations extrêmes où les circonstances de la conception ne seront pas seules à être en cause... Nous voyons donc qu'il est bien difficile de nous faire une opinion certaine au sujet des effets psychiques de la conception artificielle. Nous observons avant tout un certain nombre de particularités dans l'histoire conceptionnelle et prénatale de ces enfants. Par exemple, cela est décrit, les femmes ont parfois l'impression de faire l'amour avec le médecin qui transfère l'embryon *in utero*. Quelle est la place de ce médecin ? C'est parfois un homme prestigieux. Des centaines d'enfants doivent ainsi la vie au professeur Frydman ! Quelle est la part de fantasmatisation qui va tourner autour de cet homme procréateur, père d'une vaste horde d'enfants ?

? **Q. D. : Il y a tout de suite deux aspects importants dans la PMA. Il y a la notion d'enfant miraculeux, qui vient d'une opération prestigieuse de la science, et puis il y a la notion de l'enfant survivant, parce qu'il y a eu trois fœtus dans l'utérus et que deux ont été réduits. Est-ce que cela va entraîner une psychologie particulière chez l'enfant ? D'ailleurs une question va se poser. Est-ce que par exemple il ne faudrait pas que, par souci d'équilibre, cet enfant ait un frère ou une sœur, qu'ils soient plusieurs ? Parce que s'il n'y en a qu'un, c'est un enfant unique, et non seulement l'enfant unique, mais l'enfant exceptionnel.**

B. B. : L'enfant miraculeux, l'enfant précieux, n'est pas spécifique aux fécondations artificielles. Cela s'observe de façon plus générale dans le cadre des stérilités, lorsque les parents n'arrivent pas à avoir un enfant depuis plusieurs années. Il existe donc un effet infertilité qu'il faut prendre en compte, et qui n'est pas spécifiquement lié aux PMA. Cet effet produit en général une surprotection anxieuse de ces enfants. Là où la notion de miracle paraît plus pertinente, tout de même, c'est que l'enfant issu des PMA est conçu de parents qui sont et restent stériles, ce qui paraît contradictoire, mais est rendu possible par la technique. La survivance conceptionnelle des enfants issus de PMA m'intéresse davantage, car il y a fort à parier que nous verrons apparaître des problématiques de ce genre, à condition que nous sachions les décrypter. Là encore, la survivance conceptionnelle ou prénatale n'est pas spécifique aux procréations artificielles. Je l'ai pour ma part découverte chez des adultes conçus après une série d'avortements provoqués. Cependant, la fécondation artificielle met en place quasi systématiquement une biographie conceptionnelle qui peut la favoriser, puisqu'elle procède à la procréation d'un nombre important d'embryons, dont seuls quelques-uns, un ou deux, survivront. Nous en avons discuté tout à l'heure avec cette courte fiction qui illustre la pratique de la réduction embryonnaire. En voici un exemple clinique qui m'a été confié par Michèle Bibé, éducatrice spécialisée à Charleville-Mézières.

Damien est un enfant très désiré, né après dix ans de prélèvements et d'attente, après plusieurs fausses couches aussi. Sa conception a eu lieu par fécondation *in vitro*, puis il a été congelé deux mois

avec trois autres embryons. C'est le seul embryon à s'être développé. Ses parents finissent par consulter car ils n'en peuvent plus. Damien, deux ans et demi, fait colère sur colère. Il se roule par terre, ne supporte aucune frustration, il n'a aucune limite, c'est un "enfant impossible", comme l'explique sa mère. Les parents s'interrogent, ils se disent déçus. "C'était un aboutissement d'avoir cet enfant. Qu'est-ce qu'on a raté ?" La mère explique : "Il a survécu, il a été le plus fort, subir tout ça et vivre... après de telles épreuves, ce fut un miracle, un vrai miracle". Elle parle d'"enfant inespéré". "Maintenant on se dit



qu'on a forcé la nature, on le paie !" Les parents se dévouent totalement à leur fils qui impose sa loi et ne tolère aucune parole contradictoire. Par exemple, dans les jeux, son père évite de perdre afin de ne pas déclencher de crise. Et Damien d'affirmer : "Je suis le premier, le plus fort", "je peux tout faire, je pense que je sais tout". Ce sont ses propres paroles. Cet enfant semble avoir été pris dans un discours d'enfant-héros, qui donne une dimension extraordinaire à tout ce qu'il entreprend. Il présente des troubles du sommeil importants et récurrents, et comme par enchantement, le père parvient à les apaiser subitement lorsqu'il raconte à l'enfant qu'il existe "plusieurs petits anges au ciel qui veillent sur lui et vont l'aider à s'endormir". Et ça a marché ! Le père n'en revenait pas... Le cas de Damien ne semble pas isolé. La littérature rapporte d'autres exemples, où la biographie conceptionnelle semble marquer les relations parents-enfant : l'enfant est investi sur un mode extraordinaire, quasi mégalomane, avec en fond, la présence des embryons morts et la culpabilité des parents.

? **Q. D. : C'est alors la place des psychothérapies.**

B. B. : Tout à fait, à condition d'être conscient des enjeux sous-jacents, en particulier pour l'enfant. Par exemple, Muriel Flis-Trèves, qui travaille comme psychologue dans un service de fécondation *in vitro*, explique dans l'un de ses livres, que c'est à travers la notion de sacrifice que la plupart

des patientes qui ont eu recours à la pratique de la réduction embryonnaire expliquent la mort de leur enfant. "L'enfant absent s'est sacrifié pour que les autres vivent"... Selon elle, cette explication permet aux parents d'élaborer leur culpabilité. Cependant, ces narrations contribuent aussi à renforcer la problématique psychopathologique propre à la survivance. Élaborer la culpabilité parentale à travers la mise en récit d'un embryon-héros qui s'est sacrifié pour que les autres vivent, n'est-ce pas renforcer l'idéalisation des embryons disparus, et par là même contribuer à inscrire et transmettre la culpabilité à l'enfant ? Celui-ci pourra entendre que ce sont les meilleurs, les embryons-héros, qui sont morts pour lui. C'est dire l'intérêt d'une étude approfondie de la survivance péri-conceptionnelle et prénatale dans le cadre des procréations médicalement assistées. Je crois aussi que tout ne se résout pas, malheureusement, avec la psychothérapie, et que la prise en charge psychologique ne doit pas détourner des questions de fond que pose la procréation artificielle. Quelle biographie, parsemée de pertes prénatales, offrons-nous à ces enfants ! Il y a tout de même là de quoi réfléchir... Quelles sont aussi les conséquences du bouleversement de la structure intersubjective de l'être conçu, dont j'ai parlé tout à l'heure ? Ces interrogations sont capitales. Les praticiens de la PMA ne doivent pas les perdre de vue, en imaginant que les problèmes psychologiques posés par ces techniques seront résolus par les psychiatres ou par les psychologues grâce à leurs prises en charge !

? **Q. D. : Il nous faut parler d'un cas particulier de la PMA : l'insémination artificielle avec donneur. Voilà que tout à coup on utilise le gamète mâle d'une personne inconnue. Est-ce que ce n'est pas une attitude un peu légère, insouciant de la part du monde scientifique, que d'utiliser soudain une paternité mystérieuse ?**

B. B. : Il est certain que les gamètes sont des vecteurs tant biologiques que psychiques. Le corps de l'enfant conçu après un don de sperme est en soi un questionnement. Il renvoie à l'histoire de celui qui lui a donné la vie, et par conséquent à une problématique identitaire autour de l'identité conceptionnelle, qu'aucun être humain conçu ne peut résoudre sans la franchise d'autrui. Personne ne peut dire

par lui-même “de qui” est fait son corps...

Q. D. : Je suppose que dans certains cas, cela amène une psychopathologie chez la mère ou chez l'enfant.

B. B. : Je suis toujours très prudent. Il faut essayer de comprendre en profondeur. Mais, à la fois, la causalité psychique est pleine de mystères ! Parfois, un événement ne prend sens dans la trajectoire d'une personne que plusieurs dizaines d'années plus tard... Comment ? Pourquoi ? Pour qui ? Ce n'est pas toujours facile d'y voir clair.

La psychopathologie conceptionnelle établit clairement la notion de substitution sur l'identité conceptionnelle, en lien avec les secrets sur l'origine. Cela dépasse même le contexte de la psychologie périnatale. Nous avançons à petit pas. Certains risques psychologiques finissent par être identifiés, mais il faut se méfier des caricatures.

Il y a substitution sur l'identité conceptionnelle lorsque des parents laissent croire à un enfant qu'il est biologiquement le leur, alors qu'il ne l'est pas. L'enfant se construit alors psychiquement sur la base d'une identité conceptionnelle qui n'est pas la sienne. La construction de son sentiment d'identité s'effectue sur une base qui n'est pas authentique, qui est mensongère. Cela n'empêche pas forcément l'enfant de se construire. Cependant, le jour où quelqu'un révèle à cet individu sa véritable identité conceptionnelle, il peut traverser une crise identitaire profonde, quel que soit son âge, tout simplement parce que l'identité conceptionnelle participe à la construction du sentiment d'identité de tout être humain ! Il faut alors que le sujet concilie sa nouvelle identité conceptionnelle avec son identité de filiation. Nous sommes tous “êtres conçus de...” avant d'être reconnus, à la naissance, comme “fils ou fille de...”, ne l'oublions pas.

En voici un exemple clinique. Le professeur Michel Soulé cite l'observation d'un adulte adopté, qu'on avait trompé sur son identité conceptionnelle (sans qu'il ignore pour autant son adoption). Cet homme se croyait l'enfant biologique d'une mère agrégée de philosophie issue d'une famille très aisée, et d'un père officier de l'armée américaine porté par cet idéal. Il était devenu un grand linguiste, professeur d'université sur l'histoire de l'Amérique, parlant l'anglais couramment. Un jour, certains lui ont annoncé brutalement

ses origines probables : “*Sa mère biologique n'était pas ce qu'il croyait, c'était une domestique, et son père ça devait être un 'pioupiou'!*” Il s'est effondré et a développé une agoraphobie intense. Cet exemple est extraordinaire, car le mensonge sur l'identité conceptionnelle semble avoir participé à une carrière professionnelle brillante, un destin que bien des gens envieraient, et à la fois, on voit la fragilité de cet édifice.

Que se passe-t-il avec l'insémination artificielle par sperme de donneur (IAD) ? La plupart des parents d'enfants issus d'une IAD cachent à leur enfant leur véritable identité conceptionnelle. Ils lui attribuent ainsi une identité conceptionnelle qui n'est pas la sienne — faisant croire à l'enfant qu'il est l'être-conçu de son père — et opèrent ainsi une substitution sur son identité conceptionnelle qui présente d'incontestables effets pathogènes potentiels, y compris cinquante ans plus tard ! Une telle attitude présente un risque psychopathologique évident, mais il faut savoir, en contrepartie, si la transmission de l'identité conceptionnelle véritable présente également des risques psychologiques : à quel moment ? dans quelles conditions ?, etc. Je ne parle pas ici de lever l'anonymat du donneur, mais de dire ou non à l'enfant qu'il est issu d'une IAD. S'il ignore cette part élémentaire de sa biographie conceptionnelle, il se croit être-conçu du père qui l'élève.

Q. D. : Dans votre livre *L'Enfant à naître*, vous parlez d'une patiente qui est obsédée par la rupture de grossesse extra-utérine dont sa mère est morte. Cette observation illustre aussi la notion de substitution sur l'identité conceptionnelle...

B. B. : Cette jeune femme était infertile. Son gynécologue lui avait promis de pratiquer une stimulation ovarienne, lorsqu'elle reviendrait de vacances, si elle n'était toujours pas enceinte. Elle a alors fait une décompensation délirante dont je pense personnellement qu'elle était en lien avec la proposition du gynécologue, compte tenu des multiples nœuds qui se jouaient au niveau de sa filiation, et dont voici quelques aspects. Cette jeune femme, que j'appellerais Catherine, avait été élevée dans le secret de son identité conceptionnelle. Son père et son entourage familial lui avaient fait croire que la belle-mère qui s'occupait d'elle était sa mère biologique. En vérité, sa mère

conceptionnelle était morte d'une grossesse extra-utérine, lorsque Catherine avait onze mois. Son père lui avait caché ce deuil, pensant l'“épargner”, mais voici qu'un jour, autour de ses douze ans, sa grand-mère maternelle — en réalité, la mère adoptive de sa mère conceptionnelle — lui apprit la vérité dans des conditions plutôt mauvaises, semble-t-il. Cette femme (qui d'une certaine manière revendiquait ses droits) lui annonça brutalement que le Père Noël n'existait pas, que sa mère qui s'occupait d'elle n'était pas sa vraie mère, et qu'elle avait une autre mère qui était morte en avortant. Un monde s'écroulait alors. Elle restait secrètement révoltée, sans en parler à ses parents. C'est la perspective d'avoir un enfant qui, à mon avis, a réactivé cette histoire enfouie. Neuf mois après l'épisode délirant, elle était enceinte spontanément. Je pensais que l'affaire en resterait là, que l'épisode serait unique, mais elle en fit un deuxième... aux onze mois de son enfant.

Q. D. : J'ai tendance à considérer que ces domaines sont encore traités de façon relativement schématique et élémentaire, en un mot : avec une certaine brutalité. Vous donnez dans votre livre *L'Embryon sur le divan*, une réflexion futuriste sur une histoire qui se déroulerait en 2045, et vous supposez qu'à cette époque les réactions seront plus rationnelles. Pouvez-vous évoquer cette histoire ?

B. B. : Il s'agit en effet d'une rationalisation de la procréation, poussée à l'extrême. Voici l'histoire. Nous sommes effectivement en 2045. Raymonde est agressée sexuellement par son père depuis plusieurs années et tombe enceinte. Consciente du risque de grossesse, elle consulte immédiatement un médecin, en secret, trois jours après la conception. À cette époque, une détection ultra-précoce de la présence embryonnaire est possible. Raymonde ne supporte pas l'idée d'être enceinte de ce père qu'elle déteste, mais elle ne veut en aucun cas supprimer cet embryon : “*Un enfant déjà... qui n'y est pour rien*”. Elle propose qu'un couple infertile adopte l'embryon avant qu'il ne s'implante en elle, car elle se sent incapable de l'élever. En 2045, la pratique du lavage d'utérus est courante et permet l'examen des embryons humains avant leur réimplantation *in utero*. Les médecins prélèvent donc l'embryon humain issu de la relation incestueuse ; ils vérifient que l'embryon

est conforme aux normes biologiques instituées par l'État dans le cadre du programme sanitaire ; ils procèdent à sa congélation, puis le décongèlent et le réimplantent quelques semaines plus tard chez une femme infertile. L'embryon se développe. La femme accouche d'un nourrisson de sexe masculin.

Q. D. : Cet exemple est intéressant. Nous voyons que quoi que l'on fasse l'histoire poursuit l'embryon. C'est un viol, un inceste, un père qui a tué la mère : on peut déplacer l'embryon en divers lieux, mais l'histoire se montre toujours à l'horizon.

B. B. : L'histoire poursuit l'embryon mais il ne faut pas voir cela comme quelque chose qui est révélé en soi-même par soi-même. Le corps ne dit pas l'histoire explicitement. C'est toujours autrui qui transmet l'histoire et qui a d'ailleurs le pouvoir à chaque instant de la falsifier. Je voulais montrer avec cet exemple que cet être-conçu issu d'un inceste possède cette identité conceptionnelle traumatique tout au long de son existence, mais que du fait de son adoption dans un autre environnement psycho-affectif, elle n'occupera sans doute pas la même place dans son développement psychologique. Elle semble s'atrophier (à condition que cette origine soit tue). L'être humain conçu semble ainsi échapper à son destin, mais ce destin peut le rejoindre à tout moment. Ici particulièrement par le biais d'aspects somatiques, puisque cet enfant est conçu avec un haut degré de consanguinité.

Q. D. : Nous allons parler maintenant, sous un angle de vue plus clinique et "réaliste", des conceptions survenues dans un contexte de traumatisme. Cela implique la conception traumatique, le viol, la conception sous contrainte dans une ambiance de domination, de chantage, de violence. Cela implique aussi les conceptions chez une mère qui a connu des traumatismes dans son enfance. Nous observons alors un phénomène de transmission culturelle de la notion de traumatisme à travers le corps de la mère. Elle a été traumatisée, elle conçoit un enfant dans des conditions normales. Mais la trace du traumatisme ancien rejaillit. Éventuellement cette mère accumule les traumatismes. Nous pouvons remarquer des cas encore plus particuliers : l'enfant contre le viol, ou l'enfant anti-viol. La jeune fille est régulièrement violée par un

adulte. Elle se débrouille pour concevoir un enfant avec un garçon qu'elle aime ; à partir de ce moment les viols vont s'arrêter. Nous voyons aussi que l'enfant d'un viol est vécu comme l'enfant de la mère, de façon fusionnelle, le père coupable étant annulé dans la psychologie de la mère. C'est une monoparentalité de fait. Enfin, signalons les femmes battues pendant la grossesse, avec un retentissement physique et fantasmatique sur l'embryon.

B. B. : Lorsque j'ai abordé la conception après traumatisme sexuel, de façon un peu théorique à l'origine, je suis parti à reculons. Le sujet ne m'emballait pas, mais il fallait bien l'aborder pour explorer ce domaine d'étude que je m'étais fixé, la psychopathologie de la conception humaine... J'avais auparavant étudié la conception après deuil, l'enfant de remplacement. Là, les publications scientifiques sont nombreuses. Mais ce n'est pas le cas des conceptions traumatiques. Au début, j'ai donc recherché les publications qui existaient sur le sujet, j'ai examiné des dossiers de malades, j'ai interrogé des confrères. Il s'agissait de savoir de quelle façon ce contexte conceptionnel particulier marquait la grossesse, puis le développement de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Les observations recueillies montraient des situations diverses où les facteurs environnementaux, familiaux ou sociaux, occupaient une part parfois importante.

Pour ce qui est de la période prénatale, Roland Coutanceau, par exemple, m'a parlé de son expérience. D'après lui, dans les situations de grossesses après viol ou après inceste, il y a trois catégories de femmes. Pour la première, l'accueil de l'enfant ne pose aucun problème selon une sorte de mécanisme de défense où la question du géniteur agresseur est évacuée. L'enfant conçu est avant tout un enfant. Pour une deuxième catégorie de femme, l'accueil de l'enfant est d'emblée jugé impossible, l'enfant est par conséquent rejeté immédiatement, il sera confié à l'adoption. Ici, la question du géniteur occupe d'emblée, et on peut le comprendre, le devant de la scène et justifie le refus de l'enfant. Enfin, pour une troisième catégorie de femme, il existe un conflit psychique important entre le fait d'abandonner l'enfant qui est malgré tout un enfant à soi, et le fait de s'en occuper alors qu'il est issu de cette union traumatique. C'est cette troisième catégorie de femme qui connaît la plus grande souffrance.

Peu à peu, j'ai exploré plus attentivement cette question dans ma propre pratique clinique. Outre des cas de conceptions traumatiques qui m'étaient parfois rapportés par les patients eux-mêmes ou par un membre de leur entourage, je me suis aperçu qu'en période d'abus, une grossesse pouvait avoir pour fonction d'éloigner l'agresseur. C'est d'ailleurs à l'occasion du suivi d'un agresseur sexuel que je m'en suis aperçu ! Cet homme me parlait de sa fille adoptive, qu'il avait régulièrement violée, et de ses petits-enfants. En l'interrogeant avec précision, je me suis aperçu que la première grossesse de sa fille, qui n'était semble-t-il pas de lui, était survenue en période de relations sexuelles abusives. Il me raconta alors en détail combien sa fille était devenue inaccessible à sa consommation sexuelle à la suite de cette grossesse. Le compagnon était d'ailleurs venu s'installer chez lui...

Plus tard, je me suis dit qu'il fallait également considérer la conception de l'enfant chez la femme victime par le passé d'abus sexuels. J'ai découvert un domaine clinique extrêmement riche : les situations, souvent tues, sont nombreuses et marquantes. Les traumatismes sexuels passés peuvent ressurgir au moment de la grossesse, au moment d'un examen gynécologique, parfois même en plein accouchement, ou encore lors de l'allaitement, sous forme de reviviscences post-traumatiques inattendues ou d'épisodes dissociatifs, voire d'expériences de "sortie hors du corps", parfois chez une femme qui avait complètement refoulé la conscience de ces événements. Mais ces traumatismes anciens sont aussi susceptibles d'envahir la relation parent-enfant de façon très pathogène pour le développement de l'enfant. C'est un sujet qui reste encore assez méconnu et que j'ai particulièrement à cœur de faire connaître. J'y ai été aidé par la Société Marcé Francophone, avec le concours de laquelle nous avons publié un ouvrage collectif sur ce thème, *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance*. Certaines mères vont être très préoccupées par la répétition des traumatismes, au point d'immerger précocement l'enfant dans le langage de la sexualité adulte, d'imaginer le danger sexuel partout, de vérifier sans cesse, par exemple l'intégrité de l'hymen de leur fille, etc. Tout un champ d'interactions précoces pathogènes se structure parfois autour du traumatisme de la mère, de façon très diverse, selon des modalités parfois très différentes.

? **Q.D. : Pour terminer, il va falloir que nous parlions des clones. Peut-être avant de parler de ces mythes, ou de ces fantasmes, évoquons pour commencer une situation réelle de nos jours, celle des jumeaux asynchrones. Il s'agit de deux embryons jumeaux, obtenus à la suite d'une fécondation *in vitro*. L'un va être implanté immédiatement, l'autre quelques années plus tard. Les deux jumeaux, éventuellement monozygotes, vont être décalés dans le temps. C'est, vous le dites, un premier pas vers le clonage. Signalons une autre manipulation assez troublante. Soit un premier enfant atteint d'une leucémie. Un deuxième enfant est conçu afin qu'il soit compatible avec le premier et qu'ainsi il puisse lui donner sa moelle osseuse. La conception est organisée afin de résoudre un problème médical. Ce deuxième exemple, actuellement pratiqué, est là aussi un flirt avec le clonage, à partir du moment où l'on crée un être le plus semblable possible avec son aîné. Je vous signale, cette fois-ci dans le domaine romanesque, le dernier roman de Kazuo Ishiguro, *Auprès de moi toujours*, dans lequel des clones sont élevés dans le seul but de donner leurs organes à des individus premiers qu'ils ne connaissent pas. Que pensez-vous de ces situations précloniques ?**

B. B. : Que se passe-t-il avec la congélation embryonnaire ? Les médecins procréent de nombreux embryons *in vitro*, et en congèlent une partie. Si les parents infertiles veulent constituer une famille de plusieurs enfants, ils demandent la réimplantation de ces embryons congelés, qui ont été conçus ensemble et qui peuvent être transférés à plusieurs années d'intervalle. Prenons une fiction : dix embryons sont obtenus après stimulation ovarienne, trois sont éliminés car non réimplantables, mais avec les sept embryons restants et trois réimplantations successives, le couple a la chance d'avoir une famille de trois enfants : Alexandre, Jeanne et Marie. Ces trois enfants ne sont pas seulement frère et sœurs, ils sont jumeaux de conception, car leur biographie conceptionnelle commence au même moment, mais alors qu'Alexandre fête son dixième anniversaire, Jeanne a huit ans et Marie cinq ans. Nous avons donc une fratrie de "jumeaux asynchrones", c'est-à-dire des enfants qui partagent la même histoire conceptionnelle, mais qui ne se développent pas au même

moment. Ils ont tous le même âge conceptionnel, mais pas le même âge de développement (et à l'état civil !). Ces enfants sont par conséquent confrontés au fait de voir leur frère "jumeau" ou leur sœur "jumelle" grandir avec deux ans, cinq ans, pourquoi pas dix ou vingt ans de décalage... Ce n'est pas rien que de pouvoir se dire : *"Ma sœur a été conçue au même moment que moi, mais elle a cinq ans de moins que moi"*, et vice versa.

En réalité (je continue ma fiction et je prends là une situation exceptionnelle, voire quasi imaginaire), on s'aperçoit que Jeanne et Marie sont des "vraies" jumelles, une analyse génétique confirme cette particularité ! Elles sont issues toutes deux du même œuf. La scission de l'œuf est survenue pendant la phase de culture en milieu artificiel, décidée jusqu'au stade blastocyste... Nous avons alors dans ce nouvel exemple fictif, malgré tout peu probable, la possibilité de réimplanter des embryons "vrais jumeaux" à des temps différents. Nous franchissons un seuil supplémentaire. Deux êtres génétiquement semblables, conçus au même moment, se développant physiquement à des temps différents.

Voyons la situation du clonage. Pour le moment, les scientifiques ne savent pas réaliser cette technique chez l'homme. Qu'en serait-il s'ils le pouvaient ? Les clones ne partagent pas la même histoire conceptionnelle, mais ils sont "vrais jumeaux" par leur patrimoine génétique.

C'est pour cette raison que Patrick Verspieren, un jésuite, a employé à



leur sujet cette expression de "jumeaux asynchrones" que je reprends. Le clone est donc un jumeau vrai asynchrone obtenu d'une façon un peu compliquée, par une sorte de "bouturage" de l'adulte, qui sape la structure intersubjective de l'être conçu, puisqu'il devient "être conçu d'un homme — ou d'une femme — et d'une équipe biomédicale" (il n'y a plus besoin de la complémentarité des sexes). On observe donc que la congélation et le clonage ont pour point commun d'habituer à une "gémellité asynchrone", où la dissociation temporelle occupe une place centrale.

D'ailleurs, il y aurait un moyen très "simple" de réaliser aujourd'hui des "clones", sans passer par ce bouturage de l'adulte : il suffit de provoquer la division précoce d'un embryon humain en deux embryons "jumeaux vrais", d'en réimplanter un "à l'état frais" et de congeler l'autre durant vingt ou vingt-cinq ans, pourquoi pas soixante-dix ans, et de le réimplanter à ce moment-là (ce qui n'est pas autorisé par la loi en France qui prévoit un délai maximum de conservation) !

La fécondation *in vitro* et la congélation nous habituent ainsi à un état d'esprit où le clonage est loin d'être impossible, où peu à peu des étapes sont franchies dans nos têtes : le clonage ne représente pas le fossé radical qu'on imagine, le clonage est tout près de nous, à notre porte. Pour certains, ce n'est pas un problème, ils comptent sur la plasticité psychique de l'enfant, prêt à tout métaboliser. Mais il ne faut pas être dupe au sujet de toutes ces pratiques spectaculaires. Actuellement, les enfants issus des procréations artificielles sont portés par un élan social enthousiaste, sans doute favorable à leur développement, car on idéalise ces "enfants de la science", mais faut-il être aveugle pour ne pas voir ce que les "adultes" (médecins, politiciens, parents, etc.) leur font porter : deuils multiples (je pense à tous ces embryons conçus au même moment qu'eux, semblables à eux à l'origine, qui ne se développeront pas et auxquels ils seront toujours susceptibles de s'identifier à un moment ou à un autre de leur existence, parce qu'ils partagent la même biographie conceptionnelle), absence d'incarnation de la relation sexuelle des parents, multiplication de la dette de vie (avec bouleversement de la structure intersubjective de l'être conçu), décalage temporel de la congélation, etc. Il n'est pas question ici d'avoir un discours catastrophiste sur ces particularités, mais il faut être réaliste et se rendre compte que ces particularités sont un réel poids psychologique à porter, dont nous risquons de découvrir un jour certains méfaits. Il faut arrêter de croire et de faire croire que tout cela n'est rien. Vous évoquez les bébés-médicaments. Ces enfants ont un poids supplémentaire à porter. Ils sont investis d'une mission d'enfant-sauveur. Pour cela, on leur impose d'être conçu dans les normes génétiques qui leur permettront d'être "utile" pour leur frère ou pour leur sœur. C'est donc une restriction de leur liberté d'être, de leur liberté ontologique.

Cette pratique me choque profondément, parce qu'il faut en effet concevoir le frère ou la sœur "à l'image" du puîné malade (au sens de la compatibilité de la greffe). On favorise donc une identification à l'enfant malade. Par la suite, le bébé-médicament pourra se dire : "Si mon frère n'avait pas été malade, je ne serais sans doute pas celui que je suis, je serais un autre". Je crois que c'est inhumain de faire porter de tels poids à ces enfants, même si certains sauront, je n'en doute pas, rebondir sur ces parcours biographiques semés d'embûches, et résister, être résilients.

Q. D. : Cela nous amène à esquisser une nouvelle discipline qui serait une éthique ou une morale du domaine conceptionnel. Ce serait un bilan raisonné d'un grand nombre de situations, dont certaines sont habituellement considérées comme banales, normales ; je pense à l'IVG. J'ai vu une de mes patientes se faire rapidement avorter parce qu'elle

avait pris du Tranxène au début de la grossesse. Cela m'a paru un peu rapide. Nous voyons aussi des avortements pour des aberrations chromosomiques bénignes, je pense au syndrome 47, XYY. À côté de ces banalisations, on accepte des situations probablement pathogènes comme les jumeaux asynchrones ou le bébé médicament. Pourquoi ne pas ouvrir le champ d'une éthique de la conception ?
B. B. : Ma thèse de philosophie avait pour sous-titre "Contribution à l'éthique de la procréation humaine"... Les données psychologiques me paraissent importantes pour discuter une éthique de la procréation humaine. D'une part, parce qu'elles donnent toutes sortes d'informations nécessaires, que ce soit sur la clinique, ou sur des considérations plus théoriques comme le statut psychique de l'être humain conçu ou sur la place qu'occupe la conception dans le développement mental de l'être humain, etc. D'autre part, en étudiant des exemples extrêmes, comme

la conception après viol ou après inceste, on s'aperçoit qu'il existe des atteintes à la dignité de l'être humain conçu, dès la conception. Ces atteintes sont puissantes puisqu'elles engagent l'identité même de l'être conçu. Ce sont des atteintes que l'on peut qualifier d'"identitaire"... Il existe donc tout un domaine éthique à explorer autour de la conception de l'être humain, dans le prolongement de cette approche psychologique de la conception humaine. Les psychiatres ont par conséquent une place importante à occuper dans ce débat. ●

