

Filiations à l'épreuve

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur

www.editions-eres.com

Filiations à l'épreuve

L'Escabelle

Textes réunis par
Christian Robineau

Mille et un bébés

DU CÔTÉ DES PARENTS

érès

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2580-7
Première édition © Éditions érès 2002
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

Introduction	
Des filiations singulièrement plurielles <i>Dominique Japiot, Christian Robineau</i>	7
Filiations à l'épreuve de la stérilité et de l'aide médicale à la procréation <i>Sylvie Epelboin</i>	15
Maladies génétiques <i>Delphine Héron</i>	47
Filiation et génétique, quels facteurs en jeu ? <i>Marcella Gargiulo</i>	53
Diagnostic prénatal et filiation. Quel futur pour l'enfant imparfait ? <i>Marie-José Soubieux</i>	67
Droit et parentalité <i>Hervé Hamon</i>	79

Filiations à l'épreuve des adoptions. « Un parent, ça n'existe pas » <i>Pierre Lévy-Soussan</i>	95
Classé X <i>Patrick Ben Soussan</i>	105
Dépasser le « x » pour aller à la rencontre du sujet <i>Sophie Marinopoulos</i>	111
Premières traces : vers un carnet de vie <i>France Michel, Monique Pérel, Geneviève Wrobel</i>	131
Filiation, transmission, inceste <i>Micheline Blazy, Alain Debourg</i>	141
L'épreuve de la filiation, filiation sans preuve, aspects transgénérationnels <i>Muriel Soulié</i>	149
La filiation entre fantasme et réalité <i>Philippe Robert</i>	161
Périnatalité psychique et générationnel <i>André Carel</i>	165
Papa 007 et Maman speakerine, un fragment de roman familial en images <i>Sylvain Missonnier</i>	189

Dominique Japiot
Christian Robineau

Introduction

Des filiations singulièrement plurielles

L'Escabelle poursuit ici la réflexion entreprise il y a deux ans dans cette même collection ¹. Cette association, créée en 1999 à partir du Centre hospitalier de Versailles, a pour objet de favoriser un dialogue pluridisciplinaire entre professionnels (du public ou du privé) exerçant dans le champ de la prévention et du soin en direction de l'enfant jeune ou à naître et de sa famille. Elle se veut ainsi espace

Dominique Japiot, psychologue, coordinatrice de l'Accueil thérapeutique parents-bébé Les Pépinières, CMPP du Centre hospitalier de Versailles, présidente de L'Escabelle.

Christian Robineau, psychologue, Accueil thérapeutique parents-bébé Les Pépinières, CMPP du Centre hospitalier de Versailles.

1. L'Escabelle, *Signes de souffrances en périnatalité* (textes réunis par Ch. Robineau), Toulouse, érès, coll. « Mille et un bébés », 2000.

de formation et de recherche, se donnant des outils théoriques et cliniques partagés, sinon toujours communs.

Dans un premier temps, nous avons cherché à identifier certains signes de souffrance en périnatalité, réfléchi aux moyens de les soigner et, si possible, de les prévenir. Nous avons ainsi été amenés à nous interroger sur la « préhistoire » de ces liens, à nous demander, avec P. Ben Soussan : « D'où viennent les bébés et où vont-ils ² ? »

Cela faisait naturellement écho au nom de notre groupe, « L'Escabelle », « petite échelle » en vieux français, suggérant la métaphore de l'ascension que devra effectuer le petit d'homme pour s'individuer tout en prenant ancrage sur ceux qui l'ont précédé et en s'inscrivant dans une appartenance sociale et culturelle. C'est ce fil de la quête originelle que nous avons tenté de ressaisir en axant notre réflexion sur ce qui inscrit l'enfant dans son humanité : la filiation.

D'emblée s'est imposée à nous une question que l'on ne saurait cantonner aux tâtonnements éditoriaux présidant au choix d'un titre : devons-nous parler de *la* filiation ou *des* filiations ? Spontanément, nous déclinions le terme au singulier, en dépit de cette évidence qu'un enfant naît d'un homme et d'une femme, comme s'il fallait fantasmatiquement choisir entre filiation patrilinéaire ou matrilinéaire, pour sauvegarder peut-être ce que P. Legendre appelle « l'unité substantielle de l'objet de transmission ³ ».

2. P. Ben Soussan, « Le droit à l'histoire. Historicité et périnatalité », dans L'Escabelle, *Signes de souffrances en périnatalité, op. cit.*, p. 59-60.

3. P. Legendre, *L'inestimable objet de la transmission*, Paris, Fayard, 1985.

De fait, la filiation, pour être singulière au sens où elle est à chacun absolument et intimement unique, ne s'en diffracte pas moins dans une pluralité de registres. Nous en soulignons trois.

La filiation *biologique* est l'engendrement à partir de la rencontre de deux êtres sexués, de deux cellules. Ce « lien du sang », comme il reste parfois nommé, dote l'enfant d'un double patrimoine génétique ; est-il lien de filiation fondateur et incontournable, ainsi que le suggère la mythologie sociale ?

La filiation *juridique* est une filiation symbolique qui institue l'enfant dans la chaîne des générations en l'inscrivant dans un régime de parenté ainsi que dans une appartenance sociale, en lui donnant un nom. I. Théry parle ici de « filiation généalogique » : « Transcendant le lien particulier entre le parent et l'enfant, l'appartenance généalogique instituée par le droit est la façon dont la société humaine dit que le parent n'est pas celui qui *donne* mais celui qui *transmet* la vie, et essaie ainsi de faire pièce à la tentation de la toute-puissance, en posant l'interdit de l'inceste. Elle est ce qui inscrit le petit d'homme dans le langage et la culture ⁴. »

La filiation *psychique* pourrait se définir, selon la proposition de J. Guyotat, comme « ce par quoi un individu se situe et est situé dans le groupe auquel il appartient par rapport à ses ascendants et descendants réels et imaginaires ⁵ ». Autrement

4. I. Théry, « Différence des sexes et différence des générations », *Esprit*, décembre 1996 (« Malaise dans la filiation »), p. 78.

5. J. Guyotat, « Filiation psychique, traumatisme psychique et incidences psychothérapeutiques », dans O. Halfon, F. Ansermet, B. Pierrehumbert (sous la direction de), *Filiations psychiques*, Paris, PUF, 2000, p. 196.

dit, si l'enfant naît toujours dans un univers qui le précède, qui va participer à sa « mise au monde » au moyen de différents vecteurs de transmission (histoire, mythe, langue, etc.), il ne constituera sa singularité que de son mode de réponse à ce, celles, ceux qui le précèdent. Et, comme le souligne R. Kaës, ce processus de filiation « implique le rapport d'au moins trois générations successives reconnues comme telles, et la référence commune à un mythe originant. À cette double condition, chacun peut se situer dans un ensemble de sujets et se reconnaître comme ayant été engendré et comme capable d'engendrer ⁶ ».

Ainsi l'identité se construit-elle dans une opposition/complémentarité de deux pôles : d'un côté, les interrogations sur la *provenance* – comme demandes plus ou moins consciemment adressées de connaissance de sa généalogie ; de l'autre, les représentations d'*appartenance* – comme moyens d'élaborer l'expérience toujours conflictuelle des identifications partagées au sein d'un groupe.

Cette appropriation singulière trouvera l'un de ses outils dans la construction du roman familial, réponse au doute ordinairement névrotique à l'égard des origines.

Ce roman n'est jamais écrit une fois pour toutes, mais constamment remis en travail. Aussi convient-il de différencier également filiation et affiliation. Le groupe n'est pas une famille et « toute affiliation à un groupe se fonde sur un conflit avec la filiation, avec le roman de la filiation : adhérer à un

6. R. Kaës, « Filiation et affiliation. Quelques aspects de la réélaboration du roman familial dans les familles adoptives, les groupes et les institutions » (1985), éd. remaniée, *Le divan familial*, 2000, n° 5, p. 63.

groupe, c'est une façon de mettre en cause l'héritage, c'est une façon de le suspendre ou de le désavouer, en tout cas d'explorer un autre possible, de jouer un idéal qui assurerait mieux contre un idéal décevant ⁷ ».

Les recherches des quinze dernières années sur le générationnel invitent à se méfier d'une vision par trop positiviste de la filiation : la réélaboration singulière de l'héritage ne peut en effet se faire sans reste. Nous soutiendrons même ici l'hypothèse de la *nécessité* d'une part intransmissible : à la fois pour que, faisant fonds sur cette incomplétude, la psyché individuelle puisse advenir, et pour que le couple, la famille, le groupe, l'institution puissent s'appuyer sur le socle invisible des alliances inconscientes transgénérationnelles dont le dévoilement menacerait par trop leur cohésion et leur continuité.

Insister sur le fait que l'intransmissibilité partielle constitue l'une des conditions de la transmission (et donc de la filiation) n'est probablement pas inutile, à constater les impasses cliniques auxquelles conduit parfois l'idéologie de la transparence absolue. Pensons par exemple aux illusions dévastatrices présidant à la révélation – toujours bien intentionnée, cela va sans dire – de certains « secrets des origines », illusions qui font fi des origines – et des fonctions psychiques – du secret.

Pour autant, l'on ne saurait nier que les ruptures dans la continuité de la transmission puissent rendre problématique cette reprise singulière qu'est la filiation. C'est même à l'analyse de ces discontinuités qu'est tout entier consacré le présent ouvrage.

7. *Ibid.*, p. 66.

Mais il serait insuffisant, nous semble-t-il, de les considérer sous un angle uniquement temporel. Dans bien des cas, ce n'est pas – ou pas seulement – le fil de l'histoire qui est interrompu, mais c'est la possibilité même de se représenter celle-ci qui est mise à mal. Nous voulons indiquer par là ce qui, dans l'après-coup de la réunion des textes ici proposés, nous paraît pouvoir en constituer l'une des trames hypothétiques communes : nombre des souffrances dont il sera question dans cet ouvrage émergent lorsque *les registres biologique et juridique de la filiation, au-delà de leur hétérogénéité foncière, s'avèrent impossibles à articuler dans le registre psychique.*

Il faut cependant préciser que les « mises à l'épreuve » de la filiation cliniquement observables aujourd'hui ne sont pas attribuables isolément soit aux nouveaux modes de reproduction permis par les avancées de la technoscience, soit aux progrès de la génétique, soit à certaines mutations sociales (désarticulation du conjugal et du parental, familles protéiformes en re-composition permanente), soit aux modifications du droit de la famille redéfinissant droits et obligations du lien de filiation légalement établi, etc. L'inédit de la situation dans laquelle nous nous trouvons réside en ce que, dans un laps de temps réduit (*grosso modo*, depuis la fin des années soixante), tous ces repères ont été bouleversés *en même temps*, selon des déterminations parfois croisées, parfois totalement indépendantes les unes des autres. Non seulement les différences anthropologiques fondamentales (des sexes et des générations) apparaissent plus floues, mais il devient difficile de s'appuyer sur la stabilité de l'un des registres de la filiation (biologique ou juridique) pour penser les mutations de l'autre. On comprend

dès lors que la psyché, si l'on peut dire, peine à y retrouver ses petits...

Nous sommes confrontés, dans notre clinique quotidienne de la périnatalité, à ces attaques du lien de transmission et des capacités d'élaborer la filiation. Nous savons combien le désir d'enfant, la naissance ou les difficultés rencontrées autour de la conception peuvent déclencher des crises inaugurales remettant en question l'inscription identitaire et la place de chacun aux niveaux conjugal, familial et générationnel. Les enjeux qui ont présidé aux origines des parents sont alors en quête d'une nouvelle distribution.

À l'image de notre association, les textes proposés dans ce livre entrecroisent des axes de réflexion clinique et théorique divers. Ils offrent néanmoins cette perspective commune : contribuer à un éclairage de la complexité du maillage généalogique et à une interrogation sur ce qui peut être proposé lorsque les liens de filiation sont en carence de symbolisation.

Sylvie Epelboin

Filiations à l'épreuve de la stérilité et de l'aide médicale à la procréation

«« Je n'ai pas d'enfant et je ne le regrette pas. Le regret d'enfant repose sur deux hypothèses : celle qu'un enfant nécessairement nous prolonge ; celle pour qui cet étrange amas de bien et de mal, cette masse de particularités infimes et bizarres qui constitue une personne se doit d'être honorée. J'ai utilisé de mon mieux mes vertus, j'ai tiré partie de mes vices... Je ne tiens pas spécialement à me léguer à quelqu'un. Ce n'est point par le sang que s'établit d'ailleurs la véritable filiation humaine. César est l'hé-

Sylvie Epelboin, praticien hospitalier, gynécologue obstétricienne, responsable du Centre d'assistance médicale à la procréation, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Paris.

ritier d'Alexandre et non le frêle enfant né d'une princesse perse dans une citadelle d'Asie » (Marguerite Yourcenar, *Mémoires d'Hadrien*).

Une telle profession de non-désir d'enfant est rarement exprimée, car socialement incorrecte, notamment dans sa négation de la valeur de la transmission d'un « soi biologique » souvent mise en avant dans l'expression du projet d'enfant.

J'envisagerai donc le concept de filiation de façon élargie au souhait de procréation, tel que l'expriment les couples en mal d'enfant, ou tel qu'il était formulé dans un texte préparatoire à cet ouvrage : « ... à l'épreuve du lien en souffrance, du questionnement sur la filiation en tant que lien identitaire et place dans la chaîne des générations. »

Le désir d'enfant fait partie du monde de l'imaginaire qui se heurte et s'est heurté depuis longtemps au champ des savoirs. Au cours de l'évolution de l'humanité, les progrès scientifiques n'ont pas suffi à l'homme, patient ou thérapeute, pour comprendre et maîtriser la complexité de sa procréation. Si l'acte de donner le jour est concret, celui de concevoir reste abstrait, sa médicalisation renouvelant le monde fantasmagique qui l'entoure au lieu de l'appauvrir. Les demandes (des patients) ou les offres (des médecins) en sont imprégnées.

Quand le projet d'enfant ne se réalise pas, il est des situations simples pour lesquelles les techniques médicales permettent la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes sans bouleversement des schémas familiaux classiques. Il en est cependant de plus complexes, dont la solution technique, quoique simple en elle-même, peut générer des conséquences insolites qu'il est nécessaire d'évoquer au préalable dans le col-

loque médecin/patient. Ce sont quelques-unes de ces situations que nous allons aborder.

Questionnement sur la filiation en tant que lien identitaire et place dans la chaîne des générations : le rôle de révélateur de l'aide médicale à la procréation (AMP), hors don de gamètes

La faculté d'une femme à concevoir un enfant est souvent rapportée à celle de son environnement familial féminin : sœurs, mère, grand-mères, tantes, voire cousines ou belles-sœurs.

Nos interrogatoires médicaux lors de l'ouverture d'un dossier de gynécologie se font d'ailleurs l'écho de cette conception de l'inscription d'une femme dans un « profil hormonal » des autres femmes d'une lignée (âge aux premières règles, régularité des cycles, durée et abondance des menstruations, espacement des grossesses, âge à la ménopause...).

« Ma mère a eu son premier enfant à 34 ans, j'ai le temps », ou « ma grand-mère a eu son dernier à 45 ans, elle ne se posait pas tous ces problèmes, elle l'aurait bien évité, celui-là », ou au contraire : « Ma mère a attendu son premier six ans, il serait temps que je m'y mette si je ne veux pas faire le mien à 42 », ou encore « ma sœur plus jeune en a déjà deux, c'est un comble ! », ou bien « ma mère m'a eue à 38 ans, je ne peux à 37 admettre le diagnostic de ménopause précoce à un âge où ma mère me concevait ! » Tels sont des exemples de réflexions émises par des patientes.

Dans les consultations de stérilité, au fil des discours des patientes sur l'histoire de leurs propres échecs, sont évoqués les événements de la vie génésique de la mère, de la grand-mère maternelle. Délai d'attente du premier enfant, répétition de fausses couches, pathologies gravidiques sont interprétés dans ce contexte transgénérationnel.

L'histoire ancienne et actuelle du Distilbène* ¹, ou DES, illustre la force de la représentation de la transmission matrilinéaire de l'infertilité. Alors qu'il est bien établi depuis plusieurs années que la prescription de ce médicament, dérivée de l'erronée « théorie hormonale des avortements », n'a eu aucune efficacité dans la prévention des fausses couches maternelles, et peut être tenue pour responsable d'une grande part des problèmes de reproduction des filles exposées ; alors que les causes de l'infertilité, de l'absence d'implantation embryonnaire, des avortements précoces ou tardifs sont à présent documentées ; alors même, les plus averties des filles exposées cherchent à établir un parallèle entre les déboires qui émaillent leur quête d'enfant et l'histoire maternelle.

Le recueil d'environ trois cents témoignages de jeunes femmes exposées au DES de 1950 à 1975 permet de dégager plusieurs axes de réflexion à la fois convergents et contradictoires. Ceux-ci s'articulent autour de la notion de *malédiction* transmise de mère en fille, à travers laquelle s'exprime la confusion des concepts d'*hérédité* et de *congénitalité*, qu'illustreront les quelques cas suivants.

1. Les mots marqués d'un astérisque sont définis dans le lexique en fin d'article, p. 46.

La peur du modèle maternel

Frédérique, née en 1963, 35 ans, enseignante, présente une stérilité primaire de cinq ans. La vie reproductive de la mère est dense :

- première grossesse gémellaire : un enfant est décédé à la naissance, l'autre enfant est une fille qui a maintenant 49 ans ;
- deuxième grossesse l'année suivante : naît une autre fille qui a maintenant 48 ans ;
- suivent des années de stérilité. Le diagnostic d'un kyste ovarien occasionne une kystectomie ovarienne d'un côté, assortie d'une ovariectomie partielle de l'autre. On lui dit alors qu'elle sera toujours stérile ;
- une troisième grossesse s'initie cependant quelques mois plus tard : ce sera Frédérique. Sa mère a été alitée et a pris des médicaments ; elle n'admettra que tardivement qu'il s'agissait du DES ;
- survient rapidement une quatrième grossesse, objet probable d'un traitement par Distilbène : un garçon naît, qui présentera des séquelles de souffrance néonatale et un handicap moteur et cérébral majeur ; il subira vingt interventions sur le rachis dans le but de lui faire acquérir la marche, et décédera à 18 ans à la vingtième intervention.

Les relations mère/fille, comme souvent, sont marquées par une très grande violence de la part de la mère quand, après le premier bilan de fertilité, les médecins disent à Frédérique qu'elle a tous les symptômes évocateurs d'exposition au DES, et qu'elle interroge sa mère. Frédérique est venue consulter après trois tentatives de fécondation *in vitro* (FIV*) faites dans un

autre centre. À chaque fois trois embryons ont été transférés ; elle souhaite quêter une autre opinion sur ses chances de grossesse. Une quatrième FIV est d'ailleurs déjà prévue dans un court délai.

Je la revois en seconde consultation six mois plus tard, après sa quatrième FIV à l'origine de la formation de dix embryons, un transfert de quatre embryons ayant abouti à un échec. Elle avait conservé ce rendez-vous pris dès la consultation précédente. Elle me dit avoir décidé de ne pas faire le transfert des deux embryons congelés qui restent, elle cherche une information sur les possibilités de don d'embryons, et mène parallèlement des démarches en vue d'adoption. Elle et son mari vont bientôt aller au Vietnam pour « attendre un enfant ». Au cours de l'analyse qu'elle a commencée, elle dit s'être découvert la certitude que ses grossesses seront alitées comme celles de sa mère, et une énorme crainte de la prématurité, crainte aussi d'accoucher d'un enfant handicapé, comme son frère qu'elle a tant vu souffrir dans son long calvaire chirurgical. À ce point de l'entretien, elle précise aussi qu'avant de connaître son mari, très désireux de paternité, elle avait décidé de ne pas avoir d'enfant, ressentant *a priori* une peur folle de la grossesse. Secondairement, poursuit-elle, elle a réalisé l'énorme culpabilité, jamais exprimée, de sa mère confrontée à sa stérilité, mais aussi au handicap de son petit frère (la prise de DES n'ayant cependant aucune responsabilité dans cette pathologie), ainsi qu'à la mort du second jumeau aîné.

Cette prise de conscience aboutit en retour, de la part de la mère, à un début de dialogue menant à une verbalisation