

L'enfant à naître



Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetpsy.com

De l'enfant imaginaire dans la tête des parents virtuels à l'adolescent rappeur, il y a tout un monde ! Chacun des ouvrages de la collection est une pièce du puzzle de cet univers peuplé d'enfants vivants, morts, bien-portants, souffrants, handicapés, maltraités, soignés, accueillis, éduqués, aimés..., indissociables de leur environnement.

La vie de l'enfant s'adresse aux professionnels et aux curieux de la genèse de l'humain, de la parentalité et du soin. Elle privilégie la clinique et ses pratiques, matrices de nos hypothèses théoriques et non servantes. La lisibilité, exempte d'ésotérisme, n'y rime pas avec simplisme. À la croisée des domaines psychanalytique, psycho(patho)logique, médical, social, historique, anthropologique et éthique, sa convivialité épistémologique réconcilie l'enfant observé et l'enfant reconstruit.

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs. Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Dominique Blin, Nathalie Boige, Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Anne Frichet, Bernard Golse, Sylvie Gosme-Séguret
et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959

DÉJÀ PARU

Peter Fonagy
Théorie de l'attachement et psychanalyse

Sous la direction de
Ombline Ozoux-Teffaire
Enjeux de l'adoption tardive

Sous la direction de Bernard Golse
et Sylvain Missonnier
Récit, attachement et psychanalyse
Pour une clinique de la narrativité

Sous la direction de Martine Gross
Homoparentalités, état des lieux

Sous la direction de Sylvie Séguret
Le consentement éclairé en périnatalité
et en pédiatrie
Ombres et lumière

Sylvain Missonnier
La consultation thérapeutique périnatale
Un psychologue à la maternité

André Bullinger
Le développement sensori-moteur de l'enfant
et ses avatars
Un parcours de recherche

Denis Mellier
L'inconscient à la crèche
Dynamique des équipes et accueil des bébés

Francisco Palacio Espasa
Dépression de vie, dépression de mort
Les paliers de la conflictualité dépressive
chez l'enfant et ses parents

Benoît Bayle

L'enfant à naître

Identité conceptionnelle
et gestation psychique

« La vie de l'enfant »

 **érès**

Ouvrage publié avec le soutien du
Conseil régional Midi-Pyrénées

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-19806
Première édition © Éditions érès 2005
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION. COMPRENDRE LA PROCRÉATION HUMAINE	15
L'ENFANT DE REMPLACEMENT. CONCEPTION ET DEUIL.....	23
La notion d'enfant de remplacement.....	23
Les enfants de remplacement par anticipation.....	25
Études psychopathologiques et « cas cliniques » d'enfants de remplacement	28
La biographie de personnages illustres ayant statut d'enfant de remplacement.....	37
Le développement des enfants conçus après le deuil d'un puîné décédé de mort subite du nourrisson	44
Travail de deuil de l'enfant mort ; travail d'identification de l'enfant à naître.....	51
Conception de l'enfant de remplacement et troubles du développement psychologique.....	57
Conclusion.....	61
LES ENFANTS DU VIOL ET DE L'INCESTE.	
MATERNITÉ ET TRAUMATISME SEXUEL.....	63
Psychopathologie et traumatisme	66
Les grossesses après viol ou après inceste	71

Les enfants issus d'une relation incestueuse père-fille	86
Les enfants issus d'un viol	93
Les relations incestueuses frère-sœur « apparemment réciproques » : un inceste sans violence ni traumatisme ?	96
La transgression de l'interdit des deux sœurs	98
Aspects transgénérationnels	102
Aux frontières de la conception incestueuse	104
La maternité chez les femmes victimes d'abus sexuels par le passé : période anténatale, interactions précoces parents-enfant et devenir ..	105
Conclusion	115
SURVIVANCE PÉRICONCEPTIONNELLE ET PRÉNATALE	117
Bettelheim et l'expérience extrême de l'univers concentrationnaire	120
Clinique psychopathologique chez les survivants. Le sentiment de culpabilité	123
Le sentiment de puissance chez le survivant ; la preuve par l'épreuve	131
Les survivants de la période prénatale	134
Psychopathologie des survivants conceptionnel et prénatal. L'expérience collective	143
L'expérience individuelle de la survie anténatale	150
Traumatisme prénatal et traumatisme conceptionnel	154
Conclusion	167
LES NÉGATIONS DE GROSSESSE (DISSIMULATION, DÉNÉGATION ET DÉNI) ...	169
Françoise : dissimulation de la grossesse et accouchement anonyme (observation n° 1)	171
Isabelle : un exemple de suivi (observation n° 2). La levée du déni augmente-t-elle le risque d'accouchement prématuré ?	174
Denise et le déni de ses deux grossesses (observation n° 3)	178
La formation d'impulsions infanticides : la thèse de C. Bonnet	180
La relation au corps ; l'énonciation de la grossesse à autrui	184
Une relation anténatale impossible ; un espace psychique qui fait défaut	189
Approche thérapeutique : découverte et accompagnement d'une grossesse déniée, chez une femme enceinte à la suite d'un viol (N. Presme)	192
Psychogenèse des symptômes de négation de grossesse	197

Négation de grossesse, conception humaine et période anténatale.....	201
CONCEPTION DE L'ENFANT ET PATHOLOGIE MENTALE	205
La maternalité chez les femmes schizophrènes	208
<i>Un précurseur</i>	208
<i>Quels risques psychologiques pour les enfants de mère schizophrène ?</i>	210
<i>La période anténatale</i>	216
<i>Maternage, interactions précoces et mécanismes de défense élaborés par l'enfant</i>	219
<i>Clinique du devenir des enfants de mère schizophrène</i>	224
<i>Approche thérapeutique et préventive</i>	229
L'enfant de mère déprimée.....	238
Conception et névrose.....	243
Maternalité et anorexie mentale	245
L'enfant de parent(s) présentant une maladie alcoolique.	
Conception, parentalité et pathologie alcoolique.....	248
La femme enceinte et la toxicomanie.....	250
Conclusion.....	254
LES ENFANTS ISSUS DES PROCRÉATIONS MÉDICALEMENT ASSISTÉES.....	257
Le devenir des enfants conçus artificiellement.....	258
Les études cliniques de cas.....	266
Procréations assistées et « scène conceptionnelle » artificielle : existe-t-il des risques psychopathologiques spécifiques ?	
La demande d'enfant en PMA.....	271
Les enfants extraordinaires de la technique	277
Des enfants conçus hors sexe.....	282
L'introduction de tiers dans la procréation.	
PMA et secrets sur l'origine.....	285
PMA et survivance périconceptionnelle et prénatale.....	292
Faux et vrais jumeaux asynchrones :	
de la congélation embryonnaire au clonage... ..	302
Conclusion.....	304
CONTRIBUTION À L'ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE.....	305
Maternité et remaniements psychiques	306
Les étapes psychiques de la grossesse	314
L'enfant imaginaire.....	316
Les représentations maternelles.....	317

De l'enfant imaginaire et fantasmatique à l'interaction mère-nourrisson.....	322
L'enfant du dedans et la « relation d'objet virtuel » (S. Missonnier). Autrui à l'intérieur de soi, ou l'ontologie spécifiquement féminine d'Edmée Mottini-Coulon.....	326
Nidification, placentation et délivrance psychique.....	330
La différenciation et l'identification psychique prénatale de l'être humain conçu.....	335
L'embryon humain et son identité conceptionnelle.....	338
Conception et repères identificatoires. La structure identificatoire embryonnaire.....	345
De l'objectivation des déterminations conceptionnelles à l'intersubjectivité prénatale.....	354
Conclusion.....	365
CONCLUSION. SOIGNER L'EMBRYON	369
BIBLIOGRAPHIE.....	375

AVANT-PROPOS

Benoît Bayle : Professeur Michel Soulé, vous êtes un « pionnier » dans le domaine de la psychologie prénatale et vous n'avez pas hésité à employer le terme de « psychiatrie fœtale ». Cet ouvrage-ci n'aurait sans doute pas vu le jour si je n'avais eu la chance, lors d'un congrès, de rencontrer Sylvain Missonnier. Cette rencontre m'a permis de rejoindre le groupe « Premier Chapitre » de la WAIMH, dont vous êtes un des fondateurs. En ce sens, ce livre se situe dans votre « transgénérationnel ». Pouvez-vous nous raconter l'histoire de la psychiatrie fœtale ?

Michel Soulé : Cette histoire de la psychiatrie anténatale n'est pas unique ni personnelle, divers psychiatres y ont contribué. Il faut également la situer dans l'histoire plus générale de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Au début, les psychiatres se sont intéressés à l'enfant d'âge scolaire, puis ils ont étudié l'enfant d'âge préscolaire, puis le bébé, puis enfin le nouveau-né, et maintenant le fœtus et même l'embryon, comme vous le faites.

Chaque fois qu'un nouveau seuil a été franchi, des sceptiques se sont demandé pourquoi on s'intéressait au bébé, ou au nouveau-né, etc. Même Serge Lebovici m'a dit au début : « C'est très bien ce que vous faites mais je ne vois pas encore très bien quel en est l'intérêt. »

Il y avait à Paris un centre de néonatalogie à la fois ancien, important et très scientifique, l'Institut de puériculture de Paris. En raison des fonctions que j'occupais, depuis 1952, dans ce centre, j'ai été amené à m'intéresser aux prématurés. L'enfant prématuré est en quelque sorte un bébé

qui est né avant la naissance, on dit maintenant : un fœtus dehors. En l'étudiant, on pratique déjà la périnatalogie anténatale. Plus tard, à l'Institut de puériculture, survient un événement : l'arrivée de l'équipe du docteur Fernand Daffos et du professeur François Forestier, qui y a introduit la médecine fœtale et perfectionné le diagnostic prénatal. Nous avons été dès lors contraints d'aborder aussi tous les problèmes que soulève l'interruption médicale de grossesse. La périnatalogie anténatale a alors occupé sa place logique. Le psychiatre s'y est tout naturellement trouvé mêlé, et j'ai participé avec grand intérêt à cette discipline. Actuellement, beaucoup de psychiatres et de psychologues qui s'occupent du bébé travaillent dans les maternités et perfectionnent cette nouvelle discipline qu'est la psychiatrie anténatale...

L'expression de psychiatrie fœtale a alors été choisie, à l'occasion de la dix-neuvième journée scientifique du Centre de guidance infantile de l'Institut de puériculture, en mars 1991. J'organisais ce colloque avec Fernand Daffos et, pour stimuler les esprits, je l'avais intitulé « Introduction à la psychiatrie fœtale ». Cette appellation signifie, bien entendu, que les cliniciens s'intéressent au fœtus, mais aussi à la mère enceinte, au père et aux équipes qui prennent en charge tous ces problèmes. C'est ainsi qu'il est possible de parler de « psychiatrie » au moment de la vie du fœtus et par abréviation de « psychiatrie fœtale ». Ce terme est peut-être contestable, mais il désigne bien la période à laquelle nous nous intéressons. Par la suite, dans le cadre de la WAIMH, avec Sylvain Missonnier et avec l'accord de Bernard Golse, nous avons créé une section dédiée à la psychiatrie anténatale et nous lui avons donné le nom de « Premier Chapitre », pour bien montrer qu'il n'y avait pas césure entre ce qui est avant la naissance et ce qui est après la naissance, et pour souligner l'existence d'une continuité entre ces deux périodes. Sigmund Freud lui-même affirmait d'ailleurs : « Il y a beaucoup moins de discontinuité qu'on ne le croit entre la vie avant la naissance et celle après la naissance. » Ainsi, le groupe « Premier Chapitre » est là pour affirmer que la vie fœtale, la période de la vie fœtale et de la grossesse, constituent vraiment le premier chapitre de la vie d'un enfant, et non pas quelque chose qui se passerait avant la vie. C'est sans doute parce que, jusqu'à une période récente (1980 environ), on n'avait pas accès au fœtus qu'on devait bien obligatoirement négliger cette période, voire refouler toute curiosité pour le contenu inquiétant du ventre maternel.

B.B. : Vous avez développé, aux côtés d'auteurs comme Serge Lebovici ou Léon Kreisler, un grand nombre de concepts : l'enfant imaginaire, les interactions fantasmatiques. Vous vous êtes également intéressé à la vie du fœtus avec ses connections sensorielles sur le monde extérieur,

mais aussi humorales à l'intérieur de l'enceinte maternelle. Vous vous êtes passionné, et vous vous passionnez encore pour l'échographie fœtale. Vous avez encore développé la notion de maltraitance à fœtus. Faut-il en déduire que la période prénatale représente pour vous la première période du développement psychologique ?

M.S. : Je n'utiliserai pas la formulation « première période du développement psychologique ». Je ne pense pas qu'on puisse utiliser le mot « psychologique » à cette période parce cela suppose une organisation de la pensée et, par conséquent, un développement qu'on ne rencontre que plus tard, à l'occasion de la vie à l'extérieur, c'est-à-dire chez le bébé. Nous n'avons pas encore bien compris tout le fonctionnement du cerveau du fœtus. En revanche, nous connaissons mieux, désormais, les perceptions fœtales, notamment en France, grâce aux recherches de Jean-Pierre Lecanuet : quels sens sont développés chez le fœtus, et à quelles périodes de la vie fœtale ils apparaissent. Du reste, il ne faut guère parler du « fœtus » de façon générale. S'agit-il d'un fœtus de 8 mois, qui ressemble étrangement à un nouveau-né, ou d'un fœtus de 3 mois dont on ne peut pas vraiment savoir ce qu'il perçoit ? Je répète souvent cela, car beaucoup de personnes ont tendance à « adultifier » le fœtus en lui prêtant toutes sortes de pensées, en fantasmant sur ce qui se passe dans sa tête, avec toutes leurs projections d'adultes. Ce n'est pas très scientifique.

Alors, pour revenir à votre question, je vais répondre à différents points.

Voici près de trente ans déjà, avec Léon Kreisler, nous avons étudié les troubles fonctionnels du nourrisson, y compris ceux du nouveau-né. À cette époque, ce n'était pas encore en vogue. Nous nous demandions comment ces troubles se situaient dans un système interactif avec la mère et avec l'entourage, repérant des difficultés très précoces, avec des possibilités d'action thérapeutique et de prévention tôt instituée. Nous voyions là un moyen de prévenir des troubles psychosomatiques qui risquaient de se structurer ultérieurement sur un mode plus difficile à aménager. C'est cette étude qui a incité Serge Lebovici à dire, dans sa préface, que la psychiatrie du bébé était désormais introduite.

Une autre sorte d'interactions m'a beaucoup intéressé par la suite, celle qui concerne la période prénatale : il s'agit des systèmes interactifs humoraux qui s'établissent entre le corps du fœtus et le corps de la mère. Ces interactions dites « humorales » m'ont été révélées par François Forestier. Ce biologiste m'a montré qu'il existe entre le corps de la mère (ne confondons pas celui-ci avec l'esprit de la mère) et le corps du fœtus des interactions qui sont médiatisées. Les humains (dont les « psy ») simplifient et imaginent une connexion étroite, directe, entre le fœtus et

le corps de la mère, comme si la mère perfusait en quelque sorte son bébé. En réalité, une triadification s'opère par le placenta, organe qui joue un rôle vital essentiel. En effet, en premier lieu, l'ovule fécondé est ressenti par le corps de la mère comme une greffe étrangère et le corps de la mère n'a qu'un seul but : le rejeter ; s'il n'y a pas quelque chose qui s'interpose – c'est le placenta qui joue ce rôle –, l'embryon est rejeté. Cette lutte entre les deux avait été évoquée par Jean Bergeret, avec la notion de violence fondamentale, qui se conclut par : « c'est lui ou c'est moi ». Dans le cadre qui nous intéresse, on peut dire que c'est l'ovule fécondé ou le corps maternel qui va gagner. L'embryon réussit à s'implanter, il va se développer, mais toujours sous la menace des actions létales, qui vont s'exercer par le corps maternel, et qui peuvent initier parfois des dégâts considérables, chez l'un ou l'autre des protagonistes. De son côté, en effet, la mère peut être attaquée, par exemple, par un certain nombre d'actions sur ses propres organes. Certaines maladies auto-immunes, qui peuvent se déclarer plus ou moins tardivement dans la vie de l'adulte, semblent se constituer pendant la vie fœtale avec une participation du corps maternel. Les biologistes utilisent d'ailleurs des termes comme « cellule non reconnue », « cellule considérée comme non-soi », etc., ce qui pour nous, psychanalystes, prend un sens particulier, analogique, avec ce qui se passe dans la vie intellectuelle.

B.B. : Nous assistons, depuis les années 1980, à un véritable bouleversement dans la procréation humaine, en particulier avec le développement des techniques de procréation artificielle humaine. Pensez-vous que ces méthodes sont susceptibles d'induire de nouvelles formes de psychopathologie ?

M.S. : Au début de l'apparition des techniques de procréations artificielles, on s'interrogeait sur les dangers physiques que pouvaient faire encourir de telles méthodes. Favoriseraient-elles l'apparition de problème grave dans le développement somatique du fœtus ? Maintenant, rassurée, notre attention s'est fixée sur l'impact psychologique de ces techniques.

En réalité, ce genre d'interrogation est ancien, notamment avec la question du secret de l'adoption. On s'est aperçu qu'il fallait dire la vérité aux enfants adoptés. Dans l'esprit des parents resterait quelque chose, un secret, un non-dit, qui gênerait les échanges et le développement de l'enfant. Par la suite, avec l'adoption d'enfants de couleurs différentes ou âgés, il devient tout simplement impossible de taire l'adoption.

Quand l'insémination artificielle par donneur fut pratiquée, apparaissait là une nouvelle possibilité de maintenir un secret. Ce secret porte sur

le fait de dire : « Cet homme que tu appelles papa, et bien, il n'est pas ton géniteur ! » Pour un certain nombre de psychiatres, de psychanalystes, il fallait à tout prix lever ce secret : le mode de conception devait être dit. L'expérience a montré que la réalité était plus complexe. Nous nous sommes aperçus, dans nos consultations, que beaucoup de futurs parents souhaitaient maintenir le secret, souvent pour des raisons purement familiales. Par exemple, le mari voulait éviter à tout prix d'avoir à signifier à son père qu'il interrompait la lignée de filiation.

Nous avons réalisé des entretiens avec des candidats à l'insémination qui nous posaient la question : « Est-ce que le secret est vraiment domma-geable ? » Nous parlions franchement avec eux, sans aller dans un sens d'intégrisme en faveur de la vérité à tout prix. Or, alors qu'avant la conversation il y avait 70 % des couples qui disaient « je ne veux pas le dire », après la conversation, il y en avait 80 %. Les déculpabiliser incitait ces couples à cacher la filiation artificielle, notamment parce que la levée du secret mettait en cause la lignée paternelle. Ce point mérite réflexion. Je peux citer des cas où, finalement, d'une manière ou d'une autre, quelque chose a été perçu par l'enfant. Comment ? Cela reste très difficile à dire. Évidemment, il est possible d'attribuer cela au hasard, mais les parents, qui sont des personnes averties, ne peuvent manquer d'avoir un doute sur ce sujet. On a alors le sentiment que cette connaissance des origines passe parfois par des voies que l'on ne connaît pas et qu'une transmission par l'inconscient existe avec, bien entendu, un certain nombre de relais...

B.B. : J'évoque, dans cet ouvrage, la survivance périconceptionnelle et prénatale. C'est un sujet que j'ai à cœur d'approfondir et je suis toujours curieux de recueillir de nouvelles observations cliniques. Vous avez eu, je crois, l'occasion de soigner des enfants qui se trouvaient prisonniers d'histoires de cette nature, ou d'observer des interactions précoces de ce type. Pouvez-vous nous en parler ?

M.S. : Effectivement, dans certains cas, un des fœtus peut disparaître dans le ventre maternel et l'autre survivre. Certaines actions sont également menées dans ce sens, comme de détruire volontairement des embryons surnuméraires et d'en préserver d'autres qui vont finalement devenir fœtus, puis bébé. C'est à prendre avec beaucoup d'intérêt et de précaution, parce que ces événements vont agir plus tard dans les interactions fantasmatiques parents-bébé. Par exemple, si la mère rencontre des difficultés avec l'enfant survivant qui a un comportement agressif ou déviant, elle a la possibilité de se dire : « Ce serait peut-être différent si j'avais préservé l'autre, et si c'était celui-ci que j'avais fait disparaître. »

De telles pensées sont sources de culpabilité, car il n'est pas facile de penser des vœux de mort. De tels aspects peuvent émerger dès les relations précoces, mais aussi plus tard, par exemple à l'adolescence. Les parents gardent toujours la possibilité démesurée d'imaginer que ça n'aurait pas été pareil avec un autre enfant. Ce risque existe d'ailleurs dans l'adoption, par exemple lorsque le mari est stérile, et que l'adolescent est en difficulté, la mère peut toujours penser : « Si mon mari n'avait pas été stérile, c'est un autre adolescent que j'aurais devant moi. » C'est à la fois une pensée qu'il est possible de qualifier d'ordinaire, et pourtant, cette pensée laisse la place pour une grande culpabilité.

Maintenant, il s'agit d'apprécier ce qui se passe aussi au niveau de l'enfant, le frère ou la sœur, qui a été préservé. Doit-il le savoir ? Faut-il qu'il soit au courant des actions qui ont été menées et qui ont conduit à supprimer tel ou tel nombre d'embryons surnuméraires ? Deuxièmement, s'il le sait, ce savoir lui transmet-il à lui aussi une certaine culpabilité, puisqu'il a survécu et que le frère virtuel a disparu ? Une troisième question se pose encore : faut-il lui dire que ce sont les parents qui l'ont décidé ? Dans ce dernier cas, ils s'attribuent un pouvoir extraordinaire de vie et de mort : décider de procréer et décider ensuite de détruire une partie du contenu du ventre maternel. Je crois que toutes ces questions ne sont pas toujours dramatiques, bien entendu, qu'elles doivent être prises en compte, car on peut peut-être apporter une certaine aide aux protagonistes.

B.B. : À la fin de l'ouvrage, j'évoque l'identité conceptionnelle de l'être humain conçu. Comme fondateur à Paris du COPES et, par conséquent, psychiatre averti des questions de filiation, avez-vous pu établir des liens entre ce concept et votre pratique personnelle ? Pensez-vous, par exemple, que les substitutions sur l'identité conceptionnelle sont à l'origine, dans certains cas au moins, de décompensations psychopathologiques ?

M.S. : Certaines décompensations psychologiques s'observent lorsque la révélation est brutale et effondre tout d'un coup une grande partie du narcissisme de l'enfant devenu adulte, par exemple. Je peux citer l'observation d'un adulte adopté. 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 : « Ta mère biologique n'est pas ce que tu crois, c'est une domestique, et ton père, ça doit être un "pioupiou" ! » Il s'est effondré et a développé une agoraphobie intense.

Il faut donc savoir que la révélation prétendument utile peut être dramatique dans certains cas. Au fond, c'est finalement le vécu parental qui paraît essentiel dans de telles affaires. Si les questions autour de l'origine sont abordées sereinement par les parents, si, par exemple, ils ne perdent pas beaucoup d'énergie à prendre en permanence des précautions à ce sujet, s'ils sont eux-mêmes assurés dans leur filiation et leur solidité narcissique, j'ai la certitude que l'enfant se développe sans trop de difficultés...

INTRODUCTION

COMPRENDRE LA PROCRÉATION HUMAINE

Depuis l'Antiquité, l'être humain a soif de connaître l'origine de son corps, de comprendre sa conception. Pendant longtemps, il fut réduit à l'observation macroscopique de ses semences, puis il a pris conscience de l'organisation cellulaire de son corps et a découvert les mécanismes de la fécondation. La première forme de son être est un embryon, qui s'organise progressivement avant de naître. Cette quête a amené l'humanité à intervenir sur sa propre conception. Au cours de la seconde moitié du vingtième siècle, se sont développées diverses pratiques d'interventions sur les gamètes et sur l'embryon humain, comme la contraception ou la fécondation *in vitro*, qui ont fait le lit d'une véritable « révolution conceptionnelle¹ ». Alors que les sociétés occidentales proclament le slogan féministe « un enfant, si je veux, quand je veux », un nouveau paradigme surgit, conquiert l'intimité des couples et gouverne peu à peu la conception de chaque individu. L'enfant doit être désiré. Il est programmé pour être désirable.

L'avènement des techniques de procréations médicalement assistées, en particulier celui de la fécondation *in vitro* (FIV) et des pratiques qui lui sont associées, comme la congélation embryonnaire, le diagnostic pré-implantatoire ou la perspective du clonage humain, a suscité cependant

1. Pour une analyse de la révolution conceptionnelle et de la nouvelle scène conceptionnelle, consulter notre ouvrage précédent, *L'embryon sur le divan*, Paris, Masson, 2003.

un mouvement d'interrogation et d'inquiétude. Un large débat s'est ouvert au sein de la société, mobilisant des intérêts contradictoires et laissant apparaître des clivages parfois idéologiques. Les psychiatres et les psychanalystes furent conviés à ce partage d'opinion, et ils sont aujourd'hui encore invités à explorer ce continent inconnu, tantôt par les praticiens de la FIV, tantôt par la société elle-même. Ils n'échappent pas aux divisions, et certains psychanalystes qui ont exprimé leurs craintes et dénoncé, notamment, l'effritement des repères symboliques, se sont vus qualifiés d'« écolopsy », terme qui leur était asséné avec mépris².

Pourtant, l'engouement et la médiatisation des procréations artificielles dépassent largement (non sans raison profonde) leur efficacité réelle et le bien-être objectif qu'elles apportent à l'humanité. Nous sommes loin d'avoir répondu aux nombreuses interrogations que pose leur émergence. Les femmes qui livrent leur fécondité à la science procréatique semblent volontiers souffrir une terrible épreuve, parfois prisonnières de leur désir d'enfant, comme emportées dans un tourbillon aliénant qui les assujettit à la médicalisation. La technique paraît toucher un point d'extrême vulnérabilité. Parmi elles, un nombre important restera sans enfant.

Devant la difficulté, sur laquelle nous achoppons depuis quelques décennies, de comprendre les enjeux de cette mutation si radicale qui touche à la conception des individus, force est de constater notre ignorance. Savoir que nous sommes encore aveugles n'est pas seulement un précepte de sagesse, c'est aussi un principe de raison et d'action. Le constat de notre ignorance invite à la recherche. N'existe-t-il pas des voies nouvelles à explorer, à l'écart des terres dogmatiques ? Le retour à la clinique s'impose alors, celle de l'adulte, de l'enfant ou de l'adolescent, mais aussi celle de la femme enceinte et de l'être en gestation. Ne faut-il pas d'abord comprendre la procréation humaine « naturelle » avant de considérer la scène conceptionnelle artificielle ? La psychopathologie clinique offre un cadre d'étude d'une particulière richesse. Pouvons-nous l'interroger ?

2. Cf. les commentaires acerbes de Sylvie Faure-Pragier critiquant les écrits de Monette Vacquin : S. Faure-Pragier, « Scène primitive médicalement assistée », dans *Scènes originales, Revue française de psychanalyse* (Monographie), Paris, PUF, 1996, p. 133-146 ; M. Vacquin, « Filiation et artifice. Nouvelles techniques et vieux fantasmes. Point de vue psychanalytique », *Le Supplément*, n° 177, juin 1991 ; M. Vacquin, *Frankenstein ou les délires de la raison*, Paris, Julliard, 1994.

Diverses questions se posent alors. L'une d'elles fonde tout spécialement l'approche psychopathologique de la conception humaine : pouvons-nous repérer l'émergence de troubles du développement psychologique dès la conception ? Or, les nombreux travaux scientifiques sur l'« enfant de remplacement », conçu pour remplacer un enfant mort en bas âge, permettent justement de répondre par l'affirmative. Apercevant que la conception humaine peut se comprendre dans son rapport psychopathologique au deuil, d'autres situations paraissent alors exemplaires. C'est le cas, par exemple, de la conception après traumatisme sexuel, qui s'annonce particulièrement explicite, en raison même de son caractère extrême. Au fil de la recherche, il apparaît possible de proposer une psychopathologie de la conception humaine, qui offre des vues originales pour appréhender la psychologie du développement anténatal, et permet peut-être d'envisager sous un autre regard la révolution conceptionnelle.

Dans cet ouvrage, sept études psychopathologiques se succèdent. Elles sont pour ainsi dire « indépendantes » les unes des autres. Pourtant, elles ne s'articulent pas au hasard.

La première est consacrée à l'enfant de remplacement. Des parents perdent un enfant en bas âge. Leur douleur est indicible. Ils conçoivent un nouvel être pour remplacer le précédent mort. La grossesse est placée sous le sceau de l'anxiété et de la tristesse, de la confusion entre l'enfant mort et l'enfant à naître, et de la crainte de s'attacher à l'enfant en gestation. L'enfant précédent, mort en plein développement, reste investi de nombreuses espérances qui ne pourront se réaliser. Il est fortement idéalisé par ses parents, qui gardent volontiers le souvenir d'un être parfait. L'enfant à naître remplit une mission difficile. Dans l'inconscient des parents, il est confondu avec l'enfant mort. Cette identification à l'enfant perdu idéalisé est source de comparaison et de compétition impossible à dépasser. L'enfant de remplacement vit identifié à un objet mort. Il doit faire lui-même le deuil de l'enfant perdu par ses parents, deuil que ceux-ci ne sont pas parvenus à élaborer.

Les troubles psychologiques repérés par les différents auteurs correspondent à des troubles structuraux qui empruntent deux directions : celle de l'identité et des identifications ; celle de la culpabilité et de la dépression. Les troubles de l'identité vont du simple sentiment de n'être pas soi-même jusqu'à la confusion psychotique. L'enfant conçu et élevé dans ces circonstances est parfois condamné à un « non-être », puisqu'il n'a pas été conçu pour lui-même. La création lui offre parfois un moyen d'exister par soi-même, d'accéder à « une originalité qui ne soit pas une copie » ; d'ailleurs, de nombreux personnages célèbres ont connu ce statut. La

culpabilité s'exprime enfin selon deux modes : soit une attitude dépressive, avec sentiment de dévalorisation et d'échec, soit au contraire une attitude persécutoire.

Cette notion d'enfant de remplacement souligne l'existence possible de troubles structuraux de la personnalité en rapport avec une problématique psychologique surgissant dès la conception de l'enfant : ici, la conception court-circuite le travail de deuil des parents, travail de deuil que doit effectuer alors l'enfant suivant. Ces troubles ont une spécificité psychopathologique, mais ils ne surviennent pas à titre systématique : il s'agit davantage d'orientations du développement. Il convient d'ailleurs d'en prévenir les effets, si possible dès le début de la grossesse. L'approche psychothérapique autorise notamment la différenciation progressive des représentations de l'enfant mort et de l'enfant à naître, qui tendent à se confondre. Elle favorise l'investissement psycho-affectif de l'enfant suivant.

Il était impossible d'écrire cet ouvrage sans commencer par l'étude de ce thème. Le nombre des travaux scientifiques consacrés à l'enfant de remplacement fait de ce sujet un exemple, à la fois clinique et méthodologique, de première importance. Outre l'expérience clinique partagée par de nombreux praticiens, nous découvrons au fil des publications une véritable méthodologie pour explorer la conception humaine. La problématique psychopathologique conceptionnelle est abordée à partir du cas de quelques adultes, puis de nouvelles observations confirment les premières, en particulier celles d'enfants. Parallèlement, une pensée psychopathologique émerge. Les cliniciens et les chercheurs se tournent ensuite vers l'observation clinique de la grossesse et du développement précoce. Nous voyons à travers cet exemple comment se révèle et s'enrichit l'exploration psychologique d'une problématique conceptionnelle.

La deuxième étude procède d'une autre démarche. Ayant reconnu les rapports psychopathologiques qui unissent deuil et conception humaine dans le cadre du développement de l'enfant de remplacement, nous avons remarqué la possibilité d'interroger d'autres catégories psychopathologiques. L'idée d'explorer les rapports entre conception et traumatisme sexuel s'est alors imposée aisément, tant ce cas extrême fournit une illustration de choix pour appliquer la notion de psychopathologie conceptionnelle. En recherchant les observations, cette fois plus rares, d'enfants issus de viols ou d'incestes, nous avons découvert que d'autres liens se tissaient entre conception et traumatisme sexuel. Ainsi, certaines grossesses surviennent en période d'abus sexuels, fruit en principe d'un géniteur tiers ; ces grossesses peuvent avoir pour fonction de mettre à l'écart l'agresseur sexuel. Surtout, nous avons mesuré l'impact psychologique