

8°R

88128

(5)

LOGIE  
& LOGIE  
PSYCHOLOGIE

ASPECTS  
PSYCHOLOGIQUES  
DE  
L'INSÉMINATION  
ARTIFICIELLE

C. MANUEL  
J.C. CZYBA

*BIOLOGIE*  
&  
*PSYCHOLOGIE*

Collection dirigée par  
J.C. Czyba, professeur à l'Université Claude Bernard,  
Lyon I  
et G. Abraham, professeur à l'Université de Genève.

***ASPECTS***  
***PSYCHOLOGIQUES DE***  
***L'INSÉMINATION***  
***ARTIFICIELLE***

Christine Manuel, Psychologue,  
C.E.C.O.S., Lyon J.C. Czyba, Professeur à  
l'Université Claude-Bernard, Lyon

avec la collaboration de :

Choquet Maria, Maître de recherche INSERM, Le  
Vésinet

Chorrier Hélène, Psychologue, Hôpital Edouard-  
Herriot, Lyon

Clément J.L., Psychologue, D.D.A.S.S., Lyon  
Cottinet Danièle, Médecin, C.E.C.O.S., Lyon

# Sommaire

Couverture

Page de titre

Avant-propos

Références

La pratique de l'insémination artificielle avec sperme de  
donneur

Les indications de l'insémination artificielle

Organisation, principes et activités des C.E.C.O.S.

La procédure de l'I.A.D.

Aspects légaux et éthiques

La recherche

Références

Faire ou adopter un enfant ?

Méthodes et moyens

Evolution des couples demandeurs d'I.A.D. par rapport à  
l'adoption

Comparaison des réponses des couples demandeurs et  
couples parents à la question de l'opinion sur l'adoption  
lors de la décision d'I.A.D.

Influence de la réalisation des I.A.D.

Comparaison des attitudes pour un 1er et un 2e enfant

Dialectique I.A.D.-adoption

Demande d'adoption et « réussite » de l'I.A.D.

L'I.A.D. « plus facile » que l'adoption : aspects psychosociologiques

« Risques » de l'adoption

L'hérédité vient au premier plan des risques cités

Le risque de rejet de l'enfant

Les risques liés aux conditions institutionnelles de l'adoption

Les risques dus à l'origine ethnique différente

Les « risques » de révéler à l'enfant son origine

Le secret et le refus de l'adoption

Références

Résistances au don de sperme

Le don de sperme est un phénomène culturel

Les ambiguïtés du don

Pour en savoir plus

Aspects psychologiques du don de sperme

Les différentes catégories de donneurs au C.E.C.O.S.-Necker

Analyse des motivations Schéma général pour les donneurs spontanés

## Quelques motivations personnelles autres que l'altruisme

### Chez les célibataires

*Motivations liées à la fertilité*

*Motivations liées à la sexualité*

### Chez les couples mariés

*Motivations liées à la fertilité*

*Motivations sexuelles*

## Bilan de ces motivations

Les donneurs recrutés par des couples receveurs

Le problème de la rémunération

S'agit-il toujours simplement d'un don de sperme ?

*Don – Cadeau – Offrande*

Les images du sperme

*Le sperme biologique*

*Le sperme affectif*

*Le sperme procréateur*

*Le sperme métaphysique*

Pour en savoir plus

Problématique du donneur de sperme

Avant le don

Les divers canaux d'information

Les motivations

Les réticences et les ambiguïtés

*La rupture du contrat*

*L'inceste*

*La masturbation*

Le déroulement du don

La prise de contact avec le Centre

Les conditions d'accueil

La répétition des dons

La gratification et la réparation

Le refus d'accepter le don

Le don de sperme vu par les donneurs de sang ()

Le sperme, vecteur de l'hérédité

La paternité se fonde sur la ressemblance

La paternité se fonde sur la responsabilité

La paternité se fonde sur l'engagement de procréer avec  
une femme choisie

La « vraie » paternité : père-puisque-géneur

La peur du don

Don de sang don de sperme

L'entretien psychologique des couples avant l'insémination  
artificielle avec donneur

Le but de l'entretien psychologique

La recherche du modèle

Les fantasmes

Le deuil de la fertilité

Le secret

Pour en savoir plus

Couples receveurs et couples donneurs : le « modèle » C.E.C.O.S.  
du don de sperme

Le modèle C.E.C.O.S. et la psycho-dynamique des couples  
receveurs

« Le donneur : allié ou étalon ? »

L'impact du modèle C.E.C.O.S. sur les couples  
demandeurs : la gratuité du don

L'opinion des parents par I.A.D. sur le don de couple et  
la paternité des donneurs

La paternité de donneurs

L'accord de l'épouse : le « don de couple »

Le recrutement des donneurs par les couples demandeurs  
d'I.A.D.

L'incitation à recruter par octroi de priorité

La « pression » et le « chantage »

La motivation des couples à tenter un recrutement

L'attente indéfinie et la crise

La réussite du recrutement par les couples

Les échecs et les refus

Les bénéfices de la solidarité

La confiance à des tiers et la révélation à l'enfant

Références

La paternité par I.A.D. chez les maghrébins

La famille paternelle maghrébine

Le vécu de la stérilité masculine

La demande d'I.A.D.

Le déni de la réalité de la stérilité

La récupération du statut social

La restauration de l'identité

La réussite (?) du simulacre

Références

Aspects sociaux, médicaux et psychologiques des grossesses et accouchements des mères par I.A.D. (enquête sur contrat INSERM)

*Matériel et méthodes*

Aspects socio-démographiques

Aspects médicaux

La grossesse

L'accouchement

L'enfant à la naissance

*Discussion des résultats médicaux*

Vécu psychologique de la grossesse

La médicalisation et l'anxiété

Comparaison avec le groupe apparié

Psycho-dynamique de la grossesse par I.A.D.

*Le stress*

*La culpabilité et la transgression*

*Les mécanismes de défense*

*Le père et la relation de couple*

Vécu psychologique de l'accouchement et du post-partum

*L'allaitement*

Références

La révélation de son origine à l'enfant né par I.A.D.

Réflexion à partir d'un suivi de 137 couples devenus parents  
par I.A.D.

La liberté du choix des parents

Pourquoi révéler l'I.A.D. ?

Les risques du secret

Comment le dire sans traumatiser l'enfant ?

Références

Indication, pratique et problèmes de l'insémination artificielle  
avec sperme de conjoint

Indications de l'I.A.C.

Causes masculines :

Causes féminines :

Causes mixtes :

## Pratique de l'I.A.C.

Le recueil du sperme

Le traitement du sperme

L'insémination

## Aspects psychologiques de la demande d'I.A.C.

Les troubles sexuels responsables de l'impossibilité de l'insémination « naturelle »

Le vécu de l'infertilité

L'existence d'un handicap ou d'une pathologie justifiant le recours à l'I.A.C.

## Retentissement psychologique de l'I.A.C.

L'incertitude du résultat

L'I.A.C. unique ou dernière chance ?

L'artifice procréateur

L'intervention du tiers

Les difficultés socio-professionnelles

## Références

Réflexions à partir de l'observation de couples traités par I.A.C.  
en raison d'infertilité masculine

Un traitement « éprouvant » ?

La problématique de l'infertilité

La médecine procréatrice

Références

Bibliographie générale

Index

À propos de l'auteur

Notes

Copyright d'origine

Achevé de numériser

## Avant-propos

J.-C. Czyba

L'insémination artificielle avec sperme de donneur (I.A.D.) s'est considérablement développée au cours des dix dernières années. Le sigle I.A.D. s'est insidieusement introduit dans le jargon médical, commode comme tous les sigles, rassurant par sa banalité, mais témoin par sa formulation ésotérique de toute une problématique encore mal évaluée<sup>1</sup>.

Insémination artificielle avec sperme de donneur – ces quatre mots sont chacun lourds de sens et leur association provocante mobilise inmanquablement tous les fantasmes liés à la reproduction et plus généralement à la sexualité.

L'I.A.D., présentée comme l'un des traitements de la stérilité et remboursée à ce titre par la Sécurité sociale<sup>2</sup>, ne modifie en rien la stérilité biologique mais apparaît, en dernière analyse, comme un moyen de reconstitution de la chaîne de filiation rompue par la stérilité masculine. Il s'agit bien d'une intervention pour réparer le mécanisme reproducteur, mais, contrairement aux apparences, malgré la mise en jeu d'une technologie bio-médicale, cette intervention ne peut au mieux prétendre qu'à réaliser les conditions de l'accession de l'homme stérile à la paternité symbolique<sup>3</sup>. Le sens de la paternité est donné par sa représentation biologique, ce que l'I.A.D. confirme en apportant les spermatozoïdes nécessaires à la fécondation, mais ce sens est également donné par la société qui définit le cadre dans lequel s'accomplit le désir de paternité, par la femme avec laquelle

s'élabore le projet d'enfant et enfin par l'enfant lui-même dans le développement d'une relation privilégiée.

Si la pratique de l'I.A.D. se situe avant tout pour les médecins dans le domaine du biologique, pour les couples demandeurs, les donneurs et la société, elle s'insère d'emblée dans l'imaginaire et le symbolique. Il n'est donc pas étonnant que l'I.A.D. ait suscité la production d'une abondante littérature consacrée à ses aspects psychologiques, éthiques et juridiques. On trouvera à la fin de ce livre la liste presque complète des publications sur ce sujet.

Cependant, la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'I.A.D. ont peu d'expérience de sa pratique, certains n'en ont aucune. Cet ouvrage apporte les principaux résultats des travaux méthodiques entrepris par des psychologues et des médecins travaillant depuis près de dix ans dans les Centres d'Etude et de Conservation du Sperme (C.E.C.O.S.) ; la participation lyonnaise y apparaît importante, le C.E.C.O.S.-Lyon s'étant particulièrement attaché à l'étude des aspects psychologiques de l'insémination artificielle.

Après un bref exposé des conditions institutionnelles de la pratique de l'I.A.D. dans les C.E.C.O.S., les textes qui suivent traitent des aspects psychologiques de la demande d'I.A.D., du don du sperme, du déroulement de la grossesse et du problème de la révélation de son origine à l'enfant. Un chapitre est plus particulièrement consacré à la demande d'I.A.D. par les couples maghrébins. Il nous a paru intéressant, en conclusion, d'aborder les problèmes psychologiques liés à l'insémination artificielle avec sperme de conjoint dont l'étude montre que les difficultés des avatars de la reproduction humaine ne sont pas forcément liées à l'intervention d'un donneur de sperme étranger.

*Nous remercions tous ceux qui nous ont apporté leur aide et leur compétence, les médecins et psychologues des CECOS et plus particulièrement l'équipe de Lyon, l'équipe de la clinique gynécologique de l'hôpital Edouard-Herriot, l'unité INSERM U 165 et, pour leurs*

*témoignages, les couples parents et demandeurs d'IAD.*

## Références

1

Laplanche J. Post-scriptum : hihadé ? Psychanalyse à l'Université  
1982 ; 7 : 645-6.

2

Arrêté du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale du 22 août  
1980, publié au J.O. du 19 septembre 1980.

3

Czyba JC, Manuel C, Choquet M. La filiation du père stérile à  
l'enfant né par insémination artificielle avec sperme de donneur.  
In : Fedida P, Guyotat J et Robert JM ed. Génétique clinique et  
psycho-pathologie : hérédité psychique et hérédité biologique.  
Lyon : Simep, 1982 ; 105-13 (Biologie et Psychologie).

# La pratique de l'insémination artificielle avec sperme de donneur

J.-C. Czyba et Danièle Cottinet

L'insémination artificielle avec sperme de donneur n'est pas une technique nouvelle mais un palliatif déjà ancien de la stérilité masculine. Jusqu'en 1972, en France, l'insémination artificielle avec sperme frais de donneur était une pratique marginale, clandestine, condamnée par la loi, la religion, la morale et le code médical. Aucune étude statistique, aucune enquête n'ont jamais pu rendre compte de l'ampleur du phénomène.

On doit à Sherman, en 1953, la première tentative d'utilisation du sperme congelé et conservé pour l'insémination artificielle. Cette nouvelle technologie s'est répandue dans le monde entier, à l'exclusion des pays islamiques, et la pratique de l'insémination artificielle, sortie de la clandestinité, a pris une extension considérable. En France, depuis 1973, se sont créés et développés 19 centres de recueil et de conservation du sperme humain (C.E.C.O.S.), implantés dans des centres hospitalo-universitaires et regroupés en une Fédération nationale. Les C.E.C.O.S. coexistent avec quelques centres privés, non affiliés à la Fédération. En dix ans, les C.E.C.O.S. ont reçu environ 15 000 demandes d'insémination et ils constituent un vaste ensemble coopératif de recherche sur la reproduction humaine ; les résultats de leurs travaux ont depuis longtemps appelé l'attention de la communauté scientifique internationale<sup>1</sup>.

## Les indications de l'insémination artificielle

L'indication majeure de l'insémination artificielle avec sperme congelé de donneur (I.A.D.) est l'infertilité de couple due à la stérilité incurable du mari. Des indications secondaires sont représentées par l'existence de maladies ou malformations héréditaires transmissibles par le mari et par des incompatibilités fœto-maternelles type rhésus.

Depuis quelques années, on assiste également à un développement considérable de l'insémination artificielle avec sperme de conjoint (I.A.C.) encore appelée insémination homologue. Les indications en sont variées : oligozoospermie, impuissance, vaginisme, malformations des organes génitaux, stérilités cervicales. Les C.E.C.O.S. sont de plus en plus sollicités pour l'« autoconservation du sperme », c'est-à-dire la conservation pour le sujet lui-même avant vasectomie ou institution d'un traitement stérilisant dans certains cas de cancers, maladies de Hodgkin ou néphropathies.

## Organisation, principes et activités des C.E.C.O.S.<sup>2</sup>

Les C.E.C.O.S. sont des associations à but non lucratif, intégrées au Service public comme les Centres de transfusion. Chaque C.E.C.O.S. est constitué d'une équipe de médecins, biologistes ou cliniciens et de techniciens. Les inséminations artificielles sont pratiquées par des gynécologues travaillant soit dans les locaux du C.E.C.O.S., soit dans les services hospitaliers, soit en cabinet privé. Le prix de cession des « paillettes » de sperme est périodiquement évalué par la Fédération des C.E.C.O.S. et le Ministère de la Santé, sur la base du coût réel des différentes opérations ; les paillettes sont intégralement remboursées par la Sécurité sociale.

Les C.E.C.O.S. ne sont pas des distributeurs automatiques de paillettes. Ils assurent le recueil et la conservation du sperme et contrôlent son utilisation dans le double but d'éviter les abus et de

promouvoir une recherche d'importance capitale pour la reproduction humaine.

En l'absence de législation, la Fédération des C.E.C.O.S. a règlementé son propre fonctionnement par un certain nombre de principes :

- le don du sperme est gratuit comme celui du sang et des organes ;
- le donneur est âgé de moins de 46 ans ;
- le don du sperme provient d'un couple ayant au moins un enfant ;
- l'usage des paillettes est réservé aux couples stables, avec l'accord du conjoint ;
- le sperme d'un donneur n'est utilisé que pour cinq grossesses menées à terme ;
- le donneur ne peut en aucun cas connaître les destinataires de son sperme ; les couples receveurs ne peuvent en aucun cas obtenir des renseignements sur l'identité et les caractéristiques du donneur.

## La procédure de l'I.A.D.

Le recrutement des donneurs est assuré par divers moyens : publicité directe ou par l'intermédiaire des mass media, interventions directes des couples demandeurs, sollicitation des candidats à la vasectomie, prosélytisme des donneurs...

Le don du sperme nécessite une consultation (étude des antécédents personnels et familiaux, examen clinique) et un premier recueil du sperme pour étude fonctionnelle, morphologique, et de la mobilité après décongélation. Si celle-ci demeure supérieure à 40 %, groupage sanguin, caryotype et réaction de Bordet-Wasserman seront pratiqués. Quatre à cinq recueils supplémentaires sont nécessaires.

Le sperme recueilli après masturbation est mélangé avec un liquide cryoprotecteur, réparti dans des paillettes scellées de 0,25 ml et congelé dans l'azote liquide, à la température de - 196° C, où il peut être conservé pour une durée pratiquement illimitée. La décongélation s'effectue spontanément à l'air libre, en quelques minutes avant l'insémination.

Il est depuis longtemps vérifié que cette technique de conservation ne provoque aucune lésion des spermatozoïdes pouvant être à l'origine de malformation.

Les demandes d'I.A.D. sont reçues par un médecin du C.E.C.O.S. qui, au cours d'un premier entretien, vérifie l'indication d'I.A.D., s'assure de l'existence d'un bilan gynécologique destiné à éliminer toute cause de stérilité féminine, informe le couple sur la procédure de l'I.A.D., constate la réalité de la motivation, envisage le recours éventuel à l'adoption et recueille le consentement écrit du conjoint. La plupart des C.E.C.O.S. offrent aux couples la possibilité d'un entretien psychologique pour les aider à accomplir le nécessaire deuil de la fertilité masculine, évaluer la place du désir d'enfant dans leur relation et assumer les difficultés du recours inconfortable à l'I.A.D. Cet entretien psychologique n'est pas une sélection et il met rarement en évidence l'existence d'une psycho-pathologie manifeste susceptible de faire rediscuter l'indication d'I.A.D.

Le choix du donneur en fonction du mari, ne relevant d'aucune préoccupation eugénique, est fondé sur des critères phénotypiques simples : couleur des yeux, des cheveux et de la peau, taille et corpulence, groupe sanguin A, B, 0 et rhésus. Les niveaux intellectuel et social ne sont jamais pris en compte.

Les inséminations (injections intra-cervicales de 0,25 ml de sperme décongelé) débutent après un délai d'attente d'environ six

mois au cours duquel on complète éventuellement les bilans andrologique et gynécologique et on établit les courbes de température qui permettront la prévision de la date de l'ovulation. Le contrôle de la date d'ovulation est évidemment la principale condition du succès et dans certains cas on aura recours à une surveillance échographique de la maturation folliculaire et à une induction de l'ovulation.

L'interprétation des résultats obtenus doit tenir compte d'un certain nombre d'éléments : la fertilité féminine diminue progressivement avec l'âge, certaines infertilités ou hypofertilités féminines ne sont pas révélées par le bilan gynécologique préalable, la congélation-décongélation diminue le pouvoir fécondant du sperme dont les qualités ne sont, de toutes façons, pas toujours optimales au moment du recueil, certains couples abandonnent avant d'avoir obtenu une grossesse, d'autres dissimulent au C.E.C.O.S. le succès de l'I.A.D. Les chiffres suivants résument les résultats obtenus par les C.E.C.O.S. :

- taux des grossesses obtenues  
après au moins un cycle..... 45 % ;
- taux de grossesses par cycle..... 10 % ;
- taux d'abandons après au moins un cycle..... 10 %.

Le taux des avortements spontanés est comparable à celui qui a été établi dans la population générale.

Environ 10 % des I.A.D. réalisées dans les C.E.C.O.S. répondent actuellement à une demande de deuxième ou troisième enfant.

## Aspects légaux et éthiques

En France et dans les autres pays du Marché Commun, il n'y a

actuellement aucune législation en matière d'I.A.D. La loi française sur la filiation ne prévoit aucun droit pour les enfants nés par I.A.D. et autorise le mari à désavouer la paternité de l'enfant né par I.A.D. quelle que soit la forme de son consentement antérieur. L'incapacité reconnue à concevoir est une cause suffisante pour désavouer une paternité. Cependant, l'I.A.D. est reconnue par la Sécurité sociale comme l'une des formes de traitement de la stérilité et un projet de loi doit être prochainement soumis au Parlement.

La pratique actuelle de l'I.A.D. par les C.E.C.O.S. relève de la seule réglementation de la Fédération nationale qui définit les règles de recrutement des donneurs et les indications du traitement. Les procédures techniques sont régies par les lois générales sur la pratique médicale. Les problèmes d'ordres moral et religieux que pose l'I.A.D. renvoient chacun à sa propre conscience. Cependant, il semble s'être établi un consensus entre les praticiens et le grand public sur les points suivants :

- refus général des aspects mercantiles du « marché » du sperme humain ;
- souhait de qualité en ce qui concerne les aspects médicaux de la sélection des donneurs, les indications de l'I.A.D. et les soins médicaux pour la femme ;
- respect des droits des enfants et des parents par I.A.D. Un secret total quant à la procédure et l'anonymat des donneurs doivent être préservés.

## La recherche

Les C.E.C.O.S. réalisent les conditions permettant des recherches approfondies non seulement sur l'insémination artificielle mais plus généralement sur la reproduction humaine dans des domaines tels que le pouvoir fécondant du sperme, la détection de l'ovulation, l'évaluation de la fertilité féminine, la psychologie de

la stérilité, la filiation...

La standardisation des méthodes au sein de la Fédération permet, pour certains programmes, une recherche coopérative portant sur un grand nombre de cas.

## Références

1

David G, Price WS, ed. Human artificial insemination and semen preservation. Proceedings of the International Symposium on Artificial Insemination and Semen preservation. Paris, avril 1979. New York : Plenum, 1980.

2

David G, Lansac J. The organization of the Centers for the Study and Preservation of Semen in France. In : David G, Price WS, ed. Human artificial insemination and semen preservation. New York : Plenum, 1980 ; 15-26.

# Faire ou adopter un enfant ?

Christine Manuel

Telle est l'alternative qui se présente désormais, du fait de l'I.A.D., sous une forme nouvelle, aux couples souffrant d'une stérilité d'origine masculine, ou atteints par une contre-indication génétique à la paternité. Cette chance nouvelle qui leur est donnée comporte des risques et des problèmes nouveaux, et les met désormais devant un « choix » qu'ils devront assumer, pour eux-mêmes et pour leur enfant.

Nous tenterons ici d'approfondir notre réflexion et de donner des informations sur les paramètres de ce « choix » et de son élaboration psychologique, que nous avons déjà esquissés dans un premier travail<sup>1</sup> mais que nous enrichissons ici du témoignage irremplaçable de 98 couples devenus parents.

## Méthodes et moyens

Nous utiliserons ici le matériel verbal, recueilli d'une part lors de 107 entretiens psychologiques systématiques préliminaires aux I.A.D. effectués en 1978-1979, dans un délai de six mois à un an après le premier entretien d'accueil et d'information réalisé au C.E.C.O.S. et celui issu de 98 premiers entretiens avec des parents par I.A.D. d'enfants de trois mois (70 % des entretiens), 18 mois et trois ans, constituant une population d'étude pour un suivi longitudinal de l'enfant. Dans les deux cas, les entretiens comportaient une grille de sujets à aborder, dont l'adoption.

S'il était aisé pour les parents de comprendre que nos entretiens avaient une finalité de recherche, et ne visaient pas à un contrôle de leurs aptitudes parentales, mais à recueillir leur témoignage, cela a pu être plus difficile pour les couples demandeurs, qui associaient la pratique d'un examen « systématique » préliminaire aux I.A.D. à celle de l'entretien de sélection pratiqué avant l'adoption. Or l'aspect « systématique » de nos entretiens n'avait pour but que de réunir une population représentative de demandeurs d'I.A.D. De ce fait, les couples qui refusaient cet entretien n'ont pas été pénalisés quant à l'acceptation de leur demande par le C.E.C.O.S. Le taux de tels refus a été de 5 %.

Du fait de notre stricte neutralité, les opinions et attitudes des couples demandeurs ont subi fort peu de changements du fait de la situation d'entretien : notre but n'était pas de leur conseiller une attitude, ou de modifier leur opinion, bien que, *lorsque les couples exprimaient le désir de recourir à l'adoption en cas d'échec de l'I.A.D.*, nous leur ayons conseillé de ne pas tarder à engager des démarches en vue d'adoption, en raison des délais et/ou de leur âge, et nous les avons informés sur les procédures et modalités de l'adoption auprès des organismes publics et privés.

## Evolution des couples demandeurs d'I.A.D. par rapport à l'adoption

Comparaison des réponses des couples demandeurs et couples parents à la question de l'opinion sur l'adoption lors de la décision d'I.A.D.

Le report rétrospectif d'une opinion pour les parents par I.A.D. et l'opinion actuelle pour les couples demandeurs sont donnés dans le tableau I.

Nous avons noté comme « favorables » à l'adoption, les couples qui se disaient « pour » cette solution (les deux conjoints) ou du

moins « pas contre » celle-ci, comme solution éventuelle à leur problème de stérilité ; nous n'avons pas tenu compte des réponses « favorables » à l'adoption « en général » s'il apparaissait que le couple était « contre » ou « pas pour » l'adoption en ce qui le concernait. Ces derniers ont donc été notés comme « défavorables » à l'adoption. Dans tous les cas, nous avons posé la question de l'adoption dans l'éventualité de l'échec des I.A.D.

Le tableau I permet d'observer une différence faiblement significative entre les deux populations quant au report d'une opinion « favorable » ou « défavorable », à l'égard de l'adoption ; les parents étant un peu plus nombreux à exprimer une opinion « favorable » à l'adoption, bien que la proportion, parmi eux, de couples ayant effectué une demande d'adoption préalablement, ou simultanément à la demande d'I.A.D. soit exactement similaire.

I. Opinion et comportements des couples demandeurs d'I.A.D. et couples parents par I.A.D.

|   | Couples demandeurs | Différence (1) |  | Couples parents |
|---|--------------------|----------------|--|-----------------|
| Opinion sur l'adoption au moment de la décision d'I.A.D. ....                             | N = 107            |                |  | N = 98          |
| <b>Défavorable</b> .....  | 68 %               | *              |  | 52 %            |
| (solution rejetée)<br>dont :  |                    |                |  |                 |
| - solution inacceptable, même en cas d'échec de l'I.A.D.....                              | 41 %               | **             |  | 19 %            |
| - solution moins bonne que l'I.A.D., mais peut-être envisageable en cas d'échec.....      | 27 %               | NS             |  | 33 %            |
| <b>Favorable</b> .....  | 32 %               | *              |  | 48 %            |
| (solution envisagée)<br>dont :  |                    |                |  |                 |
| - préférée à l'I.A.D. et demande d'adoption préalable à la demande d'I.A.D.....           | 4,5 %              |                |  | 7 %             |
| - aussi bonne solution, et demande d'adoption simultanée avec la demande d'I.A.D.....     | 7,5 %              | NS             |  | 9 %             |
| - moins bonne solution, mais certainement envisagée si échec de l'I.A.D.,<br>dont : ..... | 20 %               | NS             |  | 32 %            |
| a) pas de demande d'adoption  | non disponible     |                |  | 24 % (2)        |
| b) demande en cours d'I.A.D.  |                    | *              |  | 8 % (2)         |

(1) Calcul des différences - test de Chi 2

NS : Chi 2 Non significatif

\* : Chi 2 Significatif à p = 0,02

\*\* : Chi 2 Significatif à p = 0,01

(2) % sur la population totale

Il existe, en revanche, une différence assez significative quant au fait d'envisager l'adoption comme « solution en cas d'échec » de l'I.A.D. ; 33 % des parents qui avaient une opinion défavorable à l'adoption, contre 60 % des couples demandeurs ayant la même attitude maintiennent leur refus d'envisager l'adoption « même en cas d'échec des I.A.D. », et parmi ceux qui avaient une opinion favorable, 19 % des parents ont effectué des démarches en vue d'adoption en cours d'I.A.D. (la proportion des couples demandeurs qui ont effectué de telles démarches ultérieurement ne peut être connue, compte tenu de la place de cet entretien).

Ces résultats posent la question de la cause de ces différences : peut-on déduire que les couples qui deviendront parents par I.A.D. ne sont pas représentatifs des couples demandeurs initialement présents, ce qui supposerait une hypothétique sélection par la motivation à l'adoption, ou un facteur « psychogène » de fertilité accrue pour les femmes qui auraient envisagé favorablement l'adoption ? Ou, plus simplement, ne faut-il pas envisager d'abord l'hypothèse de l'évolution de l'attitude des couples parents, dans un sens plus favorable à l'adoption, du fait de leur passage par la réalisation des I.A.D. ?

### Influence de la réalisation des I.A.D.

Nous disposons d'un recueil longitudinal de l'attitude des couples qui ont fait partie des deux populations, soit 38 couples, vus à la fois en entretiens préliminaires et au cours de l'enquête parents, dont les témoignages permettent d'apprécier les modifications apportées par l'expérience de l'I.A.D.

La proportion de ceux qui, parmi ces couples parents, donnent une réponse après la naissance de l'enfant (report rétrospectif), est différente de celle donnée lors de l'entretien préliminaire. Des

différences sont très fréquentes, en ce qui concerne l'attitude *défavorable*, qui est modifiée dans le sens favorable dans la plupart des cas. Sont souvent reportées de façon inexacte les attitudes du conjoint qui s'opposait à envisager l'adoption « en cas d'échec », lorsqu'il y avait divergence dans le couple. Les nombreux commentaires des parents, quant à leur « vécu » de la période des I.A.D. font apparaître que le passage par la réalisation des I.A.D., généralement vécu comme une épreuve et mise à l'épreuve par le couple, et par chacun des conjoints, les a confrontés à des difficultés nouvelles :

- le vécu de stérilité féminine, dès lors que *l'échec* de l'I.A.D., répété ou non, réactualise pour la femme la question de sa propre « capacité » à faire ou non un enfant, et celle de son propre désir, ainsi « puni » ou satisfait par l'absence de grossesse<sup>23</sup>. Il n'est dès lors pas surprenant qu'alors, l'adoption soit réenvisagée, comme en témoigne la fréquence des demandes d'adoption déposées, ou renouvelées en cours d'I.A.D. (parfois dès le 2<sup>e</sup> cycle...) ; 19 % des parents font état de nouvelles « démarches » pour l'adoption en cours d'I.A.D., liées à l'échec ;
- les contraintes imposées dans la vie quotidienne par le traitement (courbes de température, déplacements, disponibilité, problèmes financiers) viennent raviver la « déception » et la blessure narcissique qu'a infligée la stérilité, en y ajoutant la problématique de l'ambivalence et de la relation avec les « tiers obligés » avec lesquels le couple doit réaliser ce qui, normalement, aurait dû lui appartenir en propre, et faire partie de son intimité sexuelle.

Ces tiers, sur qui ne manqueront pas de se transférer les problématiques individuelles et celles de la relation du couple, sont les médecins praticiens d'I.A.D.<sup>4</sup>, les membres des C.E.C.O.S., (y compris les psychologues ou psychiatres) qui seront l'objet de projections, mais aussi et surtout l'image énigmatique du donneur, d'autant plus présente inconsciemment qu'il est le tiers exclu par

définition. C'est en fonction de cette dynamique relationnelle imaginaire, et de ses avatars de réalité (tels un conflit avec un médecin, une projection de l'image du donneur sur un homme rencontré dans le contexte du C.E.C.O.S., ou tout autre événement déclenchant) que sera envisagé l'abandon des I.A.D., et, ici encore, l'hypothèse de l'adoption... ou d'un renoncement au projet de l'enfant sera reconsidérée.

Les couples qui envisagent alors le recours à l'adoption, malgré une attitude défavorable au préalable, n'ont pas toujours élaboré un véritable projet d'adoption : celui-ci se présente – de leur propre aveu – comme un « pis-aller » (« c'est mieux que rien »), destiné à conjurer le spectre d'une vieillesse solitaire sans soutien affectif, mais aussi la menace d'avoir à mener une existence privée du « sens » que peut donner un enfant à la vie du couple, et de l'individu. Si ces motivations ne nous paraissent pas constituer des contre-indications à l'I.A.D., dans la mesure où elles font intervenir les mêmes connotations « égocentriques » que dans tout projet de procréation normal et apparaissent banalement conformistes plus qu'« égoïstes », elles n'en constituent pas moins une éventuelle contre-indication psychologique à l'adoption<sup>5</sup> pour peu que le couple demandeur d'I.A.D. n'ait pas davantage élaboré son deuil de l'enfant *initialement* désiré, pour faire place à l'inconnu de l'enfant « des autres », avec la même confiance et le même désir que pour l'enfant par I.A.D. que le couple aurait pu (à la différence du premier) « concevoir ».

Il faut noter (tableau I) que l'attitude des demandeurs d'I.A.D. défavorables à l'adoption n'est que légèrement modifiée par la réalisation des I.A.D. en ce sens que si l'adoption n'est plus, comme précédemment, écartée de façon certaine, aucun des couples initialement défavorables à l'adoption ne s'est réellement engagé dans une démarche d'adoption pendant le traitement par I.A.D., même si deux d'entre eux, cependant, avaient pris rendez-vous avec un organisme d'adoption « pour s'informer » (mais ont annulé le rendez-vous parce que la grossesse est survenue avant).

En revanche, ceux qui sont favorables (ou du moins non hostiles à l'idée d'une adoption) ont *dans un cas sur cinq*, concrétisé leur attitude par un engagement dans une demande d'adoption, au cours du traitement par I.A.D.

On peut enfin s'interroger sur l'influence de l'expérience de *parentalité* sur les réponses des parents, que nous aborderons sous l'angle de la comparaison entre le report des attitudes, lors du premier traitement par I.A.D., et celui des attitudes actuelles, en ce qui concerne l'éventualité d'un deuxième enfant.

### Comparaison des attitudes pour un 1<sup>er</sup> et un 2<sup>e</sup> enfant

L'examen des attitudes actuelles des couples devenus parents, *après la naissance du 1<sup>er</sup> enfant* par I.A.D., comparées à leurs attitudes préalables, est présenté dans le tableau II. Une nette différence apparaît entre les attitudes des parents qui avaient, préalablement à la naissance du 1<sup>er</sup> enfant par I.A.D., déposé une demande d'adoption, et les autres, en ce sens qu'ils sont à la fois beaucoup plus nombreux (54 % contre 4 %) à envisager l'adoption (seule, ou parallèlement à l'I.A.D.) pour compléter leur famille, et *plus nombreux aussi à avoir un projet de deuxième enfant*. En revanche, entre les couples préalablement « favorables » à l'adoption, mais qui n'ont pas effectué de demande, et ceux défavorables à l'adoption, aucune différence significative n'apparaît, ni en ce qui concerne le recours éventuel à l'adoption pour un deuxième enfant, ni en ce qui concerne le projet de deuxième enfant lui-même. ; dans tous les cas, le recours à l'I.A.D. pour un deuxième enfant est choisi de façon exclusive par plus de la moitié des couples parents, et un tiers d'entre eux n'ont pas de projet d'un autre enfant – mais parmi ceux-ci, 4 sur 28 ont déjà deux enfants parce que la première grossesse était gémellaire. Si on interroge les couples qui n'ont pas de projet de 2<sup>e</sup> enfant, sur la solution qu'ils auraient « préférée », au cas où ils auraient eu un tel projet, nous constatons que deux sur trois auraient « préféré » l'I.A.D., un sur dix l'adoption, et un sur quatre « aucun des deux »...

**II. I.A.D. ou adoption pour un deuxième enfant, chez les couples parents par I.A.D.**

| <b>COMPARAISON ENTRE ATTITUDES AU 1er ENTRETIEN ET APRÈS LA NAISSANCE DU 1er ENFANT</b> |   |                          |                            |                            |
|---|---|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Lors du 1er entretien (report rétrospectif)   | Projet d'un 2e enfant                     |                          |                            | Pas de projet de 2e enfant |
|   | par adoption seulement                    | par I.A.D. + adoption    | par I.A.D. seulement       |                            |
| Très favorables à l'adoption : demande d'adoption préalable ou simultanée à l'I.A.D.    | 1   | 9                        | 5                          | 1                          |
| Favorables à l'adoption et demande en cours d'I.A.D.                                    | 0   | 3                        | 5                          | 0                          |
| Favorables à l'adoption mais pas de demande   | 0   | 1                        | 15                         | 8                          |
| Défavorables à l'adoption   | 2   | 0                        | 29                         | 19                         |
| <b>TOTAL</b><br>(% de population totale)  | <b>3</b><br>(3 %)                         | <b>13</b><br>(13 %)      | <b>54</b><br>(54 %)        | <b>28</b><br>(28 %)        |
| <b>COMPARAISON DES FRÉQUENCES DES ATTITUDES REGROUPÉES ET TEST DE COMPARAISON</b>       |   |                          |                            |                            |
| Lors du 1er traitement  | Projet de 2e enfant                       |                          | Pas de projet de 2e enfant |                            |
|   | par adoption exclusivement ou avec I.A.D. | par I.A.D. exclusivement |                            |                            |
| Demande d'adoption<br>N = 24 (100 %)  | 13 (54,1 %)                               | 10 (41 %)                | 1 (4,1 %)                  |                            |
| Favorables à l'adoption mais pas de demande effectuée<br>N = 24 (100 %)                 | 1 (4,1 %)                                 | 15 (62,5 %)              | 8 (33,33 %)                |                            |
| Défavorables à l'adoption<br>N = 50 (100 %)   | 2 (4 %)                                   | 29 (58 %)                | 19 (38 %)                  |                            |
| <b>TOTAL</b>  | <b>16</b>                                 | <b>54</b>                | <b>28</b>                  |                            |
| Test de Khl 2 = 35,75 Différence significative à p = 0,001                              |   |                          |                            |                            |

Cependant, parmi les couples (et les femmes) qui ont un projet de deuxième enfant par I.A.D. exclusivement, on peut voir apparaître, à la différence des autres qui envisagent les deux projets, des difficultés psychologiques qui seront à l'origine d'un abandon de la demande d'I.A.D., ou des I.A.D. après quelques cycles, faisant apparaître que les résistances qui avaient pu être surmontées la première fois – de peur de n'avoir sinon *jamais* d'enfant/grossesse – sont de retour chez ces femmes. Ici encore, les maris sont souvent plus motivés que leurs femmes, et « insistent » – parfois en vain – pour que soit entrepris un deuxième traitement. Il n'est pas impossible que certains de ces couples s'orientent ultérieurement vers une adoption, sauf lorsqu'il apparaît que le premier enfant occupe une place irremplaçable d'enfant merveilleux « miraculeux », donc unique.

La parentalité par I.A.D. modifie rarement les attitudes des couples initialement défavorables à l'adoption pour un 1<sup>er</sup> enfant : 3 sur 50 seulement, parmi ceux-ci, ont à propos d'un deuxième enfant une attitude différente, plus favorable à l'égard de l'adoption (mais deux seulement ont fait une demande d'adoption pour un deuxième enfant). En revanche, la parentalité par I.A.D. modifie nettement l'attitude des couples initialement très favorables (ayant fait une demande) dont la moitié seulement va maintenir sa demande d'adoption, les autres l'annulant spontanément après la naissance de l'enfant par I.A.D., pour « laisser la place » aux couples sans enfants, par peur des « inégalités » possibles entre l'enfant par I.A.D. (« le nôtre ») et l'enfant adopté (« étranger » au couple), et/ou parce que l'expérience de la grossesse et de la naissance a entièrement rassuré le couple/la femme, sur sa capacité à « faire » un enfant par I.A.D. Enfin cette parentalité va révéler – ce que nous pressentions souvent – le manque de motivation vis-à-vis de

l'adoption chez la plupart des couples théoriquement « favorables » à l'adoption qui ne se sont pas engagés dans une demande d'adoption lors du 1<sup>er</sup> traitement par I.A.D. En effet, un seul (sur 24) de ces couples effectue des démarches en vue d'adoption parallèlement à la demande d'I.A.D. pour un second enfant, tandis que 15 d'entre eux font une demande d'I.A.D. uniquement.

### Dialectique I.A.D.-adoption

Le traitement des quelques couples qui ont ainsi évolué d'un projet d'I.A.D. vers une démarche plus large, incluant l'adoption, ou *vice versa*, nous avait amenés dans une précédente publication<sup>1</sup> à parler d'une dialectique positive entre les deux projets. En effet, dans un cas, comme dans l'autre, cette évolution avait pu permettre la résolution, l'élaboration de ce qui pouvait apparaître comme non-résolu de la crise inter et intra-personnelle déclenchée par la stérilité.

Quand le couple s'était d'abord orienté exclusivement vers l'adoption, il s'agissait souvent d'une mise en acte de l'« envie » masculine à l'égard du « privilège » féminin de la filiation utérine, redoublée ici par la légitimité unilatérale de la filiation maternelle (mais aussi de la culpabilité de la femme à assumer seule, dans son corps, la transgression, en prenant le risque d'être la cible de l'« envie » prêtée au mari) et enfin parfois des résistances propres à la femme vis-à-vis de la maternité biologique.

L'élaboration par le mari de son consentement à l'I.A.D. (souvent possible grâce à la qualité de la communication dans ces couples)<sup>6</sup>, représente un « acte de foi », une confiance dans sa femme, et dans sa propre capacité à accueillir l'enfant né de celle-ci aussi bien qu'un enfant qui ne serait « ni à l'un, ni à l'autre ». Il peut, par le cadeau offert à la femme d'une grossesse, et sa conviction de pouvoir ainsi satisfaire le désir de celle-ci, et le sien propre, affronter et dépasser la rivalité imaginaire à l'Autre, la femme

mais aussi le Donneur, ce « vrai » père de « son » enfant. Mais la femme, de son côté, doit surmonter ses résistances, et consentir, pour pouvoir porter un enfant « au nom » de son mari (à la parole duquel elle se fie), à une conception déssexualisée avec un « inconnu », passant par une mise en scène « dépoétisée » de la réalité biologique, où se rencontreront dans le contexte « froid » et aseptisé de la médecine, son corps, pris comme chose par le pouvoir technique de la science et un objet partiel déshumanisé (la paillette de sperme congelé). Elle n'y parviendra qu'en provoquant en elle un désir de maternité et en surmontant les interdits qui le barraient, avec l'aide de son mari.

Le bénéfice de l'élaboration du projet d'I.A.D. existe donc en ce cas pour les deux conjoints aussi bien que pour la relation du couple, où sont restaurés une réciprocité et un échange entre deux sujets d'un désir d'enfant soumis « normalement » aux lois de la différence des sexes et de l'alliance. Nous pouvons noter ici que, lorsque les deux conjoints divergeaient quant à leur opinion sur l'adoption, aussi bien chez les demandeurs d'I.A.D., que chez les couples parents par I.A.D. (où cela apparaît dans 36 % des cas), les maris sont *un peu plus nombreux* que les femmes à refuser l'adoption. Ceci rejoint ce qui a été noté par d'autres<sup>7</sup> à savoir qu'il est banal que les épouses obligent, du fait de leurs propres réticences à l'I.A.D., leur mari à « insister » pour qu'elles consentent à l'I.A.D. La part de stratégie qui existe dans ces interactions ne doit pas faire négliger la culpabilité, l'anxiété sincère, les résistances que les femmes peuvent développer contre le projet d'I.A.D., et même parfois contre le désir de grossesse, et qui peuvent motiver leur préférence pour l'adoption. Le fait de pouvoir s'imaginer d'autres modes d'accès à une maternité que la grossesse, notamment par l'adoption d'un enfant en bas âge, leur facilite le « sacrifice » de leurs propres chances de reproduction, qu'elles pensent nécessaire à l'équilibre du couple et/ou au bonheur de l'enfant. Cette « chance » donnée à la femme de pouvoir jouir d'une grossesse, et donc la réparation de la

culpabilité à l'égard de leur stérilité, motive généralement les hommes stériles qui consentent à l'I.A.D. Mais leur insistance peut refléter, en sus de cette motivation « altruiste » et/ou projective du « besoin » de maternité pour l'épanouissement de la femme, la peur des revendications de celle-ci (d'un adultère ou d'une rupture du couple), et enfin leurs propres réticences quant à l'adoption. Celle-ci ne permet pas, comme l'I.A.D., de taire ou dénier, grâce au secret, leur stérilité, la filiation de l'enfant à un (des) Autre(s), ni d'avoir avec l'enfant une histoire précoce, et engage une autre problématique de rivalité avec le(s) géniteur(s) de l'enfant.

C'est sur ces points que l'élaboration authentique d'un projet d'adoption peut aider l'homme stérile à effectuer le « deuil » de sa fertilité, en dépassant le stade du « simulacre » de paternité « naturelle ». Il peut l'aider à affronter sa culpabilité à l'égard de sa propre lignée – sur qui est souvent projeté le refus de l'enfant adopté qui introduirait au grand jour la « rupture » (« ils diraient que c'est pas de la famille, qu'on sait pas d'où il sort »). En secouant l'emprise des conformismes sociaux et familiaux porteurs d'un « interdit », – par la démystification du lien biologique comme fondement de la légitimité du lien de filiation – ils peuvent parfois mieux imaginer leur place symbolique par rapport au géniteur, « vrai » père de l'enfant, problème qui a pu être esquivé dans l'attitude « opératoire » qui réduit le donneur à son seul rôle de reproducteur anonyme, et exclut la problématique de rivalité, de dette.

Ce projet d'adoption permet en outre au mari de conserver l'espoir de satisfaire son désir d'enfant, et celui de son épouse, en donnant de surcroît une famille à un enfant « malheureux »... donc d'en retirer un bénéfice secondaire narcissique (identification à un idéal du moi « non-égoïste »).

Cette dernière motivation est très souvent présente chez les couples, chez les maris comme chez les femmes, lorsqu'ils

maintiennent leur demande d'adoption en vue d'un deuxième enfant, ou même déposent une telle demande après la naissance du premier enfant, ce qui est plus rare. Pour la femme, par ailleurs, le projet d'adoption élaboré en cours d'I.A.D. peut signifier que l'accent se déplace du désir de grossesse, et d'épanouissement d'une identité sexuelle, vers le désir d'enfant. Par ce projet, la femme se rassure, en imaginant une autre voie d'accès à la maternité que l'I.A.D., par rapport à la déception engendrée par les échecs de l'I.A.D. Elle peut ainsi avoir une position active, face à ces échecs (par exemple par l'abandon, ou le désinvestissement du projet d'I.A.D., et l'engagement actif dans les démarches en vue d'adoption). Enfin, le projet d'adoption peut signifier une déculpabilisation quant à son propre désir de grossesse, ou des résistances profondes à l'I.A.D. (ou éventuellement à la maternité elle-même).

Dans ce dernier cas, le projet d'I.A.D. sera poursuivi, non en son propre nom, mais « pour faire plaisir » à son mari... et la femme pourra se fantasmer comme mère « adoptante » dans l'I.A.D., ou même mère « malgré elle » d'un enfant imposé par le désir du mari.

Cependant, l'exclusion d'un des projets peut souvent révéler une *déception*, un vécu d'échec (notamment quand l'adoption est abandonnée parce que la demande du couple a été *rejetée*) qui va lourdement peser sur le projet qui lui succède. Par ailleurs le réaménagement, *sous la pression de la réalité*, du projet du couple réactive la crise initiale déclenchée par la stérilité et peut, de la même façon, créer ou aviver un conflit entre les conjoints, et/ou un conflit intra-psychique : ces éléments de réalité, décrits souvent comme un « coup » supplémentaire du destin, peuvent ainsi amener l'un ou l'autre à renoncer à tout espoir, tout désir d'enfant, et l'enfoncer dans un processus dépressif, très éprouvant pour l'équilibre de l'autre partenaire et du couple.

Chaque fois que l'un des projets est, non seulement désinvesti,

mais *rejeté* par l'un ou l'autre des conjoints qui en avait été le promoteur, nous pouvons supposer que son deuil n'a pas été aisé à faire, et n'est peut-être pas terminé. Quel que soit le statut de l'enfant qui succèdera à l'enfant « impossible » refusé par les persécuteurs (les services d'adoption, le C.E.C.O.S.), adopté ou par I.A.D., il aura, en plus de sa mission de « remplaçant » de l'enfant initialement désiré par le couple, à réparer et apaiser la blessure narcissique supplémentaire chez ses parents qui ont été « jugés et condamnés » comme de « mauvais » candidats à l'adoption, ou se sont vu refuser le « droit » à la parentalité par I.A.D., par exemple du fait de la limitation du nombre de cycles d'I.A.D. Signalons, que cette limitation (auparavant de six cycles) du nombre des I.A.D. a, depuis 1980, été portée à 12 cycles par le C.E.C.O.S. de Lyon, et n'interdit pas aux couples de faire une nouvelle tentative (après un an de délai d'attente) et que la plupart des C.E.C.O.S. ne fixent plus de limites.

## Demande d'adoption et « réussite » de l'I.A.D.

Dès les entretiens préliminaires, nous avons noté<sup>1</sup> l'équivalence faite par les couples demandeurs d'I.A.D. entre « engager une démarche d'adoption » et envisager/croire à l'échec possible des I.A.D. et les résistances que pouvaient constituer, à l'égard d'un engagement dans une démarche d'adoption, la croyance dans un « facteur psychologique » de stérilité féminine qui serait conçu sur un mode « magique » : croire à l'échec, c'est risquer de le provoquer, « il faut y croire (à l'I.A.D.), pour que ça marche ».

Une telle conviction se retrouve chez 1/3 des couples – des femmes – qui évoquent un « facteur psychologique » lié à la réussite de l'I.A.D. : « ça a marché parce que cette fois j'y croyais » « parce que je me sentais très bien, détendue, décontractée » ; il s'agit alors presque toujours de grossesse intervenue pendant le début des cycles (1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> cycles). Dans ce cas, la démarche en vue

d'adoption n'a même pas été envisagée car « on n'a pas eu le temps de se poser la question »...

En revanche, nous trouvons, dans les autres cas, parmi d'autres « événements » significatifs pour le couple (tels un déménagement, un changement professionnel pour la femme ou pour le couple) quatre cas où la demande d'adoption – ou la prise d'un rendez-vous en vue d'adoption – aurait coïncidé avec la conception, et trois autres où le fait d'avoir effectué de telles démarches est considéré par le couple comme un « facteur psychologique » ayant favorisé la grossesse, même s'il ne peut être relevé de « coïncidence » imaginée comme une relation de cause à effet. La démarche d'adoption vient ici, au même titre que d'autres événements, signifier un changement dans la dynamique imaginaire du projet d'I.A.D. actualisant un « deuil », ou une distanciation quant au fonctionnement en tout ou rien (un enfant par I.A.D. ou pas d'enfant du tout). En effet le « facteur psychologique » incriminé ici comme « cause » de l'échec de l'I.A.D. (échec effectivement répété au moins trois fois et souvent plus), est décrit comme l'incapacité de la femme à surmonter la « déception », sa dépression à chaque retour de règles, le fait de « trop vouloir que ça marche ». Ceci rencontre l'hypothèse classique de l'adoption comme « déblocage » d'un facteur psychologique d'infertilité féminine qui continue à alimenter certaines pratiques thérapeutiques.

Il convient de rappeler ici que des études scientifiques menées sur ce point<sup>8</sup> ont permis de conclure à l'inexistence d'un effet spécifique de l'adoption sur la fertilité ultérieure. Il n'y a pas en effet une fréquence de conceptions plus élevée que celle qu'on peut prédire chez les couples souffrant d'hypofertilité, même sévère. A cet égard, nous pouvons signaler que nous avons rencontré deux cas de grossesse spontanée (sur 137 couples) intervenus dans un délai de trois ans après la naissance du 1<sup>er</sup> enfant par I.A.D. (tous deux correspondant à une oligo-

asthénospermie du mari) : on pourrait donc attribuer à l'I.A.D. le « déblocage » de l'infertilité féminine, si l'on ne notait que ce pourcentage n'a rien de surprenant lorsqu'on le compare aux résultats obtenus par d'autres auteurs auprès de couples *non-traités*, où existe une stérilité masculine<sup>9</sup> de type oligo-asthénospermique.

Cependant, l'I.A.D. est le seul contexte où l'on ait pu mettre en évidence des faits allant dans le sens de l'hypothèse d'une hypofertilité d'origine psychogène chez la femme<sup>1011</sup> du fait de légères perturbations observées dans les courbes ovulatoires auparavant régulières, lors du début de traitement, et tendant à persister durant ce dernier. Cependant ces perturbations sont trop minimales pour étayer solidement une telle hypothèse qui n'a pas pu être vérifiée dans d'autres contextes<sup>12</sup> et demande des travaux complémentaires chez l'humain bien que des expérimentations sur l'animal (notamment la souris) aient permis de montrer un effet direct du « stress » maternel sur la fécondation et sur la qualité des grossesses, par perturbation du comportement sexuel, et aussi des facteurs endocriniens.

Il est assez probable que l'anxiété et le « stress » psychologique peuvent provoquer chez la femme des perturbations endocriniennes du système neuro-hormonal de l'ovulation, d'autant plus que chez le sujet humain, ce système est relié aux étages supérieurs du système nerveux central. Dans cette optique, tout ce qui aidera à la résolution psychologique des conflits et paradoxes imaginaires – ou réellement – suscités par l'I.A.D., tant intra-psychiques qu'inter-personnels, à une réassurance, une dédramatisation de ces conflits, en permettant aux sujets impliqués une restauration narcissique et une position active de contrôle et d'anticipation, notamment cognitive, pourra contribuer à limiter les effets psycho-somatiques de la situation de stress psychologique, à prévenir l'éventuelle perturbation de l'ovulation chez la femme en I.A.D.... ou à faciliter l'abandon d'un

projet trop difficile à assumer pour la femme et le couple.

Rappelons que les couples stériles sont, du fait même de leur stérilité, privés du contrôle interne sur un secteur particulièrement critique de leur vie psycho-sociale (le projet de reproduction), soumis à des forces externes, qu'ils subissent passivement<sup>13</sup>. Ils sont donc du même coup atteints dans leur fonctionnement psychologique (notamment narcissique) et représentent une population particulièrement vulnérable à ces effets psycho-somatiques de stress. Le projet d'I.A.D. lui-même représente, tout comme le projet d'adoption, une tentative de restauration du narcissisme, par un engagement actif du sujet dans une tentative de maîtrise. Or les études expérimentales sur l'animal, ainsi que les résultats thérapeutiques de nombreuses formes d'aide psychologique (à commencer par la préparation à l'accouchement) ont montré l'importance de l'activité et de la possibilité de maîtrise et d'anticipation cognitive comme facteur efficace de prévention des effets psycho-somatiques du stress.

Bien des modalités d'aide psychologique peuvent être mises en œuvre, soit directement, auprès des couples, soit indirectement, par un travail d'équipe entre médecins et psychologues ou psychiatres, et enfin par l'organisation des conditions d'accueil et de traitement.

Aucun schéma théorique interprétatif des difficultés psychologiques éventuellement responsables de l'échec des I.A.D. ne nous paraît pouvoir s'appliquer de façon systématique à tous les cas, et il nous paraît même dangereux de leur faire une place trop grande, dans la mesure où cela peut, paradoxalement, aggraver la culpabilité et l'anxiété de la femme, que de vouloir désigner comme « responsable » de son échec, telle ou telle particularité de son fonctionnement psychique, de son histoire individuelle, ou de la relation de couple... qui peuvent, de plus, être l'effet, plus que la cause, des échecs répétés de l'I.A.D.

Par ailleurs, notons que, lors de notre enquête, 32 % seulement des femmes ayant conçu après plus de trois cycles, font une relation entre la conception et un traitement médical destiné à faciliter la grossesse (qui est intervenu, à un moment ou à un autre, pour 96 % de cette population). Or, dans 78 % des cas (où la grossesse est intervenue tardivement), il y avait eu un changement de traitement, soit pendant le cycle de la conception, soit dans les deux cycles précédents, ou la mise en route d'un traitement, ou encore l'arrêt d'un traitement jugé désormais inutile (par exemple au vu des examens cliniques) et son remplacement par une surveillance échographique de l'ovulation. Il importe donc de ne pas négliger les aspects strictement médicaux de la survenue des grossesses, avant de mettre en route une « thérapeutique » psychologique qui serait considérée comme un « traitement » destiné à faciliter la grossesse.

A notre avis, le recours à une aide psychologique doit d'abord être envisagé comme un moyen d'aider la femme, le couple et le médecin, à assumer la situation d'I.A.D., qui devient particulièrement « stressante » en cas d'échecs répétés, pour les trois protagonistes. Elle peut déboucher sur un travail psychologique en profondeur de la femme, ou du couple, quand ces derniers peuvent trouver dans l'activité d'élaboration et d'association une maîtrise ou un contrôle qui les réassure, et entretient l'espoir (fondé ou non) que, quand ils auront compris et maîtrisé ce qui résiste en eux à la réussite de l'I.A.D., la grossesse pourra intervenir – mais un tel travail peut se solder par l'abandon du projet d'I.A.D.<sup>14</sup>, ou une grossesse faisant fonction de prétexte à un arrêt de la psychothérapie<sup>3</sup> Il importe tout particulièrement, pour ces prises en charge psycho-thérapeutiques, que soit maîtrisé le contre-transfert individuel du thérapeute (qui dépend aussi de sa fonction institutionnelle), afin que la grossesse ne fasse pas l'enjeu d'une rivalité entre partenaires institutionnels, ni ne soit l'objet privilégié du désir – et des conflits – du (de la) thérapeute – comme preuve, par exemple, de la puissance fécondante de sa parole.

Dans de nombreux cas, l'aide peut être apportée par le travail collectif de type « groupe Balint ».

S'il nous apparaît que la dialectique qui s'instaure a des effets positifs sur la restauration narcissique de chacun des conjoints et la relation du couple, surtout lorsque les deux projets (I.A.D. et adoption) peuvent être maintenus de façon non-exclusive, le bénéfice d'une telle dialectique ne peut être imposé par un « conseil psychologique » systématisant le recours complémentaire à l'un ou l'autre des deux projets, dans une perspective illusoire de prévention.

En revanche, le but de ce conseil psychologique doit être de ne pas ajouter aux difficultés inévitables que la stérilité déclenche ou aggrave chez ces couples et ces individus, des risques « iatrogènes » dus au contexte institutionnel dans lequel ils sont obligés de chercher une aide pour résoudre leur problème. Si une telle préoccupation peut être absente de l'optique des services d'adoption, qui n'ont pas pour but d'aider les couples stériles, elle doit être présente à l'esprit des praticiens (gynécologues, médecins, responsables des C.E.C.O.S. et psychologues) qui travaillent dans le cadre de l'I.A.D., quel que soit par ailleurs leur souci de repérer les très rares contre-indications psychologiques à l'I.A.D.<sup>4</sup>.

Il nous apparaît donc inutile, et même dangereux, d'orienter systématiquement vers l'adoption tous les couples demandeurs d'I.A.D., quelle que soit leur position propre à l'égard de l'adoption. Rien ne prouve en effet qu'une démarche d'adoption, si elle est engagée sous la pression « morale » d'un tiers, ou pire encore, dans la crainte de se voir refuser l'accès à l'I.A.D., ne soit, par elle-même, l'occasion d'une élaboration psychologique du désir d'enfant. En revanche, une telle pression peut contribuer à inciter les couples à une demande d'adoption prématurée, qui a de grandes chances d'être sanctionnée par un refus de la part des organismes d'adoption, ce qui contribuera à aggraver les difficultés psychologiques de ces couples. Le projet d'adoption, s'il

peut et doit être facilité par une écoute propre à en aider l'élaboration, par une information objective et complète, au même titre que l'I.A.D. doit, comme cette dernière, rester dans le champ de la liberté et de l'authenticité des efforts du couple stérile pour « résoudre » son problème de stérilité, et nul ne peut, ni ne doit se substituer à lui.

Il paraît, en revanche, indispensable que soit comprise et respectée l'attitude de la grande *majorité des couples* parents et *demandeurs d'I.A.D.*, qui considèrent l'I.A.D. comme la *meilleure*, et souvent la *seule solution* à leur problème de stérilité, et pour cela il convient de comprendre leurs motifs.

## L'I.A.D. « plus facile » que l'adoption : aspects psychosociologiques

Cette notion se dégage généralement, avec une grande constance, de la plupart des interviews, qu'il s'agisse des parents ou des demandeurs d'I.A.D. : l'adoption est toujours, même par ceux qui y sont favorables, décrite comme « très – trop – difficile ». Nous avons déjà cité<sup>1</sup> au premier plan de ces difficultés, les problèmes institutionnels et sociaux qui font de l'adoption une procédure longue, hasardeuse, difficile d'accès. Tous les couples que nous avons vus savaient qu'il y a peu d'enfants adoptables (notamment des enfants en bas âge, de race blanche, en bonne santé) malgré le grand nombre d'abandons « de facto ». Ils n'ignoraient pas que les organismes d'adoption font un tri sévère dans les candidatures, sur des critères sociaux et psychologiques exigeant des candidats d'apparaître comme « meilleurs » que la moyenne des parents tout venant. Ils étaient conscients du fait que les délais d'adoption sont très longs en France y compris pour les enfants étrangers et qu'aucune certitude n'est possible quant à l'obtention finale d'un enfant, et étaient avertis que l'adoption d'enfants à l'étranger pose des problèmes juridiques et financiers et peut donner lieu à un

« trafic ». En revanche, un changement important apparaît dans les arguments employés par les couples devenus parents pour justifier leur refus de l'adoption, ou une réticence à son égard : nous voyons apparaître plus rarement la révélation de la stérilité à l'entourage et la nécessité d'informer l'enfant de son origine. Ce thème semble « remplacé » par la notion, exprimée par la majorité des pères stériles, d'une similitude quasi-parfaite entre leur position et celle d'un père « normal » (réussite du simulacre) – et celle *d'un vécu de paternité* qu'ils ne pensent pas possible en cas d'adoption. La naissance de l'enfant conforte généralement leur opinion selon laquelle une paternité par adoption n'aurait pas pu leur apporter ce que leur a permis de vivre leur paternité par I.A.D., tandis que, lors des entretiens préliminaires, beaucoup s'imaginent en « pères adoptifs » de l'enfant de l'épouse. On retrouve la notion d'I.A.D. « plus naturelle et plus facile » que l'adoption ici fondée sur le *vécu* d'une responsabilité pleine et entière, identique au plan symbolique *et réel* à celle qui fonde la notion de parentalité chez les couples ayant conçu « normalement » un enfant désiré par les deux partenaires, dans la *création d'un être nouveau, qui sans eux, n'aurait pas existé*, idée rarement exprimée spontanément chez les couples demandeurs où les maris décrivent plutôt les avantages du simulacre ou le plaisir qu'ils escomptent retirer de leur accompagnement de la grossesse, de l'accouchement, et l'influence qu'ils auront sur l'enfant tout petit.

S'il peut apparaître, dans certains cas, des difficultés du père et/ou de la mère liées à la culpabilité, à l'angoisse que peuvent susciter la stérilité et la transgression, ce sentiment profond de responsabilité « à deux » dans une conception qui, sans leur volonté, n'aurait pas lieu, reste une base solide et sûre de restauration narcissique et d'élaboration d'une parentalité psychoaffective.

D'autres thèmes, toujours liés à la notion d'une meilleure acceptabilité de l'I.A.D. par le couple, voient le jour, avec la même

fréquence chez les couples devenus parents et ceux demandeurs d'I.A.D. En nous référant au travail de Saintain<sup>15</sup>, il nous apparaît ici que les couples stériles recourant à l'I.A.D. ne sont pas exclus, par leur stérilité, des processus culturels et sociaux qui concourent aux représentations du projet de reproduction. Ils nous paraissent même en être souvent très représentatifs. Ainsi nous retrouvons les stéréotypes culturels où se sont cristallisés les signifiants de la parentalité, dans leur argumentation selon laquelle l'I.A.D. « c'est plus naturel » (plus conforme aux normes culturelles) que l'adoption :

- le lien biologique (du « sang ») entre la mère et l'enfant apparaît comme une garantie d'acceptabilité de celui-ci pour le couple, car « au moins on sait d'où il vient », il est « au moins de l'un des deux » ;
- le consensus du groupe familial et social (grâce au secret) est vécu comme ce qui permet au couple, sinon marginalisé par sa stérilité, d'entrer à son tour dans le « pacte narcissique » de la filiation, et d'être « des parents comme les autres ». Mais ces représentations « conformistes » sont en même temps critiquées et réélaborées suivant deux axes qui existent aussi dans la population générale<sup>16</sup> mais prennent ici une importance particulière ;
- « la voix du sang » *entre le père et l'enfant*, les « ressemblances », beaucoup de pères par I.A.D. et de demandeurs d'I.A.D. « n'y croient pas », dès lors qu'il s'agit du lien père-enfant ; les aspects narcissiques de la filiation se déplacent du biologique vers le socio-psychologique : la ressemblance « ça se fait par la vie ensemble », « un caractère ça se modèle », par l'exemple, par l'influence des parents ;
- le consensus du groupe, qui considère comme « illégitime » une paternité, ou parentalité sans fondement biologique, et comme « anormal », l'homme stérile diminué sexuellement et désavoué quant à son identité de genre, est récusé. Une définition socio-affective de la paternité est affirmée : « c'est

rien de le faire, tout le monde peut le faire », l'important c'est de l'élever/l'aimer/lui donner son nom ; le père, « c'est celui qui aime » l'enfant et en prend la responsabilité. De ce fait, le secret est souvent partagé avec des confidents « capables de comprendre », auprès de qui est sollicité un nouveau consensus, avec qui s'élaborent de nouvelles normes. La fréquence avec laquelle les couples trouvent, dans leur entourage, des confidents qui partagent leur point de vue montre qu'il n'est pas nécessaire d'être stérile pour participer à ce processus de changement des valeurs et des représentations de la filiation.

Ce dernier point nous paraît s'inscrire dans l'évolution décrite par Shorter<sup>17</sup> comme « naissance de la famille moderne », à savoir une sensibilité nouvelle à la dimension individuelle de « désir » et de co-responsabilité des membres du couple. *La tâche sociale de reproduction*, assumée par le couple, peut alors échapper aux fatalités biologiques et aux déterminants socio-familiaux pour devenir *le lieu d'une liberté individuelle*.

Il semble que chez les couples stériles, comme chez la plupart des couples et des individus, les deux types de représentations, l'ancienne et la nouvelle, soient présents et se mêlent dans des compromis, des conflits, des paradoxes. Nous voyons que l'I.A.D. peut s'insérer de façon satisfaisante aussi bien dans l'une que dans l'autre. Cependant, l'I.A.D., du fait du secret et de la grossesse, peut mieux s'intégrer, fut-ce de façon paradoxale, dans une représentation *traditionnelle* de la reproduction, que l'adoption, comme le montre son acceptabilité pour les couples maghrébins et migrants originaires d'Europe du Sud, dès lors que doit être préservée à tout prix l'intégrité de l'image phallique du mari. Pour d'autres, au contraire, la « facilité » du recours à l'I.A.D. signifie sa légitimité sociale et s'inscrit dans le même sens que la légitimité du recours à la contraception, et parfois même (mais plus rarement) à l'I.V.G. Ces « transgressions » des lois « naturelles » de la biologie ne sont plus des transgressions des lois sociales mais peuvent au contraire entrer dans un processus de mutation des valeurs et des

normes ; la norme sociale de la reproduction devient « l'enfant désiré », source et lieu d'épanouissement personnel pour les adultes qui le légitiment par leur parole, leur désir individuel. La « nature psychologique » prend ici la place de la nature « biologique », comme représentation d'un ordre « naturel » de la reproduction ; la « voix du coeur » remplace la « voix du sang » pour fonder un fait culturel : la filiation.

Ainsi les couples parents, et demandeurs d'I.A.D., plus ou moins « conformistes » se retrouveront sur des variations de ce thème :

- Le lien précoce avec l'enfant, qui débute avec la grossesse, permet une appropriation réciproque entre l'enfant et les deux parents dans une relation affective puissante et exclusive.
- La décision partagée par les deux conjoints de recourir à l'I.A.D. paraît être une « garantie » suffisante, pour l'enfant, et pour le couple, contre le risque de désaveu et de rejet : « après tout, cet enfant il aura été vraiment voulu par les deux ».
- La décision du mari d'offrir une grossesse à sa femme apparaît comme une reconnaissance du « droit » de celle-ci à avoir une vie reproductive considérée comme une étape indispensable à son épanouissement, à son identité de genre. Cette générosité lui donne droit à la « reconnaissance » de son épouse, apaise sa culpabilité, mais exprime aussi la notion d'un « droit » de la femme à la grossesse « puisqu'elle, au moins, peut en faire un, il n'y a pas de raison qu'elle en soit privée parce que je suis stérile ». « Puisque moi, au moins, je pouvais faire un enfant, c'était normal qu'on essaie d'abord l'I.A.D. ».

## « Risques » de l'adoption

Pratiquement tous les parents et demandeurs d'I.A.D., y compris ceux qui étaient favorables à l'adoption ont abordé le sujet, la

plupart d'entre eux avec l'opinion bien définie selon laquelle il existait « plus de risques » dans l'adoption que dans l'I.A.D. – même si certains pensaient possible d'y faire face et de les limiter.

### L'hérédité vient au premier plan des risques cités

En cela, les couples stériles demandeurs et parents par I.A.D. ne semblent pas différer de la population générale, ni même des parents par adoption<sup>18</sup>. Cette hérédité du « caractère », ou des caractéristiques psychologiques (intelligence) nous paraît être redoutée dans deux lignes de préoccupations qui se renforcent mutuellement.

- La première fait banalement intervenir la « croyance » en une hérédité du caractère et du comportement, et manifeste des projections agressives et dévalorisantes massives sur les parents naturels, responsables de l'abandon, imaginés comme alcooliques, prostituées, débiles, asociaux : « c'est des pas grand-chose ».
- La deuxième fait intervenir « l'inconnu » de l'origine de l'enfant, opposé à ce qui peut en être connu dans l'I.A.D., où « c'est au moins l'enfant de la femme » et d'un géniteur qui n'est pas n'importe qui, car il est sélectionné – imaginativement – sur des caractéristiques positives : absence de tares, intelligence normale ou supérieure, absence de maladie mentale.

Cette dernière réassurance est souvent complétée, ou remplacée, par l'image positive de la motivation (et donc du « caractère ») altruiste, généreuse, du donneur bénévole, de son « intelligence » manifestée par la « largeur d'esprit », l'« ouverture au problème », l'absence de « tabous ».

L'enfant par adoption est donc celui qui risque de rester « différent », étranger au couple, car si « on ne sait pas d'où il sort », on imagine néanmoins le pire quant à son origine. Les couples parents par I.A.D. éprouvent de réelles difficultés à s'identifier à la démarche de géniteurs « irresponsables », ou

coupables d'un non-désir d'enfant, d'un désir de mort ou d'un refus à l'égard d'un enfant abandonné. Il leur est plus facile de s'identifier à celle d'un donneur de sperme bénévole, et à la démarche de l'institution médicale qui « sélectionne » les donneurs, plutôt que de « sélectionner » les candidats à la parentalité.

### Le risque de rejet de l'enfant

Il est indissociablement lié à la première notion. S'il apparaîtrait, en effet, « plus difficile » de faire sien, d'accepter et d'aimer l'enfant adopté, opinion que beaucoup de parents par I.A.D. étayaient sur des exemples de leur entourage, c'est que ce dernier aura *des* « problèmes » caractériels, dont l'hérédité n'est pas exclusivement considérée comme responsable, mais qui manifesteront la difficulté de la situation d'adoption elle-même, pour les parents et pour les enfants.

A la différence de l'enfant né par I.A.D., que le couple peut ressentir d'emblée, dès sa naissance, comme le sien, l'enfant par adoption risque d'être toujours vécu comme « l'enfant des autres », celui qui ne peut se substituer à l'enfant que le couple avait initialement désiré, parce que le couple adoptant ne pourra pas assumer – ou aura beaucoup de mal à se défendre contre – l'imaginaire rivalité avec les « vrais » parents, le déplacement vers l'enfant de l'agressivité rivalitaire qu'ils suscitent, du fait, non seulement de leur « inconnu », mais surtout de la place imaginaire de leur rôle dans la création de l'enfant, opposée à l'impossibilité, pour les adoptants, de s'identifier à elle.

Certains parents que nous avons vus analysaient avec beaucoup de finesse ce qu'ils observaient dans leur entourage et leurs propres projections identificatoires sur l'attitude des parents adoptifs et de leurs enfants. En opposant leur propre vécu de paternité à celui des pères adoptifs de leur entourage, les maris notaient souvent, qu'en ce qui les concernait, ils ne se vivaient pas

comme pères adoptifs à l'égard de leur enfant et que leur place de « créateurs » par le désir et la parole, responsables de « leur » enfant, leur permettait de mieux accepter ce dernier dans sa « différence »<sup>a</sup> de « respecter sa personnalité propre ».

Ces « risques de l'adoption » justifient, pour beaucoup de couples, leur adhésion au principe d'une sélection des candidatures à l'adoption, car « pour adopter, il faut plus d'amour, d'intelligence, et de capacités » que pour « faire un enfant », fut-ce par I.A.D., mais ils contestent souvent les modalités de cette sélection, notamment ses aspects sociaux. Ceux qui ont connu les services d'adoption se plaignent de l'accueil qui est fait aux demandeurs d'adoption, accueil qui leur paraît inutilement agressif et de nature à « enfoncer les gens, plutôt qu'à les aider ».

### Les risques liés aux conditions institutionnelles de l'adoption

Ils sont également souvent abordés, aussi bien du point de vue de leur effet sur le couple, que sur l'enfant, comme risques pour la relation parents-enfants.

L'âge des enfants, ayant tendance à s'élever en raison des mesures de « protection » de la famille naturelle, est perçu comme un facteur de risque important, du fait que l'enfant abandonné (imaginé déjà comme victime d'une vulnérabilité accrue) ne pourra bénéficier de tous les aspects réparateurs de l'éducation et de l'affection apportés par le couple adoptif, car il sera, en outre, « marqué » par une histoire dont il ne pourra pas éviter les séquelles, et qui rendra encore plus difficile son intégration dans le foyer. Ici encore, les exemples ne manquent pas dans l'entourage des couples stériles... particulièrement attentifs à les relever.

A cet égard, l'I.A.D., qui permet d'avoir avec l'enfant une histoire « complète », sans trous, sans failles, paraît une évidente garantie. Même les parents qui ont investi dans un projet d'adoption, et ceux qui ont eu un enfant par adoption, estiment que l'adoption « prive » les parents (et les enfants) d'un bout d'histoire commune,

n'aura pas à se situer par rapport à des parents « mauvais » responsables d'un rejet, mais par rapport à un géniteur dont le don était destiné à permettre à ses parents de le « faire ». Fort peu réalisent que la seule prévention efficace du « traumatisme » que peut représenter pour un enfant le fait qu'il y ait un hiatus, une faille, un « manque » dans ce qu'il peut connaître ou pressentir de sa filiation, est ce qui pourra lui permettre de combler ce manque par une *représentation de son origine* afin de fonder véritablement sa propre relation de sujet pensant à ses objets de pensée et au réel.

Nous pensons avoir montré que la dialectique I.A.D./adoption est à évaluer et à comprendre en fonction de sa place historique, dans le processus de tentative de réalisation du projet d'enfant, chez les couples stériles où interviennent aussi bien les événements subis au niveau réel (cycles successifs d'I.A.D., refus d'une candidature d'I.A.D.) que la signification qu'ils peuvent prendre, dans l'évolution de la crise intra et inter-personnelle déclenchée par la stérilité masculine. Cependant, pour l'enfant né par I.A.D., comme pour l'enfant adopté, celui élevé dans une famille nourricière, ou l'enfant « naturel » de la mère célibataire reconnu par son *conjoint*, seuls les parents réels qui l'élèveront pourront lui apporter l'aide dont il a besoin pour dépasser l'« accidentel » de son histoire, et retrouver les signifiants universels lui donnant accès, et légitimant sa place, dans la structure de filiation en tant que fondement de la fonction symbolique.

Ceci suppose que les « parents stériles » aient eux-mêmes effectué ce cheminement, dépassé leur propre angoisse de perte et fantasmes de rétorsion, leur culpabilité, leur vécu de rivalité, à l'égard de celui (ceux) à qui l'enfant doit aussi d'être ce qu'il est de singulier, qui fait de lui, non l'objet destiné à combler un « vide », au risque de n'en être que le témoin et le signe, mais un sujet dont on attend – et redoute parfois – un désir, avec qui s'instaure un « jeu du Désir »... Ce « travail » psychologique imposé aux parents stériles par leur engagement dans un désir d'enfant, malgré – ou à

cause de – la fatalité biologique qui pèse sur eux, est peut-être « plus facile » pour les parents par I.A.D., mais la protection institutionnelle apportée par le secret nous paraît pouvoir être paradoxalement à cet égard un facteur de risque impossible à éviter, du fait même de la liberté indispensable pour que les couples parents par I.A.D. soient en effet des parents « comme les autres », seuls juges et responsables de leur histoire avec l'enfant. Cette liberté ne nous paraît pas devoir être limitée par un « conseil impératif systématique » de révélation à l'enfant, mais peut être éclairée par une réflexion commune entre les couples et les praticiens sur « ce qui est mieux » pour le bien de l'enfant.

Enfin, la reconnaissance sociale de la filiation par I.A.D., notamment par l'aménagement de la loi de filiation préservant les droits réciproques de l'enfant et du père par I.A.D. contre tout risque de désaveu, par l'un, l'autre, ou un tiers, nous paraît ici comme une protection institutionnelle complémentaire indispensable à ce qu'une telle réflexion puisse aboutir à une évolution progressive de l'attitude des parents par I.A.D. à l'égard du secret, analogue à celle qu'on peut constater dans l'adoption, et à son corrolaire, qui sera l'acceptation sociale de leur légitimité.

## Références

1

Manuel C, Czyba JC. I.A.D. ou adoption ? *Contr Fertil Sex* 1981 ; 9 : 265-7.

2

Janaud A. Désir et refus de procréation dans l'I.A.D. *Contr Fertil Sex* 1979 ; 7 : 645-7.

3

De Parseval G, Janaud A. Le Père qui venait du froid ou le Père « I.A.D. » *Inf Psychiatr* 1981 ; 57 : 1167-74.

4

Penochet JC, Moron P, Jarrige A. Complications psychiatriques liées à l'I.A.D. Ann Méd Psychol 1979 ; 137 : 635-41.

5

Pasini W. Psycho-dynamique du désir d'adopter. Fertil Orthogénie 1972 ; 4 : 145-8.

6

Van Den Keep PA, Schmidt-Elmendorff HS. Le bonheur conjugal et la stérilité involontaire. Contr Fertil Sex 1976 ; 4 : 57-64.

7

Mises R, Semenov G, Huerre P. Problèmes psychologiques liés à l'I.A.D. Confront Psychiatr 1978 ; 16 : 219-36.

8

Arronet GH, Bergquist CA, Parekh MC. The Influence of adoption on subsequent pregnancy in infertile marriage. Int J Fertil 1974 ; 19 : 159-62.

9

Berstein D, Levin S, Amsterdam E, Insler V. Is conception in Infertile couples treatment related ? Int J Fertil 1979 ; 24 : 65-7.

10

Czyba JC, Cottinet D, Souchier C. Perturbations de l'ovulation consécutives à l'insémination artificielle avec donneur. J Gyn Obst et Biol Repr 1978 ; 7 : 499-502.

11

Poland ML, Pieper MJ, Moghissi KS. Impact of the Stress of I.A.D. on the Menstrual Cycle. Int J Fertil 1981 ; 26 : 68-70.

12

Denber HCB. Psychiatric aspects of infertility. J Reprod Med 1978 ; 20 : 23-9.

## Les ambiguïtés du don

Il y a des résistances qui sont moins liées au sperme qu'au *don*. Le don de sperme porte en soi une série d'implications émotionnelles extrêmement intenses qui doivent être décryptées pour éviter des sentiments faciles qui pourraient se retourner contre les organisations comme les C.E.C.O.S. s'occupant de l'insémination artificielle. Il faut se méfier du don de sperme assimilé au don de soi, prototype de l'amour romantique. Le don de sperme souffre d'une contradiction interne dans la mesure où il y a don d'une partie de soi mais sans objet d'amour qui est en revanche indispensable à tout Roméo potentiel. Il faut en revanche que le donneur n'ait pas une Juliette en tête pour que son acte puisse se réaliser dans un état de neutralisation affective suffisante.

La notion de don implique une idée de bon cadeau gratuit qui doit nous rappeler les risques du rôle missionnaire en psychologie. Nous savons combien de mécènes agissent en réalité à travers des mécanismes de formation réactionnelle et que, par les dons, ils réparent souvent des fautes réelles ou imaginaires. Il faut donc éviter des dons de sperme par culpabilité ou par expiation. Il faut aussi se méfier de la mythologie du don gratuit qui peut devenir un cadeau empoisonné comme Homère nous l'a bien montré lors de la guerre de Troie – Timeo danaos et dona ferentes... – Si on voulait appliquer l'allégorie de l'Iliade au don de sperme, on pourrait imaginer de transformer le cheval dans une forme allongée ressemblant à une paillette dont les spermatozoïdes seraient des soldats grecs introduits en cachette dans le ventre de Troie par Ulysse qui serait alors le patron des inséminateurs rusés !

Une autre référence culturelle qui nous aide dans cette méfiance est celle du don maffioso. On sait qu'il faut toujours refuser le premier don maffioso car autrement, on est inéluctablement enchaîné dans un processus irréversible.

Il est donc indispensable de passer de la notion de don à la notion d'échange en partant du principe psychologique que le donneur y trouvera aussi son compte. Cette démarche est la même que celle qui a été déjà faite pour l'adoption et qui doit être élargie à l'insémination artificielle, faute de quoi nous allons continuer à assister à un clivage moral qui fait de l'adoption un acte généreux et de l'insémination artificielle un désir égoïste de parents stériles qui ne veulent pas accepter leur destin biologique.

Pour aboutir à la notion de don en tant qu'échange, il faut surmonter une résistance qui a des racines dans l'enfance de chacun de nous et qui part de l'équivalence, donner = perdre. Un enfant qui donne son jouet à un autre enfant sera triste d'avoir perdu son jouet, mais un homme de science qui transmet une information à une autre personne pourra enrichir l'autre sans en être nécessairement appauvri. Il est donc nécessaire de passer de la pensée concrète à la pensée abstraite et au monde de la représentation pour pouvoir intégrer le don de sperme en tant que processus d'échange où tout le monde trouve son compte.

Les limites du don par rapport à la possession débordent largement le cadre de l'individu et impliquent la femme et le couple. On sait que beaucoup de résistances au don de sperme viennent des épouses qui considèrent que le sperme du mari leur appartient. Dans ce cas, une discussion avec des groupes de couples de donneurs potentiels me paraît fort souhaitable pour verbaliser et expliciter les limites de la possession dans le couple. Encore une fois le don de sperme pourrait être un bon prétexte pour prévenir des conflits conjugaux ou améliorer la communication dans le couple. Cette question déborde d'ailleurs le couple pour acquérir une dimension philosophique car il est peut-être difficile de statuer à qui, en dernier recours, appartient le sperme, à l'homme, au couple ou à la société.

En renonçant à reprendre la littérature sur la psychologie des