



HAL
open science

Le couple parental et conjugal à l'épreuve de l'insémination artificielle avec donneur : coparentage et interactions précoces

Ophélie Ségade-Bourgeois

► **To cite this version:**

Ophélie Ségade-Bourgeois. Le couple parental et conjugal à l'épreuve de l'insémination artificielle avec donneur : coparentage et interactions précoces. Psychologie. Université Paris Cité, 2020. Français. NNT : 2020UNIP5047 . tel-04090798

HAL Id: tel-04090798

<https://theses.hal.science/tel-04090798v1>

Submitted on 6 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Paris

École doctorale « Cognition, Comportement, Conduites humaines »
Laboratoire Psychologie Clinique, psychopathologie, psychanalyse

Le couple parental et conjugal à l'épreuve de l'insémination artificielle avec donneur : Coparentage et interactions précoces

Par Ophélie SÉGADE-BOURGEOISET

Thèse de doctorat de psychologie

Sous la direction de Monsieur le Professeur Bernard GOLSE et avec
Madame le Docteur Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA comme co-directrice

Soutenue publiquement le 31/01/2020

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Sylvain MISSONNIER, président (Université de Paris)
Monsieur le Professeur Bernard GOLSE, directeur de thèse (Université de Paris)
Madame le Docteur Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA, directeur de thèse (Université de Paris)
Monsieur le Professeur Nicolas FAVEZ, rapporteur (Université de Genève)
Monsieur le Professeur Denis MELLIER, rapporteur (Université de Bourgogne-Franche Comté)
Madame Christelle VIODÉ, examinatrice (Université de Bourgogne-Franche Comté)
Madame le Docteur Véronique DROUINEAUD, invitée



Except where otherwise noted, this is work licensed under
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Remerciements

Ce travail de thèse a été une expérience humaine, clinique et intellectuelle qui m'a consolidé dans ma pratique professionnelle et m'a ouvert des perspectives pour l'avenir. Je tiens à remercier tout particulièrement mes directeurs de thèse pour leur accompagnement et la richesse de leurs enseignements.

Je remercie Monsieur le Professeur Bernard Golse pour la profondeur de sa transmission, la justesse incroyable de ses observations, la grande finesse clinique, son soutien indéfectible, et son humanité sans réserve. Il m'a guidée sur le chemin de la périnatalité et de la parentalité bien avant cette recherche grâce à son enseignement qui a déterminé ma clinique.

Je tiens à témoigner ma reconnaissance à Madame le Docteur Bérengère Beauquier-Maccotta pour m'avoir offert l'opportunité de travailler sur le sujet passionnant des familles ayant eu recours à un don de gamètes. C'est elle qui a suscité mon intérêt pour les thèmes du coparentage et de l'insémination artificielle avec donneur. Je la remercie également pour sa rigueur théorique dans la recherche, la pertinence de ses conseils, pour sa bienveillance et pour sa confiance.

Je souhaite remercier aussi Madame le Docteur Véronique Drouineaud, sans laquelle ce projet n'aurait pas été possible, pour avoir initialement construit cette recherche avec le Docteur Beauquier-Maccotta et pour le temps précieux qu'elle a consacré à l'inclusion des couples dans cette recherche. Nos échanges cliniques et son regard de médecin biologiste m'ont aidé à construire cette recherche. Je la remercie enfin pour m'avoir ouvert les portes du CECOS de l'hôpital Cochin. Je remercie l'ensemble de l'Equipe du CECOS de l'Hôpital Cochin, et plus particulièrement le Professeur Jean-Philippe Wolf, puis le Professeur Catherine Patrat, pour m'avoir permise d'initier cette recherche dans leur service et de participer aux Staffs concernant les dons de gamètes. Cette expérience fût très enrichissante, tant cliniquement que du point de vue éthique.

Je tiens à remercier Madame Laure Philippe, psychologue clinicienne, avec laquelle j'ai pu rencontrer les familles qui ont participé à cette recherche. Je la remercie pour sa disponibilité, pour son aide précieuse dans la retranscription des entretiens et pour nos échanges sur nos ressentis cliniques.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur le Professeur Sylvain Missonnier pour son accueil au séminaire du RAP qui a grandement participé à faire murir chaque étape de ma thèse. Je le remercie chaleureusement pour ce suivi régulier, son écoute bienveillante et sa transmission édifiante, tant dans le domaine de la recherche que celui de la clinique de la parentalité. Je le remercie enfin pour avoir accepté de diriger cette soutenance aujourd'hui.

Mes remerciements respectueux s'adressent également aux membres du jury qui m'ont fait l'honneur de leur participation : Monsieur le Professeur Nicolas Favez, dont les travaux reconnus sur le coparentage m'ont inspirée et guidée dans cette recherche, et Monsieur le Professeur Denis Mellier pour leur lecture attentive en tant que rapporteurs, ainsi que Madame Christelle Viodé, pour sa participation en tant qu'examinatrice.

Je tiens à remercier tout particulièrement l'agence de biomédecine qui a contribué au financement de ma thèse de doctorat me permettant ainsi de mener à bien ce projet.

Je remercie l'hôpital Necker-Enfants malades pour m'avoir permis de bénéficier de ses infrastructures afin de recevoir les familles. Je remercie aussi le Professeur Yves Ville, chef de service de la maternité de l'hôpital Necker et Sophie Guillaume qui m'ont autorisée à recruter les couples ayant conçu naturellement, groupe contrôle que nous pourrions exploiter dans des travaux ultérieurs.

Je remercie Xavier Jeudon, membre de la cellule vidéo de l'Aube de la vie de l'hôpital Necker pour avoir contribué à la passation des jeux Triadiques de Lausanne.

Je remercie l'équipe du Centre d'Etude de la famille de l'université de Lausanne et plus particulièrement Hervé Tissot pour ses transmissions précieuses dans le cadre d'une formation à la cotation du Jeu triadique de Lausanne.

Je remercie l'Ecole Doctorale et le Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie de l'Université Paris Descartes pour m'avoir accueillie en tant que Doctorante. Merci à Frank Jankowiak puis à Coralie Kot pour leur aide administrative. Je tiens à remercier les Professeurs Philippe Robert et Alberto Konicheckis pour leur accueil chaleureux au sein du Théma « Groupes, familles et institutions », et l'enseignement précieux que la participation à ce groupe a pu représenter.

Je souhaite remercier Roch du Pasquier pour son regard de psychanalyste systémicien et pour celui d'écrivain, nos échanges passionnants, son exigence tant sur le fond que sur la forme, sa générosité et ses qualités humaines.

Je tiens à remercier mes collègues, déjà docteurs ou doctorantes pour leur aide tout au long de ce parcours de thèse. Les participantes du RAP : Marie Courtaux, Charlène Guéguen et Olga Perelman qui m'ont soutenue et conseillée, Charlotte Ullmo avec laquelle j'ai commencé ce travail de thèse et eu des échanges très riches sur les familles que nous avons rencontrées ainsi qu'Alexandra Rouquette. Je remercie également Marion Canneaux pour son travail sur les femmes ayant eu recours à un don d'ovocyte qui m'a grandement guidé dans la construction de ma thèse et pour son soutien amical. Merci à Elsa Waysfeld-Stora, collègue et amie, pour ses relectures bienveillantes et réfléchies.

Je souhaite tout particulièrement remercier ma famille, ma mère et Bruno pour leur relecture exigeante et leurs remarques pertinentes, l'aide qu'ils m'ont apportée et leurs soucis de clarté précieux. Mon père pour son soutien affectif et matériel, et la confiance qu'il me porte au-delà des frontières. Merci à mon papi, pour tes étoiles dans les yeux et tout ce que tu représentes pour moi. Je souhaite remercier également mes beaux-parents qui m'ont si chaleureusement accueillie dans leur famille et soutenue professionnellement. Merci à Michèle pour sa relecture fine et attentive, ses remarques curieuses et enthousiastes.

Je souhaite remercier ma sœur Diane, pour son soutien indéfectible et notre relation si précieuse. Je remercie mon cousin François Dupoirieux pour son aide dans la mise en page de mon travail et sa disponibilité incomparable. Je remercie également mes amies Kelvine, Fabienne et Elise pour leurs relectures amicales et leurs remarques pertinentes ainsi que Julia Tarbagayre pour m'avoir aidée si joyeusement avec Excel.

Je souhaite enfin remercier chaleureusement mes amis qui, tous à leur manière, m'ont encouragée et soutenue dans mon travail : Agathe et Makay, Bénédicte et Romain, Panchika et Mathieu, Marion, Tiphaine, Pauline, Emmanuelle, Christine Ascoli-Bouin, Blanche et Laurent, Pauline et Calixte, Pascaline et Pierre-Louis, ainsi que mes beaux-frères et sœurs Laurie-Aude, Julien et Nicolas. Quelle chance de vous avoir tout près.

Merci à Philippe, pour son amour et son soutien inestimable, la force inébranlable de sa confiance, sa bonne humeur à toute épreuve. Merci à Charles et Octave, mes soleils.

Pour finir, je remercie tous les couples qui ont accepté de participer à cette recherche, pour leur confiance, leur temps et pour avoir accepté de témoigner de leur expérience intime dans la construction de leur parentalité. Je leur suis profondément reconnaissante.

Sommaire

Publications et communications	13
Résumé / Abstract	15
Préambule	17
Introduction	19
Première partie : Revue de la Littérature	29
Chapitre 1 : L'aide médicale à la procréation et le sujet infertile	31
A. L'Aide Médicale à la Procréation aujourd'hui	32
1. Le contexte législatif	32
1.1 Les principes fondateurs.....	32
1.2 Différentes législations parmi les pays de l'Union Européenne et dans le monde.	34
2. Enjeux des révisions de la loi de bioéthiques	35
2.1 La gratuité.....	35
2.2 La remise en cause de l'anonymat	35
3. La répartition des différents types d'AMP en France	36
3.1 Les différentes techniques d'AMP quelles que soient l'origine des gamètes	37
3.2 AMP avec un gamète extérieur au couple (hétérologue)	38
4. L'IAD en France aujourd'hui	39
4.1 Une pratique toujours d'actualité	39
4.2 Qui sont les donneurs ?.....	39
5. La législation concernant les donneurs.....	40
B. Les bouleversements psychiques liés à l'infertilité chez le sujet	41
1. Stérilité ou infertilité ?.....	42
2. L'origine plurifactorielle des stérilités	43
3. La stérilité chez la femme	44
3.1 L'atteinte du corps qui ne peut pas porter un enfant	44
3.2 La réactivation du complexe de castration féminin	45
3.3 « L'inconception » et la castration non-symbolisée.....	45
3.4 Le travail des identifications impossibles.....	46
3.5 Dette de vie et lien à la mort	47
4. La stérilité chez l'homme	48
4.1 Les troubles de la filiation	48
4.2 Le travail des identifications aux figures et à la fonction parentale.....	49
4.3 L'enfant œdipien et l'angoisse de castration	50
4.4 Le fantasme homosexuel	51
4.5 L'atteinte de la virilité	51
4.6 Honte et culpabilité	52
C. Le parcours d'AMP et ses enjeux psychologiques	53
1. Le couple à l'épreuve	54
1.1 Incertitude et impuissance	54
1.2 Appauvrissement des représentations	54
1.3 L'impact sur la sexualité.....	55
2. Les axes de la filiation remis en question.....	56
2.1 La filiation biologique	57

2.2	La filiation juridique ou la filiation instituée	57
2.3	La filiation narcissique et affective	58
3.	La filiation narrative	59
4.	Don de gamètes et fantasmes dans la filiation	60
4.1	Les fantasmes autour de la conception	60
4.2	Le transfert sur le gynécologue ou sur un tiers	61
4.3	Le fantasme d'erreur dans la répartition des gamètes	62
4.4	Les fantasmes autour du donneur	62
4.4.1	La réparation narcissique	62
4.4.2	La rivalité	63
4.4.3	Le fantasme d'adultère	63
D.	Synthèse et perspectives	64
Chapitre 2 :	Le couple infertile et la grossesse	67
A.	L'étude du couple : Ancrages et outils théoriques	68
1.	La nécessaire complémentarité des approches	68
1.1	La perspective complémentariste	68
1.2	Les différentes facettes du couple stable	69
1.3	Dialectique analytique et systémique	70
2.	Définitions	70
2.1	Le couple	70
2.2	De l'intrapsychique... ..	71
2.3Vers l'Intersubjectivité	71
2.4	Le couple dans une perspective analytique	72
2.5	La relation, une entité à part entière (perspective systémique)	73
3.	Psychanalyse groupale et théorie du lien	74
3.1	La théorie du lien (Bion)	74
3.2	Les alliances inconscientes (R.Kaës)	74
3.2.1	La double polarité du lien libidinal	75
3.2.2	Le pacte dénégatif	76
3.3	Lien narcissique et lien libidinal	76
4.	Fondements et mécanismes du couple	77
4.1	Choix d'objet amoureux, choix du conjoint	77
4.1.1	Choix d'objet narcissique et Objectal	77
4.1.2	Le retour aux imagos parentales	78
4.1.4	« Le choix de la défaillance »	79
4.2	Le contrat conjugal	80
4.3	L'organisation défensive du sujet dans le couple	81
4.3.1	Clivage et idéalisation	81
4.3.2	La désidéalisation nécessaire	82
4.3.3	La lutte du couple contre la désidéalisation	83
4.3.3.1	Le déni ou la dénégation	83
4.3.3.2	L'ambivalence impossible	84
4.3.4	Le phénomène de « collusion »	85
5.	Les apports systémiques de l'école de Palo Alto et de M.Bowen	85
5.1	Le modèle systémique	85
5.2	Les apports de l'école de Palo Alto	86
5.3	Symétrie ou complémentarité du couple	86
5.4	Le principe d'homéostasie	87
5.5	Le principe de circularité	87
5.6	Le mythe familial	88
5.7	Les « familles indifférenciées »	89

B. Le couple infertile	91
1. Apports de la perspective analytique.....	91
1.1 « La remise en question de l'identité personnelle »	91
1.1.1 La sexualité stérile	91
1.1.2 La crise identitaire.....	92
1.1.3 L'impasse de la relation conjugale œdipienne.....	92
1.2 Enfant imaginaire et position défensive	92
2. Apports de la perspective systémique	93
2.1 La stérilité comme symptôme familial	93
2.1.1 Contrat inconscient et loyauté familiale	94
2.1.2 Les règles familiales et scénarios transactionnels.....	94
2.1.3 Le patient désigné et sa compétence.	95
2.2 Stérilité et filiation : un enjeu transgénérationnel	96
2.2.1 Le concept de « Parentification ».....	96
2.2.2 Les phénomènes de « délégation » et de mythe familial.....	96
3. Apport des recherches psychodynamiques récentes sur le couple infertile.....	98
4. Synthèse et perspectives	98
C. La grossesse après l'infertilité du couple	100
1. Les réaménagements psychiques inconscients du devenir parent après un parcours de stérilité	100
1.1 L'idéalisation et le difficile accès à l'ambivalence	100
1.2 Une grossesse plus anxieuse	101
1.3 Une réinterrogation de leur légitimité	102
1.4 Spécificités du vécu de la grossesse chez le père infertile	103
1.4.1 Surinvestissement ou retrait.....	103
1.4.2 Un désir d'enfant plus abouti.....	103
2. La grossesse après un don de spermatozoïdes	104
2.1 Investissement positif du donneur et représentation paradoxale	104
2.2 Devenir le « vrai père »	105
2.3 La dénégaration du rôle du donneur.....	105
2.4 « L'engrossement » des pères IAD	106
3. Les représentations de l'enfant pendant la grossesse après un don.....	107
3.1 Retour sur le premier Chapitre et la relation d'objet virtuelle	107
3.2 L'origine de l'enfant.....	108
3.3 La non-représentabilité de l'enfant	108
3.4 L'inquiétante étrangeté.....	109
3.5 L'idéal, l'étrangeté et le fonctionnement familial.....	109
3.6 L'étrangeté de l'enfant issu d'un don d'ovocytes	110
4. Synthèse et perspectives	111
Chapitre 3 : Le coparentage et les défis de l'IAD	113
A. Des interactions précoces au coparentage	114
1. L'étude des interactions précoces	114
1.1 La dyade, la triade et la naissance de l'intersubjectivité	115
1.2 Les interactions fantasmatiques et « le nid triadique »	116
1.3 L'inter-influence père-mère-bébé	117
2. Le modèle de « L'alliance familiale ».....	119
2.1 L'approche structurale de la famille.....	119
2.2 Les différentes modalités interactives à l'intérieur de la triade	120
2.3 Le jeu trilogique de Lausanne.....	121
2.5 Le rôle du bébé dans la relation parentale et triangulation.....	122
3. Le Coparentage	123
3.1 Présentation du concept.....	123

3.1.1 Définitions	123
3.1.2 Les composants du coparentage.....	124
3.1.3 Un bon indicateur du développement de l'enfant	125
3.1.4 L'influence de la présence de l'autre parent sur le coparentage.....	126
3.2 Les prédicteurs du coparentage.....	127
3.2.1 La satisfaction relationnelle et la flexibilité du couple	127
3.2.2 L'engagement paternel et le phénomène de « garde-barrière » maternel	127
3.2.3 Le coparentage anté-natal.....	128
3.3 Le coparentage à la naissance	129
3.3.1 La transition à la parentalité	129
3.3.2 L'impact de la naissance sur le couple conjugal et le coparentage.....	130
B. Interactions précoces, Coparentage et AMP	132
1. Les interactions précoces après un parcours d'AMP intra-conjugale	132
1.1 Des interactions précoces plus anxieuses	132
1.2 Une situation qui se régularise	133
1. Les interactions précoces et le don de gamète	133
2.1 Des interactions précoces de qualité	134
2.2 Le sentiment subjectif d'être « le vrai père ».....	135
3. Le devenir des enfants plus grands.....	135
3.1 Le développement de l'enfant à 7 ans	135
3.2 La transition à l'adolescence.....	136
4. Limites des recherches et biais méthodologiques	138
4.1 Un biais dans le recueil des données.....	138
4.2 Le biais de désirabilité.....	139
4.3 Une législation différente sur l'anonymat du donneur	139
C. Les défis pour la famille après une IAD	141
1. Enjeux pour la famille de la rupture de la filiation génétique.....	141
1.1 Les différences avec l'adoption	141
1.2 Le travail de filiation du père.....	142
1.2.1 S'approprier le don.....	142
1.2.2 Appréhender la dette	143
1.3 Une famille élargie	144
1.3.1 L'importance des « siblings »	144
1.3.2 Quelle place pour le donneur ?	145
2. Enjeux pour le couple de la conception par IAD	146
2.1 Les bouleversements du couple conjugal	146
2.1.1 Des couples solides ?.....	146
2.1.2 La question de la rivalité	147
2.1.3 Le fantasme de « l'étranger à la maison »	147
2.2 Enjeux pour le couple coparental.....	148
2.2.1 Le phénomène « d'enfant au centre »	148
2.2.2 Les difficultés à se confronter aux émotions négatives.....	149
3. Le discours des parents sur la conception.....	150
3.1 Le paradoxe du désir impossible.....	150
3.1.1 Les raisons du secret	151
3.1.2 Les fonctions du silence sur les origines	151
3.2 L'importance du discours sur la conception	152
3.2.1 L'expérience de l'adoption.....	152
3.2.2 L'expérience de la thérapie familiale	152
3.3 Le différent fonctionnement des familles en lien avec le discours sur la conception.....	153
3.3.1 Le choix du silence.....	153

3.3.2 Le choix de l'information.....	153
3.3.3 Les risques d'une révélation tardive	154
3.3.4 Ouverture des familles et fonctionnement familial.....	155
D. Synthèse et ouverture sur la recherche.....	156
Deuxième partie : Construction de la recherche	161
Chapitre 4 : Problématique et hypothèses générales	163
A. Problématique.....	163
B. Hypothèses.....	164
Chapitre 5 : Méthodologie	167
1. Cadre général de la recherche	167
2. Population	169
2.1 Conditions de recrutement.....	169
2.2 Critères d'éligibilité.....	170
2.3 Aléas du recrutement.....	171
2.4 Population concernée dans notre présente recherche	172
2.5 Autres aléas de la recherche.....	173
3. Protocole de recherche.....	173
3.1 Les différents temps de la recherche	173
3.2 Les outils.....	174
3.2.1 Les auto-questionnaires	174
3.2.2 Le jeu triadique de Lausanne (Lausanne Triadic Play ou LTP)	177
3.2.3 Les entretiens	181
4. Méthode d'analyse des données.....	184
4.1 Exploitation des auto-questionnaires	184
4.2 Analyse et cotation du jeu triadique de Lausanne (LTP)	185
4.3 L'évaluation du coparentage se fera principalement grâce à 3 outils :	187
4.4 L'analyse des entretiens	189
4.4.1 Méthode d'analyse de chaque entretien	189
4.4.2 La comparaison intra-groupe.....	192
5. Considérations éthiques	193
5.1 Etude préliminaire.....	193
5.2 Aspect réglementaire de la protection des personnes.....	193
5.3 La relation entre le psychologue chercheur et les couples rencontrés	194
5.4 Encadrement du psychologue chercheur	195
5.5 Don ou donneur ?.....	195
6. Opérationnalisation des Hypothèses	197
Troisième partie : Résultats	203
Chapitre 6 : Résultats des auto-questionnaires	205
Chapitre 7 : Cas cliniques.....	219
Couple 1 : Hélène, Thomas et Camille.....	221
Couple 2 : Jean, Mathilde et Mercure	234
Couple 3 : Charlotte, Luc et Olympe	247
Couple 4 : Sonia, Khalil et Aaron	261
Couple 5 : Aurélie, Arnaud et Jeanne	274
Couple 6 : Clément, Armelle et Thaddée	287
Couple 7 : Pedro, Magali et Enzo	298
Couple 8 : Marja, Alessandro et Martin.....	310

Chapitre 8 : Résultats transversaux	323
A. Résultats Hypothèse Générale 1	323
B. Résultats Hypothèse Générale 2	347
C. Résultats Hypothèse Générale 3	363
D. Résultats Hypothèse Générale 4	377
Quatrième partie : Discussion	395
Chapitre 9 : Discussion	397
A. Discussion théorico-clinique	397
1. Les aménagements du couple conjugal après une IAD.....	397
1.1 Le « pacte dénégatif ».....	398
1.2 Aspects contre-transférentiels du pacte dénégatif.....	399
1.3 La mobilisation du lien narcissique du couple.....	399
1.4 La mise en tension conjugale.....	401
2. La singularité du phénomène de « parentalisation réciproque ».....	403
2.1 L’ancrage de la filiation dans les interactions.....	403
2.2 Une alliance familiale principalement coopérative.....	405
3. Le coparentage vecteur du « sentiment de filiation ».....	406
4. La dynamique familiale avec l’enfant au centre de la famille.....	409
4.1 L’évitement des affects négatifs.....	410
4.2 Les difficultés conjugales et les fonctions de la rivalité.....	411
4.3 Le surinvestissement du couple parental, quel impact pour l’enfant ?.....	413
5. Filiation, affiliation, transmission.....	415
5.1 Les représentations de l’enfant.....	415
5.2 Les angoisses de séparation et le « fantasme de filiation fragile ».....	416
5.3 Quelle place pour le donneur dans l’économie psychique du couple ?.....	419
B. Discussion méthodologique	423
1. Les limites.....	423
1.1 Les limites du discours.....	423
1.2 La désirabilité des couples.....	425
2. Les perspectives.....	427
2.1 L’intérêt d’un groupe contrôle.....	427
2.2 Une analyse de plus grande ampleur.....	427
2.3 Un aspect de l’extrême complexité de la dynamique familiale.....	428
Chapitre 10 : Conclusion	431
Bibliographie	443
Liste des illustrations	461

Publications et communications

Cette recherche a fait l'objet de deux publications :

Article

- Ségade Ophélie, Golse Bernard, Drouineaud Véronique, Beauquier-Maccotta Bérengère, « Le couple face au recours à l'insémination artificielle avec donneur : entre protection du couple et intérêt de l'enfant, comment en parler ? », *Spirale* (84), 2018, p. 41-48.
doi.org/10.3917/spi.084.0041

Chapitre de livre

- Ségade Ophélie, Drouineaud Véronique, Beauquier-Maccotta Bérengère, « Conception par don de gamètes, mise en tension conjugale et coparentalité », in *Un bébé pour soi ? Assistances à la procréation et mutations familiales*, Editions Campagne première, 2019, p.75-90

Un article a été soumis à la revue Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence en septembre 2019.

- Ségade Ophélie, Golse Bernard, Drouineaud Véronique, Beauquier-Maccotta Bérengère, « Les couples qui ont recours à une Insémination Artificielle avec Spermatozoïdes de Donneur pour concevoir leur enfant : quels enjeux pour la parentalité et le développement de l'enfant ? Intérêts et apports du coparentage. »

Ainsi que de plusieurs communications orales :

- Octobre 2019, « Thérapies conjointes parents-bébé et narrativité : Quels empêchements ? », Ophélie Ségade et Pr. Bernard Golse, Colloque international du CRPPC, Journée Bébés et conjugalités, Lyon.

- Février 2019 et 2018, « Les familles à filiations particulières », Ophélie Ségade et Pr. Bernard Golse, DU de psychiatrie périnatale, Université Paris V René Descartes.

- Septembre 2018, « Enjeux pour les couples ayant bénéficié d'un don de gamètes et réflexions pour la prise en charge », 10èmes Journées Périnatales Francilienne, Le Pouliguen.
- Avril 2018, “Issues of information to the child within couples who conceived by sperm donation: Influences of conjugality and Coparenting”, 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology- AEPE, Bilbao, Portugal.
- Avril 2018, « Devenir parents et la famille aujourd’hui », Le Copes, Paris.
- Juin 2017, « Conception par don de gamètes, mise en tension conjugale et coparentalité », Ophélie Ségade et Dr. B. Beauquier-Maccotta, Congrès national de la WAIMH-France, Paris.

Résumé

La conception d'un enfant par don de spermatozoïdes concerne environ 1000 naissances par an en France. Les recherches sur les Inséminations Artificielles avec Spermatozoïdes de Donneur (IAD) témoignent du bon développement de l'enfant, et d'un impact favorable sur le couple qui serait renforcé par l'expérience de l'infertilité. Les interrogations subsistent sur les obstacles rencontrés par les parents pour informer l'enfant de sa conception. La majorité des couples disent vouloir informer l'enfant de sa conception par don mais les études révèlent que l'intention des parents d'informer l'enfant ne se concrétise pas forcément et ce, indifféremment des lois concernant l'anonymat du donneur. Nous proposons un modèle de compréhension mettant la dynamique conjugale et le coparentage au centre de la réflexion afin d'observer le couple et l'alliance familiale. Le coparentage est défini comme le soutien instrumental et émotionnel que le père et la mère s'apportent mutuellement dans leurs rôles de parents. Un coparentage harmonieux serait prédicteur d'un bon développement de l'enfant. Des couples ayant bénéficié d'une IAD ont été rencontrés pendant la grossesse, aux 3 mois et aux 18 mois de l'enfant. L'observation s'appuie sur des entretiens semi-directifs et des auto-questionnaires. La réalisation d'une séquence de jeu avec le bébé (Lausanne Triadic Play) a permis d'observer l'alliance familiale et le coparentage. Les résultats révèlent les entraves au discours sur la conception, risquant de fragiliser le couple. Nous observons une mobilisation du lien narcissique du couple ainsi que l'existence d'un « pacte dénégatif » concernant le donneur dans le but de maintenir le lien conjugal. Le coparentage se caractérise par un fonctionnement cohésif et chaleureux et par une dynamique « d'enfant au centre » de l'alliance familiale. Le coparentage est un bon outil pour asseoir un sentiment de filiation solide de la part des parents. La dynamique avec « enfant au centre » révèle cependant des angoisses de séparation sous-tendues par des fantasmes de filiation fragile. Ces angoisses pourraient expliquer les craintes des couples à parler du don à leur enfant. Lorsque la représentation de la filiation intègre à la fois celle du père, de la mère et du donneur, les couples apparaissent plus solides et à même d'élaborer une transmission positive à leur enfant de l'histoire de sa conception. Un accompagnement psychologique pourrait alors être proposé pour les couples qui le souhaitent.

Mots-clés : Don de sperme, IAD, couple, coparentage, secret, alliance familiale.

Abstract

Background: In France, children conceived by sperm donation represent about 1000 births a year. Researches show that Artificial Insemination with sperm donor (AID) has no impact on the child overall development and that the couple relation is strengthened. Interrogations remain regarding the disclosure to the child about his conception with donor. The majority of couples reported to be willing to talk to their child later, yet few parents manage to do so. In this research, we focus on the couple's dynamics and coparenting to observe the couple and the family alliance. Coparenting refers to the support that adults provide each other when raising a child. Researches state that a harmonious coparental alliance would be predictive of a good development of the child, even more than the conjugal alliance. Patients and method: This research was conducted as a 3 steps procedure with semi-structured interviews and questionnaires. Couples were first met at 8 months of pregnancy, then a second meeting was conducted with their child at 3 months and another interview when the child is 18 months old. At the second and third interview, couples participated at an interactive play with their baby, a LTP (Lausanne Triadic Play). The interactive dynamic with the child and coparenting were observed. Results: Our observations show that the coparental and conjugal dynamics give us information on the difficulties parents have to disclose its conception to their child. We observe a "denial pact" concerning the existence of the donor, as a way to maintain the cohesion of the conjugal and parental couple. The identification to one another between the 2 members of the couple is also very strong. Coparenting shows warmth and a cohesive dynamic including a "child-at-center" tendency. Discussion: To focus on coparenting is a good way to enhance a feeling of strong filiation, through parents and child interactions and emotional support that parents are giving each other. When the representation of filiation includes both the father, the mother and the donor, couples appear to be stronger and able to develop a positive transmission to their child of the story of his conception. Nevertheless, most couples have a tendency to avoid what would weaken their relationship. The child, at-the-center of the couple and the family, tells us about a fear of separation and fantasies about a vulnerable filiation. Our results also reveal the parents' sensitivity on negative signals expressed by their child such as distress, anger or fear. This could explain parents' fears and difficulties regarding disclosure. A psychological support could be offered to families if they so wished.

Key-words : Sperm donation, AID, couple, coparenting, disclosure, family alliance

Préambule

Ce travail se situe dans la continuité de l'héritage des travaux de B. Beauquier Maccotta sur le don d'embryon (Beauquier-Maccotta, 2012) et ceux de M. Canneaux sur le don d'ovocytes (Canneaux, Chabert, & Golse, 2011). De ces travaux est né le désir d'étudier et de comprendre l'influence du don de sperme sur les couples. Le postulat de départ était que l'infertilité masculine n'avait pas les mêmes répercussions sur le couple que l'infertilité féminine et que l'on ne pouvait certainement pas en tirer les mêmes conclusions. Les deux situations de don de sperme et d'ovocytes semblent symétriques mais, dans le cas du don d'ovocytes, le vécu de la grossesse et l'expérience de la naissance viennent pallier la fragilité de la filiation maternelle. (M. Canneaux, C.Chabert, B. Golse, B. Beauquier-Maccotta, 2013) La force du lien psychique in utéro et l'alliance prénatale entre la mère et l'enfant renforcent la dimension biologique qui, dans le cas du don de sperme, fait défaut au père. En revanche, la filiation *biologique* paternelle repose uniquement sur le lien génétique et elle est absente dans le cadre d'un don de sperme (N.Kobilinski, 2011). Le père du désir, le père de la grossesse, celui qui va aller à la rencontre du bébé est toutefois bien présent, et ce d'autant plus que l'origine de l'enfant issu d'un don se situe justement dans ce désir du couple pour l'avoir, bien avant sa conception.

Le Dr. Bérengère Beauquier-Maccotta et le Dr. Véronique Drouineaud, biologiste au CECOS de l'hôpital Cochin, dans le service du Pr. P. Wolf puis du Pr C. Patrat ont envisagé de poursuivre la réflexion sur l'infertilité masculine et m'ont proposé d'en faire mon sujet de thèse.

Après avoir travaillé pendant 9 ans en tant que psychologue dans la maternité de l'hôpital de Rambouillet, je souhaitais réfléchir à la question du couple et à ses aménagements à partir de l'attente d'un premier enfant. Quel axe passionnant que celui de la parentalité après un don de gamètes ! J'ai rencontré de nombreux couples ayant eu recours à un don dans ma pratique clinique en maternité et ce qui m'a frappée, c'est de constater à la fois une joie surdimensionnée à la naissance de leur enfant, naissance vécue comme une reconnaissance de leur parentalité, aboutissement d'une longue épreuve pourtant très rapidement banalisée par la nécessité de montrer que tout va bien. J'ai constaté également une crainte diffuse, indicible, dont il me semblait nécessaire de respecter la temporalité : le temps de la naissance et de

l'accueil de l'enfant pendant le séjour en maternité ne pouvait pas être le lieu de questionnements. Ma démarche fut donc la suivante : comment le couple vit-il l'infertilité masculine ? Comment se réorganise-t-il face à cette infertilité et comment vivent-ils la nécessité d'avoir recours à un tiers donneur pour concevoir leur enfant ? Le don aurait-t-il une influence sur les interactions familiales ?

Le Pr. B. Golse et le Dr. B. Beauquier-Maccotta, à l'hôpital Necker enfants-malades, ont conjointement accepté de diriger mon travail de thèse de doctorat, en partenariat avec le Dr. Véronique Drouineaud, à l'hôpital Cochin.

Cette recherche a d'abord fait l'objet d'un Master Recherche en 2014 portant sur la question de la transition à la parentalité des couples après une IAD. À cet effet, nous avons rencontré 3 couples au cours d'une première grossesse issue d'un don de spermatozoïdes et avons pu faire le constat de l'utilité - en termes d'économie psychique - de mécanismes de défenses du couple afin de traverser la période de « crise » de l'infertilité. Nous avons souhaité poursuivre un travail de thèse avec cette problématique comme axe de recherche : que se passe-t-il pour le couple et pour la triade, à l'arrivée de l'enfant ?

Le pronom « nous », communément utilisé dans le langage universitaire, a été employé lors de la rédaction de ce travail de recherche. Il prend tout son sens au regard de l'accompagnement dont j'ai pu bénéficier de la part de mes directeurs de thèse. Une co-direction pour un travail sur le couple prenait une dimension symbolique forte. J'ai réservé l'utilisation du pronom « je », lors de l'évocation des situations cliniques qui ont engagé ma subjectivité propre.

Introduction

Le don est un sujet à la fois millénaire et toujours d'actualité. Du latin *Donum* signifiant « cadeau » ou « offrande », le don se présente comme une invitation à la relation. Le don correspond à l'art du partage, rythmé, selon les travaux de Marcel Mauss (1968) par la dynamique du « donner-recevoir-rendre ». Le don et la nécessité de rendre créent une dépendance et forment la base du lien social. En effet, s'il y a don, il y a une dette, une nécessité de rendre, et surtout il y a un lien entre le donneur et le receveur, du fait de cette circularité.

Marcel Mauss souligne que le donneur ou « *l'esprit de la chose donnée* », subsiste à travers le don : « *Même abandonnée par le donateur, elle [la chose donnée] est encore quelque chose de lui.* » Si, à la date de la présente recherche, en l'état actuel des textes législatifs, le donneur de sperme est encore « anonyme », c'est-à-dire « sans nom » car on ne peut ni le nommer ni le connaître, l'esprit du donneur subsiste à travers le don de sperme du fait qu'il donne une partie de son identité ou de son « originalité » : sa semence étant à la fois nouvelle production et reproduction potentielle, prolongement de son origine.

Forts de cet héritage, nous pensons que le don et le donneur, anonyme ou non, existent bel et bien dans l'espace psychique des parents qui ont recours à ce don de sperme pour concevoir leur enfant. La relation symbolique entre le donneur de sperme et les parents receveurs a déjà longuement été étudiée, et nous y reviendrons. Le statut du don de spermatozoïdes évolue au fil de temps : ce qui, au début de la procédure de don, s'apparente à une relation duelle, c'est-à-dire en rapport entre le donneur et le couple receveur, va devenir, au fil du temps, triangulaire à savoir le donneur, les receveurs et l'enfant. C'est cette relation du couple avec le recours au don ainsi que celle de la triade couple-bébé-don que nous souhaitons développer ici. Dans ce travail de thèse, nous nous proposons de travailler sur **la place du donneur dans le système familial que représente le père- la mère et l'enfant**, dans les 18 premiers mois qui suivent la naissance.

Ce travail de recherche s'est effectué dans un cadre législatif en débat puisqu'il a commencé en 2014 (avec un Master recherche) et s'est terminé en 2019, en pleine révision des lois de bioéthique concernant, entre autres, le don de gamètes et la question de l'anonymat du

donneur. Cette réflexion s'est donc inscrite dans le cadre de l'anonymat, avec toutes les interrogations qu'il soulève pour les parents et les professionnels. Le 15 octobre 2019, le projet de révision des lois de bioéthique vient d'être accepté par l'Assemblée Nationale et doit maintenant être validé par le Sénat. Ces révisions concernent principalement l'accès à l'aide médicale à la procréation (AMP) pour tous, incluant les couples de femmes et les femmes seules, ainsi que la levée de l'anonymat pour le don de gamètes.

Il est important de revenir sur l'ancrage et l'évolution historique de l'Aide médicale à la procréation (AMP), afin d'en percevoir les enjeux. L'AMP désigne l'ensemble « des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle » (article L. 2141-1 du Code de la santé publique).

Elle est encadrée par le Code civil et le Code de la santé publique (CSP) modifiés par la loi de bioéthique du 29 juillet 1994 révisée à trois reprises, le 6 août 2004, puis le 7 juillet 2011 par la loi n° 2011-814, et en ce moment même, en octobre 2019.

Le code de la santé publique (CSP) régit strictement l'accès à l'Aide médicale à la procréation. Elle est destinée à « remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité » (article L. 2141-2 du CSP). Initialement l'AMP a donc une « visée thérapeutique ». En 2018, à l'époque où commence notre recherche, l'AMP était encore réservée aux couples hétérosexuels, vivants et en âge de procréer. Il se peut qu'à la suite de la validation par le Sénat de la révision des lois de bioéthique que le don de gamètes s'inscrive désormais dans un cadre plus large.

C'est la stérilité masculine qui a fait d'abord l'objet des premières recherches avec la première insémination artificielle (IA) humaine qui date de 1791 (Hunter) puis avec l'insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) qui remonte à 1884 (Jouannet, Mieusset, & Juillard, J-C., Hennebicq S., Le Lannou D., 2010). La première banque de sperme est fondée en 1953 aux Etats Unis avec la découverte de la congélation du sperme.

En France, au début des années 1970, la première banque de sperme est créée par deux médecins: le Professeur Albert Netter dans son service de l'hôpital Necker-Enfants-Malades et le Professeur Jacques-Henri Ravina de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Le premier centre

d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain (CECOS) voit le jour en 1973 à l'hôpital Bicêtre, sous l'impulsion du Professeur Georges David.

La mission initiale des CECOS consistait à recueillir, conserver et redistribuer le sperme fécond pour une insémination artificielle. Aussi, l'acronyme CECOS signifiait-il Centre d'Étude et de CONservation du sperme. La lettre « O » permettait d'éviter l'énonciation de l'acronyme CECS (sexe). Avec la conservation des embryons surnuméraires grâce à la Fécondation In Vitro (FIV), au début des années 1990, le « O » a acquis une nouvelle signification : celle d'œufs. Les CECOS signifient désormais Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme (Kobilinsky, 2011).

En 1981, sous l'impulsion du Professeur Georges David, se met en place la Fédération nationale des CECOS qui permet de favoriser une harmonisation de la pratique de l'IAD au sein de tous les CECOS de France et d'élaborer des règles éthiques rigoureuses qui serviront de base aux lois de bioéthique.

Parallèlement, les recherches sur la stérilité féminine se développent et donneront la première naissance grâce à une fécondation in vitro avec transfert d'embryon (FIVETE) en 1978 en Angleterre et en 1981 en France avec la naissance d'Amandine (David, Soulé, & Noël, 1985). Pour les infertilités féminines apparaissent ensuite les dons d'ovocytes, pour les cas d'insuffisance ovarienne, et plus récemment apparaissent les dons d'embryons provenant de couples ayant eu recours à une FIV et acceptant de donner un embryon « surnuméraire », dons particulièrement destinés à des couples souffrant d'une double stérilité.

L'avènement et le développement de la fécondation in vitro assistée par micro-injection (FIV-ICSI) a entraîné une diminution brutale du nombre de demandes d'embryons entre 1993 et 2003 car elle offrait la possibilité notamment pour des hommes porteurs d'oligozoospermie de concevoir un enfant sans recours à un don de sperme. Aujourd'hui l'activité des 28 CECOS de France est stable et le recours à une insémination artificielle avec donneur de spermatozoïdes (IAD) reste d'actualité. En 2016, **l'IAD représente 4, 4% des naissances issues de l'aide médicale à la procréation, soit environ 1000 naissances par an en France**¹. Ces chiffres ne recensent pas les grossesses obtenues à l'étranger.

¹ <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>

La victoire de la recherche médicale sur la biologie, grâce aux avancées scientifiques de l'aide médicale à la procréation (AMP), vient bousculer la filiation et le modèle classique de la famille. En 1972 une loi sur la filiation a été votée, qui ancrerait la paternité dans sa dimension biologique. Auparavant, le mari de la mère était désigné comme père *ipso facto*, mais il était aussi considéré comme chef de famille, à partir du moment où l'enfant naissait sous son toit : « *Pater is est quem nuptiae demonstrant* ».

Aujourd'hui, tant les travaux sur la parenté et la parentalité de C. Lévi-Strauss (Lévi-Strauss, 1949), que ceux de Guyotat concernant la filiation (Guyotat, 1981) et les évolutions sociétales qui donnent plusieurs visages à une famille, ont permis d'attribuer à l'aspect biologique de la parentalité une dimension toute relative.

L'absolue primauté de la filiation instituée et affective (Guyotat, 1994) sur la filiation biologique nous apparaît primordiale. L'origine de l'enfant se situe dès le désir d'enfant du couple, et dès la constitution du projet de demande de don.

Pour autant, lorsque l'un des parents ne transmet pas sa filiation biologique, quels sont alors les impacts sur le couple de cette parentalité singulière ? Si l'on peut dire que l'aide médicale à la procréation (AMP) est sortie de son rôle confidentiel et expérimental, et qu'elle est choisie par un nombre toujours plus grand et divers de parents, peut-on en déduire que notre société ait le recul nécessaire pour banaliser cette évolution ?

La diffusion des pratiques d'AMP soulève en effet de nombreuses questions quant aux enjeux de cette médicalisation de la conception, tant sur la parentalité que sur le devenir des enfants. La plupart des recherches actuelles tendent à montrer qu'il n'y aurait pas de différence de développement entre les enfants issus de l'AMP et ceux issus d'une conception classique (S. Golombok et al., 1996; Susan Golombok, Blake, Casey, Roman, & Jadvá, 2013; Susan Golombok, Ilioi, Blake, Roman, & Jadvá, 2017a)

Toutefois, la clinique auprès de parents qui traversent ce parcours spécifique nous a incités à nous interroger sur les réaménagements nécessaires à la parentalité, notamment lorsque les parents ont recours à un donneur (S. Bydlowski, 2017; Lazaratou & Golse, 2006; Revidi & Beauquier-Maccotta, 2008).

Comme nous le verrons dans notre premier chapitre, l'infertilité est une épreuve, tout comme le passage par l'aide médicale à la procréation (AMP) (Goëb et al., 2006; Ogawa, Takamatsu, & Horiguchi, 2011), ainsi que le recours à un tiers donneur. Autant d'étapes qui vont aboutir à un certain nombre de réaménagements fantasmatiques, lesquels ne seront pas sans incidences sur les individus (Almeida, 2002). La conception passe du domaine du privé à la sphère publique, la sexualité du couple est alors exposée, le médical s'introduit dans ce qui est de l'ordre du naturel, avec toute la violence que cette effraction dans l'intime laisse entrevoir. Mais la particularité du don de gamètes va représenter une blessure bien plus douloureuse : celle de la rupture avec la filiation biologique de l'un des parents. Si la biologie ne fait pas à elle seule la filiation, lorsqu'elle est entravée, la souffrance que génère l'infertilité est pourtant signe d'une impasse dans la transmission (M. Bydlowski, 1997).

Les enfants seraient-ils alors préservés de tous les bouleversements que rencontrent les couples suite à un don ? Comment s'organise la dynamique familiale dans ce contexte ? Le don de spermatozoïdes a-t-il une influence sur le couple et sur les interactions parents-enfants ?

Cette thèse se propose d'étudier les multiples dimensions du couple et les aménagements qu'il va devoir mettre en place suite à un don de gamètes. Le premier mouvement spontané serait de se centrer sur ces pères infertiles, faillibles, blessés dans leur virilité et dans leur capacité à « faire du père », passant par un tiers inconnu pour réaliser leur paternité. Le risque serait d'en oublier la mère, laquelle va pourtant suivre les traitements consécutifs à l'infertilité de son mari, va porter l'enfant « d'un autre ». Cette mère est également vecteur de tout un univers fantasmatique venant interagir avec le futur père et le futur bébé.

Il me semble essentiel d'observer ce qui se joue pour le couple et dans les interactions des parents avec l'enfant dans cette transition à la parentalité singulière. Il nous est rapidement apparu nécessaire d'opérer une distinction entre ce qui relève du couple conjugal, du couple parental et du coparentage.

Cette recherche s'intéresse spécifiquement à l'infertilité masculine et à l'insémination artificielle avec don de sperme (IAD) chez les couples hétérosexuels, ainsi qu'à leur impact sur le couple conjugal puis, avec la naissance du bébé, sur le couple parental et le couple coparental.

Dans l'héritage de « l'approche structurale » de S. Minuchin (S. Minuchin, 1975), le couple est ici appréhendé au travers de ses différents sous-systèmes :

-Le couple conjugal pour lequel nous poserons la question des réaménagements conjugaux que suscite le don de spermatozoïdes.

- Le couple parental qui se réfère à « l'expérience de la parentalité » (Houzel, 1995) pour chacun des deux parents, c'est-à-dire le processus subjectif et complexe de la parentalité qui s'organise autour de l'histoire individuelle de chacun, de sa famille et de sa personnalité.

- Le couple coparental qui se définit comme la manière dont le couple s'articule auprès de l'enfant.

Initialement observé autour de la manière dont les couples divorcés s'organisaient autour de l'enfant (McHale, 1995), ce concept du « coparentage » (coparenting) est aujourd'hui communément utilisé pour désigner la relation spécifique qui s'établit entre les parents, non séparés, à propos de leur enfant (Frascarolo-Moutinot, Darwiche, & Favez, 2009). Ce coparentage se définit comme « *le soutien que la mère et le père s'apportent mutuellement dans leurs rôles de parents, aux niveaux instrumental et émotionnel.* » (McHale, 1995 ; Feinberg, 2013, cités par Favez, 2017 p. 18). Le concept de « co-parentage » signifie étymologiquement « être parent avec » et recouvre les activités conjointes entreprises par les parents avec l'enfant. La coparentalité désigne alors : « *la fonction relationnelle et psychologique spécifique de la relation entre adultes en charge de l'enfant.* » (Ibid.). Comme nous le détaillerons dans notre développement, le coparentage concerne l'aspect le plus visible des relations entre les parents et l'enfant, et s'apparente à ce que D. Houzel (Houzel, 1995) nomme « la pratique de la parentalité ». Il englobe l'ensemble des tâches que les parents ont à remplir auprès de leur enfant tout au long de son développement, ainsi que la dimension affective des échanges. Le coparentage s'observe donc au travers des interactions de la triade père-mère-enfant.

Rappelons toutefois que, pour D. Houzel, la parentalité se construit grâce à une 3^{ème} dimension que recouvre l'aspect juridique de l'exercice de la parentalité, aspect tout aussi essentiel de l'instauration des liens entre les parents et leur enfant et renforcé dans les situations d'AMP.

Le concept de coparentage est un axe central pour la compréhension de la relation entre le couple parental et l'enfant en nous offrant une nouvelle perspective pour appréhender la manière dont les comportements des parents et de l'enfant s'influencent mutuellement.

C'est donc un axe nécessaire pour observer la place que chacun des parents va prendre dans la triade père-mère-enfant. La relation coparentale influence le couple et chaque parent individuellement ainsi que le développement psychoaffectif de l'enfant (Favez, 2013; Frascarolo-Moutinot, Suardi, Scaiola, & Favez, 2007). En effet, les troubles du comportement de l'enfant se sont révélés liés à la qualité des relations coparentales (McHale, 1995). Par exemple, il a été montré qu'une mesure des désaccords concernant les pratiques éducatives de l'enfant était un meilleur prédicteur des problèmes de l'enfant qu'une mesure de conflit conjugal (Frascarolo-Moutinot et al., 2009; McHale, 1995). Par ailleurs, le couple conjugal est aussi en étroite interaction avec l'organisation coparentale. Ainsi, une dynamique familiale différente a été observée dans les cas où les couples privilégiaient l'axe conjugal, parental ou coparental, chacun de ces trois axes interagissant entre eux (Frascarolo-Moutinot et al., 2009).

Cette réflexion sur le couple s'articule autour des approches psychanalytique et systémique du couple et de la famille. La pluralité des approches est apparue complémentaire et absolument indissociable d'une compréhension du couple et de son fonctionnement. Nous avons tenté de satisfaire à l'exigence éthique de ne pas confondre ces différentes approches mais d'en déployer les richesses, en nous appuyant sur cet héritage distinct et complémentaire (Missonnier, 2014). Le concept de coparentage est lui-même un héritier des approches structurale systémique (S. Minuchin, 1975) et psycho-développementale (McHale, 1995).

Comme le souligne Jean-Georges Lemaire (1979) dont la richesse des travaux sur le couple n'est plus à démontrer :

Le couple est un haut lieu d'expression de l'ambivalence et du désir. Mais son langage est complexe et contradictoire. Qu'il soit entendu comme venant du groupe ou de chaque individu, le discours qui s'y exprime utilise simultanément de multiples canaux de communication et plusieurs réseaux de signifiants. (Lemaire, 1969 p.33)

L'état actuel des recherches auprès des familles ayant eu recours à une IAD montre que le don de sperme est considéré positivement par les deux parents (Brewaeys, 1996; S. Golombok, 2015). Il révèle également que les enfants auraient un développement identique à ceux ayant été conçu naturellement, en dépit du fait que peu d'entre eux aient été tenus informés de leur mode de conception (Susan Golombok et al., 2017), les parents risquant néanmoins, une

révélation fortuite pouvant avoir des conséquences psychologiques négatives (Kalampalakis et al., 2010). Une autre difficulté majeure rencontrée par les couples a trait à la « levée du secret » auprès de l'enfant sur ce qu'il en est de sa conception (Canneaux, Kobilinsky, Wolf, Golse, & Beauquier-Maccotta, 2016; S. Golombok, 2015; Lazaratou & Golse, 2006).

En revanche, les couples ayant eu recours à l'IAD seraient plus solides et témoigneraient d'un taux de divorce nettement inférieur (S. Golombok, 2015). Un des facteurs de réussite de l'entreprise d'une IAD aurait trait au sentiment subjectif du côté du père de se sentir « le vrai père » (JM Kunstmann interviewé par Huerre & Pelloux, 2011).

Nous chercherons donc à comprendre quels sont les mécanismes adaptifs du couple qui permettent l'issue favorable de l'expérience de l'aide médicale à la procréation avec donneur ? Quelle place les couples font-ils au don dans l'espace psychique familial ? Comment le père infertile assoit-il sa filiation auprès de l'enfant ? La mère y participe-t-elle ? Quels sont enfin les obstacles que rencontrent les couples concernant l'information à l'enfant de sa conception ? Et qu'est-ce qui, au contraire, favoriserait un positionnement ouvert des familles ?

Pour répondre à ces questions, nous distinguerons les impacts de l'IAD sur le couple conjugal, sur le couple parental et sur le couple coparental.

Ce travail est articulé en quatre parties. La première vise à explorer les apports théoriques en lien avec notre recherche, la deuxième partie rend compte de la méthodologie utilisée, la troisième présente les résultats, la quatrième partie propose une discussion au regard de ces résultats.

La première partie concernant les apports théoriques est composée de trois chapitres.

Le chapitre 1 s'intéresse au contexte de l'aide médicale à la procréation ainsi qu'aux enjeux intra-psychiques mobilisés par l'infertilité. Les premières recherches ont porté sur l'infertilité féminine, puis sur l'infertilité masculine. Nous détaillerons les enjeux singuliers et communs à l'infertilité, pour nous centrer ensuite exclusivement sur l'infertilité masculine.

Dans le chapitre 2, nous nous intéresserons au couple conjugal. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur 2 approches théoriques dans la compréhension du couple : la perspective

analytique et la perspective systémique, pour lesquelles nous tenterons de dégager les aspects singuliers et complémentaires (Missonnier, 2014). Après avoir détaillé ces apports, nous nous centrerons sur les travaux plus spécifiques concernant l'impact de l'infertilité sur le couple ainsi que sur le vécu de la grossesse après avoir eu recours à un don de spermatozoïdes.

Puis dans le chapitre 3, nous aborderons les questions soulevées par la naissance de l'enfant après un don de sperme. Pour ce faire, nous nous centrerons sur le fonctionnement de la triade à travers l'étude des interactions précoces et plus précisément du coparentage.

La deuxième partie porte sur la construction de la recherche et s'organise en 2 chapitres. Le chapitre 4 renvoie à la formulation de la problématique et aux hypothèses de recherche. Le chapitre 5 concerne le protocole méthodologique mis en place afin d'observer la dynamique conjugale et le coparentage des couples ayant conçu leur premier enfant suite à un don de spermatozoïdes.

La troisième partie présente les résultats obtenus. Cette partie s'organise en 3 chapitres. Le chapitre 6 rend compte des résultats des auto-questionnaires que nous avons utilisés. Le chapitre 7 propose une lecture de chaque cas clinique et du vécu de chaque couple dans sa singularité. Le chapitre 8 présente une lecture transversale des résultats observés pour chaque couple en fonction de nos hypothèses.

La quatrième partie correspond à la discussion des résultats. Le chapitre 9 organise la discussion théorico-clinique et méthodologique. Le chapitre 10 conclut ce travail et propose des perspectives d'accompagnement des familles.

Première partie

Revue de la Littérature

Cette partie concernant les apports théoriques est composée de trois chapitres :

- *Le chapitre 1 s'intéresse au contexte de l'aide médicale à la procréation ainsi qu'aux enjeux intra-psychiques pour le sujet infertile.*
- *Dans le chapitre 2, nous nous intéressons au couple conjugal ainsi qu'aux impacts de l'infertilité sur le couple.*
- *Puis dans le chapitre 3, nous abordons les questions soulevées par la naissance de l'enfant après un don de sperme, l'intérêt de l'étude du coparentage ainsi que les défis qui restent à relever pour les couples.*

Chapitre 1 :

L'aide médicale à la procréation et le sujet infertile



A. L'Aide Médicale à la Procréation aujourd'hui

1. Le contexte législatif

Aujourd'hui, l'ensemble des aides médicales à la procréation (AMP) reste très encadré en France par les lois de bioéthiques. Ce travail de thèse s'inscrit en plein cœur des révisions des lois de bioéthiques dont le projet de loi a été voté le 15 octobre 2019.

1.1 Les principes fondateurs

Le principe fondateur de ces lois, renouvelé à travers la loi de 2011 et de 2019 est de se placer du côté des intérêts de l'enfant né d'une AMP et non pas du côté des parents.

Les règles fondamentales sont la gratuité du don et la garantie de la sécurité sanitaire. Historiquement, l'anonymat du don est un principe inscrit dans la loi et commun au don de tous les éléments issus du corps humain tels que les organes, les tissus ou le sang : le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Les gamètes en tant que cellules issues du corps humain sont soumises à ces mêmes dispositions.

P. Lévy-Soussan (2006) rappelle que cette conception est issue de notre héritage rousseauiste du contrat social et du droit qui s'oppose à une conception individualiste relevant de celle de Hobbes et Locke où la société est envisagée comme un rapport d'échanges entre propriétaires libres et indépendants. Dans cette tradition issue des pays de la Common Law, il s'agit de maximiser le bien en minimisant le mal dans le but de réaliser le bonheur individuel. Dans la conception française, le contrat social place le bien général au-dessus des volontés particulières. Dans cette optique, il existe une dimension de la personne qui n'est pas réductible à son individualité. Le corps de l'individu n'est donc pas une propriété de l'individu mais plus généralement de l'Etat qui le domine et le protège. C'est par cet héritage que la conception de l'anonymat prend ses racines.

Pierre Levy-Soussan soutient la position de l'anonymat du don de gamètes, perçu, au même titre que le don d'organes, comme le don, non pas d'une personne, mais de la société. Le secret renforce ici la distinction entre le donneur et le don et permet de déplacer le geste altruiste du donneur vers l'idée d'un don. C'est la notion de solidarité entre l'individu et la société qui prévaut à celle d'une personne à un couple. L'anonymat permettait alors d'alléger la dette

symbolique du couple receveur. On proposait (indirectement) aux parents ayant recours à un don, d'opérer cette distinction entre le don et le donneur. Le donneur dépersonnifié apparenté à un don de gamète anonyme, pouvait plus facilement être réduit à la seule dimension de (précieuses) cellules. Ainsi, du point de vue de nombreux auteurs, comme de P. Lévy-Soussan ou de J-M. Kunstmann (Kunstmann J.M., Jouannet P., Juillard J.C., Bresson J.L., La fédération française des CECOS, 2010), l'anonymat du don, permettait aux parents de prendre pleinement leur place dans la filiation en tant que tels, sans y opposer un géniteur qui viendrait jouer un rôle trop important sur la scène psychique.

Jusqu'alors, le point de vue du maintien de l'anonymat faisait donc référence, le débat penchait plus franchement en faveur de cet idéal sociétal du soutien à la parentalité des parents. En 2019, le comité national d'éthique a néanmoins été contraint d'ouvrir cette question de l'anonymat devant les revendications des enfants issus du don de connaître leurs origines et la reconnaissance de leur souffrance. Le 12 avril 2019, le Conseil de l'Europe a adopté une recommandation encourageant la levée de l'anonymat, estimant que le maintenir serait contraire aux droits de l'enfant. Le 15 octobre 2019, le projet de loi consacre un « droit à l'accès aux origines personnelles » des enfants nés d'un don de gamètes, levant ainsi l'anonymat des futurs donneurs.

Les bénéficiaires de l'AMP doivent cependant être en âge de procréer : la prise en charge financière par l'assurance maladie cesse à 43 ans chez la femme et la plupart des équipes médicales ne prennent pas non plus en charge les couples lorsque l'homme a dépassé 60 ans.

Depuis la révision de la loi en juillet 2011, le couple n'a plus l'obligation d'être marié ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans. Les couples receveurs doivent néanmoins passer devant un juge ou un notaire pour formaliser leurs consentements. La loi insiste sur l'importance de l'évaluation du couple demandeur par une équipe pluridisciplinaire ainsi que sur l'information préalable pour les AMP et l'adoption. L'équipe peut demander un délai de réflexion supplémentaire si le couple ne lui semble pas prêt à engager la démarche.

Notre recherche s'est effectuée dans le contexte législatif qui précède : nous avons rencontré les couples entre 2016 et début 2019, dans un contexte d'anonymat total du donneur

qui représente une volonté pour certains couples qui n'ont pas souhaité aller à l'étranger afin de bénéficier de conditions différentes.

1.2 Différentes législations parmi les pays de l'Union Européenne et dans le monde.

Les lois concernant l'AMP diffèrent d'un pays à l'autre en Europe et dans le monde et font l'objet d'un réel débat. Jusqu'à peu, l'accès à l'AMP pour les couples homosexuels, pour les femmes seules et les femmes au-delà de 43 ans était autorisé dans certains de nos pays limitrophes, comme en Belgique ou en Espagne, alors qu'il était interdit en France. Aux Etats-Unis, il est possible d'avoir recours à la gestation pour autrui (GPA) pour un couple homosexuel, ou un couple hétérosexuel dont la mère ne peut pas porter l'enfant (dans le cas d'une absence ou d'une malformation du système reproductif), ce qui reste interdit en France en 2019. D'autres méthodes, à l'instar de la GPA, interdites en France jusqu'à présent, sont autorisées dans d'autres pays comme, l'AMP post-mortem et le double don de gamètes.

Certains couples, femmes ou hommes français faisaient donc le choix de réaliser une AMP dans un autre pays. En 2015, le pôle médical du Centre national des soins à l'étranger (CNSE) recensait 1487 AMP réalisées par des français à l'étranger, cette pratique serait en constante progression².

Par ailleurs les lois concernant l'anonymat diffèrent aussi d'un pays à l'autre. Dans un certain nombre de pays notamment la Suède, la Norvège, les Pays-Bas, la Suisse, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Royaume-Uni, et les USA (à l'exception de l'état de Washington), les personnes conçues grâce à un don de gamètes ont le droit d'obtenir l'identité de leur donneur à l'âge de 18 ans. Ces pays ont renoncé à l'anonymat du donneur. La France s'inscrit dans ces évolutions avec la révision de la loi de bioéthique en cours.

Précisons que dans aucun pays, il n'est obligatoire pour les parents de dire à leur(s) enfant(s) qu'ils ont été conçus par un don.

² Source : Igas, revues de dépenses 2016 : les soins à l'étranger des assurés sociaux.

2. Enjeux des révisions de la loi de bioéthiques

De nombreuses questions se posent vis-à-vis de l'évolution des lois de bioéthiques, en lien avec les évolutions sociétales du couple et de la famille. Parmi les évolutions de la loi de 2019, notons, l'accès à l'AMP « à toutes les femmes », c'est-à-dire aux couples de femmes et aux femmes seules et la conservation des ovocytes sans indication médicale dans la limite d'âge fixée par la loi (59 ans pour les hommes et 42 ans pour les femmes). Jusqu'alors, l'accès à l'AMP était réservé aux couples hétérosexuels en cas d'infertilité (féminine, masculine ou les deux) ou de risque de transmission d'une maladie grave au conjoint ou à l'enfant.

Nous nous intéresserons plus particulièrement aux enjeux relatifs au don de gamètes.

2.1 La gratuité

Concernant plus précisément le don de gamètes, les principes qui ont été remis en questions sont ceux de la gratuité du don de gamètes et celui de l'anonymat et de l'accès aux origines. Ces deux axes étaient pensés comme les garants du principe de non-patrimonialité du corps humain, clef de voûte de l'édifice bioéthique (article 16-1 du Code civil). En empêchant les protagonistes de se connaître, le législateur souhaitait prévenir l'existence d'un marché pour lequel les produits humains, comme les gamètes, pourraient faire l'objet d'un commerce ou se négocier.

Le projet de loi ne prévoit pas de modifier ce principe. La gratuité du don est une vraie spécificité française, en lien avec la dimension fondamentalement altruiste du système de santé français. Cette pratique a pour but de prévenir la marchandisation d'éléments et produits du corps humain ce qui ne saurait être remis en question. En revanche, face aux difficultés de recrutement des donneuses d'ovocytes notamment, certains s'interrogent sur l'opportunité de leur attribuer une indemnité forfaitaire pour leur don, particulièrement contraignant pour les femmes qui doivent suivre un traitement hormonal, une ponction ovarienne et un suivi médical.

2.2 La remise en cause de l'anonymat

Les évolutions très récentes de la loi de bioéthique ont voté en octobre 2019, la levée de l'anonymat entre donneurs et receveurs. Si le projet est validé par le Sénat, il sera dorénavant possible pour les enfants issus de dons de gamètes d'avoir accès à leur majorité à des

informations non-identifiantes concernant le donneur, et à connaître l'identité du donneur s'il le souhaite. A ses 18 ans, tout français issu d'un don pourra demander des informations sur l'âge, les caractéristiques physiques ou la situation familiale et professionnelle du donneur. Il pourra aussi demander son identité complète auprès d'une "commission d'accès aux données non identifiantes et à l'identité du tiers donneur", créée dans le cadre du projet de loi.

Le donneur pourra connaître le nombre d'enfants issus de son don s'il en fait la demande ainsi que leur sexe et leur année de naissance.

Les professionnels craignent que la levée de l'anonymat puisse avoir des conséquences qui dépassent le donneur et le receveur en touchant le conjoint, les enfants, etc. Ce principe était garant du respect du donneur qui en faisant ce geste « pour aider des familles », ne souhaitait pas pour autant voir débarquer un(e) jeune adulte chez lui à ses 18 ans et bouleverser sa famille. Un des risques serait aussi de voir chuter les dons de gamètes si le don n'est plus anonyme, comme cela a été observé dans des pays comme la Suède, après la levée de l'anonymat. (Bujan, Le Lannou, & Kunstmann, 2012).

Nous pensons, qu'il n'y aurait pas pour autant moins de donneurs mais des donneurs avec des motivations différentes, la rémunération du don pouvant faire partie de celles-ci. Par ailleurs, l'expérience des pays comme la suède révèle justement que la baisse du nombre de donneurs suite aux modifications de la loi sur l'anonymat, n'a été que transitoire. (Lange, Lemoine, & Letiévant, 2013)

3. La répartition des différents types d'AMP en France

En 2016 ; l'Agence de la biomédecine a dénombré 24 609 enfants nés vivants après une AMP³, toutes techniques confondues, ce qui représente 3,1% des naissances. Ce nombre est cependant sous-estimé en raison des 1392 enfants nés après AMP dont le statut vital n'a pas été renseigné dans les données transmises. On estime qu'un enfant sur 32 est né grâce à l'AMP.

Nous proposons ici de rappeler quelles sont les différentes méthodes d'Aide Médicale à la Procréation, avant de nous centrer plus précisément sur le don de spermatozoïdes qui fait l'objet

³ <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>

de notre recherche. Nous reprendrons la classification utilisée par l'Agence de Biomédecine. Les chiffres sont issus du dernier recensement de l'ABM, publié en 2017, sur les données de 2016.

3.1 Les différentes techniques d'AMP quelles que soient l'origine des gamètes

- Les inséminations intra-utérines représentent 24,1% des naissances par AMP. Elles sont souvent dites « inséminations artificielles » (IA) et comprennent :

1/Les inséminations intra-cervicales (IIC) s'effectuent lorsque le cathéter est introduit au niveau du col de l'utérus, avec le sperme du conjoint après une stimulation ovarienne sont principalement utilisées lors d'un défaut de glaire cervicale, un sperme déficient et des stérilités inexplicables.

2/Les inséminations intra-utérines (IIU) s'effectuent lorsque le cathéter est introduit directement dans la cavité utérine, avec le sperme du conjoint, après une stimulation ovarienne et sont plus efficaces que les premières. Elles sont indiquées lors de sperme « déficient » ou des problèmes d'impuissance masculine

- Le transfert d'embryons congelés (TEC) représente 25,7% des actes. C'est une méthode en constante évolution qui prend toute sa place du fait des évolutions techniques et du développement de la vitrification embryonnaire qui permet une meilleure survie des embryons après réchauffement.

- La fécondation in vitro hors ICS après stimulation ovarienne (FIV) (15,9%) est utilisée dans les cas d'obstruction tubaire, d'endométriose (difficultés d'implantation). Après stimulation ovarienne, on prélève plusieurs ovocytes qui sont fécondés in vitro.

- L'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) ou Micro-injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte. (34,3%) Devenue la technique principalement utilisée dans les cas d'infertilité masculine, c'est une méthode qui est souvent couplée avec une FIV, on parle alors de FIV-ICSI. Les spermatozoïdes sont prélevés par biopsie testiculaire puis réinjectés in vitro à l'aide d'une micro pipette dans le cytoplasme d'un ovocyte mature.

Presque 40 % des AMP sont concernées par cette technique qui a fait fortement diminuer les indications d'IAD et permis de garder une filiation biologique entre les parents et l'enfant. Cependant, force est de constater que les IAD sont loin d'avoir perdu leur indication.

3.2 AMP avec un gamète extérieur au couple (hétérologue)

En 2016, 1263 naissances ont eu lieu grâce à un don de gamète, soit près de 5% des naissances issues de l'AMP. Ces chiffres sont stables d'une année sur l'autre. **Notre travail de recherche va donc porter exclusivement sur ces conceptions par IAD :**

- L'insémination artificielle avec donneur (IAD) représente 3,7% des AMP. Le sperme provient donc d'un don anonyme et gratuit d'un donneur qui doit être âgé de moins de 45 ans et qui a recueilli l'accord de sa compagne s'il est en couple. Depuis 2015, il n'est plus nécessaire que le donneur ait déjà eu un enfant pour faire un don. L'IAD doit être pratiquée dans un centre agréé et représente environ 1000 naissances par an en France.

D'autres méthodes d'AMP hétérologue existent aussi mais ne seront pas l'objet de notre recherche :

- L'insémination avec don d'ovocyte représente 1% des cas. Cette méthode s'adresse aux femmes en situation de ménopause précoce, d'insuffisance ovarienne ou n'ayant plus d'ovaires. La technique est plus lourde et nécessite une FIV. Le don d'ovocyte est également anonyme et gratuit, mais le prélèvement est beaucoup plus contraignant pour la donneuse, impliquant une stimulation ovarienne et un prélèvement des ovocytes par voie transvaginale.

- Le don d'embryon représente 0,1% des cas. Cette méthode très marginale en France, s'adresse aux couples dont les deux personnes sont stériles. Le double don de gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) par des tiers est interdit par la loi. En revanche, un couple dont les embryons surnuméraires sont conservés, alors qu'il ne souhaite plus avoir d'enfants à partir des embryons conservés, peut alors consentir à l'accueil de ses embryons par un autre couple. L'accueil d'embryon par un autre couple relève d'une décision de l'autorité judiciaire.

On note ainsi qu'environ 5% des enfants de l'AMP sont issus grâce à un don (1263 enfants) ; 3,7% sont issus d'un don de spermatozoïdes, soit 979 enfants, 1% de dons d'ovocytes soit 259 enfants et 0,1% d'accueil d'embryons soit 25 enfants. On peut ainsi estimer que dans la population générale, près d'1 enfant sur 625 a pu naître grâce à un don de gamètes ou d'embryons.

4. L'IAD en France aujourd'hui

4.1 Une pratique toujours d'actualité

Entre 1973 et 2006, 69 945 couples se sont adressés aux CECOS pour réaliser leur projet parental grâce à un don de spermatozoïdes. Parmi ces 17 067 couples, un sur cinq soit 19,6 %, est revenu au CECOS dans le cadre d'un projet de deuxième, voire de troisième enfant.

10 ans après, les chiffres se maintiennent. Rappelons qu'en 2016, 1263 enfants sont nés grâce à un don en France dont environ 1000 enfants par IAD.

Dans les années 1980, 50% des couples obtenaient une grossesse au bout de 12 cycles d'insémination avec donneur (IAD), alors qu'aujourd'hui, ce chiffre est estimé à 75 %.

Par ailleurs, le projet de loi consécutif aux révisions de la loi de bioéthique de 2019 supprime les deux conditions d'accès à l'AMP à savoir de souffrir d'une stérilité pathologique ou d'éviter la transmission d'une maladie. Ceci permet à tout couple d'accéder à l'AMP sans devoir justifier d'autre condition que celle de consentir, préalablement à l'insémination artificielle ou au transfert des embryons, à se soumettre à une évaluation médicale et psychologique. Une telle modification conduira à multiplier les sollicitations des professionnels de l'AMP ainsi que les demandes de don de gamètes.

Reprécisons que notre travail porte plus spécifiquement sur le don de sperme et la pratique de l'IAD au sein des couples hétérosexuels, à la naissance d'un premier enfant. Nous nous attacherons donc à observer l'infertilité masculine et plus précisément comment elle impacte le couple.

Nous invitons le lecteur à consulter les travaux de M. Canneaux sur le don d'ovocytes (Canneaux et al., 2011) ou sur le don d'embryon menés par B. Beauquier-Maccotta (Beauquier-Maccotta, 2012).

4.2 Qui sont les donneurs ?

Dans la mesure où ils ne sont pas rémunérés en France (jusqu'à présent), les donneurs ont souvent été sensibilisés à la question de la stérilité. Lorsqu'il s'interroge sur la motivation

des donneurs, JM. Kunstmann (J-M. Kunstmann interviewé par Huerre & Pelloux, 2011) distingue deux catégories :

- Celle des donneurs issus de démarches spontanées, dites « solidaires » : ces donneurs sont souvent sensibilisés par les médias et donnent déjà leur sang, leurs plaquettes, leur moelle, etc.
- Les seconds qui constituent la catégorie la plus importante soit 70% des donneurs, seraient sensibilisés par un couple proche concerné qui a eu du mal à avoir un enfant ou qui rencontre des difficultés à en avoir. Le temps d'attente pour les couples en demande de don peut être raccourci s'ils proposent un donneur au CECOS. Celui-ci ne pourra pas leur être attribué mais les couples demandeurs sont donc fortement incités à participer à la recherche de donneurs potentiels.

Nadia Kobilinsky, (Kobilinsky, 2011) a retranscrit les différentes motivations inconscientes des donneurs, mises en avant par différents auteurs. Clément et Delorme (1992, cités par Ibid.) mettent en exergue le besoin d'une réassurance quant à leur fertilité, cette dernière étant apportée par les résultats du spermogramme. Les donneurs, dans une lutte contre le sentiment de finitude, pourraient donner leur sperme avec la volonté de « *se prolonger à travers des enfants sans en assumer la responsabilité affective* » (David, Soulé et Noël [1985] 1999, p. 2713).

Par ailleurs, le fantasme d'adultère, comme transgression de l'ordre de la filiation classiquement envisagée dans le cadre de la cellule familiale, pourrait également participer à la motivation. Enfin, N. Kobilinsky cite Jean-Pierre Siffroi (2010) médecin pour qui, dans une perspective darwinienne, tout individu devrait avoir comme préoccupation majeure la transmission de ses gènes. La reproduction, comme la transmission, serait un symbole de pouvoir.

5. La législation concernant les donneurs

La législation concernant les donneurs de spermatozoïdes a fait l'objet de plusieurs modifications au cours des dernières années. La difficulté des CECOS à « recruter » les donneurs a abouti à un élargissement de la loi. Depuis l'actualisation en 2004 des lois sur la bioéthique, le donneur n'a plus besoin d'être en couple pour donner son sperme. Depuis 2011, le donneur peut « ne pas avoir procréé » (article L.1244-2 du CSP), alors qu'avant, il se devait d'être déjà père. Le don se faisait d'un couple fécond à un couple infertile. Selon J-M.

Kunstmann, ancien directeur du CECOS de l'hôpital Cochin, ce principe avait pour avantage d'évacuer toute forme d'allusion à un adultère du côté des couples receveurs, et tentait d'écarter le fantasme de paternité par procuration du côté des donneurs (J-M. Kunstmann, 2008).

Aujourd'hui, les donneurs sont interrogés systématiquement sur leurs motivations lors de l'entretien médical préalable au don. Pour la grande majorité, ils se considèrent souvent comme donneurs de cellules et non pas « d'un enfant » (J-M. Kunstmann interviewé par Huerre & Pelloux, 2011) et ne font pas l'amalgame entre leurs spermatozoïdes et la paternité effective. S'il vit en couple, le donneur doit cependant obtenir le consentement écrit de son conjoint. Les CECOS évaluent le dossier du donneur au cours d'une synthèse regroupant l'ensemble de l'équipe, afin d'écarter d'éventuelles maladies ou anomalies génétiques mais aussi les donneurs dont le don pourrait correspondre à un désir de paternité.

Depuis la loi de 2015 (L 2141-1), il n'est plus nécessaire d'avoir eu un enfant pour faire un don de sperme (ou d'ovocyte). De plus, la loi prévoit qu'une partie des gamètes puisse être conservée au bénéfice du donneur. Cela vise à élargir le nombre des donneurs qui manquent encore aujourd'hui, notamment parce que le don en France est gratuit, contrairement à d'autres pays où le don est rémunéré. En France, les dons de gamètes sont en augmentation mais restent insuffisants, notamment s'agissant des ovocytes. L'Agence de la biomédecine estime qu'il faudrait 1400 donneuses et 300 donneurs par an pour répondre à l'ensemble des demandes. Un don de spermatozoïdes peut en effet être attribué jusqu'à 10 couples receveurs, tandis qu'un don d'ovocytes ne peut aller le plus souvent qu'à deux couples receveurs maximum.

B. Les bouleversements psychiques liés à l'infertilité chez le sujet

Après cette présentation générale de l'aide médicale à la procréation sous ses aspects, techniques et sociétaux, il est nécessaire de comprendre ce qui se joue pour les individus frappés par une impossibilité à concevoir, avant de poursuivre sur l'expérience de l'aide médicale à la procréation en elle-même, puis du don.

L'infertilité vient signer la fin d'une forme de toute puissance, là où les couples ne s'étaient parfois jamais imaginés être empêchés de concevoir. Violence, d'autant plus puissante que nous

vivons dans une société régie par le principe de plaisir, où l'on véhicule l'idée qu'il suffit de « vouloir » pour « obtenir » ce que l'on désire.

Ainsi nous reviendrons tout d'abord sur la nécessaire compréhension plurifactorielle de l'infertilité avant de détailler les bouleversements psychiques liés à l'infertilité chez la femme, puis chez l'homme.

1. Stérilité ou infertilité ?

L'épreuve de la stérilité est aujourd'hui de plus en plus considérée comme un parcours d'infertilité, au regard des résultats concluants des méthodes d'AMP.

Aussi, Nadia Kobilinsky (2011) relève-t-elle dans ce sens l'évolution de la terminologie employée dans ce contexte de stérilité. Le terme de « stérilité » n'est quasiment plus employé aujourd'hui et fait place au terme « d'infertilité » qui donne à la situation un caractère moins pérenne et induit une situation douloureuse mais remédiable.

« En témoigne l'inversion de l'acronyme PMA en AMP : la Procréation Médicalement Assistée est devenue Assistance Médicale à la Procréation. Notons que certains utilisent le terme d' « Aide » en lieu et place du mot « Assistance ». L'Aide suggère un accompagnement qui laisse une place active aux parents contrairement à l'Assistance qui renvoie davantage à une prise en charge médicale dans laquelle la part agissante du sujet serait plus réduite. »

Et pourtant, dans la situation d'AMP avec donneur, l'enjeu est bien celui de la stérilité et du deuil de la fertilité. Le père dans le cadre de don de sperme, et la mère dans celui de don d'ovocyte doivent faire appel à un tiers donneur, en lieu et place de leur capacité à procréer et de leur capital génétique. Il semblerait que cet usage du mot infertilité vienne, dans ce contexte particulier, évacuer la question de la stérilité et atténuer la blessure narcissique sous-jacente.

La spécificité des conceptions hétérologues est, bien évidemment, la rupture avec la filiation biologique pour l'un des parents de l'enfant.

Nous parlerons donc conjointement de stérilité et d'infertilité car les pères ayant eu recours à l'insémination artificielle avec donneur (IAD) vivent à la fois ces deux expériences : celle de la stérilité effective et symbolique, du fait de la rupture avec la filiation biologique, et

celle de l'infertilité car la naissance de l'enfant, vient réparer la blessure de la stérilité et parfois comme transformer ou atténuer l'expérience de la stérilité.

2. L'origine plurifactorielle des stérilités

Il n'est pas toujours aisé de faire la part entre les stérilités dites « organiques » ou « psychogènes », le corps et la psyché fonctionnant en étroite interaction. Certaines stérilités ou hypofertilités ont des causes organiques bien définies alors que pour d'autres on ne distingue pas de facteurs somatiques. Parfois, certaines anomalies médicales ne peuvent pas expliquer à elles seules l'infertilité du couple. A l'inverse, certaines affections somatiques n'empêchent pas une grossesse. (Granier, Leroy-Billiard, Leroy, 1998, cité par Dollander, 2009). Ces constats justifient l'hypothèse d'une origine plurifactorielle des infertilités.

Les auteurs distinguent néanmoins les stérilités organiques, liées à un mécanisme physiologique défaillant et les stérilités psychogènes, lorsque les hypothèses de malformation ou de dysfonctionnement ont été écartées.

Les cliniciennes S. Faure-Pragier, tout comme M. Bydlowski ont toutes deux grandement éclairé la compréhension psychodynamique de l'infertilité. Elles s'accordent pour supprimer la distinction entre stérilité organique et psychogène afin de traiter de la même manière, toutes les stérilités. Selon S. Faure-Pragier (Faure-Pragier, 1997), l'existence de causes organiques sévères n'exclut pas une participation psychique et à l'inverse, le psychisme peut aussi entraîner de graves perturbations organiques. Elle propose d'adopter un point de vue récursif de la stérilité où psychisme et corps sont intrinsèquement liés sans qu'un point de départ puisse être toujours situé précisément. « Comment le psychisme, s'il agit, pourrait-il se passer du corps comme intermédiaire ?⁴ Pourquoi la présence d'une anomalie du fonctionnement endocrinien, de l'ovulation ou de la perméabilité des trompes, affirmant l'organicité, exclurait-elle une causalité psychique ? » (ibid. p.66)

⁴ Souligné par l'auteur

3. La stérilité chez la femme

« La stérilité frappe comme la mort. Elle nous inflige la souffrance de notre propre finitude et rompt la chaîne des générations dans laquelle le sujet ne peut plus s'inscrire. Elle nous prive de tout fantasme d'immortalité » (P. Revidi, B. Beauquier-Macotta, 2008)

Avant de s'intéresser à la stérilité masculine, il nous a semblé intéressant de revisiter les enjeux de l'infertilité chez la femme.

D'une part, un grand nombre de recherches ont d'abord porté sur l'infertilité féminine, avant de s'intéresser à l'infertilité masculine. Ce prisme nous évoque que de nombreuses sociétés (encore aujourd'hui) n'ont d'abord attribué l'infertilité qu'aux femmes. Devant le mystère de la conception, la femme porteuse de l'enfant ne pouvait être qu'actrice dans l'advenue ou non d'un enfant. Ce n'est que bien plus tard que l'infertilité masculine a pu être envisagée, remettant alors en cause une forme de toute puissance phallique (de laquelle a découlé l'organisation de notre société patriarcale.). Les travaux sur l'infertilité féminine ont donc préexisté ceux de l'infertilité masculine et nous verrons que certains enjeux peuvent être semblables, sans pour autant se confondre.

D'autre part, si notre recherche porte sur le couple dont l'homme est infertile, il nous est apparu que l'infertilité du conjoint pouvait être vécue comme la sienne par la femme, comme nous le verrons dans nos résultats, par identification à la douleur de l'autre. Nous développerons cet aspect (Chapitre 7).

La littérature concernant l'infertilité féminine, comme l'infertilité masculine, se devaient donc d'être explorés.

Parmi les principaux auteurs qui se sont intéressés à la stérilité chez la femme, on compte tout d'abord les travaux d'H.Deutsch (1949) puis des cliniciennes plus contemporaines comme Sylvie Faure-Pragier (1997) et M.Bydlowski (1997).

3.1 L'atteinte du corps qui ne peut pas porter un enfant

La stérilité féminine vient particulièrement faire atteinte au corps de la femme, vécu comme vide, inutile, voire morbide lorsqu'il ne peut pas donner la vie. A cela s'ajoute la nécessité de faire le deuil d'une éventuelle grossesse et avec, tous les bénéfices secondaires que

ce statut social et fantasmatique implique : se voir confirmée par les autres comme une « vraie » femme, comme une mère qui peut porter son enfant.

La stérilité vient donc faire effraction dans la représentation que se fait la femme d'être une « bonne mère », une mère dont le corps peut accueillir son enfant (M. Bydlowski, 1997).

3.2 La réactivation du complexe de castration féminin

Au cours de ses travaux sur les processus psychiques de la maternité, H. Deutsch s'est aussi intéressée aux femmes stériles. Elle observe que la découverte d'une stérilité réactive un complexe de castration infantile où la femme ressent alors un sentiment d'infériorité ainsi qu'une rage narcissique. En ravivant le complexe de castration chez la femme, l'infertilité serait source d'un sentiment d'infériorité narcissique, accompagné d'envie et de rancœur. Un narcissisme exacerbé aurait alors pour but de neutraliser la blessure narcissique et le sentiment d'infériorité qui en découle, certaines femmes allant même jusqu'à nier la portée traumatique de l'infertilité.

H. Deutsch observe aussi de nombreuses manifestations d'agressivité chez la femme infertile, non seulement dirigée sur elle-même mais aussi et surtout, envers leur mari et leur mère qui seraient inconsciemment considérés comme responsables.

3.3 « L'inconception » et la castration non-symbolisée

S. Faure-Pragier (1997) décrit les perturbations psychiques qu'elle observe chez les femmes infertiles, et observe un fonctionnement psychique commun, et ce quel que soit l'origine de l'infertilité. Ce qu'elle nomme « l'inconception » désigne « *le versant psychique de cette réalité biologique qu'est la stérilité* ». Le phénomène de *l'inconception* peut se comprendre et s'apparenter au modèle de la dépression. Les patientes infécondes, « *semblent organisées de manière défensive à l'égard d'un noyau dépressif ; la souffrance narcissique n'est pas ressentie consciemment, mais fait l'objet d'un déni du fonctionnement psychique dans son ensemble. Ce déni porte sur la vie pulsionnelle.* » (Faure-Pragier, 1997 p.73)

Selon S. Faure-Pragier, la femme stérile ressemble à la femme décrite par Freud (1931, 1933). Fortement liée au premier objet qu'est la mère, elle aurait des difficultés à se séparer d'elle. Ainsi le désir d'enfant de la femme infertile ne serait pas adressé au père mais à la mère : lui faire un enfant, recevoir un enfant d'elle. Le lien prégénital serait alors primordial, comme le décrit Freud. S.Faure-Pragier postule que le complexe de castration aurait fait défaut pour

séparer mère et fille. Ainsi donc, la femme infertile se situerait « *en deçà de l'organisation œdipienne* ». Par ce concept, S. Faure-Pragier ne revoie pas à une organisation psychotique de la personnalité mais à une fragilité de l'organisation œdipienne. Les femmes qu'elle a rencontrées avaient en commun le faible investissement de leur mère et de la féminité et une organisation œdipienne en question. Elle postule que l'infertilité renverrait à une « *castration non symbolisée, c'est à dire qui n'est pas partagée par les deux sexes mais leur est particulière et attaque spécifiquement le narcissisme, en l'absence d'Œdipe organisateur.* » (ibid. p.127).

3.4 Le travail des identifications impossibles

S.Faure-Pragier et M.Bydlowski s'accordent sur le nécessaire travail d'identification à la mère et l'importance de la relation de la femme à sa propre mère dans le destin de la maternité. De nombreuses femmes infertiles seraient entravées dans ce phénomène d'identification face à une mère vécue comme toute-puissance, indépassable, voir dangereuse. La stérilité apparaît selon S. Faure Pragier comme une solution permettant d'éviter l'identification à la mère, inconsciemment redoutée. « *Ne pas être mère pour ne pas devenir comme la mère* » (ibid. p.125)

Ainsi M. Bydlowski (1997) a elle aussi beaucoup travaillé la question de l'infertilité. Elle met en avant ce même désir où la femme, en enfantant devient en partie sa propre mère, la prolonge, tout en offrant l'opportunité de réorganiser les déterminismes.

Donner la vie se joue ainsi sur un double registre : produit de la répétition de l'inconscient de ses parents, l'enfant est porteur d'avance des avatars de leurs désirs. Simultanément, sa naissance instaure l'émergence d'une nouvelle organisation. Il y a rupture dans la répétition et agencement unique des déterminations préexistantes.
(Bydlowski, 1997 p.70)

Dans ce même mouvement, elle observe que la filiation féminine serait aussi du côté de l'être : la femme doit pouvoir s'identifier à une mère à sa hauteur, aimée parce que faible et donc dépassable. « *se représenter une mère suffisamment faible et être à son image.* » (ibid. p.170) L'infertilité peut alors se comprendre comme une identification impossible à une mère toute puissante ou mal aimante. « *Cette étape d'identification à une mère suffisamment faible est nécessaire pour pouvoir recevoir en cadeau l'enfant qui vient sceller la dette liant les deux femmes, la fille à la mère, et qui les enchaîne au travers des générations.* » (ibid. p.171)

La stérilité fait dire à ses parents « je ne peux pas faire la même chose, être comme toi, te prolonger et te devenir un petit peu ». Devenir parent est en effet un processus maturatif qui réorganise ses identifications aux parents à l'âge adulte mais aussi aux imagos parentales de l'enfance. M. Bydlowski décrit ce processus de transparence psychique qui permet ce retour en arrière, cette régression fantasmatique qui peut aboutir à une réorganisation du Moi et une résolution des conflits infantiles. Etre stérile vient entraver les identifications aux parents et faire barrage au processus qui fait sortir de l'enfance.

3.5 Dette de vie et lien à la mort

Un des points communs et centraux dans l'infertilité féminine, tout comme dans l'infertilité masculine est cette entrave dans la filiation symbolique. Etre stérile, c'est ne pas pouvoir s'inscrire dans la filiation et symboliquement et inconsciemment remercier ses parents pour la vie qu'ils nous ont transmise. C'est aussi devoir assumer une certaine forme de culpabilité existentielle de ne pas pouvoir rembourser cette « dette de vie ». Il semblerait que certaines dettes soient trop lourdes pour permettre l'accession à la parentalité. De même, la haine barre la transmission.

« Des sentiments trop forts de haine, de vengeance, à l'égard de ses parents, viennent barrer la transmission et entraînent des refus conscients ou inconscients de procréer » (David, 1992, p.67 cité par M. Bydlowski, 2008)

Interroger la stérilité c'est donc interroger ce qui fait barrage au désir. Il s'agit alors de comprendre le nécessaire processus de deuil : celui de ne pas parvenir à régler sa « dette de vie » (M. Bydlowski, 1997). L'infertilité interroge l'inscription dans la filiation. Le projet de devenir parent s'inscrit dans le prolongement de la lignée généalogique et situe le père ou la mère dans la chaîne des générations. Un des enjeux du devenir parent est d'accepter de quitter son statut d'enfant et de précipiter, ses parents à la prochaine étape : devenir grands parents, c'est à dire les faire se rapprocher de la mort. Devenir parent c'est aussi se précipiter soi-même à la prochaine étape. Ce passage des générations peut susciter de nombreuses angoisses. La perception de sa propre mort et de sa propre finitude qui émerge avec le projet d'enfant et peut venir submerger le futur parent d'une angoisse de mort insoutenable. Selon M. Bydlowski (1997), on peut penser que certaines personnes ne parviennent pas à engendrer, car la naissance d'un enfant viendrait *« Accélérer en eux la représentation de leur vieillissement et de leur mort. » (ibid.)*

Cette « dette de vie », tout comme l'étroitesse entre donner la vie et se rapprocher de la mort concerne bien tout parent à l'aube de la parentalité. Ces éléments peuvent donc aussi représenter des freins inconscients à la parentalité.

La personne stérile, qu'elle soit homme ou femme, se retrouve dans l'impossibilité d'assurer sa propre « immortalité » en poursuivant la chaîne des générations. Avec la stérilité s'opère un barrage dans la transmission.

4. La stérilité chez l'homme

Attachons-nous à présent à la stérilité masculine qui concerne notre recherche. Celle-ci présente de nombreux points communs avec ce qui se joue chez la femme, notamment concernant l'impasse dans la transmission. Cet impossible peut prendre une valeur traumatique et laisse entrevoir les difficultés de la personne stérile à s'inscrire dans l'enchaînement des générations et à pouvoir s'identifier aux imagos parentales. Les différences sont néanmoins notables en ce qu'elles interrogent l'identité sexuée.

4.1 Les troubles de la filiation

La stérilité pourrait aussi être une lutte inconsciente venant empêcher le passage des générations, l'homme stérile restant alors toujours l'enfant chéri de ses parents.

« La fuite dans la non paternité serait une manière de rester le fils perpétuel. Souvent il ne pourrait devenir père que malgré lui : impossible désir d'enfant ou désir de rester l'enfant merveilleux d'autrefois. » (Bydlowski, 1997, p.106)

Pour Guyotat (1994) la stérilité est définie comme une atteinte de l'individu et de son pouvoir de reproduction sous l'angle de la filiation. C'est parfois un secret autour de la filiation, l'angoisse plus ou moins consciente de transmettre une tare héréditaire ou encore le fait d'être le dernier de la lignée qui entrave la filiation. Il décrit notamment un système de filiation narcissique où se trouve captée la dimension imaginaire de la filiation et qui fonctionne sur un mode de reproduction du même, niant la différence. Cette dimension parthénogénique entraîne une perméabilité transgénérationnelle et devient problématique quand elle n'est pas contenue par le système de filiation instituée, c'est-à-dire avec un ordre symbolique clair.

Les travaux de Guyotat sur la parentalité et la filiation montrent bien l'impact délétère de situations familiales floues, secrètes, ou taboues. Ces troubles de la filiation pourraient notamment être à l'origine de décompensations psychotiques. « *Pour qu'un lien de filiation puisse se constituer ou se maintenir, il faut qu'une identification aux différentes positions de l'ascendant ou du descendant soit possible.* » (Guyotat, 1981)

Ainsi, M.Jaoul (2007) a effectué une recherche révélant que pour certains hommes souffrant d'infertilité, le projet de devenir père est entravé par leur difficulté à se situer dans leur généalogie et dans l'identification à leur propre père. Cette étude met l'accent sur la part importante des évènements fragilisant la filiation symbolique dans l'histoire familiale des hommes stériles.

« [la recherche] *souligne également l'inflation notoire de l'axe narcissique de la filiation au détriment du repérage générationnel, facteur de différenciation, nécessaire à la bonne mise en place de l'organisation œdipienne structurante.* » (Jaoul, 2007)

Cette réflexion nous a souvent interpellée au cours de notre recherche auprès des couples infertiles et nous avons pu soulever des problématiques transgénérationnelles autour de la filiation. Ceci ne fait pas l'objet de cette thèse mais nous y reviendrons néanmoins, lorsque cette dimension apparaît de façon majeure dans la clinique.

Par ailleurs, la quête des origines qui se manifeste chez les enfants adoptés ou chez des enfants issus d'une conception sous secret (sous X ou avec donneur), témoigne de l'extrême importance de pouvoir s'inscrire dans une filiation claire.

4.2 Le travail des identifications aux figures et à la fonction parentale

A l'instar de ce que l'on observe chez la femme, l'homme désirant devenir père mobilise les identifications à ses propres figures parentales de l'enfance. Ainsi, M. Dollander (2009) souligne que :

[...] parfois, les figures parentales de l'enfance se sont révélées trop froides, trop insécurisantes pour fournir des repères identificatoires stables et permettre à l'homme de structurer une sécurité interne solide. Lorsque le passé le révèle « habité de traumatismes non élaborés et de blessures enfouies » (E. Darchis, 2000), la conception devient trop anxiogène. Les retrouvailles avec l'enfance et la reviviscence des liens parents-enfants d'autrefois sont difficiles, parfois impossibles. (Dollander, 2009)

Mais l'infertilité chez l'homme interroge plus particulièrement la figure paternelle. Elle pourrait être liée à un manque de valorisation de l'identité masculine au cours du développement affectif du garçon, du fait d'une défaillance paternelle ou d'une dévalorisation maternelle du père et de la fonction paternelle. Les futurs pères infertiles auraient fait l'expérience dans l'enfance soit d'un « père-mère archaïque » trop proche, soit d'un père inaccessible, trop loin. Dans les deux cas, il est difficile pour ces hommes de s'identifier sereinement à une figure paternelle. Celle-ci, idéalisée, devient alors faillible, décevante et potentiellement dangereuse. Comment alors devenir père à son tour ?

Par ailleurs, on observerait aussi des écueils dans l'élaboration de l'Œdipe mère-fils :

La question d'un rapproché à la mère trop sexualisé et trop anxiogène n'est pas à négliger. Certains futurs hommes infertiles se seraient vus investis comme enfant-phallus, objet du désir de leur mère (Gonzales, Nevjinsky, 1992), ce qui pose une double question : celle de l'enfant incestueux, mais, également ; celle de la culpabilité à l'égard de la figure maternelle. N'est-il pas question de haute trahison dans le fait de concevoir un enfant avec une autre femme ? (ibid.)

Enfin, M.Bydlowski (1997) évoque la crainte pour le père infertile, d'une identification féminine, refoulement inconscient d'un désir de fécondation imaginaire par son propre père.

On peut alors envisager que c'est la dimension féminine de la paternité qui est souvent refusée. Ce versant féminin et homosexuel, désir d'enfant ou désir de fécondation imaginaire par son propre père est un secret paternel terré dans le corps de la femme que l'homme féconde. (Bydlowski, 1997 p.107)

4.3 L'enfant œdipien et l'angoisse de castration

M. Dollander (2009) s'est attachée à observer les particularité de la stérilité chez l'homme, du fait de son identité sexuée. Certaines stérilités pourraient en effet faire écho à deux grandes lignes qui sous-tendent le désir d'enfant : Le désir de reproduction parthénogénétique et le désir œdipien.

Elle cite F. Nevjinsky (1990), qui explique que ce désir de reproduction parthénogénétique serait en lien avec le niveau le plus élémentaire du désir d'enfant : celui de faire un autre, même que soi. L'impossible concrétisation du projet d'enfant pourrait constituer une défense face à ce fantasme de production d'un enfant clone de soi-même.

« *L'homme serait ici, à la recherche de la double illusion de la complétude narcissique et de la bisexualité réalisée.* » (Dollander, 2009)

Le désir œdipien, qui sous-tend tout désir d'enfant, pourrait présenter une menace fantasmatique pour le père qui verrait inconsciemment, à travers l'enfant, la réalisation d'un désir œdipien pour sa mère, venant submerger ses capacités d'élaboration psychique.

Enfin, chez l'homme infertile, l'émergence de la grossesse viendrait potentialiser des angoisses infantiles de castration où la femme détient exactement ce que le corps de l'homme ne peut pas avoir.

Vu par l'homme, il n'y aurait pas de place pour deux enfants à la fois auprès d'une seule femme. Cela pourrait aussi s'énoncer : si l'enfant est le phallus, il n'y en a que pour elle. Si elle a gagné, j'ai perdu. La grossesse de sa femme met l'homme en crise, activant une angoisse de castration. (Bydlowski, 1997 p. 106)

4.4 Le fantasme homosexuel

Comme nous l'avons vu, l'infertilité masculine renvoie parfois à des défenses inconscientes contre des fantasmes homosexuels. Selon P. Cauvin (2007), le don de spermatozoïdes mobilise alors à nouveau l'homme infertile dans une quête de la figure du père œdipien. Il s'effectue d'un homme vers un autre homme. « *Le don repose sur un fantasme homosexuel, seul garant du narcissisme du partenaire infécond, comme de son intégration sur le plan œdipien par le partenaire de sexe opposé.* » (Cauvin, 2007 p.149)

Le père infertile, craignant de décevoir son propre père comme de ne pas pouvoir rivaliser avec le père de la future mère de son enfant [le beau-père de Monsieur], recherchera le soutien de sa compagne. Celle-ci n'est plus convoquée dans sa position maternelle mais en ce qu'elle représente l'incarnation la plus proche du père œdipien. Le fantasme d'exclusion de l'homme de la paternité du fait de la rupture du lien biologique en est la traduction manifeste obligée : dans ce contexte il est nécessaire d'exclure le père œdipien de la scène fantasmatique, trop proche et donc trop dangereux.

4.5 L'atteinte de la virilité

La stérilité chez l'homme ou la femme soulève des problématiques différentes en fonction des identités sexuées : une femme stérile peut vivre l'absence d'enfant comme un

manque cruel, d'un point de vue à la fois narcissique et objectal. Un homme perçoit plus fréquemment sa stérilité sous l'angle d'une atteinte à sa virilité, à sa puissance sexuelle.

Une échelle a été mise au point pour évaluer ce qui était le plus délétère dans le vécu de la stérilité chez l'homme et la femme. (Hjelmstedt et col., 1999 cité par Chevret-Méasson, 2007)

Pour les hommes ce serait d'abord le rôle masculin, la faille dans la virilité et la pression sociale qui seraient plus difficiles à vivre, devant le désir d'enfant et les conséquences sexuelles alors que chez les femmes c'est le manque d'enfant qui vient en tête. Par ailleurs, le fait d'aller consulter dans un service quasi exclusivement féminin, en gynécologie-obstétrique aurait tendance à déconcerter nombre d'hommes.

Dans son étude sur le vécu de l'homme infertile, M. Chevret-Méasson (ibid.) souligne une grande différence entre l'homme et la femme concernant l'infertilité. L'homme n'a souvent jamais imaginé pouvoir être infertile alors que c'est une fréquente crainte féminine.

La représentation physiologique de la fertilité n'est pas la même : pour l'homme, être fertile, c'est pouvoir assumer toute une entière séquence sexuelle à savoir désir-érection-pénétration et éjaculation intra-vaginale alors que pour la femme, la fertilité n'est pas en lien avec le désir d'enfant ou du partenaire. Elle peut s'imaginer tomber enceinte forcée ou sans désir.

Pour l'homme qui vit sa paternité non pas sur le plan physiologique mais plus sur un versant affectif et social, la blessure spécifique à son genre est vécue dans l'incapacité à transmettre une partie de son identité, de ses valeurs, de son patrimoine, comme le symbolise bien la question du « nom familial », qui jusqu'à une époque très récente, était encore en France transmise exclusivement par le père, si celui-ci reconnaissait l'enfant.

4.6 Honte et culpabilité

L'homme infertile vit aussi une importante culpabilité à faire vivre à sa femme, dans son corps à elle, les traitements pour palier son infertilité à lui.

L'homme infertile vit son infertilité comme une honte, un secret, avec un vécu « d'impuissance ». Il se sent responsable. Et responsable ou non, il n'ose exprimer ses difficultés, ses doutes ou sa souffrance car sa compagne subit des traitements plus lourds et qu'il ressent sa propre participation comme minime (M. Chevret-Méasson, 2007)

La honte des hommes infertiles s'exprime à travers ce vécu douloureux de l'atteinte d'une forme de virilité, perçue comme nous l'avons vu, sous l'angle de la puissance sexuelle. Les hommes auraient moins tendance à se confier, à pouvoir parler de leurs difficultés et de leurs vécus. Une enquête sous forme de questionnaires auprès de couples pendant une démarche d'AMP (Epelboin, 2010), où les hommes et les femmes répondaient séparément pour savoir s'ils parlaient avec leur entourage de la question de leur stérilité, révèle que les hommes se confiaient bien moins fréquemment que leurs femmes, et ce d'autant plus que la stérilité était d'origine masculine. Ainsi les interlocuteurs étaient un membre de la famille pour respectivement 69% et 80%, un ou plusieurs amis pour 63% et 92%, voire le milieu professionnel pour 61% et 73%. Les hommes sont donc plus souvent seuls devant leurs craintes et leur souffrance.

Cette étude nous a fait nous interroger sur la culpabilité des femmes dans l'IAD. Les auteurs s'y sont intéressés sous le prisme de la culpabilité liée à une forme d'adultère symbolique (Cf. Les fantasmes autour du donneur p.62) Mais n'existerait-il pas aussi une culpabilité des femmes à être la seule à transmettre sa filiation biologique ? Nous tenterons de répondre à cette question au cours de notre travail de recherche.

C. Le parcours d'AMP et ses enjeux psychologiques

Après la violence de l'infertilité, le couple peut entrevoir la lumière d'un espoir proposé par l'aide médicale à la procréation (AMP). Après le choc de l'annonce de l'infertilité d'un de ses membres, certains couples s'effondrent ou sont susceptibles de se séparer. Puis vient la phase de reconstruction où les techniques médicales laissent entrevoir de nouvelles possibilités, avec peut être à la clé, la réalisation du désir d'enfant. Cependant le parcours est encore long et les démarches pour accéder à l'aide médicale à la procréation, les examens, les nouvelles déceptions, l'attente, les tentatives, les multiples échecs parfois, le découragement et l'angoisse de ne jamais y parvenir jalonnent le chemin tortueux et souvent douloureux avant la réalisation d'une grossesse. (Revidi & Beauquier-Maccotta, 2008)

Nous verrons donc ici dans un premier temps les enjeux du parcours d'AMP pour le couple et nous proposerons ensuite une réflexion sur les enjeux autour de la filiation

1. Le couple à l'épreuve

1.1 Incertitude et impuissance

Le parcours d'aide médicale à la procréation (AMP) en ce qu'il vient faire effraction dans l'intime et le projet initial du devenir parent représente en soi une réelle atteinte pour le couple. La période du diagnostic de stérilité puis ensuite la durée importante des démarches pour concevoir grâce à une AMP, constituent d'importants facteurs d'anxiété. Le stress lié à la technique souvent contraignante et lourde avec les craintes de l'échec, les multiples tentatives ainsi que l'impact délétère sur la sexualité sont aussi des facteurs qui viennent fragiliser les couples dont certains ne réussissent pas à surmonter cette épreuve (Goëb et al., 2006; Ogawa et al., 2011). Les études ont montré que le stress induit par les traitements de l'infertilité était supérieur à niveau de stress déjà consécutif à l'infertilité en elle-même (Greil, McQuillan, Lowry, & Shreffler, 2011). L'aide médicale à la procréation, représente donc en elle-même une expérience potentiellement douloureuse.

Lazaratou et Golse (2006) décrivent cette douloureuse expérience d'incertitude et de fluctuations émotionnelles où chaque traitement de la stérilité rappelle le trauma initial et où le sentiment d'impuissance et de dépendance aux médecins alterne avec un sentiment de toute puissance :

En même temps, il y a une certaine excitation, voire une euphorie fondée sur des idées de toute-puissance selon lesquelles la nature va être vaincue, le problème trouvera une solution, l'enfant naîtra. Les deux dimensions alternent, et chaque nouveau cycle de traitement crée de nouveaux espoirs.(Lazaratou & Golse, 2006)

1.2 Appauvrissement des représentations

De fait, dans le cheminement de l'AMP, les représentations psychiques s'appauvrissent pour ne devenir que « biologiques » et médicales. La création de la vie se résume aux gamètes, à ce qui se joue dans le laboratoire etc. il y a un appauvrissement de la fantasmatisation autour du miracle de la conception.

« Les PMA introduisent un excès de pensée et de réalité à propos de la conception. » (A. Almeida et al., 2002)

La médicalisation autour de la conception constitue donc une effraction dans un système auparavant circonscrit au monde intra-conjugal. Ces couples doivent en effet tolérer que leur intimité soit exposée, que leur désir, leur décision d'enfanter soit soumis au regard, à l'analyse voire au jugement du tiers corpus médical. La sexualité devient planifiée et contrôlée, situation paradoxale, d'autant plus que les fantasmes autour de la conception et le mystère de la scène primitive sont souvent enveloppés de mystère.

Par ailleurs, la technique autour de la conception introduit, en plus de la sur-représentation de l'acte sexuel, une sur-intellectualisation dont on sait qu'elle peut faire entrave à ce « lâcher prise », cette part d'intangible et d'immaîtrisable nécessaire et constitutif de toute grossesse. (Almeida et al., 2002)

Le clinicien auprès de ces couples ne pourrait-il pas les accompagner en réintroduisant du jeu sexuel, du plaisir et du fantasme amoureux ?

1.3 L'impact sur la sexualité

Bien souvent, l'infertilité masculine est associée fantasmatiquement à une incompetence sexuelle. (Kedem et col., 1990 cité par M. Chevret-Méasson, 2007)

« Enfin, l'infertilité joue toujours sur la sexualité, avec une rare augmentation de la sexualité — le plus souvent transitoire —, mais souvent une diminution, qualitative plus que quantitative. Les plaintes portent sur les symptômes masculins. » (ibid.)

L'infertilité masculine représente une véritable atteinte de la virilité et peut avoir un retentissement sur la sexualité du couple. Si le désir de la femme peut être motivé dans l'espoir de concevoir, cela peut au contraire être vécu comme un frein pour l'homme.

Le désir d'enfant n'est pas un stimulant érotique pour l'homme ce que la femme ne comprend pas et elle l'accuse souvent de ne pas désirer d'enfant s'il a une panne d'érection. Alors que le désir masculin est fragile, sous tendu par des désirs inconscients qui sont ravivés par la situation. Leur compagne érotique est devenue une « mère en manque ». L'enfant pour elle n'est plus un désir mais un besoin. Des éléments conscients et inconscients sont mêlés pour entraîner des symptômes. (Chevret-Méasson, 2007)

La conception devient médicalisée et se fait alors en laboratoire, dissociée de l'acte sexuel. Certains couples peuvent vouloir faire l'amour ce même jour comme pour ré-humaniser la conception et laisser une part de mystère sur l'origine de la conception.

La « sexualité stérile » (Quijano, Germond, & Ansermet, 2006) peut aussi devenir vecteur de culpabilité, d'angoisses et de rancœurs issues de l'inconception et bloquer le désir et la sexualité.

Comme nous avons pu le voir, l'expérience de l'infertilité vient interroger la filiation : identifications impossibles ou douloureuses aux imagos parentales, impasses dans la transmission. Le recours à l'aide médicale à la procréation va alors offrir l'occasion d'une redistribution des enjeux autour de la filiation. Ainsi, dans le recours au don de gamète, l'impossible transmission biologique est là et perdue. Le recours à un don ne va pas permettre d'annuler les enjeux inconscients autour de la filiation, mais il devient l'opportunité d'un changement et d'une transformation.

2. Les axes de la filiation remis en question

Les travaux de C. Lévi-Strauss (Lévi-Strauss, 1949) nous ont permis d'envisager le système de familial dans son universalité, via l'interdit de l'inceste, du fait d'un lien de parenté particulier, partagé par la grande majorité des sociétés. Les recherches anthropologiques ont montré par la suite qu'aucune société n'était dépourvue d'un système de parentalité qui n'inscrive l'individu dans une filiation, dans une famille ou un clan, même si ces systèmes sont extrêmement diversifiés, ce sont eux à chaque fois qui organisent la société, déterminent les lois d'alliance, les systèmes matrimoniaux et donc l'identité familiale.

Tous les systèmes de parenté sont régis par trois types de liens (Godelier, 1994) : le lien d'alliance (mari/femme), le lien de filiation (père/fils) et le lien de consanguinité (frère/sœur). Il est intéressant de noter le poids plus ou moins important que prend l'un et l'autre de ces liens dans la définition de la famille selon les époques. Autant le lien d'alliance a prévalu pendant les siècles passés dans les pays européens, autant, de nos jours, c'est le lien de filiation qui domine, qui fonde la pérennité de la famille, alors que le lien d'alliance, du fait même de son instabilité, est passé au second plan.

Aujourd'hui l'AMP (de même que l'ont fait l'évolution des mœurs, la diffusion des méthodes de contraception et ce qu'Irène Théry a appelé la « Désinstitutionalisation du mariage » (Théry, 1998)) vient donc bousculer les règles qui organisent la filiation. La valeur de ces composantes au lien de filiation est donc étroitement liée à l'évolution de notre société.

2.1 La filiation biologique

Elle est liée à la conception même et à la transmission du patrimoine génétique des deux parents. C'est cette composante biologique qui est remise en question dans les adoptions et à travers ce qui nous intéresse ici : les AMP avec donneurs où il y a rupture de la filiation biologique.

P. Lévy-Soussan (Lévy-Soussan, 2002) critique ainsi la tendance à faire du biologique une valeur de vérité absolue. La filiation biologique deviendrait la seule « réelle », seul critère véritablement significatif au détriment des autres modes de filiation, tous aussi fondamentaux. Cette fascination pour le biologique serait susceptible, selon l'auteur, de fragiliser les familles en rendant plus complexe le travail psychique de filiation en cas de rupture de la filiation génétique, comme dans les adoptions ou les dons de gamètes.

C'est cette filiation qui est la plus largement bousculée dans les AMP avec don. Le parent, fragilisé par sa stérilité, l'est aussi par ce défaut de transmission de son capital génétique et par là même d'une certaine forme d'identité familiale.

Notre société donne en effet de plus en plus de place à cette question du patrimoine génétique et pourtant, la France, sous l'impulsion des CECOS, fait figure de résistante vis à vis des pays anglo-saxons en cherchant activement à minimiser cette dimension biologique de la parentalité.

2.2 La filiation juridique ou la filiation instituée

C'est le lien de filiation qui garde une prévalence dans nos sociétés, encore renforcée dans les filiations adoptives et dans les AMP. Cette composante juridique garantit l'exercice de la parentalité dans ses aspects fondateurs et organisateurs. Elle correspond à ce que les juristes nomment la « désignation » du parent.

Ainsi, quel que soit la composante biologique, c'est la désignation légale qui fonde le lien de filiation entre un adulte et un enfant : le droit pose ici un axe fondamental de la parentalité qui est bien évidemment central dans les AMP avec don de gamètes : le parent ne peut pas être uniquement celui qui conçoit l'enfant : pour être parent il faut aussi en assumer la fonction auprès de l'enfant.

J.Guyotat (Guyotat, 1981) parle de « filiation instituée » qui se rapproche de la filiation juridique avec une dimension anthropologique, où la légitimité est donnée par le consensus social représenté par la loi du groupe. Ainsi, toutes les sociétés ont, depuis toujours, cherché le moyen de donner un enfant aux couples stériles.

Toutes les sociétés inventent des lois qui « permettent des fécondations » légalisées, et le meilleur exemple en est l'IAD, si compliquée, mais qui préserve de la fornication réelle avec un beau-frère ou un ami, et qui évite le double écueil de l'enfant du péché et de l'absence d'enfant. (David, Soulé, & Noël, 1985, p.2709)

2.3 La filiation narcissique et affective

J.Guyotat (Guyotat, 1981) parle de filiation narcissique où la légitimité vient de l'amour et du besoin que chacun des protagonistes a de l'autre.

Ainsi David, Soulé et Noël soulignent :

Je t'aime comme un père aime son fils », « je t'aime comme un fils aime son père », ces déclarations d'amour correspondant ici aux besoins de chacun – le désir d'enfant chez les adultes et le désir de parents chez les enfants. (David et al., 1985 p.2708)

Aujourd'hui apparaît donc une autre composante, nouvelle et pourtant fondamentale c'est la filiation « affective ». Dans les sociétés occidentales, le lien affectif, le lien d'amour a pris une importance toute particulière et semble prendre le pas, au moins de façon subjective, sur les autres composantes dans la filiation. Cette mise en avant du lien affectif, peut être analysée comme un retour du lien d'alliance, non plus imposé par des règles claniques mais bien par « l'impératif » affectif, qui est au centre de nos relations modernes.

Alors même qu'elle se voit critiquée parce que faillible, la filiation affective est pourtant revendiquée, notamment dans les recompositions familiales, dans les adoptions ainsi que dans les AMP. C'est finalement l'affiliation symbolique qui fait lien, le partage d'une communauté, d'un groupe qui fait « famille ».

Il nous semble par ailleurs que le sentiment d'appartenance à un groupe identitaire se fait de moins en moins de manière verticale (du fait de l'inscription à travers les générations, dans une famille d'origine) mais bien plus de manière horizontale : l'individu se définit comme appartenant à un groupe de pairs, d'une communauté de valeurs et de partage, au dépend de l'affiliation à une identité familiale.

Ainsi, la filiation affective et narcissique vient élargir les représentations de la filiation classique et renverser les expressions de la parentalité. L'exercice de la parentalité reste premier au regard de la loi, mais l'expérience de la parentalité, dans sa dimension de partage d'un vécu

commun entre le parent et l'enfant semble celle qui a plus de valeur au regard du lien (Houzel, 1995). Si la filiation est en mouvement constant au gré des évolutions sociétales, le sentiment de filiation devient subjectif et affectif.

En tant que psychologue clinicienne, on ne peut que souscrire à cette idée selon laquelle la filiation ne se résume pas à la filiation biologique ou génétique. Cette dimension apparaît même secondaire au regard du lien symbolique et n'a pas même prédominé dans l'histoire et les cultures où c'est le lien d'alliance qui domine. Ce qui prévaut concernant la question des origines, c'est d'être issu du désir de deux personnes et non pas de la seule dimension génétique. Or, c'est bien cette dimension affective qui semble renforcée dans les IAD où le père qui n'a pas de lien biologique avec son enfant doit certainement « apprivoiser » celui-ci et créer un lien de filiation différent, non plus dans la ressemblance biologique mais sur :

« *Une histoire des origines non fondée sur le lien biologique mais plutôt sur une aventure humaine, le désir de l'enfant et la construction d'une relation* » (JM. Kunstmann, 2010)

Nous nous sommes intéressés au cours de cette recherche aux impacts du don de spermatozoïdes sur le couple, sur le coparentage et donc plus particulièrement à la manière dont la triade père-mère-bébé va se réorganiser, parfois en creux, souvent en plein, autour de cette filiation particulière.

3. La filiation narrative

Bernard Golse et Marie-Rose Moro (B. Golse & Moro, 2017) soulignent enfin l'importance de la filiation narrative pour chaque individu afin de se construire autour d'un récit sur ses origines et son histoire familiale. Cet axe de la filiation repose sur « *la mise en récit des origines de l'enfant* » et nous semble prendre une dimension centrale dans les familles qui se construisent grâce à l'Aide médicale à la procréation (AMP) après un don de spermatozoïdes.

Cette mise en récit permet en effet l'élaboration de la trame émotionnelle des autres axes de la filiation en venant soutenir « l'histoire subjective de l'enfant ». C'est donc ce récit qui va permettre à l'enfant de favoriser son inscription psychique dans sa famille et son héritage :

« Il est clair que la quête des origines ne couvre pas seulement l'identité biologique des géniteurs, mais aussi voire surtout, le désir d'enfant, l'histoire du couple (qui fonde la rencontre

des gamètes), la grossesse, la naissance et l'histoire de premiers liens). » (B. Golse & Moro, 2017)

La filiation narrative nous apparaît d'autant plus essentielle pour les enfants issus de l'AMP où la suprématie de la filiation biologique est alors attaquée et peut venir fragiliser les assises narcissiques des parents comme des enfants. Le récit sur la conception, venant s'ancrer dans le désir des parents de cet enfant-là, leur parcours, la grossesse et la naissance, viennent alors palier au défaut de filiation biologique et permettent d'ancrer la construction psychique de l'enfant dans son histoire et ses origines. Ainsi la mentalisation et la mise en récit de cette conception particulière permettrait « *de dépasser le traumatisme des origines et de se vivre de manière constructive.* » (*Ibid.*)

Nous verrons pourtant que le potentiel discours des parents aux enfants de leur conception par don soulève de nombreuses craintes et une ambivalence majeure pour la plupart des parents. Nous réfléchissons aux entraves que rencontre le couple à avoir un discours sur la conception par don, non seulement auprès de l'enfant mais aussi et d'abord, entre eux.

4. Don de gamètes et fantasmes dans la filiation

La conception par don vient bouleverser les représentations fantasmatiques autour de la filiation. Parce qu'il subsiste un flou concernant le donneur, les représentations fantasmatiques sont plurielles et influencent le sentiment de filiation.

4.1 Les fantasmes autour de la conception

L'AMP soulève de nombreux fantasmes autour de la conception (Almeida, Müller Nix, Germond, & Ansermet, 2002) et notamment celui de permettre une conception sans sexualité, sans accouplement.

« *On est passé, au cours du siècle qui vient de s'écouler, d'une sexualité pour la procréation à une sexualité sans procréation grâce aux moyens de contraception, pour arriver à la possibilité de la procréation sans sexualité* » (Almeida et al., 2002)

Le paradoxe de l'AMP est à la fois de permettre *une conception* « *immaculée* » (*ibid.*) qui détourne la sexualité, se fait sans l'accouplement, sans sexualité du couple tout en mettant de fait en exergue le principe de la sexualité et des origines puisque l'acte médicalisé est tellement

pensé, conceptualisé qu'il rend encore plus saillant ce qui normalement est de l'ordre de l'intime, du non-dit, du chuchoté...

Paradoxalement, les AMP, par le fait qu'elles réalisent une conception sans passer par la voie sexuelle, lèvent le voile sur la sexualité dans l'imaginaire parental, et peut-être aussi dans celui de l'enfant, désignant, pointant du doigt ce qui est habituellement caché, obligeant à penser l'articulation entre masculinité et paternité (Schneider, 2000), entre féminité et maternité, entre sexualité et procréation. (ibid)

Cette sur-représentation, cette sur-pensée de ce qui se fait plus classiquement sur une impulsion du désir (mûrement réfléchi ou pas), comme nous le verrons, a un impact sur la parentalité. Les travaux de Bérengère Beauquier-Maccotta sur le don d'embryon ont à ce titre mis en exergue un phénomène de « *parentalité volontaire* » chez ces parents de l'AMP pour lesquels le choix, l'action, l'intellectualisation sont nécessaires pour porter le projet parental. La réalisation du désir agit avec la naissance de l'enfant laisse alors peu de place à la rêverie et à l'ambivalence (Beauquier-Maccotta, 2012; Beauquier-Maccotta B., 2018)

L'enfant devient précieux parce qu'attendu, nécessairement idéalisé parce que voulu. La sur-saillance de la dimension active du parent pour obtenir son enfant a souvent pour contre-partie un difficile accès une représentation plus tempérée non seulement de l'enfant mais aussi d'eux-mêmes en tant que parents.

4.2 Le transfert sur le gynécologue ou sur un tiers

Anna Almeida (2002) montre l'importance du tiers dans les représentations des parents qui ont recours à l'AMP. Elle observe que dans les situations d'infertilité masculine mais où la conception est autologue (sans recours à un don), il s'opère un transfert souvent très positif du père au gynécologue, chargé émotionnellement de façon intense. Il apparaît alors comme un sauveur, venant réparer la blessure causée par l'infertilité.

De plus, on observe parfois une forme d'œdipe inversé, permettant un déplacement de la fonction procréatrice dans une identification au féminin, le gynécologue prenant alors le rôle symbolique du père procréateur :

Tout se passe comme si, dans le recours à ce type de traitement, l'intervention du gynécologue venait interpréter chez l'homme un côté féminin, réactiver un œdipe inversé : il veut se faire l'objet d'amour du père, comme il l'a été peut-être précédemment dans son histoire infantile. (Ibid.)

Le gynécologue peut aussi au contraire faire l'objet d'un transfert négatif, comme la cible de projections négatives et d'une identification projective, car il serait vécu comme celui qui vient constamment rappeler la faille.

« Comme ce père [...] Il ne se sentait qu'un parmi d'autres, utilisé comme un cobaye, humilié par le fait de sa stérilité, se vivant comme castré, interprétant son impossibilité de procréer comme une impuissance » (ibid.)

4.3 Le fantasme d'erreur dans la répartition des gamètes

De nombreux couples témoignent par ailleurs d'un fantasme d'erreur de la part du CECOS lors de la répartition des gamètes (J-M Kunstmann, 2011). Ce fantasme fait écho à la perte de contrôle et l'effraction dans l'intime que représente le parcours d'infertilité pour ces couples.

Il est très représentatif des angoisses soulevées par l'introduction fantasmatique d'un tiers inconnu dans le couple qui vient faire effraction dans l'appareil psychique des futurs parents.

Comme nous le détaillerons plus tard, ce fantasme est aussi en lien avec un sentiment d'étrangeté ressenti vis-à-vis de l'enfant (Freud, 1919 ; Mellier, 2017) : phénomène normal et transitoire à toute naissance, à toute rencontre avec cet enfant moitié-autre et moitié-soi. La crainte de l'étrangeté de l'enfant prend cependant une valeur toute particulière lors des conceptions par don (Cf. Chapitre 2 p.109).

4.4 Les fantasmes autour du donneur

4.4.1 La réparation narcissique

Le parallèle entre le tiers gynécologue et le tiers donneur dans les IAD s'impose. Geneviève Delaisi de Parseval (Delaisi de Parseval, 1981), dans son étude sur le fonctionnement psychique des « primipères » ayant eu recours à une IAD, soulève l'intérêt de pouvoir fantasmer un tiers donneur dans l'économie psychique du père. Ce donneur peut être vécu comme un double de soi, mais un soi fertile, qui vient réparer la blessure narcissique de l'infertilité.

Il se peut cependant que le donneur réel soit associé inconsciemment à un parent ou un ami du couple qui aurait lui-même donné son sperme : on demande en effet souvent aux receveurs d'amener un donneur pour la banque de sperme, donneur qui ne sera pas celui de la conception du couple mais qui est un moyen pour que les démarches d'IAD aillent plus rapidement. Les

auteurs observent alors fréquemment une sorte de déplacement des représentations attribuées au donneur, sur la personne connue.

On peut voir la force du déni dans la réparation : trouver quelqu'un d'identique, de connu, de rassurant, c'est un peu annuler la portée du traumatisme de la stérilité et faire « comme si de rien n'était » ... le donneur vient ici représenter l'infertilité jusqu'alors mise à distance.

4.4.2 La rivalité

M.Canneaux (Canneaux et al., 2011) dans son travail de thèse auprès des couples ayant eu recours à un don d'ovocyte, montre bien comment, la représentation de la donneuse est marquée par une importante rivalité inconsciente :

La confrontation avec la figure de la donneuse constitue une attaque narcissique dans la mesure où elle renforce une représentation de soi blessée par l'infertilité. Dans les premiers temps de la grossesse, certaines femmes sont d'ailleurs ambivalentes à l'égard de la réussite du don d'ovocytes qui vient confirmer non seulement la fertilité de la donneuse mais aussi leur propre infertilité. (Canneaux, Chabert, Golse, Wolf, & Beauquier-Maccotta, 2013)

Par ailleurs, M. Canneaux observe une forme de déplacement de la rivalité à l'égard de la donneuse sur le conjoint, susceptible de revendiquer une filiation privilégiée avec leur enfant.

Les auteurs (G. Delaisi de Parseval, 1981 ; E. Weil, 2007 cités par M.Canneaux) qui ont exploré la question de la place du donneur dans les procréations avec donneur ont, que ce soit pour le don de sperme ou le don d'ovocyte, observé des mécanismes de défense semblables chez les receveurs : le donneur ou la donneuse peut aussi être inconsciemment associé(e) à un(e) rival(e) avec lequel ou laquelle leur(e) partenaire aurait conçu un enfant. A ce fantasme d'adultère s'ajoute aussi de fortes défenses à l'encontre de représentations homosexuelles inconscientes.

4.4.3 Le fantasme d'adultère

Lorsqu'on interroge les hommes sur le choix de l'IAD par rapport à l'adoption, ceux-ci mettent en avant le fait de « pouvoir offrir une grossesse à leur femme. » cette formulation ambiguë révèle, comme le souligne C. Fortier (2018) que l'IAD permet aux hommes de croire et de faire croire que la grossesse de leur femme est de leur fait. L'IAD permettrait de réparer en partie la

blesse de l'infertilité car la virilité et la puissance sexuelle masculine résident tout autant dans le fait de rendre une femme enceinte que dans le fait de lui donner de la jouissance.

Contrairement à leur mari, C. Fortier observe que les femmes se seraient plus volontiers tournées vers l'adoption permettant ainsi une égalité conjugale quant à la transmission d'un héritage génétique à l'enfant, contrairement à la conception par don : « *Ainsi, de même que les hommes disent choisir l'IAD dans l'intérêt de leur épouse, les femmes disent préférer l'adoption dans l'intérêt de leur mari.* » (Fortier, 2018)

C. Fortier met ainsi en avant que les craintes des femmes eu égard à l'IAD (et leur préférence initiale pour l'adoption) témoigne d'une défense contre des fantasmes d'adultères ayant une forte dimension transgressive. Elles peuvent ainsi évoquer le sentiment d'être « souillées » par ce sperme qu'elles doivent accueillir à l'intérieur d'elles-mêmes, espace qui devrait être « réservé » à leur conjoint, témoignant d'une forme de transgression à un idéal de fidélité. La femme qui reçoit le sperme d'un autre homme peut vivre une importante culpabilité malgré l'accord et le choix du conjoint d'avoir recours à l'IAD.

D. Synthèse et perspectives

Il est clair que les couples infertiles doivent faire un cheminement douloureux avant de devenir parent, celui du deuil, du deuil de la fertilité, d'un idéal du moi, le deuil d'une conception classique associés à un vécu de honte (Chevret-Méasson, 2007), et de culpabilité (Fortier, 2018) nous ont interrogé et nous nous demandé si ces vécus pouvaient avoir un impact sur le interactions triadiques.

Concernant les couples qui ont recours à un don de sperme, s'ajoute pour les pères, l'impératif de renoncer à transmettre une partie de soi, de son identité, et d'accepter à rencontrer « un autre », à travers d'autres gamètes que les siennes. Pour les mères, c'est aussi accepter de porter l'enfant d'un autre et tolérer que soit majorée la part d'inconnu dans les représentations qui accompagnent son enfant. Le travail fantasmatique de la parentalité doit donc s'organiser de manière particulière et sortir de la filiation biologique en acceptant de manière encore plus active la part de rencontre avec l'être que représente l'enfant dans sa singularité. Chercher à faire « comme si » le lien de filiation était biologique, aboutit nécessairement à une pensée stérile.

La question des fantasmes mobilisés par le don de sperme et notamment la place que le couple fait au donneur nous est apparue centrale et nous nous sommes posés la question suivante : le donneur a-t-il une place, même en creux, dans les interactions triadiques ? Les interactions triadiques sont-elles influencées par le don et comment ?

Bien souvent consciemment vécu comme « sauveur », le donneur est celui qui permet l'accès au désir mais il est aussi celui qui symbolise la défaillance. Si la rivalité s'impose entre les conjoint vis-à-vis de l'enfant dans le cadre du don d'ovocytes (Canneaux et al., 2011). La retrouve-t-on chez les couples après un recours à un don de sperme ? Et si c'est le cas, comment cette rivalité se joue-t-elle dans la triade ? A-t-elle un impact sur le coparentage et la manière dont s'organise les rôles et les places de chaque parent autour du bébé ?

Nous avons pu observer combien le parcours d'infertilité mobilisait la femme, comme l'homme, avant même la survenue de la grossesse. Il nous est apparu nécessaire de revenir sur les enjeux soulevés par l'infertilité chez chacun des membres du couple individuellement, avant de nous recentrer dans le chapitre suivant sur le couple puis sur le couple infertile.

Chapitre 2

Le couple infertile et la grossesse



C'est donc le couple infertile qui nous intéresse dans ce travail de recherche. Plusieurs courants théoriques se sont penchés sur la question du couple. Nous retiendrons principalement les courants psychanalytique et systémique qui nous offrent des aspects complémentaires d'observation du couple. Là où la psychanalyse s'intéresse aux mécanismes inconscients qui fondent et maintiennent le couple, la systémie propose un regard sur les processus interactifs du couple.

Nous ne pourrions pas, dans le cadre de ce travail, aborder les aspects anthropologiques, économiques, culturels, démographiques, politiques ou religieux qui influencent et façonnent

le couple, ses représentations et ses comportements. Nous invitons le lecteur à consulter l'ouvrage d'E. Smadja (2011): « Le Couple et son Histoire ».

Nous proposerons premièrement une compréhension du couple en exposant les outils théoriques issus des courants psychanalytiques et systémiques qui ont précédé notre réflexion et qui nous ont servi d'héritage : à la fois transmission nécessaire et départ de notre réflexion.

Ensuite, nous nous attacherons plus précisément aux travaux sur le couple infertile qui nous ont servi dans l'analyse des couples infertiles que nous avons rencontrés.

Enfin, nous envisagerons la manière dont le couple vit la grossesse après l'expérience de l'infertilité, de l'Aide Médicale à la Procréation (AMP) et plus précisément du don de spermatozoïdes.

A. L'étude du couple : Ancrages et outils théoriques

Commençons tout d'abord par nous situer parmi cet héritage théorique :

1. La nécessaire complémentarité des approches

1.1 La perspective complémentariste

Le couple est une source d'inspiration pour de nombreux courants théoriques qu'ils soient psychodynamique, historique, sociétal, anthropologique, et bien d'autres. La multiplicité des approches nécessite d'aborder cette entité couple de plusieurs manières bien distinctes pour ne pas les confondre, aliéner une théorie à une autre et par là-même perdre son identité. Ainsi, comme le plébiscite Sylvain Missonnier (2014), soulignant l'héritage de Georges Devereux, nous tenterons de nous situer dans un référentiel « complémentariste ».

« L'hypercomplexité de ces données humaines impose, justement, de relever au mieux d'un double, triple, quadruple... discours qui ne peuvent pas être tenus simultanément et synthétisés dans d'illusoires transversales simplificatrices, confusionnantes et... intégratives. »

(Missonnier, 2014)

On comprend en effet la nécessaire complémentarité des approches qui, si elles sont chacune fondamentales ne peuvent cependant pas se confondre.

Nous proposerons donc un travail mettant en avant la richesse de la pluridisciplinarité afin de respecter une « *mitoyenneté non confusionnante* » entre l'héritage de la pensée analytique et celui de la pensée systémique.

1.2 Les différentes facettes du couple stable

En confrontant les deux modèles de l'approche psychanalytique et systémique, J-G Lemaire (1969) observe que certaines situations relèvent plutôt de l'une ou de l'autre.

« *La véritable difficulté n'est pas – au nom d'une théorie a priori- d'exclure l'apport d'une autre mais de repérer où peut se faire l'articulation entre les deux, dans le cas où elle est possible.* » (Lemaire, 1969 p.120)

L'approche analytique, tout à fait éclairante quant à la question du choix d'objet nous renseigne aussi lorsque l'aspect pulsionnel est prédominant et que le Sujet cherche à satisfaire ses désirs pulsionnels sans s'intéresser beaucoup à la relation avec l'Objet (Ce qui serait le cas d'une relation ponctuelle). En revanche, d'après J-G. Lemaire, l'approche systémique viendrait enrichir la compréhension des couples stables, inscrits dans une perspective temporelle :

Il semble donc [...] qu'on puisse tenter d'apporter au couple de longue durée l'éclairage d'une compréhension systémique, en tenant compte des dimensions spécifiques de la dyade, du caractère plus ou moins symétrique des relations de ses membres, de l'importance de la problématique inconsciente de leurs désirs et de la nature également inconsciente de la plus grande part de leurs communications. (Ibid. p121)

La perspective systémique a bien toute sa place dans la compréhension des couples qui s'inscrivent dans la durée, comme c'est le cas de la majorité des couples qui fondent une famille en devenant parents. Dans notre recherche, tous les couples sont ensemble depuis plusieurs années et s'inscrivent dans ce que l'on peut considérer comme un « couple stable ». La dimension systémique nous est donc apparue comme fondamentale.

J-G. Lemaire met lui aussi en avant le fait que ces perspectives ne doivent surtout pas être assimilées :

« Comme les projecteurs placés à des lieux différents, elles éclairent des faces différentes de l'Objet et laissent dans l'ombre d'autres aspects. Seule la multiplicité des angles d'observation permet la réduction de ces zones d'ombres. » (Lemaire, 2003)

1.3 Dialectique analytique et systémique

A. Eiguer (1998) adresse une critique aux théories systémiques pour « *le peu d'attention portée par la systémie aux mécanismes de fonctionnement intimes du couple.* » (Eiguer, 1998 p.28)

Car en effet, si les systémiciens s'attachent à observer les interactions conjugales et le comportement de chaque membre de la dyade, ils passent selon A. Eiguer, à côté de l'élément fondateur qu'est l'amour du couple.

Cependant, comme nous le verrons plus après, pour les systémiciens, l'étude du couple n'est pas l'étude de l'amour du couple (et d'ailleurs le couple peut-il se réduire à l'amour ?) mais ce qui contribue à influencer la relation. Pour reprendre une phrase de Guy Ausloos (1995), il s'agit de « *de pas se centrer sur les contenus mais sur les processus.* » (Ausloos, 1995 p.33)

2. Définitions

2.1 Le couple

Evoquer le couple, c'est parler de la relation entre deux individus. Le Larousse dans sa définition donne plusieurs facettes intéressantes :

- Personnes unies par le mariage, liées par un PACS ou vivant en concubinage. *ex Un couple uni.*

- Deux personnes réunies provisoirement au cours d'une danse, d'une promenade etc. *ex: Des couples de danseurs.*

- Deux personnes animées d'un même sentiment, d'une même volonté ou que des intérêts, des affinités, des caractères rapprochent. *ex: Un couple d'amis.*

Finalement, être en couple c'est être deux et partager : une danse, une émotion ou un avenir...

Le couple est l'espace qui réunit deux individualités, deux intra-psychismes et de ce lien découle un nouvel espace extra-psychique.

2.2 De l'intrapsychique...

Mis en évidence par S. Freud (L'interprétation des rêves, 1926) l'intrapsychique est cet espace qui témoigne de ce qui se transmet du préconscient au conscient ou à l'inconscient chez un même individu (dont les exemples manifestes sont les pensées latentes du rêve, les lapsus, les mécanismes de défense, etc.). L'intrapsychique nous parle donc de ce qui se passe à l'intérieur du sujet individuel, interne à l'appareil psychique.

B. Golse (1998) souligne l'importance du processus conjoint de différenciation de l'intrapsychique et de l'extra-psychique pour rendre compte des mécanismes qui sous-tendent l'ontogénèse de la personne. C'est cette différenciation extra-psychique qui donne accès à l'intersubjectivité : « *[permet] de prendre conscience que soi et autrui ne sont pas confondus, ne l'ont pas vraiment été et ne le seront jamais plus.* » (B. Golse, 1998)

Le couple commence là où commence la perception de l'altérité. Il est avant tout fait de la rencontre de deux psychismes qui vont « mettre en commun » leurs propres représentations intrapsychiques. Si chacun des membres du couple partagent leur inter-subjectivité, le couple n'annule pas pour autant la dynamique intrapsychique.

2.3 ...Vers l'Intersubjectivité

Ainsi, l'intersubjectivité désigne la relation de personne à personne, chaque personne étant considérée du point de vue de sa subjectivité.

Bernard Brusset dans sa « *Métapsychologie des liens et troisième topique* » (Brusset, 2006) nous offre une définition de l'intersubjectivité :

« *L'intersubjectivité est une notion descriptive qui implique la réciprocité entre deux sujets, entre deux êtres désirants ; elle est faite d'une co-activité psychique différente de celle qui est propre à chacun.* » (ibid. p.1222)

Il convient de distinguer la dynamique interpersonnelle « qui concerne la relation entre deux individus » et l'intersubjectivité, terme introduit dans le vocabulaire philosophique par E.Husserl (1931) pour désigner l'existence d'une pluralité des sujets communiquant entre eux et partageant un monde commun, présent à la conscience de chacun. Il décrit ainsi « *Un sentiment originaire de coexistence* » (Husserl, 1931 p. 74).

Le couple, puis la famille est donc par essence l'espace originaire de l'intersubjectivité. J-G. Lemaire (2003) propose une définition des transmissions intersubjectives :

On y observe aussi bien [dans le groupe familial] la transmission des représentations présentes chez les différents membres du groupe que la transmission des processus fondamentaux (par exemple l'interdit de l'inceste), y compris lorsqu'ils sont refoulés dans l'inconscient par la censure. Ces derniers ont alors leur place à la fois dans l'univers intrapsychique de chacun et dans l'univers intersubjectif de la famille. (Lemaire, 2003).

2.4 Le couple dans une perspective analytique

Le couple, comme la famille, apparaissent alors comme un espace de transmission : des valeurs et des interdits mais aussi de tout un univers inconscient partagé par ses membres.

Si J.G Lemaire (1969) fait des concepts analytiques la base fondamentale de l'étude et de la compréhension du couple, il rappelle que le couple, en tant qu'entité tierce, ne peut pas se réduire à la seule dimension de l'intrapsychique.

« Le couple, que nous avons appelé conjugal, au sens large, parce qu'il se structure sur des bases affectives et sur un projet au moins implicite de longue durée, présente des caractéristiques précises : »

Ainsi l'étude du couple commence par l'étude de la rencontre de deux intra-psychismes : *« - le choix spécifique du partenaire, le processus d'idéalisation, la confrontation narcissique des intéressés, le réveil d'un mouvement d'autonomisation individuelle, »* [Puis de la relation en lien avec l'inconscient de chacun :] *« l'intrication mutuelle des désirs inconscients, l'utilisation réciproque de la relation d'Objet comme modalité défensive principale contre les désirs pulsionnels prégénitaux insuffisamment contrôlés par la primauté du génital. »*

[Mais aussi l'étude de la relation en elle-même, système à part entier avec ses règles de fonctionnement :]

« - Enfin, une distribution spécifique des rôles autour d'une collusion des processus intrapsychiques individuels y organise un véritable système autoréglé avec ses rétroactions circulaires permetta(Lemaire, 1969)nt une certaine homéostasie. » (Lemaire, 1969 p.335)

2.5 La relation, une entité à part entière (perspective systémique)

Le couple ne peut pas se résumer, ni même se comprendre, en envisageant chacun de ses membres de leur côté. Il représente en soi une dynamique particulière. Les systémiciens, dans l'héritage de Socrate, proposent une idée du couple différente des parties qui la composent : « le tout est *autre* que la somme des parties »

Un être est donc aussi partiellement déterminé par le tout dont il fait partie. Il faut connaître ce tout (et aussi les parties) pour connaître et saisir ce qui est en jeu pour ses membres.

L'étude du couple ne peut donc faire l'économie de ses différents axes de compréhension :

- D'une part, ce qui se joue pour chacun des membres qui le compose,
- La dimension intersubjective de ce qui est subjectivement échangé à l'intérieur même du couple,
- Et enfin ce qui concerne la relation conjugale elle-même.

Le dictionnaire des thérapies familiales (Miermont & Maruani, 2001) donne du couple la définition suivante :

Le couple humain sera essentiellement envisagé ici dans le contexte spécifique des systèmes familiaux qui le produisent et des systèmes familiaux qu'il reproduit. Dans cette optique, certaines difficultés, crises, voire ruptures que connaissent les couples sont à considérer non seulement en fonction de la structure de personnalité des partenaires, mais également de la « personnalité spécifique » du couple, et des tensions transgénérationnelles, en amont et en aval, qu'il subit.[...] (Miermont & Maruani, 2001)

Ainsi, J. Miermont met en avant non seulement le contexte du « système familial » à l'intérieur duquel le couple se constitue, mais aussi l'incontournable perspective intrapsychique, la personnalité du couple et les enjeux transgénérationnel qui le traversent et l'influencent.

Ces définitions nous permettent d'entreapercevoir la complexité des enjeux et des mécanismes qui relèvent de l'entité couple.

Dans notre travail de compréhension des mécanismes qui sous-tendent le couple, nous nous attacherons plus précisément aux fondements du couple, à la rencontre et à ce qui fait qu'un couple s'inscrit dans la durée.

3. Psychanalyse groupale et théorie du lien

La psychanalyse groupale s'est attachée à décrire et à rendre compte des processus psychiques à l'œuvre dans la famille et dans le couple à travers la notion fondamentale d'intersubjectivité

3.1 La théorie du lien (Bion)

Les travaux sur les mouvements psychiques à l'intérieur du couple ont débuté avec la théorie du lien de W. Bion (1959). Il travaille en effet sur les effets du travail psychique de l'un (la fonction-alpha de la mère) sur le développement de l'espace psychique de l'autre (l'appareil à penser du bébé). Bion distingue le lien intrapsychique (entre la pulsion et la représentation, entre des représentations différentes, entre la pensée et l'affect, entre le sujet et sa propre capacité de penser) et le lien interpersonnel.

Par la suite, R. Kaës (2008) propose une théorie psychanalytique du lien et donne la définition suivante du lien dans une perspective psychanalytique groupale :

J'ai appelé lien la réalité psychique inconsciente spécifique construite par la rencontre de deux ou plusieurs sujets (Kaës, 1994). (...) le lien est le mouvement plus ou moins stable des investissements, des représentations et des actions qui associent deux ou plusieurs sujets pour la réalisation de certains de leurs désirs. (Kaës, 2008)

On comprend ici que le lien du couple représente l'alliance deux individus dans sa dimension à la fois consciente et inconsciente.

3.2 Les alliances inconscientes (R.Kaës)

R. Kaës (2016) comprend l'individu comme « un sujet « singulier pluriel » » où il est non seulement lui-même mais aussi sujet du lien et acteur de la relation. Il développe le concept des alliances inconscientes : pour entrer dans le lien, les sujets doivent nouer entre eux des alliances qui assemblent et construisent « la matière psychique », la réalité psychique qui en résulte.

Toutes les alliances sont soutenues par les fantasmes inconscients et les investissements pulsionnels respectifs, qui organisent et structurent le lien. Ces alliances sont aussi des moyens d'accomplissement de buts inconscients. Ainsi, le couple devient la scène et le moyen de l'accomplissement de désirs inconscients qui n'aurait pas été possible sans cette alliance.

Ces alliances inconscientes sont des formations psychiques intersubjectives, elles produisent de l'inconscient refoulé (par le refoulement) et « non-refoulé » (par le rejet, le déni, la forclusion). Ainsi, selon R. Kaës, les contenus refoulés reviennent à la conscience par la voie du transfert (les résistances), des symptômes, des rêves, des lapsus alors que les contenus « non refoulés » surgissent dans des passages à l'acte, les projections massives, les clivages, les rejets, les signifiants bruts ou énigmatiques. Ces alliances inconscientes accomplissent des fonctions structurantes et défensives.

On peut donc observer que J-G Lemaire et R. Kaës s'accordent sur la double fonction du lien conjugal : garant de l'organisation défensive du sujet mais aussi de l'engagement de chacun dans le couple.

3.2.1 La double polarité du lien libidinal

Ainsi selon R. Kaës, le lien intersubjectif s'organise selon 2 polarités conjointes. L'une se fonde positivement sur des investissements mutuels, des identifications communes, sur une communauté d'idéaux et de croyances, sur un « contrat narcissique » et des modalités conjointement consenties pour la réalisation de certains désirs. L'autre est organisée négativement et de manière défensive, nécessaire pour que tout lien puisse se constituer et se maintenir. « *Ces opérations défensives vont du refoulement au déni, du clivage au rejet.* » (Kaës, 2016 p.132)

R. Kaës s'est intéressé à la portée du négatif, pour les liens d'alliance : « *Le lien et l'alliance pouvaient être pensable dans la dimension de ce qui fait défaut, de ce qui manque ou de ce qui est perdu, de ce qui défie la mort, de ce qui marque le lien du sceau de l'impossible.* » (ibid. p.104)

3.2.2 Le pacte dénégatif

Dès 1985, R. Kaës développe le concept de « pacte dénégatif » qui recouvre les défenses par dénégation, par déni, désaveu ou rejet. Ce pacte est conclu pour assurer les besoins défensifs des sujets lorsqu'ils forment un lien et dans le but de maintenir ce lien.

Le pacte dénégatif est donc à comprendre comme une modalité de résolution de conflits intrapsychiques et des conflits qui traversent le lien et seraient susceptibles de fragiliser l'alliance.

Le pacte dénégatif présente donc une double face : par certains aspects, il peut se révéler nécessaire à la structuration du lien, par d'autres aspects, il fonctionne comme une alliance aliénante.

Lorsque le pacte dénégatif se construit sur le refoulement et le renoncement à la réalisation directe des buts pulsionnels destructeurs, il en résulte que des contenus refoulés sont toujours en mesure de faire retour dans le lien sous forme de symptôme de structure névrotique, résultat d'un conflit entre désir et défense.

Lorsque le pacte dénégatif se met en place du déni, du rejet ou du désaveu, il crée alors dans le lien et pour chacun des sujets : « *de l'énigmatique, du non-signifiable et du non-transformable. [...] Des « espaces-poubelles » (Roussillon, 1987) ou des lignes de fuite maintiennent le sujet étranger à sa propre histoire et à l'histoire de l'autre. » (Kaës, 2016 p.121)* Cette forme de pacte est alors susceptible d'aboutir à une dérive pathologique d'une alliance inconsciente.

Comme nous le verrons plus après au travers de mécanismes de défense du couple, le couple met en œuvre de nombreuses stratégies dans le but d'éviter le conflit et de ne pas se séparer. Cette question du « pacte dénégatif » pour maintenir le lien d'amour fait écho à ce que nous avons pu observer dans la clinique des couples suite à une infertilité masculine et à un don de sperme, ce que nous détaillerons dans cette recherche.

3.3 Lien narcissique et lien libidinal

Un concept nous semble important pour pouvoir qualifier le lien d'alliance dans la relation de couple. A. Eiguer (1998) propose d'appliquer les différentes modalités de liens aux relations de couple. Il distingue :

- le lien narcissique « *dominé par l'investissement narcissique commun à toute liaison humaine et à laquelle contribueraient mari et femme* ».

- Et le lien libidinal d'objet « *dominé par l'investissement d'objet, fonctionnant d'une façon conjuguée et s'articulant entre partenaires à travers l'identification projective ou l'interaction.* » (Eiguer, 1998 p.54)

Ces deux types de liens sont en articulation et contribuent à la solidité et à la permanence de l'alliance. Selon A. Eiguer, dans toute relation de couple, le narcissisme irait jusqu'à se confondre et tendrait vers le syncrétisme « *effaçant les limites entre les individus, débordant l'espace individuel : il serait le résidu du narcissisme primaire en quête de semblable.* » (ibid. p.55).

Les liens libidinaux viennent eux aussi consolider le couple par identification de « *l'autre inconscient* (souligné par l'auteur) à *l'autre réel* » et font référence aux objets internes et externes.

Selon A. Eiguer, la fragilité d'un couple peut s'exprimer par un déséquilibre entre les liens narcissiques et les liens libidinaux d'objets.

4. Fondements et mécanismes du couple

Parler du couple, c'est donc mettre en avant le lien, la relation entre les deux partenaires. Les travaux de Freud ont permis une première réflexion sur la question du choix d'objet amoureux, puis ceux de l'école Kleinienne sur les mécanismes de défenses qui fondent la relation à l'autre et par conséquence le couple.

Comme nous allons le voir, le choix du partenaire ne se fait pas par hasard et nous renvoie à ce qui se passe au cours d'une rencontre : la communication inconsciente des contenus intrapsychiques de chacun.

4.1 Choix d'objet amoureux, choix du conjoint

4.1.1 Choix d'objet narcissique et Objectal

Du point de vue psychanalytique, le choix du conjoint repose sur le choix d'objet, c'est-à-dire l'acte psychique d'élection d'une personne comme objet d'amour. (Laplanche, Pontalis, &

Lagache, 1967). Selon, S.Freud (« Pour introduire le narcissisme », 1914), ce choix d'objet d'amour se fait selon deux modalités interdépendantes :

- Le choix d'objet narcissique, où l'objet est choisi selon la relation du sujet à lui-même, sous tel ou tel aspect : l'objet d'amour doit être ce que l'on est soi-même, ce que l'on a été, ce que l'on souhaiterait être ou une partie de soi-même.
- Le choix d'objet par étayage, où l'objet est choisi selon le modèle des relations aux parents. L'objet doit alors reproduire, réellement ou fantasmatiquement, les expériences d'allaitement, de soin, de protection, d'interdits.

Ainsi, selon Freud, ce sont les modalités du choix d'objets qui guident ou motivent inconsciemment le choix d'objet amoureux.

Ce choix se fait aussi en lien avec la structure transgénérationnelle de la famille du partenaire : soit par recherche d'une isomorphie de structure, soit par recherche d'une complémentarité, et d'une réparation compensatrice des manques de son propre système d'appartenance.

4.1.2 Le retour aux imagos parentales

J-G. Lemaire (1969) analyse en détail la manière dont s'opère le choix du partenaire. Il précise que l'objet d'amour, comme l'a montré Freud, présente les mêmes caractères que l'original, auquel il est toujours référé. Le choix d'objet se fait donc en lien avec les imagos parentales. Il cite Freud dans « La sexualité infantile » (1905, p. 312) qui écrivait : « *Trouver l'Objet, c'est au fond le retrouver.* » La relation amoureuse apparaît alors comme la « *réédition d'un amour antérieur* ».

Mais le partenaire n'est pas choisi uniquement pour sa ressemblance (ou son opposition) à telle figure parentale. « *Il faut ajouter à ces caractéristiques personnelles un autre élément : le type d'interrelation Sujet – Objet est référé au type d'interrelation du Couple Parental.* » (Lemaire, 1969 p. 68). Le choix du partenaire se fait donc aussi selon un modèle inconscient intériorisé du couple de ses propres parents, qui organise la manière d'être en couple.

Le choix du conjoint se fait donc dans une recherche de complémentarité ou de compensation, en écho avec l'organisation défensive des protagonistes. Il est important de souligner le caractère mutuel des bénéfiques secondaires tirés de l'induction ou de l'acceptation d'un rôle au sein du couple. Ainsi, ce sont :

« les besoins communs exprimés par la dyade qui imposent la distribution des rôles, beaucoup plus que les besoins individuels de l'un des membres. » (Ibid. p134)

Finalement ce point de vue permet d'entreapercevoir la dimension active (même si elle est inconsciente) de la répartition des rôles dans le couple.

Il existerait un phénomène d'« engrenage des processus individuels » (Lemaire, 1969) dans la structuration dyadique. C'est-à-dire que l'on observerait dans le choix d'Objet non seulement une résonance par rapport aux imagos parentales, vis-à-vis du modèle de couple parental mais aussi, un choix d'Objet qui ferait écho aux conflits intrapsychiques de chaque partenaire. Le couple a donc pour fonction une forme d'apaisement mutuel, soutenue par un contrat inconscient entre ses deux membres.

4.1.4 « Le choix de la défaillance »

Jean-G. Lemaire cite L.C. Wynne (1958) qui parle de « *l'échange des dissociations* » et observe que chaque partenaire cherche à maintenir éloigné de sa conscience des caractéristiques personnelles qui lui semblent négatives ou désagréables. Pour ce faire, chaque partenaire tend à attribuer à l'autre, en les projetant de manière inconsciente, les aspects repoussés de sa propre personnalité, grâce à mécanisme de « dissociation ». On observe alors un véritable échange des dissociations dans la dyade. Il est donc possible de choisir chez le partenaire des qualités ou des caractéristiques « négatives ».

C'est la défaillance du partenaire qui est en quelque sorte attendue et choisie. [...] précisément dans le plan où le sujet craint de ressentir en lui également une même défaillance qu'il tend à nier ou à écarter de son champ de conscience et qu'il est soulagé de prêter à son alter égo. (Lemaire, 1969 p124)

Dans une perspective freudienne, il est plus facile de comprendre le choix de l'Objet comme la projection, sur l'Objet d'Amour, de l'Idéal du Moi du Sujet. Le partenaire devient une sorte de substitut de l'Idéal du Moi du premier. JG Lemaire met en avant la possibilité d'un choix, chez le partenaire, de caractéristiques négatives. C'est la défaillance latente de l'objet qui est choisie là où le sujet craint d'être défaillant lui-même.

Ainsi, au regard de l'infertilité des couples, ce principe de la défaillance de l'objet ouvre la réflexion sur deux aspects. On pourrait imaginer que le partenaire est choisi malgré, voire pour

son infertilité : l'objet d'amour devenant défaillant préserve le moi du partenaire de sa propre vulnérabilité puisqu'elle est portée par l'autre. Les couples auraient une connaissance, inconsciente, de l'infertilité potentielle du partenaire. En revanche, il est possible de penser que l'infertilité dans le couple vient réinterroger ce « choix de la défaillance ». Comme nous le verrons plus loin, les couples qui tiennent malgré l'épreuve de l'infertilité pourraient avoir trouvé chacun un bénéfice secondaire inconscient à l'infertilité du conjoint. Par un échange des dissociations, le partenaire fertile pourrait attribuer sa propre vulnérabilité au partenaire infertile, qui lui bénéficierait à l'inverse de pouvoir être soutenu et faire l'expérience d'être aimé avec sa défaillance (et du lien qui perdure même s'il est –symboliquement- attaqué par lui).

4.2 Le contrat conjugal

C. J Sager (1971) met en avant l'existence de « dynamiques contractuelles » comme de puissants déterminants des comportements individuels, comme de la relation conjugale. Le contrat conjugal se réfère à la conception de chacun verbalisée et non-verbalisée, consciente et inconsciente, de ses obligations dans la relation conjugale, et des bénéfices attendus du mariage en général et du conjoint en particulier. Il insiste sur la dimension réciproque du contrat : ce que chacun s'attend à donner et qu'il attend à recevoir de son partenaire est crucial dans cette perspective. Le contrat touche tout ce qui est en lien avec la situation conjugale : la relation aux amis, la réussite, le pouvoir, la sexualité, les loisirs, l'argent, les enfants, etc. Le degré de satisfaction mutuelle des attentes contractuelles est un important déterminant de la qualité de la relation conjugale.

Il distingue 3 niveaux de contrat :

- Le contrat conscient, verbalisé : inclut ce que chacun des partenaires demande à l'autre dans un langage compréhensible. Les aspects réciproques des attentes et de ce qui est proposé en échange ne sont cependant pas verbalisés et reconnus.
- Le contrat conscient, non verbalisé (préconscient) : se réfère aux attentes de chacun en terme de croyances, de fantasmes, etc. Parfois différentes des attentes conscientes, elles peuvent générer de la peur ou une certaine honte en lien avec leur révélation.
- Le contrat inconscient : comprend les besoins ou les désirs, souvent contradictoires et non réalistes et dont aucun des partenaires n'a a priori conscience. Ils peuvent être en adéquation

avec les précédents ou en complète opposition avec ceux-ci, en fonction de l'organisation psychique de chaque individu.

Le conflit peut survenir après plusieurs années de vie commune, lorsque le contrat initial est inconsciemment rompu par l'un des deux partenaires. Une plus grande indépendance affective, une réalisation sociale ou un trop grand éloignement par rapport aux attentes initiales de l'autre peuvent aboutir à une forme de rupture du contrat. La naissance d'un enfant, comme un changement de statut, (symbolique, financier mais aussi le départ à la retraite, le départ des enfants de la maison, etc.) sont susceptibles de rompre le contrat conjugal.

4.3 L'organisation défensive du sujet dans le couple

Le conjoint est donc inconsciemment choisi en ce qu'il répond à une demande ou à une fonction inconsciente. J-G. Lemaire souligne que le partenaire peut endosser un rôle dans l'organisation défensive du sujet

4.3.1 Clivage et idéalisation

J-G. Lemaire met en avant les mécanismes de défense qui fondent et structurent le couple dans sa continuité : le clivage et l'idéalisation. Il fait référence à M.Klein et expose comment la stratégie amoureuse reproduit celle des tout premiers moments de l'existence, quand elle vise à maintenir, éventuellement grâce à l'activité fantasmatique, le caractère entièrement bon de l'Objet, en le détachant parfois de ce qui pourrait apparaître comme des parties mauvaises. Le clivage est à l'œuvre :

Ainsi, le monde de l'amoureux est divisé en un Objet totalement bon, appartenant au Sujet, et le reste du monde au sein duquel apparaissent les mauvais Objets, persécuteurs, qui sont menaçants tant à l'égard du Sujet qu'à l'égard de l'Objet introjecté. (Lemaire, 1969 p.72)

Dans la relation conjugale, le partenaire devient support des projections :

« On pourra regarder le partenaire comme support des projections d'un bon Objet internalisé, mais aussi comme support des projections d'un Objet absorbant, objet intériorisé » (Ibid. p34)

Ceci confirme que le conjoint n'a donc pas nécessairement un rôle univoque de réassurance et de soutien. Il peut aussi représenter une forme de figure qui englobe le sujet (« Objet

absorbant », lui permettant de taire ses propres mouvements. Il peut aussi représenter une figure dépréciée du soi que le sujet projette sur l'autre, lui permettant de se dégager de ses propres mauvais objets intériorisés.

Ensuite l'idéalisation s'observe dans le moment du coup de foudre ou de « lune de miel ». La période de la rencontre est marquée par une suppression radicale de toutes les situations de déplaisir et par une négation de tous les aspects insatisfaisants de l'Objet.

Cette phase de déni doit normalement se poursuivre par une seconde phase, celle de la « dés-idéalisation nécessaire », en référence à la période de « position dépressive » de M. Klein. *« Cette capacité à vivre l'équivalent du deuil apparaît ainsi comme le véritable critère permettant d'apprécier le degré de maturité suffisante pour que le Sujet soit susceptible de s'engager dans un processus amoureux de plus longue durée. » (ibid. p 74)*

On comprend ici que pour J-G. Lemaire, la dés-idéalisation est un passage nécessaire au couple pour s'inscrire dans la durée. Le couple qui dépasse cette dés-idéalisation devient plus solide.

4.3.2 La désidéalisation nécessaire

Tous les couples, après la période de l'idéalisation de la rencontre, traversent une période de crise. Ce terme de crise n'est pas à entendre de manière négative. C'est l'occasion pour le couple d'un remaniement, d'une réorganisation, à la suite d'un nouvel événement qui viendrait bouleverser un équilibre antérieur. Le couple traverse plusieurs périodes de crise dans sa vie conjugale, nécessitant à chaque fois des réaménagements de la relation et de ses représentations. Le processus de crise est donc induit par la déception éprouvée par le Sujet face à une défaillance supposée de l'Objet. L'expérience de l'épreuve de réalité entraîne la fin d'une forme de méconnaissance de l'Objet et la découverte, avec l'émergence de certaines critiques, de sentiments ambivalents. J.G Lemaire parle de cette « désillusion » et fait référence aux travaux de D.Winnicott (1945). Le couple, comme l'enfant tout petit dans son processus de séparation-individuation, passe par cette étape de dé-symbiose qui laisse la place à l'objet réel : la mère pour le bébé (et l'apparition des tiers comme le père), l'autre dans le couple.

Même modeste, même partielle, la déception apparaît lorsque l'Objet ne semble plus répondre à tous les désirs du sujet ; c'est au moins sur un plan qu'il manque, qu'il fait défaut : il faillit à l'attente. Même si le partenaire n'a pas changé d'attitude

objectivement, c'est objectalement que son image intériorisée paraît faillir et qu'elle est ressentie insatisfaisante par rapport à l'attente du Sujet désirant. (Ibid. p190)

Après la période de « lune de miel » (Lemaire, 1979), petit à petit le principe de réalité reprend sa place dans la perception de son partenaire. La naissance du premier enfant représente une crise dans la mesure où elle implique pour le couple de se réorganiser face à une perturbation extérieure.

La dés-idéalisation, étape nécessaire du couple nous interroge chez le couple infertile. Dans « Jeu et réalité » (1971), D. Winnicott explique comment le nourrisson face à l'objet défaillant, parce qu'absent, projette ses parties mauvaises sur l'objet jusqu'à détruire l'objet fantasmatiquement. L'essentiel est alors pour le bébé d'avoir pu faire l'expérience que l'objet a survécu malgré ses attaques et sa destruction, qu'il est aimé malgré ses attaques mais aussi parce que l'objet a survécu à sa destruction.

Qu'en est-il des projections agressives des couples infertiles ? La dés-idéalisation est-elle possible à l'intérieur du couple ? Comment le couple élabore-t-il autour de l'attaque et de la déception que représente l'infertilité ? Quel est donc le destin de l'agressivité pour les couples après une période d'infertilité ? Nous tenterons de proposer des pistes de réflexion autour de ces questions dans la suite de notre travail.

4.3.3 La lutte du couple contre la désidéalisation

Selon J-G. Lemaire, le couple met alors en place plusieurs stratagèmes pour se préserver d'une « désidéalisation » qui pourrait être trop dangereuse pour l'équilibre intrapsychique de chacun des membres. Il peut être trop douloureux de percevoir en soi des comportements ambivalents.

4.3.3.1 Le déni ou la dénégation

Les premières réactions à cette nouvelle intrusion de la réalité extérieure vont dans le sens d'une tentative de maintien de la phase antérieure afin de maintenir les bénéfices secondaires de l'idéalisation du conjoint et de soi-même à travers l'autre, au niveau de la réassurance individuelle et au niveau des satisfactions libidinales.

Les mécanismes comme le déni ou la dénégation apparaissent chez le couple en défense inconsciente à cette désidéalisations. « *pour masquer ou fuir la faille qui le menace plutôt que d'en neutraliser les effets...* » (Lemaire, 1969 p.155)

J-G Lemaire propose un parallèle entre ce que l'on observe du couple et ce que D. Anzieu avait mis en avant (« *Le groupe et l'inconscient* », 1975) dans le fonctionnement des groupes à travers le concept « d'illusion groupale » qui souligne :

« *le renforcement des aspects fusionnels, dénégateurs d'éventuelles divergences, et apportant des modes régressifs de satisfaction où tend à s'estomper la différenciation individuelle et jusqu'à l'individualité propre.* » (Ibid.)

4.3.3.2 L'ambivalence impossible

D'autres stratagèmes inconscients viennent, selon J-G Lemaire, contrer l'émergence de l'ambivalence. Le Sujet pourra alors soit :

1/ Orienter les manifestations de son agressivité sur une partie seulement de l'Objet, qui est, de fait, lui-même clivé.

2/ Déplacer son agressivité sur un tiers.

Le même processus de dichotomie visant à séparer, à l'intérieur du partenaire une bonne partie conforme à l'image désirée, et une mauvaise, attribuée à l'influence de tiers ou de facteurs extérieurs, peut conduire soit à des comportements agressifs à l'égard de ces tiers, soit ailleurs à un comportement ultra possessif à l'égard de l'Objet. (Ibid. p 201)

3/ Enfin, l'agressivité peut paradoxalement être manifeste dans le but de préserver l'Objet inconsciemment :

La tentative de garder bonne à l'intérieur de soi une image favorable à l'Objet d'amour prendra la forme clinique paradoxale d'un déchaînement agressif contre lui ; manifestation évidemment plus rare car l'Objet d'amour risque fort de réagir symétriquement de manière agressive jusqu'à ce que son comportement soit en contradiction trop visible avec l'aspect idéalisé. (Ibid. p. 203)

4.3.4 Le phénomène de « collusion »

Le couple va donc tout faire pour lutter contre une potentielle désorganisation face à une crise, H.V. Dicks (1967) et J. Willi (1975) mettent en avant un phénomène de « collusion », processus symbiotique visant à méconnaître la distance qui sépare le personnage réel choisi comme conjoint de sa figure idéalisée et intériorisée. L'idéalisation et le clivage seraient donc à l'œuvre afin de maintenir l'objet dégagé de projections agressives. Le caractère réciproque de ce phénomène collusif est alors susceptible de prolonger cette confusion.

Ce phénomène de collusion s'exprime chez chacun des deux partenaires : lorsqu'un conflit profond n'est pas résolu, chacun s'opposant alors sur deux polarités d'une même thématique.

« Le conflit fondamental non résolu est exprimé dans des rôles différents qui font naître l'impression que l'un des partenaires est exactement le contraire de l'autre, alors qu'il ne s'agit là que les variantes polarisées du même comportement. » (Willi, Monjardet, & Lemaire, 1982, p.70)

Ce principe de collusion n'est pas pour autant pathologique même s'il introduit des mécanismes de défense dits « pathologiques » mais il représente un phénomène général, existant à un degré ou à un autre chez tous les individus et dans tous les couples.

Ainsi le couple met en œuvre de nombreuses ressources, avec parfois des mécanismes radicaux comme le clivage, pour ne pas se désorganiser.

Les couples, face à la crise que représente l'infertilité vont donc se mobiliser contre la rupture. Quels ajustements conjugaux sont alors nécessaires ? Comment le couple compose-t-il avec l'infertilité et le recours à un don de gamètes ?

5. Les apports systémiques de l'école de Palo Alto et de M. Bowen

5.1 Le modèle systémique

Le modèle systémique s'est construit dans les années 1940 à partir de la théorie générale des systèmes de Ludwig von Bertalanffy (1937). Biologiste autrichien, reconnu comme l'un des fondateurs de la cybernétique, il énonce qu'un système est caractérisé par une tendance au maintien de sa cohésion, et par sa capacité de transformation. Ces deux fonctions inverses amènent le système à un état d'équilibre instable et provisoire.

Sur ce modèle, le groupe, la famille, comme le couple, sont chacun des systèmes à part entière et ils tendent vers le maintien d'un statut quo grâce à des mécanismes de régulation. Cette approche insiste sur les aspects spécifiques de la relation, non strictement réductibles à la personnalité de chaque partenaire, où prime l'influence des systèmes d'alliance.

Dans cette perspective, tout changement va donc avoir un impact sur tous les protagonistes. Les causes possibles ou supposées d'un comportement n'ont qu'une importance secondaire mais l'effet de ce comportement dans l'interaction d'individus étroitement liés revêt une importance capitale.

5.2 Les apports de l'école de Palo Alto

En 1952, G. Bateson, psychiatre fonde l'école de Palo Alto dans le but de se centrer sur l'étude du paradoxe de l'abstraction dans la communication. Il s'entoure de plusieurs chercheurs éminents, comme D.D. Jackson, et A. Ferreira dont nous détaillerons les travaux plus loin. Il s'attache plus spécifiquement à étudier la communication chez les schizophrènes et de cette équipe va naître (entre autres) le concept de « double-bind » ou de « double lien » qui a fait sa renommée. De nombreux cliniciens, psychiatres, anthropologues, spécialistes en communication, vont par la suite rejoindre le groupe de Palo Alto.

Dans ce travail de thèse, nous présenterons les concepts qui nous ont semblé importants au regard de ce que vivent les couples ayant recours à un don de sperme. Ces outils nous ont servi dans l'exploration et la compréhension de la dynamique conjugale.

5.3 Symétrie ou complémentarité du couple

Dans la suite des travaux de G. Bateson, ses collaborateurs ont défini le couple à partir de différents systèmes de relation : symétriques, complémentaires ou réciproques. W.J. Lederer et D.D. Jackson (1968) proposent de catégoriser les relations conjugales avec la distinction suivante :

- Symétriques lorsque les partenaires ont des comportements en miroir, dans une surenchère dans l'égalité, être aussi bon que l'autre, en faire autant dans tous les domaines etc. avec une minimisation de la différence. Le danger d'une relation symétrique est « l'escalade symétrique » : l'exacerbation de la rivalité. La rupture de la relation symétrique peut aboutir à un rejet.

- Complémentaires, quand le comportement de l'un des partenaires complète celui de l'autre. Les couples peuvent s'assortir en s'enrichissant de la différence de l'autre mais on observe aussi des relations complémentaires avec maximalisation de la différence : l'un des partenaires prend en charge l'autre, décide de tout pour l'autre qui lui obéit en tout et pour tout. La relation parent-enfant est un exemple de relation de nature complémentaire : la mère donne les soins à son bébé et celui-ci en a besoin pour vivre, l'enfant apparaît totalement dépendant de sa mère.
- Réciproques ou parallèles lorsque les partenaires alternent les interactions symétriques et complémentaires, les attitudes combatives ou compréhensives, en fonction du contexte et des nécessités. Les relations complémentaires donnent lieu à la même réciprocité positive et saine.

5.4 Le principe d'homéostasie

D.D Jackson (1957, cité par Miermont, 2001) propose le concept d'homéostasie familiale. Chaque groupe familial est organisé sur un paradoxe : la nécessité de pouvoir faire face aux crises, de s'adapter face au changement et dans le même mouvement, l'impératif de maintenir son organisation à l'identique, soit une considérable résistance au changement sur le principe de l'homéostasie.

D.D Jackson montre que le recours pour un malade à des symptômes a son utilité pour communiquer avec sa famille. Le symptôme est alors entendu comme ayant un rôle dans l'équilibre de la vie psychique du groupe, famille ou couple, et des individus qui le composent, en permettant le maintien de l'homéostasie familiale. Le symptôme, porté par le patient désigné, a un sens dans l'équilibre général du système.

5.5 Le principe de circularité

Le courant systémique propose d'envisager une causalité circulaire et non plus linéaire. L'école de Palo Alto, avec les travaux de P.Watzlawick sur la communication (Watzlawick, 1967), observe que l'échange d'information a une influence sur le récepteur de l'information. L'information agit, sur le modèle de la cybernétique, grâce au mécanisme de rétroaction (« feedback ») : A entraîne B, B entraîne C, C entraîne A, etc. Les divers systèmes interpersonnels sont des boucles de rétroaction : le comportement de l'un affecte celui de l'autre et est affecté par lui.

La rétroaction peut être positive ou négative. La rétroaction négative caractérise le retour à l'homéostasie (état stable), important dans le maintien des relations stables (et dans la résistance au changement). La rétroaction positive conduit au changement et à la perte de stabilité ou d'équilibre.

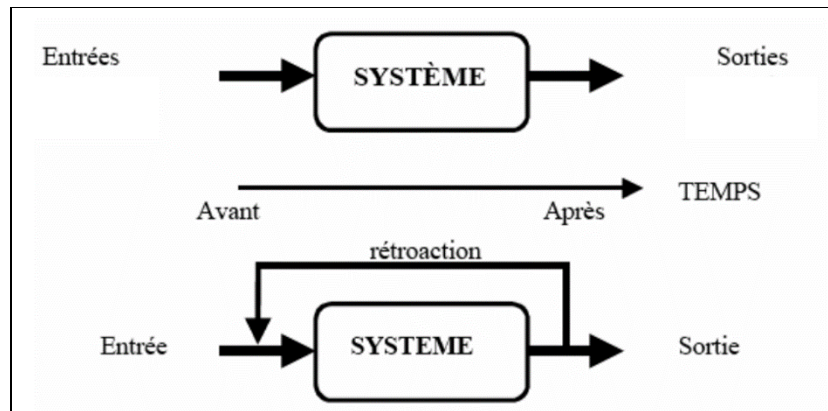


Fig 1. Schéma représentant le principe de rétroaction

En thérapie familiale, la circularité est une technique d'entretien qui permet de tenir compte de la causalité circulaire. (Selvini-Palazzoli, 1976) La technique consiste à inviter chaque participant à exprimer son point de vue sur la relation entre deux autres membres de la famille. On cherche à investiguer la relation entre deux personnes telle qu'elle est perçue par une tierce personne. Cette technique permet d'apporter une grande quantité d'informations sur les informations triadiques. Nous nous en sommes inspirés dans la construction de notre entretien.

5.6 Le mythe familial

Le « mythe familial » est un concept mis en évidence par A. Ferreira (1969) dans le cadre des travaux de l'Ecole de Palo Alto.

La notion de mythe familial se rapporte à un certain nombre de croyances assez bien systématisées, partagées par tous les membres de la famille, concernant leurs rôles mutuels dans la famille et la nature de leur relation. Ces mythes familiaux contiennent de nombreuses règles masquées de la relation, règles qui demeurent dissimulées, sous la gangue triviale des routines et des clichés familiaux. (Miermont, 2001 p.85-86)

L'existence de ces règles est très économique dans la mesure où elles sont incontestables et permettent un accord automatique et apparemment non conflictuel entre les membres de la famille. Le mythe familial peut apparaître à la formation du couple mais le plus souvent, il est transmis de génération en génération. Sa fonction est d'assurer l'équilibre de la famille, mais il peut devenir tellement prégnant qu'il atteint des proportions psychotiques et psychotisantes. Ainsi, ces croyances fondent la culture et l'identité familiale, en ce qu'elles permettent l'appartenance et le soutien des identifications.

Par exemple « Chez nous, les filles restent auprès de leurs parents » mythe impliquant la règle implicite de ne pas faire de choix qui pourraient distancer les enfants filles du cercle familial. Alors, déménager, se marier à un étranger, voire concevoir un enfant, risquerait de les éloigner et constituerait une transgression du mythe familial et un risque d'exclusion de la famille.

Ces croyances sont donc « *partagées et soutenues par tous les membres de la famille, comme autant de vérités dernières échappant à toute critique ou remise en question.* » (Ibid.)

A.Ferreira souligne la difficulté de travailler avec ces familles qui ne consultent pas pour modifier le mythe mais au contraire pour trouver un moyen de le préserver.

5.7 Les « familles indifférenciées »

M. Bowen (1976), propose une théorie du couple selon laquelle les conduites de chacun résultent d'un long processus qui se développe sur plusieurs générations. Il suggère que toute relation est triadique : un système dyadique peut fonctionner lors de périodes de calme mais devient rapidement déséquilibré en cas de conflit et nécessite donc la participation d'un tiers (thérapeute, enfant...)

M. Bowen met en avant l'importance de la différenciation pour l'équilibre et l'autonomie des membres d'une famille. Les familles les plus aptes à faire face aux changements sans pour autant se désorganiser, sont les familles qui favorisent une différenciation progressive de leurs membres. A l'inverse, dans les familles où les changements de relations, nécessaires au processus de développement, sont vécus comme menaçants, on constate que les schémas interactifs et les fonctions de chacun des membres ont tendance à se rigidifier et peuvent aboutir à une pathologie individuelle. On parle alors de familles « indifférenciées ». Ce sont des familles où les frontières entre les rôles et les places de chacun sont mal définis. Il en résulte une grande interdépendance des individus qui maîtrisent mal la relation émotionnelle, souvent inhibés par des stress qui les submergent.

Le choix du conjoint est une alliance entre deux individus qui partagent le même niveau de différenciation. Plus le niveau de différenciation est bas, plus la relation est fusionnelle et plus elle risque d'être pathologique. En ce sens, l'arrivée d'un enfant peut soit faire fonction de tiers et permettre à la dyade de réguler son niveau de différenciation, soit au contraire, potentialiser les difficultés conjugales et familiales.

Ainsi, lorsque le couple répond à un désir archaïque de symbiose, les conjoints sont en fonctionnement clos et le tiers, ici l'enfant, est celui qui viendrait bouleverser l'homéostasie conjugale.

« Et certains couples semblent se fonder sur le projet inconscient de ne pas avoir de descendance » (Cahen, 1978 ; Bydlowski, Dayan-Lintzer et coll, 1993 cités par Dollander, 2009)

La stérilité dans ce contexte peut aussi être entendue dans cette forme d'emprise de l'indifférenciation, où l'arrivée du tiers que représente l'enfant serait susceptible de désorganiser le fonctionnement relationnel familial.

La façon dont le couple élabore la notion de frontière familiale (qui fait partie du système familial ? Qui est en dehors ?) permet de comprendre l'infertilité comme une crise intergénérationnelle, impliquant les grands-parents potentiels ainsi que les futurs enfants à naître. (Delaisi de Parseval, 1983 p.137)

B. Le couple infertile

Un couple ne s'inscrit pas nécessairement dans le projet d'avoir des enfants au début de la relation. Il existe néanmoins un contrat tacite, pour les couples qui s'inscrivent dans la durée, d'envisager de fonder une famille.

Ainsi, même si un couple ne se construit pas sur sa fertilité potentielle, il s'engage néanmoins avec ce prérequis. On ne peut négliger l'impact de l'annonce d'une infertilité sur chacun des membres du couple et sur l'entité couple en elle-même.

1. Apports de la perspective analytique

1.1 « La remise en question de l'identité personnelle »

1.1.1 La sexualité stérile

Pour ces couples frappés par le traumatisme que constitue l'annonce de la stérilité, c'est l'ensemble de la vie psychique qui est alors effractée. Selon C. Meija Quijano et coll., (2006) l'infertilité remet en cause l'essence même de l'identité personnelle : le complexe d'œdipe. Ils soulignent en effet que le complexe d'œdipe est ce qui permet de faire le lien entre la différence des sexes et la différence des générations en donnant la clé de l'origine des bébés. Ainsi c'est l'acte sexuel (impliquant la différence des sexes) qui est à l'origine des bébés grâce à l'interdit de l'inceste (impliquant la différence des générations). L'infertilité prendrait donc la valeur d'une « sexualité stérile » en ce qu'elle constitue une attaque de la promesse œdipienne.

« Or, vivre une sexualité stérile lors de cette étape de la vie revient à mettre en crise le lien entre l'acte sexuel et l'origine du bébé, puisque le couple a beau faire l'amour, la grossesse ne s'annonce pas. » (Quijano et al., 2006 p.205)

Les couples stériles sont confrontés à une fissure psychique et *« ne savent plus qui ils sont car ils ne correspondent plus à l'identité personnelle qu'ils se sont forgée depuis l'enfance : autant leur féminité ou leur virilité que leur appartenance à une lignée se retrouvent mises en question. » (ibid. p.43)*

1.1.2 La crise identitaire

Ainsi la conception par Fécondation in vitro (FIV) renverrait ces couples à leurs théories sexuelles infantiles et les situerait fantasmatiquement en deçà de l'Œdipe. Comme l'a montré S. Freud (1923), les enfants s'imaginent volontiers vers 2-3 ans, une conception parthénogénique où les bébés seraient fait de l'intérieur du corps propre. La FIV, en introduisant dans la réalité l'indépendance entre la conception et l'acte sexuel, correspond à un désaveu de la scène primitive, qui pose l'origine du bébé dans l'union de deux corps issus de sexe différent. C. Mejia Quijano et coll. montrent enfin combien la sexualité stérile dans l'étape adulte amène non seulement une crise identitaire mais aussi une confrontation à l'angoisse de mort, confrontation qui implique aussi un blâme des ancêtres. Avec l'infertilité en effet, le couple n'est pas à même de reproduire et de poursuivre l'héritage familial. Alors la fécondation in vitro représente, contrairement à l'adoption, une possibilité d'éviter ce « *crime contre la lignée* ».

1.1.3 L'impasse de la relation conjugale œdipienne

M.Dollander (2009) soulève par ailleurs que ce qui se joue d'un point de vue intrapsychique dans les stérilités masculines, se joue également entre les conjoints. Les deux membres d'un couple ne se choisissent pas par hasard mais en partie pour servir leur organisation inconsciente (Cf. p.77) : lorsque la relation qui lie les deux conjoints est de type œdipienne, c'est-à-dire où chacun retrouve, chez l'autre, le parent de sexe opposé, auquel il est resté profondément attaché ; on comprend que l'enfant peut alors représenter la réalisation trop menaçante de la dimension incestuelle. De même, lorsque la relation de certains couples prend l'allure d'une relation parent-enfant où chacun prend à tour de rôle, la place de l'un ou de l'autre, la place de l'enfant semble déjà prise.

« La place de l'enfant est occupée, il n'y en a plus pour l'enfant réel ; ou celui-ci viendrait perturber un équilibre déjà précaire » (Cahen, 1978, cité par M.Dollander, 2009).

1.2 Enfant imaginaire et position défensive

P. Cauvin (2007), au cours de ses consultations au CECOS de Nice auprès des couples infertiles, souligne lui aussi l'effraction que représente l'annonce de l'infertilité. Chacun se retrouve face à lui-même, avec ses ressources, ses limites et son histoire personnelle, de manière brutale et inattendue, à devoir juger de la nature et de la solidité du lien qui l'unit à l'autre, avant même que l'enfant réel ne vienne le concrétiser.

Ce « projet d'enfant » évoqué lors des entretiens au CECOS, est souvent abordé dans un contexte extrêmement culpabilisant, voire humiliant pour le couple qui peut le vivre comme un « examen de passage » ou comme la nécessité de devoir justifier un désir qui appartient à l'intimité. Au cours de son travail d'accompagnement de ces couples en vue d'un don de gamètes, il évoque la place centrale de l'enfant imaginaire du couple qui doute de ses capacités à engendrer. L'enfant imaginaire porte les caractéristiques d'un enfant accusateur : « *Il est habitué de la culpabilité parentale liée à la difficulté des conjoints à gérer l'agressivité générée par l'infécondité du partenaire.* » (Patrick Cauvin, 2007 p.148)

Plusieurs positions défensives sont à l'œuvre : la surprotection du conjoint par l'autre permettrait de contre investir l'agressivité générée par l'infécondité du partenaire. De la même façon, le conjoint fertile peut exprimer qu'il aurait préféré être lui-même infertile de telle sorte que l'autre ne souffre pas. Enfin, l'agressivité peut aussi être déplacée et redirigée vers l'équipe médicale ou un tiers, afin d'en préserver le couple.

2. Apports de la perspective systémique

G. Delaisi de Parseval (1998) qui se situe dans un double ancrage psychanalytique et systémique, propose une lecture de la « stérilité de couple » comme un symptôme adaptatif, nécessaire au maintien de règles familiales. Elle s'appuie sur les recherches systémiques sur la famille qui prennent en compte les phénomènes transgénérationnels (Boszromenyi-Nagy I., 1973 ; Bowen M., 1976 ; Masson O, 1979 ; Selvini-Plazzoli M., 1978 ; Stierlin H., 1980)

2.1 La stérilité comme symptôme familial

Comme nous l'avons évoqué, la naissance d'un enfant représente un moment de crise pour le couple, comme lorsqu'un individu entre ou sort du système (mariages, naissances, décès...) Ces étapes entraînent généralement d'importants changements dans les familles et sont donc susceptibles d'aboutir à une désorganisation contre laquelle le couple va lutter pour maintenir l'homéostasie : l'équilibre familial.

Ainsi pour les systémiciens, le patient « désigné », est celui qui accepte inconsciemment d'endosser le rôle de produire une symptomatologie qui permette le maintien de l'équilibre du système familial. Le symptôme « stérilité » a donc une fonction, et il faut le préserver.

G. Delaisi de Parseval donne pour exemple un couple qui a pris conscience que leur stérilité « profitait » à leurs parents : ceux-ci bénéficient ainsi de leur plus grande disponibilité à s'occuper d'eux, les voir plus souvent, etc. alors que les jeunes parents sont souvent submergés à l'arrivée d'un enfant et n'ont plus le temps pour leurs propres parents.

2.1.1 Contrat inconscient et loyauté familiale

On observerait une forme de contrat inconscient « de ne pas concevoir » qui lierait les couples dans leur parcours d'infertilité.

« un symptôme, tel la stérilité représente une sorte de métaphore du dilemme d'une famille qui voudrait avancer (procréer) tout en restant sur place (sans enfant) » (Delaisi de Parseval, 1998 p.131)

Cette citation fait référence aux travaux de P. Watzlawick (1967) et de l'école de Palo Alto qui ont mis en avant la demande bien souvent paradoxale des couples qui viennent en thérapie familiale que l'on pourrait résumer ainsi « Aidez-nous à changer mais ne changez rien ».

Chez les couples qui ont recours à une IAD, le vécu de la stérilité masculine a un fort retentissement. Non seulement le mari se sent touché dans sa virilité mais la femme se faisant inséminer pour « réparer » théoriquement la stérilité de son mari, peut ressentir une conception éventuelle comme plus difficile pour son mari que le sentiment d'échec consécutif à la stérilité. Ce serait en effet comme lui signifier une seconde fois sa stérilité et son « incompétence ». Il devient donc important pour cette femme de ne pas concevoir et devenir stérile elle-même, afin de ne pas « attaquer » ou dépasser son mari.

Cette problématique nous intéresse particulièrement et nous interrogerons cette « loyauté conjugale » dans notre travail de recherche.

2.1.2 Les règles familiales et scénarios transactionnels

G. Delaisi de Parseval cite Stierlin (1980) et met en avant les règles familiales qui déterminent le comportement des individus individuellement. Ces règles donnent aux symptômes et aux différentes attributions des rôles dans une famille, une fonction au regard de toute la dynamique familiale et transgénérationnelle.

L'optique systémique postule l'existence d'une grande variété de « scénarios transactionnels » (Stierlin, 1980) qui résulteraient de ces règles familiales. La stérilité est alors ici entendue comme le symptôme résultant de couples issus de familles « transgénérationnellement dysfonctionnelles » (Masson O. 1979, cité par Ibid.).

Symptômes qui deviendraient ainsi intelligibles dans une perspective multi-générationnelle, à travers la répétition d'organisations familiales pathologiques, ou, si l'on préfère, à travers la rigidité d'une transmission entre générations. C'est autrement dit la question non du pourquoi, mais du comment⁵ que nous allons nous poser à propos de ces couples stériles. (Ibid. p.129)

Dans une perspective thérapeutique, il reviendrait à poser aux couples une des questions suivantes :

« Qui, dans votre famille, tire un bénéfice du fait que vous n'avez pas d'enfants ? » Ou encore, « Au service de quels intérêts familiaux le couple ou l'un des conjoints « travaille » -t-il ? »

Ces questions visent à bouleverser le « scénario de stérilité » du couple : le couple est alors amené à fournir de nouvelles informations qui peuvent ensuite lui permettre de poser des jalons vers un changement » (Ibid. p132)

2.1.3 Le patient désigné et sa compétence.

Ainsi pour les systémiciens, le patient « désigné », ici la personne stérile est celui qui accepte -inconsciemment- d'endosser le rôle de produire une symptomatologie qui permette le maintien de l'équilibre du système familial : le symptôme « stérilité » a donc une fonction, il faut donc le préserver.

Le thérapeute devra donc connoter positivement le comportement symptomatique du patient, tout en s'efforçant d'introduire une nouvelle manière de se représenter le sens des choses et les représentations familiales pour que le système n'ait plus besoin de maintenir ce symptôme pour assurer sa survie.

L'exemple donné par G.Delaisi de Parseval est le suivant : « *Comme vous avez eu raison de ne pas avoir d'enfant jusqu'à présent, cela vous permet de vous occuper de vos parents comme ils*

⁵ Soulignés par l'auteur.

le méritent ». En faisant cela, elle valorise un comportement qui fait défaut jusqu'à présent, pour renforcer l'alliance avec les patients, afin de les aider à dépasser le problème.

2.2 Stérilité et filiation : un enjeu transgénérationnel

Comme nous le comprenons ici, la stérilité conjugale s'ancre dans tout un fonctionnement familial.

2.2.1 Le concept de « Parentification »

G. Delaisi de Parseval, (1981) relève combien ce concept peut être utile dans la clinique de la stérilité : nombreux sont les patients stériles jouant le rôle du « *père de leur père* » ou de « *mère de leur mère* ». Ainsi, le phénomène de parentification s'observe quand un parent met à son enfant à la place de son parent. La stérilité vient alors se manifester comme l'expression de la loyauté (nuisible, inconsciente) que témoigne un membre du couple à ses parents et prend le sens de ne pas remplacer ou avoir d'autre enfant que son parent.

I. Boszormenyi-Nagy parle ainsi des dettes de loyauté qui se transmettent de génération en génération par l'intermédiaire d'une sorte de registre des mérites que chacun aurait à tenir à jour.

*Ces « enfants » (typiques de certains couples stériles) vivent un sentiment de profonde obligation vis-à-vis de tel ou tel de leur parent ; une jeune femme stérile nous l'expliquait clairement : elle pensait devoir « garder » (dans les deux sens du terme) sa mère, même si sa vie de couple en était gâchée, elle ne savait pas, disait-elle, comment rendre à sa mère ce que celle-ci lui avait donné. [...] » (Cité par *ibid.*)*

Une grossesse dans cet exemple aurait alors signifié une forme d'abandon de la mère et de non reconnaissance de la « dette » que cette femme portait vis-à-vis de sa mère.

2.2.2 Les phénomènes de « délégation » et de mythe familial

G. Delaisi de Parseval reprend la notion de mythe familial d' A. Ferreira (1963) pour expliquer ces enjeux de dette et de délégations familiales autour de l'infertilité :

La clinique de la stérilité est parcourue en filigrane par des mythes de pardon, d'expiation et de réparation (tant d'ailleurs dans l'histoire des patients que dans la mythologie ou dans les « histoires »). Il s'agit en général d'enfants adultes qui en

restant stériles, réparent l'histoire de leurs parents, ou bien pensent qu'ils se feront ainsi pardonner les sentiments ambivalents qu'étant enfants, ils leur ont porté. (Ibid.)

Des phénomènes de « délégation » (H. Stierlin, 1980 cité par G. Delaisi de Parseval, 1983) s'observent dans les familles dont l'un des membres serait stérile. La délégation pour désigne une forme de mandat inconscient des parents vers l'enfant, transmis de manière inconsciente et infra-verbale. Les liens de loyauté intenses forgés durant la phase précoce de l'existence d'un enfant entre lui et ses parents vont servir de base à la constitution d'un rôle de missionnaire pour l'enfant, qui devra dépasser les craintes, réaliser les souhaits, les fantasmes parentaux.

Ne pas avoir d'enfant, en étant stérile ou en épousant un conjoint stérile, peut-être la réalisation nécessaire d'une mission. Le symptôme vient alors répondre au besoin de loyauté pour son parent, il donne le sentiment de mériter son amour ou de donner un sens à son existence. Cette notion s'apparente à celle de « mandat transgénérationnel » qu'a développé S. Lebovici. (S. Lebovici, Lamour, & Gozlan-Lonchampt, 1997)

Dans notre travail de recherche, nous n'avons pas pu explorer la dynamique transgénérationnelle des familles respectives des couples que nous avons rencontrés et c'est avec regrets que nous ne pourrions pas approfondir la question. Néanmoins, il nous a semblé important de décrire ces processus familiaux qui concourent à l'expérience d'infertilité des couples. Les couples que nous avons rencontrés ne sont plus « infertiles » puisqu'ils attendent leur premier enfant, mais nous verrons dans les prochains paragraphes que l'expérience de l'infertilité a néanmoins concouru à la constitution de leur parentalité.

3. Apport des recherches psychodynamiques récentes sur le couple infertile

Une étude canadienne (Peterson, Newton, Rosen, & Schulman, 2006) s'est attachée à observer les stratégies d'adaptation et d'évitement chez 420 couples en cours de traitement pour une infertilité et révèle que certains procédés d'adaptation individuels pouvaient être délétères pour le couple. Les couples dans lesquels les hommes se montraient distants alors que leur conjointe avait au contraire besoin d'échanges et de proximité témoignaient d'un niveau de stress important. De même, les couples dans lesquels les femmes utilisaient plus volontiers des stratégies de contrôle émotionnel, alors que les conjoints étaient moins enclins à ce même contrôle, étaient aussi des couples plus vulnérables.

Dans une autre étude (Peterson, Pirritano, Christensen, & Schmidt, 2008), Peterson observe qu'une stratégie d'évitement de l'un des partenaires a pour conséquence une augmentation de la souffrance personnelle, maritale et sociale, pour les hommes, comme pour les femmes. Mais à l'autre extrême, lorsque les femmes engagent une confrontation directe, cela aurait aussi pour conséquence d'augmenter le stress chez leur conjoint. En revanche, l'utilisation par l'un des partenaires de stratégies d'ouverture et de communication, en vue de trouver du sens (« meaning-based coping ») est corrélée à une baisse de la souffrance chez les deux membres du couple. Le fait de soutenir la communication, de trouver de nouveaux buts et sens à leur vie de couple et l'expression d'émotions positives sont des facteurs favorables à la reconstruction individuelle suite à l'infertilité et à la consolidation du couple.

4. Synthèse et perspectives

Les auteurs et cliniciens de ces deux horizons psychanalytique et systémique ont une vision complémentaire de la stérilité qui nous permet de tenter d'en définir les contours. Comme nous avons pu le démontrer, les deux approches ne sont pas antinomiques, la perspective analytique se situant plutôt du côté de la recherche de l'origine et du sens, là où la perspective systémique ne va s'attacher qu'à la part du « fonctionnement » du couple. Les deux approches soulignent la résonance de la problématique d'infertilité chez chacun des membres du couple et les « bénéfices secondaires » de l'infertilité pour le couple et le système familial.

Si la stérilité se révèle bien souvent dans un second temps, l'individu est porteur des entraves inconscientes à son projet d'enfant. L'organisation du couple se fait en écho à ce type de mécanismes. Il est possible que le choix de l'Objet se fasse inconsciemment, en résonance avec la stérilité du conjoint.

La « crise » que représente la stérilité est un obstacle majeur pour le couple qui vit alors une intrusion fracassante d'une réalité implacable qui va nécessiter des réaménagements conjugaux. L'infertilité va donc nécessiter des réaménagements psychiques et relationnels.

La psychanalyse interroge les mécanismes de défense à l'œuvre dans le but d'éviter la désidéalisation (Lemaire, 1969) comme le déni, la dénégation ou le phénomène de collusion. De la même manière que la surprotection ou l'idéalisation du partenaire peut aussi se substituer à l'agressivité inconsciente. (Cauvin, 2007)

Le courant systémique met en avant les contrats inconscients (Ferreira, 1963) qui lient le couple et la nécessité du maintien de l'homéostasie familiale et de la pérennité du couple (Jackson, 1957).

Les théories psychanalytiques et systémiques se rejoignent pour mettre en exergue les difficultés des « couples stériles » à s'inscrire dans une filiation : la psychanalyse renvoie au père œdipien dans l'infertilité masculine aux impasses dans la filiation (M. Bydlowski, 1997, 2008; Guyotat, 1994; Jaoul, 2007) et la systémie interroge les mythes familiaux et les mandats transgénérationnels (Delaisi de Parseval, 1981; Dollander, 2009)

La crainte de répétitions, le flou dans la filiation, les conflits de loyauté sont au centre de ce que sont amenées à rencontrer les familles qui traversent une infertilité.

Le couple face à une crise met en place des stratégies dans le but de maintenir de lien conjugal. Quelles sont les ressources des couples face l'infertilité ? Quels sont les mécanismes adaptatifs des couples qui ont recours à un tiers donneur pour concevoir leur enfant ? Comme nous l'avons vu chapitre 1, ce tiers donneur, même absent et anonyme, est bien présent dans les fantasmes du couple. Quelle place le couple lui donne-t-il ?

C. La grossesse après l'infertilité du couple

Après avoir traversé la grande complexité de ce que vivent les couples infertiles, nous allons aborder les questions soulevées par l'arrivée tant attendue de la grossesse après le parcours d'aide médicale à la procréation (AMP), et plus précisément les enjeux, pour le couple, de la grossesse après un don de spermatozoïdes.

Nous reviendrons dans un premier temps sur le parcours psychique d'accès à la parentalité, rendu d'autant plus difficile que les couples ont dû faire face à une période d'infertilité. La parentalité va pourtant s'organiser, et prendre corps, du fait de l'apparition d'une grossesse grâce à un don de spermatozoïdes. Comme tout futur parent, le parent en devenir est alors, aux prises avec ce « processus maturatif » de l'expérience de la parentalité.

Nous verrons ensuite les spécificités du vécu de la grossesse après un don de gamètes/spermatozoïdes ?

Nous nous interrogerons enfin sur les représentations de l'enfant pendant la grossesse issue de l'aide médicale à la procréation et d'un don.

1. Les réaménagements psychiques inconscients du devenir parent après un parcours de stérilité

1.1 L'idéalisation et le difficile accès à l'ambivalence

Pour tout parent, avec le désir d'obtenir un enfant, coexiste un désir contraire mêlé de craintes concrètes, d'angoisses intrapsychiques et d'interrogations multiples (M. Bydlowski, 2008). Chez les parents ayant recours à une Aide médicale à la procréation (AMP), cette ambivalence, normale et attendue, se colore d'une tonalité particulière.

L'attente est parfois si importante que l'idéalisation de l'enfant à venir est bien souvent prégnante et démesurée (Almeida et al., 2002). Ce qui se joue dans le processus psychique normal de parentalisation, l'investissement inconscient de l'enfant comme objet narcissique qui vient tout combler, tout réparer (« His Majesty the Baby », Freud, 1913) prend ici une dimension magnifiée.

Ils ont tellement investi sa venue au monde qu'il devrait être source d'émerveillement continu. Ils le surprotègent, parfois ils ont des difficultés à lui mettre des limites.

L'ambivalence est vécue comme un rejet, avec beaucoup de culpabilité. Ils l'ont voulu, c'est un être précieux : s'il les déçoit, tout s'effondre. (Almeida et al. 2002)

Ainsi, le pendant de l'idéalisation est de pouvoir accepter la rencontre avec le bébé réel. Le risque est que le bébé idéal (Soulé, 1983) ne laisse pas de place à l'expression de l'ambivalence. La part de déception attendue à la naissance est impensable et impossible. L'enfant doit rester idéal, au détriment de la rencontre avec le « bébé réel ». Or, on sait que la « désillusion progressive » (Winnicott, 1945) est une des étapes nécessaires à l'individuation du bébé et de la mère.

Les couples qui ont recours à l'AMP pour concevoir se sentent d'avantage responsables de l'enfant que d'autres parents. Si un événement négatif survient, cela vient attaquer la représentation souvent idéalisée de l'enfant, et indirectement, leur légitimité parentale. (Almeida et al., 2002) L'idéalisation et le surinvestissement de l'enfant viennent comme le résultat de l'attente de cet enfant précieux. Ces deux mécanismes sont aussi à comprendre comme une forme de formation réactionnelle à la culpabilité inconsciente d'avoir symboliquement transgressé l'ordre « naturel » des choses, en enfantant grâce à la médecine. L'enfant idéal vient réparer la faille narcissique de l'infertilité.

1.2 Une grossesse plus anxieuse

Rappelons que les études qui ont porté sur la grossesse dans un contexte d'AMP ont principalement été menées chez des femmes - et non pas sur le couple- et dans le cadre d'une conception autologue, au cours de FIV ou d'IA (et non pas après un don de gamètes).

Ces recherches observent que ces couples vivent une grossesse plus anxieuse comparativement aux couples classiques. (S Golombok et al., 1996) Si l'annonce de la grossesse est une victoire heureuse, elle laisse progressivement la place à une recrudescence d'angoisse du fait de l'effort pour la conservation de cette grossesse dite « précieuse ». Les auteurs observent un accroissement de l'angoisse chez la mère pendant la grossesse et le proche post-partum. En revanche, aux deux ans de l'enfant, ces mères auraient plus confiance en elles, seraient plus disponibles et chaleureuses que celles ayant obtenu leur enfant naturellement.

Du fait de cette anxiété, les femmes limitent leurs activités mais surtout elles ont moins de conversations intérieures avec le fœtus, posent moins de questions sur le bébé et participent moins aux cours de préparation. (Mac mahon et al., 1995 cité par H. Lazaratou et B. Golse ,2006) Ce comportement évitant pendant la grossesse pourrait se comprendre comme une manière de se protéger d'une déception, dans le cas où la grossesse n'allait pas à terme, d'un investissement affectif trop important. La moindre difficulté au cours de la grossesse va être vécue comme une confirmation des craintes maternelles. Tout dans le déroulement de la grossesse risque d'être perçu par le prisme du parcours médical. Par ailleurs, les femmes qui ont réussi une grossesse après des efforts répétés, se représentent plus souvent attendre un « bébé difficile » (Lazaratou & Golse, 2006). Dans un glissement, presque naturel tant il est inconscient, la représentation d'un bébé difficile s'ancre là où, pour elle-même, la grossesse a été difficile.

1.3 Une réinterrogation de leur légitimité

Pour certains parents, l'infertilité vient interroger leur légitimité à devenir parents. C'est comme si le fait de n'avoir pas pu concevoir naturellement, avait un impact sur leur identité en tant que parent.

Ils introduisent du « vrai » et du « faux » dans le fait de devenir parents. Par rapport à ceux qui ont procréé de façon naturelle, ils se sentent des parents artificiels. Ils ont usé d'un artifice pour avoir des enfants, du même coup ils restent pris dans l'artifice. (Almeida et al. 2002)

On comprend que cette conception non-traditionnelle, là où l'ordre naturel des choses a été bousculé par le recours à la médecine, est constamment remise en question. Le fait de provoquer quelque chose que la nature refuse prend une dimension transgressive. Comme soumise à une ordalie, la femme enceinte se demande : « Vais-je y arriver ? Y ai-je vraiment droit si la nature me le refuse ? ». L'angoisse peut alors être entendue comme liée à la culpabilité d'avoir inconsciemment franchi un interdit.

1.4 Spécificités du vécu de la grossesse chez le père infertile

1.4.1 Surinvestissement ou retrait

Dans le cas d'infertilité féminine, les pères semblent plutôt indifférents ou en tout cas peu concernés par la grossesse de leur femme ou par leur expérience de FIV (ibid.). En revanche, le vécu des pères stériles, du parcours médical et de la grossesse de leur femme, est bien plus investi. Après une ICSI (où on stimule et sélectionne les spermatozoïdes du père infertile), A. Almeida (2002) distingue deux attitudes des pères pendant la grossesse. Des pères qui peuvent être très impliqués, qui évitent souvent de parler de leur stérilité, comme si leur investissement « compensatoire » affectif et émotionnel, venait palier ce « manque » physique, à l'absence de sperme fertile. D'autres pères se montrent plus en retrait.

Dans les deux cas, il y a semble-t-il une absence de discours sur la stérilité masculine (Cf. Chapitre 1). Celle-ci peut être trop douloureuse pour être évoquée, ou refoulée et compensée par un investissement actif du rôle de père.

« Les pères qui ont procréé par ICSI ont ainsi tendance à éviter de parler de leur stérilité et à parler surtout de leur enfant, qu'ils portent en avant, semblant se cacher derrière lui. » (ibid.)

Qu'en est-il de l'investissement de l'enfant par le couple après un don de gamètes ? Le discours sur l'infertilité est-il partagé par le couple ? La mère s'autorise-t-elle à évoquer l'infertilité de son conjoint ? L'ouverture du couple sur son infertilité a-t-elle une influence sur les interactions triadiques et sur le coparentage ?

1.4.2 Un désir d'enfant plus abouti

Il semblerait cependant que malgré la blessure narcissique de l'infertilité, et peut être du fait du long et douloureux parcours d'AMP, les futurs pères aient un projet d'enfant plus abouti que les pères ayant eu un enfant par conception classique. Le processus psychique de la paternité bénéficierait de ces obstacles liés à l'AMP en ce qu'ils permettraient au père d'accéder à un désir qui leur serait propre, indépendamment du désir de leur conjointe (Epelboin, 2010).

2. La grossesse après un don de spermatozoïdes

Comme nous l'avons vu, peu de pères se sont autorisés un discours sur leur stérilité (Chevret-Méasson, 2007 ; Almeida, 2002, Epelboin, 2010), il y a donc peu d'études sur le vécu des pères ayant eu recours à une IAD.

On peut s'interroger de savoir si ce silence n'est pas non plus lié à une forme de tabou collectif de la société patriarcale qui craint et empêche un discours sur l'infertilité masculine : comme si en parler, c'était faire exister quelque chose qui ferait très peur. Rappelons qu'historiquement l'infertilité ne pouvait être « que » féminine et les hommes étaient en droit de changer d'épouse si elle ne leur livrait pas l'enfant tant attendu. Encore aujourd'hui dans des sociétés traditionnelles, les femmes frappées du sceau de l'infertilité (à tort ou à raison) sont susceptibles d'être répudiées.

2.1 Investissement positif du donneur et représentation paradoxale

Cependant les études existantes s'accordent sur le fait que le don de sperme est vécu positivement par les deux parents (Doumergue & Kalampalikis, 2014). Le donneur de sperme est en général investi très favorablement par les pères (Kunstmann, 2008), qui lui sont souvent très reconnaissants. Cependant, il n'est pas facile pour ces parents de se le représenter.

Ainsi ces parents vont devenir parents grâce à l'aide d'un tiers donneur anonyme, symboliquement présent dans le corps de la mère. Souvent idéalisé, personnifié comme quelqu'un de nécessairement formidable et généreux, le donneur peut tout autant être évocateur de craintes et d'angoisses pour le couple (Doumergue & Kalampalikis, 2014) Ces craintes ont souvent trait à une absence de ressemblance, à une tare physique ou génétique.

Le paradoxe des représentations du donneur dans un contexte de procréation entièrement anonyme (comme c'était le cas en France au cours de notre recherche) s'exprime dans cette double représentation contraire : Il est à la fois dépersonnalisé (55,4%) mais suscite un intérêt exprimé par un sentiment de gratitude (59%) ou la crainte d'éventuels problèmes médicaux de l'enfant (77,8%). (Doumergue & Kalampalikis, 2014)

Les couples ont donc parfois du mal à se situer entre un donneur magnifié, porteur d'une filiation fantasmatique positive et réparatrice et une conception du don réduite à sa seule dimension génétique.

2.2 Devenir le « vrai père »

Principalement, il apparaît essentiel que le père puisse se ressentir subjectivement comme le « vrai père » (Interview avec JM Kunstman par Huerre & Pelloux, 2011), qu'il puisse ancrer sa paternité dans son désir d'enfant et un quotidien avec l'enfant, sans pour autant se mettre en balance avec une autre figure paternelle, potentiellement rivale, qui serait « biologique » (Lazaratou & Golse, 2006).

A cela s'ajoute l'importance de la place qu'il va prendre dans les interactions et la nécessité de se sentir non seulement légitime mais aussi acteur de la relation avec l'enfant. (Owen & Golombok, 2009)

Comme nous le verrons par la suite, il nous apparaît que c'est aussi par et à travers les interactions avec l'enfant et avec sa mère que le père va pouvoir prendre et investir pleinement sa place de père. Ce qui est vrai aussi dans toute forme de parentalité, l'est peut être d'autant plus dans un contexte d'infertilité du père. Le rôle de la mère dans la « paternalisation » (Lamour, 2000) du père nous apparaît fondamental, tout comme celle de la relation à l'enfant. Nous développerons cette idée par la suite chapitre 3 sur les interactions et le coparentage, puis dans nos résultats.

2.3 La dénégarion du rôle du donneur

M. Canneaux (Canneaux et al., 2013) au travers de son travail auprès des couples ayant recours à un don d'ovocytes, nous offre un nouvel éclairage sur les processus psychiques à l'œuvre au cours d'une grossesse issue d'un don.

Elle cite E.Weil (1987) qui observe que les femmes en attente d'un don d'ovocytes auraient tendance à mettre à distance la rupture de la filiation génétique. Il y aurait un « déni » de la rupture de la filiation, du fait de la mise en avant de l'expérience de la grossesse.

E.Weil (2007) plus avancée dans ses recherches, et G. Delaisi de Parseval (2008) observant ce même mécanisme chez les hommes infertiles, proposent le terme de « dénégarion » qui peut être plus approprié en ce qu'il porte particulièrement sur la minimisation de l'importance du rôle joué par la donneuse.

Elles mettent en avant le fait qu'elles seront enceintes et que le sperme provient du mari. Selon E. Weil, tout se passe comme si l'ovocyte n'avait pas de poids psychique au regard de la grossesse, considérée comme l'étape essentielle pour donner la vie à l'enfant. La grossesse serait alors fantasmée comme susceptible de fournir une réassurance et une restauration narcissique qui semblent les aider à imaginer qu'elles se sentiront mères et que l'enfant issu du don sera le leur. (Canneaux et al., 2013)

Dans les situations de don d'ovocytes, la toute-puissance de la grossesse viendrait « effacer », ou en tout cas réparer, la blessure narcissique de la stérilité.

Dans les situations de don de sperme, G. Delaisi de Parseval souligne l'importance d'encourager les pères, vers « une dénégation saine » (et non pas un déni) de la participation du donneur. Pour exemple, elle cite les pères qui se réjouissent que leur entourage non-initié au secret de la conception puisse dire que leur enfant leur ressemble.

Qu'en est-il alors de la place que le couple fait au donneur ? La dénégation est-elle levée grâce à la présence du conjoint et au discours du couple sur la conception ? Ou au contraire, la dynamique de couple favorise-t-elle les dénégations ?

2.4 « L'engrossement » des pères IAD

G. Delaisi de Parseval (2008) cite deux psychiatres J.Greenberg et N. Morris (1973) qui désignent pas ce terme d'*engrossment*, le vécu intense de la grossesse et de l'accouchement de certains pères, c'est-à-dire l'aimantation, la fascination et l'attirance irresistible de certains pères pour leur bébé. Cette notion pourrait s'apparenter à une forme de « préoccupation paternelle primaire », pour reprendre un concept de D. Winnicott (1945)

Selon G. Delaisi de Parseval, la psychodynamique de la paternité en IAD se vit de manière d'autant plus harmonieuse que le père a pu, dès l'origine « *investir positivement la période de la grossesse, en dépit du fait que leur compagne était « techniquement » enceinte d'un autre (le donneur de sperme.)* » (Delaisi de Parseval, 2008 p.103)

3. Les représentations de l'enfant pendant la grossesse après un don

3.1 Retour sur le premier Chapitre et la relation d'objet virtuelle

S. Missonnier se fait, à juste titre, le défenseur d'un « premier Chapitre », de cette préhistoire prénatale, celle de cette étape où l'enfant est alors embryon/fœtus et qui est déjà un des acteurs principaux de l'aventure intersubjective familiale (Missonnier, 2009).

Ainsi ce que S. Missonnier décrit comme la *relation d'objet virtuelle* constitue la dialectique permanente entre l'enfant dans le corps en constante évolution et l'enfant dans la tête des parents, lui-même en construction. Cette relation d'objet virtuelle (ROV) au fœtus-enfant en devenir et en même temps actuelle et s'ancre sur l'anticipation parentale périnatale chez le parent « enceint ». Elle constitue un « *processus dynamique, d'humanisation progressive du fœtus.* » (Missonnier, 2007)

Dans ce contexte prénatal, « *l'anticipation* » devient cruciale pour l'affiliation symbolique avec le fœtus. Lorsque l'anticipation est possible, c'est elle qui permet de donner une relative souplesse à la conflictualité des désirs parentaux et à la confrontation aux aléas du principe de réalité biologique (les aléas de la grossesse par exemple.)

La spécificité de cette *relation d'objet virtuelle* est sa réciprocité, elle nous intéresse tout particulièrement à ce titre :

La grossesse est une double métamorphose progressive et interactive du devenir parent et du devenir humain ; le fœtus ne naît pas humain, il le devient durant la grossesse ; on ne naît pas parent à la naissance, on le devient ; l'espace utéro-placentaire est l'interface fœtus ↔ environnement ; les métamorphoses prénatales habitent l'humain tout sa vie durant. (Missonnier, 2009 p.159)

Comme nous le verrons au chapitre suivant, l'enfant de la grossesse suite à un don est principalement idéalisé et attendu avec un mélange d'impatience et d'anxiété.

Mais comment le couple se représente-t-il l'enfant issu d'un don ? Quelle place l'inconnu du don prend-il dans les représentations des parents ?

3.2 L'origine de l'enfant

Des psychanalystes se sont interrogés sur les représentations parentales de l'origine de l'enfant après une conception par FIV (Quijano, Germond, & Ansermet, 2008). Ils observent combien l'intervention du médical dans la conception donne une teinte particulière à la représentation de la création.

Soit l'origine de l'enfant est « scientifique » et le nœud psychique de la stérilité devient rupture de la filiation, leur enfant étant un enfant de la science. Soit l'origine de l'enfant est conçue comme extraordinaire, telle celle des héros mythiques, fils des dieux. (Ibid. p.46)

La filiation par la magie et par la science sont deux manières de se figurer l'irreprésentable de la conception hors accouplement. Et pourtant, nous pouvons nous demander si cette origine a un impact sur les représentations de la scène de l'enfant ? Il est probable qu'il s' imagine malgré tout une scène primitive « classique », ses parents faisant l'amour pour le concevoir.

3.3 La non-représentabilité de l'enfant

L'enfant de la grossesse est déjà présent dans le corps de la mère et dans la tête des parents (Missonnier, 2009; Soulé, 1983). La perception de l'enfant est tout autant teintée de l'imaginaire des parents que des manifestations physiologiques de la grossesse.

Pourtant, on ne peut pas le voir, on ne peut que le deviner. Monique Bydlowski (1997) parle de « non-représentabilité » de l'enfant, l'enfant attendu est avant tout imaginaire, ses contours sont flous et difficilement définissables. Les fantasmes et les interrogations qui accompagnent toute grossesse sont empreint d'une grande part d'inconnu :

« Cette non-représentabilité renvoie aussi aux terreurs anciennes concernant l'intérieur du ventre gestant ; inquiétante étrangeté de ce qui, échappant à l'expérience sensorielle, ne trouve pas d'image mentale pour le traduire. » (Bydlowski, 1997 p.67)

Il est intéressant de noter que pour tout parent, l'enfant est à la fois familier et étranger. Il est à la fois :

« produit de la répétition de l'inconscient de ses parents,[...] Il y a rupture dans la répétition et agencement unique des déterminations préexistantes. » (ibid.p.70)

3.4 L'inquiétante étrangeté

Cette angoisse très particulière décrite par Freud en 1919 sous le terme « *das Unheimliche* », renvoie à la question du non-familier :

Cela nous rappelle plus généralement que ce terme de heimlich n'est pas univoque, mais qu'il appartient à deux ensembles de représentations qui, sans être opposés n'en sont pas moins fortement étrangers, celui du familier, du confortable, et celui du caché, du dissimulé. Unheimlich, ne serait usité qu'en tant qu'antonyme de la première signification mais pas de la seconde. (S. Freud, 1919 p. 221)

Ce qui est non-familier fait écho à ce qui est inquiétant, inconnu, caché, resté secret. Le bébé de la grossesse est lui aussi à la fois familier et inconnu.

Or, le don de gamète renvoie à cette l'étrangeté, d'autant plus que le donneur est inconnu et que la conception s'est faite sans accouplement, dans l'intimité du médical. Ainsi, S.Freud insiste sur ce sentiment d'inquiétante étrangeté dans un contexte similaire

Un effet d'inquiétante étrangeté se produit souvent et aisément, quand la frontière entre fantaisie et réalité se trouve effacée, quand se présente à nous comme réel, quelque chose que nous avons considéré jusque là comme fantasmagorique, quand un symbole revêt toute l'efficacité et toute la signification du symbolisé, et d'autres choses du même genre. (ibid. p.251)

Il semble que l'enfant du couple ayant eu recours à un don est d'autant plus traversé par ces fantasmes d'étrangeté (S. Bydlowski, 2017). Le don implique une part significative d'inconnu et de secret qui peuvent avoir un impact sur les représentations inconscientes de l'enfant.

Ce vécu d'étrangeté du bébé commence in utero (Missonnier, 2007), dissimulé, il est plus inquiétant. Dès la grossesse, l'embryon et le fœtus sont les supports de projections massives de cette « inquiétante étrangeté » décrite par Freud et induisent des positions défensives.

3.5 L'idéal, l'étrangeté et le fonctionnement familial

Denis Mellier (2017) souligne que toute naissance mobilise l'idéalité dans la famille et sa confrontation à une part d'inconnu. Ces deux mouvements d'idéalisation et d'interrogation autour du bébé sont convoqués autour du berceau du bébé et forment un « berceau psychique familial » qui se construit concomitamment à la l'émergence de la vie psychique du bébé.

En effet, il y aurait un double mouvement simultané : « une étrangeté » qui demande à être transformée, réduite, voire évacuée (et qui alimenterait ainsi le narcissisme de mort), et un idéal propre à l'attente du bébé qui l'inscrit dans l'idéal maternel, parental et familial (qui alimente ainsi le narcissisme de vie). (Denis Mellier, 2017 p.83)

Denis Mellier observe que ces deux mouvements s'associent différemment selon les situations. Pour certaines familles, la polarisation du couple idéalisation/persécution est radicale : « *L'idéalisation de l'image du bébé est telle qu'elle a pour contrepartie un déni total de toute pensée mortifère. La composante perspective est telle que l'étrangeté du bébé ne peut qu'être supprimée [...]* » (Ibid.p.83) Mais dans la plus grande partie des situations, on assiste à des oscillations entre ces deux mouvements : l'idéal devient peu à peu « assimilable » alors que l'étrangeté perd de sa force grâce aux processus de fantasmatisation et aux développement des liens libidinaux et d'attachement avec le bébé.

L'inquiétude à la naissance de l'enfant est donc un phénomène « normal » qui fait peu à peu la place à l'affiliation au bébé. Cette étrangeté est principalement vécue par la mère mais aussi par le père et les grands parents. Elle peut être plus ou contenue par la famille, lorsque celle-ci, par ses commentaires, son regard porté sur l'enfant va permettre d'inscrire l'enfant dans le mythe familial et dans l'inscription des générations. (Comme par exemple : Tiens ! Il a (bébé) les mains de sa grand-mère !)

Nous sommes donc interrogés sur cette question de « l'étrangeté » et de la reconnaissance du bébé né suite à don de spermatozoïdes. L'étrangeté suite à un don est-elle manifeste ? Comment le couple après une IAD compose-t-il avec l'étrangeté consécutive à toute naissance ?

3.6 L'étrangeté de l'enfant issu d'un don d'ovocytes

Dans son travail de thèse auprès des couples ayant bénéficié d'un don d'ovocyte, M. Canneaux (Canneaux et al., 2011) observe un sentiment « d'inquiétante étrangeté » pendant la grossesse concernant la représentation de l'enfant qui se poursuit à la naissance au cours des premiers mois.

Selon M. Canneaux, la situation du don d'ovocyte cristallise l'inquiétude de ne pas reconnaître son enfant. Elle souligne que cette inquiétude existe chez toute femme et cite C.Lechartier-Atlan (2001) qui observe que chaque femme enceinte avant la naissance se pose la question

suivante : « *Pourrais-je investir ce non-moi, enfin devenu un peu moi, quand il sera sorti de moi ?* » (Lechartier-Atlan, 2001 cité par Canneaux et al., 2011 p.496)

Ainsi les femmes ayant conçu grâce à un don d'ovocyte attendaient avec anxiété et/ou impatience le moment où elles pourraient rencontrer leur enfant et voir s'ils allaient se reconnaître mutuellement.

Enfin pour M. Canneaux, l'idéalisation de l'enfant et la mise en avant de traits de ressemblance avec leur conjoint ou encore avec elles constituent l'aménagement central qui va permettre la rencontre avec leur bébé dans son altérité.

« *L'engagement dans un processus de renoncement est, comme lors de la grossesse, fonction de l'aménagement de l'ambivalence et de l'inquiétante étrangeté associées à l'enfant.* » (ibid. p.470)

Un travail d'élaboration permettant l'accès à l'ambivalence et l'acceptation d'une part d'inconnu chez leur enfant, semble nécessaire à la rencontre avec « l'enfant réel ».

4. Synthèse et perspectives

Il nous est apparu nécessaire de revenir sur les fondements, les mécanismes et les fonctionnements du couple, afin de proposer cette perspective multicentrique du couple qui nous a soutenu dans nos réflexions sur l'impact de l'IAD sur le lien conjugal.

Deux axes principaux issus de la littérature ont guidé notre réflexion et nous ont permis de construire nos hypothèses de travail :

- La question des mécanismes défensifs du couple après avoir traversé une infertilité et eu recours à un don de spermatozoïdes. Retrouve-t-on les mêmes mécanismes individuels de déni et de dénégation du don (Delaisi de Parseval, 2008) à l'intérieur du couple ? Comment le couple compose-t-il avec les enjeux de l'infertilité masculine ? Le couple favorise-t-il un assouplissement défensif ? P. Cauvin (2007) soulève combien le couple est en tension pendant la grossesse suite à un don, qu'en est-il à la naissance ?

- La question des représentations de l'enfant issu d'un don de spermatozoïdes, à travers ce concept « d'étrangeté de l'enfant ». Les travaux de S.Freud (1919) et de D.Mellier (2017b, 2017a) ont mis en avant le phénomène d'étrangeté de l'enfant à la naissance, ce que M.Canneaux (2011) a pu observer auprès des femmes après un don d'ovocytes, cette étrangeté

pouvant être potentialisée par la présence psychique à la fois conscience et inconsciente du donneur anonyme à travers l'enfant de la grossesse. Quel serait alors le travail psychique du parent après un don de spermatozoïdes pour lutter contre cette étrangeté et s'affilier à son enfant ? L'anonymat du don, potentialise-t-il cette étrangeté ? Si l'étrangeté s'observe pendant la grossesse, se poursuit-elle après la naissance de l'enfant ?

La question de la triade et de l'inter-influence du père, de la mère et de l'enfant nous a semblé tout aussi capitale pour appréhender ce qui se joue dans les familles après un don de spermatozoïdes. Dans le chapitre suivant, nous proposons donc d'explorer la constitution de la famille, une fois la naissance advenue de l'enfant conçu par don.

Chapitre 3

Le coparentage et les défis de l'IAD



Nous avons pu voir combien l'infertilité d'abord, et le recours à un don de gamètes ensuite pouvaient impacter le couple dès la grossesse. C'est tout un processus paradoxal à la fois de deuil et d'affiliation à ce bébé qui vient teinter l'expérience de la parentalité prénatale.

A la naissance de l'enfant, c'est un nouveau défi que relèvent les parents ayant eu recours à un don : celui de la rencontre avec cet enfant à la fois familier et étranger (comme tout nourrisson finalement). C'est aussi celui de l'aménagement des liens après le don de gamètes, les liens à tisser avec l'enfant, ceux du couple parental qui se construit lui aussi avec le don, ceux du couple conjugal qui évolue en devenant parent.

Dans un premier temps nous évoquerons comment l'étude de la dyade mère-enfant, puis celle du triangle primaire incluant le père a permis de comprendre l'inter-influence mutuelle du père, de la mère et du bébé dans la construction de la dynamique familiale. Avec cet héritage, le modèle de l'alliance familiale et le concept du coparentage offrent un nouvel angle d'approche des interactions triadiques et soulignent les ressources familiales.

Puis, nous nous intéresserons plus précisément aux études menées sur les interactions précoces dans le cadre des familles issues de l'aide médicale à la procréation.

Enfin, nous mettrons en perspective les défis des familles ayant conçu leur enfant grâce à un don de gamètes et plus particulièrement après un don de spermatozoïdes. Nous préciserons les différents axes de réflexion qui ont permis de construire la recherche qui suit en 2^{ème} partie.

A. Des interactions précoces au coparentage

Nous étudierons pour commencer la question des interactions précoces à travers le prisme de l'émergence de l'intersubjectivité (cf. chapitre 2) dans la dyade mère-bébé, puis l'importance de la triade primaire dans la compréhension des interactions précoces. Le modèle de l'alliance familiale nous permettra par la suite de définir les différentes modalités interactives au sein de la famille. Enfin, nous présenterons le concept du coparentage qui nous apparaît central pour appréhender la dynamique familiale des couples ayant eu recours à une insémination artificielle avec donneur (IAD).

1. L'étude des interactions précoces

L'attention portée aux interactions précoces est une des conséquences de la seconde guerre mondiale. Les enfants séparés de leurs parents ou orphelins sont nombreux et accueillis en institution. Les psychanalystes font alors des observations attentives et s'intéressent à la question du bon développement psychique de l'enfant (A. Freud, 1958; Spitz, 1965). Ces observations ont permis de mettre en exergue l'importance de la qualité des liens dans le développement de l'enfant. Les travaux de D. Winnicott, de M. Klein, et de leur successeurs, ont beaucoup concouru à la compréhension du développement psycho-affectif de l'enfant. Nous

chercherons ici à nous centrer sur la question des interactions mère-bébé puis père-mère-bébé, ainsi que leurs influences sur le développement de l'enfant.

1.1 La dyade, la triade et la naissance de l'intersubjectivité

Les premières observations concernant les interactions précoces se sont d'abord centrées sur la dyade mère-bébé avec les travaux de D. Winnicott (1945), J. Bowlby (1969) ou D. Stern (1987). Elles ont permis de révéler l'importance fondamentale des premiers liens avec la mère dans la construction psychique, affective et comportementale du jeune enfant.

Ces travaux ont conduit les cliniciens à s'intéresser à l'intersubjectivité (Cf. Chapitre 2), ce que D. Stern décrit de façon explicitement minimaliste par : « le partage de l'expérience vécue entre deux personnes » (D. Stern, 2005). La naissance de l'intersubjectivité s'observant de manière très précoce chez l'enfant au travers des interactions.

Ainsi, l'intersubjectivité devient une notion fondamentale dans la compréhension des interactions précoces : elle soutient la communication mais aussi des concepts comme l'empathie ou l'identification à l'autre.

L'exploration de l'intersubjectivité s'est élargie en donnant également toute sa place au père comme acteur de premier choix dans la construction psychique, affective et développementale du bébé. (Delaisi de Parseval, 1981; É. Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001; Elisabeth Fivaz-Depeursinge et al., 1994; Lamour, 2000; Le Camus & Lebovici, 1995)

Les travaux de S. Lébovici et S. Stoléru (Serge Lebovici & Stoléru, 1983) sur la place du père dans les interactions précoces sont parmi les premiers à communiquer sur le sujet. Ils distinguent l'interaction directe père-nourrisson et « *l'influence indirecte que le père exerce sur le nourrisson, au travers de la relation conjugale, au travers du soutien qu'il offre à la mère et des différents aspects de la relation de couple.* » (p.203)

Non seulement le père joue un rôle en tant que tel auprès de son enfant mais aussi dans sa fonction paternelle auprès de la mère. De la même manière, la mère influence de manière majeure, elle aussi, la relation père-nourrisson « *en permettant à des degrés et selon des modalités diverses, au père d'être père et au bébé d'entrer en relation, réellement et fantasmatiquement, avec son père, au travers de ce qu'il entend dire de son père dans la parole maternelle.* » (ibid.)

On perçoit dès lors que la place du père a tout de suite été comprise en étroite interaction avec celle de la mère mais aussi contingente de la place que la mère fait au père. On parle alors de « triade primaire » (Le Camus & Lebovici, 1995) pour désigner les interactions précoces père-mère-bébé.

Il est opportun de souligner, à l'instar de Le Camus, le rôle fondamental du père comme soutien émotionnel et narcissique de la jeune mère, donnant à la triade toute sa dimension systémique. La triade primaire est comprise comme une entité dynamique où chaque membre père-mère-bébé s'influencent.

Toutefois, cette place du père, « par le biais de la mère » a considérablement évolué. Les mutations sociales à laquelle nous assistons a littéralement changé la place du père qui est aujourd'hui très investi dès la grossesse et qui dès la naissance, joue un rôle actif dans les soins précoces auprès du bébé.

Plus tard, les travaux d'E. Fivaz (É. Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001) ont permis de révéler l'existence d'une intersubjectivité à 3, incluant le père dans la construction de la communication « intra-familiale », grâce au paradigme du LTP comme nous le développerons plus loin.

Ainsi, la triade serait « *L'unité primaire, les dyades se construisant à l'intérieur de cette unité sociale de base.* » (Lamour, 2000)

1.2 Les interactions fantasmatiques et « le nid triadique »

Avec le groupe « Interfaces » (Elisabeth Fivaz-Depeursinge et al., 1994) (Fivaz-Depeursinge, Stern, Bürgin, Byng-Hall, Corboz-Warnery, Lamour, Lebovici, 1994), les interactions père-mère-bébé, ne sont plus appréhendées sous l'angle du seul point de vue fonctionnel et affectif mais comme l'enjeu de tout un univers fantasmatique, de représentations conscientes et inconscientes, d'attentes et de projections.

Le concept de « nid Triadique » désigne cet espace de « co-construction des parents » qui permet les aménagements nécessaires à l'arrivée de l'enfant, tant au niveau fantasmatique que comportemental et s'inscrit dans l'histoire familiale.

« Le nid triadique est ce contenant psychique qui permettra au nourrisson d'accéder aux interactions triadiques comportementales puis imaginaires, qui inscriront, dans sa psyché,

l'héritage familial. C'est une forme de représentation collective, un triangle imaginaire supra-individuel. » (Lamour, 2000. citée par Lotz & Dollander, 2004)

C'est cette étroite intrication entre les interactions fantasmatiques et les interactions comportementales, entre l'histoire des parents et celle de l'enfant qui nous apparaît important de souligner.

La triade pour le développement du bébé est donc fondamentale. La construction du lien affectif se joue alors à travers les interactions précoces, mais aussi au sein de ce « nid triadique » qui regroupe toutes les interactions fantasmatiques.

L'inter-influence de chacun des membres de la triade dans la construction des liens affectifs est incontestablement un axe fondamental d'étude et de compréhension de la famille.

1.3 L'inter-influence père-mère-bébé

L'influence du bébé comme acteur de l'interaction est aujourd'hui indéniable (Serge Lebovici & Stoléru, 1983; Palacio Espasa, 2002) et l'on sait que les compétences du bébé relancent celles du père et de la mère.

Les parents « façonnent » en partie le bébé, tout comme on sait dorénavant que le bébé participe à la construction de ses parents en tant que tels.

A la naissance, on parle alors de « parentification » (Lamour, 2000) pour décrire cette influence mutuelle triadique du couple devenant parent en présence de leur enfant. Le bébé contribue à la « paternification » du père et à la « maternification » de la mère. Il participe à l'ensemble des réaménagements psychologiques du « devenir parent ». Ainsi, « *le bébé parentalise son père et sa mère dans le cadre des interactions dyadiques père-nourrisson, mère-nourrisson* » (ibid.) Ce processus s'opère entre la période du 7^e et du 9^e mois du bébé, moment clé où le bébé commence à découvrir l'existence d'un soi subjectif et la possibilité d'une intersubjectivité avec ses parents (D.Stern, 1985, cité par ibid.). « *L'enfant a le sentiment d'une communication intime entre lui et l'autre ; il peut partager ses émotions.* » (ibid.)

Les études sur la triade montrent que le bébé développe par ailleurs des modalités interactives triadiques, tout comme des modalités interactives dyadiques. « *Partenaire à part entière, son développement influence le trilogue exactement de la même façon que le dialogue* » (Corboz-Warnery et Guertsch-Bettens, 1995, cités par Lotz & Dollander, 2004).

Il convient cependant de distinguer le processus de « maternalisation » de celui de la « paternalisation ».

Le processus de maternalisation de la mère par son conjoint s'observe dans le bénéficiaire narcissique, que lui offre à la fois la gratitude exprimée par le conjoint à la naissance de l'enfant et sa reconnaissance en tant que mère. (Aubert-Godard, 1999, cité par Lotz & Dollander, 2004)

Le processus de paternalisation, s'observe dans l'influence positive exercée par la conjointe sur le sentiment de compétence qu'éprouve le père dans sa relation avec son bébé. Le soutien qu'apporte la mère à son conjoint dans son rôle de père est fondamental. C'est elle qui va favoriser l'accès du père au bébé, lui permettre de jouer un rôle actif dans les soins et les interactions ou au contraire, l'éloigner de l'interaction.

Toutefois, on observe un phénomène de « gatekeeping » lorsque la mère a des comportements tendant à limiter l'engagement du père dans sa relation à l'enfant, en assumant la majeure partie de l'éducation auprès de l'enfant ou en ne laissant que peu de place au père dans l'espace parental. Le terme de « gate keeper » ou de « garde-barrière » décrit le rôle de la mère qui « [...] contrôle l'accès du père au bébé et favorise ou non le développement de la paternité chez son mari ». » (Pederson, 1983, cité par *ibid.*). En revanche, une facette positive du gatekeeping s'observe lorsqu'au contraire, la mère favorise les échanges entre le père et l'enfant (Frascarolo, Lavanchy Scaiola, & Favez, 2015).

Ce phénomène de parentalisation mutuelle nous est apparu central dans notre recherche auprès des couples devenant parent après un don. En effet, nous nous sommes interrogés sur les spécificités de ce processus de parentalisation après un don de sperme : Comment s'opère la paternalisation par la femme du père infertile ? La mère seule détentrice de la filiation biologique exerce-t-elle un pouvoir de « garde-barrière », en estimant être détentrice d'une plus grande part de légitimité ? Ou au contraire, essaie-t-elle de favoriser au maximum les interactions entre le père et l'enfant ?

2. Le modèle de « L’alliance familiale »

Le modèle de l’alliance familiale, proposé par les équipes du Centre d’étude de la famille de Lausanne (Favez, Frascarolo-Moutinot, & Tissot, 2013) se situe au carrefour des approches développementales, familiales et systémiques. Il s’inspire à la fois des travaux sur le développement des interactions et de « l’accordage affectif » mère-bébé de Daniel Stern (D. N. Stern, 1989) que vous avons vus et de l’approche structurale de la famille de Salvador Minuchin (Salvador Minuchin, 1974), que nous allons développer.

Ce modèle de l’alliance familiale propose à la fois une lecture des influences mutuelles au sein de la triade, mais aussi au sein des sous-groupes que forment le couple parental et le couple conjugal. Ce modèle de l’alliance familiale a pour intérêt notamment d’observer les familles avec enfants à un stade préverbal. (É. Fivaz-Depeursinge, 2003)

2.1 L’approche structurale de la famille

L’approche structurale développée par S. S. Minuchin (S. Minuchin, 1975) organise la famille en sous-systèmes et distingue le « sous-système parental » du « sous-système conjugal ». Le couple parental, « sous-système parental, concerne la spécificité de la relation entre les parents, focalisée sur l’enfant, en charge d’encadrer et d’assurer les soins et l’éducation de leurs enfants. Le couple conjugal est un autre sous-système, axé sur la relation affective et sexuelle des parents.

Ces sous-systèmes sont séparés par des frontières symboliques et impliquent des règles implicites. Par exemple : ce qui relève de la relation conjugale, ne regarde pas les enfants. Par contre, le sous-système parental inclus dans son fonctionnement une « ouverture » aux enfants : il est central dans la famille et constitue une passerelle entre les deux générations.

Dans l’héritage de S. Minuchin, les travaux du Centre d’étude de la Famille, ont observé un 3^{ème} sous-système, appelé « l’alliance coparentale » correspondant au travail conjoint des parents pour élever l’enfant, c’est-à-dire : « *le degré de coordination qu’ils atteignent lorsqu’ils réalisent une tâche commune* » (McHale et Cowan, 1996 cité par (É. Fivaz-Depeursinge, 2003). Et l’alliance familiale correspond à la manière dont parents et enfants

travaillent ensemble pour réaliser les tâches qui leur incombent. (É. Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001)

2.2 Les différentes modalités interactives à l'intérieur de la triade

Les travaux de recherche du Centre d'étude de la Famille se sont attachés à explorer les interactions précoces dans la triade père-mère-bébé. Ils se sont intéressés, à comparer les sous-systèmes « mère-bébé » et « père-bébé ».

Ces observations ont mis en avant :

- La capacité des pères à comprendre les signaux de leur bébé, au même titre que les mères, étant précisé que les interactions sont différentes dans leurs modalités :

« Les interactions sont structurées sur le même mode mais avec des variations de contenu : par exemple les pères sont plus créatifs (Labrell, 1996), plus imprévisibles et privilégient les jeux physiques » (voir le recueil édité par Lamb, 2010 ; Parke, 1996 cités par Favez et al., 2013, p.21)

- La différence des interactions entre un parent et son enfant en fonction de la présence ou de l'absence de l'autre parent. (Parke et O'Leary, 1976 cité par (Favez et al., 2013) Cette différence de comportement est plus marquée selon si la relation de couple est conflictuelle ou non. L'interaction peut alors contenir des émotions négatives et de l'agressivité, entre les parents mais aussi parfois à l'égard de l'enfant.

Dans tous les cas *« l'enfant fait l'expérience d'un parent peu ou prou différent selon les contextes, dyadiques ou triadiques. » (ibid. p.12)*

« L'effet de second ordre » (Bronfenbrenner, 1977 cité par Favez, 2017) décrit l'influence que le contexte exerce sur l'agencement d'une interaction. On observe que non seulement la présence de l'autre a un effet sur le parent (premier ordre) mais également sur l'enfant *via* le parent (second ordre).

« Les pères expriment par exemple moins d'affects négatifs et sont moins engagés quand ils jouent en présence de la mère que quand ils jouent seuls avec l'enfant » (Johnson, 2001 cité par N.Favez, 2013)

2.3 Le jeu trilogique de Lausanne

Pour étudier les interactions dans le triangle primaire, les chercheurs du centre d'étude de la famille ont créé le jeu trilogique de Lausanne (Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge, Gertsch Bettens, & Favez, 1993) En abrégé : LTP, pour Lausanne Trilogue Play en anglais.

Il s'agit d'une situation d'observation semi-standardisée permettant d'étudier la communication intersubjective au sein de la famille et la qualité de l'alliance familiale (Corboz-Warnery et al., 1993).

Au cours de ce jeu, les deux parents et le bébé vont passer par quatre configurations différentes qui correspondent aux quatre manières possibles d'être à trois : Un « 2+1 » : l'un des parents joue avec l'enfant pendant que l'autre reste en périphérie, le deuxième « 2+1 » avec inversion des rôles entre les parents, puis un « 3 ensemble » et enfin le dernier « 2+1 » où les parents discutent ensemble et c'est à l'enfant d'être en position de tiers. (Cf. Schéma Chapitre 5 p. 167)

L'analyse des comportements permet d'évaluer les engagements relationnels des trois partenaires et de définir l'alliance triadique, ou le degré de coordination des partenaires dans le partage d'affects. Le type d'alliance distingue les interactions suffisamment bonnes, qui favorisent la différenciation de la triangulation chez le bébé, des interactions problématiques qui entravent son développement.

Ce paradigme du LTP a permis d'étudier le développement de l'intersubjectivité à trois, sans langage verbal et l'émergence de la communication intra-familiale. (É. Fivaz-Depeursinge, 2003)

« L'intersubjectivité secondaire » émerge à la fin de la première année, lorsque le bébé montre, par ses signaux non-verbaux : « *qu'il commence à comprendre l'intimité psychique : il a des états intérieurs, des pensées, des sentiments ; ces états psychiques sont distincts de ses actions ; il peut les partager ou ne pas les partager avec ses partenaires.* » (ibid. p.270)

E. Fivaz-Depeursinge propose l'exemple de la famille de Paul, 9 mois dans le LTP. L'enfant pendant le jeu recherche activement à partager sa vie intérieure avec ses parents, il se retourne vers l'un, vers l'autre, exprime sa perplexité lorsqu'il ne comprend pas ce qu'il se passe, comme lorsqu'une chanson s'arrête pour faire la place à un autre échange. Pendant ce temps, les parents participent à ce que D.Stern a nommé « l'accordage affectif », ils communiquent et se répondent de manière trans-modale en utilisant des canaux différents dans un « dialogue

tonique » alternant le regard, le toucher, les vocalises et le langage, etc. En verbalisant pour l'enfant, ce qu'ils comprennent de son monde, les parents lui permettent de clarifier ce qu'il vit et ressent.

Le LTP permet donc d'étudier les débuts de la communication précoce : « l'intersubjectivité primaire ». Dès trois mois, le bébé perçoit que ses parents sont tous les deux ses partenaires à part égale. On peut le voir alterner entre ses parents, tout comme on voit aussi les parents s'accorder affectivement avec leur enfant.

Le Jeu trilogique de Lausanne est un outil de choix pour étudier les interactions et nous avons pu faire passer ce jeu aux familles que nous avons rencontrées lorsque l'enfant avait 3 mois, puis 18 mois, ce que nous détaillerons plus loin (Cf. Chapitre 5).

2.5 Le rôle du bébé dans la relation parentale et triangulation

Les capacités du bébé à réguler ses émotions ont un effet sur l'alliance familiale : les parents d'un enfant « difficile » (avec un seuil d'activation émotionnelle bas et une difficulté à se réguler) sont tout d'abord très attentifs dans les soins autour de l'enfant mais leurs efforts infructueux pour l'apaiser peuvent souvent aboutir à un parentage plus distant à la fin de la première année (Sanson & Rothbart, 1995 ; Van den Boom, 1994 ; cités par (Favez et al., 2013)

Dès la naissance, le bébé joue donc un rôle de régulateur de la relation parentale. Il est inclus dans un processus de « triangulation » qui désigne : « *l'inclusion d'une troisième personne dans une relation duelle afin de faire baisser la tension ou l'anxiété dans cette relation* » (Bowen, 1972 cité par (Favez et al., 2013)

La triangulation n'est pas nécessairement problématique. Les parents peuvent y répondre en montrant qu'ils sentent ce que l'enfant ressent. On observe des capacités de triangulation de l'enfant dans des familles dites « fonctionnelles » comme dans des familles qui ont une alliance problématique. En effet :

Les bébés dès l'âge de 12 mois font des « invites interactives » (en anglais bids) pour partager leurs émotions de plaisir, d'intérêt ou de détresse avec leurs deux parents ; ils regardent à tour de rôle chaque parent en faisant des transitions rapides du regard

entre eux, tout en gardant une expression émotionnelle constante. (E. Fivaz-Depeursinge, Favez, Lavanchy, De Noni, & Frascarolo, 2005 p.100)

Dans le pire des cas, ce processus peut amener l'enfant de parents pris dans un conflit insoluble à jouer le rôle d'intermédiaire ou de bouc émissaire et à se placer ainsi à risque de perturbations émotionnelles (Minuchin, 1974).

On perçoit ici combien l'étude des sous-systèmes parental, conjugal et de celui du ou des enfants, nous donne un autre regard sur les modalités interactives de la famille. La relation parentale n'est plus observée par le prisme de relations duelles père-bébé /mère-bébé /père-mère. C'est à ce titre que nous souhaitons aborder le concept de coparentage comme un nouvel outil de réflexion sur les interactions dans la triade. Le coparentage convoque la triade à travers la manière dont chacun des membres interagit et s'influence dans ses rôles auprès de l'enfant.

3. Le Coparentage

3.1 Présentation du concept

3.1.1 Définitions

James McHale (1995) a mis en avant le concept de « coparentage » pour désigner la relation spécifique qui s'établit entre les parents à propos de leur enfant. Ce coparentage se définit comme « *le soutien que s'apportent les parents dans leurs relations respectives à l'enfant, tant du point de vue instrumental qu'émotionnel, ou la promotion (ou le dénigrement) que chaque parent fait de l'autre auprès de l'enfant.* » (Belsky, Putnam & Crnic, 1996 ; McHale, 1997, 2007a cités par Favez et al., 2013 p.13)

La coparentalité désigne une fonction relationnelle et spécifique de la relation entre adultes en charge d'un enfant. Le couple dans sa dimension coparentale ne se définit plus seulement en termes de « nous en tant que partenaires amoureux » mais également en termes de « nous en tant que responsables d'un enfant ». A la naissance d'un enfant, le couple se dédouble pour devenir à la fois conjugal et coparental. La coparentalité désigne également :
« *Les actions conjointes entreprises par les parents avec l'enfant : l'aide que les parents s'apportent dans leurs tâches quotidiennes, les encouragements qu'ils se prodiguent, la*

reconnaissance qu'ils s'apportent dans leur engagement mutuel dans la vie familiale. » (Favez, 2017 p.18)

Cependant, il est fondamental de souligner que le coparentage ne désigne pas simplement la participation active des deux parents dans l'interaction et ne se résume pas à un partage des tâches : « *la question cruciale est la qualité émotionnelle de la coopération. » (Ibid. p.30)*

3.1.2 Les composants du coparentage

Plusieurs modèles du coparentage ont été proposés qui s'inspirent sur le modèle de McHale (1995,1997, 2007) Le tableau des dimensions du coparentage et leurs correspondances dans les différents modèles (Favez & Frascarolo, 2013) est disponible en annexe (Cf. Annexe A).

Nous nous baserons essentiellement sur les travaux de N.Favez et F.Frascarolo qui proposent un méta-modèle et distinguent 6 dimensions dans le coparentage : le soutien, le conflit, la division du travail, l'engagement dans le parentage, l'accord éducatif et la triangulation (ibid.)

- Le soutien, désigné par McHale comme la solidarité, correspond au soutien émotionnel et à la coopération dans les tâches relatives à l'enfant, chacun en assumant une partie et aidant l'autre à réaliser les siennes.
- Le conflit est désigné dans le modèle de McHale par le terme d'antagonisme. Il se caractérise principalement par la présence de commentaires verbaux négatifs et disqualifiant entre les parents.
- La division du travail comprend à la fois la répartition de la réalisation des tâches mais aussi la répartition des responsabilités. Le partage des tâches qui correspond à l'équilibre atteint par les deux parents dans le partage des tâches effectuées concernant l'enfant, mais surtout la satisfaction vis à vis de cet équilibre. En effet, il est apparu qu'une insatisfaction concernant le partage des tâches aura bien plus d'impact sur le fonctionnement familial que le partage des tâches en lui-même. (Khazan, McHale, & Decourcey, 2008 cités par (Favez et al., 2013))
- L'engagement dans le parentage relève de l'implication des parents dans leurs rôles parentaux respectifs. Cette dimension correspond à la répartition des tâches mais à un

niveau émotionnel : il s'agit de la manière dont les tâches sont accomplies (avec joie, ou non) et de la volonté affichée d'être partie prenante de la vie familiale.

- L'accord éducatif correspond à l'accord entre les parents quant aux valeurs éducatives. C'est une dimension fondamentale du coparentage qui concerne à la fois l'accord des parents sur les valeurs qu'ils veulent transmettre à leurs enfants et également l'accord dans les pratiques éducatives (en lien avec le respect des règles par exemple.)
- Enfin, la triangulation, comme nous l'avons vu précédemment, correspond à l'inclusion d'un tiers (ici l'enfant) dans un conflit entre deux personnes (les parents). Elle peut se manifester par une *compétition* (en anglais « Triangulation ») entre les parents pour attirer l'attention de l'enfant. La *coalition* (ou « Binding »), s'observe avec des enfants plus âgés, lorsque le parent fait équipe avec l'enfant contre l'autre parent. Enfin, le *détournement* (ou « Detourning ») est un troisième type de triangulation où l'enfant devient bouc-émissaire : l'enfant est alors désigné par les parents comme le responsable de leurs difficultés de couple.

Il faut préciser que la triangulation est la seule des dimensions du coparentage qui peut être dysfonctionnelle et nocive. Le conflit peut, à certaines conditions, et notamment s'il aboutit à la possibilité d'une résolution, avoir un effet positif.

Le coparentage peut être « cohésif » lorsque c'est la coordination qui domine et qu'il y a peu de signes de conflits, ou à l'inverse « non cohésif », lorsque le couple ne parvient pas à s'accorder auprès de l'enfant ou que l'on observe pas de plaisir partagé. Il peut se manifester de façon « ouverte » lorsque les membres de la famille communiquent ouvertement sur l'affection, le soutien émotionnel ou le conflit mais on parlera de coparentage « couvert » lorsque la communication se fait avec l'enfant, sur l'autre parent, en l'absence de celui-ci (que ce soit à la fois des commentaires positifs ou négatifs ou lorsque le parent ignore ce que l'autre a dit ou fait, etc.)

3.1.3 Un bon indicateur du développement de l'enfant

Cette relation de coparentage a une incidence non seulement sur le couple, mais aussi sur les parents individuellement et le développement psychoaffectif de l'enfant (Favez, 2013) Le coparentage a d'abord été étudié chez les couples séparés et divorcés afin de rendre compte de l'articulation des rôles de chacun des parents auprès de l'enfant (McHale, 1995). En

dissociant la relation conjugale de la relation parentale, on observe qu'un couple divorcé pouvait néanmoins garder des interactions stables et harmonieuses dans leur dimension parentale et leurs rôles conjoints auprès de l'enfant.

Puis l'intérêt d'étudier ce concept pour les parents en couple (non séparés) a été démontré (Frascarolo-Moutinot et al., 2009). Les troubles du comportement de l'enfant se sont révélés liés à la qualité des relations coparentales (McHale, 1995), c'est-à-dire à la qualité des relations que les parents entretiennent, non pas en tant que couple conjugal mais en tant que parents vis-à-vis de l'enfant. Une altération durable du coparentage a un impact sur le développement de l'enfant au cours des premières années : troubles du comportement, troubles anxieux ou dépressifs, attachement insécure, retrait social ou insécurité relationnelle, développement moins rapide de la compréhension des états internes. Il a aussi été montré qu'une mesure des désaccords concernant les pratiques éducatives de l'enfant, plus qu'une mesure de conflit conjugal, était un meilleur prédicteur des problèmes de l'enfant. (Jouriles et al., 1991 cité par Frascarolo-Moutinot et al., 2009)

3.1.4 L'influence de la présence de l'autre parent sur le coparentage

Comme nous l'avons vu, les parents n'ont en effet pas le même comportement lorsqu'ils sont seuls avec leur enfant ou lorsqu'ils sont avec leur partenaire.

Les études ont montré que la seule présence du partenaire a une influence sur la manière dont un parent joue avec son enfant.

Ainsi, (Johnson, 2001) observe que les mères sont plus structurantes, et les pères moins structurants, quand ils jouent en famille que quand ils sont seuls avec leur enfant. Par ailleurs, les pères et les mères expriment moins d'affects négatifs et sont moins engagés quand les deux parents sont présents que lorsqu'ils sont dans des jeux dyadiques parent/enfant.

Selon Johnson, pour les pères comme pour les mères, le fait d'être « heureux » ou « malheureux » en couple n'influence pas la relation dyadique avec l'enfant (résultats qui ne correspondent pas avec la clinique et sur lesquels on serait en droit de s'interroger). Cependant, si les pères ou les mères sont en « détresse conjugale », cela aura une influence sur le jeu triadique en présence de l'autre parent.

Nous verrons plus loin que la satisfaction conjugale est un des facteurs susceptibles d'influencer le coparentage.

3.2 Les prédicteurs du coparentage

Selon N.Favez (2017), le coparentage est influencé par une multitude de variables, relatives à la fois aux parents, à l'enfant mais aussi au contexte dans lequel la famille évolue, comme les contraintes économiques ou le contexte historique et culturel. Nous nous intéresserons principalement ici aux variables relatives aux parents et à celles relatives à l'enfant.

3.2.1 La satisfaction relationnelle et la flexibilité du couple

La relation conjugale s'est avérée prédictive de la qualité du coparentage et notamment sur deux aspects : la satisfaction relationnelle et la flexibilité dans le fonctionnement du couple conjugal.

La majorité des études montre que la satisfaction conjugale est liée à un coparentage coopératif. Il y aurait une forme de circularité que l'on peut résumer de la façon suivante :

La satisfaction que les partenaires retirent de leur situation conjugale les mène à percevoir positivement leurs engagements réciproques dans la parentalité, en les amenant à se focaliser sur les aspects positifs de ce que fait l'autre et à mettre de côté les aspects négatifs, ce qui en retour renforce leur relation conjugale. (Ibid. p.82)

La flexibilité, désignée comme « la capacité d'un système humain à changer de règles de fonctionnement quand cela est nécessaire, à permuter les rôles entre ses membres, à redistribuer les responsabilités » (Olson et Gorall, 2003, cité par Ibid. p.82) est aussi un facteur central dans la constitution de la relation coparentale. Les capacités des couples à communiquer ouvertement l'un avec l'autre, à résoudre les conflits de façon constructive et à prendre la perspective de l'autre se sont révélés prédictives de la façon dont les parents négocient leurs conflits coparentaux une fois l'enfant né. (Lewis, 1989, cité par Ibid.)

3.2.2 L'engagement paternel et le phénomène de « garde-barrière » maternel

L'engagement paternel et le positionnement maternel de « garde-barrière » se sont révélés être d'autres indicateurs majeurs de la relation coparentale. L'engagement paternel ne correspond pas seulement à la présence effective du père dans les tâches réalisées auprès de l'enfant mais désigne aussi sa disponibilité émotionnelle, les responsabilités qu'il endosse et son investissement dans le rôle paternel. (Lamb, Pleck, Charnov et Levine, 1987 cité par Ibid.). Le positionnement maternel de « Garde-barrière » (Lamour, 2000) désigne, comme nous

l'avons vu, l'accès plus ou moins grand que la mère favorise au père dans sa relation avec l'enfant.

D'autres facteurs comme la capacité du parent à se mettre à la place de l'autre, le sens de compétence à être parent, les croyances dans les rôles parentaux, l'image de l'autre en tant que parent, les tendances d'attachement et l'éventuelle psychopathologie parentale, sont autant de variables susceptibles d'influencer le coparentage du point de vue de la relation parentale.

Du côté de l'enfant, des variables comme l'âge de l'enfant, son tempérament, son sexe ou un éventuel développement atypique sont aussi susceptibles d'influencer l'alliance coparentale.

3.2.3 Le coparentage anté-natal

Selon N. Favez (Favez, 2013) [la transition à la parentalité], il est possible d'observer l'émergence du coparentage chez les couples dès la période de grossesse. La transition à la parentalité est un espace de bouleversements de la relation de couple qui nécessite de tenir compte des aspects intrapsychiques, comme des processus spécifiquement interpersonnels comme la relation coparentale.

La passation d'un LTP prénatal, (on propose alors aux parents de réaliser le jeu avec un poupon dans la même mise en situation d'interaction que pour le LTP classique) permet l'observation de l'émergence du coparentage pendant la période prénatale. (Corboz-Warnery & Fivaz-Depeursinge, 2001)

Plusieurs facteurs influencent la constitution de la relation coparentale dès la grossesse (Favez, 2013; Frascarolo-Moutinot et al., 2009) :

- La qualité de la relation conjugale : plus celle-ci est jugée insatisfaisante par les conjoints avant la naissance, plus le risque est fort de déboucher sur une relation coparentale insatisfaisante.
- L'engagement paternel, c'est-à-dire la place qu'il va prendre dans les interactions précoces, les soins et l'éducation.
- Le comportement de « garde barrière » de la mère, c'est-à-dire la place qu'elle va effectivement laisser au père, parfois teintée de plus ou moins d'ambivalence.
- Les représentations sociales que les parents ont de leurs rôles réciproques auprès de l'enfant

- Et enfin, la personnalité des deux parents, « *une personnalité anxieuse de l'un ou des deux parents rend par exemple plus difficile la mise en place d'un coparentage cohésif* » (Belsky, Putnam et Crnic (1996), cités par *ibid.*)

Au cours de notre recherche, nous n'avons pas pu proposer aux couples de passer un LTP prénatal, comme nous l'expliquerons dans la méthodologie. Néanmoins, les facteurs cités ci-dessus nous ont permis de construire nos axes d'exploration et notamment l'entretien des couples que nous avons rencontré au 8^e mois de la grossesse.

3.3 Le coparentage à la naissance

3.3.1 La transition à la parentalité

Lorsque la transition à la parentalité se passe bien, on observe un « dédoublement » de la relation de couple (Favez, 2013), qui devient à la fois conjugale et coparentale. On parle alors de coparentage « cohésif » ou « harmonieux » : les deux parents se soutiennent réciproquement, émotionnellement et sur le plan instrumental et sont en accord, ou tout au moins peuvent résoudre leurs désaccords sans agressivité. (McHale, 2007 cité par N. Favez, 2013)

En revanche, lorsque la transition se passe mal, on observe différentes formes de « désagrégation relationnelle » :

-Le coparentage peut être hostile, caractérisé par un travail de « démolition » : « *Chaque parent contredit les décisions prises par l'autre, soit de façon ouverte (les parents se disputent devant l'enfant), soit de façon cachée quand l'enfant est en âge verbal (en disant du mal de l'autre parent lorsqu'il est absent).* » (N. Favez, 2013)

-On peut observer un déséquilibre dans l'implication parentale qui se manifeste par le retrait de l'un des parents de la vie familiale ; il s'agit dans ce cas plus fréquemment du père.

-Enfin, il arrive que les parents entrent dans une sorte de « guerre froide » : « *Les parents ont des échanges de surface agréables mais avec des émotions positives forcées et très peu d'affection.* » (*ibid.*) Dans ces différents cas de figure, le risque existe alors pour l'enfant de présenter des troubles du comportement et affectifs comme de l'anxiété, au cours de son développement ultérieur.

3.3.2 L'impact de la naissance sur le couple conjugal et le coparentage

Les remaniements qu'implique la naissance d'un premier enfant ne sont pas abordés de la même manière par tous les couples. Certains couples vont privilégier le parental, parfois au détriment du coparental, d'autres mettront l'accent sur le coparental, peut-être au détriment du conjugal, etc. Ces choix, et la congruence des priorités choisies par les conjoints ont des retombées sur la satisfaction conjugale et donc sur le coparentage. (Frascarolo-Moutinot et al., 2009)

Il est possible d'observer dans les dynamiques familiales des cercles vertueux ou vicieux impliquant la qualité des relations conjugales et celle du coparentage.

- Une baisse de la satisfaction conjugale

Selon de nombreux auteurs, la transition du couple à la famille lors de l'arrivée d'un enfant, est globalement caractérisée par une période de crise, avec une baisse de la satisfaction conjugale et une augmentation des conflits entre les conjoints (Belsky et al., 1983 ; Belsky & Isabella, 1985 ; Shapiro et al., 2000, cités par Ibid.). Les couples qui s'en sortent le mieux sont ceux qui communiquent sur leur état émotionnel et qui cherchent ensemble des solutions.

A la naissance du bébé, la satisfaction conjugale se maintient chez les femmes si leur mari leur témoigne amour, chaleur affective et tendresse, alors qu'elle baisse si le mari les critique. En effet, la tendresse et l'admiration sont des éléments qui soudent le couple lors de la transition à la parentalité (Buehlman et al., 1992, cité par Ibid.).

Cependant, il est important de souligner que les scores de satisfaction conjugale sont plus élevés (en pré et post-natal), chez les couples ayant eu recours à une AMP que chez les couples tout venants (Frascarolo-Moutinot et al., 2009). Une des hypothèses avancées par les auteurs est que le parcours d'AMP serait susceptible de renforcer le couple. Néanmoins, on observe une baisse de la satisfaction conjugale à la naissance d'un enfant, indépendamment de type de conception. Dans cette dernière étude, la satisfaction conjugale a été évaluée grâce à un auto-questionnaire : la Dyadic Adjustment Scale (DAS) de Spanier (1976) que nous avons aussi utilisée dans notre recherche dans sa forme française traduite et abrégée (Antoine, Christophe, & Nandrino, 2008).

- L'influence du sexe de l'enfant sur le coparentage

Les dernières recherches de N.Favez (Favez, 2017b), montrent que les différences dans le coparentage pour une fille ou un garçon existent de manière très anecdotique et n'induit pas de différence dans la cohésion du coparentage. En revanche, en cas de relation conflictuelle, le père a plus tendance à se désinvestir si c'est une fille mais restera impliqué si c'est un garçon ce qui peut aboutir à une exacerbation du conflit. Cela pourrait expliquer, dans une certaine mesure, que lorsque les parents sont en conflit, les garçons présentent en général plus de symptômes.

La qualité du coparentage est influencée par le sexe de l'enfant. Ainsi, selon McHale (McHale, 1995) en cas de conflit conjugal avec un enfant d'âge pré-scolaire, le coparentage prend une forme hostile ou compétitive si c'est un garçon, alors qu'il sera plutôt déséquilibré ou désengagé si c'est une fille.

Nous nous intéressons aussi de savoir, dans quelle mesure le sexe de l'enfant influence l'alliance familiale dans un contexte de conception par don suite à une infertilité du père. Le sexe de l'enfant a-t-il une influence sur le coparentage dans ce contexte spécifique ?

- La personnalité des parents

Enfin, le coparentage dépend également de la personnalité des deux parents. Certaines caractéristiques sont des facteurs aggravants alors que d'autres sont des facteurs protecteurs.

L'anxiété constitue un facteur péjorant le coparentage en cas de stress, car elle conduit à l'évitement et à la critique réciproque. À l'inverse, la capacité des pères à se laisser influencer par les mères, joue un rôle modérateur de l'effet de débordement de la conflictualité dans la relation coparentale. (Belsky et al. (1995), cité par (Frascarolo-Moutinot et al., 2009)

En d'autres termes, le conflit conjugal ne déborde pas dans la relation coparentale lorsque le père se montre souple et d'accord pour tenir compte du point de vue de la mère (Talbot & McHale, 2004, cité par ibid.). D'une manière générale, une certaine capacité de flexibilité des deux membres du couple semble être un facteur favorisant un coparentage harmonieux.

B. Interactions précoces, Coparentage et AMP

Maintenant que nous avons pu comprendre l'extrême interrelation entre le bébé et ses deux parents, entre les deux parents entre eux en tant que parents et en tant que couple, nous percevons mieux combien chacun des membres de la triade, influence les autres.

Nous nous attacherons à présent à mettre en avant ce qui a pu être observé des interactions précoces et du coparentage dans le contexte spécifique de l'aide médicale à la procréation (AMP).

Les recherches sur les familles issues de l'aide médicale à la procréation se multiplient. Elles cherchent à répondre aux questions posées par la société, les professionnels et les familles concernées. La grande majorité des études ont été menées dans les familles ayant eu recours à une FIV (Fécondation in vitro) ou à une IA (Insémination artificielle). Ces recherches étudient donc l'impact du parcours d'aide médicale à la procréation intra-conjugale sur les interactions. Elles offrent un premier axe de réflexion. Nous présenterons par la suite les recherches, moins nombreuses, concernant les familles ayant eu recours à un don de gamètes.

1. Les interactions précoces après un parcours d'AMP intra-conjugale

1.1 Des interactions précoces plus anxieuses

Comme nous l'avons vu au cours du Chapitre 2, les mères qui ont eu recours à une aide médicale à la procréation sont en général plus anxieuses pendant la grossesse, fragilisées par le parcours médical et la période d'infertilité. Ce phénomène se poursuit après la naissance.

L'état actuel des recherches sur les relations précoces parent-enfant montre en effet une augmentation du stress durant la grossesse des femmes infertiles, une anticipation anxieuse accrue concernant d'éventuels problèmes somatiques, et une crainte plus importante d'être séparée de leur enfant (Revidi & Beauquier-Maccotta, 2008).

Les études révèlent qu'à la naissance, la représentation anxieuse autour du bébé est susceptible de se prolonger. Les mères ayant eu recours à une FIV perçoivent leur enfant comme plus difficile à 4 mois et à 1 an, alors que les investigations ne montraient pas de difficulté

spécifique dans le développement de ces enfants. Ces croyances seraient liées à l'anxiété des mères par FIV en ce qui concerne le développement de leur enfant (Mac Mahon et al. 1997 cité par Lazaratou & Golse, 2006).

Les difficultés rencontrées pour la conception ont donc un impact sur les représentations de l'enfant petit. Les recherches constatent une préoccupation maternelle accrue et un surinvestissement du bébé de la part de la mère en début de vie. Les parents auraient aussi une perception d'une plus grande vulnérabilité psychologique de leur enfant.

1.2 Une situation qui se régularise

Pourtant, cette tendance se régularise avec le temps. A partir des 2 ans de l'enfant, les mères sont moins anxieuses sur leurs compétences maternelles (S Golombok et al., 1996). Les recherches qui ont été faites sur les enfants plus âgés montrent que la qualité de la relation parents/enfants dans le cas de FIV autologue est satisfaisante et, dans certains cas, supérieure à celle observée dans les familles à conception naturelle.

« Comme si finalement toute l'anticipation et l'investissement de la grossesse soutenaient les capacités d'identification de la mère à son bébé. » (P.Revidi et B.Beauquier-Maccotta, 2008)

Les recherches de S. Golombok (S Golombok et al., 1996) sur les couples issus de l'AMP toutes techniques confondues montrent que les couples, à long terme, sont plus solides et témoignent d'une relation plus chaleureuse à leur enfant que les parents n'ayant pas recours à l'aide médicale à la procréation. Cette issue favorable serait le résultat du parcours d'AMP qui renforce le couple. D'autres facteurs sont mis en avant comme l'âge des parents, en général plus élevé. Néanmoins, l'idéalisation de l'enfant et de la naissance, du fait de la stérilité et de l'attente, serait aussi majorée par rapport à une conception naturelle.

1. Les interactions précoces et le don de gamète

Les travaux menés par S. Golombok qui dirige le Centre de Recherche sur la Famille à l'Université de Cambridge, font figure de référence aujourd'hui en Europe sur les « nouvelles formes de parentalité » et notamment sur les familles ayant eu recours à un don de gamètes. Sur « Web of science », c'est l'auteur qui a le plus de publication et qui est le plus souvent cité sur

le thème des familles après un don de gamètes (Freeman & Golombok, 2012; S. Golombok, 2002, 2015; S. Golombok et al., 1996; S. Golombok & MacCallum, 2003; Susan Golombok et al., 2013, 2017a; Owen & Golombok, 2009; Spencer, 2001).

Très tôt, elle et ses équipes de l'université de Cambridge ont suivi dans le cadre d'une recherche longitudinale, des familles ayant eu recours à un don de sperme, un don d'ovocytes ou à une mère porteuse pour concevoir leurs enfants (S Golombok et al., 1996). L'étude européenne a été menée conjointement en Grande-Bretagne, en Italie, en Espagne et aux Pays-Bas. Ils ont fait passé des entretiens et des questionnaires aux mères, aux pères, puis, avec les enfants grandissants, aux enfants eux-mêmes et aux enseignants. Cette recherche de grande ampleur explore les modalités d'investissement parental, le développement de l'enfant et son bien-être.

2.1 Des interactions précoces de qualité

Concernant le développement de la relation mère-enfant, les recherches témoignent de relations chaleureuses et de qualité (S Golombok et al., 1996). Les enfants issus d'un don n'ont témoigné d'aucune particularité par rapport aux autres populations étudiées (enfants adoptés ou conceptions naturelles). Les mères ayant conçu par don de sperme montraient plus de chaleur et d'investissement émotionnel vis-à-vis de leur enfant, interagissaient plus et montraient moins de stress lié au parentage que les mères ayant conçu naturellement.

Le don de sperme a été considéré par les deux parents comme un choix positif. Les pères pensent que leur relation avec l'enfant ne s'en trouve pas influencée et ils se sentent de « vrais pères ». Il n'existe pas non plus de problèmes particuliers dans la relation du couple. L'auteur conclut que les parents qui ont accepté le don de sperme ont une relation de qualité identique à celle observée dans les familles à conception naturelle et une participation émotionnelle plus souple. (S Golombok et al., 1996)

Les pères interagissaient plus avec leur enfant et étaient plus investis auprès des soins que les pères de conception naturelle. Concernant le développement des enfants eux-mêmes, aucune différence n'a été observée d'un point de vue psychopathologique ou en terme de perception des relations intrafamiliales. Les qualités parentales et le développement psycho-émotionnel des enfants était comparables dans les 4 pays étudiés.

Toutefois, les résultats de ces études sont à temporer car la méthodologie est discutable, comme nous le détaillerons plus loin (Cf. p.138).

2.2 Le sentiment subjectif d'être « le vrai père »

Les travaux d'Anne Brewaeys qui a aussi richement publié sur le sujet du don de sperme, méritent d'être soulignés (Brewaeys, 1996, 2001). Elle observe que dans la plupart des cas, les pères pensent que leur relation avec l'enfant ne se trouve pas influencée par le don et ils se sentent « de vrais pères ». Les parents qui ont accepté le don de sperme ont une relation de qualité identique à celle observée dans les familles à conception naturelle et une participation émotionnelle plus souple.

Néanmoins chez certains parents après un don de sperme, elle observe plus d'anxiété (« *anxious surinvestment* ») (Brewaeys, 2001). Elle souligne combien le sentiment subjectif du père d'être « le vrai père » est fondamental, tout comme la crainte du jugement, qui peut influencer le lien à l'enfant. Les pères qui vivent une peur de cette stigmatisation ont des relations moins chaleureuses avec leurs enfants. (Brewaeys, 1996).

3. Le devenir des enfants plus grands

3.1 Le développement de l'enfant à 7 ans

Une récente étude publiée en 2013 a été menée par les équipes de S. Golombok sur la parentalité des couples ayant bénéficié d'un don de gamètes observe qu'il n'y aurait pas de différences significatives concernant le développement des enfants nés par don et les enfants nés naturellement. (Susan Golombok et al., 2013) Cette recherche compare les enfants nés par don d'ovocyte, par don de sperme et grâce à une mère porteuse. Les enfants ont été rencontrés à domicile en présence de leur mère à l'âge de 3, 7 et 10 ans. Les rencontres ont été structurées sur la base d'entretiens semi-dirigés et d'auto-questionnaires. Le développement de l'enfant a par ailleurs été évalué sur la base du Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1994, 1997) administré à la mère lorsque l'enfant avait 3, 7 et 10 ans ainsi qu'à l'enseignant scolaire à 7 et 10 ans.

L'étude révèle que les enfants issus d'une conception par mère porteuse présentaient, en revanche un degré significativement plus élevé de difficultés à 7 ans. Les résultats suggèrent ainsi que ce n'est pas l'absence de filiation génétique mais plutôt l'absence de ce temps de la gestation qui pourrait être plus problématique. (Précisons cependant que cette différence avec les enfants issus de mères porteuse n'est cependant pas non plus significative de troubles psychologiques mais de plus grandes difficultés d'ajustement.)

Concernant la qualité de la parentalité, l'étude conclue sur une absence de différence entre les différents modes de conceptions chez les mères ayant bénéficié d'un don d'ovocyte, de sperme ou d'une mère porteuse.

En revanche, l'étude révèle un fort degré d'angoisse chez les mères qui n'avaient pas parlé à leur enfant de leur origine biologique, indiquant que la non révélation du secret était associée avec un état d'esprit plus négatif chez la mère. Ce niveau d'angoisse des mères n'ayant pas révélé à leur enfant leur origine biologique serait comparable à celui observé chez les mères adoptives, ayant tenu l'adoption secrète. (Brodzinsky & Pinderhughes, 2002 cité par ibid.)

Enfin, il est intéressant de noter que ce ne sont pas les enfants qui ne sont pas conscients de leurs origines biologiques qui ont montrés le plus de difficultés d'ajustement. Cette étude révèle que contrairement à ce qui était attendu, ce sont les enfants qui connaissaient leurs origines ET qui étaient confrontés à l'angoisse maternelle qui révélaient le plus de difficultés d'ajustement, vraisemblablement parce qu'ils se sentaient moins sécurisés face aux difficultés émotionnelles de leur mère.

3.2 La transition à l'adolescence

Les études européennes qui ont été menées sur la transition à l'adolescence de ces enfants (issus d'un don de sperme, d'un don d'ovocyte mais aussi d'une mère porteuse) font état d'une qualité des relations comparables entre enfants issus d'un don, enfants adoptés et conçus naturellement.

Ces résultats nous interpellent car la clinique de l'adoption a pu révéler des difficultés des enfants adoptés comme celle des parents adoptants.

Les familles issues de l'aide médicale à la procréation ont même un fonctionnement plus positif, à l'exception d'une petite proportion de familles pour lesquelles on observe une forme de surinvestissement de l'enfant. Les mesures d'ajustement psychologiques étaient semblables parmi les groupes d'enfants, malgré le fait que seulement 8,6% des enfants avait été informé de son mode de conception. (S. Golombok, 2002)

Concernant plus spécifiquement les enfants conçus par IAD, les études récentes mettent en évidence que la qualité de la relation parents-enfant pendant la transition à l'adolescence serait très bonne. Ces enfants (échantillon européen d'enfants de 11-12 ans) se développent aussi bien que ceux issu d'une conception classique (S. Golombok, 2002). La relation avec les mères était particulièrement chaleureuse (« *greater emotional involvement* ») et même plutôt surprotectrice (« *overconcerned* »). La relation avec les pères était aussi globalement positive. Ces pères apparaissent plus impliqués émotionnellement et moins autoritaires et critiques à l'égard de leur enfant, comparés à ceux d'autres études (enfants adoptés, enfants FIV et enfants conçus par voie naturelle).

Les auteurs concluent que ces enfants ne seraient pas à risque, même à l'adolescence, d'autant qu'ils évoluent dans un environnement majoritairement positif (90% des parents de l'échantillon IAD sont encore mariés ce qui contraste avec le taux de séparations habituel).

Dans la poursuite de cette recherche longitudinale, une nouvelle phase d'observation a été proposée aux mères et aux enfants de 14 ans (Susan Golombok, Ilioi, Blake, Roman, & Jadvá, 2017b). Les résultats montrent qu'il n'y aurait pas de différence entre les groupes (IAD, don d'ovocytes, mère porteuse et conception naturelle), du point de vue du développement de l'adolescent lui-même en terme de difficultés d'ajustement, de bien-être psychologique ou d'estime de soi.

En revanche, cette recherche révèle l'existence de relations moins positives entre les mères et les adolescents des familles avec don d'ovocyte, que dans les familles IAD (A la fois du point de vue des mères et des adolescents.) Les résultats suggèrent que l'absence de lien génétique entre la mère et l'enfant (don d'ovocytes) était associée à une relation mère-adolescent moins positive. On ne retrouve pas cette tendance en cas d'absence de lien gestationnel (mère porteuse), ni en l'absence de lien génétique père-enfant. Ces résultats nous interpellent grandement et nécessiteraient à notre avis d'être explorés. La méthodologie ne permet pas de mettre en perspective le taux de révélation du mode de conception dans chaque famille pour les mettre en lien avec ces résultats. Les enfants issus d'un don d'ovocytes sont-ils plus au courant du don que ceux d'un don de sperme ? Comment le contexte de mère porteuse est-il expliqué aux enfants ? Comment accompagne-t-on la culpabilité parentale ? De

nombreuses questions restent ici en suspens et ne pourront faire l'objet de notre travail de recherche.

4. Limites des recherches et biais méthodologiques

4.1 Un biais dans le recueil des données

Ces résultats restent donc controversés, notamment parce que ces recherches, pour beaucoup anglo-saxonnes, ont été effectuées sur la relation mère-enfant, désignée alors comme « famille » et non sur la triade, incluant le père dans les interactions. Ces résultats ont été obtenus grâce à des questionnaires et des entretiens pour les mères, les enfants ainsi que leurs professeurs. C'est donc la relation mère/enfant/adolescent qui a été évaluée et non pas la dynamique familiale ainsi que l'inter-relation de ses membres ensemble.

Les auteurs soulignent-eux-mêmes, qu'une trop faible proportion de pères IAD ont participé à la recherche et que ces résultats sont à confirmer par une étude de plus grande ampleur (L. Owen et S. Golombok, 2009).

Cette forme de mise à l'écart du père nécessite d'être soulignée : S'agit-il d'une défense des pères à revenir sur leur infertilité ? L'absence du père dans les recherches sur l'IAD ne révèle-t-elle pas une forme de déni sociétal de l'infertilité masculine ? Les défenses du chercheur ne sont-elles pas aussi en cause ?

Par ailleurs, ces études n'interrogent pas non plus la manière dont l'enfant vit le fait d'être issu d'un don puisque, comme le souligne P. Revidi et B. Beauquier-Maccotta : les enfants, dans une grande majorité, n'ont pas été informés de leur conception. (Revidi & Beauquier-Maccotta, 2008)

Les récentes études sur le sujet ont donc été élaborées à partir de la mère et de l'enfant et nous proposerons donc une recherche qui étudie la triade, dont on a pu voir qu'elle est plus que capitale dans l'étude de toute forme familiale.

4.2 Le biais de désirabilité

Les auteurs des précédentes recherches européennes soulignent aussi un biais de désirabilité probable : ces parents pourraient avoir tendance à minimiser leurs difficultés afin de légitimer leurs démarches. De plus il est possible que les difficultés rencontrées par les enfants aient été sous-évaluées par les mères ayant eu recours à un don, dans le but de présenter leur enfant sous une lumière plus clément, en réaction aux préjugés que soulèvent souvent ces chemins particuliers de la parentalité. (S. Golombok, 2002)

Enfin, les chercheurs mettent en avant le fait qu'il est probable que les parents plus convaincus par le choix du secret ont certainement moins participé à l'étude.

Dans son étude qualitative menée à travers des entretiens de couples ayant eu recours à un don D'ovocytes, M. Canneaux (2013) observe effectivement un biais de désirabilité. Les parents voulaient donner une impression positive, dans le but de légitimer leur parentalité acquise après tant d'attentes et de souffrance. De la même manière, l'étude de B. Beauquier-Maccotta souligne les difficultés des couples à pouvoir se laisser aller à l'ambivalence, comme une façon de se protéger de l'effondrement narcissique suite à la révélation d'une infertilité ou de la castration symbolique que l'infertilité représente (Beauquier-Maccotta B., 2018).

Comme nous le verrons au cours de notre recherche, ces couples ont en effet manifesté le souhait de montrer « qu'ils étaient comme tout le monde ». Par ailleurs et de manière plus profonde, il nous est apparu que les couples après une conception par don témoignaient de réelles difficultés à témoigner d'une quelconque forme de doute ou de difficulté, mettant en cause la gestion de l'agressivité à l'intérieur même du système familial. Cette tendance pourrait donner aux chercheurs l'impression que leur vécu est plus lisse qu'il ne l'est réellement.

4.3 Une législation différente sur l'anonymat du donneur

Les recherches anglo-saxonnes, comme celles menées par S. Golombok et l'université de Cambridge, ont été réalisées sous une législation différente que celle des recherches françaises menées jusqu'à présent, autorisant l'accès aux informations concernant le donneur contrairement à la loi française. Les résultats des études françaises et anglo-saxonnes ne sont donc pas toujours comparables. Le fait que l'enfant puisse avoir accès, s'il le souhaite, à l'identité du donneur donne une place plus prégnante à ce tiers donneur. Ce n'est pas le cas

dans un contexte d'anonymat. Les enjeux fantasmatiques, pour le couple parental, le couple conjugal, comme pour l'enfant pourraient être différents.

La majorité des recherches conclue néanmoins sur la qualité de la relation parents/enfant dans les familles où l'enfant n'a pas de lien génétique avec l'un des deux parents. Les liens biologiques ont donc effectivement moins d'importance que le désir d'enfant conjugué avec l'expérience de la parentalité en tant que telle (Lazaratou & Golse, 2006). La filiation biologique est secondaire au profit du désir d'enfant conjugué à l'expérience de la parentalité, d'une filiation instituée, affective et fantasmatique.

Des questions demeurent cependant parmi les cliniciens et les chercheurs. Elles ont trait à la question de savoir s'il convient de révéler à l'enfant le mode de sa conception et à toutes les questions relatives au travail psychique nécessaire pour père, la mère (et j'ajouterai : à l'ensemble de la famille) pour s'inscrire dans cette filiation. Quels mécanismes le couple conjugal et le couple parental mettent-ils alors en place pour assoir cette filiation singulière ?

C. Les défis pour la famille après une IAD

Certaines études temporisent les résultats très positifs concernant la relation parents-enfants issus d'un don (Delaisi de Parseval, 2008; Monzani, 2015).

Nous choisirons d'aborder les questions principales que se posent les parents comme les professionnels autour du don.

Tout d'abord, la question de l'élaboration autour de la rupture de la filiation génétique apparaît être un enjeu central pour la construction de ces familles. La manière dont le donneur peut être pensé ou non, ainsi que la place symbolique du don, pour les parents, comme pour l'enfant nous semblent primordiaux.

Ensuite, nous nous attacherons au destin du couple conjugal et du coparentage dans le parcours de parents après un don de sperme.

Enfin, nous approfondirons la question du si difficile discours sur la conception chez ces couples qui malgré leur désir d'en parler plus tard à leur enfant, sont peu nombreux à y parvenir.

Ce chapitre se propose comme une synthèse des enjeux pour la famille après une conception par IAD et comme une ouverture sur les hypothèses que nous proposerons dans la recherche qui suit.

1. Enjeux pour la famille de la rupture de la filiation génétique

Stephano Monzani (2015) réalise une revue de la littérature très riche sur les limites des précédentes recherches sur l'IAD et les questionnements que soulèvent la filiation par insémination artificielle avec donneur.

1.1 Les différences avec l'adoption

Les préoccupations liées à l'absence de lien génétiques sont aussi liées à ce qui a pu être observé dans des situations d'adoption. Or, les recherches montrent que les difficultés des enfants issus de l'adoption seraient plutôt corrélées à des expériences précoces de négligences parentales ou d'abus et au parcours parfois ponctué de multiples placements plus que de

l'absence de lien génétique en lui-même. (Dozier and Rutter, 2008 ; McCall, 2011 ; Palacios and Brodzinski, 2010, cités par S.Golombok, 2015)

Les enfants issus d'un don de gamètes diffèrent des enfants adoptés en ce qu'ils ont un lien génétique avec un de leur parent et sont nés dans la famille dans laquelle ils sont élevés. Ils n'ont pas non plus fait l'expérience d'un abandon ou d'une séparation avec leur famille d'origine.

En revanche, selon S. Golombok il est possible qu'à l'adolescence, les enfants issus d'un don aient, comme les enfants adoptés, un challenge spécifique à relever dans la construction de leur identité.

1.2 Le travail de filiation du père

1.2.1 S'approprier le don

Les auteurs s'accordent pour dire que l'enjeu de la filiation suite à un don de sperme est pour le père de se « sentir le vrai père ». Or, il nous apparaît manifeste que cette question touche tous les membres de la famille : le père, comme la mère et l'enfant issu du don. Pouvoir ancrer la paternité dans le désir d'enfant et l'amour du père demande, à chacun, un réel travail psychique d'affiliation symbolique.

En effet, les études sur le père dans les conceptions par IAD montrent l'importance pour un homme qui s'engage dans ce parcours de faire le deuil de la stérilité. Il s'agit de pouvoir envisager une nouvelle façon de procréer non plus biologique, « en faisant comme si » mais affective et symbolique et ayant la même valeur. L'enjeu est d'être capable de pouvoir parler avec son enfant de son histoire.

Il est capital que les hommes qui s'engagent dans l'idée de constituer une famille sur ce mode puissent au préalable parvenir à faire le deuil de leur fertilité. [...] réellement assumer sa stérilité au plan biologique pour pouvoir envisager une autre façon de procréer, et à partir de là être capable d'informer son enfant de cette histoire. (Claude Mazzone cité par Kunstmann, 2011).

Monzani (2015) souligne l'importance du crédit que porte la mère à l'égard du père. Ce n'est qu'à travers cette place intangible et portée par la mère, que le père pourra dépasser la désidéologisation et les vœux parricides de son enfant devenu adolescent, tout comme son

sentiment de ne pas être « le vrai père », et ses pulsions agressives alimentées par le rappel inévitable de son infertilité.

« Seulement dans ces conditions, il pourra offrir à son/ses enfants(s) issus de L'IAD un support identificatoire et narcissique sur lequel ils pourront prendre appui pour s'individuer. » (Monzani, 2015 p.116)

Nous avons vu en effet l'importance du processus de « paternalisation » du père et combien celui-ci était influencé par la mère : son soutien, ses encouragements et tout l'accès qu'elle permet ou non, du père à l'enfant. (Favez, 2013; Lamour, 2000)

1.2.2 Appréhender la dette

S. Monzani (2015) met en perspective les résultats prometteurs des études empiriques avec les interrogations émises par les cliniciens et souligne l'importance de la dette suite à un don de sperme qui touche les membres de la famille d'un point de vue transgénérationnel. En effet, le père qui a recours à un don de sperme se trouve en effet dans une situation de dette :

- Vis-à-vis du donneur si ce dernier s'autorise à personnifier le don, ou du CECOS qui lui a donné l'accès au don.
- Vis-à-vis de son propre père. Il est également débiteur à l'égard de son père qu'il n'a pas pu égaler et vis-à-vis duquel il est dans l'impossibilité d'honorer la dette symbolique qui les relie en raison de sa stérilité *« ce serait donc dire que le transgénérationnel de la lignée paternelle dans son fondement de réalités s'interrompt là et ne peut plus rester qu'imaginaire » (Soulé & Lévy-Soussan (2002) cités par Monzani, 2015, p.87)*. La dette renvoie à la génération précédente, l'homme infertile étant dans l'impossibilité d'offrir à ses propres parents un enfant idéal. G. Rosolato (1967, cité par ibid.), dans ses travaux sur la généalogie évoque la possibilité d'un « traumatisme grand-parental » et l'impact sur la lignée paternelle tout entière.
- Vis-à-vis de l'enfant issu du don. Ainsi, l'adolescence, période clé de la construction identitaire qui passe notamment par une revisite des imagos parentales, l'adolescent issu du don pourrait vivre la « crise de l'adolescence » au travers des enjeux autour de sa filiation singulière. *« Ce maillage renvoie l'adolescent à sa place dans la lignée familiale et à la dette symbolique dont il devient le dépositaire et qu'il est obligé d'honorer » (Le Run, 2004, cité ibid.)*

S. Monzani se demande si la procréation par IAD, souvent cachée aux enfants, ne provoquerait pas des transformations psychiques silencieuses (Jullien, 2009, cité par ibid.)

Par ailleurs, pour S. Monzani, la problématique est certainement plus délicate en ce qui concerne les identifications masculines, notamment dans les remaniements identitaires de l'enfant garçon.

« La blessure narcissique de l'infertilité du père (sujet tabou) pourrait entraver l'étayage de l'adolescent sur des identifications structurantes débouchant sur des productions idéales personnelles et pouvant lui fournir l'image d'une « complétude phallique ». » (Seulin, 2001, cité par ibid. p.116)

Il met en avant l'intérêt de l'enfant lui-même et sa « différence » rarement prise en compte et s'interroge sur une potentielle « nuisance » faite aux enfants à naître et aux générations futures (Roberts et Wassermann, 2009 ; Savulescu et Kahane, 2009 cités par Ibid.).

Il reste important de pouvoir réfléchir sur les répercussions éventuelles de l'IAD sur les générations ultérieures, notamment du fait de transmissions inconscientes *« sur la gestion culpabilisante du don qui engendre une dette sans contre don possible (car le don est gratuit) qui pourrait être transmise inconsciemment aux enfants » (ibid. p.113)*

1.3 Une famille élargie

1.3.1 L'importance des « siblings »

Chez les enfants à qui on a révélé la conception par don et dans les pays où l'accès à l'information sur le donneur est possible, il apparaît qu'un certain nombre ait souhaité contacter le donneur. Une grande majorité des enfants conçus par don se sont montrés curieux de savoir à quoi ressemblait le donneur en tant que personne (Scheib, Riordan, & Rubin, 2005). La plupart ont souhaité le contacter et tenté de le rencontrer à l'âge de 18 ans. Seulement 10 % ont rapporté qu'il s'agissait une personne importante dans leur vie et seulement 6,9 % ont souhaité avoir une relation père-enfant avec lui.

Etonnamment, ces enfants et leurs familles ont aussi souhaité rechercher leurs frères et sœurs issus du même donneur, « les siblings ». Les études sur le sujet (Jadva, Freeman, Kramer, & Golombok, 2010) montrent que les familles étaient d'ailleurs plus intéressées à entretenir des relations avec les enfants du donneur qu'avec le donneur lui-même, dans une recherche

d'expérience partagée et d'un sentiment commun de « faire famille », et ce, plus particulièrement dans les familles où les enfants ont des mères lesbiennes ou célibataires.

Ce que l'on comprend ici, c'est que les enfants ne recherchent pas « un père » à travers le donneur, la figure paternelle est déjà comblée par le père du désir et du quotidien. Les enfants ont cherché en revanche à partager leurs expériences avec des frères et sœurs symboliques, les « siblings », issus du même donneur ou ayant vécu la même expérience. Une communauté d'appartenance. Ce sont les familles monoparentales ou lesbiennes où la figure paternelle a pu faire défaut, qui témoigne du plus grand intérêt pour le donneur en tant que possibilité d'ouverture de la famille vers une autre figure parentale

Tous s'accordent en revanche sur la nécessité d'échanger avec des pairs qui ont vécu la même expérience et se posent les mêmes questions. Plusieurs associations existent à ce titre. Citons notamment l'Association des enfants du don (AEDD) (Christophe Masle & Adèle Bourdelet, 2018) qui propose des groupes de parole de parents afin de les préparer à faire face aux questions éventuelles de leurs enfants. L'annonce du mode de conception à l'enfant et la manière dont les enfants perçoivent leur propre conception sont les principaux sujets abordés par les parents. L'enfant issu d'un don peut craindre d'aborder la question de son mode de conception avec ses parents, de peur de les blesser en ravivant certaines blessures.

1.3.2. Quelle place pour le donneur ?

La question de la place du donneur pour la famille nous apparaît centrale. S'interroger sur la place du donneur est autre chose que d'interroger la représentation ou encore la fonction de celui-ci.

Comme nous l'avons vu, la parentalité n'est pas la génétique (et ne l'a finalement que rarement été dans les différentes cultures (Delaisi de Parseval, 2008; Godelier, 1994) mais le désir d'enfant qui a pré-existé sa naissance et l'inscription juridique et affective dans une famille. La filiation relèverait donc de l'intention, du désir d'enfant et de la reconnaissance juridique. Le donneur n'a donc pas lieu d'être considéré en tant que « père », ni biologique, ni même symbolique. C'est uniquement le père du désir d'enfant qui devient ici pleinement et entièrement père. Est-ce pour autant que le donneur n'a pas une place ? Quelle place les couples lui font-ils alors dans leur construction familiale ?

Des associations de personnes nées d'une AMP avec don ont revendiqué leur droit à connaître leurs origines, au motif que génétique et histoire sont intrinsèquement liées. Nous invitons le lecteur à lire les récits d'enfants qui témoignent de leur parcours : le secret, puis l'annonce, puis le sens de tout ce qu'ils ont précédemment vécu qui prend une teinte différente, le soulagement, l'angoisse et surtout le cortège de questions et l'impasse. (Brès & Théry, 2019)

Ces enfants, comme Arthur Kermalvezen figure de proue de ce combat pour l'accès aux origines, expliquent leur besoin de connaître leur « père » ou « mère » biologique. Il ne s'agit pas, pour la grande majorité, de rechercher un père mais plutôt d'avoir un visage au travers duquel reconnaître leurs propres traits, de connaître leurs antécédents médicaux et de combler une forme de vide fantasmatique douloureux.

2 . Enjeux pour le couple de la conception par IAD

2.1 Les bouleversements du couple conjugal

2.1.1 Des couples solides ?

Comme nous avons pu le voir, les études montrent que le parcours de stérilité renforce le couple conjugal, une fois que les obstacles liés à la stérilité sont dépassés. (Frascarolo-Moutinot et al., 2009)

Après avoir eu recours à don, le couple est bien souvent, plus que dans les conceptions naturelles, à deux autour de l'enfant : on compterait moins de séparations que dans les conceptions classiques (S. Golombok et al., 1996) Le donneur est investi positivement par les deux parents (Brewaeys, 2001) et les couples qui ont recours à un don sont souvent plus solides et ont bien plus consolidé ce projet d'enfant (S. Golombok, 2002, 2015)

Le parcours d'infertilité aurait tendance à consolider la relation conjugale et les conjoints seraient plus solidaires. En revanche, à la naissance, tous les couples témoignent d'une diminution de satisfaction conjugale, quel que soit le mode de conception.

Ainsi nous tenterons de répondre à la question : qu'est-ce qui rend le couple plus solide après une infertilité ? Les auteurs mettent en avant, l'âge plus avancé des parents, le projet parental consolidé d'avoir surmonté les épreuves (ibid.). Dans notre travail de recherche, nous nous

interrogerons sur la dynamique conjugale et la manière dont le couple se réorganise face à l'infertilité et plus particulièrement suite à un don de spermatozoïdes.

2.1.2 La question de la rivalité

L'étude des du coparentage chez couples ayant eu recours à un don d'ovocyte, (grâce à la méthode du jeu trilogique de Lausanne et de l'analyse d'entretiens cliniques), témoigne de l'existence, chez certaines femmes, d'une rivalité à l'égard du conjoint, vis-à-vis de l'enfant. (Canneaux et al., 2011)

Cette rivalité peut être effectivement réactivée entre les conjoints à l'occasion de toute naissance mais elle prend une tonalité particulière lorsque le couple a recours à un tiers donneur.

On constate alors chez certaines que la rivalité à l'égard de la figure de la donneuse peut se déplacer sur le conjoint qui devient un rival menaçant, vécu comme susceptible de revendiquer un lien de filiation privilégié avec leur enfant. Dans le même temps, certaines craignent que ce dernier reconnaisse à leur conjoint un lien de filiation privilégié. (Ibid. p.471)

Ainsi la rupture de la filiation laisserait entrevoir une plus grande fragilité inconsciente du lien à l'enfant, observable dans les interactions. La rivalité du parent infertile à l'égard de l'autre parent nous permet d'entrevoir l'impact que le don peut avoir sur les interactions précoces.

2.1.3 Le fantasme de « l'étranger à la maison »

Peu de travaux se sont attachés à étudier la place du donneur dans l'économie psychique de la famille mais plusieurs fantasmes ont été observés par les cliniciens (Cf. Chapitre 1).

Nous retiendrons principalement le fantasme de « l'étranger à la maison » (Lévy-Soussan, 2002) où l'enfant issu du don, incarnerait l'asymétrie génétique entre les parents.

Cette différence de lien génétique entre les parents nécessite un travail fondamental d'appropriation psychique de son enfant (notamment de la part du père), pour qui l'enfant est génétiquement étranger.

L'étrangeté ressentie à la naissance d'un enfant a beau être un phénomène observable lors de toute naissance. (Denis Mellier, 2017; S. Freud, 1919), l'expérience prend une portée toute particulière lors d'une conception par don, comme l'ont montrés les travaux sur le don d'ovocyte (Canneaux et al., 2011)

Comment se fait la rencontre avec l'enfant issu d'un don de spermatozoïdes ? L'étrangeté est-elle décuplée ? Comment le couple parental s'affilie-t-il à cet enfant dont les origines viennent potentialiser la part d'étrangeté dans la transmission ? Comment le couple compose-t-il avec l'étrangeté de l'enfant issu d'un don de spermatozoïdes ? Nous tenterons de répondre à ces questions au travers de cette recherche.

2.2 Enjeux pour le couple coparental

Il n'existe pas d'étude sur le coparentage et le don de sperme. En revanche, une étude a déjà été effectuée sur le coparentage des couples après une FIV (fécondation in vitro intra-familiale) nous offrant un premier axe de réflexion (Darwiche, Favez, Guex, Germond, & Jean-Nicolas Despland, 2013). Cette étude réalisée par une des équipes de l'école de Lausanne s'est attachée à étudier l'alliance entre les pères, les mères et leur bébé conçus par FIV et à mesurer l'impact du parcours d'AMP et de l'expérience de l'infertilité sur l'alliance familiale. Il en résulte les constations suivantes :

2.2.1 Le phénomène « d'enfant au centre »

L'étude permet d'observer, au travers de l'analyse du jeu triadique de Lausanne (LTP), une alliance familiale mettant l'enfant au centre de la famille. Cette attitude parentale correspond à ce que J.McHale et ses collaborateurs ont décrit comme la « child-centeredness ». (McHale, Kuerten-Hogan, & Lauretti, 2001 cités par ibid.). Il s'agit d'une « *tendance des parents à se centrer sur l'enfant et à suivre ses initiatives plutôt qu'à mener l'interaction.* »

Cette attitude peut s'observer dans le cadre d'une dynamique coparentale fonctionnelle ou dysfonctionnelle. (McHale, Lauretti, Talbot, & Pouquette, 2002 cités par Ibid.) Les parents peuvent être centrés sur l'enfant tout en étant coordonnés entre eux et en harmonie (« Cohésive-child-centered »). Dans le cas d'une dynamique dysfonctionnelle, les parents interagissent principalement par l'intermédiaire de leur enfant, de manière non coordonnée et dans un contexte affectif peu chaleureux (« child-at-center »).

Chez les familles ayant eu recours à une FIV, dans un tiers des cas, les attitudes « d'enfant au centre » s'observent dans un contexte problématique et dans deux tiers des cas, le contexte familial est fonctionnel.

2.2.2 Les difficultés à se confronter aux émotions négatives

L'étude permet d'observer une hypersensibilité des parents aux signaux négatifs de leur enfant.

Lorsque celui-ci manifeste une légère détresse, irritation ou fatigue, ses parents réagissent rapidement pour le consoler et l'apaiser. Les réactions observées le plus fréquemment sont le fait de donner la lolette ou le biberon au bébé ou encore de le sortir de son siège pour le prendre dans les bras.(Joëlle Darwiche et al., 2013 p. 296)

Le fait de vouloir réduire « le niveau de détresse » et les affects négatifs manifestés par l'enfant n'est pas en soi problématique mais les auteurs soulignent que cela présente un risque pour l'enfant « *qui n'a pas l'opportunité de réguler ses propres émotions, ou en d'autres termes, de développer son système immunitaire émotionnel.* » (Ibid. p.300)

Joëlle Darwiche et Nicolas Favez s'interrogent aussi sur les capacités des parents à tolérer les affects négatifs de leur enfant : est-ce un obstacle à la mise des limites claires entre parents et enfants ? Et un manque d'opportunité pour les parents de se confronter aux éventuelles tensions entre eux, et surtout entre eux et leur enfant ?

Enfin, les chercheurs soulèvent le décalage observé entre la période de la grossesse qui s'accompagne d'une forme d'idéalisation du couple et du devenir parent, et l'expérience de réalité et de désillusion qui l'accompagne. Ce décalage serait d'autant plus grand chez ces familles FIV que l'attente et l'investissement ont été importants. « *Des difficultés surgiraient alors dans le décalage inévitable avec la réalité des interactions familiales.* » (Ibid. p. 300)

L'étude conclue que cette attitude surprotectrice est certainement transitoire et témoigne des défis plus élevés que les parents ont à relever durant cette transition à la parentalité.

Il n'existe pas encore d'étude sur l'alliance familiale des couples après une Insémination artificielle avec donneur. Nous proposerons donc dans cette recherche, grâce à l'analyse de jeux trilogiques de Lausanne des couples rencontrés, une réflexion sur la spécificité de ce mode de conception.

3. Le discours des parents sur la conception

Un des derniers aspects qui nous apparaît concentrer les difficultés des familles après une conception de leur enfant par don est celle du discours à l'enfant sur sa conception.

Jusqu'à récemment, les conceptions par don de gamètes étaient entourées par le secret. Les parents n'en parlaient pas à leur entourage et il n'était pas question de le dire à l'enfant. Les couples étaient d'ailleurs conseillés par les médecins de ne pas nécessairement en parler.

Aujourd'hui, la question du discours sur la conception fait encore débat : dire ou ne pas dire ? Faut-il tout dire ? Comment dire ? A quel moment ?

L'attention des parents et des professionnels a été attirée vers les effets potentiellement négatifs d'une révélation fortuite du secret, raison pour laquelle les couples sont aujourd'hui encouragés à être plus ouverts concernant la nature de leur conception.

3.1 Le paradoxe du désir impossible

De nombreux auteurs soulignent combien cette question du secret sur les origines reste la pierre d'achoppement pour une issue favorable ou non de la filiation par IAD (Canneaux, Beauquier-Maccotta, & Kobilinski, s. d.; S. Golombok, 2015; Kobilinsky, 2011; Monzani, 2015)

Les études empiriques révèlent que les enfants iraient bien en dépit du fait que les parents aient gardé le secret sur leur conception. En effet, très peu de couples auraient informé leur(s) enfant(s) sur leur mode de conception.

Il y a dix ans, une étude européenne menée par L. Owen et S. Golombok (Owen & Golombok, 2009) sur le don de gamètes montre que seulement 8,6 % des enfants âgés de 11 à 12 ans ont été informés sur leur mode de conception avec des disparités selon les pays (un taux de révélation plus élevé au Nord qu'au Sud), 10 % des familles prévoient d'en parler un jour, 12 % sont indécises et 70 % se prononcent contre l'idée d'informer l'enfant.

Une étude française plus récente, révèle un taux de révélation plus élevé allant jusqu'à 70 % parmi les couples qui souhaitaient initialement informer l'enfant (Araya et al., 2011). 48% des parents sollicités pour l'étude n'auraient cependant pas retourné le questionnaire. Cette étude a été menée uniquement par questionnaire et nous interpelle car elle ne précise pas comment les parents auraient informés leur enfant : facilement ou avec difficultés ? Que transmettent-ils à

leur enfant ? L'étude conclut que leurs résultats sont cependant comparables à d'autres recherches qui soulignent que pour la majorité des parents, l'intention d'informer l'enfant ne se concrétise pas forcément.

On peut donc en conclure que si la majorité des parents se disent d'accord pour informer l'enfant, nombreux sont ceux qui n'y parviennent pas.

3.1.1 Les raisons du secret

Les raisons de ce secret évoquées par les parents sont la crainte que leurs enfants puissent être choqués, confus ou inquiets d'apprendre qu'ils ne sont pas liés génétiquement à l'un de leur parent. Les parents évoquent aussi la crainte de mettre en péril la relation entre l'enfant et le parent infertile, voir la peur que l'enfant puisse rejeter et ne plus aimer son parent avec lequel il n'a pas de lien génétique. (Canneaux et al., 2016)

Certains parents interrogés pensent aussi avoir laissé passer trop de temps et qu'il est alors trop tard. Ils évoquent aussi l'appréhension de ne pas savoir répondre à leurs questions.

Pourtant, le discours auprès de l'entourage concernant le don est plus ouvert et de nombreux parents en ont néanmoins parlé à leurs proches, créant donc un risque que l'enfant l'apprenne fortuitement.

De nombreux parents témoignent de leur intention d'en parler sans pour autant réussir à le faire (Doumergue & Kalampalikis, 2014). Certains parents auraient révélé leur infertilité et évoqué les traitements sans pour autant avoir parlé du don, révélant ainsi une partie de l'information mais pas celle fondamentale du don de gamète.

3.1.2 Les fonctions du silence sur les origines

Une étude concernant les couples ayant conçu par FIV intra-conjugale, révèle les difficultés des couples à exprimer leurs vécus (Quijano et al., 2008). Les couples expriment un simple gène ou un silence, tout en ressentant malgré tout le besoin de « révéler » ce qui a été vécu.

Le silence peut avoir une fonction de « *trace traumatique du vécu de la stérilité* » (Quijano et al., 2008 p.39), un silence qui s'oppose ainsi au secret.

Cette distinction entre le secret et le silence nous paraît intéressante. Pour les couples ayant un parcours de don suite à une infertilité, il pourrait aussi s'agir d'un silence, plutôt que d'un secret sur l'origine « *Un secret suppose que l'on puisse dire quelque chose. Le silence est plus le signe d'une certaine sidération, trace d'un vécu traumatisme, certes, mais encore le signe d'un indicible.* » (Ibid. p.40)

Ces auteurs soulignent bien que la difficulté à lever le secret chez ces couples ne touche pas uniquement la question de l'origine de l'enfant mais aussi l'aveu de la stérilité des parents, tout comme avait pu l'évoquer M.Soulé (1968) concernant le secret si douloureusement gardé autour de l'enfant adopté.

Les auteurs observent que si les couples « *n'ont pas de « secrets », ils désirent parler mais n'arrivent pas à « en » parler.* » (Ibid.)

3.2 L'importance du discours sur la conception

Les aspects délétères du secret ont été révélés grâce à l'expérience de l'adoption et des travaux sur les thérapies familiales.

3.2.1 L'expérience de l'adoption

Les inquiétudes et interrogations concernant le secret sont issues de la clinique de l'adoption qui a pu révéler l'effet délétère chez certains enfants de n'avoir pas été informés de leur adoption. Ces enfants ont pu développer des difficultés émotionnelles et identitaires (Brodzinsky & Palacios, 2005) alors qu'à l'inverse, l'ouverture des parents sur l'histoire d'adoption de leurs enfants a montré de meilleures relations parents-enfants et un bien être psychologique chez les enfants adoptés (Fortineau-Guillorit & Baillon, 2015).

3.2.2 L'expérience de la thérapie familiale

La littérature de thérapie familiale a aussi mis en avant les aspects délétères des secrets de famille (Ancelin Schützenberger, 1993) et les conséquences néfastes sur le développement psychologique des enfants dont on a gardé secrètes les origines (Imber-Black, 1998). Ainsi, du point de vue des thérapies familiales, les secrets seraient délétères au fonctionnement familial en ce qu'ils créent des barrières entre ceux qui connaissent le secret et les autres, et peuvent générer de l'anxiété ou développer certains symptômes (Papp, 1993, cité par Golombok, 2015). Plus particulièrement, les enfants pourraient percevoir l'existence d'un secret de manière

inconsciente, à travers les évitements de certains sujets tabous, le ton de la voix d'un parent, un changement d'expression faciale ou de posture ou un changement abrupt de conversation (De Paulo, 1992 cité par *ibid.*)

Pour ces auteurs, le risque du secret est de gauchir la relation entre l'enfant et les membres de la famille qui n'ont pas de lien génétique, d'influencer la relation des membres de la famille vers un manque d'authenticité, de diviser les membres de la famille qui connaissent ou non le secret.

3.3 Le différent fonctionnement des familles en lien avec le discours sur la conception

3.3.1 Le choix du silence

Chez les familles ayant choisi de ne pas révéler la conception par don à leur enfant, les recherches montrent que l'absence de lien génétique n'est pas associée à une augmentation significative des troubles chez l'adolescent. (Susan Golombok et al., 2017a) Les parents diffèrent néanmoins en terme de plus grand investissement émotionnel auprès de leur enfant. S. Golombok parle d' « *over involvement* » qui serait néanmoins modéré et non pas pathologique.

3.3.2 Le choix de l'information

Lorsque les familles font le choix d'informer l'enfant, les parents le feraient dans la majorité des cas, avant que leur enfant n'ait 4 ans. Ces parents racontent alors des histoires sur le fait qu'ils ont eu besoin d'aide pour avoir un enfant plutôt que de donner des explications détaillées. Contrairement aux préoccupations parentales, les enfants répondraient de manière neutre ou avec une simple curiosité mais sans que cela provoque une détresse. Ce n'est qu'à partir de 10 ans que les enfants ont une compréhension claire de la nature de leur conception.

Dans une étude sur les pensées et les émotions des adolescents qui ont grandi sachant qu'ils ont été conçus grâce à un don, la majorité témoigne s'être senti à l'aise avec cette conception et n'en ont pas ressenti d'effet négatif sur leur relation avec leur parents (Sheib, Riordan, and Rubin, 2005 cité par Susan Golombok, 2015). Il est important de noter que les parents n'ont par la suite pas regretté d'en avoir parlé à leur enfant.

En revanche, l'expérience de ceux qui ont appris leur conception grâce à un donneur à l'adolescence ou à l'âge adulte peut être étonnamment différente. Les participants aux études

qualitatives reportent que le secret sur la nature de leur conception leur a causé de sévères dommages psychologiques et nombreux sont ceux qui ont décrits s'être sentis déçus à l'égard de leurs parents et en colère contre eux. (Blyth, 2012. Franz and Allen, 2001 ; Turner and Coyle, 2000, cités par Ibid.)

Chez les familles ayant informé l'enfant de sa conception, on ne relève pas de difficultés particulières à l'âge préscolaire, en revanche, de plus grandes difficultés émergent autour de l'âge de 7 ans, âge auquel les enfants montrent une meilleure compréhension de leur héritage biologique, le sens et les implications de l'absence de lien biologique avec l'un de leur parent. A l'âge de 10 ans, les enfants rencontrés ne témoignent pas de difficultés particulières. Cependant, les enfants auraient tendance à ne pas discuter de leur conception particulière avec leurs amis ou leur famille et certains auraient témoigné se sentir embarrassés lorsqu'ils évoquaient le sujet.

Ainsi, S. Golombok s'accorde avec d'autres auteurs pour souligner qu'à l'adolescence, où les problématiques identitaires apparaissent et où les difficultés dans la relation parent-enfant sont plus susceptibles de se poser ; la conception par don de gamètes pourrait représenter un challenge particulier pour ces familles.

Il est donc important de souligner que le non-dit à l'enfant de ses origines ne peut être entendu en soi comme la source de troubles psychologiques ultérieurs. Les études montrent en effet que la majorité des enfants ne sont pas informés de leur mode de conception et ne présentent pas un surcroît de troubles, ni de difficultés ultérieures.

3.3.3 Les risques d'une révélation tardive

Par contre, la révélation tardive ou « par hasard » serait bien plus délétère pour l'enfant et l'adulte en devenir. S.Monzani (2015) cite l'étude d'Amanda Turner et Adrian Coyle (2000) qui porte sur un échantillon de 16 adultes conçus par IAD, observant que ces personnes éprouvent un sentiment de discontinuité identitaire, d'incomplétude, une baisse d'estime de soi, l'impression de ne pas être comprises par autrui et notamment un sentiment de trahison et de rejet à l'égard de leur famille ayant gardé le secret parfois jusqu'à un âge tardif.

G. Delaisi de Parseval, mentionne par ailleurs (sans distinguer si la révélation a été faite par hasard ou non) que les enfants IAD :

[...] manquent de confiance dans leur famille et dans les adultes en général tout en ayant le sentiment d'être discriminés. Ils ressentent un « trou » dans leur filiation et éprouvent le besoin de se comparer à « quelqu'un comme eux. » Ils disent également souhaiter rencontrer leur géniteur ainsi que leurs siblings (i.e. leurs frères et sœurs), même si tous expriment que leur père est celui qui les élève et les aime. (Delaisi de Parseval, 2009 ; cité par Monzani, 2015 p.158)

C'est donc le risque de la révélation inopportune qui serait le plus délétère pour le développement. Sachant qu'il y a souvent dans l'entourage des familles, un petit nombre de personnes qui sont au courant du don (voire plus), le risque d'une révélation fortuite est bien présent. Les cliniciens, les auteurs et plus concrètement le personnel médical du CECOS aujourd'hui ont tendance à orienter les parents vers une révélation précoce « comme si l'enfant l'avait toujours su », afin de diminuer la portée biologique du lien de filiation et de construire une filiation symbolique et affective solide.

3.3.4 Ouverture des familles et fonctionnement familial

S. Golombok (S. Golombok, 2015) met en avant une étude (R. Berger & Paul, 2008) chez les adultes issus d'un don. Cette recherche observe que ceux dont les parents étaient perçus comme évitant le sujet de la conception par don, témoignaient aussi d'un niveau plus pauvre de fonctionnement familial. Si on ne peut pas en conclure qu'une faible communication autour de la conception par don aurait un impact sur le fonctionnement familial, il est possible en revanche que les familles avec des difficultés aient eu plus de mal à communiquer autour de la conception par don. Dans les deux cas, il semblerait qu'une communication ouverte au sujet de la conception par don et un bon fonctionnement familial iraient de pair.

Comment accompagner les couples et les familles ayant conçu par don à traverser ces injonctions paradoxales, sociétales, médicales et personnelles ? A dépasser ces contradictions dont on perçoit combien elles font le lien entre des problématiques à la fois intimes, familiales et sociétales qui font la complexité et la richesse de ces familles ?

D. Synthèse et ouverture sur la recherche

Si l'état actuel des recherches semble montrer que les couples qui ont recours à l'IAD ont de bonnes relations avec leurs enfants, il apparaît que cette réussite est pourtant contingente à la nécessité pour le père de faire le deuil de sa filiation biologique, afin de réinvestir positivement une filiation affective et narcissique. (J-M Kunstmann, 2011)

L'un des critères mis en avant par les chercheurs est la question du sentiment subjectif que le père a « d'être le vrai père » (L. Owen et S. Golombok, 2009, J-M Kunstmann, 2011)

Pourtant de nombreux points nous laissent entendre que certains obstacles à une parentalité épanouie persistent : La question de la rivalité conjugale vis-à-vis du donneur (M. Canneaux, 2013) ; l'absence de discours des pères sur la stérilité (Almeida et al. 2002, Chevret-Méasson, 2007) et enfin l'absence d'information à l'enfant sur le mode de conception et le choix du secret (H. Lazartou et B. Golse 2006 ; P. Revidi et B. Beauquier- Maccotta, 2008, J-C Mazzone, 2010 ; J-M Kunstmann, 2011).

Or, si trop peu de couples informent encore aujourd'hui leur enfant, c'est entre autre pour ne pas fragiliser le père, par craintes que le lien soit alors plus faillible et que les relations père-enfant puissent en souffrir. (Canneaux et al., 2016)

Nous pensons que l'étude du coparentage et de l'alliance des familles ayant conçu par don peut nous offrir une nouvelle perspective concernant les obstacles que rencontrent les couples dans ce contexte, à travers l'observation des interactions triadiques.

Le coparentage et l'alliance familiale nous renseignent sur plusieurs axes qui nous apparaissent fondamentaux

- L'organisation des interactions dans la triade et comment le père, la mère et l'enfant vont s'accorder du fait de cette conception par don.
- Et la capacité de communication des familles avant même l'acquisition du langage (É. Fivaz-Depeursing, 2003) au travers des interactions précoces. Cette capacité d'ouverture et de communication prend une dimension toute particulière au regard des défis que soulève le développement de la famille après un don.

Ainsi nous souhaitons proposer une réflexion sur ce que vivent les couples dans cette transition à la parentalité singulière au travers de 4 Hypothèses.

Le couple, à travers des transmissions inconscientes intersubjectives et sa dynamique propre influence la manière dont chacun prend sa place dans la triade. Nous souhaitons donc observer **comment le couple se réorganise face à la stérilité masculine** et au défaut de filiation biologique entre un père et son enfant. Ainsi parmi les défis des familles après un don de gamètes apparaît au premier la question de l'élaboration autour du deuil de la fertilité et la place symbolique du donneur dans l'économie psychique du couple. **Nous pensons que la fonction et la place du père dépendent du positionnement du couple parental et le positionnement du couple conjugal.** Ce sont ces deux positionnements qui témoignent de la réussite de la transition à la parentalité dans les IAD.

Nous développerons cette question dans notre 1ère hypothèse. Nous avons vu (Chapitre 2) combien des mécanismes comme le déni et la dénégation pouvaient être des mécanismes de défense du couple pour lutter contre une désidérialisation impossible et un risque de rupture. (Lemaire, 1969). De même ces mécanismes ont été observés chez les couples infertiles (Canneaux et al., 2011; Delaisi de Parseval, 2008). Or nous postulons dans notre 1^{ère} hypothèse que ce phénomène de dénégation observé autour de l'existence du donneur prend un sens tout particulier au regard de la dynamique conjugale. **Il y aurait dès la grossesse comme un « pacte dénégatif »** (Kaës, 2016) **autour du don et du donneur partagé par les deux membres du couples.** (HG- 1)

Ce pacte dénégatif s'observe au travers d'une mise à distance des représentations associées au don et/ou au donneur, partagée par les deux membres du couple. (H01-A). Ce pacte dénégatif aurait pour fonction de maintenir de l'homéostasie du couple conjugal en évacuant la question du donneur et en renforçant le couple (H01-B). Ce pacte dénégatif s'étaye sur une mobilisation du lien narcissique du couple qui, ébranlé par l'infertilité, se recentre sur lui-même. (H01- C)

On comprend aussi, au regard des précédentes études, combien cette question de l'élaboration autour de cette nouvelle filiation ne concerne pas le père seul mais combien elle touche toute la sphère familiale et inclut la mère comme l'enfant (Chapitre 3). L'étude du coparentage et de l'articulation des parents dans les rôles et leurs places autour de l'enfant, nous apparaît comme un outil de choix pour comprendre **comment l'IAD est susceptible d'influencer les**

interactions précoces juste après la naissance. Ce sera l'objet de notre **2^{ème} hypothèse.** A notre connaissance, si les recherches se sont intéressées à l'impact de l'AMP sur le couple conjugal et sur le développement de l'enfant, il n'y a pas d'études sur le coparentage lors des conceptions par insémination artificielle avec donneur de spermatozoïdes.

Nous postulons que cette dynamique d'inter-influence mutuelle entre la mère, le père et le bébé est un élément central dans les IAD où le père est symboliquement fragilisé. Nous poserons l'hypothèse **qu'aux 3 mois et aux 18 mois du bébé, l'IAD aurait une influence sur les interactions triadiques** (HG-2).

Nous observerons donc la manière dont le coparentage se développe chez les couples ayant eu recours à un don de sperme et la manière dont cette conception est susceptible d'influencer les rôles et les places de chacun. Dans le contexte du don de sperme, nous postulons que le processus de « paternification » du père par la mère, se manifeste par un retrait de la mère des interactions pour faire de la place au père (HO2-A). Du côté du père, on observerait un fort engagement paternel dans les interactions auprès de bébé. (HO2-B). Nous observerons donc l'impact de l'IAD sur l'alliance familiale (HO2-C), ainsi que sur le coparentage (HO2-D)

La manière dont le couple conjugal le couple parental se coordonnent autour de l'enfant à 18 mois, fera l'objet de notre **3^{ème} hypothèse.** Nous poserons l'hypothèse **qu'aux 18 mois de l'enfant, le couple parental resterait surinvesti chez les couples IAD, au détriment du couple conjugal** (HG- 3). A l'instar des précédentes recherches sur l'alliance familiale après une FIV (Darwiche et al., 2013), nous postulons que l'alliance familiale des couples IAD révèle cette même tendance à mettre « l'enfant au centre » de la dynamique familiale (H03-A). Le couple, aux 18 mois de l'enfant aurait peu repris sa vie conjugale (HO3-B). Nous pensons que ce surinvestissement des parents pourrait compenser un sentiment « d'inquiétante étrangeté » vis-à-vis de l'enfant conçu avec une figure tiers irréprésentable. (HO3-C)

Enfin, nous souhaitons donc proposer l'étude du coparentage chez les couples ayant conçu par IAD comme un outil pour explorer les capacités d'alliance coparentale comme soutien à l'élaboration et à la communication du couple autour de la conception par don. Nous formulons pour notre **4^{ème} Hypothèse** que **le coparentage, en ce qu'il confère au le soutien émotionnel et instrumental du père et de la mère dans leur rôle de parent, favoriserait le positionnement des parents dans l'information à l'enfant** (HG-4). Un Coparentage de

bonne qualité pourrait aider les parents dans leur choix d'informer l'enfant de sa conception, ou de ne pas l'en informer. (HO4-A). La capacité du couple coparental à accueillir les émotions négatives à l'évocation de l'infertilité permettrait au couple de cheminer vers une position commune vis-à-vis du discours sur la conception. (HO4-B)

Deuxième partie

Construction de la recherche

La deuxième partie porte sur la construction de la recherche et s'organise en 2 chapitres :

- *Le chapitre 4 renvoie à la formulation de ma problématique et à nos hypothèses de recherche.*
- *Le chapitre 5 concerne le protocole méthodologique mis en place afin d'observer la dynamique conjugale et le coparentage des couples ayant conçu leur premier enfant suite à un don de spermatozoïdes.*

Chapitre 4

Problématique et hypothèses générales

A. Problématique

A l'issue de la revue de la littérature, nous souhaitons centrer notre travail de thèse sur l'étude de 2 axes principaux :

1/ L'impact du don de spermatozoïdes sur le couple conjugal

2/ Le développement du coparentage dans les familles après un don de spermatozoïdes.

Si les études pointent que le couple conjugal serait plus solide après avoir traversé l'expérience de l'aide médicale à la procréation, qu'en est-il du don de sperme en particulier ? Par quels mécanismes le couple se consoliderait-t-il ? En quoi cette expérience du don impacte-t-elle plus précisément le couple ? Cette conception a-t-elle un impact sur les interactions triadiques et sur le coparentage ?

A travers cette recherche, nous tenterons donc de répondre à la question suivante :

Comment le couple conjugal et coparental évolue-t-il à l'arrivée d'un premier enfant conçu par insémination intra-utérine avec sperme de donneur ?

B. Hypothèses

Hypothèse sur la place du don et/ou du donneur pour le couple conjugal

Hypothèse Générale 1 (HG-1) : Dès la grossesse, il existe chez les couples ayant eu recours à une IAD un pacte dénégatif au sujet de l'existence du donneur.

Hypothèses opérationnelles :

HO1- A Le pacte dénégatif s'observe au travers d'une mise à distance des représentations associées au don et/ou au donneur, partagée par les deux membres du couple.

HO1- B Ce pacte dénégatif a pour fonction de maintenir l'homéostasie du couple conjugal en évacuant la question du donneur et en renforçant le couple.

HO1- C Ce pacte dénégatif s'étaye sur une mobilisation du lien narcissique du couple qui, ébranlé par l'infertilité, se recentre sur lui-même.

Hypothèse sur le couple parental et le coparentage

Hypothèse Générale 2 (HG-2) : On observe une influence de l'IAD sur les interactions triadiques.

Hypothèses opérationnelles :

HO2- A Au LTP à 3 mois et à 18 mois, l'alliance familiale est marquée par une « conflictualité couverte ».

HO2- B Dans le discours de la mère, on observe une dynamique active de « paternification » du père. Cette tendance s'accompagne d'un mouvement d'auto-dépréciation / dévalorisation.

HO2- C On observe un surengagement du père de son rôle de père.

HO2- D Le coparentage est « Cohésif » entre les deux parents.

Hypothèse sur les incidences de l'IAD sur le couple conjugal à 18 mois

Hypothèse Générale 3 (HG-3) : Aux 18 mois de l'enfant, le couple parental reste surinvesti chez les couples IAD, au détriment du couple conjugal.

Hypothèses opérationnelles :

HO3- A Au LTP à 18 mois, la dynamique familiale est marquée par un phénomène « d'enfant au centre » des interactions.

HO3- B Dans le discours, le couple est toujours très investi par sa parentalité et a encore peu repris sa vie conjugale.

HO3- C Ce surinvestissement fait écho à des craintes générées par une inquiétante étrangeté autour des représentations de l'enfant.

Hypothèse sur l'information à l'enfant de sa conception

Hypothèse générale 4 (HG-4) : Le fonctionnement coparental détermine le positionnement des parents par rapport à l'information à l'enfant de sa conception.

Hypothèses opérationnelles :

H4- A Un coparentage de bonne qualité aide les parents à faire leur choix quant à informer ou ne pas informer l'enfant.

H4- B La capacité du couple à accueillir les émotions négatives liées à l'évocation de l'infertilité et du don permet au couple de cheminer vers une position commune positive vis-à-vis du discours sur la conception.

Chapitre 5

Méthodologie

1. Cadre général de la recherche

A l'origine, la présente recherche s'inscrit dans un projet élaboré par le Dr. Beauquier-Maccotta (Hôpital Necker) et le Dr. Véronique Drouineaud (CECOS de Cochin) qui avaient déjà travaillé conjointement auprès des couples infertiles. Il s'agit d'un partenariat entre le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades, dirigé par le Pr. B. Golse lorsque démarre la recherche en 2016, et le Dr. V. Drouineaud au CECOS (Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme) de l'hôpital Cochin service du Pr. P. Wolf puis du Pr C. Patrat.

L'objectif initial de cette recherche est d'explorer la construction et la qualité du coparentage du 8^e mois de grossesse aux 18 mois de l'enfant chez les couples ayant conçu par insémination artificielle avec donneur (IAD) et de proposer un regard sur le développement de l'enfant dans ce contexte. La volonté d'explorer la spécificité de l'infertilité masculine, du don de spermatozoïdes et de son impact sur le coparentage est issue des travaux de M. Canneaux sur la maternité après un don d'ovocytes (Canneaux et al., 2011) et de ceux du Dr B. Beauquier-Maccotta sur la conception par don d'embryon (Beauquier-Maccotta, 2012). La temporalité des entretiens et le choix des outils tels que les auto-questionnaires et le Jeu triadique de Lausanne ont été pensés dans ce contexte.

A l'intérieur de ce cadre de recherche et forte de cette opportunité, j'ai pu orienter mon doctorat plus précisément sur le couple et la manière dont il évolue suite à une conception par don de sperme ainsi que sur l'étude du coparentage afin d'étudier les réorganisations du couple parental et les interactions triadiques. Nous avons ensuite construit les entretiens dans le but d'explorer à la fois les remaniements du couple conjugal, puis à la naissance de l'enfant,

l'organisation du coparentage ainsi que le souhait des parents ou non d'informer l'enfant de sa conception.

Notre travail de recherche d'inscrit dans un **projet de recherche global** ayant pour objectif de proposer une étude à la fois qualitative (grâce à l'analyse d'entretiens de couples et des LTP filmés) et quantitative (grâce à la passation pour un groupe de couple plus large d'auto-questionnaires).

Nous allons détailler la recherche globale qui définit le cadre de nos explorations ainsi que les outils que nous avons utilisés. **Notre travail de thèse s'est centré principalement sur l'analyse clinique de 8 couples ayant conçu par IAD.**

L'observation et l'analyse clinique des entretiens et des jeux triadiques sont nos outils principaux. En complément de ces résultats qualitatifs, l'exploitation des informations récoltées par auto-questionnaires, nous permettrons d'étayer notre propos.

A notre connaissance, il n'existe aucune étude sur la constitution, l'évolution et la qualité de la relation de coparentage chez les couples ayant recours à une IAD. De plus, il apparaît essentiel de pouvoir proposer une recherche qui s'adresse au couple dans son entité à la fois sur le plan conjugal et coparental, plutôt que d'observer chacun des membres séparément. Ce projet se propose donc d'observer les parents conjointement, dès la grossesse puis, après la naissance, en présence de l'enfant.

Ce projet de recherche en psychologie a obtenu une bourse auprès de l'agence de Biomédecine en 2015 (AOR2015) et a démarré par la suite en janvier 2016.

Laure Philippe, psychologue clinicienne, a rejoint notre groupe de chercheurs quelques mois après son démarrage. Le travail de Laure Philippe ne porte pas sur le même thème mais sur la même population clinique. Nous avons donc effectué conjointement le recrutement de la population ainsi que la plupart des entretiens auprès des couples. Son travail de doctorat est en cours et observe la co-narrativité parentale dans un contexte périnatal.

2. Population

Au commencement, le protocole avait été élaboré sur la base de la constitution de 3 groupes de recherche : un groupe de couples ayant conçu par insémination artificielle avec donneur (groupe IAD) et deux groupes témoins respectivement composés de couples ayant conçu par insémination intra-utérine avec sperme du conjoint (groupe IIU) et de couples ayant conçu « naturellement » c'est-à-dire dont la grossesse a été obtenue spontanément sans recours à une aide extérieure (groupe CN).

L'objectif initial du projet de recherche global était de constituer 2 sous-groupes pour chaque groupe (IAD/IIU/CN). Un premier sous-groupe incluant 10 couples passant les entretiens de recherche et les auto-questionnaires et un deuxième sous-groupe incluant 30 couples pour lesquels nous adressons uniquement les auto-questionnaires par voie postale. Ces effectifs n'ont pas pu être atteints mais nous réfléchissons actuellement à pouvoir mener à bien la poursuite de ce travail de recherche.

2.1 Conditions de recrutement

Le recrutement des couples a été effectué par deux psychologues : Laure Philippe et moi-même. Nous avons chacune recruté des couples « avec entretiens » et des couples « envoi postal » dans les deux groupes IAD et conception naturelle.

Concernant le groupe IAD, dès le mois de janvier 2015, l'ensemble des couples vus au CECOS de Cochin en vue d'une AMP avec spermatozoïdes de donneur (pour un premier enfant) a été informé de la recherche. Une demande d'autorisation à être contacté, si une recherche se mettait en place, leur avait préalablement été présentée pour signature. Le CECOS est systématiquement informé d'une grossesse chez les couples par réception des résultats des dosages de Béta HCG, dans le cadre des soins courants. A chaque confirmation de grossesse chez un couple IAD ayant accepté d'être contacté, un mail d'information détaillé sur la recherche a été envoyé au 6^{ème} mois de grossesse pour prévenir les couples qu'ils allaient être contactés par téléphone. A l'issue de ce premier contact téléphonique, si le couple donnait son accord et que les critères d'inclusion étaient respectés, les couples pouvaient choisir de participer à la recherche globale (incluant les rencontres et les questionnaires) ou seulement à la partie quantitative (les questionnaires leur étant alors envoyé à domicile). Le chercheur fixait

un premier rendez-vous au 8^e mois de grossesse ou définissait la temporalité d'un premier envoi de questionnaires.

Le recrutement des couples du groupe « conception naturelle » a finalement été réalisé dans la salle d'attente de la maternité de l'hôpital Necker-enfants malades. La vérification des critères d'éligibilité et l'information sur l'étude ont eu lieu lors de ce premier contact. Un rendez-vous pour un premier entretien au 8^e mois de grossesse a ensuite été planifié pour les couples qui ont accepté de participer aux entretiens. Le calendrier d'envoi des questionnaires a pu être élaboré pour les couples qui ont accepté de répondre simplement aux questionnaires.

Le second groupe contrôle de conception suite à une insémination intra-utérine (IIU) avait pour objectif de pouvoir comparer la variable en lien avec le parcours d'aide médicalisation et de mettre en exergue les spécificités du recours à un don chez les couples IAD. Devant les difficultés de recrutement de cette population, nous avons finalement été contraints d'abandonner ce projet. La maternité de l'hôpital Montsouris que nous avons sollicité en vue de ce recrutement, était finalement prise dans d'autres priorités et le projet de partenariat n'a pas pu aboutir.

2.2 Critères d'éligibilité

Nos **critères d'inclusion** sont les suivants : que la femme ait entre 25 à 40 ans (en vue d'un appariement avec le groupe « grossesse naturelle », que ce soit une 1^{ère} grossesse en cours obtenue par IAD ou naturellement. Le couple devait être ensemble depuis plus d'un an et la femme affiliée à la Sécurité Sociale.

Nous avons néanmoins défini des **critères de non inclusion** et avons écarté les couples avec une pathologie psychiatrique décompensée ou un trouble cognitif d'un ou des deux parents. La compréhension du français écrit et parlé était nécessaire mais nous avons inclus des couples d'origine étrangère et qui parlaient leur langue maternelle avec l'enfant. Les grossesses multiples, la situation d'un enfant hors couple ont été écartées afin de se centrer sur la primiparité des couples. Enfin, les indications génétiques d'IAD ainsi qu'une naissance prématurée nous ont aussi paru relevé de problématiques bien spécifiques.

Les **critères d'exclusion** ont aussi été définis et relèvent d'évènements de vie qui modifierait trop grandement ou interromprait l'expérience des couples devenant parents : les malformations congénitales chez les enfants nés, une interruption thérapeutique de grossesse, une fausse couche tardive, une mort fœtale in utero.

2.3 Aléas du recrutement

Le recrutement des couples a été plus aléatoire que prévu. Concernant la population IAD, le recrutement au CECOS de l'hôpital Cochin s'est fait en amont grâce au travail de sélection rigoureuse du Dr. Véronique Drouineaud qui avait pour objectif de départir parmi la population du don de sperme, les couples qui rentraient dans nos critères d'inclusion. Cependant au regard du protocole assez lourd (nombre des questionnaires, déplacements à Necker pour les entretiens à 3 et 18 mois en présence de l'enfant, situation de jeu filmée), de nombreux couples n'ont pas souhaité y participer.

Sachant par ailleurs que nous proposons aux couples qui habitaient loin de Paris de participer à la recherche uniquement en renvoyant les auto-questionnaires (sans se déplacer), le refus des couples de participer pouvait aussi être en lien avec le désir de ne pas revenir sur l'expérience de l'infertilité, ni sur celle du don.

Le recrutement de la population « conception naturelle » a pu se faire en partenariat avec la maternité de l'hôpital Necker. Un powerpoint qui présentait la recherche était diffusé dans la salle d'attente et les deux psychologues (Laure Philippe et moi-même) allaient se présenter spontanément aux mères à l'occasion de leur visite du 6^e mois. Ce recrutement n'a pas non plus eu l'efficacité escomptée au regard du nombre important de patientes suivies à Necker pour une grossesse à risque ou avec une pathologie bien définie. Peu de patientes rentraient dans nos critères d'inclusions.

Tableau 1 : Récapitulatif des inclusions

	IAD	CN	IU
Population éligible	86	41	7
Critères de non inclusion	29	7	1

Tableau 1 : Récapitulatif des inclusions

	IAD	CN	IIU
Non réponse, refus initial ou secondaire	30	16	5
Inclusion	27	18	1
dont en Qualitatif	10	11	1
dont en Quantitatif	17	7	0

Enfin, il est nécessaire de préciser dans les aléas du recrutement que tous les couples n'ont pas souhaité poursuivre la recherche jusqu'au 18 mois de leur enfant. Comme il était stipulé dans le formulaire de consentement, le couple était en droit d'arrêter la recherche sans avoir à donner les raisons de sa décision. Nous n'avons donc pas toujours su quelles étaient les motivations de ces arrêts. Néanmoins, grâce aux retours que nous ont fait les couples que nous avons rencontrés, nous avons compris que le nombre de questionnaires était trop conséquent et que les couples peinaient à trouver le temps nécessaire pour les remplir. Cette remarque ayant été faite à la fois par les couples IAD et les couples CN que nous avons relancés, nous avons minimisé l'hypothèse défensive qui voudrait que les couples aient écarté la recherche pour ne plus avoir à penser au don ou au donneur. Ainsi, malgré les relances et les reprises de contact téléphoniques, plusieurs couples n'ont pas donné suite aux 18 mois de leur enfant, et ceux tous groupes confondus (IAD, CN, groupe entretiens, groupe auto-questionnaires.)

Tableau 2 : Evolution des inclusions

	8^e mois de Grossesse	3 mois	18 mois
Groupe IAD	27	18	10
Groupe CN	18	12	5

2.4 Population concernée dans notre présente recherche

Dans ce contexte global, mon travail de thèse est un travail de recherche clinique. Afin de respecter une nécessaire rigueur dans l'analyse des données et de pouvoir prendre en compte la dimension contre transférentielle dans la compréhension des mécanismes mis en jeu par les couples, mon travail se centre sur l'analyse des entretiens et des LTP passés par **8 couples ayant bénéficié d'une IAD.**

Je m'appuierai sur les questionnaires remplis par les 8 couples que je présente dans ce travail, afin de mettre en perspective les résultats issus des entretiens. En revanche, je ne proposerai pas d'approche quantitative, les résultats obtenus grâce au groupe quantitatif pourront faire l'objet d'un travail ultérieur.

Ce travail n'exploite pas encore les données qualitatives issues des entretiens avec les couples « conception naturelle », ce que nous espérons pouvoir proposer dans de futures explorations.

2.5 Autres aléas de la recherche

Concernant les 8 couples IAD sur lesquels nous souhaitons centrer plus précisément ce travail de thèse, la majorité des entretiens se sont fait à 2 psychologues. Deux premiers couples ont été vus par moi et une autre psychologue qui n'a pas souhaité poursuivre, un couple a été vu par moi seule, j'ai rencontré les 5 autres couples avec Laure Philippe.

Par ailleurs, mon travail de thèse a correspondu avec l'arrivée de ma propre grossesse. J'ai donc pas été en mesure de voir un couple à l'occasion du premier entretien et deux couples à l'occasion de leur entretien des 3 mois de leur enfant. Mes collègues psychologues ont pu faire le lien et rencontrer ces couples en mon absence. C'est certainement là toute la force d'avoir été à deux : de pouvoir assurer la continuité et la cohérence d'un travail d'équipe.

3. Protocole de recherche

3.1 Les différents temps de la recherche

Il s'agit d'une recherche longitudinale composée de 3 temps. Pour les groupes IAD et conception naturelle qui ont accepté de passer les entretiens, nous avons rencontré des couples une **première fois au début du 8^e mois de la grossesse**, à leur domicile afin de leur éviter un déplacement. A ce terme, le couple est susceptible d'avoir fait une plus grande place à son bébé dans son univers fantasmatique et mieux se représenter l'organisation concrète de sa venue.

Le deuxième temps de la recherche s'est effectué **au 3^{ème} mois du bébé**. A cette étape le bébé commence à percevoir son père et sa mère et à être acteur de l'interaction. Les précédentes recherches basées sur la passation d'un jeu triadique de Lausanne ont montré la vivacité des interactions triadiques à ce stade et l'opportunité d'évaluer l'alliance familial à un niveau préverbal (É. Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001).

Un troisième temps a été proposé **lorsque l'enfant avait 18 mois** afin d'avoir plus de recul sur leur expérience en tant que parents et de mesurer les évolutions du coparentage à 18 mois.

Aux 3^e mois et au 18^e mois de l'enfant, l'entretien ainsi que le passage du LTP ont eu lieu à l'hôpital Necker Enfants-malades, service de pédopsychiatrie, qui détient le matériel nécessaire à la passation du jeu triadique de Lausanne.

Les couples « IAD » et « conception naturelle » qui n'ont pas souhaité ou pas pu se déplacer mais qui ont accepté néanmoins de participer à la recherche ont fait partie du groupe « quantitatif ». Les questionnaires leur étaient alors adressés par envoi postal aux 3 temps d'observation : au 8^e mois de grossesse, aux 3 mois et aux 18 mois du bébé.

3.2 Les outils

3.2.1 Les auto-questionnaires

Plusieurs échelles psychométriques nous ont permis d'évaluer différentes variables : le niveau d'anxiété grâce à la STAI (Spielberger, 1983), de dépression au moyen de l'EPDS (Adouard, Glangeaud-Freudenthal, & Golse, 2005), d'harmonie conjugale avec le DAS (Antoine et al., 2008) et de stress post-natal grâce au PSI (Abidin, 1990). Deux échelles spécifiques ont été proposées pour mesurer le co-parentage : l'échelle d'alliance parentale (Abidin, Bruner, 1995) et l'échelle de coparentage (Frascarolo et al., 2009).

L'ASQ 3 (Ages and Stages Questionnaire) est un auto-questionnaire sur le développement de l'enfant et a été proposé lorsque celui-ci avait 18 mois (Squires & Bricker, 2011).

Tous les auto-questionnaires figurent en Annexe (Cf. Annexe F)

Tous les couples, qu'ils appartiennent au groupe IAD ou Grossesse Naturelle, qu'ils aient participé à la recherche uniquement par questionnaires ou incluant les entretiens ont passé les auto-questionnaires suivants :

Le STAI ou State Trait Anxiety Inventory est un auto-questionnaire de 40 items créé par Spielberger (Spielberger, 1983). Il s'agit d'une des échelles d'anxiété les plus utilisées. Le questionnaire se compose de deux parties, de 20 items chacune, qui évaluent de façon indépendante l'anxiété Etat (STAI-A) et l'anxiété Trait (STAI-B). Le STAI-B n'a donc été

proposé qu'à la première rencontre alors que le STAI-A a été passé par les deux membres du couple à chaque étape. Chaque item est coté de 1 à 4, pour chaque partie la note varie donc de 20 à 80. La consistance interne des deux échelles est excellente (alpha de Cronbach > 0.90). La fidélité test-retest est meilleure pour l'anxiété Trait (0,65-0,75) que pour l'anxiété Etat (0,34-0,62). Des normes existent dans diverses populations. Chez des étudiants américains, Spielberger a défini un score moyen de 39 (SD=8) chez les hommes et 39 (SD=9) chez les femmes. Les moyennes retrouvées dans l'échantillon français de standardisation sont pour l'anxiété Etat de 40,7 +/- 10,3 et pour l'anxiété Trait de 45,1 +/- 11,1 chez les femmes et de 41,9 +/- 9,5 chez les hommes. Cette échelle permet la comparaison de moyennes d'anxiété par groupe de patients ou de distinguer des groupes ayant une anxiété élevée en choisissant un cut-off (note $T > 55$)

Pour l'évaluation de la dépression l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) a été proposée aux deux parents. Cet auto-questionnaire de 10 items est couramment utilisé pour l'évaluation de la dépression post-natale et a été récemment validé en français et pour la période anténatale (Adouard et al., 2005). Il a été créé pour un dépistage de la dépression postnatale (Cox, 1987) Il explore les différentes composantes de la dépression en excluant la symptomatologie somatique courante en période post-natale. Chaque item est coté de 0 à 3 avec un score minimum de 0 et un score maximum de 30. En post natal, le score de 14,5 est retenu comme cut-off de dépression majeure et le score de 12,5 plus fréquemment utilisé pour dépister les épisodes dépressifs mineurs ou majeurs (Murray et Cox 1990, Guedeney et Fermanian 1998 pour la version française). Nous retiendrons ce score de 12,5. Pour la dépression prénatale, le score habituellement retenu est de 11,5 (Adouard, 2005).

Le DAS ou Dyadic Adjustment Scale (Antoine, Christophe, & Nandrino, 2008) est un des questionnaires les plus utilisés pour étudier l'ajustement marital. C'est un auto-questionnaire statistiquement validé portant sur la perception de la dynamique de couple. Il est basé sur l'idée que l'ajustement dans le couple est un processus reposant sur quatre composantes : un haut degré d'accord entre les partenaires (échelle de consensus), une faible fréquence de conflits et d'interactions négatives (échelle de satisfaction), une fréquence élevée d'activités communes (échelle de cohésion) et peu de problèmes affectifs ou sexuels (échelle d'expression affective). Nous utiliserons la version révisée et abrégée de la DAS proposée par Antoine et coll.

(2008) avec 16 items à coter de 1 (jamais d'accord) à 6 (toujours d'accord). Une note seuil de 54 a été définie pour cette DAS-16, c'est-à-dire qu'un score inférieur à 54 reflète des difficultés conjugales.

Le PSI (Parenting Stress Index) (Abidin, 1990) est une échelle de stress parental. La version française a été validée par (Touchèque, Etienne, Stassart, & Catale, 2016). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 36 questions sur une échelle à 5 points allant de 1 "vraiment en désaccord" à 5 "vraiment en accord"

Il est composé de 3 sous échelles de 12 items chacune : L'échelle de stress parental (SP) : questions 1 à 12 ; celle des disfonctionnements interactifs parents-enfants (DIPE) : questions 13 à 24 ; une échelle concernant les difficultés de l'enfant (DE) : questions 25 à 36. Les scores pour chacun des domaines peuvent varier entre 12 et 60 et le score total entre 36 et 180. Le score de stress total ressenti est obtenu en additionnant les résultats aux trois sous-échelles. Un score de plus de 90 indique un niveau élevé de stress parental, alors qu'un score inférieur à 90 indique un niveau normal de stress parental.

L'échelle d'Alliance parentale (Abidin, 1995) nous a permis d'évaluer l'alliance parentale des couples à 3 mois et à 18 mois. Cette échelle a aussi été traduite par Frascarolo et Favez en 2009 mais n'a pas encore été validée. Les scores les plus élevés correspondent à une alliance parentale plus forte et positive. (Moyenne = 50, écart-type = 10). Cette échelle distingue 2 dimensions : 1) La communication et le travail d'équipe 2) Respect (= Se sentir respecté par l'autre parent pour la mère/ Respecter l'autre parent pour le père) Cette étude pourrait être l'occasion d'en étudier les propriétés métrologiques, dans un travail ultérieur. Il n'existe donc pas encore de valeur seuil ni de population de référence. Nous nous sommes servis de cette échelle afin de compléter nos observations sur l'alliance familiale des couples que nous avons rencontrés.

L'échelle de Co-parentage (McHale, 1997) est un auto-questionnaire qui permet l'évaluation de la qualité du coparentage et a été construit et validé en langue française par l'école de Lausanne (F. Frascarolo et N. Favez, 2009). Il comporte 16 questions plus une question préliminaire. Selon les questions, les parents sont amenés à penser à des situations où ils sont en famille avec leur(s) enfant(s) et leur conjoint et à des situations où ils sont seuls avec

leur(s) enfant(s). Ils doivent estimer la fréquence de certains comportements. Les réponses sont données grâce à des échelles de Likert en 7 points allant de 1 « presque jamais » à 7 « presque constamment, une ou deux fois par heure ». Les résultats permettent une distribution des items en quatre facteurs : intégrité familiale, conflit, affection et dénigrement). Quatre scores sont obtenus en calculant la moyenne des questions relatives à chacun des quatre facteurs de l'échelle. Nous nous sommes servis de cette échelle afin de compléter nos observations sur le coparentage des couples que nous avons rencontrés.

L'ASQ-3 ou l'Agès and Stages Questionnaire, 3rd version (J. Squires & Bricker, 2011) est un auto-questionnaire à remplir par les parents concernant le développement de l'enfant à 18 mois. Il a été traduit en 2011 par Carmen Dionne. Il distingue 5 domaines d'acquisitions chez l'enfant : La communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes et les aptitudes individuelles ou sociales. Les réponses vont de « oui » (10 points), « parfois » (5 points) à « pas encore » (0 points). Des valeurs cutoff sont définies pour chaque domaines d'acquisitions. Cette échelle nous a permis d'avoir une évaluation du développement psycho-moteur des enfants que nous avons rencontrés.

Tableau 3 : Récapitulatif des auto-questionnaires

	STAI-A	STAI-B	EPDS	DAS	PSI	Alliance Parentale	Echelle Coparentage	ASQ3
Grossesse	X	X	X	X				
3 mois	X		X	X	X	X	X	
18 mois	X		X	X	X	X	X	X

3.2.2 Le jeu triadique de Lausanne (Lausanne Triadic Play ou LTP)

Intérêt du LTP dans notre recherche

Aux 3 mois et aux 18 mois de l'enfant, une séquence de jeu filmée est proposée aux parents avec leur bébé. Il s'agit d'une situation d'observation semi-standardisée conçue par E. Fivaz-Depeursinge et A. Corboz-Warnery (Corboz-Warnery et al., 1993). Comme nous l'avons

vu (Chapitre 3) Le LTP est un outil de premier choix pour étudier les interactions triadiques, la communication intersubjective et plus particulièrement l'alliance familiale.

Nous avons envisagé de proposer un LTP prénatal dans le cadre de cette recherche puis nous nous sommes finalement ravisés. A l'occasion du Master R, nous avons pu constater l'intrusion que pouvait représenter une telle recherche, la crainte d'être filmés ainsi que celle d'être jugés. Le fantasme véhiculé par la recherche a pu être celui d'une vérification de leurs compétences parentales et nous cherchions à écarter cette idée. Il nous a semblé opportun de proposer une première rencontre à leur domicile, sans vidéo, afin de proposer un espace de rencontre bienveillant et de désamorcer les craintes éventuelles des couples.

Aux 3 mois de l'enfant, le couple avait pu se familiariser avec les chercheuses que nous sommes Laure Philippe et moi-même, et apprivoiser les enjeux de la recherche. Tous les couples que nous avons rencontrés ont accepté de passer ce LTP.

L'intérêt du LTP, à 3 mois, du bébé a été démontré. (É. Fivaz-Depeursinge, 2003) Le bébé commence à entrer dans une phase d'intersubjectivité : il distingue sa mère et son père, échange des sourires, des vocalises et des gestes à son partenaire. Cette étape nous permet d'observer ce que D.Stern (1989) a défini comme « l'accordage affectif ». Cette étape d'observation de l'alliance familiale infra-verbale nous est apparue intéressante dans la mesure où elle nous donne une indication sur les capacités d'échange et de communication des familles en dépit de l'absence de langage du nourrisson.

A ses 18 mois, l'enfant « accède au langage verbal, au symbole et donc à la culture et à la morale. » (Ibid.). E. Fivaz-Depeursinge et N. Favez ont montrés dans leurs études cliniques autour de l'alliance familiale, l'intérêt de faire passer un LTP aux 18 mois de l'enfant (Favez et al., 2013).

A cet âge, le jeu est devenu symbolique (jeu de faire semblant, apparition du langage). Grâce à une nouvelle conscience de soi et de l'autre, l'enfant oscille entre se conformer aux règles sociales que les parents tentent de lui inculquer, et l'affirmation de son autonomie. [...] Cette étape développementale met fortement à l'épreuve la solidarité entre parents et augmente le risque de triangulation problématique en cas de conflit préexistant entre les parents. » (ibid. p.106)

Setting classique du LTP

Il s'agit d'une situation de jeu en 4 parties proposée aux familles. Dans la première phase on demande à l'un des parents de jouer avec l'enfant. Pendant ce temps, l'autre est simplement présent. Ensuite les parents changent de rôle et celui qui n'avait pas joué, se met à interagir avec l'enfant pendant que l'autre reste simplement présent. Dans une troisième partie, les parents sont invités à jouer ensemble avec l'enfant. Puis les deux parents discutent ensemble et c'est l'enfant qui est simplement présent.

Schéma représentant les 4 phases du LTP

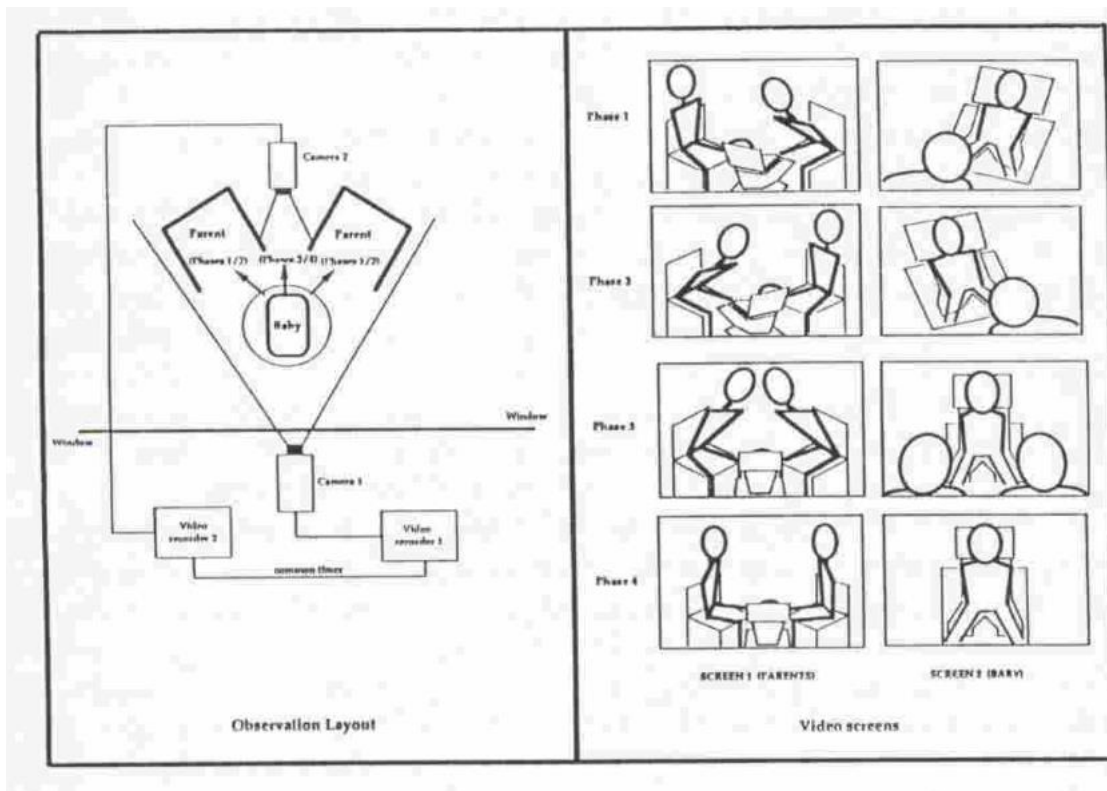


Schéma issu de l'article: “*Systemic Analysis of Father-Mother-Baby Interactions: The Lausanne Triadic Play*” (Corboz-Warnery et al., 1993)

Le Jeu est filmé par plusieurs caméras qui permettent d'observer les interactions familiales sous plusieurs angles.

Aux 3 mois du bébé, l'enfant est installé dans un fauteuil réglable : qui peut être tourné vers l'un ou l'autre parent ou au milieu. On propose aux parents de jouer avec leur enfant comme ils le feraient sur la table à langer (chansonnettes, jeux de mains, petite bête qui monte, etc.).

Aux 18 mois de l'enfant, l'enfant et les parents sont installés autour d'une table avec des jeux (Dans notre setting : une dinette, une poupée, des clés, un téléphone) et on les invite à jouer spontanément comme ils le feraient à la maison.

Notre Setting

Il s'avère que notre recherche a fait l'objet d'une erreur de setting : nous avons proposé à chaque fois aux parents de commencer par l'étape de couple et non pas : un parent d'abord, puis l'autre. Cette procédure a été proposée à tous les couples.

Nous avons pu vérifier auprès du Centre de la famille de Lausanne et du chercheur H. Tissot, que d'autres recherches ont pu être effectuées en ayant contrebalancé l'ordre des parties. Les chercheurs n'avaient pas trouvé d'influence significative de l'ordre des parties du jeu sur la qualité globale du jeu. Le maintien de la partie discussion des parents à la fin du jeu est apparu toutefois incontournable afin de ne pas perturber l'enfant. Impératif que nous avons respecté dans notre setting.

Il est important de s'arrêter sur ce qui peut s'apparenter à un acte manqué : en faisant démarrer le couple d'abord, nous avons proposé un cadre en lien avec l'intérêt de notre recherche : la place du couple dans l'alliance familiale. L'enchaînement des séquences que nous avons proposé permet effectivement de zoomer sur les deux phases qui nous intéressent : tout d'abord l'interaction familiale à 3 et ensuite la manière dont chaque parent va parvenir à se séparer de l'enfant pour faire la place à l'autre.

Dans tout notre protocole, précisons donc que :

Phase 1 : Correspond aux 2 parents ensemble avec l'enfant

Phase 2 : L'un des parents joue avec l'enfant, l'autre est simplement présent

Phase 3 : L'autre parent joue avec l'enfant, l'autre est simplement présent

Phase 4 : Les 2 parents discutent ensemble, l'enfant est simplement présent

Comme pour le LTP traditionnel, il est laissé libre aux parents d'organiser le passage d'une séquence à une autre. On leur précise que le jeu dure en tout 10-12 minutes et qu'ils peuvent organiser leur temps comme ils l'entendent.

3.2.3 Les entretiens

L'outil principal de notre recherche est un entretien semi-structuré. Ce choix a été motivé par plusieurs raisons. Il permet d'abord une certaine liberté des couples à se raconter, d'aller au plus près de leurs préoccupations et de leur dynamique psychique propre, dans le respect de leurs individualités.

Toutefois, il nous a semblé important de pouvoir proposer une trame d'entretien pour plusieurs aspects : au regard de la revue de littérature, nous avons observé que les pères se livraient peu (Chevret-Méasson, 2007; Epelboin, 2010; S. Golombok, 2015) et nous souhaitons leur donner et soutenir leur parole. Dans nos entretiens, les questions s'adressent souvent à la fois au père et à la mère. De la même manière, l'entretien nous permet d'aborder les grands axes de notre recherche qui ne font pas nécessairement partie de la manière dont un couple va se raconter spontanément. L'expérience du Master Recherche nous avait permis de pointer que tous les couples ne racontent pas nécessairement leur vécu de l'infertilité, ni leurs sentiments vis-à-vis du don. Au cours de cette présente recherche, nombreux sont les couples qui nous ont témoigné que l'entretien était le seul lieu où ils pouvaient aborder ces questions. Enfin, l'un des constats de notre revue de littérature était le difficile discours sur la conception auprès de l'enfant une fois la naissance advenue (Canneaux et al., 2016; Doumergue & Kalampalikis, 2014b; S. Golombok, 2015; Ségade, Golse, & Beauquier-Maccotta, 2018). Or, c'est une piste que nous avons souhaité explorer et à laquelle nous n'aurions pas nécessairement eu accès sans l'interroger.

Construction des entretiens

Les entretiens de couples ont été élaborés à partir d'une trame semi-standardisée qui reprend les principaux axes que nous souhaitons observer (Cf. Annexe C). Cette grille a pu être mise à l'épreuve à l'occasion d'un premier travail de Master Recherche (2014). Elle s'inspire de l'IRMAG (L'interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse, Ammaniti, 1999) L'IRMAG se destine initialement aux femmes enceintes et est administré préférentiellement entre le 7^e et le 8^e mois de grossesse. Il a pour objectif d'explorer les représentations mentales concernant la grossesse, la femme en tant que mère, mais aussi son partenaire et sa famille d'origine et il se compose de 41 questions.

Cela nous a semblé une bonne trame de départ pour étendre l'étude des représentations prénatales au couple ayant eu recours à une IAD. En effet, de nombreuses questions de

l'IRMAG portent notamment sur la vie conjugale et sur le père. Le choix de cette période d'exploration particulière correspond à celle de notre recherche. Les études sur le prénatal s'accordent pour penser que la présence de l'enfant prend des contours bien plus précis à ce moment dans l'espace psychique parental qui n'est pas encore envahi par l'imminence de l'accouchement et les angoisses qu'il sous-tend.

Nous avons effectué un travail collectif regroupant notre équipe de pédopsychiatre, biologiste et psychologues afin de compléter et d'adapter cette grille pour qu'elle réponde aux objectifs de la recherche et soit spécifique du sujet exploré. Pendant la grossesse, l'infertilité, le recours à un don, la question du donneur étaient évoqués. Cette trame nous a par la suite servi dans le post-natal à 3 mois et à 18 mois, périodes pendant lesquelles nous avons continué à interroger le couple et les représentations de l'enfant. Après la naissance, les éléments du quotidien, l'exploration du coparentage ainsi l'évolution de l'expérience subjective du don ont été interrogés.

Tableau 4 : Principaux thèmes abordés dans les entretiens

Grossesse	3^e mois	18^e mois
Informations générales (âge, CSP, statut marital etc.)	Vécu par le couple de la naissance et du post-partum	Vécu par le couple des deux premières années de l'enfant
Histoire de la stérilité Vécu de la conception	Exploration du coparentage : (partage des tâches et des rôles, de l'éducation)	Exploration du coparentage : (partage des tâches et des rôles, de l'éducation)
Vécu de la grossesse	Satisfaction conjugale et parentale	Satisfaction conjugale et parentale
Représentations de l'enfant à naître	Représentations du couple de l'enfant	Représentations du couple de l'enfant
Place faite au donneur dans les représentations	Place faite au donneur dans les représentations	Place faite au donneur dans les représentations
Choix du discours ultérieur à l'enfant sur la conception	Choix du discours ultérieur à l'enfant sur la conception	Choix du discours ultérieur à l'enfant sur la conception

La circularité

Afin d'explorer de manière plus pertinente la dimension du coparentage, il nous a paru indiqué d'utiliser un outil systémique d'analyse de la dynamique conjugale dans la construction de cet entretien : le principe de circularité (Selvini Palazzoli, 1976) (cf. Chapitre 2), L'entretien contient donc des questions au conjoint concernant l'état, l'avis ou la représentation de l'autre. L'examineur se tourne ensuite vers le partenaire pour voir si celui-ci confirme la représentation de conjoint, complète ses dires ou au contraire, contredit, infirme ou discrédite le discours de l'autre sur lui-même. Par exemple :

« Madame, comment pensez-vous que monsieur a vécu l'annonce de l'infertilité ?

Monsieur, qu'en pensez-vous ? Et vous, comment pensez-vous que madame a vécu l'annonce de votre infertilité ?

Madame, qu'en pensez-vous ? »

Ce principe nous semble être un axe précieux pour le chercheur en présence d'un couple. Dans cette approche, la personne n'est pas la seule analysée, l'intervenant accorde une importance aux différents systèmes, ici le système conjugal, qui est considéré comme un élément en propre qui va influencer les interactions. L'individu n'est alors pas considéré seul comme responsable de ses choix, de ses idées mais comme influencé par le groupe auquel il appartient, ici le couple. Nous accordons une attention toute particulière aux réponses des couples aux questions circulaires au cours de l'analyse des entretiens afin de rendre compte de l'harmonie et de la congruence, ou non, des représentations.

Passation des entretiens

Au cours des entretiens, le chercheur laisse libre cours à l'expression spontanée du couple et aux associations dans le cadre des questions qu'il pose. Il veille cependant à faire s'exprimer l'homme et la femme.

Les entretiens de recherche ont été menés, dans la mesure du possible, par deux psychologues ensemble : une psychologue qui n'a pas souhaité poursuivre son travail de thèse sur ce thème, puis par Laure Philippe et moi-même.

Pour les 8 couples qui font l'objet de cette recherche, nous avons défini un rôle bien distinct pour chacune : une psychologue avait pour fonction de mener l'entretien auprès des parents (rôle que j'ai moi-même endossé) et l'autre une fonction d'observatrice et d'écoute attentive (rôle endossé par mes collègues). Cette dimension a été précieuse pour de multiples aspects : il permettait aux couples de s'appuyer sur une identification à un « couple » de chercheuses, tout en maintenant une continuité en cas d'absence de l'une ou l'autre. Il a permis plus de lisibilité dans la transcription de ce qui était dit par le couple en ne multipliant pas les interlocuteurs. Du côté des chercheurs, l'échange sur la dimension transférentielle des entretiens ainsi que le double regard des chercheurs a pu être précieux. Enfin, lorsqu'il s'est agi dans les entretiens aux 18 mois de l'enfant d'interagir aussi avec l'enfant, la présence et la disponibilité d'un second chercheur ont été très utiles.

4. Méthode d'analyse des données

4.1 Exploitation des auto-questionnaires

Nous sommes conscients que notre échantillon restreint ne nous permet pas une analyse statistique. A ce titre, seules les données des auto-questionnaires des 8 couples seront exploitées et discutées et serviront de pistes de réflexion au regard des résultats issus des entretiens.

Nous comparerons les résultats obtenus par les hommes et ceux obtenus par les femmes et proposerons une lecture évolutive des scores obtenus de la grossesse aux 18 mois de l'enfant. Nous dégagerons les moyennes obtenues.

Concernant l'EPDS et la STAI et le PSI, nous discuterons les scores qui suggèrent un niveau de dépressivité, d'anxiété ou de stress parental élevé. Nous observerons le degré d'harmonie conjugale avec le DAS.

N'ayant pas les propriétés métrologiques pour les échelles d'alliance parentale et de coparentage, les résultats de ces échelles seront mis en perspective avec la clinique.

Enfin, l'ASQ-3 nous permettra de poser un regard sur le développement psycho-moteur de l'enfant à 18 mois.

4.2 Analyse et cotation du jeu triadique de Lausanne (LTP)

L'objectif de cet outil est de déterminer si les familles qui ont bénéficié d'un don de spermatozoïdes présentent une alliance familiale considérée comme « fonctionnelle » ou « non-fonctionnelle », c'est-à-dire si les membres de la triade peuvent se coordonner ensemble pour réaliser une tâche avec un plaisir partagé.

Dans le cadre de notre recherche, le LTP nous a permis d'observer la qualité des alliances triadiques (ou familiales), ainsi que les sous-systèmes « couple parental » et « couple conjugal » en présence de l'enfant. Nous discuterons donc dans quelles mesures l'expérience de l'IAD influence les interactions triadiques, et le coparentage. La mesure de l'alliance familiale nous donne aussi des informations sur la communication à l'intérieur de la famille. A ce titre, nous souhaitons mettre en perspective les composantes de l'alliance familiale avec le choix des couples à parler à leur enfant de la conception. L'analyse de l'alliance familiale grâce au LTP est donc complémentaire aux données des entretiens pour chaque famille.

Pour évaluer la qualité de l'alliance familiale, nous nous sommes appuyés sur la grille de la FAAS (Family Alliance Assessment Scale) (Favez, Scaiola, Tissot, Darwiche, & Frascarolo, 2011) Cette grille permet d'évaluer 3 catégories d'alliances : coopérative, conflictuelle et désordonnée. Pour chacune de ces 3 alliances, on distingue 2 sous-catégories. Ainsi, l'alliance coopérative peut être « fluide » ou « tendue », l'alliance conflictuelle « ouverte » ou « couverte » et l'alliance désordonnée « exclusive » ou « chaotique ».

L'alliance coopérative concerne les familles dont les membres se coordonnent « suffisamment bien » pour réaliser une tâche avec la participation de chacun et le respect des rôles de chaque membre de la famille. L'observateur a le sentiment que la cohésion familiale caractérise les interactions. L'alliance « coopérative fluide » désigne les familles qui mettent en place un échange relationnel riche, avec diverses activités partagées accompagnées d'un partage d'affects et d'empathie réciproque. Les points forts de cette alliance sont la co-construction, la participation de chaque partenaire dans l'élaboration des activités, la cohérence et la consistance de l'activité ainsi que le climat affectif chaleureux et authentique.

L'alliance coopérative tendue concerne les familles qui parviennent à se coordonner « suffisamment bien » grâce aux efforts fournis par les membres de la famille. Ces efforts sont

perçus par l'observateur. Quelques désajustements peuvent être observés dans l'interaction. Cette alliance est caractérisée par le manque de fluidité des activités mais la famille atteint cependant le but de la tâche.

L'alliance conflictuelle décrit les familles dont les membres mettent en scène une compétition révélatrice d'un conflit. Le manque de coordination est alors révélé par les comportements d'intervention d'un des parents dans l'activité de l'autre, appelés interférences. En interférant dans les activités du conjoint avec l'enfant, l'autre parent provoque une rupture de contact entre le conjoint et l'enfant. (Par exemple, le parent peut couper la parole, attirer l'attention de l'enfant en faisant des grimaces, rester dans l'interaction en gardant un engagement corporel tourné vers l'enfant, etc.)

L'alliance « conflictuelle couverte » s'observe lorsque les parents expriment des aspects positifs malgré une tension ressentie à travers de nombreuses interférences mutuelles. On parle alors de « pseudo-positivité » pour désigner l'apparente aisance avec laquelle les parents se font des critiques ou des remarques, accompagnés de sourires ou de rires forcés.

L'alliance « conflictuelle ouverte » caractérise la présence d'agressivité et de négativité entre les parents, ou alors de l'un (ou des deux) parent(s) envers l'enfant, ce qui est révélateur d'un conflit sous-jacent exprimé dans un climat d'agressivité. La discussion peut alors être l'objet d'un conflit, les critiques et l'agressivité prédominent.

L'alliance désordonnée décrit les familles qui présentent des interactions où l'exclusion en est la caractéristique principale. Cette exclusion peut résulter du retrait d'un membre de la famille de lui-même (auto-exclusion) ou par les membres de sa famille qui le font sortir de l'interaction (hétéro-exclusion). Le manque de cohésion familiale caractérise ce type de famille. Trois caractéristiques principales définissent ce type d'alliance : le manque de disponibilité à interagir avec les autres membres de la famille, les désajustements et la discontinuité empêchant la réalisation de la tâche, et le manque de contact émotionnel les uns avec les autres.

L'alliance « désordonnée exclusive » désigne les familles où c'est le phénomène d'exclusion qui domine. On observe des comportements d'auto ou d'hétéro-exclusion qui se répètent à plusieurs reprises dans le jeu. Les interactions familiales sont caractérisées par une importante rupture de contact entre certains membres de la famille.

L'alliance « désordonnée chaotique » s'observe lorsque c'est la confusion et la discontinuité qui caractérisent l'interaction familiale. L'ajustement postural et les stimulations proposées à l'enfant ne sont pas adaptées à ses compétences développementales ou à son état émotionnel. Les stimulations sont chaotiques discontinues et imprévisibles. Au niveau affectif, les parents présentent des affects inauthentiques et en inadéquation avec les signaux exprimés par l'enfant. L'enfant peut alors développer des comportements de surrégulation et ne manifester aucun malaise ou au contraire sortir de l'interaction en s'endormant par exemple.

L'équipe a bénéficié d'une formation à la passation du Jeu triadique et à l'analyse des résultats selon la grille de la FAAS auprès du Pr. Hervé Tissot, psychologue chercheur et formateur au Centre d'étude de la Famille de Lausanne. Nos évaluations ont été faites en double aveugle : la cotation d'une vidéo par un clinicien qui connaissait le couple a systématiquement été cotée et discutée par un autre chercheur qui avait participé à la recherche et ne connaissait pas la famille.

Nous relevons le type « d'alliance familiale » pour chaque famille et présentons un résumé des LTP après chaque entretien clinique (Cf. Chapitre 7). Les retranscriptions détaillées des LTP figurent en Annexes (Cf. Annexe D)

4.3 L'évaluation du coparentage se fera principalement grâce à 3 outils :

Afin d'évaluer le coparentage, nous reprendrons au travers du discours des parents, les dimensions définies dans la méta-modèle de N. Favez et f. Frascarolo (2013) :

- Le soutien émotionnel, correspond à la solidarité, la coopération, la cohésion, et la chaleur. Il s'exprime au travers de « *comportements de validation réciproque dans l'interaction, l'échange d'informations à propos de l'enfant, de l'affection exprimée par chacun des parents envers l'autre* » (Favez & Frascarolo, 2013). Il s'agit également de la promotion de l'autre parent vis-à-vis de l'enfant et de la loyauté envers l'autre et envers la famille.

- La dimension du conflit ou « antagonisme » antagonisme, s'observe lorsqu'il y a une compétition entre les parents, un travail de sape, lorsque les parents essaient d'attirer l'attention de l'enfant ou se contredisent devant lui. Il s'agit aussi des disputes entre les parents concernant l'enfant.

- La division du travail vis-à-vis de l'enfant, correspond au partage des tâches, « au cahier des charges » de chaque parent. Quelle que soit la répartition effective des tâches entre les parents, c'est l'accord entre les parents qui est ici fondamental.

- L'engagement dans le parentage, correspond à « *l'équilibre de l'engagement de chacun des parents en termes de responsabilité et d'investissement émotionnel.* ». Encore aujourd'hui dans les cultures occidentales, l'engagement peut être déséquilibré en faveur de la mère.

- L'accord dans l'éducation concerne l'éducation de l'enfant à proprement parler mais aussi les valeurs morales, religieuses etc.

- La triangulation fait référence à : « *l'inclusion de l'enfant dans une coalition par l'un des parents contre l'autre parent.* » (*ibid.*) Elle s'observe alors souvent en lien avec la dimension du conflit.

Le coparentage est considéré comme « cohésif » marqué par un soutien élevé entre les membres du couple et un bas niveau de conflit ou « non cohésif » lorsqu'il est déséquilibré (avec un soutien bas mais un niveau de conflit bas), compétitif (avec soutien bas mais un niveau de conflit haut) et centré sur l'enfant (lorsque le soutien est moyen, que l'on observe peu d'affection et de chaleur et que le niveau de conflit est bas) (McHale, 2007, cité par Favez & Frascarolo, 2013)

Les résultats aux échelles d'alliance parentale (Abidin, Bruner, 1995) et de coparentage (Frascarolo et al., 2009) seront mis en perspective avec ceux obtenus par le biais du discours.

Nous avons conscience que le coparentage est une dimension complexe et influencée par de nombreux facteurs que nous n'avons malheureusement pas tous pu prendre en compte. La personnalité des parents ou les variables contextuelles comme les contraintes économiques, les facteurs historiques et culturels, sont des facteurs qui mériteraient d'être approfondis (Favez, 2017a), etc.

4.4 L'analyse des entretiens

Au préalable, il est nécessaire de temporiser des velléités d'absolu : aucun entretien, pas même plusieurs, ne seraient en mesure de nous permettre de cerner la globalité du fonctionnement psychique d'un sujet, encore moins d'un couple. Toutefois, si nous ne prétendons pas que notre étude rende compte de l'intégralité du parcours et des processus psychiques mis en jeu par le couple, nous pensons que l'entretien constitue l'outil privilégié pour avoir accès à la réalité intrapsychique des personnes que nous avons rencontrées, ainsi que de la dynamique conjugale des sujets en présence (Colette Chiland, 1983).

Par ailleurs, le dispositif spécifique de nos entretiens convoque le couple ensemble. Or, comme nous l'avons justement vu avec les travaux de N. Favez et le concept « d'effet de second ordre » (Bronfenbrenner, 1977 cité par Favez, 2017): le conjoint se comporte différemment en fonction de la présence ou de l'absence de son partenaire. Ce qui est vrai auprès de l'enfant est vrai aussi pour nous : notre présence à elle seule influence le couple, son interaction et son discours.

Nous n'aurons donc pas accès au discours individuel de chaque membre du couple pris à part, ni donc accès à l'intrapsychique de chaque individu isolément. Nous avons conscience qu'un pan de la réalité psychique individuelle ne nous est pas accessible mais c'est précisément le discours intersubjectif qui nous intéresse dans cette recherche. C'est justement cet espace du discours que nous souhaitons observer : l'espace du couple et de ce qui peut se dire, se partager et se penser dans le sous-système conjugal et coparental.

L'illustration clinique nous obligera d'abord à restituer la particularité de ce qui est vécu par chacun des couples. Puis nous analyserons nos résultats au regard de nos hypothèses opérationnelles (détaillées plus loin). Ceci qui nous permettra de dégager à la fois la singularité de ces couples et leurs convergences.

4.4.1 Méthode d'analyse de chaque entretien

Il est important de préciser que ce protocole de recherche insiste sur la singularité des sujets et des couples que nous avons rencontrés. Notre effectif n'est pas suffisamment grand pour inférer sur la population globale, et nous n'avons pas pour objectif de proposer une modélisation uniforme du vécu des couples après un don de gamètes.

Comme le souligne F. Ansermet (Ansermet, 2014) : « *Le sujet est toujours fondamentalement « anormal », c'est-à-dire, unique, différent. Si dans la science on rejette la singularité, on rejette aussi la différence, alors que ce n'est que la singularité et la différence que l'on rencontre dans la vie. »*

Nous nous sommes inspirés de travaux de C. M. Quijano, M. Germond, & F. Ansermet (2006) auprès de parents infertiles pour modéliser notre démarche clinique et l'analyse de chaque entretien.

Le premier temps de l'analyse des résultats consiste en une analyse minutieuse de chaque entretien dans son originalité. Ainsi ce travail a commencé par la transcription rigoureuse de chaque entretien audio enregistré en données textuelles, c'est-à-dire par un logiciel informatique (Word). Tous les entretiens sont disponibles en annexes (Cf. Annexe E). Comme le soulignent les chercheurs, c'est un travail long et fastidieux mais qui offre déjà en soi « *la possibilité d'une écoute psychanalytique de l'entretien.* » C'est une première prise de distance, une première réflexion sur ce qui a été mobilisé pour les couples. Ainsi, il nous est apparu important de faire apparaître entre parenthèses les éléments pertinents qui entourent la parole comme les silences, les pauses, lorsque l'un coupe la parole de l'autre, les pleurs, les yeux rouges, les rires gênés, le débit rapide ou inaudible ou le sentiment de malaise perçu pendant l'entretien. Le texte a été transcrit au plus près de ce qu'avaient exprimé les sujets, incluant les erreurs langagières, de syntaxe et bien évidemment, les lapsus.

Le travail d'analyse se poursuit par un résumé chronologique, pour chaque couple, des grands thèmes significatifs à chaque temps de la recherche : au 8^e mois de grossesse, aux 3 mois du bébé et aux 18 mois. Par la suite nous avons procédé à l'analyse du contenu de chaque entretien pour chaque couple.

Pour chaque couple, nous proposerons une **analyse thématique en lien avec nos hypothèses, organisée autour des 4 différents axes proposés par la recherche :**

- L'élaboration du couple concernant le don et/ou le donneur.
- Les interactions aux 3 mois et aux 18 mois de l'enfant
- Le coparentage
- La question de l'information à l'enfant.

L'analyse du contenu s'appuie sur le **repérage des procédés du discours** afin de dégager le sens manifeste et latent des sujets abordés, ainsi que **les mécanismes défensifs mis en place par le couple**. Les ruptures du discours, les discontinuités, les lapsus, les omissions, les contradictions sont de bons indicateurs des processus inconscients. Nous sommes attentifs aux mécanismes d'inhibition tel que le contrôle, les précautions verbales ou aux tentatives d'annulation. Le caractère flou, obscur, difficilement compréhensible des verbatim révèlent une élaboration difficile comme à l'inverse, la clarté du discours et des énonciations témoigne de la souplesse associative. La fluidité du discours suggère la malléabilité des aménagements défensifs qui permettent une liaison entre les représentations et les affects sans que l'appareil psychique soit débordé.

La dimension émotionnelle et la tonalité affective des échanges entre les membres du couple, avec l'enfant et avec le chercheur nous apparaissent comme des éléments infra-verbaux qui participent au discours et nous y sommes attentifs.

La communication analogique, non verbale, est aussi prise en compte ; les gestes, les silences, les sourires, les regards sont autant de variables pouvant influencer ou nuancer le discours et sont aussi des indicateurs de la qualité des interactions.

Ainsi, nous prenons en compte le discours du père en présence de la mère, le discours de la mère en présence du père afin de définir un « discours du couple » lors de l'entretien. Nous sommes conscients que le discours du couple ne correspond pas à la juxtaposition de celui de l'homme et de celui de la femme. Toutefois, nous observerons ce que chacun peut dire et échanger en présence de l'autre (et en présence de l'observateur) et proposons une réflexion sur que cela témoigne du fonctionnement conjugal.

Enfin la dimension contre-transférentielle a concouru à l'analyse des résultats. Effectivement, la situation d'entretiens de recherche permet l'analyse du transfert et du contre-transfert. Même s'ils ne sont pas comparables à ceux de la relation thérapeutique, ils existent et peuvent servir d'outil dans la compréhension du fonctionnement psychique des couples que nous avons rencontrés. Nous nous appuyerons donc sur ces aspects dans la mesure où ils participent de ce qui a pu se dire (ou pas) dans ce contexte conjugal et interrogerons aussi ce que nous pouvions ou ne pouvions peut-être pas entendre.

L'analyse des entretiens s'effectue dans un héritage psychodynamique et analytique. Le regard systémique que nous posons sur le couple concerne essentiellement l'analyse du LTP.

Néanmoins, certains outils systémiques comme les questions circulaires nous ont été utiles pour penser la dynamique conjugale et seront l'objet de notre analyse. Dans le discours, les réponses aux questions circulaires et notamment la cohérence, l'accord tacite de chacun, ou le désaccord à la réponse de l'autre sont pris en considération. Une asymétrie importante dans la prise de parole, malgré les efforts du chercheur, est entendue comme inhérente à la dynamique du couple et analysée comme telle. La circularité, en posant les questions de manière indirecte, non pas à la personne concernée mais au partenaire, est un bon indicateur de l'alliance conjugale. Elle permet d'observer si les représentations de chacun des partenaires sont cohérentes et harmonieuses, notamment en fonction du retour de l'autre, confirmant ou infirmant la représentation du partenaire.

4.4.2 La comparaison intra-groupe

Après avoir analysé chaque couple dans la singularité de leur expérience et dégagé les grands axes thématiques, nous proposons de mettre en lien ce qui est commun aux couples que nous avons rencontrés.

Cet exercice nous apparaît le plus épineux car l'expérience de chaque couple est toujours fonction de multiples facteurs de vie en lien avec leurs histoires antérieures comme des deuils, des facteurs familiaux, contextuels etc. Il semble paradoxal de prime abord de comparer et d'objectiver ce qui a pu être vécu par ces couples alors qu'on est allé si proche de leur histoire singulière. Les comparer reviendrait à gommer leurs particularités et à les rendre presque interchangeable, ce qui semblerait intolérable.

Toutefois, C. M. Quijano (2008) souligne que le travail de comparaison de cas cliniques ne correspond pas à la recherche de l'identique mais du *compatible*.

Il est donc important de préciser que nous n'avons donc pas mis de côté la singularité de chaque parcours mais nous avons tenté de dégager les grands axes de ce qui semble spécifique à la situation de don de spermatozoïdes pour ces couples et ce qui ne peut être confondu. Ce travail de comparaison intra-groupe est aussi un travail de révélateur des mouvements conjugaux après ces expériences communes des couples de l'infertilité masculine et du don de sperme.

5. Considérations éthiques

5.1 Etude préliminaire

Au cours de notre travail de Master Recherche, nous avons alors rencontré 2 couples au 8^e mois de grossesse suite à une IAD, auxquels nous avons fait passé un entretien semi-dirigé.

Ce travail préliminaire a permis de mettre en avant la nécessaire articulation entre les processus intrapsychiques mobilisés par les parents et la dimension intersubjective en jeu dans cette transition à la parentalité. Il a aussi offert l'opportunité de tester les outils en vue de la mise en place de cette recherche et d'évaluer le temps que nécessitait le recrutement, la rencontre des couples de la grossesse à 18 mois, la retranscription et l'analyse des données.

5.2 Aspect réglementaire de la protection des personnes

Le Projet a obtenu l'accord du CERES (Le Comité d'éthique pour la recherche en santé) en février 2014 pour que les entretiens puissent être filmés et les informations ensuite conservées le temps de la recherche, sous clé dans les locaux du CECOS de l'hôpital Cochin. Le CERES a qualifié la recherche de non interventionnelle, ne nécessitant pas de solliciter l'accord d'un CPP (Comité de protection des personnes) . En effet, les outils utilisés peuvent être proposés en pratique courante dans d'autres champs cliniques, tout autant l'entretien que les auto-questionnaires. De plus, la recherche ne contient aucun acte intrusif. Les entretiens ont été menés par des psychologues cliniciennes expérimentées, tout à fait à même d'orienter les couples chez lesquels une souffrance psychique nécessitant des soins aurait été décelée.

Tous les couples de la recherche ont reçu un formulaire de consentement détaillant chaque étape du protocole ainsi que le jeu triadique filmé (Cf. Annexe B). Ils n'ont été inclus qu'après réception de l'accord signé par les deux membres du couple. Ce formulaire de consentement précise que la participation aux entretiens de recherche n'aurait aucune incidence sur la suite de la prise en charge et que les couples étaient libres d'interrompre leur participation dès qu'ils le souhaiteraient.

5.3 La relation entre le psychologue chercheur et les couples rencontrés

Comme le souligne C. Chiland (1983) le psychologue clinicien en tant que chercheur, se trouve aux frontières du champ clinique, défini comme le domaine du soin « au chevet du patient » alliant la parole et l'observation. A la différence de l'entretien clinique, l'entretien de recherche n'a pas le soin du patient pour objectif et ne se fait pas auprès d'un individu qui est venu lui demander un conseil, une aide ou une thérapie. C'est le chercheur qui le sollicite et qui l'a choisi en fonction de certains critères. « *La finalité immédiate de l'entretien n'est pas le service d'autrui, qui peut être une finalité seconde : la recherche vise à améliorer nos connaissances dans le champ clinique.* » (Chiland, 1983 p.5)

Il est important de préciser que cette recherche s'effectue auprès de couples qui n'ont a priori pas de demande. Les motivations des couples à participer à la recherche sont plurielles mais témoignent de deux volontés principales :

- Certains couples ont cherché, en participant à cette recherche, à témoigner de leur gratitude auprès du CECOS et des professionnels qui les ont accompagnés, à payer une forme de dette qu'ils ressentaient à l'encontre « du CECOS ». En effet, la portée du don « gratuit » est bien la dette qu'il génère auprès des parents (Delaisi de Parseval, 2008) et certains d'entre eux ont pu vouloir la « rembourser » symboliquement en donnant à leur tour, de leur temps, de leur intimité, de leur authenticité.

- La seconde motivation des couples rencontrés a été celle de témoigner sur leur parcours douloureux et de montrer qu'ils sont de « bons parents » aux yeux du chercheur, « expert », psychologue, voir au regard des Autres. Ainsi, comme l'a si justement dit J.P Sartre :

« *Nous ne sommes nous qu'aux yeux des autres et c'est à partir du regard des autres que nous nous assumons comme nous même* » (L'être et le néant, 1943).

Le chercheur en psychologie, qui se propose d'explorer l'intimité des couples représente bien cet « autre » absolu, support de projections. Mais c'est aussi certainement à leurs propres yeux qu'ils ont voulu se montrer qu'ils étaient « capables ». Cette expérience a pu être vécue comme un test dans le but de les conforter eux-mêmes dans leurs compétences de parents. Nous étions très conscients de ce risque et avons tout fait pour rester dans une neutralité essentielle d'observateur.

Dans l'héritage de Freud qui met en avant la *neutralité bienveillante* comme une condition de l'entretien analytique, C. Chiland (1983) rappelle qu'être neutre, ce n'est pas ne rien ressentir

mais ne pas faire ressentir au patient ce que l'on ressent. La recherche appelle elle aussi à cette neutralité bienveillante, afin que l'individu puisse exprimer sa pensée propre, sans crainte d'être jugé.

L'élaboration du protocole de recherche ainsi que la construction du questionnaire ont été construits dans le respect de la personne. La neutralité bienveillante du chercheur s'autorise à une relation plus active que celle de la relation thérapeutique : le chercheur en psychologie clinique se doit d'aider l'interviewé à formuler au mieux sa pensée.

« Il s'agit, dans ces interventions, de respecter le cadre de référence du sujet, de l'aider à exprimer sa façon de voir, ses émotions, ses sentiments, en se gardant de toute évaluation, de tout jugement ou de toute discussion » (Castarède, 2013 p.145)

Compte tenu du parcours souvent douloureux de ces couples avant la grossesse, les entretiens ont pu avoir une valeur de prise de conscience, de travail élaboratif, de soutien. Les couples pour lesquels nous avons décelé une demande, parmi ceux que nous avons pu rencontrer, ont été adressés pour un suivi thérapeutique conjugal en ville.

5.4 Encadrement du psychologue chercheur

L'équipe de psychologues chercheurs s'est réunie à de multiples reprises dans un but de supervision avec leurs directeurs de thèse respectifs, pour ma part avec le Pr. B. Golse et le Dr. B. Beauquier-Maccotta. Plusieurs réunions auprès du Dr. V. Drouineaud et la participation aux Staffs du CECOS de l'hôpital Cochin nous ont permis d'échanger avec d'autres professionnels et de mettre en perspective nos impressions et résultats. L'objectif de ses différents temps étant de garantir les exigences éthiques de la recherche, la rigueur et la fiabilité du recueil des données.

5.5 Don ou donneur ?

Tout au long de la recherche, j'ai ressenti de nombreuses hésitations à utiliser le terme de « don » ou de « donneur » auprès des couples. En parlant de don, j'ai pu avoir l'impression d'éviter un sujet tabou, de participer à une forme de « déni collectif » que j'ai pu ressentir auprès des parents et de cautionner la mise à l'écart du donneur. A l'inverse, dire « donneur », c'était

comme dire une attaque, un gros mot. J'avais peur de heurter les familles en leur rappelant ce tiers souvent volontairement évincé de la conscience et du quotidien. Je craignais d'être perçue comme accusatrice et intrusive malgré moi, comme un redresseur de torts, une mauvaise conscience... Je me suis finalement décidée à formuler les deux termes alternativement. J'ai donc dit « donneur » parfois, contre l'aspect réducteur de faire des gamètes une « paillette », « une cellule », un miracle abstrait permis par science, interrogeant ainsi les défenses des couples. Le mot « donneur » donnait l'opportunité d'explorer les représentations du couple, de cet homme, la place qu'il prenait entre eux et à travers l'enfant. Et puis, j'ai aussi voulu dire « don ». Parce que j'ai pu ressentir le besoin des parents de minimiser l'importance d'un tiers, de fantasmer une parentalité toute puissante, sans recours à un autre homme. Il m'a donc aussi semblé nécessaire de ne pas faire « effraction » dans leur représentation de leur parentalité : j'avais bien des parents en face de moi, des parents combatifs et volontaires ; des parents, aimants, réfléchis, profonds, se remettant en question, sensibles. Qui étais-je pour vouloir opposer une limite symbolique à leur parentalité ? Pourquoi devraient-ils partager le gâteau alors qu'ils assumaient l'entière séquence : désir-gestation-reconnaissance-responsabilité-quotidien ? Bien consciente de l'effraction que représente la présence du donneur à travers sa nomination, j'ai eu aussi besoin de minimiser la portée fantasmagorique d'un tiers pour rencontrer ces parents dans toute leur singularité et m'affilier à ces familles. J'ai pris conscience à quel point la parentalité est faite d'absolu. C'était important de leur reconnaître cela. Je me suis donc inscrite dans cette alternance terminologique, cheminant avec les couples et leurs défenses. Nous verrons à travers l'analyse clinique des entretiens, l'ouverture progressive des couples « du don » vers la figure « du donneur ».

6. Opérationnalisation des Hypothèses

Hypothèse sur la place du don et/ou du donneur pour le couple conjugal

Hypothèse Générale 1 (HG-1) : Dès la grossesse, il existe chez les couples ayant eu recours à une IAD un pacte dénégatif au sujet de l'existence du donneur.

Hypothèses opérationnelles

HO1- A Le pacte dénégatif s'observe au travers d'une mise à distance des représentations associées au don et/ou au donneur, partagée par les deux membres du couple.

Opérationnalisation :

- Dans le discours on observe des difficultés du couple à parler du don entre eux, et avec les autres en général. On constate un flou dans le discours sur qui est au courant du don et qui ne l'est pas. Les couples « font comme si » les autres savaient alors que rien n'a été dit. On relève des mécanismes de déni, de dénégation ou d'évitement.
- Ce phénomène est partagé par les deux membres du couple
- Les couples disent ne pas penser au donneur
- Les couples disent ne pas se le représenter
- Par ailleurs, on observe une grande solidarité conjugale, une banalisation autour des enjeux de l'infertilité, discours opératoire sur les différentes étapes de la conception, évitement du conflit.

HO1- B Ce pacte dénégatif a pour fonction de maintenir l'homéostasie du couple conjugal en évacuant la question du donneur et en renforçant le couple

Opérationnalisation :

- Dans le discours, on observe une confusion entre la place, l'identité du donneur et celle du père.
- On observe des tensions lorsque le donneur est évoqué par le chercheur ou l'un ou l'autre des parents.
- Les Scores à l'échelle DAS sont très élevés.

- A l'inverse, les couples qui parlent spontanément du don entre eux traversent plus de difficultés conjugales.

HO1- C Ce pacte dénégatif s'étaye sur une mobilisation du lien narcissique du couple qui, ébranlé par l'infertilité, se recentre sur lui-même.

Opérationnalisation :

- Dans le discours, on observe une vulnérabilité narcissique des deux membres du couple en lien avec l'expérience de l'infertilité.
- On observe des mécanismes d'identification des deux membres du couple à la souffrance de l'autre.
- Les tiers (personnel médical, entourage familial) sont vécus comme potentiellement hostiles ou destructeurs.

Hypothèse sur le couple parental et le coparentage

Hypothèse Générale 2 (HG-2) : On observe une influence de l'IAD sur les interactions triadiques.

Hypothèses opérationnelles

HO2- A Au LTP à 3 mois et à 18 mois, l'alliance familiale est marquée par une « conflictualité couverte ».

Opérationnalisation :

- Au LTP on observe des éléments de compétition dans le couple coparental (présence de nombreuses interférences, de commentaires, non-respect du temps de l'autre.)
- Cette attitude s'accompagne par ailleurs d'une apparence chaleureuse et souriante.

HO2- B Dans le discours de la mère, on observe d'une dynamique active de « paternification » du père. Cette tendance s'accompagne d'un mouvement d'auto-dépréciation/dévalorisation.

Opérationnalisation :

- Dans le discours, la mère témoigne de mouvements de retrait des interactions triadiques et des activités à 3 ou d'une incapacité à assumer pleinement ses fonctions maternelles, laissant toute la place au père.
- On observe des mouvements dépréciation ou de dévalorisation de la mère par elle-même.
- Le discours est marqué par des éléments d'idéalisation du père par la mère.
- On observe un soulagement chez la mère lorsque c'est le père qui s'occupe de l'enfant. La mère sollicite beaucoup le père dans le coparentage.

H02- C On observe un surengagement du père de son rôle de père.

Opérationnalisation :

- Le discours est marqué par une grande implication du père : le père souffre lorsqu'il ne voit pas assez son enfant ou au contraire est très présent et a réorganisé sa vie autour de son enfant.
- Dans le discours, des éléments témoignent d'une rivalité à l'égard de la mère.

H02- D Le coparentage est « Cohésif » entre les deux parents

Opérationnalisation :

- Le coparentage est marqué par la coordination des parents autour de l'enfant, la chaleur et le soutien mutuel à la fois émotionnel et instrumental et un faible niveau de conflit.

Hypothèse sur les incidences de l'IAD sur le couple conjugal

Hypothèse 3 : Aux 18 mois de l'enfant, le couple parental reste surinvesti chez les couples IAD, au détriment du couple conjugal.

Hypothèses opérationnelles

H03- A Au LTP à 18 mois, la dynamique familiale est marquée par un phénomène « d'enfant au centre » des interactions.

Opérationnalisation :

- On observe une tendance des parents à répondre très rapidement aux manifestations négatives ou d'inconfort de l'enfant.
- On observe que c'est l'enfant qui « mène » les interactions triadiques.
- La phase IV où le couple est censé discuter et l'enfant rester simplement présent a du mal à se mettre en place. L'enfant réussit à détourner l'attention des parents, les parents ne parviennent pas à ne pas interagir avec lui, le couple oublie la partie de couple ou cette partie est très rapide comparée aux 3 autres.

HO3- B Dans le discours, le couple est toujours très investi par sa parentalité et a encore peu repris sa vie conjugale.

Opérationnalisation :

- Le couple se centre sur l'enfant dans son quotidien : il y a moins d'interactions avec l'extérieur mais plaisir à vivre à 3. On observe des craintes dans la réflexion autour du 2^{ème} enfant. La place de l'enfant a une influence sur la vie sexuelle du couple. Le rythme de l'enfant empiète sur celui des adultes.
- On observe une anxiété autour de l'enfant et de son développement, des angoisses de perte ou de séparation importantes : craintes à la séparation, mode de garde etc.

HO3- C Ce surinvestissement fait écho à des craintes générées par une inquiétante étrangeté autour des représentations de l'enfant.

Opérationnalisation :

- Dans le discours, on interroge la tolérance à l'énigmatique autour de la rencontre avec l'enfant. La rencontre avec le bébé a pu générer des angoisses d'étrangeté (Est-ce bien le mien ?) Le couple a du mal à se reconnaître à travers l'enfant à ses 3 mois. Discours qui relève des craintes autour des premiers mois de l'enfant, sur sa santé, son développement, etc. Le couple peine à s'affilier à l'enfant à travers le jeu des ressemblances. Certains événements de l'histoire périnatale restent incompréhensibles.
- A 18 mois ces interrogations sont encore présentes.

Hypothèse sur l'information à l'enfant de sa conception

H4 : Le fonctionnement coparental détermine le positionnement des parents par rapport à l'information à l'enfant de sa conception

Hypothèses opérationnelles :

H04- A Un coparentage de bonne qualité aide les parents à faire leur choix quant à informer ou ne pas informer l'enfant.

Opérationnalisation :

- Chez les couples ayant un coparentage cohésif ouvert on observe un discours plus souple entre eux concernant la conception (moins de défenses dans les mécanismes de discours, moins de dénégation, de déni etc.)
- Chez les couples ayant un coparentage cohésif l'entourage est plus volontiers et facilement tenu informé.
- Chez ces couples ayant un coparentage cohésif, on observe moins d'ambivalence, moins de zones de flou concernant le choix des couples à informer leur enfant ou non.

H04- B La capacité du couple à accueillir les émotions négatives liées à l'évocation de l'infertilité et du don permet au couple de cheminer vers une position commune positive vis-à-vis du discours sur la conception.

Opérationnalisation :

- La capacité à accueillir les émotions négatives est associée avec un discours possible sur le don, le donneur et les enjeux de la révélation pour l'enfant.
- Cette capacité du couple s'accompagne d'une représentation possible et plus élaborée du donneur.
- Les craintes suscitées par le conflit autour du secret sont aussi élaborées : la question du regard de l'autre sur le couple parental et sur l'enfant plus tard, la question de la honte, la question de la crise d'adolescence, notamment.

Troisième partie

Résultats

La troisième partie présente les résultats obtenus. Cette partie s'organise en 3 chapitres.

- *Le chapitre 6 rend compte des résultats des auto-questionnaires que nous avons utilisés.*
- *Le chapitre 7 propose une lecture de chaque cas clinique et du vécu de chaque couple dans sa singularité.*
- *Le chapitre 8 présente une lecture transversale des résultats observés pour chaque couple en fonction de nos hypothèses.*

Chapitre 6

Résultats des auto-questionnaires

Nous discuterons chaque auto-questionnaire individuellement en fonction des scores obtenus pour les 8 couples pendant la grossesse, aux 3 mois et pour 6 couples aux 18 mois de l'enfant.

STAI A et B : Les scores d'anxiété

Rappelons que le STAI-A et B mesurent respectivement le niveau d'anxiété actuel et habituel de l'individu. Nous avons retenu un score seuil de 55, désigné comme valeur cut-off (note T > 55) par Spielberger et coll. (Spielberger, 1983).

Tableau 1 : Résultats au STAI-A et B

	Pères				Mères			
	STAI-B	STAI-A			STAI-B	STAI-A		
	Grossesse	Grossesse	3 mois	18 mois	Grossesse	Grossesse	3 mois	18 mois
Couple 1	42	45	28	28	61	53	56	36
Couple 2	67	50	65	NV	47	34	42	NV
Couple 3	52	52	28	52	46	42	30	36
Couple 4	45	43	50	50	55	47	67	39
Couple 5	43	30	30	31	43	31	30	40
Couple 6	43	38	35	30	47	40	33	64
Couple 7	46	41	46	Abs	36	34	37	Abs
Couple 8	39	33	31	NV	30	36	49	NV
Moyenne	47,13	41,50	39,13	38,20	45,625	39,63	43	43

Nous constatons que les scores moyens chez les pères du STAI-A et B (41, 5 et 47,13) ont une valeur de presque 6 points d'écart ce qui apparait non-significatif au Test de Student.

De la même manière, les scores moyens chez les mères du STAI-A et B (39, 63 et 45, 63) ont aussi 6 points d'écart, ce qui est à nouveau non-significatif au Test de Student.

Notons toutefois que le score global au STAI-B est influencé par la note du père du couple 2 sur de petits effectifs comme les nôtres. Jean, a effectivement témoigné d'une anxiété importante lors de l'entretien de grossesse et ce depuis l'annonce de son infertilité, ce qui corrobore son score de 67 au STAI-B mais qui paradoxalement aurait pu s'observer au STAI-A, témoignant de l'état d'anxiété « dans la semaine qui précède ».

Les scores obtenus au STAI-B par Hélène (couple 1) et Sonia (couple 2) de respectivement de 61 et 55 sont aussi cohérents avec le profil globalement anxieux de ces mères qui se décrivent elles-mêmes comme telles.

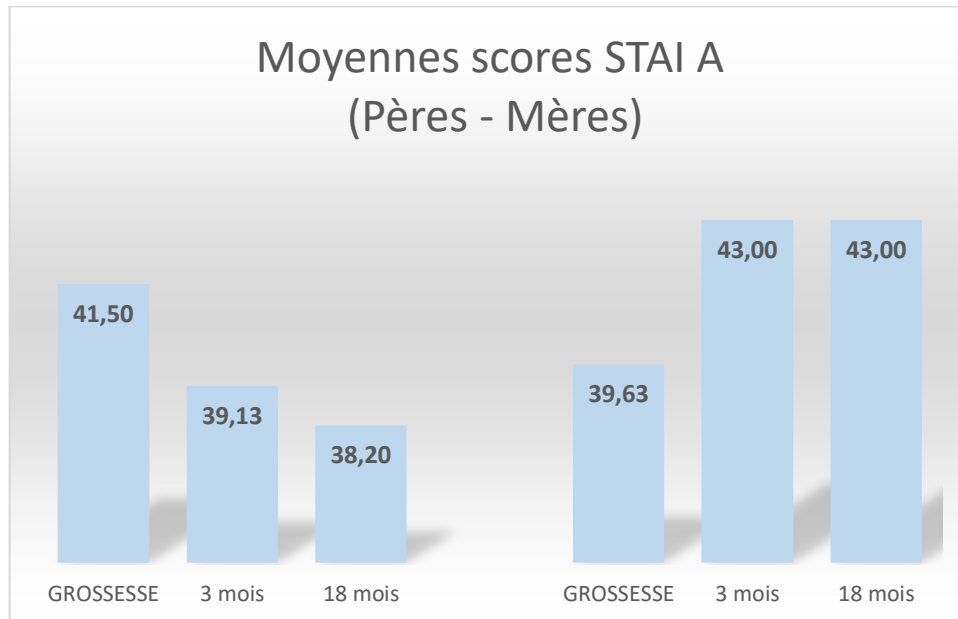
Nous allons à présent nous centrer sur l'analyse du STAI-A qui évalue le niveau d'anxiété actuel de ces couples, pendant la grossesse, à 3 mois et à 18 mois.

Nous constatons que, sur les 8 pères qui ont rempli cet auto-questionnaire, un seul père obtient un score dépassant le score de 55. Le score de Jean de 65 à l'entretien des 3 mois corrobore l'anxiété manifeste que nous avons pu observer au cours de l'entretien.

Sur les 8 mères que nous avons rencontrées, 2 mères dépassent la note seuil lorsque leur enfant a 3 mois. Hélène (couple 1) et Sonia (couple 2) ont à nouveau des scores de 56 et 67 respectivement. Ces résultats vont dans le sens des études montrant que chez les mères anxieuses, l'anxiété peut être alors très perceptible, voire décuplée dans la période post-natale après une IAD (Brewaeys, 2001).

Pour finir, Armelle (couple 6) témoigne d'une anxiété qui dépasse la valeur seuil de façon significative à 18 mois (64), alors que paradoxalement le discours du couple et de cette mère se veut très positif. Toutefois, cette mère évoque à plusieurs reprises un anxiété diffuse sur le développement de l'enfant et la manière dont celui va vivre l'annonce de sa conception.

Graphique 1 : Evolution des scores au STAI-A



Nous observons une anxiété comparable au STAI-A chez l'homme et la femme pendant la grossesse. A 3 mois, et à 18 mois, on constate un basculement et les femmes témoignent alors plus d'anxiété que leur conjoint. Notons donc que l'anxiété du père a tendance à décroître avec l'arrivée de l'enfant, alors que celle de la mère prend une tendance inverse et à tendance à monter jusqu'au 18 mois de l'enfant. Ces résultats n'étant statistiquement pas significatifs, mériteraient d'être explorés sur des échantillons de plus grande ampleur.

Nos observations concernant l'anxiété maternelle corroborent ce qui a pu être observé dans de précédentes recherches concernant les mères ayant eu recours à l'aide médicale à la procréation avec donneur (Brewaey, 2001). Cette anxiété serait cependant transitoire et se régulariserait aux 2 ans de l'enfant (S Golombok et al., 1996).

Il est intéressant d'observer ce basculement chez le couple, à l'image de vases communicants, où l'anxiété du père en s'abaissant pourrait être exprimée par la mère et inversement. L'anxiété maternelle pourrait permettre à l'homme devenu père de prendre une place plus solide dans le couple.

EPDS : le score de la dépression

Il nous faut rappeler que le score de l'EPDS est une porte d'ouverture pour identifier une dépression éventuelle. La valeur seuil révélatrice d'un état dépressif est fixée à une note supérieure à 11, 5⁶ pour les femmes en prénatal, et à 12,5 pour les hommes et les femmes en général. La présence d'un syndrome dépressif doit cependant être confirmée par un entretien clinique.

Tableau 1 : Résultats à l'EPDS

	Pères			Mères		
	Grossesse	3 mois	18 mois	Grossesse	3 mois	18 mois
Couple 1	7	4	2	10	NV	9
Couple 2	NV ⁷	9	Abs ⁸	NV	5	Abs
Couple 3	4	0	8	3	1	2
Couple 4	7	NV	8	6	13,00	8
Couple 5	1	2	8	4	4	11
Couple 6	2	6	2	2	11	10
Couple 7	9	10	Abs	2	2	Abs
Couple 8	0	0	NV	2	7	NV
moyenne	4,29	4,43	5,60	4,14	6,14	8

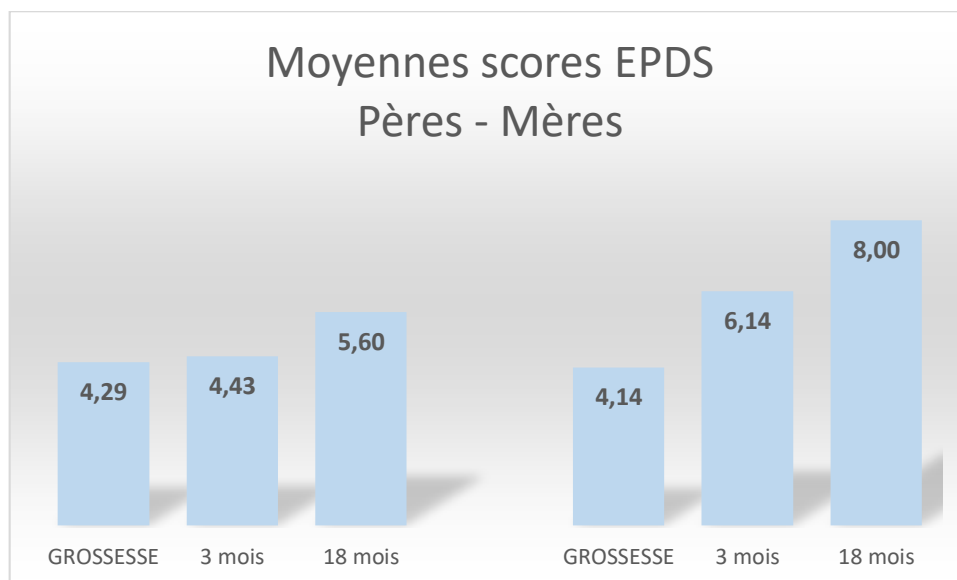
On constate que pour les pères, comme pour les mères, la moyenne des scores à chaque étape est inférieure au seuil. Seule Sonia du couple 4 présente un score à 3 mois venant interroger la présence d'éléments dépressifs. Au cours de l'entretien, elle avait témoigné de son état de fragilité, eu égard aux complications médicales qui ont accompagnées la naissance de son fils. Nous lui avons alors proposé de l'orienter vers un soutien thérapeutique.

⁶ Valeur seuil préconisée par Adouard, Glangeaud-Freudenthal, & Golse, 2005, *op.cit.*

⁷ NV : Non valide, lorsque les auto-questionnaires n'ont pas été remplis entièrement.

⁸ Abs : Absent, lorsque le questionnaire n'a pas été retourné ou que le couple n'a pas été vu.

Graphique 2 : Evolution des scores à l'EPDS



Il est intéressant de relever que les valeurs augmentent légèrement à 18 mois pour les pères comme pour les mères, avec un écart un peu plus grand pour ces dernières.

Avec la taille de notre échantillon cette variation n'est pas significative. Ces résultats nous offrent simplement un regard sur notre population de recherche mais seront explorés dans la poursuite de cette recherche sur l'échantillon quantitatif plus important.

DAS : Les scores d'ajustement dyadique conjugal

Pour rappel, le DAS étudie l'ajustement marital en interrogeant la manière dont chaque conjoint perçoit la dynamique de couple.

Tableau 3 : Résultats au DAS

	Père			Mère		
	Grossesse	3 mois	18 mois	Grossesse	3 mois	18 mois
Couple 1	100	100	95	99	99	98
Couple 2	86	64	Abs	95	73	Abs
Couple 3	73	101	75	90	101	103
Couple 4	91	68	70	98	88	81
Couple 5	94	95	75	102	100	79

Couple 6	96	101	95	97	93	89
Couple 7	91	91	Abs	92	92	Abs
Couple 8	75	75	70	70	69	71
Moyennes	88,25	86,88	80,00	92,88	89,38	88,83

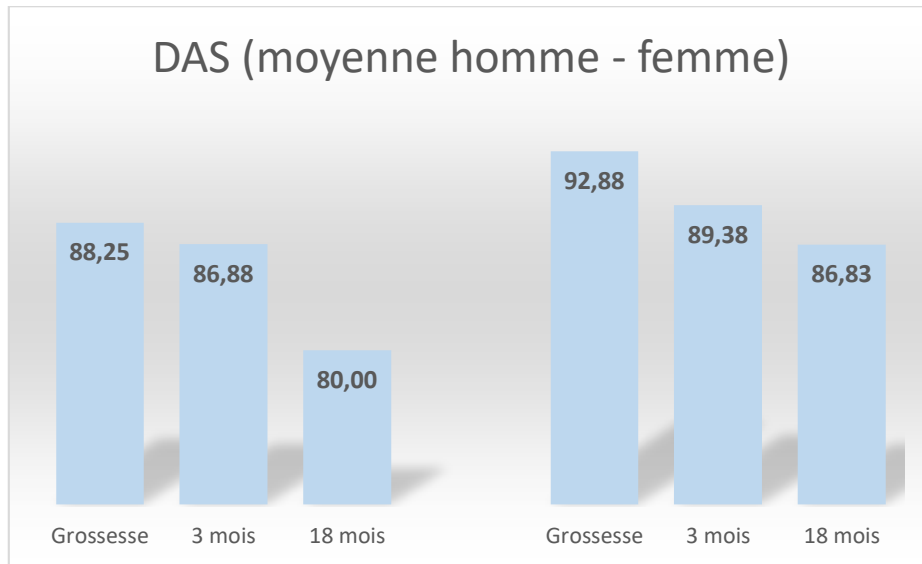
La différence observée entre le père et la mère au cours de la grossesse est statistiquement significative, $p= 0,043$ donc $p<0,05$ lors que l'on applique un Test de Student apparié. C'est donc l'écart au sein du chaque couple qui est testé. La différence n'est cependant pas significative aux autres temps. La satisfaction conjugale des mères serait supérieure à celle des pères pendant la grossesse. Ce résultat mériterait d'être comparé avec une population ayant conçu naturellement pour savoir si cette différence est en lien avec l'expérience du don et/ou avec celle de l'infertilité. Il reste aussi à confirmer sur échantillon plus large

Par ailleurs, nous n'avons pas constaté d'autre différence significative, ni inter-groupe, ni intra-groupe.

Aucun des membres des couples, à aucune des 3 étapes, n'a jamais témoigné d'un score inférieur à la note seuil fixée à 54 (Antoine et al., 2008). Les couples que nous avons rencontrés témoignent donc tous une bonne alliance conjugale, ce qui corrobore les résultats obtenus par les précédentes recherches menées chez les couples après une AMP. (Frascarolo-Moutinot et al., 2009)

Nous observons cependant que les scores les plus bas à 3 mois sont ceux obtenus chez le couple 2 (64 pour le père et 73 pour la mères) qui a révélé effectivement être en souffrance. Le père du couple 4 a une note de 70 ce qui corrobore aussi la situation conjugale observée au cours des entretiens. Enfin, le couple 8 a aussi des résultats globalement en dessous de ceux observés pour les autres couples. Ces scores témoignent d'une satisfaction conjugale moyenne. Ces scores restent cependant au-dessus de la note seuil de 54.

Graphique 3 : Evolution des scores au DAS



Concernant l'évolution des scores au DAS de la grossesse au 18 mois de l'enfant, les résultats montrent une baisse de la satisfaction conjugale chez les pères, comme chez les mères. Ces résultats se révèlent non-significatifs sur notre échantillon de recherche et méritent là encore d'être réalisés avec des données de plus grande ampleur. La tendance observée confirme toutefois les résultats des précédentes recherches (Belsky et al., 1983 ; Belsky & Isabella, 1985 ; Shapiro et al., 2000, cités par Frascarolo-Moutinot et al., 2009)

Le fait que les scores baissent de manière moins importante chez les femmes après la naissance du bébé, laisserait entendre, selon l'étude de Buehlman et al., 1992 (cité par Ibid.) que leur conjoint leur manifeste son amour, sa tendresse et son soutien (alors qu'elle baisse si le mari se trouve critique) Le conjoint, pourrait avoir plus tendance, après une naissance par don de sperme, à manifester son amour et sa reconnaissance à sa femme, qu'après une grossesse classique.

L'échelle d'alliance parentale (Abidin, 1995)

Tableau 4 : Résultats à l'échelle d'alliance parentale

	Père 3 mois			Père 18 mois			Mère 3 mois			Mère 18 mois		
	Com ⁹ .	Resp.	Total	Com.	Resp.	Total	Com.	Resp.	Total	Com.	Resp.	Total
Couple 1	83	15	98	83	15	98	NV	NV	NV	81	14	95
Couple 2	63	7	70	Abs	Abs	Abs	71	9	80	Abs	Abs	Abs
Couple 3	84	15	99	82	14	96	85	15	100	85	15	100
Couple 4	62	12	74	73	12	85	82	15	97	75	13	88
Couple 5	76	12	88	73	14	87	73	14	87	NV	NV	NV
Couple 6	83	15	98	84	15	99	81	15	96	80	15	95
Couple 7	83	15	98	Abs	Abs	Abs	72	12	84	Abs	Abs	Abs
Couple 8	72	14	86	68	12	80	71	10	81	76	12	88
Moyennes	75,75	13,13	88,88	77,17	13,67	90,83	76,43	12,86	89,29	79,40	13,80	93,20

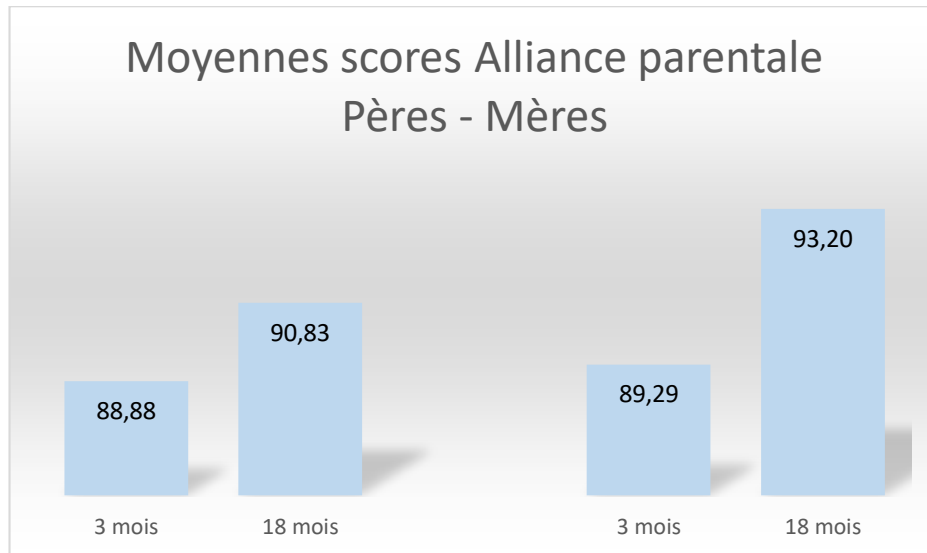
Les scores à cette échelle montrent des scores globalement très élevés pour les pères comme pour les mères à 3 mois et à 18 mois. (Respectivement 88,88 et 90,83 pour les pères et 89,29 et 93,20 pour les mères alors que la moyenne est fixée à 50). Toutefois, rappelons que cette échelle n'a pas encore été validée.

Nous pouvons remarquer l'homogénéité des résultats, que ce soit pour la variable Communication et travail d'équipe ou la variable Respect. Nous n'avons pas constaté de différence significative au Test de Student ni intra-groupe, ni inter-groupe.

On constate que le score le plus faible est celui du couple 2 à 3 mois et confirme les difficultés d'accordage de chacun des deux parents autour du bébé mais aussi entre eux, observés dans le discours. Par ailleurs, le couple 3 a les scores d'alliance parentale les plus élevés. Ce couple se définit à plusieurs reprises comme « à 100% d'accord » et témoigne d'une bonne alliance parentale comme nous le verrons par la suite.

⁹ NB :Com. pour le score de communication travail d'équipe et Resp. pour le score de respect.

Graphique 4 : Evolution des scores de l'alliance parentale



On constate sur le graphique 4 une perception de l'alliance parentale légèrement plus positive à 18 mois chez les mères que chez les pères mais cette différence est non significative au Test de Student.

Les scores montrent chez les couples que nous avons rencontrés une augmentation de l'alliance parentale à 18 mois. L'absence des couples 2 et 7 à 18 mois, ayant obtenu un score d'alliance parentale à 3 mois moins haut que les autres couples, peut aussi expliquer cette légère hausse de l'alliance parentale à 18 mois.

L'échelle de Coparentage (Frascarolo et al., 2009)

Tableau 5 : Scores obtenus à l'échelle de coparentage

	3 mois								18 mois							
	Intégrité		Conflit		Affection		Denigr ¹⁰ .		Intégrité		Conflit		Affection		Denigr.	
	Père	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père	Mère
Couple 1	Absent								5	4,75	2,33	3,33	6	NV	2	1
Couple 2	Absent								Absent							
Couple 3	6	6	1	1,33	6,5	7	1	1	5,5	5,5	2,33	1	6	6,5	2	1,5
Couple 4	6	NV	2	NV	5,5	NV	1,5	NV	5,75	7	2,66	5,5	6	3,66	1,5	1
Couple 5	6	5,33	2,33	3	6	6	1,5	1	6,25	4,25	3,33	2,33	6,5	5,5	2	2,5
Couple 6	6	6	2,33	2	7	6,5	1	1	6,5	6	1,33	2	6,5	6,5	2	1,5
Couple 7	6,5	5,5	2	1,66	7	6,5	3	1	Absent							
Couple 8	6,3	5,5	2	4	6,5	6,5	1	1,5	4,5	6,75	2,66	2	6	6,5	2	2
Moyennes	6,1	5,7	1,9	2,4	6,4	6,5	1,5	1,1	5,7	5,9	2,5	2,6	6,2	5,7	1,9	1,7

Cette échelle n'ayant pas non plus été validée, nous n'avons pas de note seuil avec laquelle comparer notre population. Les scores obtenus par les couples témoignent de résultats relativement homogènes entre eux et comparables à 3 mois et à 18 mois pour chaque échelle.

Au Test de Student, nous n'observons pas de différence significative entre le père et la mère pour aucune des variables.

Les pères, comme les mères obtiennent des scores hauts pour les échelles d'intégrité familiale et d'affection et des scores relativement bas concernant les échelles de conflit et de dénigrement, à 3 mois, comme à 18 mois. Ces résultats révèlent une bonne alliance coparentale chez ces couples.

En revanche l'évolution du score de dénigrement chez les pères est significatif au Test de Student entre 3 mois et 18 mois ($P=0,024$) et pas chez les mères ($P=0,057$). Rappelons que cette variable désigne les propos dénigrants peut être à l'enfant concernant l'autre parent. Ce résultat résonne avec l'observation clinique que nous avons faite d'une rivalité parentale autour de l'enfant, les pères pouvant peut-être chercher par ce biais à se faire valoir.

¹⁰ NB : Denigr. Pour le score de dénigrement

Notons qu'à 18 mois, le couple 5 témoigne du score d'intégrité le plus faible pour Aurélie (4, 25) et du score de conflit le plus élevé pour Arnaud, ce qui confirme ce que nous avons observé du conflit conjugal lors du 3^{ème} entretien.

PSI : le score de stress parental (Abidin, 1990)

En ce qui concerne les résultats à propos du degré de « stress parental », tous les couples que nous avons rencontrés ont des scores inférieurs à la valeur seuil de 90 et témoignent d'un niveau normal de stress parental.

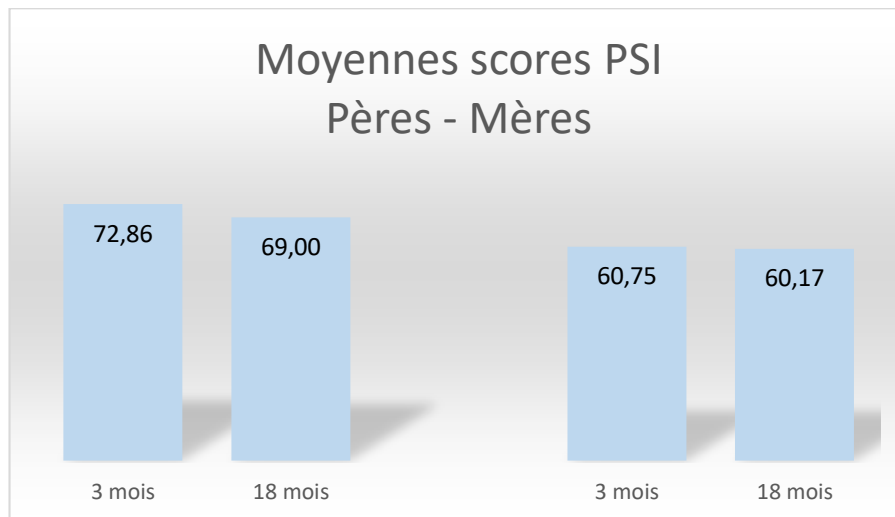
Tableau 6 : Scores obtenus au PSI

	Père		Mère	
	3 mois	18 mois	3 mois	18 mois
Couple 1	51	67	65	61
Couple 2	86	Abs	70	Abs
Couple 3	NV	73	50	56
Couple 4	82	NV	55	64
Couple 5	64	66	64	64
Couple 6	60	59	61	67
Couple 7	88	abs	66	abs
Couple 8	79	80	55	49
Moyennes	72,9	69,0	60,8	60,2

Les scores les plus élevés de stress parental concernent 2 pères, même s'ils restent en deçà de la valeur seuil : le score de Jean, du couple 2, à 3 mois est de 86. Ce score fait écho à la grande anxiété que nous avons observée chez ce père dans sa fonction paternelle. Le score de Khalil, du couple 4 est de 82. Ce père aussi, lorsque son fils a 3 mois a pu témoigner des difficultés à prendre sa place de père dans la triade et ce score confirme à nouveau le contenu de son discours.

Les résultats du Test de Student ne révèlent aucune différence significative, ni intra-groupe, ni inter-groupe.

Graphique 6 : Evolution des scores de stress parental



Nous observons que les pères, à 3 mois comme à 18 mois témoignent d'un niveau plus élevé de stress parental que les mères mais non significatif statistiquement. Toutefois, cette observation nous interpelle et nécessiterait d'être explorée avec un échantillon de plus grande ampleur. Cette tendance laisserait entendre que les pères après un don de sperme ressentiraient un stress plus élevé que les mères à la naissance de leur enfant et jusqu'à 18 mois, ce qui reste donc à prouver. Nous pourrions interroger la dimension conjugale de ces résultats et les mettre en lien avec le coparentage.

Par ailleurs, le stress parental à 3 mois et à 18 est stable chez les mères et diminue légèrement chez les pères mais ce résultat n'est pas significatif au Test de Student. Cette tendance nécessiterait à nouveau d'être explorée grâce à une étude plus grande ampleur.

L'ASQ- 3 : le développement global des enfants

Concernant le développement global des enfants que nous avons rencontrés à 18 mois, l'observation des parents révèle des enfants qui se situent globalement dans la moyenne de développement des enfants de leur âge.

Tableau 7 : scores obtenus à l'ASQ-3

	Âge de l'enfant	Communication	Motricité Globale	Motricité fine	Résolution de problèmes	Aptitudes individuelles ou sociales
Couple 1	Non envoyé					
Couple 2	Absent					
Couple 3	18m 29j	60	50	30	25	50
Couple 4	18m 7j	45	55	45	40	40
Couple 5	18m	35	60	45	40	50
Couple 6	18m 20j	35	60	55	35	55
Couple 7	Absent					
Couple 8	17m 18j	20	60	55	40	35

Légende: par rapport à la moyenne		
En-dessous	Dedans	Au-dessus

Le couple 1 n'a pas pu remplir cet auto-questionnaire car lorsque nous l'avons choisi comme outil, le 3^{ème} entretien avec ce couple avait déjà eu lieu et leur fille avait alors nettement dépassé 18 mois. Précisons que pour les couples 3 et 4 pour lesquels nous avons passé le 3^{ème} entretien lorsque leur enfant avait chacun respectivement 22 et 19 mois, les questionnaires avaient été remplis à temps, ayant été envoyés par la poste avant le rendez-vous fixé initialement.

Ces résultats situent les 5 enfants pour lesquels nous avons pu obtenir le questionnaire ASQ-3, pour la grande majorité des domaines d'acquisition, dans la moyenne supérieure de leur classe d'âge.

Les scores d'Olympe, fille du couple 3, (remplis à 18 mois) témoignent d'un léger retard concernant la motricité fine et la résolution de problème. Nous remarquons cependant que le score communication est aussi le plus élevé. Il est probable que cette enfant ait privilégié le langage dans ses avancées développementales plutôt que d'autres domaines d'acquisition. Lors du 3^{ème} entretien, Olympe avait 22 mois et n'a présenté cliniquement aucun retard.

Ces résultats concernant notre population d'étude, vont dans le sens des recherches concernant le développement des enfants issus d'une IAD qui témoignent d'un développement comparable à la population issue d'une grossesse naturelle (S. Golombok, 2015).

Chapitre 7

Cas cliniques

Ce chapitre rend compte de la singularité des 8 couples que nous avons rencontrés.

Parmi ces 8 couples, 6 couples ont été rencontrés aux 3 temps de la recherche : au cours du 8^{ème} mois de grossesse, puis avec leur enfant lorsque celui-ci avait entre 3 mois et 7 mois et enfin lorsque leur enfant avait entre 18 mois et 20 mois. 2 couples n'ont pas pu être rencontrés au 3^{ème} temps de la recherche et n'ont été vus qu'au 8^{ème} mois de grossesse et aux 3 mois du bébé.

Nous avons fait le choix de présenter ces cas cliniques de façon chronologique, en suivant l'ordre des rencontres. Par un fait du hasard, les deux premiers couples ont vécu des événements de vie traumatique. Nous avons décidé de les présenter dans cette recherche, au même titre que les couples pour lesquels la naissance de leur enfant s'est fait sans heurts. Tous les couples que nous avons rencontrés nous ont finalement fait partager leur histoire, faisant écho de manière singulière avec la problématique du don de sperme.

Les cas cliniques reprennent nos axes de recherche et s'organisent de la manière suivante :

- Anamnèse et éléments chronologiques.
- L'élaboration du couple concernant le don et/ou le donneur.
- Les interactions triadiques.
- Le coparentage.
- La question de l'information à l'enfant.
- Les apports du LTP.

Présentation des cas cliniques :

La famille 1 : Hélène, Thomas et Camille. *Le don et le deuil*

La naissance de Camille est concomitante avec le décès de la sœur handicapée d'Hélène. L'expérience du deuil et celle du don viennent alors potentialiser les angoisses de perte et de séparation autour de l'enfant chez ce couple très soudé.

La famille 2 : Mathilde, Jean et Mercure. *Le don, le silence et l'impasse*

Mathilde et Jean font tout ensemble mais ne partagent rien. Le don est marqué par l'impasse de la communication, avec l'entourage mais aussi entre eux. L'attaque du lien vient comme un appel à l'aide.

La famille 3 : Charlotte, Luc et Olympe. *Le don et l'affiliation*

Le processus psychique d'affiliation des parents se fait dès la place symbolique que le couple fait au don. Forme de filiation à part entière pour le père, à la fois idéalisé et banalisé par la mère.

La famille 4 : Sonia, Khalil et Aaron. *Le don et la honte*

Sonia et Khalil placent leur enfant au centre de la dynamique familiale, au détriment du couple. Khalil, vit son infertilité de manière douloureuse et trouve progressivement sa place dans le coparentage après de l'enfant. Le couple s'oppose concernant l'information, générant des tensions conjugales.

La famille 5 : Aurélie, Arnaud et Jeanne. *Le don, la liberté et l'entrave*

Pour Aurélie et Arnaud, le don n'est pas honteux, leur famille respective est au courant. Pour Aurélie, c'est même l'opportunité de se libérer d'un héritage familial anxiogène. Pourtant le couple est dans une impasse : Arnaud ne parvient pas à être présent et la communication est entravée.

La famille 6 : Armelle, Clément et Thaddée. *Le don et l'ouverture*

Armelle et Clément cheminent au cours des rencontres vers plus d'ouverture, ils parlent du don à leur fratrie, commencent à en parler à Thaddée. Les craintes pour l'enfant grandissant sont présentes mais elles sont évoquées entre eux.

La famille 7 : Magali, Pedro et Enzo. *Le don et l'absence de père*

La colère de Magali et Pedro à l'égard du CECOS, révèle celle qui n'a pas pu être adressée à ce père qu'ils n'ont respectivement pas connu. La figure du père est alors très investie, comme l'occasion de réparer l'enfant qu'ils ont été.

La famille 8 : Marja, Alessandro et Martin. *Le don, le silence protecteur et l'enfant messenger*

Pour Marja et Alessandro, la crainte du jugement familial est telle que c'est l'enfant plus tard qui est investi du mandant de révéler le secret... ou pas.

Couple 1 : Hélène, Thomas et Camille

Le don et le deuil



Anamnèse et éléments chronologiques

Hélène et Thomas forment le premier couple que je rencontre dans le cadre de cette recherche. Le couple est très sympathique et chaleureux. Ils parlent tous les deux volontiers de leur expérience respective. Leur discours est fluide et authentique.

La naissance de leur fille se juxtapose à un drame : Hélène perd sa sœur handicapée deux jours plus tard. La rencontre à 3 mois est reportée aux 7 mois de l'enfant, l'émotion est alors toujours tangible.

Nous avons envisagé de ne pas exposer ce couple dans ce travail de thèse, craignant que cette dimension du deuil prenne le pas sur l'expérience de l'insémination artificielle avec donneur (IAD). Cependant, il nous est apparu que le recours à un don, ajouté à l'expérience de la perte vécue par Hélène, ont pu potentialiser les craintes et les interrogations autour de l'enfant.

Il nous a donc semblé nécessaire de faire part de cette analyse comme d'une expérience traumatique autour du don de spermatozoïdes. L'histoire du don, de la naissance, de la mort, celle du handicap de la sœur, comme l'infertilité de Thomas sont étroitement intriqués avec ce que peut représenter l'enfant.

L'élaboration du couple vis-à-vis du don et/ou du donneur.

La mobilisation du lien narcissique du couple et l'évacuation du tiers donneur

Ce qui vient en premier lieu renforcer le couple c'est, plus qu'une solidarité devant l'adversité, une identification à l'autre et à la souffrance de l'autre. Le lien narcissique est mobilisé dans la dynamique conjugale, comme une réponse à la mise en danger qu'a pu représenter l'infertilité. L'infertilité est vécue de manière « conjugale » par Hélène qui endosse la stérilité de son conjoint comme la sienne : celle-ci devient commune, comme le combat pour la dépasser. Cela se traduit par une recherche d'équité à travers le projet d'enfant qui évolue d'abord vers l'adoption : « *passer par un donneur je trouvais ça un peu injuste parce qu'on était pas tous les deux impliqués de la même façon* ». On perçoit ici que l'injustice serait l'iniquité dans la filiation, comme si l'injustice ne venait pas en amont frapper Thomas de son infertilité.

Ce couple traverse la question de l'infertilité puis du don au prix d'une illusion d'équité, faite d'une identification à l'autre, comme un moyen de mettre à distance les affects négatifs tels que la honte de l'infertilité pour lui et, pour elle, la culpabilité de ne pas être stérile et de porter

l'enfant d'un autre. La culpabilité d'Hélène à être le seul parent « génétique » et « fertile » pourrait être trop lourde à porter. Cette culpabilité fait écho à celle qu'elle a pu vivre enfant en grandissant auprès d'une sœur lourdement handicapée : comment alors réparer l'injustice ? Peut-être en endossant pour partie l'infertilité conjugale. Finalement, la grossesse issue d'un don, plutôt que d'être évocatrice d'un tiers devient, par un mouvement de déplacement « *quelque chose qu'on vit tous les deux* » et elle devient alors peut-être plus acceptable pour Hélène, soulagée d'une part de sa culpabilité.

On observe plusieurs tentatives d'annulation chez Hélène ou de déplacement de son agressivité, certainement trop destructrice pour le couple. Thomas est très valorisé par elle, la surprotection et l'idéalisation prennent la place de l'agressivité ou de la rancœur à son égard.

Ainsi Thomas se doit d'être « l'homme fort » et Hélène « la femme fragile ». Le contrat conjugal se base à la fois sur cette répartition symbolique mais aussi sur une confusion/intrication des identités. Hélène porte la souffrance et la stérilité de Thomas, et lui est très identifié à la fonction maternelle, dès la grossesse de sa femme.

Thomas explique que pour lui, la grossesse est ce moment d'appropriation du bébé qui évacue le phénomène d'étrangeté : « *Moi je voulais vivre une grossesse. Je me suis dit au moins là je vais me sentir vraiment père, dès le début, alors que si c'était une adoption pour moi ça allait être trop...* ». La grossesse viendrait alors en réparation de la blessure de l'infertilité mais aussi, pour Thomas, une manière de s'affilier à l'enfant, en identification à une position féminine.

« [Concernant la grossesse] *Mme : il a plus souffert que moi (rires).*

Mr : c'est fatigant (rires). Ça s'est très bien passé. On a fait attention, on est peut-être un peu plus à faire attention pour éviter tout désagrément... »

Le pacte dénégatif

Un pacte dénégatif, semble inconsciemment posé entre les membres du couple : l'expérience du don et l'existence du donneur sont déniées, banalisées, comme si l'évocation du donneur pouvait fragiliser le couple dans sa conjugalité et dans sa parentalité.

Si les choses peuvent être dites avec les proches, le couple rencontre des difficultés à évoquer ensemble la question du don et du donneur. Hélène se remémore son besoin d'en parler, mais Thomas n'y parvient pas avec sa conjointe alors qu'il ressent pourtant un réel besoin de se

confier à l'extérieur du couple. Il ne peut évoquer devant sa femme que les aspects « positifs » et un avenir meilleur. Evoquer le don ensemble risquerait de fragiliser l'homéostasie conjugale basée sur cette alliance entre la vulnérabilité d'Hélène et la force de Thomas.

Nous percevons notamment la honte de cet homme ou une certaine forme de gêne, face au regard que les autres ont pu porter sur sa stérilité. « *Thomas : oui, il y a eu énormément de compassion et d'ailleurs c'est des fois un peu gênant car quand il y a que de la compassion, toujours de la compassion, derrière nous on dit c'est bon, on peut aussi vivre aussi !* » L'évitement de la gêne et du sentiment de vulnérabilité participe aussi au pacte dénégatif.

Déni, dénégation et oubli du donneur.

Pendant la grossesse, Hélène peut penser au donneur mais minimise sa portée, le donneur est mis à distance des représentations et réduit à sa dimension « *purement génétique* ». Le spectre du donneur humain, rival du père, est ainsi dénié.

Thomas avoue tout simplement ne jamais y penser. Notons qu'à la prise de contact téléphonique, il fait déjà preuve d'humour et témoigne de la force de l'oubli : « *Ah oui, c'est vrai, dis donc, si vous ne me l'aviez pas rappelé, je n'y pensais plus !* » Puis pendant l'entretien : « *l'IAD, c'est quoi ?* » On est en droit de se demander si l'utilisation de l'acronyme ne favorise pas l'interrogation du père, et si ce n'est pas à ce moment, le chercheur (et donc moi-même) qui participe à cette dénégation en déshumanisant le don, remplacé alors par un sigle.

Dans le fantasme du couple, le donneur est évacué comme géniteur. Ainsi, par un mécanisme de déplacement, l'enfant n'hériterait pas des contours du donneur mais de la volonté de ses parents à surmonter les obstacles pour l'avoir : il sera alors combatif et volontaire. Si la part du donneur est mise à distance, celle de la filiation symbolique prend toute sa mesure. On observe, là encore, un important mouvement d'affiliation de ce couple vers cet enfant.

Hélène fantasme un bébé à son image, comme un enfant parthénogénique, évacuant ainsi la question du donneur. Elle décrit sa fille comme une « *guerrière* », qualificatif qu'elle reprendra pour elle-même en faisant le bilan de son expérience de l'AMP et du don.

Au 7^{ème} mois du bébé, on retrouve un déni encore plus massif de l'existence du donneur de la part du père. L'évocation du donneur dans l'entretien vient faire effraction dans ses

représentations et il ne comprend pas de quoi nous parlons : « *Thomas : De quoi ? De ?* » puis plus loin concernant le donneur « *Thomas : euh je me rappelle plus de la question excusez moi !* ». Le processus d'affiliation est à l'œuvre, il est devenu père et il n'y en a pas deux, comme si sa place de père se faisait au prix d'une nécessaire évacuation d'un « autre ». Le plein investissement de la paternité nécessiterait de maintenir ce flou, cette illusion de n'avoir pas eu recours à un tiers. « *Thomas : Et le fait que bah derrière on a eu la petite, derrière franchement j'ai eu l'impression d'avoir complètement zappé ce qui s'est passé quoi !* »

Aux 20 mois de l'enfant, l'entité « donneur » est toujours déniée par les deux membres du couple. Thomas est dans un déni actif « *J'y pense pas du tout quoi. C'est ma fille, c'est comme si que c'était moi le géniteur et point.* » Quand à Hélène, son lapsus « *y a des enfants dans des familles qui sont nés sans le don et qui bah ressemblent pas à personne ...* » révèle, avec la double négation, qu'elle doit malgré tout penser au donneur mais que la parole sur la question est difficile (du moins en présence de son conjoint).

Les interactions triadiques

La naissance traumatique

Au 7^{ème} mois de l'enfant, la dimension traumatique de la naissance est toujours perceptible. L'échange devient le lieu d'expression d'angoisses mortifères majeures de la part de cette mère. Le soutien de l'élaboration traumatique est apparu absolument nécessaire et on perçoit la dimension thérapeutique des entretiens lorsqu'Hélène parle des « *séances* ».

Dans un premier temps, la mort de la sœur de Hélène, prend toute la place de la scène fantasmatique de celle-ci, au détriment de la rencontre avec sa fille. Hélène fait ce qui s'apparente à une dépression post-partum sans que cela soit nommé « *J'y arrivais plus, je ne voyais plus personne, je voulais plus sortir, c'est... et comme si toute l'énergie que j'avais eu les premiers mois avait disparue...* »

Elle témoigne de nombreuses angoisses de mort « *c'est comme si je n'avais pas confiance au destin quoi.* » Depuis la naissance, elle craint que sa fille ne s'étouffe ou ne meure dans son sommeil, ne réussissant pas à la confier à quelqu'un d'autre qu'à son mari. Hélène alimente son

angoisse comme une manière de protéger son enfant « *J'ai l'impression de conjurer le sort.* »
« *Et je me dis, c'est le jour où je ne vais pas m'inquiéter qu'il va se passer quelque chose.* »

L'intrication du don et du deuil dans les représentations de l'enfant.

Lors de la rencontre à 7 mois, les représentations de l'enfant sont toujours très intriquées avec celles de la sœur décédée. Hélène associe inconsciemment sa fille à sa sœur. « *Hélène : Je pense qu'à un moment, j'ai tout mélangé. Et en fait y avait plein de petits détails qui m'ont beaucoup perturbée au début. Ma petite sœur était handicapée donc elle faisait que des sons. Et forcément les sons de Camille ça m'évoquait les sons de ma petite sœur ou le simple fait de changer les couches de Camille...* »

L'expérience traumatique périnatale d'Hélène rend encore plus saillantes les nombreuses angoisses et questions autour du bébé né d'un donneur et favorise les projections inquiétantes autour de l'enfant, en écho avec une angoisse de perte majeure.

Il est possible que l'association inconsciente fille/sœur, potentialisée par l'intrication entre la naissance et la mort, soit aussi favorisée par la plus grande fragilité des représentations autour de l'enfant né grâce à un don de sperme. L'inconnu du don rend en effet la filiation fantasmatique plus poreuse et sujette aux projections.

La distance qu'Hélène met entre elle et sa fille viendrait alors comme un aménagement nécessaire afin de protéger son enfant de la dépression consécutive au deuil et des projections mortifères trop angoissantes.

La paternification du père par la mère.

Hélène a besoin de convoquer son conjoint auprès d'elle, comme pour protéger sa fille de sa dépression et de cet héritage anxiogène de la mort et du handicap potentiels. Hélène effectue malgré elle un véritable mouvement de retrait des interactions avec son bébé. Elle a peur de l'étrangeté que lui évoque sa fille et de ne pas être à la hauteur. Le vécu de dépréciation est omniprésent dans le discours. « *Hélène : [...]la prochaine dame qui me dit bah l'instinct maternel, on l'a dans la salle d'accouchement je pense que je pourrais lui crever les yeux ! [...] le premier mois, j'ai eu du mal à me laisser aller ! C'est je ne sais pas, je sentais une distance, je me sentais...* »

On observe dans le discours un processus important de paternification du père par la mère. Hélène se vit dans l'incapacité de s'occuper de sa fille en l'absence de son conjoint. Elle demande un étayage important à Thomas et a besoin de lui pour se sentir être une bonne mère, se sentant plus à l'aise en tant que mère auprès de sa fille en sa présence. Le retour au travail de Thomas a été l'objet de tensions conjugales.

Les différentes facettes de la culpabilité maternelle

La culpabilité d'Hélène s'observe à travers ces angoisses de mort et une mise à distance du bébé, perçu comme pouvant décéder à tout instant : « *Oui déjà moi je ne me sentais pas bien donc forcément j'ai eu du mal à aller vers Camille et je m'énervais assez facilement et donc je culpabilisais de m'énerver parce que bah elle y était pour rien* »

La concomitance de la joie de la naissance et du décès ont pu générer chez Hélène une culpabilité majeure. Comment se réjouir lorsqu'une joie touche un décès de si près ? Hélène a pu aussi se sentir coupable de désirer cet enfant malgré la maladie de sa sœur, et d'avoir inconsciemment, précipité sa sœur dans la tombe en donnant naissance à sa fille, comme dans les croyances populaires, où toute naissance serait liée à un décès.

La culpabilité maternelle peut être potentialisée par l'expérience du don. Du fait de la rupture avec la filiation génétique avec le père, Hélène devient la seule à « transmettre » sa filiation à sa fille, sans pouvoir bénéficier du pare-excitation qu'aurait pu favoriser l'existence intangible de la filiation biologique paternelle. Dans ce contexte, Hélène peut craindre d'être seule à transmettre sa filiation génétique (porteuse de deuil et de handicap). Le mouvement de retrait dans les interactions avec sa fille peut être compris aussi dans un but de protection, comme si le fait que la mort l'ait touchée via sa sœur, la rendait plus exposée à la transmettre à sa fille. Cette crainte de la transmission pathogène peut aussi se comprendre dans une identification à sa propre mère, accouchant d'une fille handicapée.

Le surengagement paternel

Le mouvement de retrait de cette mère s'accompagne d'un très fort engagement de la part du père. Le discours de Thomas est marqué par une grande implication « *Thomas : Je fais*

tout ! » « Hélène travaille beaucoup là donc c'est moi qui passe beaucoup de temps avec Camille... »

Ils reconnaissent tous les deux que Thomas s'occupe constamment de leur fille. Il prend en charge à la fois l'alimentation, le bain, le jeu, etc. Il a même réorganisé son travail pour passer le plus de temps possible avec elle. Hélène s'attribue plus volontiers des tâches ménagères, reconnaissant la fuite que cela représente vis-à-vis des interactions avec sa fille.

Au regard du premier entretien, il est très vraisemblable que Thomas ait été « *papa poule* » et très investi, comme il se l'était imaginé et comme attendu par Hélène dès la grossesse. Toutefois, l'expérience du deuil a fait d'avantage ressortir cette tendance en favorisant un sentiment de vulnérabilité chez Hélène.

Le coparentage

Le couple est très marqué par un déséquilibre de la répartition des tâches en faveur du père. Toutefois le coparentage nous apparaît « cohésif » du fait des interactions père-mère-enfant chaleureuses et de l'accord du couple concernant le partage des tâches auprès de l'enfant. Lorsque Camille a 7 mois, c'est Thomas qui fait l'essentiel des soins auprès du bébé. Hélène est présente mais ne parvient pas à interagir sereinement avec son bébé en l'absence du père, elle vit de manière très anxiogène le fait de rester seule avec sa fille. Le couple s'accorde sur cet état de fait et se réjouit que Thomas puisse assumer une grande part du quotidien auprès de l'enfant. Le soutien émotionnel de chaque membre du couple coparental envers l'autre est important et la chaleur affective circule dans les interactions malgré les angoisses parentales.

Lorsque l'enfant a 20 mois, le décalage dans la répartition des tâches en faveur du père commence à générer une souffrance pour Hélène. Elle ressent beaucoup de peine à observer que sa fille est bien plus proche de son père. Une légère rivalité commence à apparaître autour de l'enfant, masquée par le discours manifeste où le couple prend du plaisir à faire « *tout à 3* ». Toutefois, cela ne génère pas de conflit dans le couple. Les deux parents sont tous les deux engagés auprès de l'enfant affectivement, le discours sur l'autre parent est positif et bienveillant et on ressent une importante cohésion familiale.

Evolution du couple conjugal

Lorsque Camille a 20 mois, le couple est toujours très centré sur leur enfant. Les angoisses de perte partagées par les deux parents rendent fantasmatiquement dangereuse toute forme de séparation. L'expression « *tous les 3* » revient de nombreuses fois dans le discours comme moment refuge, et chaque expérience de séparation est vécue comme impossible. « *Hélène : Ben je le [Son bébé] confierai à toi !* » Finalement, le fait d'être à 3 est vécu comme un prolongement du couple où l'enfant fait corps avec lui. On observe ici que l'enfant semble englobé dans la sphère narcissique du couple. L'espace du tiers est difficile à définir et perçu comme dangereux.

Le couple se présente comme pensant exactement la même chose, au même moment, ce qui peut les inhiber dans leurs choix « *on a des doutes pour les mêmes raisons, à la même hauteur donc du coup c'est, enfin si y en a pas un des deux qui tranche bah du coup c'est ... Duc coup on avance pas en fait !* »

C'est cette indifférenciation qui apparaît au centre de la dynamique conjugale, là où le tiers apparaît comme une menace de déséquilibre. Le couple témoigne d'une crainte importante d'un changement et notamment que la venue d'un 2^{ème} enfant puisse bouleverser leur homéostasie conjugale, comme si le premier, lui, n'avait rien changé, englobé qu'il est dans la sphère conjugale. « *Hélène : ce qui est très dérangent pour moi c'est que faire un 2^e enfant ce serait uniquement pour Camille... et c'est super dangereux parce qu'un 2^e enfant ça risque de chambouler aussi notre vie.* »

Ainsi la mobilisation du lien narcissique chez ce couple se prolonge au 20 mois de leur enfant, comme un moyen de maintenir un équilibre, au prix d'une centration sur la triade, excluant l'espace tiers.

La rivalité ressentie par Hélène auprès de leur fille ne peut pas être évoquée à l'intérieur du couple. Thomas reconnaît ne pas laisser de place à sa femme auprès de leur fille et Hélène commence timidement à dire qu'elle aimerait que les choses puissent être réparties différemment. Tous les deux se rendent compte de leur part active dans cet état de fait, Thomas laissant à sa femme les tâches ménagères au dépend de l'interaction avec sa fille et Hélène,

préférant aussi faire la cuisine, de peur d'être rejetée par elle. L'interaction mère-fille est devenue génératrice d'anxiété pour elle qui est parfois « *violemment repoussée* » par sa fille.

Hélène a toujours tendance à se dévaloriser et à retourner contre elle-même une agressivité qu'elle ne peut pas adresser à son conjoint. Hélène se remet en question et se perçoit elle-même en mauvais objet, responsable de tous les maux alors que Thomas est très idéalisé dans son discours, laissant peu de place à une forme d'agressivité et à une gestion du conflit. De la même manière Thomas ne peut adresser aucun reproche à Hélène. On perçoit que toute forme d'expression de l'agressivité à l'intérieur du couple est impossible car potentiellement destructrice. La capacité de ce couple à élaborer autour du conflit nous apparaît fragile.

L'information à l'enfant.

La question de l'information à l'enfant prend une place très importante sur la scène fantasmatique des deux parents et génère de fortes angoisses.

Dès la grossesse, Hélène évoque principalement l'impossibilité de garder un secret mais aussi la crainte que sa fille se sente « *différente* », crainte qui revient de manière récurrente au cours des entretiens. Thomas souligne qu'ils en ont parlé autour d'eux, ce qui rend le secret impossible. Il insiste fréquemment sur le fait qu'il faut que ce soit « *naturel* », terme évocateur d'une nouvelle annulation de la technique de l'IAD. Il s'imagine en parler lorsque sa fille aura 5-6 ans. Le couple se pose alors la question du « comment le dire ? » et évoque déjà la nécessité de se faire accompagner pour le dire.

Lorsque l'enfant a 7 mois, le couple ne parle plus entre eux ni du don, ni du donneur. Du point de vue du discours manifeste, le couple se dit d'accord pour dire à leur enfant qu'ils ont eu recours à un don, convaincu que le secret serait destructeur et motivés par le fait que leur entourage est informé. Mais le discours latent est beaucoup plus flou et témoigne de craintes et d'une ambivalence importante. Le couple répond qu'il souhaite en parler plus tard mais l'intonation est fléchissante, le discours poussif et s'ils n'en parlent pas, ils n'y pensent pas non plus.

La crainte de Thomas de fragiliser son lien à son enfant est perceptible malgré ses tentatives pour dédramatiser « *Et si on va dans n'importe quelle classe y en a combien qui sont les vrais pères ! (rires)* »

L'idée de l'annonce est repoussée à plus tard, Thomas s'imagine déléguer cette responsabilité à sa femme : « *C'est toi qui raconteras parce que moi je ne sais pas raconter.* »

Il décrit une forme de passivité face à la situation et avoue un désir secret de n'avoir jamais à en parler. Hélène manifeste aussi son ambivalence : « *C'est vrai que le plus facile ce serait de ne pas lui dire mais on n'a pas envie qu'il y ait cet espèce de secret entre elle et nous...* »

La principale crainte est néanmoins évoquée : ils se représentent que parler du donneur à leur enfant reviendrait à remettre en cause leur légitimité en tant que parents. Ils se formulent alors un paradoxe : Il faudra lui dire que nous ne sommes pas « entièrement » ses parents mais que nous sommes « entièrement » ses parents malgré tout. Le couple se retrouve dans un double lien qui vient sidérer la pensée : impossible à penser devient impossible à dire.

Aux 20 mois du bébé, on perçoit une ambivalence toute aussi forte concernant l'information à l'enfant et la motivation d'en parler plus tard s'amenuit. Le couple n'en a encore « jamais » parlé devant leur fille. On en parle pourtant librement devant elle au cours de l'entretien, de la même manière qu'à ses 7 mois, comme si le couple comptait finalement sur nous pour les aider à en parler et à infuser doucement l'information auprès de leur enfant.

Le couple se demande si c'est finalement « la bonne chose à faire ». Les craintes de chacun sont différentes. Hélène craint que sa fille puisse se sentir différente et en souffrir. « *Ben qu'elle ait ce fardeau à porter ! Et pourquoi on lui ferait porter ce fardeau ?* » et on perçoit là à nouveau la culpabilité qu'implique le don, comme si elle transmettait à sa fille un handicap, un « *fardeau* » trop lourd.

Thomas explique qu'il est tiraillé entre le fait qu'il sait qu'il « faudrait » le lui dire et son désir de ne pas en parler. « *Après, c'est vrai que... je ne suis pas complètement ouvert ni fermé à telle ou telle situation quoi. S'il ne faut pas lui dire parce que on trouve que c'est... ben c'est comme ça, c'est comme ça.* » Il dit à de nombreuses reprises qu'il va avoir besoin de se faire accompagner, voire qu'il souhaite que quelqu'un puisse le faire à sa place, craignant la confrontation avec son enfant « *[...] je ne vais pas être doué, je sais pas je... j'ai l'impression d'être persuadé que je vais pas être doué pour l'expliquer.* » On peut aussi sa crainte de la

révélation ne cache pas la crainte de la honte qu'il pourrait ressentir au travers du regard de son enfant.

Le couple témoigne avec force de la nécessité de se faire accompagner, ne se sentant pas en mesure, seuls, de pouvoir en parler à leur enfant, lui craignant une fragilisation du lien à sa fille, et elle, de lui faire vivre une forme de nouveau traumatisme, comme si le dire venait se rajouter à un traumatisme initial d'être née de cette façon.

Toute la dynamique familiale est en tension à l'évocation du discours sur la conception. Le tiers don/donneur vient faire effraction dans l'homéostasie familiale, comme moi-même chercheuse, à poser ces questions. Le donneur n'est d'ailleurs jamais évoqué spontanément à part sur une valence négative, dans le cas où un problème de santé viendrait convoquer sa lignée génétique. Aux 20 mois de leur enfant, le couple n'est plus certain d'en parler à l'enfant plus tard, la balance entre les bénéfices de la révélation et les risques qu'ils encourent est constamment interrogée. L'enjeu du silence est bien ici la mise à distance de toute forme de figure tierce comme celle du donneur, venant mettre en péril l'homéostasie familiale.

Alliance familiale au LTP

A 3 mois, l'**alliance de Hélène, Thomas et Camille** est dite « **conflictuelle couverte** ». En apparence chaleureuse, l'alliance est cependant conflictuelle en raison des nombreuses interférences de chacun dans le jeu de l'autre. Thomas intervient à la fois verbalement et physiquement lorsque Hélène joue avec sa fille. Le temps de jeu d'Hélène en phase 2 est très court et les transitions sont floues. Thomas intervient et bloque l'interaction de sa femme. Dans la phase 3, Hélène ne laisse pas non plus son conjoint jouer seul avec sa fille. Elle intervient pour sortir sa fille de sa chaise en disant « *je ne tiens pas* », interrompant l'interaction avec le père. Pourtant Camille n'avait manifesté aucun signe d'inconfort. Elle nous expliquera par la suite qu'elle voyait sa sœur décédée à travers sa fille dans le fauteuil et que celui était insupportable. Il n'y a donc que ce moment à 3 qui est possible, où le plaisir est partagé par la triade. Lorsque l'un des deux parents semble jouer électivement avec la petite, l'autre parent commente, participe aussi, touche l'autre parent etc. Le phénomène **d'enfant au centre** s'observe ici à travers la surinterprétation des signaux de l'enfant et l'absence de phase 4 où le couple est censé interagir à 2 et laisser l'enfant simplement présent.

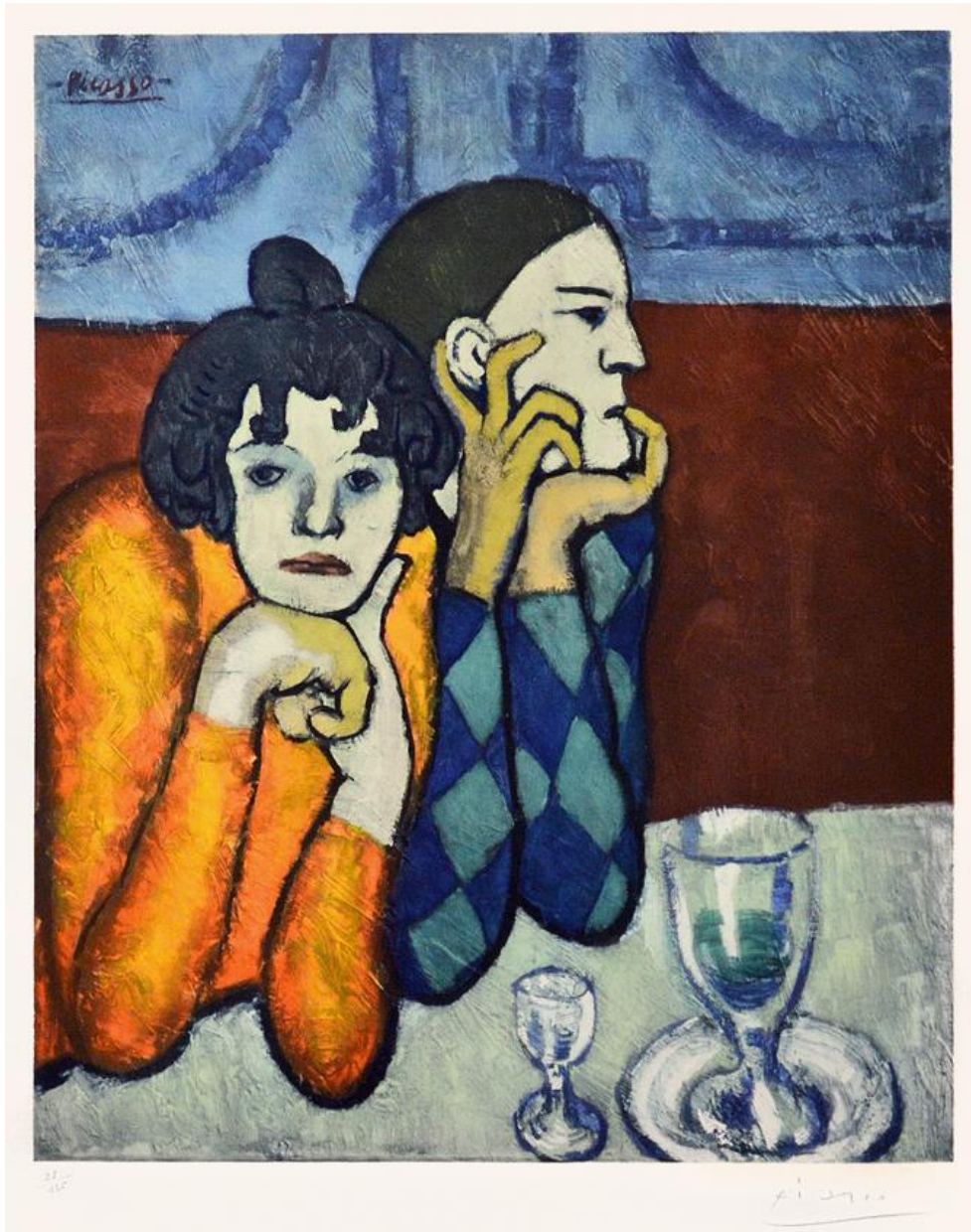
A 20 mois, l'alliance familiale est de type « **coopérative tendue** ». On perçoit une chaleur familiale et une bien meilleure authenticité du contact mais également la présence d'interférences de chacun des parents dans le jeu de l'autre avec l'enfant. Camille se saisit bien de l'interaction avec ses deux parents et n'a pas l'air perdue dans les stimulations proposées, le jeu est un moment d'échange triadique agréable. Pourtant on perçoit que **l'enfant est au centre** de l'alliance familiale, avec des éléments de **rivalité**. Le couple peine à organiser le temps à deux malgré les efforts d'Hélène qui prend physiquement la main de Thomas pour capter son attention vers elle. Lui est toujours dans l'interaction avec sa fille, il joue et commente ce que fait sa fille alors qu'Hélène essaie de l'intéresser à une conversation. Les multiples tentatives d'Hélène de capter l'attention de son conjoint nous laissent percevoir la rivalité vis-à-vis de son mari mais aussi vis-à-vis de sa fille.

Apports du LTP au discours

Le premier LTP nous permet de percevoir l'angoisse maternelle et la manière dont elle s'observe dans les interactions. A 18 mois, les éléments de rivalité autour de l'enfant qui transparaissent donnent toute leur portée aux difficultés exprimées par Hélène à prendre sa place auprès de sa fille, comme celle de Thomas de la lui laisser.

Couple 2 : Jean, Mathilde et Mercure

Le don, le silence et l'impasse



Anamnèse et éléments chronologiques

Le couple de Jean et Mathilde est ensemble depuis 12 ans. La première rencontre se fait au domicile des parents avec ma collègue psychologue qui a dû s'y rendre seule. L'analyse du premier entretien se base donc sur l'enregistrement audio du discours et sur les apports contre-

transférentiels de ma collègue. Malgré leur accueil, ce couple ne parvient pas à nous partager leur espace intime et semble tenir un discours de façade, cherchant à donner une bonne image d'eux-mêmes en tant que parents. Ils emploient un discours de surface, difficile à suivre et laconique. Ce qui nous est transmis reste opaque, les réponses sont courtes et souvent non-informatives.

Au cours de la 2^e rencontre, ma collègue et moi sommes toutes les deux présentes. Le bébé a 3 mois et les tensions sont toujours perceptibles mais ne sont pas évoquées. La rencontre à 18 mois n'a pas pu avoir lieu. Jean nous informe la veille de l'entretien que Mathilde a fait une tentative du suicide médicamenteuse quelques jours plus tôt.

Nous avons fait le choix d'exposer les difficultés de ce couple car les questions qu'il pose au chercheur et au clinicien, concernant les enjeux autour de la communication dans le couple et la question du secret, sont au centre des réflexions concernant les couples ayant recours à un don de sperme.

Le repli du couple sur lui-même

Dès le premier entretien, on perçoit une réelle détresse et une étrangeté chez ce couple, comme lorsque le discours ne correspond pas avec ce que l'on peut percevoir, au-delà des mots. Leur motivation à nous montrer leur investissement prénatal dénote avec ce que l'on perçoit des tensions conjugales. Le couple se décrit comme ne pouvant compter que sur lui-même « *Jean : On est surtout tous les deux, mais on se débrouille* ». Ils n'échangent pas sur leur projet d'enfant et vivent comme s'ils se connaissaient depuis si longtemps qu'ils n'avaient plus besoin de parler. Ils sont « *tout le temps ensemble* » mais paradoxalement ne partagent rien en commun : ils se lèvent à des heures différentes, mangent séparément et n'ont pas le même rythme. Ils travaillaient ensemble et exercent le même métier mais Jean a été licencié, à peu près au moment de l'annonce de son infertilité et ne parvient pas à retrouver un emploi. Depuis la grossesse, Mathilde et lui sont toute la journée ensemble à leur domicile. Le lien conjugal est alors ancré dans ce paradoxe : être ensemble comme une nécessité, mais aussi comme une contrainte, un étouffement.

Ici, la mobilisation du lien narcissique du couple s'observe à travers ce fonctionnement clos où l'entité couple fait corps, en opposition à un monde extérieur perçu comme hostile. L'un

et l'autre membre de couple s'étayent et se confondent et on ne sait plus bien, au fil du discours, qui est porteur de vulnérabilité ou de force, qui pense telle ou telle chose. Toutefois, le fonctionnement de Jean et Mathilde nous apparaît plus comme une indifférenciation des membres du couple, qu'une identification à l'autre. La dynamique familiale fait écho aux familles indifférenciées décrites par M. Bowen (1976) (Cf. Chapitre 2) Cette dynamique a par ailleurs certainement préexisté l'infertilité de Jean.

Un décalage se fait jour dans la narrativité de chacun des membres du couple : Jean prend spontanément la parole, essaie d'exprimer ce qu'il ressent, alors que Mathilde en dit très peu sur elle-même et sur ses émotions. L'essentiel de l'échange informatif est porté par Jean qui manifeste son désir de partager son expérience et se dévoile plus que sa conjointe. Elle ponctue simplement avec des phrases courtes, hoche la tête, et répond par oui ou non. Jean nous informe qu'il « *est déjà suivi* » par une psychologue. Il a démarré sa thérapie suite à l'annonce de son infertilité.

Nous percevons que Mathilde ne s'autorise pas à nous dire ce qu'elle ressent. A travers son silence, se jouent des enjeux conjugaux, une loyauté à un système duquel il est impossible de sortir. « *Mathilde [parlant de Jean] : Il veut qu'on dise rien, qu'on garde tout.* » Elle laisse entendre qu'elle ne parle pas à la demande de Jean et qu'elle se doit de ne pas trop en dire, afin de pas vulnérabiliser son conjoint ou son couple.

L'élaboration du couple concernant le don et/ou le donneur.

Place du donneur et du don

Le couple ne souhaite pas revenir sur la question de l'infertilité. Depuis l'advenue de la grossesse, le couple répète souvent combien « *c'est arrivé vite* », « *ça a marché tout de suite* », comme un couple primipare qui s'étonnerait que ça ait marché « *dès la première fois* ». Le sentiment subjectif de rapidité vient comme une tentative d'annulation du long parcours d'aide médicale à la procréation (5ans) et du don.

Cependant Jean vit son infertilité comme une fragilisation du lien à son enfant. L'infertilité le confronte à ses craintes de ne pas être à la hauteur en tant que père. Il décrit des relations

lointaines avec son propre père « *j'en ai pas spécialement* ». Jean est le seul père pour lequel le score au test de dépressivité (EPDS) a été significativement élevé. L'orientation vers une prise en charge a été proposée à l'occasion de la 2^e rencontre, mais il a décliné, ayant déjà démarré un suivi. Jean fait de nombreux cauchemars : « *Je pousse des cris mais j'ai aucun souvenir par contre, ni des rêves, ni des cauchemars. J'arrive pas.* » L'angoisse est bien présente mais elle reste diffuse. Le mécanisme de refoulement est à l'œuvre et Jean ne réussit pas à la penser.

Cette crainte concernant la plus grande vulnérabilité du lien du père à l'enfant en l'absence de lien génétique est partagée par les deux membres du couple. Mathilde multiplie les stratégies de mises à distance du recours au don. Elle souhaite « *aller de l'avant* » et « *que ce soit derrière moi* ». Elle ne s'autorise pas à faire de la place au donneur dans ses pensées, craignant de fragiliser Jean, déjà impacté par son infertilité et son licenciement. Le donneur, potentiel rival pour le père est aussi évacué des représentations de Mathilde. C'est elle, dans une volonté de « paternifier » Jean, qui insiste sur la distinction père/géniteur : « *Après c'est important de lui dire que son père c'est pas forcément le géniteur, son père c'est Jean quoi ; qu'il fasse bien la part de choses quoi. Il a pas la génétique mais...* » mais que la paternité de Jean est envisagée sous l'angle du manque « *pas la génétique* » ; sans que puisse être élaboré, ni verbalisé que ce que père a « en plus » pour compenser cette castration symbolique de l'infertilité.

Le pacte dénégatif

Chez ce couple, le pacte dénégatif porte sur l'ensemble du parcours d'AMP. Il se confond avec le silence sur l'intimité en général. Il fait écho à toute une structure familiale fermée : on ne parle pas des choses émotionnellement impliquantes. Paradoxalement, Mathilde dit souffrir de ce silence, alors qu'elle y participe et ne dit rien d'elle-même. Ce couple est en souffrance, et le silence, s'il est le ciment du couple, est aussi sa grande vulnérabilité.

Ainsi, le pacte dénégatif ne vient ni renforcer le couple ni le réparer alors qu'il était très fragile dès l'origine. Ce pacte dénégatif a pour seule fonction de masquer la honte de l'infertilité et plus particulièrement une filiation vécue comme fragilisée. Chacun dit ne pas penser au don, ni au donneur et ne pas en parler entre eux. Mathilde semble s'interdire de dire de nombreuses choses comme pour ne pas attaquer son conjoint devant nous. Depuis l'échographie, Jean n'y

pense plus : comme si la réalité de l'existence du bébé dans le ventre maternel effaçait l'infertilité et le parcours de don.

Personne ne sait mais tout le monde le sait

Au cours de l'entretien de grossesse, la réponse à la question : « qui, parmi l'entourage, a été tenu au courant du don ? » est extrêmement floue. Mathilde dit qu'elle en a parlé « *pas à tout le monde, mais oui.* » puis se refermant : « *On n'a pas demandé l'avis des gens.* ». Et Jean reste vague « *Moi, je n'en ai pas parlé directement mais...* ».

Au cours du 2e entretien, le discours du couple est toujours aussi confus concernant l'information à l'entourage. Jean n'en a parlé à personne. Mathilde s'est confiée à quelques amis et collègues. C'est aussi elle qui l'a dit à la mère de Jean : « *Mathilde : Oui, en fait on était tous les trois ensemble sauf que.... Jean : Non moi j'étais pas là moi ! Vas-y ? Mathilde : C'est parce que t'es parti quand elle a posé la question ! (Tout le monde ri)* ».

Jean explique qu'il ne voulait pas que « ça » se sache, cherchant à taire son infertilité auprès de ses proches et de sa famille. On comprend mieux le flou du discours de Mathilde concernant les personnes à qui elle a pu en parler. C'est à Jean qu'elle ne veut pas le dire, risquant alors de révéler qu'elle a divulgué leur « secret » à des tiers, contre son avis. Le fait que Mathilde en ait parlé a pu constituer une forme de trahison ou de rupture du contrat conjugal autour du silence.

On perçoit ici les enjeux autour du pacte dénégatif : à travers le don, c'est l'infertilité de Jean qu'il faut taire et la révélation met en danger le couple. Jean continue à dénier, non pas tant le don, mais les personnes qui sont au courant. Il s'imagine que ni son père ni sa sœur ne connaissent le don alors que Mathilde croit savoir que la mère de Jean le leur a dit, sans pourtant pouvoir l'affirmer. Ainsi tout le monde dans le cercle familial serait au courant, sans que personne ne sache exactement qui est au courant de quoi. Tout le monde sait mais personne n'en parle. Et tout le monde fait comme si personne ne savait. On ne saura rien de la famille de Mathilde et de qui est au courant, comme si elle cherchait à protéger son conjoint mais aussi elle-même, d'une révélation qui pourrait venir créer du conflit dans le couple. On perçoit néanmoins de la rancœur de la part de Jean qu'elle ait pu en parler, contre son avis, brisant ainsi un contrat implicite.

Les interactions triadiques

Le traumatisme de la naissance

Lors de notre rencontre aux 3 mois du bébé, l'histoire de l'accouchement, suivie de complications pour le nouveau-né qui s'est fait opérer d'une sténose atrophique du pilor, ont eu une portée traumatique toujours perceptible.

L'accouchement est marqué par les complications à la fois maternelles et fœtales. Mathilde est restée 10 jours à l'hôpital. Le bébé avait le cordon autour du cou, il a été intubé et ventilé. Mathilde répète plusieurs fois « *Ils me l'ont pas du tout montré* », ce qui nous évoque une angoisse importante autour de l'étrangeté qu'a pu représenter ce bébé. L'angoisse qu'il puisse arriver quelque chose au bébé s'associe vraisemblablement avec celle que génère la rencontre « *J'ai vomi quand ils m'ont dit que ça y est, le bébé était sorti et qu'ils ne me le montraient pas. J'ai paniqué, j'étais vraiment pas bien, je tremblais... Ils voulaient me le donner après mais je voulais pas, j'avais peur de lui faire du mal.* »

Ainsi s'emboîtent, quitte à se confondre, les angoisses de mort et d'étrangeté. On pense au « traumatisme originaire » d'Otto Rank (1929), autour de la naissance de cet enfant. L'expérience du don de sperme, vient alors potentialiser l'étrangeté de l'enfant à la naissance - à la fois soi-même et différent - rendant encore plus saillantes les angoisses archaïques consécutives à chaque naissance.

On observe un paradoxe entre le discours de ces parents et leur attitude corporelle et infra-verbale. Mathilde a un discours de surface, comme si elle attendait quelque chose de nous, passive, elle ne parvient pas à nous raconter son histoire autrement qu'à travers l'effraction qu'a pu représenter la naissance. On la sent épuisée mais elle banalise et cherche à montrer une bonne image de leur famille. Le discours de Jean banalise leurs difficultés et les tensions conjugales mais la communication analogique nous permet d'entrevoir sa dépressivité. Il se tient vouté, se dévalorise constamment, en particulier dans sa fonction paternelle alors que le contact avec son fils est chaleureux et enjoué. Le couple se retrouve dans une situation de désorganisation tangible mais le contrat tacite du silence se poursuit après la naissance de l'enfant et s'impose aux deux membres du couple.

L'échec du processus de paternification

Dans ce contexte traumatique, les tentatives du couple pour donner une bonne image de famille sont nombreuses mais inefficaces. Le processus de paternification s'observe en négatif : Mathilde se retient de faire des reproches et tente de masquer leurs difficultés, qui sont pourtant perceptibles. Elle formule des tentatives d'affiliation du bébé à son père, mais sur un versant péjoratif, l'enfant ressemble à son père à travers ses difficultés, « *son caractère* ». « *Mme : Un bébé qui dort pas, qui pleure... Moi j'étais un bébé qui faisait que manger dormir donc... lui* [Elle évoque son garçon, comme son père] *il est pas du tout comme ça !* » Les mots « grognon » et « difficile » reviennent fréquemment dans le discours spontané pour décrire l'enfant.

Les tentatives de Mathilde pour valoriser Jean sont bancales. Lorsque Jean émet des doutes sur ses compétences paternelles, elle tente de le rassurer : « *Si, dès que tu vois des enfants, tu vas jouer, tu vas y aller...* », soulignant les compétences de Jean auprès des autres enfants mais pas auprès de leur bébé, comme s'il n'avait pas encore montré ses compétences de père avec leur enfant.

Devant nous, Mathilde ne s'autorise aucun reproche direct à l'encontre de son conjoint alors qu'on perçoit les tensions conjugales. Il y a chez elle une lutte intense, en défense contre ses propres mouvements agressifs vis-à-vis de son conjoint et de l'enfant.

Jean évoque le désir de Mathilde qu'il en fasse plus auprès de l'enfant. Il laisse entendre que c'est une question conflictuelle. Mathilde conteste : « *non, non, ça me va comme ça.* ». On sent de la retenue. Mathilde ne peut pas exprimer son agressivité. Les reproches sont larvés et ne réussissent pas à se dire. C'est une autre manière de ne pas trop attaquer ce père.

On observe donc une ambivalence importante chez Mathilde dans ce processus de paternification : les reproches sont contenus, comme pour ne pas déverser une agressivité trop destructrice. Elle lui demande cependant d'être plus présent auprès d'elle. Elle souligne ainsi le paradoxe : tout le temps ensemble mais dans une présence décevante, le couple ne parvient pas à être en harmonie auprès du bébé.

L'échec du désir de compensation

Jean ne se retrouve pas dans une situation de surcompensation de son rôle de père. Au contraire, on perçoit une présence timide auprès du bébé, sans parvenir à être à la hauteur des attentes de sa femme. Les mouvements d'auto-dépréciation sont multiples, comme au cours de la grossesse, liés à la honte de l'infertilité et à un manque de légitimité.

Jean nous fait part de ses difficultés à trouver sa place en tant que papa, malgré la place objective qu'il tient dans les soins et les interactions auprès de son fils. Son discours est marqué par sa volonté d'implication « *Qui est-ce qui s'occupe de l'endormissement ?* Jean (coupe la parole) : *C'est moi qui fais le bain...* Mathilde : *C'est moi.* » On apprend plus tard que Jean ne donne pas le bain si fréquemment qu'il le souhaiterait. Il n'arrive pas à mettre en acte son désir de participer aux soins.

Jean, du fait de l'infertilité faisant écho à d'autres événements de vie, ne se sent pas en mesure d'être un « bon papa » et ne se positionne pas comme tel vis-à-vis de son fils dans les interactions. L'absence de père ou de figure paternelle, banalisée, est pourtant au centre de la problématique de cet homme. On perçoit le désir inconscient de réparer, à travers son propre fils, l'enfant qu'il a été. Et en même temps, il s'imagine comme un père déjà « déchu », décevant, ne se permettant pas de prendre pleinement sa place de père, tout comme son père à lui qui fût, semble-t-il, absent. La problématique intergénérationnelle autour de la relation au père se répète, via l'infertilité.

La honte qu'a pu générer l'infertilité joue un rôle dans les interactions de ce père qui ne parvient pas à prendre de place symbolique de père auprès de l'enfant : il ne sent pas à la hauteur, ni des attentes de sa femme, ni des siennes et se déprécie constamment, vivant sa paternité sous le signe du manque « *quand il [l'enfant] va savoir que je ne suis pas...* ». Ce sentiment d'impuissance se répète à la fois auprès de l'enfant et de sa compagne : il est celui qui « essaye », sans y parvenir.

Le coparentage

Lors de la rencontre au 3^e mois de l'enfant, le couple est encore dans ce temps post-traumatique qui ne permet pas l'élaboration. Mathilde est encore sous le choc, l'angoisse concernant le développement du bébé est au premier plan. Elle décrit une impossibilité à dormir depuis la naissance de son fils. Jean raconte : « *Même quand le bébé il dort, elle dort pas.* »

Le coparentage nous apparaît « non-cohésif » pour plusieurs raisons. Les soins à l'enfant sont effectués sans plaisir et comme une contrainte. Chacun ne trouvant de ressources ni en l'autre, ni en lui-même. Ils ne parviennent pas à se soutenir mutuellement et les tensions au sujet de l'enfant sont perceptibles.

On sent que le couple est fatigué et tendu. Le sommeil du bébé est aléatoire, l'alimentation compliquée par un allaitement qui n'offre pas de gratifications : Mathilde ne parvient pas à décoder son bébé et à se sentir à l'aise. Jean se sent inutile et désemparé, ne parvenant pas à soulager sa femme ni les pleurs de son bébé.

Le couple n'arrive pas à verbaliser ce qu'il peut ressentir vis à vis de leur petit garçon. Leurs difficultés sont telles qu'il est nécessaire de les soutenir avec un discours positif et étayant, comme s'il fallait les aider à avoir un regard bienveillant sur cet enfant qu'ils avaient du mal à percevoir autrement qu'à travers ses difficultés.

Pourtant ils veulent montrer qu'ils font bien : malgré leur épuisement, l'enfant n'est jamais seul ou dans une autre pièce. « *Jean : il est toujours avec nous en fait, il est jamais tout seul.* » L'enfant est toujours là, sous leur regard, symbole manifeste de leurs difficultés, sans qu'ils réussissent à s'en séparer, ni à faire de pause dans cette interaction qui offre peu de moments de joies ou de répit. On peut se demander si cette attention constante, à la fois agie et subie, ne vient pas en défense contre des pulsions infanticides : la surprotection comme renversement en son contraire d'un désir de mort intolérable.

Evolution du couple conjugal

Lorsque l'enfant a 3 mois, on perçoit qu'il y a très peu de plaisir à être à 3. Les espaces de soulagement décrits par ce couple sont possibles lorsque Jean sort avec le bébé faire les courses ou se promener et qu'ils s'autorisent une micro-séparation. Il joue alors un rôle tiers séparateur, étayant face à une mère épuisée. Finalement, La séparation, l'espace psychique propre, est donc salutaire pour les individualités mais trop dangereux pour l'entité couple qui ne peut fonctionner qu'ensemble.

L'évolution du couple conjugal n'a pas pu être explorée du fait de l'interruption de la recherche suite à la tentative de suicide maternel. C'est un choc, même si nous avons perçu la vulnérabilité de ce couple. Nous avons souhaité sortir de l'effraction traumatique qu'a pu représenter ce passage à l'acte en tentant d'y mettre du sens. Nous tenterons de donner une lecture clinique à ce passage à l'acte suicidaire dans l'exploitation de nos résultats transversaux (Chapitre 8).

Nous avons toutefois recueilli les propos de Jean par téléphone aux 18 mois de Mercure, puis 2 mois plus tard. Nous sommes conscients que le discours de Jean ne représente qu'une seule facette de ce qu'a pu vivre le couple mais nous souhaitons néanmoins proposer quelques pistes de réflexion. Je passerai mon récit à la première personne pour plus de cohérence dans ce récit clinique.

Aux 18 mois de l'enfant, à la veille de l'entretien, Jean m'appelle et m'annonce qu'ils ne vont pas pouvoir venir car Mathilde a fait une tentative de suicide (TS) médicamenteuse le week-end précédent. Mathilde est hospitalisée contre son gré en psychiatrie et ne veut pas parler, ni à Jean, ni aux soignants : la situation se répète de l'impossible parole concernant une souffrance.

Jean explique au téléphone qu'ils n'arrêtaient pas de se disputer au sujet de leur fils. Mathilde était épuisée et ne dormait pas la nuit « *A cause des pleurs du bébé* ». Elle est en hospitalisation sous contrainte. Mathilde aurait expliqué son geste en disant avoir seulement voulu dormir, elle qui n'y parvenait pas depuis la naissance de son fils.

Comme convenu avec Jean, nous nous rappelons deux mois plus tard. Mathilde est sortie de l'hôpital au bout d'un mois et le couple s'est séparé. Un discours plus ouvert et authentique sur le couple débute alors, même s'il ne s'agit que du point de vue de Jean, qui nous éclaire sur les difficultés de ce couple autour de la naissance de leur enfant. Selon lui, le couple n'allait pas bien depuis longtemps mais ils n'en parlaient pas. « *Elle n'avait jamais voulu dire ce qu'elle avait sur le cœur.* » Il se rend compte du désir de sa femme de parler sans y parvenir mais il n'est pas conscient de ses difficultés à lui à pouvoir entendre.

Jean décrit alors les conséquences de cette impasse familiale dans laquelle tous les deux se trouvaient, la difficulté à communiquer en couple, le manque de plaisir à être à 3. Jean pense que Mathilde a fait une dépression et s'imagine que le don a joué « *sur son moral* ». Finalement, ils n'en parlaient jamais et s'isolaient pour ne pas avoir à en parler « *Elle ne voulait voir personne.* »

Il conclue notre échange en s'excusant « *De toute façon, pendant la recherche, elle [Sous-entendu Mathilde] disait bien ce qu'elle voulait ... Elle disait plus ce qu'elle voulait que ce soit, que la réalité...* »

L'effraction du transgénérationnel

Aux 20 mois du bébé, il est toujours au chômage et s'occupe « *du petit* » au quotidien (Jean ne dit jamais « mon fils », ni le prénom de son enfant). Quand Mathilde est rentrée au domicile, le couple a décidé de se séparer, tout en vivant toujours ensemble, et dans l'attente de trouver un nouveau logement. Chacun s'occupe alors alternativement de l'enfant. Le couple se retrouve comme au point de départ avant l'arrivée de cet enfant : ensemble mais séparément, ensemble mais sans rien partager, chacun vivant à son rythme.

Il nous semble alors que Jean se soit vu contraint d'assumer un rôle de père, du fait de l'hospitalisation de sa compagne, lui qui avait si peu confiance en ses compétences paternelles. Le discours nous permet d'entrevoir ce double mouvement de mise à distance de l'enfant qu'il ne parvient pas encore à considérer comme « son fils » qui s'accompagne d'une position plus assumée de parent présent auprès de l'enfant.

Lorsque Mercure a 20 mois, Jean en assume la charge au quotidien tout comme la dimension affective (à laquelle il s'autorise à prendre du plaisir). L'enfant représente alors à la fois la réalisation de son plus grand espoir : être un père auprès de son enfant pour lui qui n'en a pas

fait l'expérience, mais aussi l'expression de sa pire crainte que celle de devoir assumer cette fonction paternelle et ne pas être à la hauteur.

Nous pensons, que le passage à l'acte de Mathilde peut être compris notamment au travers de la dynamique conjugale et familiale et de l'impasse de la communication, mettant en jeu des conflits de loyautés majeurs, ce que nous détaillerons dans nos résultats (HG4-A)

L'information à l'enfant

Au cours du premier entretien, le couple n'arrive pas à se projeter concernant la question de l'information à l'enfant. Ils vivent l'arrivée de l'enfant comme la promesse d'une résolution de leurs problèmes conjugaux et individuels. Nous comprenons que « le choix » énoncé de parler à l'enfant de sa conception n'a pas encore été élaboré : ils nous expliquent qu'ils ont bien compris que ce qu'on attendait d'eux au CECOS. Ce n'est pas un choix qu'ils se sont approprié. Mathilde se demande comment faire « *Pour ne pas être traumatisé ou se poser des questions* » soulignant ainsi l'impossible élaboration autour du don et Jean souligne « *Pour l'instant on a pas encore trop réfléchi à ça.* »

Aux 3 mois du bébé le couple dit pourtant s'interroger sur la nécessité d'informer l'enfant du don : le discours laisse entrevoir l'impasse dans laquelle il se trouve. Elle a très peur de la réaction de l'enfant et « *la crise de l'adolescence* » est évoquée comme un spectre inquiétant. Le couple ne parvient pas à se figurer un âge auquel le dire à l'enfant. Rien ne semble possible : trop tôt il ne comprendrait pas, trop tard il serait choqué. Jean met en avant leur devoir d'en parler « *parce que ça le concerne* » mais se représente l'annonce comme quelque chose de traumatique, signant une forme de rupture : « *Je pense que c'est bien de dire la vérité quoi, qu'il le sache.... même si ce sera pas forcément un plaisir etc. de savoir que je suis pas...* ».

Le couple n'a pas été en mesure d'asseoir une filiation sereine. Leur expérience de parent ne fait le lit que d'expériences douloureuses, contrairement à la représentation idéalisée qu'ils s'étaient formulés pendant la grossesse. Cette fragilité de l'alliance coparentale et des

interactions à 3 mois nous semble renforcer l'impossible travail d'élaboration autour du don et de la filiation.

Alliance familiale au LTP

L'alliance familiale de Jean, Mathilde et Mercure est de type « conflictuelle couverte ». Dans la phase du jeu à 3, on n'observe pas de coordination, chaque parent essaie de se son côté de capter l'attention du bébé. On perçoit une forme d'ennui à 3 qui contraste avec l'interaction chaleureuse de Mercure avec son papa. Mathilde est visiblement tendue derrière une apparence calme, ses tentatives d'interactions avec Mercure sont timides et ne fonctionnent pas. En revanche, l'interaction entre le bébé et son papa est très joyeuse, Mercure vocalise, rigole, bat des pieds et manifeste son plaisir à entendre les chansons de son papa. Les interférences sont nombreuses : Mathilde coupe l'interaction père-bébé, dans un désir de faire avancer les choses et de finir l'exercice plus rapidement, Jean intervient dans l'échange mère-fils en essayant de le rire. Pourtant Mercure est capable d'une triangulation adaptée et fait des invites interactives à ses deux parents. La phase 4 est respectée et le couple se tourne l'un vers l'autre, tout en détournant leur chaise de celle de Mercure. La conversation tourne autour du bébé, des horaires de repas et du trajet avec lui. Le couple se sourit mais l'interaction manque de chaleur. Pendant ce temps, Mercure observe ses parents en silence.

Apports du LTP au discours

Les résultats du LTP contrastent avec le discours des deux parents à 3 mois qui laisse entendre que Jean ne parvient pas à interagir avec son fils. Ici, Jean est à l'aise et l'interaction père-bébé est au contraire plus vivante et coordonnée, avec les invites interactives du bébé que celle de la mère. Mathilde, laisse transparaître au LTP son désir de bien faire, comme dans le discours, au dépend d'une certaine authenticité.

Couple 3 : Charlotte, Luc et Olympe

Le don et l'affiliation



Éléments d'anamnèse et synthèse chronologique

Ce couple est ensemble depuis 9 ans. Luc a 33 ans, Charlotte en a 40. 4 ans après leur rencontre alors qu'ils essaient de concevoir un enfant, ils découvrent que Luc est infertile en même temps qu'un cancer contre lequel il va suivre un traitement par chimio-thérapie. Le couple est très volubile et chaleureux.

Le 2^e entretien a lieu lorsqu'Olympe a 7 mois, le couple ayant reporté à deux reprises. L'accouchement s'est très bien passé et l'enfant est née en pleine forme.

Au 3^e entretien, pour les mêmes raisons, Olympe a 22 mois. Charlotte est de nouveau enceinte grâce à un don.

L'élaboration du couple vis-à-vis du don et/ou du donneur

L'infertilité conjugale et la mobilisation du lien narcissique

Ce couple apparaît comme soudé, non seulement du fait d'avoir traversé l'infertilité mais aussi le traitement contre le cancer de Luc et la mort de son père, la même année. Luc s'autorise à dire combien cette année-là a été difficile pour lui, Charlotte et leur couple. A l'évocation de la rupture conjugale à coté de laquelle ils sont passés, Charlotte s'effondre :

« (elle pleure) Ah je pense pour lui que c'était très dur parce que être papa c'était euh... Quelque chose de très, très important. Lui personnellement, culturellement ... Luc je l'ai connu, il s'occupait de ses neveux... excusez-moi (elle pleure). Non ça a été très dur. »

Elle évoque finalement sa souffrance à lui, comme si elle portait la douleur de son infertilité.

Le couple s'accorde pour dire que c'est pour Charlotte, que cette expérience a été « *le vrai coup de bambou* ». On perçoit la mobilisation du lien narcissique du couple qui se consolide dans une identification mutuelle à cette infertilité douloureuse, Charlotte ayant beaucoup souffert de la période d'infertilité et du regard des autres.

Charlotte est très maternelle à l'égard de Luc et pleine de sollicitude « *Tu vas bien ?* », « *Tu veux un verre d'eau ?* ». Ce surinvestissement vient faire écho à un renversement de l'agressivité en son contraire : non seulement Charlotte ne peut pas faire preuve d'agressivité vis-à-vis de son conjoint infertile mais l'agressivité est retournée dans un mouvement contre soi à travers cette identification à la douleur de l'autre. On perçoit par ailleurs qu'elle n'ose pas tout dire en sa présence.

Le pacte dénégatif

Chez ce couple, les 3 entretiens sont marqués par un flou et une confusion majeure concernant tout le discours se rapportant au don. Le couple fait comme si tout le monde était au courant, sans en avoir parlé autour d'eux. Les mécanismes de mise à distance du don et du donneur sont très présents. Le pacte dénégatif s'observe à travers les stratégies de langage qui visent à contourner la question de la conception afin de « faire comme si » la conception était naturel. Dans le même mouvement, le couple fait aussi « comme si » l'entourage était au courant, sans pourtant l'avoir dit.

Au début du premier entretien, Luc annonce : « *Je pense que tout le monde doit savoir* ». On comprend pourtant, au fur et à mesure des entretiens qu'il n'en a parlé à personne. Il s'imagine qu'une de ses sœurs le sait et en aurait parlé au reste de la fratrie.

Le discours de Luc est donc flou et on perçoit que c'est aussi l'infertilité qu'il faut taire : « *Non mais après vous savez, ça sous-entend... on se dit pas, on va pas se dire « vous savez je peux avoir d'enfants »... On se dit pas...* ». Le lapsus « je peux avoir d'enfants » laisse-entendre une sorte de dénégation de l'infertilité. En effet, son désir d'enfant est aussi un désir de fertilité. Dans les faits, il fait « comme s'il pouvait » avoir un enfant, effaçant le recours à un tiers.

La dénégation de la rupture de la filiation biologique s'observe lorsque Luc banalise la question du don et le resitue dans son histoire familiale : d'origine Africaine, il explique que pour lui : « *[...] dans la mesure où nous on a justement pas cette notion de tonton, de tata ou de ceci, cela. Nous c'est papa, ou c'est maman ou c'est grand-mère et c'est tout.* » La filiation n'a jamais été une question de lien de sang. Il met en avant le relativisme culturel des liens de filiation et m'explique : « *ça m'a aidé beaucoup à relativiser cette situation.* » Enfant, il a grandi avec une cousine qu'il a toujours considérée comme sa sœur.

Charlotte aussi en parle très peu autour d'elle : une amie a été informée, ainsi que son propre père mais là encore, le don n'est pas énoncé clairement. Elle raconte avoir dû passer par un « protocole », mot écran qui peut simplement vouloir dire avoir consulté des médecins. On comprend enfin qu'aucun membre du couple n'a informé quiconque de son entourage d'avoir eu recours à un don de spermatozoïdes.

Au cours du 2^e entretien, le discours autour du don est toujours confus. Les deux parents font des hypothèses sur qui, parmi leur entourage, est au courant sans qu'ils ne leur en ait parlé.
« *Luc : Ya ma sœur....*

Charlotte : Oui mais des fois je me demande si même ta sœur elle le sait.

Luc : Non mais ma sœur, elle le sait mais dans sa tête c'est

Charlotte : Mais je crois qu'elle l'a, qu'elle l'a ob... comment on dit ?

Luc : C'est dans son subconscient ? »

Lorsque Charlotte prend la parole pour dire à qui elle en a parlé de son côté, Luc lui coupe la parole, comme pour méta-communiquer une forme d'interdit d'en parler :

« Charlotte : *Moi euh c'est ma meilleure amie qui...*

Luc : *Je vous vole du gel désolé hein (monsieur prend de la solution hydro-alcoolique, se lave les mains.)* »

Finalement Charlotte fait le compte : elle a informé son amie et son père de l'existence d'un donneur et Luc ne l'a dit à personne. Elle explique alors que personne ne leur a posé de question et qu'ils ont profité de ce vide pour ne pas en parler.

De son côté Luc utilise les mots justes pour ne pas s'exposer à des questions : « *Voilà, c'est pour dire tellement que c'est inné, c'est ma fille et voilà. Ça me permet de pas exprimer de dire : « c'est ma fille»* ».

Les stratégies de langage sont en place pour ne pas en parler. Finalement, en parler reviendrait à remettre en cause sa paternité, là où le silence assoit sa légitimité. « *Luc : (rie) Mais c'est naturel, même pour moi je pense aussi hein !* »

La représentation du donneur pendant la grossesse

Au cours de la grossesse, Luc dit ne jamais y penser au donneur, ni en terme physique, ni de personnalité. Il s'appuie sur l'idée que c'est l'environnement qui fait la personnalité du bébé, que ce sont ses expériences qui vont le façonner, que l'acquis est plus fort que l'inné. Le donneur est mis sur la touche. Luc compte sur un phénomène mutuel d'inter-influences où sa fille va lui ressembler par mimétisme : « *les mêmes gestes, des gestes parasites comme moi, des petits airs, le même sourire...* » , favorisant sa filiation fantasmatique.

En revanche, Charlotte avoue y penser parfois : elle a des appréhensions concernant sa physionomie. Elle a croisé quelqu'un au CECOS qui ne lui a pas plu et il lui arrive de craindre que ce soit le donneur en question. On perçoit « l'étrangeté » qu'elle ressent à porter l'enfant d'un autre homme inconnu, et le dégoût, voire le rejet que cela peut générer. A travers ces angoisses de ressemblance, Charlotte témoigne de son inquiétude que son bébé ait des traits physiques évoquant la figure d'un donneur trop éloigné de ses représentations et une peur de ressentir du rejet pour lui.

Si Luc ne s'interroge pas sur la personnalité du donneur, la dimension d'altruisme et de générosité favorisée par la gratuité du don est très importante aux yeux de Charlotte. L'idéalisation d'un homme bon et généreux apparaît comme un moyen d'accepter l'étrangeté du donneur dans le cercle intime des représentations familiales. « *Mme : Moi, pour moi, le fait, ma fille est là grâce à une personne qui a des valeurs (grande émotion de Mme) et pour moi c'est hyper important. Me dire que, moi je le fais et que la personne est payée pour ça, ça me... excusez moi, ça me... (Mme pleure)* » Charlotte pleure longuement après cette évocation du donneur venant lui rappeler soudainement son parcours. L'idéalisation du donneur concourt ici au phénomène d'affiliation à l'enfant : inconsciemment personnifié, il ne peut être que « merveilleux » pour être à la fois tolérable et apprivoisable.

Au 2^e entretien, le couple ne parle jamais du don entre eux. Charlotte avoue y penser un peu. On se demande si elle s'autorise à nous dire tout ce qu'elle pense en présence de son conjoint. Luc dit y avoir pensé au tout début puis plus jamais. Il évoque sa mise à distance de la pensée lorsqu'il répète à plusieurs reprises « *on fait abstraction* ». Il s'est interrogé sur ce à quoi sa fille allait devenir, ses traits, sa personnalité, puis il a mis ces pensées de côté. Lorsqu'Olympe a 22 mois, le couple a pu évoquer le don entre eux à l'occasion de leurs démarches au CECOS pour concevoir leur 2^{ème} enfant.

Les interactions triadiques

Le surengagement paternel

Dès la grossesse, l'investissement de ce père pour ce bébé est massif et vient en compensation de la rupture de la filiation biologique. « *Mr : J'ai commencé à peindre un meuble que j'ai conçu moi-même... Enfin pas que j'ai conçu moi-même...*

Mme : Si, si, si, que t'as remasteurisé... Si, si, si c'est ton meuble ! C'est TA fille ! »

On perçoit ici la dimension réparatrice du meuble conçu lui-même comme un déplacement de la conception de l'enfant à celle symbolique du meuble : lui-même, sans l'aide de personne. La transposition symbolique prend tout son sens car il n'a pas construit le meuble, comme il se reprend à juste titre mais il l'a transformé et se l'est approprié, comme de sa paternité. Ainsi

Charlotte qui perçoit la symbolique souligne de manière très touchante le parallèle : *c'est ton meuble = c'est TA fille.*

Le choix du prénom se fait aussi dans le même registre de compensation/ affiliation à l'enfant : il n'a pas pu lui donner ses gènes mais c'est lui qui a choisi son nom, symbolique forte de la paternité que la nomination de l'enfant, c'est lui qui l'humanise pour reprendre M-R. Moro (Moro, Neuman, & Réal, 2008) et qui ancre sa fille dans le monde des vivants et dans sa famille. « *Le prénom c'est moi qui l'ai choisi, oui c'est moi, il faut le dire, c'est Olympe, Olympe, Olympe...* »

La dimension maniaque réparatrice ne nous échappe pas : à travers ce prénom, Olympe, le couple cherche à atteindre des sommets et à s'élever suite à la chute qu'a pu représenter l'infertilité.

Au cours de l'entretien à 7 mois, on perçoit l'investissement massif de ce père pour son bébé. Il se vante d'avoir été le premier à l'avoir vu et regrette de n'avoir pas pu faire de peau à peau. L'engagement se fait dans une légère rivalité vis-à-vis de la mère ou de la fonction maternelle : « *j'ai coupé le cordon, j'ai pas de peau à peau malheureusement, elle en a fait avec maman, elle en a fait avec maman...* » Notons l'utilisation du verbe « avoir » du peau à peau à la place du verbe « faire », qui renvoie inconsciemment à la castration que représente l'infertilité et à ce qui lui « manque ». (Cela étant dit, est-ce que tout père devant le pouvoir féminin de donner naissance, ne ressentirait-il pas une forme de castration symbolique ?)

A 22 mois, L'engagement de Luc auprès de sa fille est toujours aussi important. L'arrivée de la 2^e grossesse est d'ailleurs vécue avec culpabilité par ce père qui craint de faire vivre une étape difficile à sa fille avec l'arrivée du bébé. Cette culpabilité s'observe aussi dans le plaisir qu'il ne s'autorise pas à dire que l'enfant à venir soit un garçon, comme si cela risquait de présenter une forme de trahison pour sa fille.

Une mère qui prend sa place

A la naissance, Charlotte avait prévu que Luc puisse faire du peau-à-peau, dans un désir de partager sa maternité, comme pour diminuer sa toute-puissance à elle et faire de la place à son conjoint. Pourtant ça n'a pas été possible, du fait de la rapidité avec laquelle les événements se sont enchaînés.

Les éléments de paternification de Charlotte vers Luc n'apparaissent pas au premier plan. Elle précise par exemple qu'Olympe ressemble à Luc, à travers ses expressions, comme elle lui ressemble aussi. C'est une maman qui prend toute sa place de mère auprès de sa fille et qui a confiance dans le fait que Luc prend aussi la sienne.

Nous pouvons aussi observer comme un mouvement de retrait, très léger, dans la rencontre à l'enfant, comme un besoin que cet enfant-là puisse la faire mère. « *Au début je me considérais pas comme maman, je me disais « tata ». Voilà, quand je parlais de moi je disais « tata va te changer » les premiers jours... »*. Ce mouvement de retrait est alors bien vite compensé par l'adoption mutuelle mère-bébé « *On était en fusion toutes les 2 vraiment »*.

Le coparentage

Le coparentage de ce couple est « cohésif ». Les éléments d'idéalisation de l'autre dans sa fonction parentale parcourent tout le discours. On perçoit une forme de gratification mutuelle dans cette idéalisation du couple parental. Chacun prend beaucoup de plaisir à observer l'autre en interaction avec l'enfant. La naissance de leur fille leur a permis de devenir un « couple de parents » et d'accéder au statut de famille auquel ils aspiraient tous les deux. Depuis la naissance d'Olympe, ils se sont pacés, non pas dans une démarche l'un vis-à-vis de l'autre mais pour fonder une famille.

Ainsi lorsque Charlotte évoque les légères tensions qu'ils ont pu vivre au début après la naissance, Luc les minimise et les met à distance. L'idéalisation du couple est nécessaire et je perçois que c'est important pour eux de me montrer que « tout va bien ».

Lorsqu'Olympe a 7 mois, les parents s'articulent autour d'elle de façon tout à fait ajustée. Le père, comme la mère sont très engagés dans les soins à l'enfant au quotidien. Les interactions sont chaleureuses et on perçoit un réel plaisir à être à 3. Le couple se dit « *à 100% d'accord* » sur l'éducation. Ils sont d'accord sur la répartition des tâches et les effectuent avec plaisir. « *On se consulte l'un l'autre et voilà, on écoute les conseils de l'autre.* »

Au 3^e entretien apparaissent dans le discours de légers éléments de rivalité parentale au sujet d'Olympe et de la relation mère-fille qui ne remettent pas en question la chaleur familiale. Luc avoue que ça a pu être difficile pour lui « *Mr : Je sais que sa mère elle est beaucoup, elle est très câlins, voilà... Oui beaucoup maman, maman. Ca peut être frustrant sur certains points mais après... [...] 95% du temps c'est maman. »*

Lorsqu'Olympe a 22 mois, la mise à distance du père vis-à-vis du couple mère-enfant est plus manifeste, même si Luc ne verbalise pas de demande particulière pour que les choses changent. On comprend qu'il a pu souffrir de se voir exclu de cette proximité mais n'avait pas pu exprimer son souhait que les choses se fassent différemment. Il n'exprime d'ailleurs aucun reproche à sa compagne mais il est en attente, à travers la naissance du 2^e enfant, d'un rééquilibrage des rôles parentaux.

Le couple parental se trouve souvent démuni face à l'opposition que peut manifester leur fille et y répond en faisant preuve de grande souplesse et en répondant majoritairement à sa demande :

« *Mme : oui, par exemple la nourriture... Des fois, elle mange, son biberon, un yaourt et après, son plat ! Faut être ouverts ! Faut proposer des choses, faut pas se braquer. »*

Je note la récurrence de l'expression « c'est compliqué » qui apparaît à 15 reprises dans le discours des parents concernant l'interaction avec leur fille.

On retrouve dans le discours, cette crainte des émotions négatives de l'enfant et cette volonté des parents de tout faire pour empêcher l'expérience de la frustration :

« *Mr : Donc voilà on va y aller progressivement cet été. Mais progressivement, moi j'ai toujours dit progressivement, à la rigueur voilà, garder un lit parapluie à côté de nous mais mettre son lit vraiment dans la chambre. S'il y a des crises, on la ramène avec nous mais il faut qu'elle comprenne qu'elle peut dormir et s'installer dans sa chambre. »*

L'idéalisation de l'autre en tant que parent se poursuit « *Mr : Une parfaite maman. Perfect mom. Non, franchement, par rapport à ça... Ya rien à dire, je peux rien dire, je peux même pas me permettre une critique par rapport à l'éducation d'Olympe, ce serait outrancier ! »* Charlotte met en avant le fait qu'il y a beaucoup moins de disputes « *ça nous tempère beaucoup* ». Comme si l'arrivée de l'enfant nécessitait de réguler le niveau d'expression émotionnelle.

Les représentations de l'enfant

Pour ces parents, les représentations de l'enfant ne sont pas teintées d'étrangeté. Dès la grossesse, Luc s'autorise à fantasmer son bébé de différentes manières, laissant entendre une certaine souplesse dans les représentations : il peut s'attendre à un enfant différent, sans pour autant que cela vienne faire effraction. Il ne cherche pas à s'affilier physiquement à son enfant : *« Après moi s'il est blanc, ça m'aurait pas dérangé. C'est ça, moi je suis arrivé à ce niveau là où même s'il est blond, qu'il a les yeux, non ça m'aurait pas dérangé tellement je voulais... voilà avoir un petit ou une petite. »*

Les représentations de l'enfant de ce futur père apparaissent comparables à celle d'autres pères, se situant dans un double mouvement où l'enfant est à la fois susceptible de le surprendre mais où il se sent aussi capable d'en dresser les contours. C'est ce double mouvement qui nous apparaît essentiel dans un processus de paternalisation de bon aloi.

Lorsqu'Olympe a 7 mois, le donneur ne revient pas à travers les représentations de bébé, il est évacué dans l'équation des ressemblances : finalement Olympe ressemble à la fois à son père et à sa mère. Mr : *« Ben je pense qu'il y a un peu de nous deux quoi en fait.... Moi je suis tout le temps sourire et Charlotte, elle a son caractère ! »*

On comprend que l'affiliation à ce bébé ne peut pas se faire avec une évocation consciente du tiers étranger qui a participé à sa conception. L'évacuation du donneur hors des représentations du couple est nécessaire à l'affiliation.

Dans ce même mouvement, le couple s'imagine un jour raconter une histoire à leur enfant, celle d'une petite « graine » *« Mme : Une graine et du coup papa il avait pas la graine et on est allés chercher la graine et puis voilà... »* mettant à distance la figure du donneur.

Au cours du 2^{ème} entretien, l'idéalisation de l'enfant et la récupération narcissique qu'il représente pour les deux membres du couple est manifeste. *« Mme : Pour nous c'est le summum du bonheur, c'est la force, c'est... »*

Mr : C'est la quintessence, c'est l'apothéose, c'est la quintessence, c'est, c'est... le nirvana, le paroxysme, enfin, c'est le plus beau quoi, c'est ce que vous voulez, c'est Olympe. »

Leur fille symbolise une victoire comme une forme d'achèvement. Le couple répète à plusieurs reprises *« Olympe c'est la plus grande »* (en comparaison de ses cousins, des autres enfants

avec lesquels elle est gardée, etc.) mettant là encore en avant la gratification narcissique qu'elle représente.

L'évolution du couple conjugal

A plusieurs reprises, dès la grossesse et au cours des 3 entretiens, on observe un mouvement de retrait de Charlotte lorsque se présente une situation de désaccord. Luc s'oppose fermement à ce qu'elle dit, et elle ne tient pas sa position et prend finalement son parti. Il est possible que ses mouvements d'agressivité envers son conjoint ne soient pas exprimables du fait de l'infertilité de Luc (elle ne peut pas l'attaquer et le mouvement agressif est alors retourné contre elle-même par un désaveu de ce qu'elle vient de dire.) Mais il est aussi possible, dans une lecture conjugale, que ce mouvement de retrait et d'inhibition de l'agressivité se fasse au bénéfice du couple, afin d'éviter le conflit et de maintenir d'homéostasie conjugale.

L'idéalisation du couple et de la famille apparaissent comme une condition synéquaque du fonctionnement familial. On comprend que Luc, comme Charlotte n'osent pas exprimer leurs griefs de peur de fragiliser l'harmonie conjugale. Celle-ci se fait donc au prix du silence et d'une forme d'acceptation des deux membres du couple.

L'enfant au centre de l'alliance familiale

Lorsqu'Olympe a 22 mois, on observe une forme d'indifférenciation des sous-systèmes de la famille. L'enfant est comme englobée dans le sous-système parental et le sous-système famille n'a plus de frontières : tous dorment ensemble (sans que soit mis en avant un motif culturel), le couple ne voit pas d'intérêt à sortir ensemble pour faire des choses à deux, ils témoignent tous les deux d'une forme de désintérêt pour tout ce qui concerne la sphère extra-familiale. La famille est centrée sur leur fille : « Mme : *Où tout est centré autour d'elle.*

Mr : Exactement. C'est exactement ça.

Chercheuse : Dans votre vie, vous avez l'impression que tout est centré autour d'elle ?

Mr : C'est mon maximum, ça c'est sûr !

Mme : C'est sûr que c'est notre priorité !

Mr : Ma vie, elle est héliocentrique sur Olympe.

OS : Oui ?

Mr : C'est sûr mais ça me convient assez hein, franchement on est très bien. »

Une phrase résume très bien cette dynamique d'enchevêtrement des places : « *Mr : Et ne serait-ce que de se mettre dans n'importe quelle situation à la posture de l'enfant, ne serait qu'en faisant un couple parent-enfant, je trouve ça génial c'est... »*

Charlotte ne parvient pas à poser des limites et répond à toutes les demandes de sa fille. Elle semble retirer d'importants bénéfices secondaires à répondre aux demandes impérieuses de sa fille. « *Mme : Oui, oui ! Elle a beaucoup besoin. Bon, après je pense que ça vient aussi de notre manière...il faut le dire... Olympe elle dort encore dans notre chambre, elle se réveille dans la nuit, elle finit la nuit avec nous. On va devoir changer bientôt parce que bientôt maman pourra plus t'accueillir dans le lit. Et elle est beaucoup tactile. Elle n'a pas de doudou ! Pour s'endormir il faut que je reste avec elle. »*

A la fin du 3^e entretien, le couple prend conscience qu'ils partagent peu de choses ensemble et expriment alors le désir de se retrouver à 2, avant la naissance du 2^e bébé :

« Mr : Après c'est vrai qu'on se voit rarement, en coup de vent.

Mme : C'est pour ça que tout va bien ! Haha ! (rires) [...]

Mr : Après, on nous a déjà fait la remarque plusieurs fois et c'est pas bon, pour la pérennité du couple, c'est pas bon.

Mme : C'est que tu dis que tout va bien entre nous mais si on se voit jamais ! haha (rires) »

Grace à ces entretiens, il y a eu une prise de conscience que leur vie conjugale était à préserver indépendamment de la dimension familiale qu'ils entendaient donner à leur relation.

L'information à l'enfant

Au cours des 3 entretiens, le couple évoque le souhait de parler de sa conception par don à l'enfant plus tard. Pourtant au cours des 3 entretiens, le sujet est l'occasion d'un désaccord du couple. Le discours sur la conception soulève des tensions que le couple préfère mettre à distance, en maintenant le silence sur le sujet.

Pendant la grossesse, le couple n'a aucune idée de quand ni comment informer l'enfant. Luc répète à de très nombreuses reprises qu'il faut que ça se fasse « *progressivement* » et qu'ils soient « *accompagnés* », laissant entrapercevoir à la fois ses craintes et une mise à distance de la révélation. La question est remise à plus tard et peut être-même que la responsabilité de l'annonce pourrait être déléguée à quelqu'un d'autre.

La discussion prend la tournure d'une légère dispute lorsque Charlotte évoque maladroitement : « *j'ai tellement vu des ravages d'ados qui apprennent à l'adolescence que leur père n'est pas leur père !* » Luc réagit tout de suite à cette forme de lapsus témoignant des angoisses de Charlotte, ce qu'il voit comme une forme de désaveu de sa paternité. Il précise : « *c'est très important et la manière dont on va éduquer, j'espère éduquer ma fille, c'est même pas lui dire « je suis pas ton père, je suis pas ton géniteur ». C'est de lui dire « écoute je suis ton père parce qu'on t'a désiré* ».

Au 2^e entretien, le couple évoque leurs craintes de parler de la question du don devant l'enfant. Ils insistent sur la nécessité d'aller voir un spécialiste pour en parler à Olympe. Le terme « *se faire accompagner* » revient à nouveau à de nombreuses reprises dans le discours. Ils ont peur tous les deux de la manière dont l'enfant va accueillir l'information.

La discussion s'ouvre sur un nouveau désaccord conjugal car Charlotte aimerait évoquer la question avec un ou deux membres de l'entourage familial pour ne pas que leur fille sache seule ce secret plus tard. Luc, s'y oppose car il craint que leur fille soit mise à l'écart de la famille. Cette crainte fait écho à la singularité de son histoire transgénérationnelle. Luc a un frère, dont on a suspecté qu'il n'était pas le fils biologique de son père. Ce frère a été mis au banc de sa famille et malmené par des phrases blessantes. Luc vit avec la crainte que la situation se répète avec sa fille. Il est donc ouvert à ce sa fille soit informée mais refuse que l'entourage le soit.

Il s'imagine qu'elle ira voir un professionnel extérieur à la famille si elle a besoin d'en parler avec quelqu'un plus tard. Il souhaite que sa fille rencontre une personne neutre, qui ne serait pas susceptible de la blesser : « *une personne compétente, je suis désolé, on appelle pas un boucher pour résoudre des équations à 50 inconnues, un personne compétente.* » L'évocation du « boucher » ici dénote une représentation que Luc se fait de la violence potentielle de l'annonce. Le boucher étant par extension celui qui traite de la chair, de l'animal, du sauvage, du pulsionnel et donc une forme symbolique de la violence.

Charlotte, tente d'apprivoiser les craintes de son mari et mettant en avant la nécessité que l'enfant ne soit pas la seule dépositaire du secret : « *je sais plus qui nous avait dit attention, si personne est au courant, pas que elle, elle sente comme si c'était une honte, qu'il fallait que ce soit quelque chose qu'elle garde pour elle* ». Cependant, elle se ravise et ne tient pas sa position. On comprend que c'est l'alliance conjugale qui est en jeux : elle essaie de dire ce qu'elle pense mais ce qui prime c'est le lien à son conjoint « *Mais après moi, ce que dit Luc, je suis tout à fait d'accord avec lui, je l'entends, qu'il veut pas que le regard change ou qu'il y ait des choses qui... (à Luc) C'est ça hein ? Ya un peu tout...* » on perçoit que si le silence était le prix à payer pour le calme du couple, elle y consentirait...

Pourtant, Luc de son côté, se projette en tant que père de fille adolescente : « *J'ai pas envie aussi d'avoir cette situation du père égoïste, « t'as voulu me garder » ceci-cela, « t'as voulu garder un secret, moi ça me concerne aussi » Donc non, j'intègre si vous voulez. J'intègre ça à mes différents projets, je vais changer, je vais lui dire et tout ça.* » A l'entendre on se dit que lui aussi a certainement besoin que cette révélation se fasse « progressivement ».

Au cours du 3^e entretien, le couple ne souhaite pas parler du don devant leur fille avant qu'ils n'aient pu en parler d'abord ensemble. Nous nous retrouvons donc dans la situation d'en parler sans en parler : à utiliser des périphrases, des implicites et des stratégies pour éviter le sujet.

Au cours de l'entretien, Luc parle finalement de sa maladie et dit ouvertement devant sa fille qu'il n'a pas pu concevoir et qu'ils ont eu recours à un donneur. Paradoxalement, il refuse de lui en parler, craignant que ça la chamboule trop avec l'arrivée du petit frère, alors que Charlotte se sentait enfin prête.

Charlotte peut ressentir le besoin d'en parler à sa fille mais elle se tait pour ce qu'elle nomme le « *consensus* », c'est-à-dire le bénéfice du couple : « *Par exemple à un moment, moi je sentais le besoin de lui parler et toi tu étais pas prêt, enfin, on en discute et voilà on trouve un consensus et je pense que j'ai pas été frustrée parce que... voilà.* »

Le couple n'évolue donc pas en même temps, Luc cherchant toujours à éviter toute émotion négative à sa fille. Olympe a réagi très vivement à l'annonce de la grossesse de sa mère et le couple a été effrayé par sa réaction. Finalement, Charlotte accepte d'attendre les 3 ans de sa fille et avoue ses propres craintes : « *c'est vrai que c'est compliqué, après qu'est-ce qu'elle en*

*fait ? Vous voyez ce que je veux dire ? Oui, moi ça m'inquiète un petit peu quand même de ...
Voilà. »*

Alliance familiale au LTP

L'alliance familiale de Luc, Charlotte et Olympe à 7 mois est de type « **coopérative fluide** » Les interactions au cours de 4 phases sont ajustées au bébé et joyeuses. Chacun des deux parents, communique et verbalise autour des états de l'enfant. On note cependant un léger sur-engagement de la part des deux parents vis-à-vis d'Olympe qui a tendance à répondre en détournant le regard, cependant cette modalité apparaît comme le « style » de la famille. Olympe revient dans l'interaction et fait des invites interactives à ses deux parents. En phase 1, le couple co-construit le jeu autour d'une chanson qu'ils chantent à leur fille. Les transitions se font de manière souple et claires. En phase 2 et 3, Olympe est plus intéressée par le fauteuil que par les propositions parentales mais ceux-ci ne s'en inquiètent pas pour autant. Le couple parvient à prendre un temps de couple en phase 4, en laissant Olympe explorer et jouer avec la chaise. Il se dégage un fort sentiment de cohésion familiale.

L'alliance familiale à 22 mois est « **coopérative fluide** » en raison de la bonne participation de chacun dans chaque phase et la chaleur familiale dans les phases 1, 2 et 3. On perçoit toutefois une rivalité entre les parents, quelques interférences et des mouvements d'agacement de la mère vis-à-vis du père. Le partage d'affects reste néanmoins globalement positif. En phase 4, Olympe n'est pas au centre de l'interaction. Charlotte parvient à ne pas intervenir malgré les nombreuses sollicitations de sa fille vers elle. Le couple échange sur un sujet pour lequel ils sont apparemment en désaccord, et l'on peut percevoir une légère tension.

Apports du LTP au discours

Les observations du LTP corroborent le discours des parents. Le plaisir d'être à 3 est perceptible, l'ajustement à l'enfant est adapté et la chaleur transparait dans les interactions.

Couple 4 : Sonia, Khalil et Aaron

Le don et la honte



Anamnèse et éléments chronologiques

Khalil et Sonia sont en couple depuis 13 ans et ont essayé de concevoir un enfant pendant 2 ans avant de faire les démarches auprès du CECOS. Ce couple n'a parlé à « personne » de leur recours à un don. Ils semblent fonctionner en vase clos, ayant des relations

amicales et familiales très restreintes. La 2^e rencontre a lieu aux 4 mois du bébé, ayant été reportée à cause de préoccupations autour de la santé de l'enfant, celui-ci ayant eu des troubles urinaires, ayant nécessité plusieurs hospitalisations. Le 3^e entretien a lieu lorsqu'Aaron a 20 mois, ayant dû être repoussé par les parents chacun leur tour pour raisons professionnelles.

L'élaboration du couple vis-à-vis du don et/ou du donneur

L'annonce de la stérilité vient faire effraction et constituer une crise majeure chez ce couple. Cette crise semble se résoudre par une identification de Sonia à l'infertilité de Khalil, la stérilité devenant « conjugale. »

L'infertilité conjugale et la dynamique narcissique du couple

Malgré la grossesse, on perçoit que le couple est encore marqué par l'infertilité de Khalil qui dit à demi-mots les tensions qu'ils vivent encore et l'espoir que ce bébé soit porteur de la réconciliation : « *Oui ça peut aller... Ben ça peut toujours être mieux mais... Sonia : Oui c'est ça. Khalil : Non, c'est mieux ou c'est en bonne voie. »*

La préoccupation que le couple a l'un pour l'autre est sans cesse entremêlée avec leur propre souffrance intime. A l'évocation de l'infertilité de Khalil, Sonia pleure, « *c'était dur pour lui... et moi j'étais triste... j'étais triste !* » Double préoccupation pour l'autre et pour soi si complexe à vivre.

Puis dans leur parcours vient pour Sonia l'idée de l'adoption. Et Khalil préfère le don et trouve là une très intéressante formulation : « *Comme ça j'aurais toujours l'impression qu'il y a une partie de moi, si c'est elle, c'est comme si y avait une partie de moi aussi...* » Ainsi le passage par le couple, par l'investissement narcissique du couple, entité regroupant une part de chacun, permet à monsieur de penser une continuité de lui-même dans ce don.

Cet investissement narcissique du couple est aussi pour Sonia un moyen de renverser son agressivité à l'égard du conjoint dans un mouvement d'identification : ils deviennent ensemble porteurs de l'infertilité. Celle-ci devient « conjugale » et Sonia va se faire traiter chez « *notre gynécologue* ».

La dynamique narcissique vient alors comme un mouvement réparateur de l'infertilité et le silence comme la condition nécessaire à l'homéostasie conjugale.

Pendant la grossesse l'empathie de madame pour la souffrance de monsieur recrée un ciment conjugal. Elle soutient la fonction paternelle à plusieurs reprises permettant à Khalil d'évoquer la douleur résiduelle de son infertilité.

Le pacte dénégatif

Dès la grossesse, on observe une solidarité conjugale dans le silence autour du don. Aucun des deux n'en parlent, ni ensemble, ni à l'entourage. Pourtant, si pour Khalil, les mécanismes de dénégation concernant le donneur sont à l'œuvre, pour Sonia, le donneur est bien présent, même si elle minimise sa portée.

Khalil apparaît fragile dans sa paternité mais aussi en tant qu'homme, amoindri dans une infertilité honteuse, qu'il veut taire à tout prix aux yeux de ses proches et surtout au regard de son père.

Khalil, dans une forme de déni explique ne plus jamais y penser : « *Après c'est du passé pour moi il existe pas... [...] Oui, c'est ça, si j'y pense... non pour moi. Non j'y ai jamais pensé non.* » Concernant le donneur, les choses sont difficiles à penser et difficile à dire.

Sonia accepte de se taire, dans un mouvement d'empathie et d'identification à la souffrance de Khalil mais elle révèle des pensées plus habitées. Le donneur n'est pas évacué des représentations de Sonia mais on perçoit un mouvement de confusion/ identification entre son conjoint et le donneur « *Sonia : le quoi ?* ». Elle explique : « *De se dire que j'allais porter... C'est bête hein mais pas son enfant et même de me dire que ben je pouvais pas... porter son enfant ! Donc ça au départ c'était... [...] Et maintenant bah, je porte son enfant quoi !* ». On comprend que le flou psychique permet de laisser la place à la coexistence du père et du donneur en exclure aucun, évacuant ainsi la question de la rivalité.

La représentation du donneur est appréhendée à travers une forme de confusion entre les représentations affiliées au père et au donneur, tous les deux « *gentils, généreux* », comme dans une identification de Khalil au donneur et du donneur à Khalil, où l'un et l'autre se juxtaposent symboliquement dans leur transmission commune ou semblable à l'enfant : « *il sera gentil* »

Sonia s'imagine que l'enfant ressemblera physiquement à elle et psychiquement à son papa, comme une manière de penser l'affiliation père-enfant par « l'acquis », l'expérience partagée.

Ici la portée du pacte dénégatif se révèle à travers cette confusion que la mère propose entre le père et donneur, fantasmant une sorte de filiation conjointe. C'est cette confusion narcissique entre les deux membres du couple et la figure du donneur qui a valeur de réparation conjugale suite aux méandres de l'infertilité. Cependant la question du « pacte dénégatif » est l'enjeu d'une faille : Sonia respecte le silence mais énonce son souhait d'en parler très tôt à l'enfant, alors que Khalil se dit « *plutôt contre* » la révélation. L'homéostasie du couple est en danger : les tensions sont présentes.

Au cours du 2^e entretien Sonia continue à faire coexister le donneur et son conjoint dans ses représentations : « *Moi je l'ai remercié (le donneur). J'ai remercié mon conjoint parce que j'ai réalisé que sans ça j'aurais pas mon enfant, enfin, celui là ! Et lui, je l'aime profondément et de plus en plus et c'est chouette et ce serait un autre aussi donc c'est chouette.* » On perçoit une culpabilité chez Sonia à avoir eu un enfant avec le donneur ou avec un autre que son mari et la confusion/juxtaposition des identités et représentations entre le père, le donneur et l'enfant. Sonia est alors très émue. Elle avoue que si elle avait eu un enfant de son mari, cet enfant n'aurait pas été celui-là, avec toute la satisfaction qu'il lui apporte, mais « un autre ». Le donneur, rival du père et les fantasmes d'adultère affleurent la conscience.

Khalil continue à dénier le don et n'y pense plus depuis l'advenue de la grossesse. Des craintes subsistent concernant les représentations de l'enfant, qui pourraient venant trahir son infertilité honteuse.

Au cours du 3^e entretien, le donneur est investi de manière très positive par les deux membres du couple. Khalil continue à vouloir ne pas y penser mais le donneur apparaît au travers des yeux de l'enfant qu'il a très beaux, comme un héritage heureux.

Sonia continue, dans un double mouvement, à vouloir à la fois minimiser et valoriser le rôle du donneur, faisant coexister Khalil et le donneur dans la filiation fantasmatique. On perçoit cependant un très fort investissement du donneur, le mettant en rivalité avec la figure du père. Sonia qui avoue lui être reconnaissante car sans lui, elle n'aurait pas eu « cet enfant-là ». Elle fait un lapsus laissant entendre la place importante qu'elle donne au donneur dans la filiation

symbolique à son fils : « *Que papa et maman voulaient un bébé mais que heureusement il lui manquait les graines et que ben qu'un gentil monsieur il a donné les graines* »

Les interactions triadiques.

Le processus de paternification du père

Le discours de Sonia est marqué par la valorisation de Khalil en tant que père mais surtout en tant que soutien pour elle-même. Elle est porteuse du discours affectif du père concernant leur enfant. « *Il me dit toujours oh il m'a manqué ! Il m'a manqué !* » Et lui, comme s'il ne se sentait pas encore pleinement légitime en tant que père, reprend sur son rôle de mari « *Oui, je devrais le dire aussi à ma femme.* » et met en avant son couple « *on est plus heureux depuis qu'il est là* ».

Sonia le sollicite et valorise sa présence, non pas tant pour le bébé mais dans son besoin à elle d'être soutenue et maternée. Ainsi à la question « *comment décririez-vous Khalil en tant que papa ?* » Sonia répond « *Euh c'est un conjoint attentif, tendre, gentil... il est vraiment, attentionné...* ». Sonia qui se décrit comme fragilisée. Le baby-blues et les inquiétudes médicales ont concouru à un besoin qu'on prenne soin d'elle. Khalil endosse une fonction maternelle auprès de Sonia et la rassure devant ses angoisses. Sonia se dévoile très anxieuse et a tendance à se déprécier « *Je suis psychorigide !* » « *Je suis fragile* », invoquant alors son conjoint pour contre balancer la tendance : elle a donc besoin de lui afin d'assumer pleinement ses fonctions maternelles.

Khalil est effectivement très soutenant auprès de sa femme. Il évoque timidement, des anecdotes révélatrices de l'angoisse de Sonia, tout en la décrivant dans son rôle de mère comme « *presque parfaite* ». Khalil évoque avec humour les craintes de sa femme alors qu'on perçoit que cela génère des tensions au quotidien. Quelques disputes ont lieu sur « la bonne manière de faire » les choses auprès du bébé. On perçoit que ce couple ne s'autorise pas à exprimer des mouvements agressifs l'un envers l'autre.

Paradoxalement, Sonia empêche malgré elle l'accès de Khalil à son bébé. Ce père est mis à distance des soins autour de l'enfant : elle est omniprésente auprès du bébé et s'occupe à la fois

de l'allaitement, du bain, du coucher. Aaron dort avec elle dans son couffin sur le lit conjugal, Khalil depuis la naissance dort dans le salon.

Pourtant, Sonia valorise énormément Khalil, non seulement pour palier la vulnérabilité narcissique de l'infertilité et favoriser la « paternification » de cet homme mais on perçoit aussi qu'il est essentiel pour elle que Khalil prenne sa place, pour donner du poids à l'héritage du père et ne pas être la seule à porter toute la responsabilité de la transmission/filiation fantasmatique. Son discours est en effet jalonné de ses craintes de transmettre son anxiété ou des pans négatifs de sa personnalité comme si être la seule à être le parent génétique était un poids trop lourd à porter.

L'engagement paternel

Lorsque l'enfant a 3 mois, ce père a du mal à prendre une place affirmée même s'il éprouve un réel plaisir à être présent auprès de son bébé. Sonia s'occupe pleinement de leur fils et Khalil ne se sent pas très à l'aise auprès de lui. C'est Sonia qui « sait faire » et Khalil se met plus volontiers en retrait. On ne retrouve donc pas une grande implication du père dans le discours : il reste discret, se s'autorisant pas à se positionner comme un père actif, il remplit sa tâche de mari.

Khalil ne semble pas compenser la honte que représente l'infertilité par une surcompensation auprès de l'enfant. Au contraire, la honte est encore bien présente et Khalil souhaite donc garder le silence autour de la conception de son fils, de peur que sa famille ne l'apprenne.

En revanche, il est possible que le déni, voire l'oubli du donneur puisse avoir une valeur d'affiliation en évacuant ainsi la question du tiers rival. Khalil explique : « *Pour moi c'est mon fils et euh... et voilà c'est dans un coin de ma tête mais vraiment loin, loin, loin. Je l'aurais toujours dans un coin de ma tête mais vraiment loin, loin. Dans une boîte !* »

Il souligne néanmoins que lorsqu'un trait de son bébé ne ressemble pas à Sonia, il pense au donneur, trahissant alors une forme de vulnérabilité. Le donneur est associé au « père » biologique.

« *Khalil : Après je me dis où y a des ressemblances qui sont pas de la mère un peu, qui sont forcément de son père ! Biologique...*

Sonia : Non mais moi je, c'est pas son père hein... je t'arrête tout de suite !

Khalil : oui je sais oui ! Mais...

Sonia : C'est pas son père. C'est notre donneur. C'est notre donneur !

Khalil : Oui mais...

Sonia : Un donneur oui. C'est même pas le père biologique, c'est un donneur. »

C'est Sonia qui soutient avec énergie la fonction paternelle de Khalil. Dans le discours, un glissement du *Notre* à *Un*, permet de mettre plus à distance la figure du donneur. Après ce soutien de sa femme, Khalil énonce que lui aussi a eu des bronchiolites enfant, comme son fils vient d'en avoir une. Madame renchérit en soulignant qu'ils ont les mêmes orteils. L'affiliation est à l'œuvre.

Le coparentage

Lorsqu'Aaron a 4 mois, Sonia témoigne d'une hypervigilance à son bébé, voire d'une confusion entre elle et lui où l'un et l'autre ne font qu'un, dans une fusion propice au développement de son petit. Cette période de préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1945) est potentialisée par les angoisses post-natales « *Je sais que, je sais que pour le protéger il faut l'allaiter donc oui il est pas tombé malade mais on est tombé dans, un peu dans l'extrême après puisque bon. Mais c'était moi, c'était pas lui, c'était pas lui qui était... c'était moi qui étais... Pour pas qu'il tombe malade.* » Sonia exprime aussi son désir « *Qu'on s'occupe de moi oui ! (rires)* » dans un mouvement de régression et d'identification au bébé. Sonia se dévoile néanmoins dans une maternité anxieuse, dans une grande proximité à son bébé, anxiété potentialisée par les préoccupations autour de la santé du bébé dans les premiers mois, laissant ouverte la question d'une potentielle intervention chirurgicale.

Sonia « compense » la perception de vulnérabilité de son nourrisson en le suralimentant : elle reconnaît qu'elle le met constamment au sein, comme une manière aussi de s'apaiser elle. L'angoisse que leur fils tombe malade est omniprésente et partagée par Khalil. Elle occupe l'essentiel de leurs échanges au quotidien. La répartition des tâches est donc très déséquilibrée en faveur de la mère mais cette modalité interactive a l'air de convenir aux deux.

Le coparentage nous apparaît « cohésif » et empreint de chaleur affective malgré les angoisses maternelles. Sonia est par ailleurs volubile, joyeuse, dynamique et dans une

interaction très tendre avec son fils. Khalil ne témoigne pas du désir d'en faire plus auprès de son fils, on n'observe pas de surengagement du père de son rôle de père. Cependant, bien qu'il ne soit pas très à l'aise dans les soins précoces et le maternage, il porte un regard très tendre et chaleureux vis-à-vis de son fils. On peut aussi se demander si l'origine culturelle magrébine de cette famille n'influence pas non plus le coparentage dans un partage des tâches plus volontiers en faveur de la mère, et si c'est pas non plus un facteur favorisant la crainte de ce père d'être stigmatisé par ses proches.

A 20 mois, la répartition des tâches dans le coparentage est plus équilibrée et les parents « font équipe » pour s'occuper d'Aaron au quotidien. Khalil s'en occupe tous les après-midis et Sonia, le matin, Aaron étant toujours gardé par eux à la maison. L'hypervigilance et l'hyperpréoccupation de Sonia autour de la santé de l'enfant est toujours présente. L'enfant dort toujours avec elle mais cette fois-ci dans son lit, Sonia préférant cette proximité rassurante pour eux deux plutôt qu'une séparation qui générerait des cris et de l'angoisse pour son fils et les empêcherait tous de dormir. Aaron ne parvient pas à s'endormir seul, il s'endort au sein, se réveille la nuit.

Néanmoins, Khalil est devenu très actif dans les interactions auprès de l'enfant et on perçoit une vraie chaleur dans la relation père-fils. Le positionnement de Khalil a évolué : on le sent apaisé, son visage est heureux, il se montre très attentif et touché par son enfant. Il parle avec fierté et tendresse de son fils. Khalil joue toujours ce rôle de soutien bienveillant pour sa femme « *Khalil : Euh bah elle fait son maximum... elle fait beaucoup peut être des fois un peu trop, elle fait... trop protectrice, à la fois, ça se comprend avec toutes ces hospitalisations, c'est notre premier... mais y a des fois elle devrait relâcher un peu, elle y arrive pas.* »

L'évolution du couple conjugal

L'enfant au centre

Le 3^e entretien à 20 mois témoigne d'un très fort investissement du couple parental au détriment du couple conjugal. Chacun s'alterne auprès du bébé mais ne sont finalement jamais tous les deux, très rarement tous les 3. Le bébé, toujours allaité, dort encore avec sa mère, et monsieur dort dans le salon, n'ayant pas pu regagner le lit conjugal. Dans le discours l'enfant est donc au centre de la vie de ces parents.

On perçoit que la situation génère des tensions conjugales : « *Sonia : Ben je vais m'énerver d'avantage sur lui [son mari], je vais être moins, moins patiente. Parce que toute la patience je l'ai accordée à Aaron du coup lui je vais être beaucoup moins patiente.* » Khalil est dans une position masochique et accepte tout de sa femme et de son fils, comme s'il payait ainsi la dette de son infertilité. Dans le discours, Khalil n'émet aucune critique de la relation mère-fils ni de plainte de passer au second plan (il dort seul sur le canapé du salon). Il dit même que ça lui convient « *Oh ça me gêne pas moi.* »

Pendant l'entretien, Sonia communique énormément avec Aaron parfois au détriment de la communication avec Khalil : elle lui coupe la parole et n'écoute pas ce qu'il dit. On perçoit que l'interaction mère-fils se fait encore au détriment de l'interaction mari et femme. Pourtant Khalil a gagné en solidité face à sa paternité, et il semble compenser le manque de relations conjugales par les bénéfices qu'il trouve dans sa relation à son fils. Son discours sur la paternité a d'ailleurs évolué, laissant moins de place à la dimension biologique dans la filiation : « *Dans une famille y en a qui sont très différents hein. Avec le même père donc ça veut pas forcément dire grand-chose.* »

C'est finalement l'enfant qui décide des modalités interactives familiales et les parents qui s'adaptent à son désir à lui. Les parents n'osent pas frustrer leur enfant, c'est à lui de « décider », le mettant dans une position d'adulte « sachant » déjà ce qui est bon pour lui, comme une manière de déléguer la responsabilité à l'enfant et d'éviter toute forme de conflit. Ainsi Sonia, concernant l'allaitement nous explique : « *L'idéal mais je sais pas si ça se passera, ce serait que lui s'arrête quoi [...] si c'est pas Aaron qui va arrêter je pense que ça sera au maximum.* » De la même manière, elle souhaiterait qu'Aaron décide de lui-même de dormir dans son propre lit. Les parents se confortent dans une position de passivité devant ce qu'impose leur enfant « *Khalil : On a pas le choix. (Sonia rit)* »

Alors qu'on parle de l'éventualité d'un 2^{ème} enfant, Sonia dit à Aaron « *Comme ça je te lâcherais la grappe au moins !* », il renverse alors une bouteille d'eau, ramenant toute l'attention à lui et nous faisant comprendre l'impasse dans laquelle se trouve la dynamique familiale.

A l'issue du 3^e entretien, Sonia évoque cependant son souhait de confier Aaron de manière régulière et reprendre un peu de temps pour elle. Elle s'est d'ailleurs engagée professionnellement et se représente que ses absences vont pouvoir aider son fils à dormir sans elle. La dynamique de l'enfant au centre du couple en revanche, nous apparaît bien ancrée pour ce couple qui se révèle finalement plus épanoui dans leur fonction parentale et ne témoigne pas du souhait ni du manque d'une dynamique plus centrée sur le couple.

Les représentations de l'enfant

Les représentations de l'enfant sont joyeuses et positives et ne sont pas teintées d'étrangeté.

En revanche, les angoisses de séparations, partagées par Sonia et Khalil apparaissent au premier plan. On observe une évocation d'étrangeté au travers du surnom de l'enfant « patate » dont le couple ne parvient pas à s'expliquer d'où il vient et pourquoi ils le nomment comme cela. On perçoit alors un parallèle inconscient mais manifeste entre ce surnom et le don/ le donneur. Ainsi Sonia nous raconte : *« j'ai beaucoup de remarques sur ça. Sur « Patate ». J'interroge « : Oui ? C'est pas commun. On vous demande certainement. Sonia : Oui, mais on me, on me limite, fait des reproches... On me dit que, ben qu'il va, qu'il nous reprochera plus tard peut être. »* Ce surnom apparaît comme une valeur symbolique faisant écho au don, à la fois dans sa valeur étrange mais aussi dans les craintes que peuvent représenter l'avenir et les reproches que pourrait leur faire leur enfant d'avoir eu recours au don.

Le couple fonctionne à 3 avec une perception assez anxiogène des tiers qui gravitent autour de l'enfant. Le couple se représente les tiers de manière anxiogène, de telle sorte qu'ils pourraient transmettre une forme de crainte diffuse à leur enfant. Cette crainte autour du tiers se retrouve en effet dans ce qu'ils projettent des relations de leur enfant : *« Khalil : On a peur qu'il se laisse trop faire quoi. »* ou *« Sonia : j'ai l'impression qu'il est trop gentil »* Cependant, cette évocation de « trop gentil » nous renvoie aussi à une identification au père, qui est aussi décrit comme « très gentil » et dont on perçoit la position masochique et passive dans la dynamique familiale.

L'information à l'enfant

Au cours de la grossesse, le couple n'évoque pas le don entre eux, ni avec les proches, ils n'en ont parlé à « personne ». Khalil peut dire « *Je suis un peu fermé sur ça* » ou « *Pour moi c'est que du négatif.* » Sonia dit d'emblée avoir accepté « *temporairement* » le silence sur la conception. Elle perçoit la honte que ressent son conjoint et cherche à le protéger, elle aussi. Elle participe au pacte dénégatif, dans l'optique de ne pas créer de conflit dans son couple, tout en ayant une démarche active pour faire lever le silence, en témoigne leur participation à cette recherche.

On perçoit qu'il est difficile pour ce couple d'élaborer autour du conflit, Khalil reste en position de vulnérabilité et se ferme plutôt que d'exprimer ce qu'il ressent, ce qui a pu générer de réelles tensions conjugales avant la grossesse. Sonia cherche pourtant un accompagnement pour pouvoir en parler plus tard.

Lorsque l'enfant a 4 mois, le couple ne s'est pas accordé concernant l'information à l'enfant. Khalil laisse entendre qu'il aimerait se rallier au choix de sa femme d'en parler mais que pour l'instant le discours sur la conception le ramène encore à son infertilité trop douloureuse. Ainsi Sonia se tait à l'extérieur, en identification et par respect de la souffrance de Khalil. « *Sonia : Je pense que pour lui (Khalil), ça lui enlève quelque chose... ça a été difficile déjà de découvrir qu'il pouvait pas avoir d'enfant alors ça lui enlève une deuxième fois... quelque chose oui...* » Khalil évoque la honte qu'il ressentirait si sa famille était au courant de son infertilité, la crainte de les décevoir et de leur enlever cette joie que représente cette filiation pour ses propres parents.

Au cours du 3^e entretien, le couple n'est toujours pas d'accord sur la question. Sonia en souffre et souhaite démarrer un suivi conjugal pour les aider à traverser cette impasse. Elle explique que de ne rien dire est intolérable pour elle. Cela fait écho au décès de sa mère dans son enfance et au fait que sa petite sœur a appris tardivement que leur mère était en fait leur belle-mère. Sonia, étant plus grande, le savait et avait été placée dans une position de témoin difficilement tenable.

Sonia témoigne d'une culpabilité à transmettre seule des éléments négatifs de son identité : « *Je me dis que déjà on, j'ai peur de lui transmettre mes inquiétudes et mon stress et je veux dire,*

ça en plus [le secret], ça hors de question ! ». Pour Sonia, le dire à l'enfant permettrait de rétablir une forme d'équilibre dans la transmission. Maman est angoissée, papa est stérile : le couple parental serait ancré dans une forme d'équité. Sonia n'évoque d'ailleurs plus la nécessité d'en parler à ses proches, à sa famille à elle mais juste à l'enfant, allégeant alors le poids de la révélation.

Même si le discours sur la conception est encore l'occasion d'un désaccord pour ce couple, les choses peuvent être verbalisées, le couple vient en entretien comme pour avancer sur la question et échanger. Khalil verbalise de manière beaucoup plus explicite ses craintes et son discours sur les enjeux de son infertilité sur sa famille est bien plus réfléchi qu'au cours des deux premières rencontres. L'élaboration autour du don et de ce que Khalil peut ressentir vis-à-vis de son infertilité nous apparaît beaucoup plus poussée qu'aux 4 mois du bébé, même s'il ne parvient pas se détacher d'une représentation négative de lui-même, il est cependant nettement plus confiant dans son rôle et sa place de père.

Alliance familiale au LTP

Au LTP à 3 mois, Sonia, Khalil et Aaron ont une alliance de type « **conflictuelle couverte** » qui s'observe à travers une difficulté à respecter les rôles de chacun pour les parents avec un sur-engagement de chaque parent auprès de l'enfant. De manière couverte, on observe une forme de compétition des parents pour attirer l'attention de l'enfant. Khalil, comme Sonia, interfèrent souvent dans le jeu de l'autre avec Aaron. Néanmoins, le couple parvient à co-construire un jeu et l'enfant interagit de manière positive avec ses deux parents : le partage d'affects est bien présent. On observe un phénomène **d'enfant au centre**. Le couple « oublie » la partie 4 où ils sont censés ne pas interagir avec l'enfant, au lieu de quoi, le jeu avec leur fils se poursuit. Le couple interagit peu entre eux et la communication est principalement adressée à l'enfant. On ne perçoit pas cependant de tensions entre eux. Lorsqu'Aaron commence à chouiner un peu, madame le prend très rapidement dans ses bras, comme si elle anticipait qu'il puisse être mal, avant même qu'il ne le manifeste « *Oui, ça, y est, on va s'arrêter, tu as été très sage. C'est fini, c'est fini, on y va* » L'oubli de l'étape de couple ainsi que la grande sensibilité aux manifestations négatives du bébé sont révélateurs de ce phénomène « d'enfant au centre » de l'alliance familiale.

A 18 mois, l'alliance familiale de Sonia, Khalil et Aaron est « **coopérative fluide** », les interactions sont adaptées et joyeuses. Khalil prend moins de place que Sonia auprès de leur enfant mais on perçoit que cela lui convient. Le jeu de chacun des parents est attentif à l'enfant et l'enfant a des réponses adaptées à son âge, il est dans le langage et le jeu symbolique. Cependant, il est important de donner une teinte plus nuancée à ce tableau car on observe aussi des éléments de désengagement des deux parents et un phénomène « **d'enfant au centre** » très caractéristique. En phase 1, 2 et 3, les deux parents se lèvent et vont chercher les jouets qu'Aaron jette au sol, ce qui donne le sentiment que les deux parents chacun leur tour, tournent autour de leur enfant et que c'est l'enfant, bien assis sur sa chaise, qui organise la danse de ses parents. Les parents ne fixent pas de limites à Khalil et cherchent à lui éviter tout motif de désagrément. Tout ce qu'il fait et propose même lorsqu'il jette les jouets à travers la pièce, est accueilli avec enthousiasme. On n'observe aucun mouvement d'agacement des parents. Ils disent chacun à Aaron : « Allez, va chercher ! » mais dans le même mouvement, se lèvent et y vont eux-mêmes, ne laissant pas l'opportunité à l'enfant de le faire. Le couple ne parvient pas à réaliser la phase IV de temps en couple qui se transforme en jeu à 3. Au sortir du jeu, ils nous diront qu'ils ont à nouveau « oublié » cette étape.

Apports du LTP au discours

Ces deux LTP montrent combien la dynamique « d'enfant au centre » est manifeste. L'enfant ici prend une position de rival du père auprès de la mère (rappelons qu'il dort dans son lit et qu'Khalil dort dans le salon), sans pour autant que ne soit ressenti une quelconque gêne ou distance dans les interactions. Les interactions sont joyeuses, dynamiques et empreintes d'une vraie chaleur familiale, malgré les tensions conjugales qui ne transparaissent pas dans les interactions auprès de l'enfant.

Couple 5 : Aurélie, Arnaud et Jeanne

Le don, la liberté et l'entrave



Anamnèse et éléments chronologiques

Aurélie et Arnaud sont mariés et ensemble depuis 8 ans. Ils ont de nombreux amis et ont de bonnes relations avec leurs familles respectives. Le couple se présente comme un couple complémentaire. Là où Aurélie, plus anxieuse, s'appuie sur son mari pour l'aider à relativiser et à prendre de la distance, Arnaud bénéficie de la rigueur de sa femme dans l'organisation du ménage. Au fil des entretiens, ce qui au cours de la grossesse est une force, devient une difficulté lorsque l'enfant a 18 mois : le couple s'oppose et les tensions sont nombreuses.

L'élaboration du couple vis-à-vis du don ou du donneur

La dénégation de l'infertilité

Ce couple une fois la grossesse advenue semble vivre la question de l'infertilité comme un non-événement, un détail médical qui ne les a pas affectés. On observe un pacte dénégatif concernant l'infertilité et son impact émotionnel. Chacun s'y prend cependant de manière différente.

Arnaud met à distance ses affects dans un fonctionnement opératoire. Il pourra dire concernant son infertilité « *C'était un fait, moi je suis très simple dans ma tête, euh c'était comme ça. Après c'est vrai qu'on y pense beaucoup les premiers jours, faut le temps d'encaisser la chose, mais il n'y a pas de malheur particulier.* » ou encore « *Pour moi c'est vraiment une réalité technique, médicale. Il n'y a pas à être plus ou moins malheureux d'être gaucher ou d'être droitier.* » Arnaud ne pense jamais au donneur « *Mais alors absolument pas...* »

Le déni fonctionne comme une annulation. A l'entendre, on imagine presque qu'être infertile n'a aucune conséquence sur sa vie, effaçant ainsi l'atteinte narcissique que cela représente pourtant. Alors qu'il perçoit mon étonnement, il explique que sa réaction a déjà interrogé son entourage, de la même manière qu'il avait considéré comme un non-événement le cancer de sa mère, au risque de blesser ses parents. Ce déni concernant l'impact émotionnel de son infertilité a permis au couple et à Aurélie d'envisager la suite de manière positive. « *Aurélie : C'est vrai que ça m'a aidé à relativiser* »

Pour Aurélie, la question du don, plutôt que d'être déniée, est transformée en une opportunité positive qui viendrait la libérer d'un schéma de reproduction familial. Sublimant la souffrance, la faille de l'infertilité devient une force. Le don est l'occasion d'une rupture avec son héritage familial. Elle dit à de nombreuses reprises les craintes qu'elle a de ressembler à sa propre mère ; le don vient donc barrer la transmission traumatique. Après la naissance de leur fille, elle verbalise fréquemment sa volonté de ne pas faire de projections sur elle, comme une manière de ne pas l'enfermer dans sa lignée. C'est une des seules parmi les couples IAD qui fait référence spontanément au don et de manière favorable.

L'infertilité conjugale et la nécessaire dynamique narcissique

L'infertilité d'Arnaud est vécue de manière conjugale par ce couple : c'est Aurélie qui endosse la souffrance de son conjoint. A l'annonce, Arnaud s'interroge : « *Je me suis demandé comment j'allais le dire à ma femme surtout.* », comme si cette question ne le concernait pas tant lui, mais la concernait elle, qui pourra dire l'injustice de devoir, par la suite, subir les traitements dans son corps.

Aurélie, dans une identification à son mari, se défend elle aussi de la portée traumatique de l'infertilité. Elle la transforme, dans une rationalisation a posteriori, en un évènement quasiment attendu : « *dans mon inconscient de petite fille je m'étais toujours dit qu'un jour j'adopterais un enfant donc du coup c'est quelque chose qui m'angoissait pas du tout.* » Elle raconte avoir pris l'évènement « comme son mari », de manière non-dramatique, grâce à la manière dont il a réagi, allant dans le sens d'une expérience commune et partagée ce qui contraste avec ce qu'elle nous révèle de ses émotions.

On observe une confusion dans le discours entre elle et son mari, comme dans une mobilisation du lien nécessairement narcissique : c'est le couple qui devient infertile. « *Aurélie (à son mari) : Ben t'étais très surprise, tu étais très, très surpris.* » Aurélie dit « on » si souvent que je l'en interroge : « *Vous dites « on » vous y êtes allés ensemble ? Aurélie : Non. Non. J'aurais bien aimé ! (rit)* ».

Arnaud peut lui aussi s'identifier à sa femme à travers l'importance qu'il confère à la grossesse pour se sentir père. C'est donc lui qui refuse l'adoption afin « *d'avoir les fondements* » et de vivre la grossesse, comme si celle-ci venait faire illusion et équivaloir, dans un mécanisme de déplacement, à l'origine génétique. On peut comprendre que cette identification permet à Arnaud d'ancrer sa filiation grâce à cette grossesse qui lui permet d'être, contrairement à l'adoption, biologiquement père.

Il explique que par ailleurs, il « *donne son sang* » et fait donc partie de la communauté des donneurs en général, comme une manière inconsciente de se substituer à la place du donneur. On perçoit aussi chez Arnaud, une identification du donneur en son contraire : être donneur ou receveur devient presque pareil : il aurait pu être un donneur, si les choses avaient été autrement. « *Arnaud : moi je m'étais toujours vu donneur de sperme plus tard!* » En s'identifiant au donneur, il le devient en partie. La filiation affective ne vient donc pas

compenser la filiation génétique mais a valeur du même : la filiation affective devient génétique.

On perçoit que le pacte dénégatif a une valeur importante dans l'économie psychique de ce couple : il s'agit ici, de transformer l'infertilité en une force et de faire comme si l'infertilité n'avait pas de prise sur eux, sans pour autant paradoxalement effacer la question du don. Le pacte dénégatif nous apparaît alors nécessaire et fondateur de l'ancrage du lien de filiation symbolique.

Les interactions triadiques à 3 mois et 18 mois

Le processus de paternification du père par la mère

Le processus de paternification du père par la mère est à l'œuvre : Aurélie cherche à valoriser Arnaud dans son rôle et ses compétences de père. Elle met énormément en avant la fonction rassurante qu'il occupe vis-à-vis d'elle, notamment au cours de l'accouchement qu'elle a vécu difficilement : « *C'est vachement impressionnant qu'il n'ait pas paniqué parce que c'est vrai que, s'il avait paniqué... Donc du coup ça m'a rassurée parce que moi je me disais « bon Arnaud il a l'air d'être calme » (Aurélie rit) ».*

Elle détaille tout ce que fait Arnaud avec sa fille et valorise sa place de père. « *Aurélie : (s'adressant à Arnaud) Quand tu es là, t'es vraiment là, tu fais tout..., tous les soins tout ça, tu fais tout, plus que les autres pères que je peux connaître. »*

Deux éléments viennent cependant freiner le processus de paternification de ce père :

Malgré son désir d'être présent, Arnaud se met en retrait dans les interactions et passe peu de temps avec sa fille, ce qui génère une tension pour le couple. L'importance qu'Aurélie confère au donneur dans son discours, peut aussi être vécu comme un discrédit de la part de ce papa.

Par ailleurs, pour Aurélie, le donneur est personnifié et perçu de manière très idéalisée « *J'ai tendance à le surestimer en fait. C'est un peu superman ! Alors que je pense qu'en fait dans la vie c'est quelqu'un de très normal et il faut le remettre aussi à sa juste place, hein, c'est pas un super héros non plus mais j'ai l'impression que tout ce que fait Jeanne de bien, c'est, y*

a une part de mystère... On ne saura jamais trop. » Aurélie a pu imaginer de manière consciente ou préconsciente, avoir un enfant avec un autre homme magnifié. « *C'est vrai qu'il faudra quand même que j'arrive à calmer un peu ces fantasmes. (rires)* » Le terme « fantasme » vient par ailleurs donner une connotation sexuelle et est évocateur d'un désir inconscient.

On comprend que ce fantasme a pour but de rendre acceptable le fait de porter l'enfant « d'un inconnu », tout comme il permet à Aurélie de rêver une transmission mystérieuse, salvatrice, en opposition à la sienne propre. J'interroge : « *Comme si ce qu'elle faisait de bien, [leur fille] ça ne pouvait pas venir de vous ? Aurélie : Oui, un peu, ça me déculpabilise. C'est peut-être pour ça que je suis détendue j'ai l'impression que... Mais je pense qu'elle va forcément prendre énormément de moi et d'Arnaud.* » L'autre conséquence est d'opposer un rival à Arnaud dans sa paternité.

La distance affective du père

Ainsi, le discours d'Arnaud à 3 mois n'est pas marqué par un surengagement de son rôle de père, au contraire il semble « feindre » l'indifférence et met à distance toute émergence émotionnelle « *Arnaud : Ils m'ont fait couper le cordon. Ça leur faisait plaisir.* ». L'émotion autour de la naissance est mise à distance, comme en défense contre la honte qu'a pu générer l'infertilité.

Arnaud, loin d'être indifférent, investit pourtant la fonction paternelle dans cette position de force rassurante qu'il endosse avec sa femme : « *Moi j'étais plus... bien faire les choses pour que ça se passe bien.* », au détriment de l'expression de ses propres émotions. Arnaud apparaît placide, insensible mais aussi invulnérable, il devient le « super héros » fantasmé par sa femme et prend la place symbolique du donneur : invulnérable, il devient père. Arnaud se retrouve dans sa fonction de catalyseur émotionnel pour sa femme : il ne dénigre pas ce qu'elle ressent mais tente de ramener régulièrement le degré d'émotion au niveau zéro. « *Aurélie : Arnaud me disait, ils sont pas vraiment inquiets donc du coup, j'étais pas vraiment inquiète. Arnaud : T'étais pas inquiète du tout.* »

C'est donc en tant que protecteur qu'il se positionne, pour elle, comme pour sa fille et c'est à travers les angoisses de mort qu'il a pu ressentir à la naissance, qu'on perçoit son lien intense à son enfant. Il ne quitte pas sa fille des yeux, jusqu'à ce « *qu'elle soit identifiée, qu'elle porte son nom, qu'on puisse pas la confondre.* » comme s'il craignait de la perdre : il fallait

entériner sa paternité. Ces angoisses font aussi écho à la fragilité subjective du lien de filiation qui le lie à sa fille.

Il parle souvent de « *notre enfant* », pour désigner leur enfant, leur expérience et on s'interroge sur la nécessaire présence fantasmatique de sa femme pour être père car il ne dit jamais « ma fille ». Arnaud s'affilie par l'intermédiaire de sa femme, comme si sa présence étayait sa paternité « *On joue le jeu* » ou encore « *Oui et puis elle nous ressemblera beaucoup, enfin les mimiques les expressions du visage* »

La culpabilité maternelle

Les manifestations de la culpabilité maternelle sont nombreuses et doivent être entendues sous plusieurs aspects. Aurélie évoque principalement sa culpabilité à être la seule susceptible de transmettre quelque chose de néfaste à sa fille. Dans un mouvement d'identification à son conjoint infertile, elle se dit alors soulagée de cette transmission barrée, comme si l'infertilité de son mari était la sienne, annulant son propre héritage génétique à leur enfant. L'importance qu'elle confère à la figure du donneur a ici pour but de libérer l'enfant d'une filiation négative dont elle serait finalement seule responsable. « *C'est plus simple que de se dire « tout est de ma faute ! » Aurélie explique « Du coup j'ai moins de préjugés, du fait du don, j'ai moins d'idées préconçues sur Jeanne, ce que j'aurais pu avoir sans avoir recours à un don. Je crois que je suis plus ouverte en fait. Je considère que c'est un point positif. »*

Le coparentage

Dès la grossesse, je suis interpellée par la facilité de ce couple à se formuler des critiques en notre présence. Est-ce un signe d'ouverture du couple et d'une communication plus souple ou au contraire, un signe de vulnérabilité ? Le couple d'Arnaud et d'Aurélie n'est pas dans l'idéalisation du conjoint dans sa fonction parentale, contrairement aux autres couples. Arnaud se l'imagine Aurélie comme une maman « *Certainement un peu pénible* ». Aurélie décrit Arnaud comme « *old school* », certainement trop strict, ayant eu lui une éducation très laxiste. Finalement, on comprend que chacun veut faire l'inverse de ce qu'il a reçu dans sa famille d'origine. Au cours de la grossesse, les petites critiques sont accueillies par l'autre avec ouverture, chacun semble conscient de ses « défauts ». Toutefois, ce couple ne partage pas de

représentations positives de l'autre en tant que parent. Aurélie formule une crainte que le couple soit en difficulté suite à la naissance, évoquant ceux de leurs amis qui ont divorcé « *Et y a des choses qui peuvent remonter aussi à la naissance de l'enfant, des choses inconscientes...* »

Lorsque Jeanne a 3 mois, le coparentage est « cohésif », malgré le déséquilibre dans les soins au bébé. Arnaud travaille toujours beaucoup, bien qu'il ait réduit ses horaires depuis la naissance de leur fille. Il voit très peu leur fille, source d'une frustration pour lui. Il « se rattrape » les week-ends, lui prépare ses purées et l'emmène au marché. Lorsqu'il est présent l'interaction avec sa fille est de qualité et Aurélie souligne qu'il fait beaucoup de choses avec elle.

On comprend néanmoins qu'Aurélie se trouve souvent seule avec leur fille, comme le laisse entendre ce lapsus : « *Aurélie : Moi j'ai l'impression que je te laisse souvent toute seule-, tout seul avec elle.* »

Aux 18 mois du bébé, le coparentage de ce couple devient toutefois « non-cohésif » pour de multiples raisons. Aurélie qui s'occupe principalement de leur fille dans toutes les tâches du quotidien et formule une plainte récurrente à l'égard de son mari. Elle se sent seule à assumer le rôle de parent et elle en souffre. L'interaction mère-fille est ajustée et les soins, comme les moments de jeu se font avec plaisir mais le discours de la mère est principalement centré sur les reproches qu'elle adresse à son mari concernant son absence : « *Même quand tu es là, tu n'es pas là.* » Lorsque Jeanne a eu 7 mois, Arnaud a vécu une « crise » professionnelle nécessitant une présence accrue au travail. Pendant un mois, il travaille constamment, voyant à peine sa femme et plus du tout sa fille. Depuis, il essaie d'en faire le maximum mais reste très pris par son travail.

On perçoit une forme d'interaction anxieuse entre Arnaud et sa fille : il ne parvient pas à être seul avec elle, leurs activités père-fille se réduisent au fur et à mesure. Comme exemple, le marché Bio étant trop loin, il préfère ne plus l'emmener au marché et ne plus faire de purées « aux pesticides » plutôt que de maintenir malgré tout cette activité commune. Il ne parvient pas à être à la hauteur de ses propres exigences. L'idéal du moi étant inatteignable, Arnaud s'emmure dans une forme de retrait. De la même manière, il souhaite partir avec elle en vacances, plutôt que de la confier, pour passer du temps ensemble mais n'y parvient pas, déléguant les tâches aux amies de sa femme en son absence.

Le couple est en conflit concernant le coparentage autour de l'enfant, des paroles dures et des reproches sont verbalisés. Aucun des membres du couple ne se sent soutenu auprès de l'enfant.

L'évolution du couple conjugal

Aux 18 mois de leur enfant, ce couple est en souffrance et demande de l'aide. Aurélie reproche à son mari de ne rien dire de ce qu'il ressent et se sent seule face à leur fille. Ce silence est l'objet de multiples interprétations d'Aurélie qui y perçoit une vulnérabilité en lien avec l'infertilité et le parcours de don. Arnaud ne comprend pas les griefs de sa femme alors qu'il a le sentiment de faire tout ce qu'il peut pour être présent auprès d'elle et de sa fille.

Le contrat conjugal inconscient de ce couple est mis à l'épreuve de la parentalité. Arnaud dit à sa femme qu'il lui fait confiance et qu'elle peut tout gérer à sa place mais pour Aurélie, cette toute puissance est l'enjeu d'une trop forte culpabilité. Il nous explique qu'il ne sait pas être père autrement qu'en étant dévoué à son travail, en identification à son propre père « *Je suis comme ça moi, j'ai toujours vu mon père faire 8h-20h donc euh...* ». Il en souffre néanmoins et aménage ses horaires suite à cette crise pour voir sa fille le matin. Il insiste pour l'emmener dans un long voyage alors que Mme aurait préféré la confier et partir en couple pour « *se retrouver* ». On perçoit chez lui une importante culpabilité à ne pas être présent et un découragement massif devant les demandes de sa femme qu'il ne parvient pas à satisfaire « *Elle me demande beaucoup de choses, j'essaie et ça va jamais donc... des fois je suis aussi désespéré de réussir à...* » « *Quoi que je fasse, ça va pas.* »

Aurélie est alors aux prises avec sa plus grande crainte : celle d'une transmission pathogène à sa fille, majorée par le fait qu'elle se retrouve souvent seule avec elle. Son mari n'est pas là pour faire tiers et la protéger de son angoisse d'être une mauvaise mère. « *Aurélie : Y avait plus la famille, tout ça, moi j'aurais pu avoir un accident de voiture, euh, tu serais pas beaucoup venu me voir à l'hôpital.* »

Aux 18 mois de l'enfant, toute forme de communication apparait impossible pour le couple. Arnaud se trouve dans une impasse, comme s'il préférerait le silence plutôt que de « mal dire » ou de dire quelque chose qui pourrait lui être reproché. Mais ce silence est très douloureux

pour Aurélie, qui déploie une énergie considérable à essayer de décoder, d'imaginer ce qu'Arnaud ressent et qu'il ne partage pas. Elle répond alors souvent à sa place, termine ses phrases, fait les questions et les réponses, lui coupe la parole... l'empêchant aussi, malgré elle, qu'il ne formule sa pensée.

Le couple conjugal ne s'est absolument pas retrouvé, ébranlé par le surinvestissement d'Arnaud à son travail, mais le couple parental s'accorde néanmoins dans l'attention qu'ils portent à leur fille et dans leur souhait que les tensions s'apaisent. Ainsi, la qualité de la relation de chacun des parents avec l'enfant semble préservée, même si le couple conjugal est en conflit. Aurélie répète souvent : « *Je ne pense pas que Jeanne ait beaucoup senti* ». Jeanne nous dit cependant à sa manière, sa difficulté à vivre les tensions parentales : au cours de l'entretien, elle tombe de sa chaise et se fait mal, comme si elle venait en aide à ses parents, permettant d'interrompre la dispute et qu'ils se recentrent sur elle.

Les représentations de l'enfant

Pour Aurélie, les représentations de leur fille s'organisent dans un double mouvement : perçue à la fois comme étrangère et familière. Sa fille ressemblerait à sa grand-mère, comme une manière de dévier sa transmission directe mais de permettre malgré tout une filiation positive aux générations antérieures. Du fait du don de spermatozoïdes, elle est aussi perçue dans son étrangeté, comme une enfant à découvrir, à apprivoiser.

Le discours d'Arnaud ne nous permet pas, en revanche, d'approfondir la question. Il n'associe pas sur la question des ressemblances et reste silencieux, comme s'il ne s'autorisait pas à s'affilier à sa manière à sa fille. Ce silence peut aussi être entendu à travers l'inhibition qui touche toute la sphère paternelle, craignant là encore de ne pas être à la hauteur. Il décrit sa fille comme « *une jeune fille* », prenant déjà une distance en la percevant grandie, il explique « *Ben Aurélie veut plus qu'on dise que c'est un bébé, donc si c'est plus un bébé, c'est une jeune fille.* »

Les difficultés d'accordage et de communication de ce couple ont donc un impact, non seulement sur le coparentage mais aussi sur les représentations de l'enfant. Aurélie, s'occupant au quotidien de sa fille, la perçoit en identification à elle-même, bien qu'elle s'en défende.

Arnaud, plus distant, la perçoit de manière déjà plus lointaine, comme une grande fille, reflétant la distance subjective entre eux deux.

L'information à l'enfant

Les entraves à la communication

Avant la grossesse, le couple a parlé avec leur famille et certains amis très proches de leurs démarches pour bénéficier d'un don. Arnaud s'en est même confié à son supérieur hiérarchique et à un collègue. L'accueil de l'entourage a été très positif. Le couple n'en a plus parlé une fois la grossesse advenue, ni ensemble, ni avec leurs proches. Le couple souhaite informer l'enfant de sa conception mais s'interroge sur la manière de s'y prendre.

Lorsque Jeanne a 3 mois, le couple manifeste est qu'ils souhaitent en parler à leur fille alors que le discours latent révèle une grande ambivalence.

Aurélie évoque les craintes que l'enfant en parle à des tiers. Elle souhaite que ce secret reste circonscrit à la sphère intime, que leur fille sache garder ce secret pour elle.

Elle nous raconte qu'Arnaud en a déjà parlé à leur fille en parlant de la manière dont on fait les bébés avec de « *la poudre de perlimpinpin*. » Pourtant Arnaud paraît étonné, il ne dit rien comme s'il n'avait pas perçu que c'était une manière de parler à sa fille de sa conception. La poudre de perlimpinpin nous évoque à la fois une poudre aux vertus magiques mais aussi une poudre de « rien », « du vent » une sorte de placebo qui n'existe pas, nouvelle manière inconsciente de dénier le don.

Aux 18 mois de l'enfant, les sous-entendus des tiers sont très mal vécus par le couple qui refuse toute évocation du sujet devant leur fille. A cette étape de l'entretien, Jeanne part donc jouer avec ma collègue dans le jardin. Pourtant le couple souhaite toujours informer leur enfant de sa conception mais ne parvient pas à communiquer sur la question.

Devant le silence d'Arnaud et le peu de temps qu'il passe auprès de sa fille, Aurélie en déduit qu'il n'est pas à l'aise en tant que père. Elle a donc très peur d'évoquer le sujet, s'imaginant que cela pourrait blesser son mari. Elle verbalise, en lieu et place de son mari, la

honte qu'il pourrait ressentir face au risque de révéler son infertilité à des tiers comme les voisins, les parents d'autres enfants. L'impassibilité d'Arnaud, alors qu'elle était une force devient un signe de vulnérabilité.

Aurélie évoque sa crainte que sa fille, comme elle, en déduise une forme de tristesse et de gêne sur son infertilité. Jeanne en grandissant ne s'autoriserait alors pas à évoquer sa conception auprès de ses parents : « *Aurélie : [...] Qu'elle ose poser ses questions ! Qu'elle ne se dise pas à bah non, je vais pas demander parce que papa il est triste ou euh, maman je vois bien que ça la met trop mal à l'aise* ».

La communication est tellement anxiogène que le couple découvre leur positionnement vis-à-vis de l'information à l'enfant au détour de l'entretien « *Aurélie : Toi t'as envie d'en parler ? D'accord ben merci de me le dire ! Non mais c'est important parce que je savais pas. Arnaud : Mais depuis toujours. Aurélie : Ah bon parce que moi je m'empêchais...* »

Le couple est dans une impasse. Arnaud souhaite en parler mais n'en dit rien à sa femme. Il utilise des métaphores auprès de sa fille comme une manière de le dire, sans le dire, signifiant son ambivalence. Sans parler précisément de la conception, il continue à aborder le sujet de manière métaphorique et poétique, parlant des origines avec de la poudre de perlimpinpin, ou des anneaux de saturne, faisant intervenir la magie de l'immatériel et de l'immaîtrisable de la conception. Mais pour Aurélie c'est déjà trop en dire et surtout, c'est dire un mensonge. Elle souhaite en parler mais refuse toute évocation du don auprès de l'enfant de peur de mal le dire. L'angoisse consécutive au don et la peur que l'enfant puisse lui faire des reproches, largement répétée à de nombreuses reprises, est telle qu'elle ne parvient pas à se représenter quelle serait la bonne manière d'en parler. « *C'est déjà l'orienter vers une idée fausse et après comment on va rattraper plus tard ? Elle va s'imaginer des trucs hyper poétiques mais en fait, la réalité est quand même beaucoup plus triviale ! Et comment on va rattraper ça derrière quoi ? Est-ce qu'elle ne va pas nous le reprocher ?* »

Le don donne ici sa portée traumatique, ne permettant aucun espace pour le rêve et la fantaisie, l'annonce est perçue alors comme une potentielle répétition du traumatisme sur l'enfant, de manière dramatique. Elle a peur de « *lui déverser tout ça, comme ça et qu'elle ne peut pas nous répondre... qu'elle peut rien nous dire et qu'elle garde tout dans la tête.* » Aurélie, dans une identification projective à sa fille, l'imagine souffrant de ne pas parvenir à

parler, bloquée, comme elle se trouve elle-même, dans une communication impossible. La consultation prend un nouveau détour thérapeutique et j'essaie de remettre les choses à leur place « *En fait, finalement, vous parlez de vous, de votre crainte et de votre émotion.* » Aurélie acquiesce et une larme coule.

On perçoit un parallèle avec l'impasse dans laquelle ils risqueraient de se trouver avec leur fille, attendant que la question vienne d'elle. La question ne venant jamais, le couple pourrait ne pas parvenir à en parler, souffrant pourtant de ce secret. Peu après de dernier entretien, à leur demande, j'oriente ce couple vers une thérapie conjugale.

Alliance familiale au LTP

AU LTP, L'alliance familiale d'Aurélie, Arnaud et Jeanne à 3 mois est de type « **conflictuelle couverte** » du fait de la présence de mouvements de dénigrement entre les parents, de leur difficulté à s'accorder pour calmer leur bébé, quelle que soit la phase. Malgré un désir de prendre du plaisir à jouer avec l'enfant, l'interaction coparentale est très tendue et cela se ressent dans le jeu. On n'observe pas de co-construction, Aurélie et Arnaud font des propositions simultanées et l'on observe une certaine rivalité avec des éléments de dénigrement. Le couple fait de nombreuses erreurs de communication dans les activités partagées avec l'enfant : ni Aurélie, ni Arnaud ne parviennent à rentrer dans une dynamique interactive avec leur bébé. On observe aussi de façon manifeste un « **phénomène d'enfant au centre** ». La phase 1 où les parents jouent ensemble avec Jeanne est très longue, l'enfant manifeste de l'inconfort mais les parents ne parviennent pas à se réajuster. Ils prennent très rapidement leur fille dans les bras et la sortent du siège pour la calmer. On les sent très démunis devant les manifestations d'inconfort de leur bébé. A la fin du LTP, Jeanne est à nouveau dans les bras de son papa et le couple ne parvient pas effectuer la phase 4 à deux.

Au cours du 18^e mois de Jeanne, le LTP montre à nouveau une alliance **conflictuelle couverte à la limite du conflit ouvert** entre Aurélie, Arnaud et Jeanne. Les tensions sont encore plus marquées et on perçoit une grande passivité chez Arnaud associée à plusieurs mouvements d'agacement chez Aurélie. On retrouve des éléments de conflit dans chacune des 4 phases. Les éléments **d'enfant au centre** se retrouvent à travers le fait que ce soit Jeanne qui

organise le rythme des interactions et se balade entre ses deux parents. Chacun des parents ne posent pas de limites et semble attendre de l'autre qu'il le fasse. On observe une absence de plaisir partagé par ce couple. Cette situation est évocatrice d'un contexte de triangulation, où c'est l'enfant qui fait le lien entre ses deux parents.

Apports du LTP au discours

Les observations au LTP donnent toute leur dimension au conflit conjugal. Malgré leur désir d'en préserver l'enfant, les tensions se ressentent dans les interactions et touchent toute la sphère familiale.

Couple 6 : Clément, Armelle et Thaddée

Le don et l'ouverture



Anamnèse et éléments chronologiques

Le couple 6 est marié, ensemble depuis 6 ans, ils ont essayé d'avoir un enfant sans succès pendant 4 ans. Cette grossesse est la 4^e tentative.

On observe une très nette évolution de ce couple au cours des 3 entretiens. Alors que l'entretien de la grossesse était très réservé, avec une inhibition notable des représentations sur le don, les

deux entretiens suivants témoignent d'une ouverture très nette. Le couple a informé leurs parents respectifs du recours à un don et c'est le seul couple qui, au fil du temps, va s'ouvrir et en parler à leur fratrie. C'est aussi le seul couple qui parle spontanément du donneur.

Lorsqu'ils reviennent aux 18 mois de leur enfant, ils ont effectué une nouvelle insémination quelques jours plus tôt, en vue d'une 2^{ème} grossesse.

L'élaboration du couple vis-à-vis du don et/ou du donneur.

Depuis la grossesse, le couple ne parle plus jamais entre eux du don, ni du donneur. Pourtant, on n'observe pas de pacte dénégatif au sujet du don, ni du donneur. L'évocation est possible et le donneur est présent dans les représentations à travers les craintes de ressemblance et les interrogations sur la manière dont l'enfant vivra cette conception particulière en grandissant.

Le silence sur le donneur se comprend par un désir d'Armelle de ne pas fragiliser Clément dans sa paternité. Mais il semblerait que c'est grâce à la position d'ouverture franche de Clément, qu'Armelle s'autorise progressivement à en parler et à faire de la place au donneur dans ses représentations.

Ainsi pendant la grossesse, Clément dit ne pas penser au donneur sans pour autant banaliser son infertilité ni l'impact du don sur le développement de l'enfant. Cette question est au centre de ses préoccupations. Une des forces de ce couple est la manière dont Clément assume pour lui son infertilité. On n'observe pas qu'Armelle est identifiée à la souffrance de son mari, comme nous avons pu le percevoir pour d'autres couples. Elle est très touchée par sa souffrance, mais on n'observe pas dans le discours d'éléments qui nous feraient dire qu'elle endosse en partie son infertilité. Clément parle spontanément de son infertilité comme quelque chose qui lui appartient à lui. Armelle insiste néanmoins sur le fait que c'est la grossesse, plus que l'expérience de l'infertilité qui a permis un rapprochement du couple, mettant à distance cette période douloureuse.

La présence diffuse du donneur

Au cours de la grossesse, Armelle met en avant qu'elle s'imagine que l'enfant aura les traits de personnalité de son père, comme un moyen de paternifier son conjoint et de mise à distance du donneur : « *Après moi je m'imagine qu'il aura des traits de caractère de Clément... parce que je sais que ça va être un papa qui va beaucoup s'en occuper et du coup ils vont partager plein de choses ensemble donc...J'imagine qu'il ressemblera à son père.* »

Clément de son côté imagine que l'enfant ressemblera à la lignée maternelle « *ils ont tous des taches de rousseur* » affiliant ainsi le bébé à la mère sans évoquer le donneur.

Il est d'accord lorsqu'Armelle se le représente comme un papa aimant mais sévère et évoque sa lignée paternelle à lui, comme une ressource pour ancrer sa paternité « *J'ai toujours été un peu sévère mais... C'était aussi une image paternelle que j'avais chez moi... On dit qu'il y a forcément un peu de reproduction...* »

Aux 3 mois et aux 18 mois du bébé, le couple dit ne jamais penser au donneur. Toutefois, le donneur existe dans leurs représentations à travers les interrogations sur l'avenir de leur fils, à travers la question des ressemblances : Thaddée ne ressemble pas à sa maman. Armelle craint le regard des autres, que l'on puisse découvrir le donneur et qu'elle puisse être déstabilisée. « *Armelle : Mmm. Moi c'est plus pour oui.... pour les gens.... qui vont dire : « Il ressemble à qui ? » Voilà c'est tout voilà.* »

Pour Clément, on perçoit que le donneur est bien là, de manière diffuse, comme un étranger qui pourrait se révéler présent dans sa vie. En décrivant l'enfant, Clément raconte : « *il ressemble pas non plus tellement à Armelle.... il me ressemble pas, on se dit tiens, qui est-ce qui.... Est-ce qu'on le reconnaîtrait si on le voyait dans la rue [le donneur], mais pas plus que ça.* » Il s'interroge très souvent sur la manière dont son fils va grandir avec cette information.

A 18 mois, le donneur est d'autant plus présent qu'ils ont entamé les démarches pour un 2^e enfant. Ils s'interrogent si c'est le même donneur que pour Thaddée, tout en se disant qu'il faut « *sortir de la logique du génétique* ». Pourtant, Clément se demande s'il n'ira pas un jour regarder les numéros des paillettes pour les comparer et voir s'il s'agit du même donneur. On perçoit que le donneur existe donc en creux dans les représentations du couple.

Dans le jeu des ressemblances, Clément se réjouit qu'il ait les yeux bleus alors que lui les a marrons parce que cela fait un lien avec sa lignée : « *Clément : Ah ben je suis très content,*

c'était euh... dans ma famille ma mère, ma grand-mère ont, avaient les yeux bleus, euh mon frère a les yeux bleus ben-, donc ça aurait, ça aurait pu arriver naturellement - non ? » Ici, on n'observe donc pas de dénégation du rôle du donneur, il est là, en implicite, en toile de fond. Pourtant Clément se réjouit de ces yeux bleus qui inscrivent l'enfant aussi dans sa lignée. Ainsi les deux héritages coexistent et l'un n'exclut pas l'autre.

Clément fait un réel travail d'élaboration concernant son infertilité et le recours à un don. Il ne banalise pas son infertilité et peut dire sa souffrance pour lui-même.

Les interactions triadiques

L'engagement paternel

On observe un investissement important de Clément qui relate la naissance avec la même vigueur qu'Armelle. On comprend que cette naissance s'est jouée dans une grande complicité : le récit de l'accouchement se fait avec énergie, joie et humour, même sur des à-côtés de la naissance qui ont pu être pénibles. Clément relate l'accouchement et précise les détails au même titre que sa conjointe, soulignant son investissement.

Le désir d'affiliation est perceptible à travers des éléments symboliques comme le choix du prénom qui se fait en lien avec de la lignée paternelle et le grand-père de Clément dont il était très proche.

A 3 mois et à 18 mois, Clément est présent et attentif à son fils, sans que l'on puisse pour autant parler de surinvestissement. Il s'occupe de lui lorsqu'il rentre le soir, participe au bain, prend du plaisir à jouer ensemble.

La paternification du père

Après la naissance, Armelle relate combien ça a pu être difficile de se trouver seule avec la responsabilité de ce bébé, de ne pas toujours comprendre ce qui lui arrive, ses interrogations autour de l'allaitement. « *Armelle : Euh donc c'était beaucoup de joie et aussi beaucoup d'interrogations et un peu de...-*

Clément : panique ?

Armelle : -de panique, j'allais dire de peur, donc c'était...

Chercheuse : Peur de quoi ?

Armelle : Ben de pas savoir-faire, de, de pas comprendre pourquoi il pleure. »

Ses craintes de « ne pas être à la hauteur » nous apparaissent à la fois comparables à celles que peut rencontrer une primipare. C'est aussi une manière de mobiliser son conjoint auprès d'elle et auprès de leur enfant, sans pour autant être en retrait dans les interactions. Les légères autodépréciations d'Armelle apparaissent comme un espace pour Clément de se situer dans un positionnement solide et rassurant, lui permettant de regagner une forme de virilité protectrice qui a pu être ébranlée par l'infertilité.

A 3 mois, Armelle souhaite vivement que Clément participe au maximum dans les interactions avec l'enfant. On perçoit un désir de paternifier ce père et de le valoriser à travers son regard sur le lien père-bébé. Elle fait tout pour qu'il participe le plus fréquemment possible : elle l'appelle le soir pour savoir si il est en chemin pour donner le bain, valorise sa compétence à préparer le repas pour bébé, etc.

On observe de légers mouvements d'auto-dévalorisation maternelle, ayant pour but de mettre en avant le père dans ses compétences paternelles : *« Je l'ai jamais trouvé maladroit avec lui. Dès la maternité, il s'en est tout de suite très bien occupé... je trouve qu'il a toujours eu les bons gestes avec lui. Je le trouvais même plus à l'aise que moi en fait. »*

Le coparentage

Lorsqu'ils se projettent dans le coparentage à la naissance de l'enfant, le couple soulève de légers points de désaccords qui concourent à les percevoir plus authentiques. Clément pense à une nounou pour faire la « jonction » entre la crèche et son arrivée le soir mais Armelle n'est pas d'accord et souhaite que ce soit eux deux qui s'occupent du bébé le soir. Ils en discutent ouvertement et posément et on perçoit que ça n'est pas un point conflictuel pour autant. Le futur couple coparental peut être en opposition posément et sans craintes.

Aux 3 mois, comme aux 18 mois du bébé, le coparentage est « cohésif ». Le couple se dit à la fois d'accord sur l'essentiel mais aussi différents. Clément est plus actif et tourné vers l'extérieur alors qu'Armelle est plus prudente et anxieuse autour du bébé. Là où lui souhaite sortir et voyager avec bébé, elle ne souhaite pas le confier, essaie de s'organiser pour que son

enfant ait son rythme et ses habitudes au prix de petits désaccords coparentaux. « *C'est que Clément est plus aventurier que moi, en gros il va tenter plus de choses que moi je n'en ferais donc du coup, c'est à peu près ce qui se passe.* »

On observe que le couple parental fait équipe dans les soins auprès de bébé : ils couchent leur enfant en s'aidant mutuellement, tiennent ensemble un carnet avec les acquisitions, les étapes de leur bébé. Comme c'est Armelle qui s'en occupe la journée, elle attend Clément le soir pour qu'il s'occupe du bain dans la mesure du possible. Là encore le couple semble complémentaire : dans les premiers mois, Armelle a encore du mal à confier son bébé alors que Clément la pousse à sortir et faire des choses pour elle.

Aux 18 mois de l'enfant, il n'y a pas de surengagement du père vis-à-vis de son fils. Clément peut faire preuve d'ambivalence à l'égard de sa paternité, mêlée à la fois de joies et d'inquiétudes « *c'est plein de petits soucis en plus...* ». Le couple s'accorde toujours autant autour de leur enfant, les deux parents s'expriment sur leur enfant et sont très attentifs à son développement. Ils s'écoutent aussi l'un et l'autre, se sollicitent auprès de bébé et font des choses ensemble comme de coucher leur enfant.

Armelle allaite toujours son fils, on perçoit un désir de proximité chez cette maman avec son fils tout autant que son désir que le papa soit présent et participe.

Evolution du couple conjugal

Au cours de l'entretien de grossesse, alors que l'on perçoit que l'infertilité est vécue de manière douloureuse pour Clément, ce futur père fait un effort d'élaboration et de verbalisation qui dénote avec l'inhibition de sa compagne.

Clément parle très spontanément de ses craintes quant à la manière dont l'enfant va grandir avec le don « *il y avait forcément des, des questions sur, comment est-ce qu'il le vivra, comment est-ce qu'il... pour nous il est inconcevable de lui cacher.* »

Armelle est très prudente, et ne répond que cachée derrière son mari « *C'est vrai que, ce que Clément dit c'est ce à quoi je pense* ».

Cependant au fil des entretiens, Armelle est bien plus à l'aise et authentique, comme s'il avait fallu ce premier temps d'affiliation à notre équipe de chercheuses pour nous faire confiance. Ce que l'on avait perçu comme une « soumission » d'Armelle, se transforme en une complémentarité du couple. Ils parlent ensemble, chacun complète ou finit les phrases de l'autre, dans une forme de complicité.

A 18 mois, le couple se compète donc, Armelle étant plus anxieuse et Clément plus tourné vers l'extérieur. Le couple n'est pas exclusivement tourné vers leur enfant. Ils prennent du temps ensemble et chacun séparément. Le couple a pu confier leur fils à plusieurs reprises et s'est organisé un voyage d'une semaine en le confiant aux grands-parents. On perçoit que le couple conjugal se retrouve progressivement se projette dans du plaisir à être à 2 « *Armelle : Ben voilà, on ira au resto, au théâtre (rit) »*

Représentation de l'enfant

Au 3^{ème} mois du bébé, on n'observe pas de mouvement d'étrangeté autour du bébé en lien avec le donneur. En revanche, l'enfant est bien cet « étranger à demeure » que les parents peinent à décoder. « *Clément : Des cris très très aigus. Il devient tout rouge... Donc au début on se demande mais pourquoi, on essaie de le bercer et on se dit « il faut surtout pas le secouer ».*

Les mouvements d'agressivité à l'égard de l'enfant qui pleure peuvent être présents, l'enfant n'est pas plus que cela idéalisé, ni englobé dans la sphère du couple : il est perçu comme un tiers qu'il faut essayer de comprendre et d'appivoiser.

« *Armelle : Bah c'est vrai que les premières semaines, on apprend vraiment à se connaître on va dire. [...] enfin, moi c'était toujours, « est-ce que je fais les choses bien ? » « Est-ce que je sais faire ou pas ? »*

A 18 mois, Thaddée est à nouveau décrit dans sa singularité : le donneur apparaît en creux à travers les éléments qui le caractérisent qui n'appartiennent ni au père, ni à la mère comme ses longs cils ou sa grande taille. Le couple ne cherche pas à trouver des signes qui l'affilient à l'un ou l'autre. « *Armelle : Ben moi je lui trouve, non, je trouve de ressemblance avec personne (rit) de ma famille. C'est vraiment, il a une petite tête à lui. [...]*

Clément : N'empêche, parce qu'il est blond aux yeux bleus, il a un petit côté prince Georges d'Angleterre. » Ainsi l'enfant est perçu comme un être à découvrir, sans pour autant que cela génère d'inquiétudes du côté des parents. L'étrangeté est semble-t-il canalisée grâce à des représentations positives telles que celle du prince d'Angleterre.

L'information à l'enfant

Un désir de transparence

Le couple dit dès la grossesse qu'il souhaite informer l'enfant très tôt du don. « *Clément : Je pense que c'est quelque chose qui finit toujours par se savoir et je pense que si... C'est pas quelque chose dont on a honte. C'est pas quelque chose dont on a honte, où on se cache. Et ça se passera forcément mal si c'est caché.*

On perçoit à travers la répétition qui vient déniée la honte, le travail de mise à distance de ce sentiment. Malgré les efforts, cette honte est latente et l'on perçoit les efforts pour la dépasser.

Lorsqu'on se retrouve aux 3 mois de Thaddée, le couple s'est ouvert sur la question du don et Clément en a parlé à son frère. L'évocation de cet échange entre les deux frères est très émouvante, Clément pleure et nous explique « *Clément : Je savais pas comment il allait le prendre... J'avais peur que son regard change vis-à-vis de moi. »*

On retrouve ici l'enjeu d'une acceptation de l'infertilité et du dépassement de la honte.

« *ça nous a plutôt confortés dans le fait qu'il fallait, qu'il fallait être à l'aise avec ça »*

Le couple a déjà un peu commencé à en parler au bébé. Armelle raconte l'histoire de sa conception à Thaddée : « *Moi je raconte qu'on avait eu beaucoup de mal pour qu'il soit là et que son papa il avait, il n'avait pas de graines de papa. Et qu'il y avait quelqu'un qui avait donné ses graines pour qu'il puisse être là. Et que son papa, il l'aimait très, très fort. »*

Cette histoire laisse la place à une personnification du don et à quelqu'un d'autre tout en donnant sa place de père à Clément.

Le couple imagine en parler régulièrement à l'enfant et veut éviter un effet de révélation. Ils répètent qu'ils veulent que ce soit « naturel » et que leur enfant ne se vive pas différent des autres. Armelle est inscrite sur un forum « d'azoospermie » et elle échange avec d'autres mères

qui ont du recul et ont déjà vécu la situation, ce qui représente un réel soutien pour elle et un espace d'élaboration de ce qu'elle vit.

Avec le souhait que leur fils le sache parce que c'est son histoire, c'est surtout la crainte d'une révélation traumatique qui motive le couple « *Armelle : Oui. Y aurait rien de pire, qu'il tombe je sais pas sur un document du tribunal.... Enfin voilà, qu'il soit pas au courant et qu'il tombe là-dessus, je pense que ce serait destructeur pour lui. »*

Clément évoque ses craintes pour l'avenir de son fils, principalement concernant le regard des autres :

« On a envie que ce soit le plus naturel pour lui pour qu'il soit armé dans la cour de récréation, il sache quoi répondre.[...] »

Chercheuse : Vous parlez de « l'armer », vous pensez que ça pourrait être une vulnérabilité pour lui ? Une fragilité ?

Clément : Oui, en fait je me dis qu'il faut vraiment qu'il soit solide dessus pour demain.... alors c'est peut être aussi, je me projette peut être sur lui, pour regarder, affronter un peu le regard des autres. »

Clément fait donc le lien entre ses peurs à lui et celles pour son fils et prend conscience de la part projective de ses angoisses. On perçoit en toile de fond ce qui relève de la vulnérabilité en lien avec l'infertilité. Clément ne banalise pas sa souffrance et se rend compte qu'en parler à son fils, c'est accepter aussi que son intimité puisse être révélée à des tiers.

L'émergence de l'ambivalence et le difficile cheminement

Aux 18 mois de Thaddée, Clément nous confie à nouveau ses inquiétudes pour l'avenir, il pense régulièrement à la manière dont son fils va grandir avec ça. Un débat s'ouvre concernant la levée de l'anonymat du donneur et l'on perçoit la crainte de ces parents, et la difficulté à se projeter dans l'éventualité que leur enfant puisse ressentir le besoin de rencontrer le donneur en grandissant.

Armelle ponctue leur réflexion « *C'est dur hein.* » et nous fait comprendre que le choix qu'ils ont fait d'en parler n'est pas simple pour eux et s'accompagne de tout un cheminement à peine débuté pour pouvoir accompagner leur enfant.

Tous les deux souhaitent à la fois préserver l'espace intime de la famille, tout en ressentant un désir de transparence vis-à-vis de leurs proches. Ainsi, Armelle nous informe qu'elle en a parlé avec son frère à son tour, quelques mois après notre dernière rencontre. Elle s'est aussi confiée auprès d'une ou deux amies.

On perçoit néanmoins un léger mouvement de recul en comparaison avec l'aplomb ressenti sur le même sujet aux 3 mois de leur enfant. Le contenu de ce qui est transmis à l'enfant est un peu plus flou : ce n'est plus un « autre homme qui a donné sa graine » mais le couple évoque « *le fait d'avoir été aidé par des médecins* ». L'image du don et du donneur est plus abstraite et on perçoit que le couple pourrait choisir de ne pas évoquer directement le don, par « omission », grâce à des stratégies de langage : le dire mais sans dire l'essentiel. La mise à distance de l'information à l'enfant s'observe aussi par le biais du livre du CECOS, qui devient le médiateur, en lieu et place de la mère qui ne raconte plus sa petite histoire.

Avec Thaddée qui grandit, le langage qui se développe, il est possible que le couple se retrouve plus en difficulté pour évoquer le don malgré leur engagement à en parler. Il est important de souligner que la motivation, même si elle est consciemment présente et que les parents sont engagés dans leur choix de parler à l'enfant, l'ambivalence normale, teintées des craintes que nous avons évoquées, est aussi présente.

Alliance familiale au LTP

Le LTP à 3 mois du couple de **Clément, Armelle et Thaddée** est de type **coopératif tendu**. En phase I, II et III, les interactions sont joyeuses et suivent les mouvements du bébé. La co-construction du jeu avec l'enfant est bonne, les parents communiquent entre eux, cherchent et obtiennent un soutien et une validation mutuels. Les interactions sont globalement chaleureuses. On observe cependant des **éléments de rivalité** du fait des interférences du père en phase II et du malaise ressenti en phase IV où les parents ne parviennent pas à échanger ensemble. Ils se retrouvent comme sidérés de cette phase où ils sont sensés ne pas intervenir avec leur bébé : ils n'y parviennent pas et on ressent une certaine tristesse. On observe aussi un phénomène **d'enfant au centre** chez ce couple qui s'éveille lorsqu'ils sont ensemble avec leur

bébé mais pour lequel la séquence à deux a été l'occasion d'une forme de malaise. Ils s'ennuient et regardent alors leur enfant en silence, attendant qu'on leur signifie la fin.

Au LTP du 18 mois l'alliance d'Armelle, Clément et Thaddée est toujours **coopérative tendue**. Les parents se coordonnent bien dans le jeu avec leur enfant, la communication circule de manière joyeuse en phase I, II et III. On note cependant la présence d'interférences du père dans le jeu mère-enfant et les petits grincements dans les transitions, Clément intervenant dans la partie d'Armelle puis l'interrompant en initiant la phase III alors qu'elle n'était visiblement pas prête à la transition. En phase IV, Clément peine à nouveau à ne pas interagir avec son bébé. Ces éléments nous amènent à penser une forme de **rivalité de ce père vis-à-vis de la relation mère-enfant**. Il tient absolument à prendre sa place et le fait parfois au détriment de celle de sa conjointe. Armelle de son côté, bien qu'elle soit gênée par les interventions de son conjoint, ne parvient pas à en dire quoi que ce soit.

Apports du LTP au discours

Les observations au LTP révèlent une rivalité parentale qui n'était pas perceptible dans le discours. La place que Clément cherche à prendre dans les interactions auprès de leur fils est révélatrice d'un désir de « compensation » et d'un surengagement dans son rôle paternel qui ne transparait pas dans le discours.

Couple 7 : Pedro, Magali et Enzo

Le don et l'absence d'un père



Anamnèse et éléments chronologiques

Pedro et Magali sont ensemble depuis 9 ans et désirent un enfant depuis 4 ans avant qu'advienne cette première grossesse. Ils se présentent comme un couple fusionnel où les mots ne sont pas nécessaires pour se comprendre. Leur histoire est semblable : ils ont tous deux un

modèle familial « sans père », ayant eu des relations lointaines avec leurs pères respectifs. Ils interprètent que c'est l'absence de leur propre père qui leur a permis de prendre de la distance avec la paternité génétique : leur propre géniteur n'ayant pas joué un rôle de père. « *Magali : Ça nous a permis de bien nous mettre en tête qu'un papa n'est pas un géniteur.* » Tous deux présentent leur couple comme étant extrêmement liés du fait de leur histoire commune d'un père absent.

Ce couple a beaucoup souffert de la prise en charge au CECOS. Le couple reproche un manque de considération de leur souffrance, et d'avoir été « oubliés » pendant leur parcours. Ils témoignent ainsi à mots couverts, de la blessure narcissique qu'a représenté le parcours d'aide médicale à la procréation.

Le couple a finalement refusé de continuer à participer à la recherche aux 18 mois de leur bébé. Il n'a pas donné d'explications. Nous avons néanmoins pu constater que leur refus était concomitant à un échec d'une nouvelle insémination pour un 2^e bébé. Nous pouvons imaginer qu'il a pu leur être difficile de nous donner du temps pour témoigner, suite à cet échec.

L'élaboration du couple vis-à-vis du don et/ou du donneur

L'identification dans la colère

La colère est en toile de fond de tout le premier entretien : la colère de l'annonce, de l'attente, de la prise en charge insatisfaisante. Elle est encore tangible chez Pedro qui a vécu l'annonce de l'infertilité de manière douloureuse « *j'ai eu un petit pétage de plomb pendant 20 minutes. Vous-, vous en voulez au monde entier mais après, après ça passe.* » mais il banalise « *tout va toujours bien* ».

Dans une identification à son conjoint, c'est Magali qui verbalise « *J'ai surtout eu le sentiment d'injustice. C'était une colère en fait.* » La colère, pour chaque membre du couple, apparaît d'abord dans une lutte antidépressive face à l'annonce de l'infertilité. Rapidement, ce sentiment est aussi un moyen de renforcer le couple : la colère est directement adressée au CECOS, vécu comme abandonnique et persécutant, préservant ainsi le conjoint de tout mouvement agressif.

Le CECOS, figure paternelle support de projections conjointes

On s'interroge chez ce couple sur la portée symbolique que représente ce CECOS-pourvoyeur de sperme, substitut paternel vers qui adresser toute leur rancœur. Il semblerait que le CECOS ait été inconsciemment associé à une figure paternelle, faisant écho à la leur, nécessairement blessante, abandonnique et décevante. L'endroit est décrit comme « froid », avec des médecins qui ne sont « pas du tout dans l'émotion ». « Vous pourriez être dans un service d'oncologie. » On se doit de faire le rapprochement avec la figure paternelle de chacun, vécue comme distante, et où les deux pères sont décédés.

Ils disent participer à la recherche pour faire passer ce message : qu'un père n'est pas un géniteur, objectant qu'ils auraient « pu très mal le vivre » s'ils n'avaient pas été aguerris par leur histoire personnelle. La massivité de la colère et du transfert nous laisse entrevoir combien l'histoire infantile de chacun des membres de ce couple a pu venir se réactiver à travers l'histoire de l'infertilité, venant faire barrage à la fonction paternelle.

« L'infertilité conjugale » et la nécessaire dynamique narcissique du couple

La mobilisation du lien narcissique du couple s'observe ici à travers un clivage perceptible entre le couple et « les autres » (Le CECOS mais aussi les amis, les autres couples, etc.)

La violente colère est projetée à l'extérieur du couple sur le mauvais-objet CECOS et permet à chacun de ne pas adresser à son conjoint de reproches ou d'émotions négatives. Le couple se présente comme soudé, renforcé par cette épreuve mais ils évoquent à plusieurs reprises qu'un autre couple qu'eux, plus fragile, se serait séparé à cause de ce que leur a fait vivre « le CECOS ». Là encore ce sont « les autres couples » qui seraient susceptibles de se séparer, témoignant par un mécanisme de projection, de leurs propres difficultés. Le clivage intérieur/extérieur au couple vient comme un mécanisme protecteur du couple et permet une mise à distance de leur propre souffrance.

Au cours de l'entretien de grossesse, on observe une identification de Magali à la souffrance de son conjoint, permettant à Pedro de se libérer de sa propre souffrance par un mécanisme de déplacement. « Mr : Elle très mal, plus mal que moi en fait je pense. » C'est Magali qui porte la peine de Pedro.

Au cours de l'entretien du 3^e mois du bébé, on retrouve cette même identification de Magali à la souffrance de son conjoint. Elle a peur pour lui du regard des autres et se remémore les expériences potentiellement blessantes où l'entourage blague sur l'absence de ressemblance du bébé avec Pedro. Finalement c'est elle qui en souffre, en identification à la souffrance que pourrait ressentir Pedro, ce qui permet à Pedro de s'en dégager. Lui dit « *qu'il s'en fout* », que ça lui « *passse à des kilomètres de distance* », ce qui lui permet de rester « l'homme fort », dont la virilité n'est pas atteinte, mais au prix d'une importante distance affective. Pedro cherche à donner une image d'un couple d'accord sur chaque chose, comme si toute forme de nuance, d'opposition ou de différence dans le couple était impossible. « *Mr : J'ai raison ? Bien sûr que j'ai raison, ne dis pas non (rit)* ».

Le pacte dénégatif

Une fois la grossesse advenue, le couple ne parle jamais du don entre eux, ni du donneur. Ils sont liés en revanche par leur colère vis-à-vis du corps médical, objet persécuteur, rappel incessant de leur infertilité. L'infertilité n'est pas déniée mais elle est silencieuse et indicible. Le couple ne l'aborde pas spontanément. Le mot « infertile » ou tout terme associé n'est jamais employé, ils utilisent des périphrases « *Mme : Y a comment... un « retard de croissance » [désignant les spermatozoïdes], je ne sais pas comment ils l'ont dit* » ou « *Mr : Ben avoir un problème, on savait pas qui des deux avait un problème donc euh, je préférerais que ce soit moi, que ce soit elle.* »

Chez Pedro et Magali, le pacte dénégatif s'observe dans cet impossible discours autour de ce don qui représente pour chacun une douleur lorsqu'on le leur rappelle. On retrouve dans le discours de Magali le thème récurrent de ne pas en parler, de ne pas partager avec des tiers. Pedro est quasiment son seul interlocuteur à part une amie à elle et on perçoit que toute sa vie s'est recentrée (rétrécie ?) sur son couple, l'aide médicale à la procréation, l'attente et le bébé. Et ensemble, ils n'en parlent jamais.

Ainsi on perçoit l'importance de faire sortir la question du don en dehors du champ de la conscience et de la parole. Ne pas en parler devient une manière de ne pas y penser et de ne pas faire exister le donneur. La force du rejet est observable à travers les mots que Pedro emploie pour dire qu'il n'y pense pas : « *Moi ? Non. Du tout. Jamais. Never.* » Lorsque Magali tente

d'en parler, Pedro ne comprend pas dans un premier temps puis se ferme et refuse d'échanger sur la question.

« *Magali : Moi, physiquement... Non, je... J'avais une petite réserve en me disant : « Ah si c'est garçon... » Je me disais, j'avais un peu peur.*

Pedro : t'avais peur de quoi ?

Magali : Ben un peu peur.

Pedro : De quoi ?

Magali : Ben d'avoir un garçon.

Pedro : Pourquoi ?

Magali : Parce que. [...] De me dire euh... d'avoir des questions à ce que, que , que, quelqu'un un jour quelqu'un me dise, bah se pose des questions.

Chercheuse : Mm mm.

Magali : je pense que c'est légitime de se poser la question !

Pedro : j'ai rien compris.

Magali : Tant mieux ! (rire)

Pedro : La ressemblance à quoi ?

Magali : Au géniteur.

Pedro : Mais on s'en fout de ça, oh la,la, tu te poses trop des questions bizarres ! »

Le donneur est évacué dans le discours. Pedro ne laisse pas à Magali la place pour évoquer ses craintes. On perçoit que Magali ne s'autorise pas à parler librement en présence de son conjoint, en témoigne cette contradiction : « *C'est juste une cellule ! C'est tout ! Mais pour moi, non.* » L'évacuation du donneur des représentations s'observe aussi lorsque Pedro cherche à mettre à l'écart le donneur de la filiation. Il se représente une affiliation brute du bébé à la mère. « *Pfff il [le bébé] va être sa mère ! Exactement sa mère. Ca va être la même !* » Comme une manière de mettre à l'écart à la fois le donneur, mais aussi lui-même et par la même occasion, toute la lignée masculine.

Au cours de l'entretien du 3^e mois, comme pendant la grossesse, le couple nous dit ne jamais en parler entre eux et ne pas non plus penser à leur recours à un don. « *Pedro : Ce serait*

pas des entretiens avec vous, j'y penserais même pas. » Magali nous évoque combien elle souffre lorsqu'on le lui rappelle.

Il est intéressant de noter que le couple communique si peu entre eux autour du don, que chacun apprend au détour de cet entretien, qui, parmi leur entourage, est au courant du don. Pedro apprend que Magali en a parlé à ses parents et aussi à deux amies à elle. Il s'en étonne et Magali ressent le besoin de se justifier.

Les interactions triadiques à 3 mois

Le processus de paternification du père par la mère

Dès la grossesse, on observe chez Magali, d'importants mouvements d'affiliation de Pedro au bébé. Elle interprète les réactions du bébé aux bruits extérieurs comme ceux des voitures, comme un point commun avec Pedro dont c'est la passion.

Au 3^e mois du bébé, le processus de paternification envers Pedro est à l'œuvre dans un discours idéalisé d'un père qui se sacrifie en allant au travail. La figure du père est aussi centrale pour Magali et l'investissement qu'elle fait du père s'observe au travers de la figure d'un père sacrificiel, qui fait tout pour sa famille, même lorsqu'il est absent.

Le surengagement paternel

Au cours de la grossesse, lorsqu'on interroge la manière dont le couple se projette en tant que parents, Pedro se positionne dans une figure de papa-copain. « *Pedro : Et elle va être plutôt la maman que quand il faut gueuler, elle va savoir le moment où il faut mettre en place et moi je vais être plutôt le papa cool. Plutôt le papa...*

Magali : (A voix basse) « chut, tu dis pas à maman ! »

Pedro : Plutôt le papa « chut, l'écoute pas, elle dit des bêtises en ce moment... »

On peut s'interroger sur les représentations de la fonction paternelle de ce futur papa qui a lui-même très peu connu son père. C'est comme si la figure du père autoritaire, ne pouvait pas être investie par lui. Ce père pendant la grossesse, ne parvient à se représenter que des interactions de plaisir partagé.

Nous pouvons poser l'hypothèse que la fragilité du lien symbolique qui le lie à son propre père, à laquelle s'ajoute la fragilité de l'infertilité, ne lui permettent pas encore de se projeter dans une figure de père autoritaire. Le lien d'amour est vécu sous l'égide de la complicité et du plaisir, là où le conflit est tout de suite perçu comme un risque de rupture. Ce père cherche semble-t-il par son positionnement, à éviter toute émotion désagréable à son enfant, s'imaginant ainsi renforcer le lien d'amour, là où le lien génétique fait défaut.

Aux 3 mois du bébé, Pedro se dit pleinement investi. Il s'occupe de son bébé dès qu'il le peut et que son travail le lui permet, principalement les week-end. Il assume son rôle de père pendant cette période, là où les soins au quotidien sont prodigués par la mère.

L'investissement paternel ne s'observe donc pas à travers une répartition égalitaire dans la répartition des tâches. En revanche, on observe un surinvestissement paternel chez ce père au cours des moments qu'il partage avec son fils, au travers de sa recherche constante de plaisir absolu avec son bébé et de son refus de toute forme de conflits. Ce papa cherche, dans une représentation idéalisée, à devenir le papa qu'il n'a semble-t-il pas pu avoir enfant. Cette recherche de plaisir avec son bébé s'observe dans le LTP et se traduit aussi par une recherche d'exclusivité avec son bébé, au risque de placer la mère au second plan.

Le coparentage

Le coparentage n'a pu être interrogé qu'au cours de l'entretien du la grossesse et du 3^{ème} mois du bébé, le couple n'ayant pas souhaité poursuivre la recherche par la suite.

Bien que la répartition des tâches auprès du bébé se fasse principalement en faveur de Magali, le couple s'accorde pour dire que cela leur convient. Pedro explique que peu importe si c'est lui ou elle qui effectue les soins : « *c'est la même chose* », comme s'ils étaient indifférenciés.

Lorsqu'on interroge le couple sur le coparentage pendant la grossesse, Pedro nous renvoie un discours agressif et dénigrant sur la question de la répartition des tâches. Il nous explique qu'eux n'ont jamais fonctionné comme ça, à se fixer qui fait quoi. Pourtant lorsqu'on évoque l'allaitement, Pedro se réjouit utilisant l'humour « *C'est bien, comme ça c'est toi qui te lèveras ! (Mme rie)* ».

On observe donc un décalage entre le mythe du couple fusionnel et les réalités de la venue de l'enfant qui nécessite des soins et une présence auprès de lui. Ce désir d'indifférenciation auprès de l'enfant nous apparaît aussi en lien avec le manque d'expérience précoce que chacun a pu faire d'un couple parental. L'absence de père apparaît à travers ce fantasme que la mère et le père seraient interchangeables, leur propre mère ayant certainement joué les deux facettes parentales auprès d'eux. Cette représentation laisse entrevoir de futurs éléments de rivalité, comme si chacun ne pouvait pas avoir sa place et une identité propre, ce qui serait alors un risque de conflit potentiel.

A 3 mois, le coparentage est néanmoins « cohésif ». Le couple se dit en accord total avec la répartition des tâches auprès de l'enfant. Celle-ci se fait principalement en faveur de Magali parce que Pedro travaille beaucoup, il est souvent absent. C'est donc elle qui s'occupe au quotidien du bébé. Pedro participe plus volontiers les week-ends.

Magali décrit des interactions très douces et chaleureuses entre elle et son bébé. L'endormissement, l'allaitement au sein et les soins sont un plaisir partagé. Elle décrit avec tendresse la séparation progressive *« Au début je faisais beaucoup d'allers-retours, je le gardais contre moi mais en fait c'est moi qui le voulais, c'est pas lui tellement qui avait besoin. Et puis maintenant ça va quand même plus vite »*. Elle est très attentive aux besoins de son bébé et y répond de façon tout à fait ajustée. Enzo dort dans sa chambre depuis qu'il a deux mois et fait ses nuits. Le lien mère-bébé a donc l'air tout à fait positif et ajusté.

En revanche, le couple est comme verrouillé dans un idéal tyrannique et aucune critique ne peut être formulée à l'égard du père alors que la solitude de Magali dans le coparentage peut être un poids pour elle. Elle nous explique que pour se donner du courage, elle a installé une petite figurine de superman sur la table à langer, afin de se rappeler combien elle est forte dans les coups de blues.

Malheureusement ce couple n'a pas souhaité poursuivre la recherche au 3^e entretien. La dimension du coparentage n'a donc pas pu être évaluée aux 18 mois du bébé.

Evolution du couple conjugal

L'idéal tyrannique

Cette dimension n'a donc pas pu être évaluée à 18 mois. Toutefois, il est intéressant de noter combien, au cours de l'entretien des 3 mois, ce couple nous est apparu enfermé dans un idéal conjugal tyrannique. La difficulté à faire exister les émotions négatives à l'intérieur du couple nous est apparue majeure.

Aucun mouvement négatif ne peut être formulé à l'égard de Pedro qui travaille beaucoup, rentre tard et voit peu son bébé. A l'inverse, Magali est submergée par une émotion de tristesse en identification à Pedro qui « se sacrifie » en allant au travail. L'agressivité de Magali à l'égard de Pedro, impossible à faire exister dans le couple, est retournée contre elle-même et s'exprime à travers sa tristesse.

« Mme (gorge serrée) : J'imagine pas ce que c'est pour lui de se lever avant qu'il soit réveillé, et de rentrer après qu'il soit...après qu'il soit couché (Mme contient ses larmes avec difficulté) donc en ayant pas profité d'une journée, sachant que... à cet âge-là il peut découvrir quelque chose dans une journée qui va le faire s'ouvrir et ça se reproduira plus... plus jamais. [...] Et il fait tout ça pour son bébé... et il me fait confiance pour m'en occuper (Paroles entrecoupées par des larmes). »

Pedro vient alors à sa rescousse : *« Mr : Ohhh... attention t'es enregistrée, ne pleure pas sinon y vont dire que t'es en dépression (il rit) »*

On retrouve au travers de cette remarque, une demande sous-jacente de ne pas se laisser trop aller pour ne pas trop nous montrer leur fragilité. Lorsqu'on leur demande s'il y a eu des désaccords entre eux depuis la naissance, une gêne se ressent, Magali est mal à l'aise, le couple hésite et met du temps à répondre. C'est finalement Pedro qui clôt la question *« Non, nonononon ! On est pas un couple qui se prend la tête là-dessus. »*

La représentation de l'enfant

La représentation de l'enfant à 3 mois n'est pas teintée d'une représentation d'inquiétante étrangeté. Pedro se sent libéré de ses craintes autour de la naissance et la rencontre avec son bébé est une joie intense. Magali évoque elle aussi le soulagement qu'a représenté la naissance. Elle nous avoue avoir ressenti à plusieurs reprises une sensation d'irréalité pendant la grossesse, une crainte qu'en fait il n'y ait pas de bébé, qu'ils aient tant attendu pour rien.

Sur le plan des interactions fantasmatiques, dans le discours, Enzo semble englobé dans la sphère narcissique des parents. Chacun des deux, peine à le décrire autrement que dans la relation à eux-mêmes. Ainsi Magali le décrit comme « *C'est mon petit bébé, c'est mon... c'est mon petit amour, c'est mon petit...* » Quand à Pedro, lui aussi peine à décrire son fils et choisit « *un petit ange* », comme s'il était difficile de prendre de la distance avec une représentation très idéalisée de l'enfant.

L'information à l'enfant

On ressent que ce couple préserve une forme d'intimité en ne nous donnant qu'un discours de façade. Si Magali parvient à utiliser les entretiens pour parler plus authentiquement de sa souffrance, Pedro lui se sent jugé et réagit de manière très défensive. L'humour, comme défense et comme attaque, tente de préserver la réalité de l'espace intime. A ce titre, nous ne sommes pas en mesure de nous représenter clairement les craintes ou les interrogations du couple concernant l'information à l'enfant. Ils disent vouloir le lui dire mais le discours sur la question nous apparaît très fermé.

Humour défensif et flou de la communication

Avec l'humour se crée une forme de flou dans le discours de telle sorte qu'on ne parvient pas à savoir s'il dit ce qu'il pense vraiment. L'utilisation de l'humour, permet à Pedro de rendre ses réponses évasives et de créer une forme de désinformation. Pedro met une barrière (humoristique) entre lui et nous. Avec la dérision, la communication reste en surface. De nombreux éléments du discours nous donnent à penser que ce couple ne pouvait pas réellement se dévoiler, aussi parce qu'ils ne pouvaient pas faire exister une quelconque forme de conflit entre eux.

Pedro se sent jugé et réagit aussi avec l'humour comme un bouclier défensif. Il cherche vraisemblablement à nous ôter la parole en répondant de manière soit non-informative (oui/non/normal), soit provocatrice. Il peut dire soit des choses violentes sur un ton badin, comme lorsqu'on lui demande comment lui et Magali se sont mis d'accord pour le don, il nous répond : « *Non, je l'ai frappée pour qu'elle soit d'acco... non.* » On retrouve cette agressivité défensive à l'entretien du 3^e mois du bébé, comme lorsqu'on demande au couple comment ils ont choisi le prénom et qu'il répond « *Bon, je l'ai cognée avant (rit)* ».

Au cours de la grossesse, Pedro et Magali n'ont pas « réglé la décision » d'en informer l'enfant plus tard. Ils évoquent à la fois leur souhait que l'enfant l'ait toujours su et la crainte des « ravages » que le secret peut provoquer si l'enfant l'apprend à l'âge adulte. Ils souhaitent à priori lui en parler lorsqu'il sera en âge de comprendre et se représentent qu'il y aura un moment opportun. « *Mr : Pour lui dire ni trop tôt, ni lui dire trop tard. Il va y avoir un moment où on va se dire « Bah, c'est là. » Et on le fera. »* Après cet échange cependant, Pedro use du sarcasme « *Bonne réponse !* » ce qui est révélateur de son malaise à se sentir observé mais qui laisse entendre aussi un possible discours de façade. L'essentiel étant de donner la bonne réponse et non pas de se dévoiler authentiquement.

Au cours de l'entretien du 3^e mois du bébé, le couple nous fait part du même choix d'en parler à l'enfant plus tard. On ressent cependant que la question n'est pas encore d'actualité et que le couple n'en a pas parlé entre eux. Ils souhaitent que cela se fasse « naturellement », sans pour autant s'être imaginés une manière de faire. « *Mr : on était parti du principe oui on va lui dire mais on a pas une date précise on a pas un truc précis, ça- ça arrivera quand ça doit arriver donc euh... donc on se met-, je lui met pas de pression du tout. »*

On apprend au détour de l'entretien que Magali s'est ouverte à son entourage sur la question. A la surprise de Pedro, elle s'est confiée à sa mère et à une autre amie. On perçoit une gêne mais le couple n'en dit rien devant nous.

Malheureusement, l'absence d'entretien aux 18 mois du bébé ne nous permet pas d'avoir un discours plus concerné du couple confronté à l'enfant qui démarre le langage. On perçoit que pour l'instant ces questions sont encore très abstraites ou impossibles pour le couple, qu'ils n'ont pas évoqué ensemble les enjeux de la révélation pour l'enfant et pour eux-mêmes.

Alliance familiale au LTP

L'alliance familiale de **Pedro, Magali et Enzo** à 3 mois est de type « **désordonnée chaotique** » avec des éléments d'exclusion. Dans cette triade, le papa prend beaucoup de place au détriment de la maman. Le temps des parties est très déséquilibré et dans les séquences ensemble, le père ne permet pas à cette maman d'avoir un moment d'échange serein avec son bébé. On observe un **surinvestissement du père** qui est bien souvent sur-engagé dans une recherche de proximité physique avec son bébé. Le père ne parvient pas à lâcher son bébé alors que la mère n'est jamais à la bonne distance et se met beaucoup en retrait. Cette mère ne s'autorise pas non plus à prendre sa place et se met activement en retrait pour donner toute latitude au père. Elle parle à son bébé mais à une trop grande distance d'interaction. Aucun des deux parents ne permettent à l'enfant de s'engager dans le jeu. L'enchaînement des parties est difficilement lisible et les interférences sont nombreuses. Bébé finit par se désengager de l'interaction inadéquate, soit sur-stimulé soit l'inverse. Il ne parvient pas à développer ses compétences d'autorégulation. Le phénomène « **d'enfant au centre** » est très important chez ce couple. Les parents vivent une anxiété majeure projetée sur le bébé qui s'exprime dans une crainte que l'enfant soit mal. Ils sont en accord dans leur préoccupation mais ne sont pas coordonnés dans leur comportement. Les phases de transition sont illisibles. Par ailleurs, ce couple semble privilégier l'interaction père-fils, Magali laisse activement la place au père qui lui, ne favorise pas non plus l'interaction mère- bébé. Il n'y a finalement pas de moment de couple, ce qui laisse entrevoir potentiellement une importante rivalité. Lorsque Magali initie la phase IV, Pedro s'y oppose sur un ton agressif : « *Il [Le bébé] est pas content en fait quand on parle ensemble.* » Tous les 2 attendent ensemble que ça se termine.

Apports du LTP au discours

Le LTP nous permet ici d'observer ce que nous pouvions percevoir dans le discours latent du couple : le surinvestissement paternel, la rivalité conjugale ainsi que la difficulté du couple à communiquer sur leur état émotionnel. On observe aussi un phénomène d'identification projective où c'est l'enfant qui est perçu comme étant mal à l'aise, sans avoir pourtant manifesté une gêne, et vient signifier le malaise du couple parental. Par ailleurs, Magali est très à distance des interactions avec son fils alors qu'au cours des entretiens, lorsqu'elle avait son fils avec elle, le portage et l'interaction était plus ajusté. Il est donc vraisemblable que c'est l'interaction triadique qui a mis en exergue les difficultés dans l'alliance familiale.

Couple 8 : Marja, Alessandro et Martin

Le don, le silence protecteur et l'enfant messager



Anamnèse et éléments chronologiques

Le couple 8 est marié, ensemble depuis 7 ans. Marja est d'origine Belge néerlandaise, francophone et Alessandro est d'origine portugaise mais il est né en France. Tous deux s'expriment parfaitement en français.

La question des origines culturelles est importante car elle fait partie intégrante de ce couple mixte : pour des raisons opposées ils ont tous les deux voulu prendre de la distance avec leurs familles respectives. L'union de Marja avec un étranger a été une manière de prendre de la distance avec une famille qu'elle qualifie de « fusionnelle » : « *c'est pas qu'ils se mêlaient de tout mais... mais bon (petit rire)* » Alessandro quant à lui entretenait des relations conflictuelles

avec ses parents. Son père a traversé une grave dépression et a fini par se suicider peu après qu'Alessandro quitte le domicile familial à 20 ans pour échapper à la tristesse ambiante. Sa mère et sa sœur, dépressive elle-même, l'ont rendu en partie coupable de la mort de son père. Malgré cet éloignement, l'image que leurs parents respectifs se fait d'eux reste très importante. A plusieurs occasions, il semblerait que le couple veuille reproduire le modèle familial de Marja. Ils n'ont informé personne d'avoir eu recours à un don, ni leur famille, ni leurs proches. Tous les deux se représentent que leurs parents ne comprendraient pas leur choix.

L'élaboration du couple concernant le don et/ou le donneur

Banalisation du recours au don et mise à distance émotionnelle

Dès la grossesse, ce qui frappe chez ce couple c'est cette apparente indifférence face à l'infertilité et à la nécessité d'avoir eu recours à l'IAD. Le flou du discours sur le don, la banalisation et la mise à distance émotionnelle s'observent au cours de 3 entretiens, à commencer par l'évocation de leur désir d'enfant. Ce couple est le seul qui nous explique qu'ils ne souhaitaient pas tant que ça avoir un enfant. Marja relève : « *Ben je pense qu'aucun de nous avait un désir très fort en fait. [...] je trouve que le mot « désir » est très fort.* » On voit bien ici la mise à distance à la fois émotionnelle et pulsionnelle que pourrait impliquer le désir d'enfant. Parler de « désir » est aussi évocateur de sexualité, de libido et peut-être que ce n'est pas pensable pendant la grossesse, alors qu'elle est enceinte d'un autre que son conjoint. Le mot « désir » apparaît ici trop fort, presque transgressif, venant faire effraction dans une représentation plus lisse de la parentalité par don, a-sexuée ou qui a pu faire l'économie de l'accouplement. L'infertilité, l'attente, le don n'ont eu aucun impact sur leur sexualité, preuve encore de la distance émotionnelle du couple vis-à-vis de leur parcours. Les deux s'accordent pour « faire comme si de rien n'était. »

De nombreux éléments font écho à un pacte dénégatif concernant l'infertilité. La dénégation du recours à un don s'observe de manière massive lorsque le couple relate leur parcours d'aide médicale à la procréation. Alessandro commente : « *Ben en fait on a trouvé l'idée assez euh...sympathique finalement (rit), assez, non mais je veux dire assez... facile, le coté pratique quoi.* » Le couple banalise tout le parcours d'infertilité, comme l'annonce, et se félicite des aspects « pratiques » du don, un terme qui revient souvent révélant un

fonctionnement très opératoire. A les entendre, on a l'impression que cela s'est fait sans aucune émotion de honte, de tristesse ou de colère : « *Alessandro : L'insémination artificielle, c'est facile, c'est naturel* » Seule la question de la stimulation est évoquée et les gamètes extérieurs au couple sont mises au silence.

La question du tiers donneur n'est jamais évoquée spontanément par le couple: « *tout s'est fait naturellement* ». Le terme « naturellement » qu'ils utilisent lorsque je leur demande comment s'est fait le choix du don est ironique et paradoxal : il évoque à la fois une distance émotionnelle vis-à-vis du don mais aussi une forme de dénégation de l'infertilité et du recours au don : on pourrait croire que tout s'est passé « *naturellement* » comme ils le laissent entendre.

La dénégation de l'infertilité s'observe aussi chez Alessandro qui nous explique : « *Voilà, si ça avait été pas possible- [...] On aurait été un peu déçu mais pas non plus malade.* ». Ici « *malade* » peut s'entendre au sens de « triste » mais aussi de malade comme « infertile ». Alessandro nous dit qu'il n'est pas malade et qu'il ne voulait pas non plus se rendre malade de son désir d'enfant : cette infertilité ne peut et ne doit pas le fragiliser. La mise à distance émotionnelle est à l'œuvre et il explique : « *... ça m'a pas rendu malheureux, ça a un peu... enfin une fois on se pose la question pourquoi ça m'arrive c'est bizarre quand même je me dis et puis euh, et puis ben voilà.* ».

Le don est apparu au couple comme la solution la plus « *pratique* » et la plus « *facile* » car Marja n'allait subir qu'une stimulation et pas une FIV. La préoccupation pour le corps de Marja vient masquer le don de spermatozoïdes.

Le couple s'est engagé mutuellement à n'en parler à personne dans le but de se protéger du jugement des autres et plus particulièrement de celui de leurs familles respectives, s'accordant dans un pacte du silence tacite concernant le don. « *Alessandro : - ou se justifier, voilà, de, de dire que voilà, telle personne est responsable, que c'est à cause de ça que les problèmes viennent. Enfin on sait jamais, on peut être euh, on peut être assez surpris, enfin nous on peut être assez surpris des réactions, même de nos parents.* » Alessandro et Marja se représentent que parler de leur choix du don serait exposer leur couple à des critiques et à une incompréhension, ce dont ils veulent se prémunir pendant la grossesse et autour de la naissance. Ils envisagent cependant de le dire à l'enfant et seulement à lui.

Aux 3 et aux 18 mois de l'enfant, le couple témoigne de mécanismes forts pour mettre à distance la question du don. « *Alessandro : On l'a oublié* ». La plupart de l'entourage trouve que l'enfant ressemble à son papa « *Marja : Et du coup on lève pas du tout le secret, on joue le jeu* ». Le couple se retrouve renforcé dans leur silence par cette affiliation du bébé à son père à travers le regard des autres. Ce silence correspond alors à la reconnaissance d'Alessandro en tant que papa.

Représentations du donneur

Depuis la grossesse, le couple avoue ne jamais parler entre eux du donneur alors qu'ils pouvaient l'évoquer ensemble avant. Alessandro dit spontanément ne pas penser au donneur. Il se ravise finalement et endosse le même avis que sa conjointe qui avoue y penser parfois, comme si une divergence d'opinion entre eux ne pouvaient pas être possible et qu'ils devaient nécessairement avoir le même avis.

Marja met en avant des éléments d'idéalisation du donneur qu'elle imagine comme quelqu'un de généreux. Le donneur apparaît donc en pointillés à travers l'acte de donner et c'est finalement la seule ouverture que Marja s'autorise sur ses représentations du donneur. Elle tient énormément à cette « générosité » du don. La gratuité de l'acte du don a concouru à leur choix d'avoir recours à un donneur en France plutôt qu'en Belgique où les donneurs sont rémunérés. La personnalité altruiste et généreuse du donneur sont des supports de projections favorables qui permettent d'appréhender à la fois l'enfant qu'elle porte et les gènes de l'inconnu qui l'ont en partie constitué.

Chez Alessandro, on observe à la fois un désir de représentation : il n'imagine pas la personnalité du donneur mais plutôt les aspects physiques, qui aurait des caractéristiques proches des siennes ; et un mouvement de mise à distance : on lui a proposé que le donneur soit portugais mais il a répondu qu'il n'y tenait pas nécessairement. On comprend qu'il faut à la fois que le donneur soit proche afin de pouvoir s'y affilier mais pas trop proche non plus pour ne pas devenir une figure avec des contours imaginables. Un donneur dont on pourrait trop bien s'imaginer la physionomie deviendrait certainement trop réel, potentiel rival à la paternité du père.

A 3 mois, le couple évoque très souvent le donneur dans leur quotidien à travers cette question des ressemblances. Ils observent que leur fils ressemble au président de la république et s'autorisent à fantasmer avec humour que ce pourrait être le donneur. Chacun, lorsqu'il croise quelqu'un qui ressemble à leur fils se dit : « *Alessandro : tient j'ai vu telle personne, si ça se trouve c'est lui, parce qu'il a, il a un fils qui ressemble* » ou « *Marja : il y avait une petite fille de deux mois [...] quand je suis rentrée j'ai dit « ça se trouve c'est sa sœur* ». Cependant, alors que Marja assume plus volontiers la place qu'elle donne au donneur dans ses pensées, Alessandro s'en défend : « *c'est pour rigoler* ». Le donneur est donc présent dans les représentations de ce couple et ils le recherchent même à travers les ressemblances avec leur fils. La question de la ressemblance physique est importante pour tous les deux.

A 18 mois, la représentation du donneur prend toujours la même forme et le couple continue à s'interroger sur les ressemblances lorsqu'ils croisent quelqu'un qui a des traits identiques à leur fils. Ils font à nouveau référence au président de la république mettant ainsi en avant une figure du donneur idéalisée.

La dimension narcissique du lien conjugal

Le couple fonctionne à la fois de manière très complémentaire et dans une forte identification à l'un et l'autre. Alessandro s'affilie à la lignée familiale de sa femme plutôt que la sienne. Au cours des 3 entretiens, il s'exprime par mimétisme avec sa femme et cherche son approbation. Il aligne son propos sur celui de Marja, n'affirme jamais pleinement ce qu'il dit et ponctue ses phrases par « *enfin, je sais pas* » en l'interrogeant du regard. Marja, quant à elle, porte en partie l'infertilité de son conjoint. Le couple a parlé à tout le monde de « problèmes d'infertilité » ne précisant pas s'il s'agissait de problèmes de Marja ou d'Alessandro. Ils disent qu'ils ont eu recours à une « *insémination artificielle* » ce qui laisserait entendre une fertilité plus fragile du côté de Marja. A les entendre, on ne sait pas qui est porteur de l'infertilité. Le flou du discours permet de faire « comme si » le couple ensemble était infertile, et non pas seulement un seul.

Ainsi la mobilisation narcissique du lien du couple s'observe au travers de cette identification à l'autre et cette nécessaire adhésion au discours de l'autre. Lorsque le discours entre eux n'est pas aligné, les tensions sont alors perceptibles.

La projection des angoisses sur l'extérieur

Si le couple se recentre sur lui-même, c'est sur la sphère extérieure au couple que sont projetées toutes les angoisses. Tous deux craignent le regard des autres et font dire aux autres leurs propres craintes.

Ce qui inquiète Alessandro c'est la légitimité de sa paternité au regard des autres. La révélation de la conception à un tiers, quel qu'il soit, pourrait mettre en péril l'équilibre du couple ainsi que la légitimité de sa paternité. « *Alessandro : ce qui me dérange le plus c'est, je suis un peu inquiet c'est voilà, des influences extérieures, et c'est plus ça. Faut... mais après on est suffisamment solides pour, s'il y a des gens qui...qui euh qui qui euh, qui nous tracasseraient avec ça mais bon* ». Les projections se font massivement vers la figure du beau-père, le père de Marja. C'est cet homme, apparenté à une figure paternelle toute puissante, qui serait susceptible de lui faire du mal en le blessant. Dans une rivalité œdipienne avec son beau-père, Alessandro se trouve renvoyé à une position infantile.

Marja craint, elle aussi, que sa famille lui renvoie le manque de légitimité de son conjoint en tant que père. « *Ma famille pourrait peut-être mettre euh, comment ça se dit euh, ne pas croire à ton autorité de père.* » Cette crainte renvoie à la fragilité du lien biologique et à la présence d'un tiers qui serait « pour des parents » plus légitime pour en doser l'identité de père. Cette crainte évoque aussi une défense contre des fantasmes d'adultère en mettant en balance un autre homme plus fertile, viril et compétent.

Les interactions triadiques

Paternification et rivalité parentale

A 3 mois, Alessandro est un papa très impliqué qui fait tous les soins qu'il peut dès qu'il est présent. Ce père ne témoigne pas de surengagement auprès de son fils mais recherche des moments d'exclusivité avec lui et l'emmène seul en promenade pendant 2 ou 3 heures, pour le plaisir de partager un moment tous les deux. Le reste du temps, le couple se retrouve toujours à 3 avec bébé. L'investissement paternel s'observe aussi au travers du choix du prénom, dérivé du prénom de son père à lui et de son grand-père maternel et évocateur d'un désir de raccrocher son fils à sa lignée à lui.

Les mouvements de Marja pour paternifier le père sont perceptibles « *Et c'est toujours Alessandro qui donne le bain.* » ou encore « *dès qu'il était là mon mari, j'ai toujours essayé de lui donner priorité, enfin du coup c'était un peu ça le partage.* » Elle cherche à favoriser au maximum les échanges père-enfant et se met parfois en retrait des interactions pour favoriser leurs moments père-fils.

On perçoit une forme de rivalité entre les deux parents : « *Marja : il veut tout le temps s'occuper de lui il ne me laisse pas la place (rit) non je rigole. Non mais c'est vrai, dès qu'il est là bon, euh je le laisse tout faire et justement il aime beaucoup ça alors que c'est un père très très très occupé.* » Marja s'autorise alors à dire son ambivalence à mots couverts : « *quand il est là c'est pas toujours facile parce que j'essaye justement de lui donner la place et en même temps voilà, je trouve ça...* »

Elle souhaite à la fois donner de la place au père sans pour autant se mettre de côté. On observe certaines tensions dans le partage des tâches autour du bébé : « *Marja : Parce que je l'entends pleurer et il met du temps à le calmer, et j'ai envie d'y aller aussi et c'est... Alessandro : Oui je pense que quand il pleure et que c'est l'autre qui le calme, on a l'impression que c'est toujours plus long, que la phase d'apaisement est plus longue* »

Le coparentage

Le coparentage de ce couple apparaît « cohésif ». Le soutien émotionnel entre les deux parents est élevé. Les échanges sont emprunts d'affection et de chaleur. L'engagement vis-à-vis de l'enfant est mutuel et de bonne qualité avec une recherche « d'égalité » des parents. On observe un désir d'exclusivité du père et quelques conflits autour de l'enfant concernant l'habillement et les vaccins mais ceux-ci sont négociés positivement par le couple.

A 3 mois, le couple dans un désir de partage égalitaire organise les soins à l'enfant de manière systématisée. C'est le père qui donne systématiquement le bain, qui s'occupe des purées, comme pour compenser la proximité maternelle avec l'allaitement.

A 18 mois, le coparentage se fait de façon spontanée et chacun semble y trouver son compte. La répartition des tâches autour de l'enfant se fait de manière plus flexible en fonction de qui est disponible, comme si le couple s'était aussi apaisé. Le couple est globalement d'accord sur les questions relatives à l'éducation mais c'est Alessandro qui s'est accordé à sa femme : « *Je me suis fait à ton école parce que Marja est spécialisée dans la pédagogie.* » Le

couple valorise mutuellement les compétences et l'implication de chacun et on perçoit une vraie force puisée dans le regard de l'autre. Alessandro admire sa femme : elle qui n'est pas pragmatique d'habitude, a tout organisé pour son fils, alors que c'est lui qui gère les questions matérielles. Marja admire elle aussi l'investissement d'Alessandro auprès de son fils, car il est concerné et renseigné sur de nombreux aspects comme la santé de leur enfant, lui qui d'habitude ne s'y serait pas nécessairement intéressé.

Evolution du couple conjugal

Le couple à 18 mois est toujours très centré sur l'enfant, ils ne prennent que peu de temps pour le couple ni chacun pour eux-mêmes et ne voient plus leurs amis. « *Marja : C'est vrai qu'il [l'enfant] est très prioritaire on va dire.* » Le couple essaie cependant de sortir parfois mais ils reconnaissent que c'est très exceptionnel et qu'ils ne confient leur enfant que lorsque les parents de Marja sont là pour s'en occuper. Aux 18 mois de Martin, la rivalité conjugale autour de l'enfant est toujours perceptible et s'exprime à travers la recherche d'Alessandro d'un lien d'exclusivité avec son fils qu'il trouve dans les balades qu'ils font seulement tous les deux « *Alessandro : des fois quand je rentre tard, enfin pour compenser les fois où je suis... mais après oui je suis, j'aime beaucoup être avec lui, enfin j'aime beaucoup être tout seul avec lui aussi. Enfin j'aime bien quand on est avec lui mais des fois j'aime bien être tout seul avec lui aussi (petit rire)* ».

Le couple cherche à montrer une image positive d'eux-mêmes, comme on le comprend avec l'évolution du discours à 3 mois et à 18 mois.

A 3 mois, le couple explique que Martin dort peu la journée mais qu'il fait ses nuits depuis qu'il a 8 jours. Lorsque bébé se réveille, Alessandro lui glisse à l'oreille : « *Il est là le docteur alors attention hein !* ». Mais au cours de l'entretien des 18 mois, le couple révèle que le sommeil a été très difficile pour Martin, qui jusqu'à la fin de l'allaitement à ses 13 mois, se réveillait encore plusieurs fois par nuit : « *Marja : Pour les nuits qui n'étaient pas compliquées il nous réveillait 2 fois entre minuit et 6h. [...] Les mauvaises nuits, minuit, une fois à 3h, une fois à 6h* ».

Le couple ne peut s'autoriser à dire les aspects négatifs de ce qu'ils ont pu vivre, seulement après que les difficultés soient derrière eux. L'idéalisation de l'enfant et de la parentalité est aussi une manière de se légitimer en tant que parents.

Cette observation va dans le sens d'une difficulté des parents à accueillir les émotions négatives envers l'enfant.

Les représentations de l'enfant

Les représentations de l'enfant ne sont pas teintées d'étrangeté. Martin est un bébé décrit comme facile, souriant. Le couple cherche à nous montrer une image positive et la plus neutre possible de ce qu'ils vivent et de leur enfant : « *Alessandro : Un peu vif mais bon pas trop enfin excité* ». Les représentations de l'enfant sont cependant très positives et joyeuses. Martin est perçu comme « extrêmement bricoleur », ce qui est une manière de l'affilier à son père qui se présente lui-même comme ayant ce hobby.

A 3 mois, comme à 18 mois les angoisses du couple autour de la santé de l'enfant sont très présentes. Les différents du couple existent sur les préoccupations autour de la santé de Martin, et notamment concernant les vaccins. Chacun argue que c'est l'autre qui ne souhaitait pas faire les vaccins, les craintes de l'autre leur permettent concomitamment de conforter les leurs et de s'en détacher en les faisant s'exprimer à travers l'autre. Ils ont finalement décidé de faire tous les vaccins. Ces interrogations s'accompagnent d'angoisses de mort et de perte de l'enfant. Ces angoisses ne sont pas nécessairement imputables au don de sperme. Marja fait le lien entre ses craintes de la mort subite du nourrisson et le fait qu'elle-même, bébé, aurait failli mourir, son expérience enfant à l'hôpital l'ayant profondément marquée. Martin dort donc avec un détecteur de mouvements qui émet des sons dès qu'il bouge. De son côté, Alessandro, loin de rassurer sa femme, est aussi inquiet. L'inquiétude sur le monde extérieur perçu comme hostile se retrouve à travers la question des vaccins potentiellement nocifs pour l'enfant, en lesquels on ne pourrait pas avoir confiance.

L'information à l'enfant

L'ambivalence des parents

Dès l'entretien de grossesse, on perçoit une ambivalence majeure du couple vis-à-vis de l'information à l'enfant. De plus, le couple n'a pas le même discours sur la question : le couple est en désaccord, sans que celui-ci puisse être formulé.

Ainsi Marja souhaite en parler à l'enfant mais évoque au cours des 3 entretiens, sa crainte que l'enfant puisse leur reprocher d'avoir eu recours à un don, et particulièrement à un donneur qui soit anonyme. Si le don avait été fait en Belgique, il aurait pu avoir accès à ses origines. Elle souhaite en parler à leur enfant par honnêteté, pour qu'il n'y ait pas de secret de famille.

Alessandro explique « *qu'à l'inverse* », l'information à l'enfant est vécue comme une contrainte nécessaire, c'est plus pour ne pas qu'il l'apprenne par hasard. Il se contredit souvent, dit qu'il aimerait en parler, puis se ravise. « *Oui mais est-ce qu'il le saura ?* » ou encore : « *oui et puis peut être qu'on fera autrement.... peut-être qu'on le dira....pas.* »

La question du secret et de la parole font par ailleurs écho à sa propre histoire familiale : « *C'est vrai que moi je viens d'une famille où on n'aimait pas trop dire les choses, on aimait cacher les choses ! J'avoue que je n'ai pas trop aimé ça, je parle plutôt assez librement... Enfin, sauf de ça !* [de son infertilité et du don de sperme] *Bon, après j'en parlerai mais....* »

Ces contradictions permettent d'entrevoir une réflexion en cours, un cheminement fait d'allers et retours.

A 18 mois, Marja évoque à nouveau ses craintes que l'enfant lui reproche d'avoir eu recours à un donneur anonyme. On observe un désaccord du couple concernant l'information à l'enfant. Alessandro, toujours ambivalent, ne s'est pas encore décidé alors que Marja dit avoir déjà commencé à en parler à leur fils.

« *Marja : On l'a déjà informé.*

Alessandro : Enfin, on l'informerait plus tard mais, enfin je lui en parle pas parce que je me dis...

Chercheuse : (en même temps que Mr, finalement je dis le contraire de Mr, suivant l'idée de Mme) : Et donc là, finalement, dès à présent, vous lui en parlez ?

Alessandro : Non, je pense que..

Marja : Ben, on lui a dit une fois, je pense en rigolant hein ! Pour l'instant, il parle pas...

Alessandro : Oui, on se dit, il comprend pas... Enfin, on aborde pas... Je sais pas. »

On observe un décalage dans la conversation, tous les deux se contredisent. Le discours est confus et je me rends compte uniquement au cours de la retranscription que le choix n'est pas si définitif pour ce père.

L'enfant messenger

Dès la grossesse, le couple s'accorde pour en parler à l'enfant plus tard mais souhaite que ce soit l'enfant qui informe leur entourage familial de sa propre conception, en grandissant. Ils ont ainsi « transformé » un conseil qui leur avait été donné par un psychiatre du CECOS : il ne faudrait pas que trop de personnes le sachent avant votre enfant si vous ne voulez pas qu'il l'apprenne fortuitement. Ils ont pris la décision que ce serait l'enfant qui le premier serait au courant et que c'est lui « *s'il le souhaite* », qui pourrait en informer plus tard ses grands-parents, c'est-à-dire leurs propres parents : « *à la limite c'est à lui après de le dire, aux grands-parents quoi.* ».

Ce positionnement m'a tout de suite interpellée et j'ai interrogé le lourd mandat dont l'enfant devenait alors porteur. Le couple n'a pas réagi à l'objection que je formulais, ne souhaitant pas se départir de leur « solution » devant les craintes que génère la révélation à leurs familles.

De mon point de vue, le risque est que l'enfant devienne à la fois le porteur et le messenger d'un secret de famille. L'injonction paradoxale est ici manifeste et consiste à dire à l'enfant : « tu peux le dire même si nous, tes parents, avons eu peur de le faire, de peur de fragiliser ton père et la famille, mais c'est ton libre choix ». L'enfant risque d'être confronté à un choix impossible. Parentifié, il devient celui qui doit protéger ses parents du jugement de leurs propres parents.

Lorsqu'il a 3 mois, le mandat formulé à l'enfant est clair : « *Marja : Et du coup on dira rien à la famille parce que on veut que ça soit lui qui dévoile cela* ». « *Marja : On trouvait ça rigolo.* » Notons cette phrase qui témoigne d'un positionnement infantile de ces parents, révélateur de l'angoisse majeure que soulève la révélation à leurs parents.

Le maintien du silence pour le couple mais quelle issue pour le désaccord conjugal ?

Dès la grossesse, Marja qui est très proche de sa famille, consent à ce silence sur la conception auprès de son entourage car elle perçoit que c'est une condition pour que son couple et que sa famille se déploie sereinement, à l'abri du jugement de sa famille. Elle souhaite cependant être relevée de ce secret et que ses parents l'apprennent, à terme, elle qui ne leur a jamais rien caché.

En revanche, Alessandro ne souhaite pas que leurs familles respectives soient informées de son infertilité. Il a peur que des membres de la famille « le vivraient mal » mais surtout peur d'être rejeté et d'être destitué de sa fonction paternelle. La fragilité subjective du lien de filiation

d'Alessandro à son enfant apparaît au fil du discours. Il s'imagine que si les régimes totalitaires prenaient le pouvoir ou que les gens qui militent pour une forme de famille exclusivement traditionnelle étaient entendus, il pourrait ne plus être reconnu comme le père de son enfant. On perçoit combien le secret est ici en écho avec la fragilité du sentiment subjectif de la légitimité de ce père en tant que père.

Au cours de l'entretien des 18 mois, Marja fait un lapsus qui témoigne de sa propre difficulté à maintenir cachée cette information à sa famille dont elle est si proche : « *Marja : Ben, je pense qu'il ne faut pas mentir à ses pa... [sous-entendu : à ses parents ?] à ses enfants, il a le droit à cette information, c'est son identité. »*

La discussion ouvre sur un nouveau désaccord dans le couple : Marja s'imagine en parler à la famille si finalement la « *stratégie* » de le faire dire à l'enfant « *ne marche pas* ». Alors qu'à l'inverse, Alessandro ne compte pas révéler le secret si l'enfant n'en parle à personne. Il compte au contraire en profiter pour que le don (et son infertilité) ne se sache jamais. « *Alessandro : Non. Ben non quoi, c'est notre vie, je sais pas. Pourquoi en parler ? Pourquoi le dire à tout le monde ? Le dire à Martin oui mais après... »*

Alors qu'Alessandro commence à expliquer sa gêne à révéler la conception à des tiers, Martin tombe de sa chaise et se fait mal. Ses pleurs couvrent les paroles et sa chute fait office de scansion, comme s'il venait au secours de son père et empêchait déjà la parole d'advenir. La force de cet événement nous ramène à l'extrême sensibilité des enfants qui, très tôt, comprennent le mandat inconscient qui leur est transmis.

Alliance familiale au LTP

L'alliance familiale d'**Alessandro, Marja et Martin** a 3 mois est de type « **coopérative fluide** ». Le couple parvient à co-construire un jeu autour de l'enfant, on perçoit du plaisir partagé à chaque phase. Chacun des parents respecte le temps de l'autre et s'appuie sur l'autre pour se coordonner auprès de l'enfant. Les parents discutent ensemble et s'ajustent aux difficultés du bébé. Martin manifeste beaucoup de plaisir à jouer avec ses deux parents, fait des invites interactives et participe. Lors du temps père-bébé, Marja s'exclue de l'interaction en sortant du champ de vision comme pour favoriser pleinement l'échange entre eux mais elle se

rassoit lorsque Martin et son père sont ajustés. Lorsque Martin manifeste son agacement et sa fatigue, ses parents font chacun des propositions adaptées pour s'ajuster à lui. Ils parviennent à le calmer et retournent dans le jeu. On perçoit cependant une tendance de ce couple à mettre **l'enfant au centre** en phase IV : rapidement, les parents se tournent vers l'enfant et l'incluent dans l'interaction du couple, par le regard et l'inclinaison du buste, ils sont toujours engagés auprès de l'enfant, puis lui caressent les pieds pour finalement le faire complètement participer à la conversation. Le couple refait un moment à 3 après la phase IV. L'échange est joyeux et chaleureux et on comprend qu'ils veulent finir par un moment agréable à 3.

Au LTP des **18 mois** l'alliance de cette famille est toujours **coopérative fluide**. Les parents parviennent à respecter les 4 phases du jeu de manière équilibrée et sans trop interférer dans la patrie de l'autre. Le temps de couple est respecté et la réponse des deux parents aux mouvements de l'enfant est adaptée. On perçoit du plaisir à être ensemble dans les 4 phases. Il est plus difficile pour Alessandro de ne pas intervenir dans le jeu de sa femme. Il s'appuie beaucoup sur elle : poursuivant ou imitant les mêmes jeux, l'interrogeant à chaque fois pour la suite des événements. Le temps de couple en phase IV est respecté à moitié : les bustes des parents sont toujours engagés vers l'enfant, ils répondent à la sollicitation de l'enfant en jouant avec lui pendant 1 minute puis retournent à leur conversation.

Apports du LTP au discours

La coordination des parents autour de l'enfant et la chaleur familiale permettent de temporiser les petits désaccords que nous avons pu observer dans le discours. Le couple est attentif à l'autre et à l'enfant et s'ajuste de façon tout à fait adaptée aux manifestations de l'enfant. Le LTP nous permet de temporiser la question de la rivalité parentale que nous n'observons pas dans les interactions. En revanche, Alessandro s'appuie sur Marja et fonctionne par imitation dans ses modalités interactives, ce qui nous semble compris comme une valorisation pour Marja de ses compétences et vient renforcer le couple.

Chapitre 8

Résultats transversaux

Dans ce chapitre nous reprendrons les résultats obtenus pour chaque hypothèse

A. Résultats Hypothèse Générale 1

HG 1 : Dès la grossesse, il existe chez les couples ayant eu recours à une IAD un pacte dénégatif au sujet de l'existence du donneur.

Avec cette hypothèse, nous souhaitons approfondir la compréhension de la manière dont le couple se réorganise suite à une infertilité masculine et au recours à l'insémination artificielle avec donneur (IAD). Les auteurs ont pu observer un phénomène de déni ou de dénégation concernant l'existence et la place du donneur (Delaisi de Parseval, 2008; Weil, 1997). Nous postulons que ce phénomène de dénégation s'observe comme un mécanisme de défense conjugal, partagé par les deux membres du couple et constituant un « pacte dénégatif ». Ce pacte dénégatif s'observe au travers d'une mise à distance des représentations associées au don et/ou au donneur, partagée par les deux membres du couple. (HO1-A). Ce pacte dénégatif aurait pour fonction de maintenir de l'homéostasie du couple conjugal en évacuant la question du donneur et en renforçant le couple (HO1-B). Ce pacte dénégatif s'étaye sur une mobilisation du lien narcissique du couple qui, ébranlé par l'infertilité, se recentre sur lui-même. (HO1-C).

HO1- A Le pacte dénégatif s'observe au travers d'une mise à distance des représentations associées au don et/ou au donneur, partagée par les deux membres du couple.

Chez tous les couples, le premier constat majeur est que le couple ne parle plus ni du don, ni du donneur une fois la grossesse advenue. A la question : « Vous arrive-t-il de parler entre vous du don ou donneur ? », tous les couples nous ont répondu « non », dès la grossesse, comme en témoigne le couple 6 : « *Clément : Pendant la grossesse c'était même plus du tout. [...] Ben on en parlait pas, enfin ça avait plus de sens quoi d'en parler.*

Armelle : oui, je crois que en fait...

Clément : C'était derrière nous. »

Lorsque l'enfant a 18 mois, seuls les couples qui initient des démarches pour un 2^{ème} enfant et retraversent les démarches du CECOS (1, 3, 6, 8), évoquent le don entre eux. Dans le discours on observe des difficultés du couple à en parler ensemble, et avec les autres en général. On observe de nombreux mécanismes du discours visant à contourner la question du don (3, 8). Charlotte (3) parle de « *protocole* » médical qu'elle a suivi pour tomber enceinte ou Luc qui explique : « *Ça me permet de pas exprimer de dire : « c'est ma fille »* », comme Alessandro (8) qui parle « *d'insémination artificielle* » sans préciser « avec donneur ».

On constate un flou dans le discours sur la conception par don pour 5/8 couples. Souvent, le couple n'est pas clair sur qui est au courant du don et qui ne l'est pas (2, 3, 4). Ces couples font « comme si » l'entourage le savait alors que rien n'a été dit. Le couple peut rester évasif quant aux modalités de la conception avec son entourage (2,3,7). Deux couples n'en ont parlé à personne (4, 8).

Ainsi, Jean apprend au détour du 2^{ème} entretien que Mathilde (2) s'est confiée à des amis et à des membres de sa famille sans qu'il le sache ou plutôt sans qu'il n'ait voulu savoir, ayant quitté la pièce à l'évocation de son infertilité. Le flou est majeur sur le discours face au don, comme sur le vécu affectif en général. Jean et Mathilde font comme si « personne » n'était au courant alors qu'ils savent tous les deux que Mathilde s'est confiée à des proches.

Le couple 3 entretient un flou autour de la conception. Ils parlent à mot couverts de leur parcours comme d'un « un protocole ». Luc s'imagine que tout le monde le sait, incluant ses sœurs et sa mère, alors que Charlotte pointe qu'ils n'en ont parlé à personne.

Enfin pour le couple 7, Pedro s'est confié à sa mère et à sa sœur. Il apprend lui aussi au détour de l'entretien que Magali en a parlé autour d'elle, ce qu'il ne savait pas et qui a généré une tension conjugale.

En revanche 3/8 couples (1, 5, 6) se sont confiés dans leur entourage familial et amical et le discours est clair sur qui est au courant du don.

On observe des mécanismes de déni, de dénégation ou d'évitement, voire d'oubli pour 6/8 couples (1, 2, 4, 5, 7, 8). En fonction des couples, ce phénomène recouvre soit l'infertilité, soit l'existence du donneur, soit la portée affective de l'infertilité et du don.

Les dénégations du don et de l'infertilité sont étroitement intriquées et s'observe chez 4/8 couples (1,4,2,7) :

Thomas (1) est dans une mise à distance massive de la figure du donneur et a recours au déni : « *J'y pense pas du tout quoi. C'est ma fille, c'est comme si que c'était moi le géniteur et point.* » comme à l'oubli « *j'ai eu l'impression d'avoir complètement zappé ce qui s'est passé quoi !* ». Hélène met aussi le donneur à distance des représentations, il est réduit à sa dimension « *purement génétique* ». C'est le spectre de la figure humaine du donneur, rival du père qui est ainsi dénié mais pas son existence en tant que telle.

Chez Khalil (4), le mouvement s'apparente à du déni « *Après c'est du passé pour moi il n'existe pas...* » Il formule de nombreuses mises à distance des représentations : « *C'est loin, loin, loin... Dans une boîte.* » Sonia au contraire ne dénie pas l'importance du donneur. Elle le valorise et le gratifie de lui avoir donné « cet enfant-là ». Dans le même mouvement, elle cherche à minimiser sa place en faisant coexister Khalil et le donneur dans la transmission à l'enfant, dans une identification de Khalil au donneur. Le couple observe un pacte du silence tacite : Sonia consent à n'en parler à personne pour respecter l'intimité de son conjoint.

Pour le couple 2, la dénégation porte sur l'ensemble du parcours d'aide médicale à la procréation. C'est bien l'infertilité de Jean qu'il faut taire, vécue comme honteuse. La dénégation porte aussi sur qui est au courant du don, autre manière de faire « comme si » le don n'existait pas. Chez ce couple c'est l'intensité de l'injonction au silence qui ressort. Cette omerta prend une valeur de pacte de loyauté conjugale, « *Mathilde : Il veut qu'on ne dise rien, qu'on garde tout.* », donnant toute sa dimension au pacte dénégatif.

Pour le couple 7, le pacte dénégatif s'observe au travers de l'impossible discours autour de ce don. L'infertilité de Pedro n'est pas déniée mais elle est indicible. La colère du couple vient masquer la vulnérabilité de l'infertilité. Le couple s'accorde dans un pacte du silence pour ne jamais en parler : ne pas en parler devient une manière de ne pas y penser et de ne pas faire exister le donneur. Lorsque Magali essaie d'évoquer le donneur, Pedro la rembarre et empêche tout discours.

Les dénégations de la portée affective du don et de l'infertilité s'observent chez 2 couples (5, 8). Le déni porte alors sur l'impact émotionnel de l'infertilité :

Pour Arnaud (5), « *Il n'y a pas à être plus ou moins malheureux d'être gaucher ou d'être droitier.* », ce qui a permis à Aurélie de « *relativiser* ». Chez Arnaud, le déni s'observe aussi

concernant le donneur. Il s'était : « *toujours vu donneur de sperme plus tard !* ». En s'identifiant au donneur, il le devient en partie. Pour Aurélie, le recours à un don plutôt que d'être dénié, est transformé en une opportunité positive qui viendrait la libérer d'un schéma de reproduction familial anxigène. Le pacte dénégatif a une valeur importante dans l'économie psychique de ce couple : il s'agit ici, de transformer l'infertilité en une force et de faire comme si l'infertilité n'avait pas de prise sur eux, sans pour autant effacer la question du don.

De la même manière, Alessandro et Marja (8) dénie la portée émotionnelle de l'infertilité et le recours au don devient une « *idée sympathique.* » Pour ce couple, la dénégation autour du don s'observe dans le discours alors qu'ils évoquent avoir eu recours à « *L'insémination artificielle, c'est facile, c'est naturel* », masquant ainsi le rôle du donneur dans l'insémination.

La mise à distance affective apparaît nécessaire pour appréhender la situation de manière positive : le couple ne s'autorise l'expression d'aucune ambivalence sur la question du don, à part concernant la peur des reproches de l'enfant plus tard.

Pour 2/8 couples, nous n'observons pas de dénégation ou de déni concernant le don ou l'infertilité mais une mise à distance des représentations (3, 6). Les couples restent toutefois secrets sur leur conception par don.

Chez le couple 3, on n'observe pas de déni de l'existence du donneur ni de l'infertilité. En revanche, le donneur est mis à distance des représentations par les deux membres du couple. Luc peut dire : « *on fait abstraction* ». Tous les deux, vont chercher à minimiser l'impact du don dans la transmission à l'enfant et à relativiser l'importance de l'héritage biologique dans la filiation. Il existe néanmoins un pacte du silence chez ce couple qui n'en parle pas à l'entourage et favorise le flou dans la communication autour du don.

Chez le couple 6, on n'observe pas de pacte dénégatif concernant le don ou le donneur. Clément parle de son infertilité comme d'une expérience douloureuse qui lui est propre. Le recours au don et au donneur est verbalisé et évoqué avec leurs familles respectives. La pudeur d'Armelle à évoquer le donneur apparaît comme une manière de masquer ses propres craintes à elle qui souhaite nous montrer une bonne image du couple en tant que parents.

Le phénomène de mise à distance des représentations du donneur est partagé par les deux membres du couple. Ceci est vrai pendant la grossesse pour la totalité des couples

que nous avons rencontrés. Cependant, il existe une différence entre les pères et les mères. Du côté des pères, les mécanismes de déni, de dénégation ou d'oubli sont plus massifs que chez les mères qui vont plus volontiers minimiser la place du donneur dans la conception.

Pour les pères, cette mise à distance de la figure du donneur, parfois totale avec le déni ou l'oubli, apparaît nécessaire à l'affiliation au bébé. Le phénomène d'oubli ne s'observe que chez les pères, comme s'il fallait évacuer la figure du tiers donneur pour être pleinement père soi-même. Tous les pères disent ne jamais penser au donneur pendant la grossesse comme Pedro « *Moi ? Non. Du tout. Jamais. Never.* »

Lorsqu'on les interroge sur leurs représentations du donneur, pendant la grossesse, la majorité des pères (5/8 pères) ne se le représentent pas du tout (1, 2, 3, 5, 7). Seuls, Clément (6), Khalil (4) et Alessandro (8) se représentent un donneur qui leur ressemble, comme Clément qui explique : « *J'imagine qu'il a des caractéristiques proches des miennes* ».

Cependant, même pour les pères qui parviennent à faire une place au donneur dans leurs représentations, le mouvement principal correspond à **une mise à distance du donneur** pour tous les pères que nous avons rencontrés. Luc (3), ne s'imagine même pas que le donneur puisse avoir la même couleur de peau que lui, minimisant ainsi l'importance du donneur et la filiation biologique. Alessandro (8) lui aussi « *s'en fiche que le donneur soit portugais* ». Alessandro, Clément et Luc se rejoignent à travers leur réflexion commune sur la primauté de l'acquis sur l'inné. Ne pas vouloir donner de contours au donneur c'est aussi vouloir donner le maximum de place à l'acquis et donc à leur filiation à eux : celle de l'expérience partagée plutôt que la génétique. Cette banalisation de l'importance des traits du donneur permet de relativiser la part biologique dans le développement de l'enfant.

Les pères n'y pensent pas non plus après la naissance. Aux 3 mois de l'enfant, les pères disent ne plus jamais se le représenter, comme l'énonce Khalil : « *C'est dans une boîte.* ». Au 18 mois de l'enfant, les pères n'y pensent plus du tout et le mécanisme d'affiliation à l'enfant se fait aussi grâce à ce déni de l'existence du donneur comme le dit Luc : : « *Mr : Voilà, c'est pour dire tellement que c'est inné, c'est ma fille et voilà. Ça me permet de pas exprimer de dire : « c'est ma fille »* ».

Chez les mères, la mise à distance s'observe au travers des dénégations ou une banalisation de l'importance du donneur. On observe une évolution de la représentation du donneur. Pendant la grossesse, la mise à distance est au premier plan. Après la naissance, le discours des mères évolue vers une représentation plus personnifiée.

Pour 5/8 mères pendant la grossesse, le donneur, est d'abord présenté sous l'aspect purement formel des gamètes. Ainsi, Hélène (1) reconnaît penser au donneur mais le réduit à sa dimension « *purement génétique* », déniait ainsi non pas le don mais la figure du donneur, rival du père, Magali (7) qui parle de « *simples cellules* ». Mathilde Charlotte et Armelle (2, 3, 6) n'opposent pas non plus de rival « *personnifié* » à la figure du père.

La majorité des femmes sont traversées par des angoisses d'étrangeté concernant le donneur pendant la grossesse (1,2, 3, 4, 6). Hélène, Mathilde, Charlotte et Armelle (1, 2, 3, 6) avouent être habitées par des craintes de ressemblances à une figure potentiellement anxiogène comme Hélène (1), qui a peur que l'enfant n'ai pas les traits des membres de sa famille, Mathilde (2) qui évoque sa crainte de ressemblance avec le donneur si c'est un garçon, Charlotte (3) qui énonce ses craintes d'étrangeté « *j'ai croisé un noir au CECOS, j'ai pas aimé sa tête je me suis dit « j'espère que c'est pas lui le donneur » !* ». Le donneur apparaîtrait alors en creux à travers cette étrangeté de l'absence de ressemblance de l'enfant avec ses parents.

D'autres femmes vont se représenter des traits du donneur à travers l'étrangeté de l'échographie, comme Sonia (4) qui s'interroge sur le nez en trompette de l'enfant et Aurélie sur le retard de croissance de sa fille.

3/8 femmes disent ne pas penser au donneur pendant la grossesse (2, 6, 7). On perçoit cependant, qu'elles font cette réponse en présence de leur mari et n'osent pas dire le fond de leurs pensées.

Cette mise à distance des représentations pendant la grossesse permet vraisemblablement d'écarter les fantasmes d'adultère et de transgression du fait d'être enceinte « d'un autre homme ».

Puis, au fil du discours et après la naissance de l'enfant, on perçoit une évolution des représentations vers une figure plus personnifiée. Ainsi, Charlotte et Armelle et Marja (3, 6, 8) dévoilent une figure d'un donneur sous des aspects « *altruiste* » et « *généreux* ». Ces mères mettent en avant cette dimension de générosité comme un facteur très important pour elle, ayant participé au choix du don. On perçoit combien il est important de pouvoir apprivoiser une figure positive d'un donneur, comme pour écarter l'étrangeté de l'enfant qu'elles rencontrent. Chez deux mères notamment (4, 5), on observe des mouvements d'idéalisation massive du donneur comme Aurélie (5) qui avoue : « *J'ai tendance à le surestimer en fait. C'est un peu superman !* ».

Les enjeux inconscients à l'origine de ces dénégations sont donc différents pour l'homme et la femme. Si, pour l'homme, la mise à distance du donneur apparaît une étape quasi nécessaire à l'affiliation à l'enfant, pour la femme, la mise à distance des représentations pendant la grossesse se comprend sous plusieurs aspects.

Il peut être nécessaire d'éloigner une figure du donneur inquiétante pendant la grossesse. On perçoit l'étrangeté que ressent Charlotte (3) à porter l'enfant d'un autre homme inconnu, et le dégoût, voire le rejet que cela peut générer lorsqu'elle dit avoir croisé quelqu'un au CECOS dont « la tête » ne lui a pas plus et avoir craint que cela puisse être le donneur. Au travers de ces angoisses de ressemblance, Charlotte témoigne d'une crainte d'étrangeté vis-à-vis du bébé et une peur de ressentir du rejet pour lui, comme pour la figure du donneur inquiétante.

Pour Hélène et Armelle (1, 6), la mise à distance du donneur est en lien avec le processus de paternification du père. Ce sont les fantasmes concernant la transmission du donneur à l'enfant qui sont déniés, comme un moyen de paternifier le père en ne lui opposant pas de rival. Armelle (6) reste très discrète sur ses représentations du donneur et valorise la filiation de son conjoint « *Après moi je m'imagine qu'il aura des traits de caractère de Clément... parce que je sais que ça va être un papa qui va beaucoup s'en occuper et du coup ils vont partager plein de choses ensemble donc...J'imagine qu'il ressemblera à son père.* ». Hélène (1) espère retrouver des traits familiaux chez leur fille mais ne se représente pas le donneur en tant que personne.

Enfin, pour certaines femmes, la mise à distance des représentations apparaît comme une nécessité pour respecter le choix du conjoint de garder le secret auprès de l'entourage (2, 4, 3, 7, 8). Ne pas y penser apparaît donc en écho au secret sur la conception. Pour ces femmes, le secret peut parfois être vécu difficilement, ce que nous développerons dans l'hypothèse opérationnelle suivante.

Conclusion HO1-A

Chez 6 couples sur 8 on observe un « pacte dénégatif » concernant l'infertilité, l'existence du donneur ou l'impact émotionnel de la conception par don (1, 2, 4, 5, 7, 8). Ce « pacte dénégatif » prend alors la valeur d'un pacte du silence ayant un enjeu de loyauté conjugale. Tous les couples ne parlent plus du don entre eux une fois la grossesse advenue. L'évocation du don par la suite peut être vécue comme douloureuse (5, 7). On perçoit que l'essentiel est de faire sortir le

donneur des représentations. La mise à distance du donneur est un processus central pour la grande majorité des couples que nous avons rencontrés.

Ce phénomène a pour but de mettre à distance l'infertilité ou le donneur des représentations et de permettre l'affiliation fantasmatique des deux parents au bébé.

Pour les deux couples chez lesquels nous n'observons pas de « pacte dénégatif » (3, 6). Nous relevons que l'infertilité des pères est consécutive à une maladie (Cancer pour Luc (3), maladie génétique pour Clément (6)). Il est possible que leur maladie ait pu concourir à une plus grande acceptation de l'infertilité. La maladie permet d'amoindrir la culpabilité relative à l'infertilité et rend le recours à un donneur plus « acceptable ».

Si tous les pères ne pensent jamais au donneur, trois pères peuvent cependant se le représenter (3, 6, 8). Lorsque le donneur émerge dans les représentations des pères, c'est donc au travers de la question des ressemblances physiques avec eux-mêmes. On comprend la nécessité que le donneur soit à la fois un peu semblable, pour pouvoir s'y affilier mais pas trop proche non plus, pour ne pas devenir une figure avec des contours imaginables.

Pour la mère, la mise à distance apparaît nécessaire pendant la grossesse pour évacuer les fantasmes d'étrangeté de l'enfant qu'elle porte ainsi que les fantasmes d'adultère d'être enceinte d'un autre. Après la naissance, un travail de représentation semble s'opérer chez les mères, comme un processus d'affiliation à l'enfant qui passe par une affiliation à la figure du donneur. Ainsi le donneur est souvent idéalisé (3, 4, 5, 6, 8) L'idéalisation vient compenser les fantasmes de transgression mais est aussi un moyen de fantasmer une filiation positive. On retrouve alors l'idéalisation dans les représentations de l'enfant.

Par ailleurs, il semblerait que les femmes, devant leur conjoint, minimisent ou banalisent la place que le donneur prend dans leurs pensées, manière de paternifier le père en ne lui opposant pas de rival symbolique.

HO1- B Ce pacte dénégatif aurait pour fonction de maintenir l'homéostasie du couple conjugal en évacuant la question du donneur et en renforçant le couple.

Une des fonctions de ce « pacte dénégatif » est d'évacuer la conception par don des représentations et du discours, tant pour le couple lui-même que vis-à-vis de l'entourage. Cela se manifeste notamment par l'accord du couple quant au silence sur la conception vis-à-vis des tiers.

Plusieurs femmes aimeraient parler avec leurs proches du recours au don de spermatozoïdes mais ne le font pas par respect pour leur conjoint et parce qu'elles ressentent qu'en parlant, elles pourraient risquer de fragiliser leur couple (3, 4, 7, 8). Ainsi, Marja (8) n'en parle pas à sa famille de peur qu'elle lui renvoie le manque de légitimité de son conjoint en tant que père. « *Ma famille pourrait peut-être mettre euh, comment ça se dit euh, ne pas croire à ton autorité de père.* ». Charlotte (3) n'en parle pas non plus à sa famille, comme Sonia (4) qui aurait souhaité en parler à ses amies mais se tait par respect pour le souhait de son conjoint de garder le silence. Elle accepte le pacte du silence mais souhaite le faire évoluer vers un accord du couple à le dire au moins à l'enfant plus tard, ce à quoi Khalil n'est pas prêt. On perçoit enfin les mouvements de retrait chez Magali (7) lorsqu'elle cherche à évoquer le don, le donneur ou ses propres difficultés, et le refus franc que lui oppose Pedro. Magali se tait alors, afin d'éviter le conflit et ne s'autorise pas à se laisser aller à un discours plus authentique.

Ce pacte dénégatif est donc homéostatique car il empêche le changement et favorise le statut quo : de ne pas parler de la conception par don à l'intérieur du couple et à l'entourage. Les dénégations du couple, dans le but d'écarter le don et l'infertilité, débouchent sur une forme de loyauté conjugale autour du silence. En parler reviendrait donc à rompre le pacte et à mettre en danger le couple.

Le couple 2 nous apparaît être un exemple de rupture du pacte dénégatif. Pendant la grossesse, en ne parlant pas du don, Jean et Mathilde se protègent du regard des autres, ne communiquent et n'exposent pas leurs problèmes, se maintenant dans un déni de leurs difficultés.

Une lecture du passage à l'acte suicidaire de Mathilde peut être proposée comme une conséquence de la rupture du « pacte dénégatif ». Au cours de l'entretien de grossesse, Mathilde avoue avoir parlé de la conception à des tiers contre l'avis de Jean qui ne « *voulait pas le dire* », prenant alors le risque d'exposer son conjoint et de trahir quelque chose du pacte conjugal autour du silence. Le discours est marqué par un flou majeur sur qui est au courant du don. Tout le monde sait mais personne n'en parle. Et tout le monde fait comme si personne ne savait. Ce qui nous renvoie à ce qu'a pu observer Neuburger (1995) pour lequel les passages à l'actes suicidaires interviennent dans les familles où règne une absence de « common knowledge », une absence de « savoir partagé ». Tout le monde sait mais personne ne sait que tout le monde sait, donc tout le monde se tait... Le suicide arrive alors en réponse à une perte ou à une menace

de perte d'appartenance avec la famille. Dans la situation de Mathilde et Jean, on observe ce même fonctionnement paradoxal sidérant : tout le monde sait (le don, l'infertilité), mais personne n'en parle. Or, la naissance de Mercure a pu, comme nous l'avons vu, constituer une menace de perte d'appartenance avec l'arrivée d'un tiers, devenant rival pour l'un et l'autre dans ce couple fonctionnant en vase clos. De plus, le fait que Mathilde ait révélé l'infertilité de son conjoint et le don à des proches a pu constituer une transgression du pacte du silence, trahissant une forme de loyauté à son conjoint et mettant en péril l'homéostasie familiale. La rupture du mythe familial autour du silence a pu provoquer une menace de perte d'appartenance de la sphère familiale, le passage à l'acte apparaissant alors comme la seule issue possible.

Le pacte dénégatif a comme conséquence d'évacuer le donneur dans l'économie psychique du couple. **Nous avons observé, une confusion entre la place, l'identité du donneur et celle du père pour 2/8 couples (6, 4).** C'est le phénomène de mise à distance du donneur qui s'observe majoritairement (Cf. HO1-A)

Arnaud (6), est le seul père qui par un mécanisme de déplacement, s'identifie au donneur comme une manière de le devenir un peu : lui-même s'était imaginé donneur de sperme, il « *donne son sang* » et fait donc partie de la communauté des donneurs en général : être donneur ou receveur devient presque pareil : il aurait pu être un donneur, si les choses avaient été autrement.

Chez Sonia (4), on perçoit un mouvement de confusion/ identification entre son conjoint et le donneur. Elle explique : « *De se dire que j'allais porter... C'est bête hein mais pas son enfant et même de me dire que ben je ne pouvais pas... porter son enfant ! Donc ça au départ c'était... [...] Et maintenant bah, je porte son enfant quoi !* ». On observe ici la porosité de la frontière entre le père et le donneur, qui permet de laisser la place aux deux sans en exclure aucun, évacuant ainsi la question de la rivalité. De la même manière, pour Sonia, le donneur est fantasmé avec les mêmes qualités que celles de son conjoint, tous les deux « gentils », permettant la juxtaposition de leurs deux images.

Pour la majorité des couples, on n'observe cependant pas de confusion entre le père et le donneur.

Au cours des entretiens, nous n'observons pas de tensions à l'évocation *spontanée* du donneur par le chercheur ou l'un ou l'autre des parents, les couples ayant été préparés à évoquer le don avec nous. Les tensions à l'évocation du donneur sont présentes pour un seul couple (7). Lorsque Magali parle de ses craintes concernant le donneur, cela génère un malaise perceptible et Pedro se ferme : « *Je comprends rien* ». Magali se referme alors elle aussi : « *Tant mieux* ».

Toutefois, nous constatons que la majorité des couples n'évoquent pas le don, ni le donneur spontanément, ni entre eux, ni avec les proches et **que lorsque celui-ci apparaît dans le discours, cela peut effectivement générer des tensions conjugales pour la majorité des couples (2, 3, 4, 5, 6, 7).**

Les tensions sont présentes lorsque le discours laisse échapper les fantasmes de rivalité entre le père et le donneur (2, 3, 4). Ainsi, Luc s'oppose avec virulence à Charlotte (3) lorsqu'elle évoque ses craintes de manière maladroite : « *j'ai tellement vu des ravages d'ados qui apprennent à l'adolescence que leur père n'est pas leur père ! Ah non pour moi y a rien de plus... pour détruire une personne !* ». Luc intervient alors : « *Là je ne suis pas d'accord avec toi justement. Là tu dis leur père n'est pas leur père, ça veut dire quoi en fait ?* »

De la même manière lorsque Thomas (2) ou Khalil (4) mettent en avant un père « biologique », Mathilde et Sonia s'en défendent.

On observe une difficulté chez 3 mères lorsque les tiers leur rappelle le donneur, comme l'évoquent Aurélie (5) : « *Bon j'ai quand même eu droit, ton frère qui m'a dit « Oh c'est dingue, cet enfant il a été tellement désiré ! » Enfin, c'était vraiment... J'avais pas envie qu'on rentre comme ça dans le...* », Magali (7) « *quand on me le rappelle de façon maladroite* » ou Armelle (6) « *Moi c'est plus pour oui.... pour les gens.... qui vont dire : « Il ressemble à qui ? » Voilà c'est tout voilà.* ».

Enfin, les tensions sont perceptibles lorsque certaines mères évoquent leur souhait d'informer l'enfant plus tard de sa conception (Cf. HG- 4), ce qui est aussi une manière de faire réapparaître le donneur dans les représentations. Si Luc (3) et Khalil (4), dans le discours manifeste disent être d'accord pour en informer l'enfant, l'évocation du sujet génère des tensions dans le couple. La question du discours sur la conception est donc systématiquement reportée, afin de ne pas créer de conflit conjugal.

Les couples qui respectent ce pacte dénégatif nous apparaissent moins en difficulté.

Pendant la grossesse et aux 3 mois du bébé, comme nous l'avons vu, les couples ne parlent pas du don entre eux. Aux 18 mois de l'enfant, parmi les 6 couples que nous avons rencontrés, 4 couples ont reparlé du don à l'occasion de leurs réflexions au sujet d'un 2^e enfant (1, 3, 8, 6). L'évocation du donneur devient alors nécessaire, les couples devant se reconfronter à la réalité de leurs démarches. Toutefois, nous observons que l'évocation du donneur, lorsqu'elle est associée à de l'anxiété ou à des craintes ne vient pas mettre en péril le couple conjugal. Le couple au contraire, se trouve renforcé par l'évocation de ses craintes mutuelles (1, 8). En revanche, l'idéalisation du donneur par les mères et la grande place donnée à sa participation dans la conception de l'enfant s'associent avec des difficultés conjugales (4, 5).

Le couple 1 évoque ses craintes de devoir recommencer le processus du CECOS et que la présence d'un 2^e enfant ne vienne perturber l'équilibre familial, l'homéostasie familiale est donc maintenue par cette mise à distance du don, vécu comme un trop grand bouleversement de la famille. Le couple 8 évoque le donneur à travers les interrogations qu'il se pose sur les ressemblances entre les inconnus qu'ils croisent et leur enfant, la crainte de la révélation à l'entourage est toujours très perceptible.

Les couples 4 et 5 traversent tous deux une crise conjugale aux 18 mois de leur enfant et demandent de l'aide, tous deux ont été adressés en ville pour une thérapie conjugale.

Pour le couple 4, le double mouvement d'idéalisation du donneur par la mère et d'auto-dénigrement du père contribuent à fragiliser le couple. A cela s'associe le fait que Sonia convoque le donneur à travers les représentations de l'enfant. Sans lui elle n'aurait pas eu « *cet enfant-là* ». De plus Khalil est mis à l'écart de la relation mère-enfant, dormant dans le salon alors que son fils et sa femme partagent le lit conjugal. Le sentiment de dévalorisation de Khalil s'ancre donc aussi dans cette mise à distance non seulement des interactions avec son fils mais aussi de sa fonction conjugale et virile. La place valorisée que Sonia confère au donneur, associée à la mise à distance des interactions, concourent à la vulnérabilité de ce couple.

Aurélie (5), elle aussi valorise le donneur, perçu comme un « *superman* », un « *héros* », quelqu'un de nécessairement merveilleux pour lequel elle dit devoir calmer « *ses fantasmes* ». La place du rival donneur, dans sa fonction masculine, puissante et virile, capable d'engendrer est donc mise en avant et vient fragiliser ce couple dans lequel Arnaud, plus taiseux, ne parvient pas à prendre sa place. Il s'éloigne des interactions mère-enfant, pris par son travail dans lequel

il trouve une forme de refuge face aux attaques de sa compagne « *Quoi que je fasse, ce n'est jamais assez* ».

Ainsi, l'idéalisation du donneur, trop proche rival du père mais surtout du conjoint dans l'espace fantasmatique du couple, peut être délétère pour le couple.

Pour les couples 3 et 6, nous n'avons pas observé de pacte dénégatif. Les craintes de la révélation à l'enfant sont toutefois existantes et recouvrent d'autres aspects que nous développerons dans notre 4^{ème} hypothèse.

Conclusion HO1-B

Le pacte dénégatif prend une fonction homéostatique, protecteur du système du couple, au sens systémique, il empêche le changement et maintient le couple ensemble.

La dimension homéostatique s'observe dans l'accord des couples à participer au pacte du silence. La femme, même si elle aurait souhaité en parler à son entourage, concède au silence, pour le bien du couple. Nous pensons que le passage à l'acte suicidaire de Mathilde peut être mis en lien avec la transgression de ce pacte du silence.

La dimension homéostatique du pacte dénégatif ne s'observe pas dans une confusion entre le donneur et le père, comme une manière d'évacuer le donneur des représentations conjugales. Une manière de prendre pleinement sa place de père, sans rival symbolique est d'éviter la construction d'une représentation du donneur (1, 2, 4, 6, 7, 8). Un père seulement (5), s'affilie inconsciemment au donneur. 3 pères toutefois (4, 6, 8) s'ancrent dans un double mouvement ambivalent : à la fois une mise à distance nécessaire et un désir que le donneur leur ressemble malgré tout. Ce désir correspond au souhait que leur enfant puisse leur ressembler, dans une tentative d'affiliation à l'enfant mais aussi une manière de se confondre avec le donneur et d'en pouvoir mieux dénier la partie active dans la conception.

En revanche, les tensions du couple, observables au travers des évocations du don, laissent entrevoir les résistances des couples à faire exister le donneur dans l'espace psychique conjugal. Le pacte dénégatif, en permettant l'exclusion du donneur des représentations et du discours a pour effet de maintenir l'homéostasie conjugale en n'évoquant pas les sujets susceptibles d'apporter un conflit à l'intérieur du couple. Parce que le don est un sujet « sensible », les couples vont préférer ne pas aborder la question afin d'éviter un échange potentiellement conflictuel.

Les couples qui respectent ce pacte dénégatif à 18 mois nous apparaissent plus solides notamment car ils expriment leurs craintes mutuelles concernant le don. Les couples pour lesquels nous n'avons pas observé de pacte dénégatif n'apparaissent pas non plus en difficulté. En revanche, les couples qui traversent des difficultés conjugales sont ceux pour lesquels le pacte dénégatif risquerait d'être transgressé. Une vulnérabilité conjugale est aussi observée lorsque la mère idéalise fortement le figure du donneur, potentialisant une rivalité fantasmatique avec le père. Le couple est d'autant plus fragilisé que l'idéalisation du donneur entre en résonance avec la vulnérabilité narcissique du père.

H01- C Ce pacte dénégatif s'étaye sur une mobilisation du lien narcissique du couple qui, ébranlé par l'infertilité, se recentre sur lui-même.

Dans le discours, chez 7 couples parmi les 8 que nous avons rencontrés, on observe une **vulnérabilité narcissique des deux membres du couple** en lien avec l'expérience de l'infertilité (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Ainsi, Hélène et Thomas (1) témoignent tous les deux d'une vulnérabilité narcissique en lien avec l'infertilité. Dès la grossesse, elle s'inquiète énormément et se figure que son conjoint va lui permettre de temporiser son mouvement naturel vers l'anxiété : « *Ah oui, oui moi j'ai peur d'être parano en fait ! [...] je me dis que j'aurai encore plus peur, quitte à perdre un peu la raison donc je me dis y a Thomas qui est plus posé que moi et j'aurai besoin de lui justement pour me faire descendre d'un cran.* ». Thomas, bien que l'on discerne les bénéfices secondaires qu'il trouve à être « l'homme fort » du couple, laisse entrevoir sa vulnérabilité lorsqu'il s'agace du regard des autres sur son infertilité : « *[...] quand il y a que de la compassion, toujours de la compassion, derrière nous on dit c'est bon, on peut aussi vivre aussi !* »

Pour le couple 2, le silence est tel que l'on comprend que l'infertilité a pu difficilement être verbalisée par le couple. L'élaboration est entravée et les émotions autour de l'infertilité ne parviennent pas à se dire. La vulnérabilité narcissique de Jean est manifeste et s'observe à travers de nombreux auto-dénigrements quant à ses capacités paternelles et en tant qu'homme (licencié, au chômage, ne parvenant pas à retrouver du travail). Même si le discours nous donne très peu accès à sa vulnérabilité à elle, Mathilde étant restée très secrète sur l'authenticité de son vécu, on perçoit néanmoins les difficultés d'accordage conjugal, son extrême fatigue en

tant que jeune mère et la tentative de suicide enfin, signe manifeste de ses difficultés. Cependant pour ce couple il apparaît clairement que la vulnérabilité narcissique était bien antérieure à l'infertilité.

La vulnérabilité narcissique en lien avec l'infertilité s'observe aussi chez Luc et Charlotte (3). Luc fait un lien avec sa puissance sexuelle : « *Au niveau anatomique, bah, je comprends pas, comme dire, ça fonctionne !! (Rires)* » évoquant ainsi ses craintes que son infertilité soit associée à un manque de virilité. Son refus que l'entourage soit au courant correspond aussi à une crainte du regard des autres. Charlotte s'est sentie très fragilisée du fait de son âge, craignant de ne jamais avoir d'enfant. Le regard des autres et la dimension sociale de la parentalité ont aussi été évoqués.

Chez le couple 4 chacun des membres souffre de l'infertilité. Khalil vit son infertilité avec un mouvement de dépressivité important, il se sent coupable et diminué « *moi j'étais entre guillemets défectueux* », il évoque à plusieurs reprises la honte que son infertilité représenterait si sa famille et notamment son propre père était au courant. De son côté, Sonia a tout de suite cru que c'était elle qui était initialement porteuse de l'infertilité. Par la suite, elle se sent très fragile et anxieuse autour du bébé.

Chez Aurélie et Arnaud (5), la dénégation porte sur la souffrance qu'a pu représenter l'infertilité. On observe la vulnérabilité narcissique d'Arnaud et d'Aurélie, en lien avec l'infertilité au travers de cette mise à distance affective. L'impact de l'infertilité sur le narcissisme est néanmoins perceptible. Ainsi pour Arnaud, le déni de la souffrance révèle la souffrance elle-même. Aurélie, en identification à la non- souffrance de son conjoint, explique qu'elle a bien vécu l'infertilité mais son discours révèle le contraire : « *Oui, oui ça m'a pas mal perturbée, enfin, « perturbée » [...] Ben moi j'ai eu besoin de me faire accompagner pas mal quand même* ».

Chez le couple 6, chacun exprime sa propre souffrance face à l'expérience de l'infertilité. Armelle évoque pour elle la difficulté de l'attente et des fausses couches qui ont accompagné son parcours et Clément, le choc qu'a pu représenter le couperet sans appel de l'annonce de l'infertilité, et le travail qu'il fait encore pour « *assumer* » son infertilité. Le couple exprime une souffrance différenciée, ce qui n'empêche pas que les difficultés en lien avec le parcours de don soient vécues ensemble.

Pour le couple 7, la colère du couple de l'annonce de l'infertilité masque la douleur de l'infertilité en elle-même. Pedro ne s'autorise cependant pas à exprimer directement sa

souffrance, la colère est un moyen dévié pour le faire. L'humour agressif qu'il utilise au cours de l'entretien se comprend aussi en défense à notre intrusion via la recherche, et masquer là encore, sa fragilité suite à son infertilité. Magali, très en écho avec son mari, exprime beaucoup de colère : *« j'ai surtout eu le sentiment euh d'injustice en fait. C'était, c'était plutôt une colère. De l'injustice en me disant, enfin, [...] je me dis s'il y a bien la personne au monde que j'imagine la plus parfaite pour faire une famille c'est lui. »*

Seuls Marja et Alessandro (8) sont en écho l'un et l'autre et n'évoquent pas de souffrance en lien avec l'infertilité (Avec Arnaud du couple 5). On observe cependant d'importants mouvements de mise à distance des émotions. Marja, banalise le don comme quelque chose de très fréquent dans son pays, pour lequel elle interroge le tabou qu'elle observe en France. Elle s'était crue elle-même infertile du fait d'une pathologie hormonale. L'infertilité de son conjoint représente un soulagement d'une part et d'autre part, elle avait déjà anticipé dans sa tête la nécessité d'avoir recours à l'AMP. Alessandro vit aussi de manière très distanciée son infertilité et n'exprime pas de douleur à ce sujet *« Ben en fait on a trouvé l'idée assez euh...sympathique finalement (rit), assez, non mais je veux dire assez... facile, le côté pratique quoi. »* A les entendre, on a l'impression que cela s'est fait sans aucune émotion de honte, de tristesse ou de colère : *« Alessandro : L'insémination artificielle, c'est facile, c'est naturel ».*

On observe des mécanismes d'identification des deux membres du couple à la souffrance de l'autre qui témoignent d'une mobilisation du lien narcissique du couple. Pour 6/8 couples (1, 3, 4, 5, 7, 8) l'infertilité est vécue de manière « conjugale »

A l'occasion de la question circulaire qui interroge la manière dont chacun pense que l'autre a vécu l'infertilité du père, les mères témoignent souvent du choc que cela a pu représenter pour le conjoint ou au contraire, de la manière étonnante avec laquelle il a bien pris les choses. Le couple s'accorde pour observer que c'est pour la femme que l'infertilité est « la plus difficile » émotionnellement.

Hélène et Thomas (1) sont très identifiés à l'un à l'autre. Hélène vit la stérilité de Thomas comme la sienne : celle-ci devient commune, comme le combat pour la dépasser. *« Hélène : en fait j'avais besoin de m'énerver, d'extérioriser ma colère sur le monde entier et je sais que ça ne changeait rien mais moi ça me faisait du bien alors que Thomas ça lui faisait plus du bien de se dire, bah voilà, c'est arrivé mais il peut nous arriver autre chose après de*

positif et donc on avance. » La violence de ce qu'elle ressent permet à Thomas de prendre une place plus tempérée et solide, alors qu'elle est bouleversée par sa colère. L'infertilité est vécue comme le combat du couple qui se soutient mutuellement face à cette adversité : « *Hélène : donc il y en avait toujours un pour prendre sur lui si l'autre était un peu plus bas et je me dis oui, on a été très fort tous les deux, pas forcément en même temps mais au moment qu'il fallait pour l'autre* »

De son côté, Thomas s'identifie à sa femme dans sa dimension fertile : la grossesse de sa femme devient l'opportunité de s'affilier au bébé dans un ancrage biologique qui lui fait défaut : « *Moi je voulais vivre une grossesse. Je me suis dit au moins là je vais me sentir vraiment père, dès le début* ». La grossesse permet de palier la rupture de la filiation biologique, en identification à sa femme et à une position féminine

Pour le Couple 3, Charlotte évoque la souffrance de Luc, comme si elle portait la douleur de son infertilité. « *Charlotte : (pleure) Ah je pense pour qui que c'était très dur parce que être papa c'était euh ?? Quelque chose de très très important. Lui personnellement, culturellement ... Luc je l'ai connu, il s'occupait de ses neveux... excusez-moi (pleure). Non ça a été très dur.* » Ainsi, Luc, ne s'identifie pas à la souffrance de Charlotte mais reconnaît que c'est pour elle que ça a été « *le coup de bambou* », comme si la douleur de Charlotte, permettait de le dégager, lui, de l'expression de sa propre douleur.

De la même manière, pour le couple 4, la préoccupation que le couple a l'un pour l'autre est sans cesse entremêlée avec leur propre souffrance intime. A l'évocation l'infertilité de Khalil, Sonia pleure, « *c'était dur pour lui... et moi j'étais triste... j'étais triste !* » Double préoccupation pour l'autre et pour soi si complexe à vivre. Puis dans leur parcours, l'idée de l'adoption naît chez Sonia. Et Khalil trouve là une très intéressante formulation : « *Comme ça j'aurais toujours l'impression qu'il y a une partie de moi, si c'est elle, c'est comme si y avait une partie de moi aussi...* » L'infertilité devient alors « conjugale » et Sonia va se faire traiter chez « *notre gynécologue* ».

L'infertilité d'Arnaud est aussi vécue de manière conjugale par le couple 5. C'est Aurélie qui endosse la souffrance ressentie en lieu et place de son conjoint. Arnaud s'interroge : « *Je me suis demandé comment j'allais le dire à ma femme surtout.* », comme si cette question ne le concernait pas tant lui, mais la concernait elle, qui pourra dire l'injustice de devoir par la suite subir les traitements dans son corps. Aurélie, dans une identification à son mari, se défend elle aussi de la portée traumatique de l'infertilité : « *dans mon inconscient de petite fille je*

m'étais toujours dit qu'un jour j'adopterais un enfant donc du coup c'est quelque chose qui m'angoissait pas du tout. » Elle transforme l'infertilité, dans une rationalisation à posteriori, en un évènement quasiment attendu. Elle raconte avoir pris l'évènement « comme son mari », de manière non-dramatique, grâce à la manière dont il a réagi, allant dans le sens d'une expérience commune et partagée ce qui contraste avec ce qu'elle nous révèle de ses émotions. On observe une confusion dans le discours entre elle et son mari, comme dans une dynamique de couple nécessairement narcissique : c'est le couple qui devient infertile. « *Mme (à son mari) : Ben t'étais très surprise, tu étais très, très surpris.* » Aurélie dit « on » si souvent que je l'en interroge : « *Vous dites « on » vous y êtes allés ensemble ? Mme : Non. Non. J'aurais bien aimé ! (Rit)* ». L'identification à son conjoint est telle, qu'Aurélie imagine que l'infertilité lui permet d'envisager une rupture symbolique avec sa propre lignée à elle, comme si c'était elle-même dont l'infertilité barrait la transmission.

Enfin, pour le couple 7, on observe aussi une identification de Magali à la souffrance de son conjoint : « *Magali : Après j'étais tellement triste parce que lui voulait fonder une euh... fonder une famille, mais ça sera selon, selon ce que lui souhaite.* » C'est Magali qui porte la peine de son conjoint, ce qui permet à Pedro de se libérer de sa propre souffrance par un mécanisme de déplacement. « *Pedro : Elle très mal, plus mal que moi en fait je pense.* ». Au cours de l'entretien du 3^e mois, c'est elle qui souffre aussi du regard des autres, en identification à la souffrance que pourrait ressentir Pedro, ce qui permet à Pedro de s'en dégager à nouveau. Lui dit « *qu'il s'en fout* », que ça lui « *passse à des kilomètres de distance* », endossant ainsi le rôle de « l'homme fort », dont la virilité n'est pas atteinte, mais au prix d'une importante distance affective.

Le couple 8 fonctionne à la fois de manière très complémentaire et dans une forte identification à l'un et l'autre (mais pas nécessairement à la souffrance de l'autre). Le désir d'Alessandro de s'affilier à l'identité familiale de Marja a pu commencer bien avant l'infertilité. Toutefois, cette dynamique d'identification à l'autre et cette recherche du même s'intensifie du fait de l'infertilité, Marja portant elle aussi l'infertilité de son conjoint. Le couple a donc parlé à tout le monde de « problèmes d'infertilité » ne précisant pas s'il s'agissait de problèmes de Marja ou d'Alessandro. Ils disent ainsi qu'ils ont eu recours à une « *insémination artificielle* » ce qui laisserait entendre une fertilité plus fragile du côté de Marja. A les entendre, on ne sait pas qui est porteur de l'infertilité. Le flou du discours permet de faire « comme si » le couple ensemble était infertile, et non pas seulement un seul. Le don est apparu au couple comme la solution la plus « *pratique* » et la plus « *facile* » car Marja n'allait subir qu'une stimulation et

pas une FIV. La préoccupation du couple pour le corps de Marja qui vient masquer le don de spermatozoïdes. On observe quelques éléments faisant penser à une couvade chez Alessandro qui est fatigué, qui dort mal. Il adapte son rythme à son épouse et de fait, sort moins, marche moins. On se représente que le couple est « enceint » et cette phrase de Marja est révélatrice de l'identification dans le couple à l'un et à l'autre : « *Mme : On boit pas d'alcool (rit), enfin moi... j'en bois pas, j'en bois pas.* »

Pour 1 couple (2), nous constatons un investissement narcissique du couple ayant préexisté à la situation d'infertilité. Les membres du couple ne s'identifient pas à la souffrance de l'autre. La mobilisation du lien narcissique du couple s'observe à travers le fonctionnement clos du couple, en opposition à un monde extérieur perçu comme hostile. C'est le silence, à la fois subi et agi par les deux membres du couple qui crée une forme d'indifférenciation et on ne sait plus bien, au fil du discours, qui est porteur de vulnérabilité ou de force, qui pense telle ou telle chose.

Le couple 6 n'est pas identifié l'un à l'autre mais Clément et Armelle font preuve d'empathie, processus sensiblement différent, ne confondant pas les individualités de chacun. Une des forces de ce couple est la manière dont Clément assume pour lui son infertilité. On n'observe pas qu'Armelle soit identifiée à la souffrance de son mari comme, nous avons pu le voir pour d'autres couples. Elle est très touchée par la souffrance de son conjoint et fait preuve d'empathie, mais on n'observe pas dans le discours d'éléments qui nous feraient dire qu'elle endosse sa souffrance. Clément parle spontanément de son infertilité comme quelque chose qui lui appartient à lui.

La mobilisation du lien narcissique du couple s'observe au travers d'une mise à distance des tiers qui gravitent autour du couple pour 5/8 couples.

Pendant la grossesse et pendant la période qui suit la naissance (Entre les 3 mois et les 7 mois du bébé) nous constatons pour 5 couples sur 8, que les tiers, comme le personnel médical ou l'entourage familial, sont vécus comme potentiellement hostiles ou destructeurs (1, 2, 4, 7 et 8).

L'extérieur à la sphère familiale est vécu de manière très angoissante pour Hélène (1), qui ne peut pas confier son bébé à quelqu'un d'autre qu'à Thomas. Tous deux s'étonnent que leur fille n'ait pas peur « des autres » car eux, se seraient représentés, de manière projective,

des angoisses de séparation. La dynamique familiale après la naissance de l'enfant est centrée sur un fonctionnement à 3, laissant peu de place aux tiers, à part l'entourage familial restreint. Dès la grossesse, Hélène nous évoque son anxiété et d'importantes angoisses qu'il puisse arriver quelque chose au bébé, ce qui nous permet de ne pas imputer ces craintes exclusivement aux conséquences du deuil de sa sœur et de comprendre aussi ses angoisses sous le prisme du don. Ces angoisses sont partagées par Thomas qui évoque de nombreux cauchemars de perdre sa fille « *elle était à côté de moi et je l'écrasais ou alors euh... ou alors, je sais pas, je la perdais.* » et il fait le lien entre ses angoisses nocturnes et la situation du don : « *c'est peut peut-être le passé qui a fait que derrière, vu que ça a été dur d'avoir un enfant, le fait de le perdre, ça a quelque chose d'invivable quoi... Donc c'est une vraie crainte...* » Ces angoisses de séparation favorisent la mobilisation du lien narcissique et le recentrement du couple sur lui-même.

Chez le couple 2, le tiers est effectivement vécu comme pouvant fragiliser le couple. Ainsi Jean explique : « *on est surtout tous les deux mais on se débrouille* » et Mathilde ajoute : « *on n'a pas demandé l'avis des gens.* ». Le regard des autres et leur potentiel jugement est vécu comme une potentielle souffrance dont il faut se protéger.

Le couple 4 témoigne aussi d'une perception anxiogène des tiers qui gravitent autour de l'enfant. Dès le 4^e mois de l'enfant, Sonia évoque un sentiment de persécution, comme si l'équipe soignante, à l'époque des hospitalisations, cherchait à faire du mal à son fils « *Sonia : C'est normal hein mais on l'embêtait en permanence, on n'arrivait pas à le piquer... donc euh, ça a été vraiment dur de voir qu'on s'acharnait sur lui des heures quoi. J'exagère vraiment pas.... !* ». Sonia dit elle-même qu'elle a pu aller jusqu'à la « *paranoïa* », suralimentant son fils au dépend de leur santé à tous les deux, ce qui avait débouché sur la nécessité d'un accompagnement. Dès 4 mois, elle partageait avec nous une pensée qui l'avait bouleversée « *Qu'un jour il allait grandir, qu'il allait partir que ... ouais ! Mon bébé. Qu'il allait vivre sa vie quoi !* » Les angoisses de séparation sont ici aussi bien présentes.

Pour les couples 7 et 8, la mobilisation du lien narcissique s'accompagne de mécanismes de clivages, projetant à l'extérieur du couple, les angoisses de séparation et de rejet.

Chez le couple 7, le clivage est souvent perceptible entre le couple et « les autres » (Le CECOS mais aussi les amis, les autres couples, etc.) La violente colère est projetée à l'extérieur du couple sur le mauvais-objet CECOS et permet à chacun de ne pas adresser à son conjoint de

reproches ou d'émotions négatives. Le couple se présente comme soudé, renforcé par cette épreuve mais ils évoquent à plusieurs reprises qu'un autre couple qu'eux, plus fragile, se serait séparé à cause de ce que leur a fait vivre « le CECOS ». Les angoisses de séparation conjugales sont manifestes. Le couple exprime à plusieurs reprises combien « d'autres couples » se seraient séparés dans leur situation. Le terme « casser » revient à plusieurs reprises comme un risque bien présent pour le couple « *Pedro : Ils cassent, ils cassent, ils seront obligés hein.* » De même, lorsqu'on leur demande comment ils imaginent que la naissance du bébé va influencer le couple, Pedro répond avec sarcasme : « *Le jour où on se sépare, il faut le diviser en deux !* », comme si l'humour venait ici masquer sa plus grande crainte.

Le couple 8 utilise un mécanisme de projection pour faire dire aux autres leurs propres craintes. Alessandro projette sur la sphère extérieure au couple ses angoisses d'être considéré comme illégitime dans sa fonction paternelle. « *Ce qui me dérange le plus c'est, je suis un peu inquiet c'est voilà, des influences extérieures, et c'est plus ça. Faut... mais après on est suffisamment solides pour, s'il y a des gens qui...qui euh qui qui euh, qui nous tracasseraient avec ça mais bon* » Cette crainte du regard de la famille est partagée par Marja qui pense que sa famille pourrait désavouer la paternité d'Alessandro si elle apprenait le don. La révélation de la conception à un tiers, quel qu'il soit, pourraient mettre en péril l'équilibre du couple et de la famille.

Pour 3/8 couples (3, 5, 6) les tiers, entourage familial ou amical ne sont pas vécus comme hostiles.

Le couple 3 observe pourtant une forme de recentration sur lui-même, favorisée par une attitude maternelle surprotectrice : « *Avant ses deux mois je serais jamais venue à l'hôpital Necker parce qu'il y avait trop de microbes ! J'étais hyper, comment dire, mère lionne ou je ne sais quoi ! Oh la, la donc moi j'étais hyper stressée, hyper vigilante, donc très vite je pouvais... avec la fatigue.... voilà* ». On peut alors entendre ses craintes comme en écho à des angoisses de perte et de séparation importantes, du fait de l'histoire d'infertilité, de l'attente etc. Cette observation corrobore en effet ce qui a pu être observé dans la revue de la littérature d'une forme de surprotection anxieuse transitoire (S. Golombok et al., 1996)

Le couple 5, exprime des difficultés vis-à-vis de l'entourage familial du côté d'Aurélië, ses propres parents étant en instance de divorce. Toutefois, cela ne s'accompagne pas de craintes du couple vis-à-vis de l'entourage. Enfin, nous n'observons pas non plus cette tendance

pour le couple 6 qui au contraire, fait preuve d'un désir d'ouverture vis-à-vis de l'entourage. Ils formulent le souhait d'informer leur fratrie respective du recours au don.

Conclusion HO1-C

Ainsi, le pacte dénégatif s'étaye effectivement sur une mobilisation du lien narcissique du couple. La mobilisation du lien narcissique s'observe au travers de la souffrance narcissique commune aux deux membres du couple en lien avec l'infertilité pour 7/8 couples. L'identification à l'autre apparaît un mouvement central permettant d'accéder au sentiment d'une « infertilité conjugale ». Pour 6/8 couples, la mobilisation du lien narcissique apparaît comme un mécanisme de défense possible et s'observe ici dans cette identification mutuelle de chacun à l'autre.

Ainsi le passage par le couple, par l'investissement narcissique du couple, entité regroupant une part de chacun, permet à chacun de penser une continuité de lui-même dans ce don. Cet investissement narcissique du couple est aussi un moyen de renverser l'agressivité ressentie à l'égard du conjoint infertile, comme à l'égard du conjoint fertile, dans un mouvement d'identification : ils deviennent ensemble porteurs de l'infertilité.

L'infertilité conjugale concourt alors au pacte dénégatif en autorisant un flou dans l'origine de l'infertilité.

Toutefois, l'empathie peut aussi s'observer comme ressource du couple (6). Lorsque le père semble porter pour lui-même la souffrance et l'élaboration de son infertilité, il apparaît que la compagne peut plus facilement se dégager de la culpabilité de n'être pas infertile. L'identification à la souffrance de l'autre n'est pas un passage obligé du couple après une infertilité. Le dégagement de la problématique narcissique apparaît possible lorsque le partenaire infertile ne cherche pas à mettre à distance les enjeux consécutifs à son infertilité.

Enfin, la mise à distance des tiers qui gravitent autour du couple s'observe pour 5/8 couples. La perception des tiers comme dangereux pour l'équilibre familial (1,3,4) ainsi que les mécanismes de projections (7, 8) favorisent la recentration du couple sur lui-même. Le pacte dénégatif semble donc s'étayer aussi sur cette perception de l'extérieur hostile de la part du couple, favorisant la dimension du couple comme unique refuge et renforçant le sentiment de loyauté conjugale.

Conclusion Hypothèse Générale 1

A l'issue de ces résultats, nous pouvons donc confirmer **l'existence d'un « pacte dénégatif »**, partagé par les deux membres du couple, concernant le don, l'infertilité ou la portée émotionnelle de l'infertilité. Pour 6/8 couples, l'existence d'un pacte dénégatif s'observe au travers de mécanismes conjoints aux deux membres du couple, comme le déni, la dénégation ou l'oubli ayant pour but la mise à distance du donneur des représentations conjugales. Ce pacte dénégatif apparaît **nécessaire à un processus psychique d'affiliation** des parents au bébé. Ce pacte dénégatif a pour conséquence de formuler **un pacte du silence tacite** entre les membres du couple. Si le donneur n'existe pas, comment en parler ?

Toutefois les **enjeux inconscients de ce pacte dénégatifs sont différents pour le père et la mère**. Pour le père, il s'agit d'écarter une figure du donneur rival à sa paternité afin d'investir pleinement son rôle de père. Pour la mère, écarter le donneur des représentations apparaît pendant la grossesse comme une nécessité pour évacuer l'étrangeté du donneur et de « paternifier » le conjoint. A la naissance de l'enfant, un mouvement de représentation du donneur peut être observé chez certaines mères, comme pour apprivoiser l'étrangeté de l'enfant. Alors que l'affiliation du père nécessiterait l'évacuation des représentations du donneur, l'affiliation de la mère convoquerait à l'inverse, un effort de représentation. On perçoit alors les prémices d'un décalage dans les besoins du couple.

La fonction homéostatique du pacte dénégatif se manifeste au travers de la loyauté conjugale vis-à-vis du silence sur la conception. Ce pacte dénégatif porte en lui une injonction au silence qui prend l'aspect d'un contrat conjugal, conscient ou inconscient. Ce pacte dénégatif est aussi homéostatique en ce qu'il permet de maintenir le lien conjugal et d'empêcher le changement. Les couples les plus « solides » sont ceux qui n'ont pas formulé ce pacte dénégatif (3, 6), ou ceux qui respectent ce pacte dénégatif à 18 mois (1, 8). Le donneur peut alors être évoqué au travers des craintes mutuelles du couple concernant le don. Le couple qui nous a paru transgresser le pacte du silence en révélant l'infertilité contre l'accord du conjoint s'est montré extrêmement fragilisé (2). Par ailleurs, l'idéalisation par la mère de la figure du donneur, autre forme de transgression du pacte dénégatif, nous semble un autre facteur de vulnérabilité conjugale.

Ce pacte dénégatif s'appuie sur une mobilisation du lien narcissique du couple

ayant pour but d'évacuer le donneur des représentations conjugales. La mobilisation du lien narcissique s'observe d'une part à travers la vulnérabilité narcissique des deux membres du couple, puis dans une identification de chacun à l'autre. L'identification à la souffrance de l'autre s'observe surtout pour les femmes. Chez les hommes, on observe une identification à la fonction maternelle. Ce mouvement aboutit à la perception partagée par le couple d'une « infertilité conjugale ». Enfin, la dynamique narcissique du couple est renforcée par la perception des tiers, extérieurs au couple, vécus comme potentiellement néfastes. Cette perception de l'extérieur favorise le recentrement du couple sur lui-même et le sentiment de loyauté conjugal vis-à-vis du couple qui devient l'unique refuge.

La mobilisation du lien narcissique du couple nous apparaît nécessaire au renforcement du couple ébranlé par l'infertilité, comme s'il fallait vivre ce que vit le conjoint pour continuer à faire corps et mettre à distance les affects négatifs telle que la culpabilité, la rancœur ou l'agressivité. La dynamique narcissique vient alors comme un mouvement réparateur de l'infertilité et le silence/ le pacte dénégatif, comme la condition nécessaire à l'homéostasie conjugale.

B. Résultats Hypothèse Générale 2

HG2 : On observe une influence de l'IAD sur les interactions triadiques.

Avec cette hypothèse, nous souhaitons explorer l'impact de l'insémination artificielle avec donneur (IAD) sur les interactions triadiques et sur le coparentage. Nous faisons l'hypothèse que l'IAD a une influence sur les interactions triadiques, nous tenterons de les repérer à 3 mois et à 18 mois. (HG- 2) Nous pensons observer une « conflictualité couverte » au cours de l'observation de l'alliance familiale au LTP, laissant entrevoir une forme de compétition autour de l'enfant, très investi et attendu par les deux membres du couple. (HO2-A). Du côté de la mère, nous pensons qu'elle va chercher à activement paternifier le père, au détriment de sa propre interaction avec le bébé. Ce mouvement serait associé avec des éléments de dévalorisation maternelle (HO2-B). Du côté du père, nous pensons observer un surengagement de son rôle de père auprès de l'enfant. (HO2-C) Par conséquent, le coparentage des couples IAD serait déséquilibré en faveur du père afin de soutenir l'engagement paternel. (HO2-D)

HO2-A Au LTP, l'alliance familiale est marquée par une conflictualité couverte.

Au LTP l'alliance familiale à 3 mois se révèle « conflictuelle couverte » pour 4 couples sur les 8 que nous avons rencontrés. (1, 2, 4, 5) Pour deux couples, l'alliance familiale est de type « coopérative fluide » (3, 8). Un couple présente une alliance familiale « coopérative tendue » (6) et un autre, une alliance familiale de type « désordonnée exclusive » (7).

Parmi les 4 couples qui témoignent d'une alliance « conflictuelle couverte », la présence d'interférences nombreuses dans le jeu de l'autre (1), le manque de coordination dans le jeu et le fait que chacun cherche à capter l'attention du bébé (2), la compétition des parents dans le jeu avec l'enfant (4) ou encore le manque d'accordage et les fréquents dénigrement de l'autre parent (5) nous font entrevoir une forme de rivalité coparentale autour de l'enfant. Tous les couples sont néanmoins chaleureux et prennent du plaisir à jouer avec l'enfant mais la compétition est perceptible vis à-vis de l'enfant.

De la même manière le couple dont l'alliance familiale est de type « désordonnée exclusive » (7), révèle une importante rivalité entre les parents à travers le sur-engagement du père dans une recherche de proximité physique avec son bébé et les moments d'exclusion de la mère.

Enfin le couple avec une alliance « coopérative tendue » (6) révèle aussi une rivalité du père qui interfère et intervient à plusieurs reprises dans le jeu de sa femme et ne parvient pas à se détacher de son fils en phase 4, sans que ces éléments soient néanmoins au centre du tableau. Les deux couples avec une alliance « coopérative fluide » ne témoignent pas de compétition vis-à-vis de l'enfant à 3 mois.

Toutefois, à 18 mois, si l'alliance est principalement stable pour 4 couples sur 6, pour 2 couples, la « conflictualité » de l'alliance n'apparaît plus au premier plan. L'alliance des couples 1 et 4 évolue respectivement vers une alliance « coopérative tendue » et une alliance « coopérative fluide ». L'alliance familiale est plus authentique, l'ajustement à l'enfant est adapté, les parents font moins d'interférences dans le jeu de l'autre. Les LTP sont moins marqués par la compétition parentale vis-à-vis de l'enfant.

Des éléments de rivalité sont toujours présents pour deux couples (1, 6). Le couple 1 témoigne d'une rivalité qui s'est déployée vis-à-vis du conjoint : Hélène (1) présente une rivalité conjugale vis-à-vis de l'enfant, son conjoint privilégiant l'interaction avec sa fille à son détriment. L'alliance « coopérative tendue » du couple 6 révèle la même rivalité du père qui interfère dans le jeu de sa femme et parvient difficilement à ne pas interagir avec son fils.

Seul le couple 5 évolue au contraire vers une accentuation du conflit conjugal avec une alliance « conflictuelle couverte ».

On n'observe plus de compétition pour les couples 3, 4 et 8.

Conclusion HO2-A

L'alliance familiale au LTP révèle donc une « conflictualité couverte » pour la moitié des couples que nous avons rencontrés aux 3 mois de l'enfant. Les éléments de rivalité coparentale sont au premier plan et s'observent aussi pour les couples ayant une alliance « désordonnée exclusive » et « conflictuelle tendue. »

Cependant lorsque l'enfant a entre 18 et 22 mois, certaines alliances évoluent vers plus de coordination coparentale (1, 4). La rivalité s'observe toutefois lorsque le père favorise le lien père-enfant au détriment de sa relation à sa compagne (1) ou de la relation mère-enfant (6). Le conflit conjugal peut aussi s'être amplifié (5).

La majorité des interactions révèlent néanmoins une « alliance coopérative » et témoigne de la « cohésivité » familiale.

HO2- B Dans le discours de la mère, on observe une dynamique active de « paternification » du père. Cette tendance s'accompagne d'un mouvement d'auto-dépréciation/dévalorisation.

Dans le discours, on observe chez toutes les mères, une valorisation du père soit dans sa fonction paternelle vis-à-vis du bébé comme pour Charlotte, Aurélie, Armelle, Magali et Marja (3, 5, 6, 7, 8) soit dans une fonction maternante vis-à-vis d'elle-même, comme Hélène et Sonia (1 et 4). Mathilde (2) essaie aussi de valoriser son conjoint mais la souffrance du couple donne une teinte particulière à ses tentatives de paternification qui échouent. Toutes les mères cherchent activement à valoriser leur conjoint et à le rassurer lorsque cela est nécessaire.

Parmi les mères qui valorisent la fonction paternelle de leur conjoint, Aurélie dit à Arnaud (5) « *Quand tu es là, t'es vraiment là, tu fais tout..., tous les soins tout ça, tu fais tout, plus que les autres pères que je peux connaître. Moi je sais que j'ai plus de chance que mes copines à ce niveau-là, je sais.* », Charlotte observe que Luc (3) est un papa très attentionné qui s'occupe très bien de sa fille « *c'est un super papa* », Pedro est aussi valorisé par Magali (7) dans une dimension « sacrificielle », travaillant énormément pour le bien de sa famille. Les mouvements de Marja pour paternifier son conjoint (8) sont perceptibles « *dès qu'il était là mon mari, j'ai toujours essayé de lui donner priorité, enfin du coup c'était un peu ça le partage.* ». De la même manière, Armelle fait tout pour que Clément (6) participe le plus fréquemment possible : elle l'appelle le soir pour savoir s'il est en chemin pour donner le bain, valorise sa compétence à préparer le repas pour bébé, etc.

Parmi les mères qui valorisent le père dans sa fonction maternante envers-elles, Hélène met en avant les compétences de Thomas (1) auprès de leur fille mais aussi et surtout dans le soutien qu'il lui apporte à elle. Dès la grossesse, Hélène mobilise Thomas comme quelqu'un d'indispensable à sa propre maternité : « *Ah oui, oui moi j'ai peur d'être parano en fait ![...] je me dis que j'aurais encore plus peur, quitte à perdre un peu la raison donc je me dis y a Thomas qui est plus posé que moi et j'aurais besoin de lui justement pour me faire descendre d'un cran.* » Elle met du temps à se sentir à l'aise avec sa fille et demande un étayage important

à Thomas, elle a besoin de lui pour se sentir être une bonne mère. On observe une forme d'idéalisation du père à travers la mise en avant continuelle de ses qualités d'homme protecteur et rationnel. Sonia (4), valorise aussi l'importance de la fonction maternante de Khalil à son égard et son désir « *Qu'on s'occupe de moi oui ! (rires)* » dans un mouvement de régression et d'identification au bébé. Son discours est aussi marqué par la valorisation de Khalil en tant que père. C'est elle qui est d'ailleurs porteuse du discours affectif du père concernant leur enfant. « *Il me dit toujours oh il m'a manqué ! Il m'a manqué !* »

Chez Mathilde (2) le processus de paternification s'observe au travers des efforts qu'elle déploie pour masquer leurs difficultés. Le contenu latent du discours révèle cependant des reproches masqués. Elle affine le bébé à son père mais au travers de ses défauts, « *son caractère* » L'enfant est perçu comme un bébé difficile, comme son père « *Mathilde : Un bébé qui dort pas, qui pleure...* » Les tentatives de Mathilde pour valoriser Jean prennent une connotation péjorative ou sont ambivalentes. Lorsque Jean émet des doutes sur ses compétences paternelles, elle tente de le rassurer : « *Si, dès que tu vois des enfants, tu vas jouer, tu vas y aller...* », mais elle met en avant son mouvement spontané auprès des enfants plutôt que ses compétences dans l'interaction avec leur fils.

Chez 4 mères sur 8, nous observons de légers mouvements d'auto-dévalorisation ou d'autodénigrement, ce que l'on perçoit comme une manière de solliciter le père dans sa fonction paternelle (1, 2, 4, 6).

Chez Hélène (1), le vécu de dépréciation est omniprésent : elle se vit dans l'incapacité de s'occuper de sa fille en l'absence de son conjoint « *j'étais en panique comme si j'étais incapable de m'occuper de ma fille toute seule.* » et se sent plus à l'aise en tant que maman auprès de sa fille en sa présence. « *Moi je fais souvent appel à Thomas, Thomas fait peu appel à moi. (rires)* » Le processus de paternification est ici majeur et apparaît presque inversé : c'est le processus de « maternification » qui devient un enjeu pour le couple, comme si Hélène devait apprivoiser son rôle de mère. Sonia (4) se dévoile en effet très anxieuse et a tendance à se déprécier « *Je suis psychorigide !* » « *Je suis fragile* », invoquant alors son conjoint pour contre balancer la tendance auprès de l'enfant : elle a donc besoin de lui afin d'assumer pleinement ses fonctions maternelles. Aurélie (5) se décrit elle aussi comme très angoissée et sollicite Arnaud dans une fonction rassurante auprès d'elle « *Aurélie : Arnaud me disait, ils sont pas vraiment inquiets donc du coup, j'étais pas vraiment inquiète. Mr : T'étais pas inquiète du tout.* ». Enfin Armelle

(6) témoigne aussi de légers mouvements d'auto-dévalorisation. Parlant de Clément elle explique : « *Dès la maternité, il s'en est tout de suite très bien occupé... je trouve qu'il a toujours eu les bons gestes avec lui. Je le trouvais même plus à l'aise que moi en fait.* »

Pour 4/8 mères **l'importance de nous montrer un couple parental « qui va bien »** est une autre manière de paternifier le père, en montrant activement que le don n'aurait pas d'impact sur leur parentalité à tous les deux (2, 3, 7, 8). Pour ces mères, nous n'observons pas de mouvement d'auto-dévalorisation. Ainsi, à la question circulaire où nous interrogeons comment le parent perçoit l'autre en tant que parent, tous les couples nous ont donné une réponse très idéalisée de leur représentation de l'autre dans sa fonction parentale. Prenons pour exemple le couple 3 : « *Luc : Géniale. Géniale, aux petits soins, moi je trouve personnellement qu'Olympe elle a de la chance d'avoir une maman comme elle. [...] c'est franchement la maman parfaite. [...] A la question : « Comment décririez-vous Luc comme papa ? » Charlotte répond : « Oh c'est un super papa ! Ça je le savais avant d'avoir Olympe mais pareil c'est un papa qui est super attentionné, qui s'occupe beaucoup d'elle, qui est investi. Sa fille c'est... Enfin tous les deux ils sont très... Oui très fusionnels et oui, il s'occupe très, très bien d'elle et c'est un super papa quoi.* »

2 mères sur 8 témoignent de **mouvements de retrait auprès du bébé** et une difficulté à assumer pleinement leurs fonctions maternelles. Hélène (1) suite au deuil de sa sœur et Mathilde (2) pour des raisons qui nous sont inconnues, ont toutes les deux eu des difficultés à rencontrer leur enfant. Les interactions précoces pour ces deux mères sont empreintes d'étrangeté et de difficulté à endosser sereinement leur identité de mère. Toutefois, il est impossible de faire la part des choses entre leurs événements de vie et l'impact du don de gamètes. Il est probable pour Hélène (1) que l'IAD ait pu potentialiser les effets du deuil de sa sœur. Le don, anonyme a pu amplifier les représentations d'étrangeté autour de l'enfant favorisées par la juxtaposition de la naissance de sa fille et de la mort de sa sœur. Le don et le parcours d'infertilité qui le précèdent, associés à l'expérience du deuil ont pu décupler les angoisses de perte et de séparation chez ce couple. Pour Mathilde (2) le don est apparu comme une nouvelle injonction au silence, dans une famille déjà en souffrance. Plus de précisions sont apportées dans les cas cliniques.

En revanche, **pour les 6/8 mères, on n'observe pas de retrait dans les interactions.** Toutes ces mères sont très investies auprès de leur bébé et assument, à 3 mois comme à 18 mois

une bonne partie du coparentage. Au contraire, Charlotte (3) et Sonia (4) ont une grande relation de proximité avec leur enfant. Elles sont des mères très attentives et n'excluent pas pour autant le père des interactions, comme Marja qui donne une place au père « *Et c'est toujours Alessandro qui donne le bain.* » et cherche à favoriser au maximum les échanges père-fils.

De plus Hélène, Mathilde, Charlotte et Sonia (1, 2, 3, 4) sont habitées par des angoisses importantes autour de la santé de l'enfant lorsque celui-ci a 3 mois, potentialisées par les troubles somatiques de leur enfant (2, 4) ou pas nécessairement (1, 3), comme nous le détaillerons dans notre 3^{ème} hypothèse. Ces craintes maternelles ont pour conséquence de mobiliser le père auprès d'elles et auprès de l'enfant. Un des bénéfices secondaires de l'angoisse maternelle est aussi une forme de paternification du père, mobilisé par sa dimension rassurante et dans une présence nécessaire.

Enfin, les scores à l'EPDS révèlent des valeurs qui situent les couples en deçà des valeurs seuil de dépressivité à part pour Sonia à 3 mois qui nous parle ouvertement de son baby-blues. Pourtant, Hélène témoigne de ce qui peut s'apparenter à une dépression du post-partum et nous savons combien les débuts de la maternité ont pu être difficile pour Mathilde qui a pu aller jusqu'au passage à l'acte suicidaire. Cependant, Aurélie, Armelle, Charlotte, Marja et Magali ne présentent pas de signe de dépressivité post partum.

Chez 4 mères (1, 2, 4, 5), nous observons **l'expression d'une culpabilité, associée à des angoisses de transmissions maternelles.** La paternification du père permettrait de mettre à distance ces angoisses d'être le seul parent responsable de la filiation « génétique » et inconsciemment le seul parent responsable d'une filiation tout court.

La culpabilité d'Hélène (1) s'observe tout d'abord au travers de son appropriation de l'infertilité de son conjoint. Cette culpabilité fait écho à celle qu'elle a pu ressentir vis-à-vis de sa sœur, de ne pas être celle qui est porteuse du handicap. Comment alors réparer l'injustice ? Peut-être en endossant pour partie l'infertilité conjugale. La culpabilité d'Hélène s'observe aussi au travers des angoisses de mort et de la mise à distance de sa fille, perçue comme pouvant décéder à tout instant : « *Je ne fais pas confiance aux gens mais j'ai extrêmement peur en fait ! Qu'elle soit pas bien, qu'il lui arrive quelque chose...Y a ça et y a aussi cette espèce de culpabilité de faire garder Camille pour sortir. Ça je l'ai tout le temps, tout le temps, tout le temps...* »

L'anxiété majeure concernant la santé de sa fille, associée au mouvement de retrait dans les interactions avec elle, peut aussi être comprise aussi dans un but de protection, comme si la mort était une tare qu'elle pouvait transmettre, comme si le fait que la mort l'ait touchée via sa sœur, la rendait plus exposée à la transmettre à sa fille. Cette crainte de la transmission pathogène peut aussi se comprendre dans une identification à sa propre mère, accouchant d'une fille handicapée. La distance qu'Hélène met entre elle et sa fille viendrait alors comme un aménagement nécessaire afin de protéger son enfant de projections mortifères trop angoissantes. La culpabilité d'Hélène à être le seul parent « génétique » qui transmet une filiation emprunte de mort et de handicap, pourrait être trop lourde à porter. L'investissement de l'enfant par le père viendrait ici barrer la transmission mère-fille trop anxiogène.

La culpabilité d'Aurélié (5) traverse aussi tout son discours et témoigne d'une crainte d'être la seule à transmettre quelque chose de néfaste pour sa fille. Le don de sperme est vécu dans une identification au conjoint comme un barrage dans la filiation fantasmatique, lui permettant de ne pas transmettre son héritage à sa fille. Ainsi parlant du don, Aurélié explique : « *Du coup c'est peut-être un espace ou je peux me déculpabiliser de quelque chose. [...] Je pense, clairement c'est peut-être plus simple, que de se dire : « Tout est de ma faute ! ».* Aurélié sollicite donc Arnaud auprès de leur fille pour faire barrage à cet héritage familial qu'elle craint tant de transmettre. « *Oui. Et j'aurais besoin à ce moment-là qu'Arnaud soit plus euh, présent. Parce que moi, j'ai du mal à m'affirmer en fait et je pense qu'avec Jeanne en fait, on a pas du tout la même personnalité. [...] Donc du coup je vais être un petit peu comme ma mère ! Je vais être un petit peu stricte ou sèche...* » Une des difficultés que rencontre ce couple c'est qu'Aurélié se retrouve malgré elle dans un schéma de répétition qu'elle pensait éviter grâce au don. La présence d'Arnaud lui aurait permis, selon elle, de faire barrage dans cette transmission angoissante.

De la même manière, Sonia (4) exprime une forme de culpabilité à être le seul parent biologique, symboliquement omnipotente. Son discours est jalonné de ses craintes de transmettre son anxiété ou des pans négatifs de sa personnalité comme si être la seule à être le parent génétique était un poids trop lourd à porter. Elle explique en effet qu'elle souhaite tout faire pour protéger son fils de tout (des ondes du micro-ondes, du portable, de la lumière trop forte, de la lumière et du son de la télévision) mais aussi et surtout, d'elle-même et d'une transmission pathogène : « *je veux pas que notre bébé, porte ça [sous-entendu le secret de sa conception]. Déjà... Je me dis que déjà on, j'ai peur de lui transmettre mes inquiétudes et mon*

stress et je veux dire, ça en plus, ça hors de question ! » Ainsi Sonia refuse de transmettre le secret des origines de son fils, comme elle a souffert dans sa propre famille.

Enfin il est probable que cette culpabilité ait aussi été ressentie par Mathilde (2) même si nous ne la comptabiliserons pas concernant cette question précise, du fait qu'elle nous ait peu livré de son monde interne. Le passage à l'acte suicidaire et les manifestations dépressives qui ont jalonné son histoire maternelle précoce nous évoquent cependant une maternité « trop lourde » à porter. Cette mise à distance de l'enfant, cette difficile rencontre a pu être potentialisée par la rupture avec la filiation biologique du père qui « sur-responsabilise », d'une certaine manière, la filiation fantasmatique maternelle. Cette maman a aussi beaucoup sollicité son conjoint autour de la naissance de leur fils mais Jean ne parvenait pas à prendre sa place, augmentant ainsi le sentiment maternel de devoir porter la responsabilité de l'enfant à elle seule.

Conclusion HO2- B

Toutes les mères tentent de favoriser les interactions père-enfant, même si cela ne s'accompagne pas nécessairement d'un mouvement de retrait des interactions mère-enfant. Il est important de préciser que quasiment toutes les interactions mère-enfant sont chaleureuses, malgré les difficultés qu'ont pu ressentir Hélène et Mathilde dans le lien à l'enfant.

Il nous est apparu que cette nécessité pour les mères de solliciter le père auprès du bébé ou auprès d'elles-mêmes prenait une teinte particulière après une conception suite à un don. Le processus de paternification n'est pas spécifique aux couples infertiles, nous l'avons vu avec les travaux de M.Lamour (2000) (chapitre 3) qui décrit ce processus contingent à toute paternité classique. Cette paternification du père prend ici un sens particulier. Il s'agit d'abord de permettre au père de prendre une place de choix dans les interactions auprès de l'enfant. L'interaction, la relation père-bébé permet d'ancrer la filiation affective essentielle au sentiment de filiation chez le père et le bébé.

Nous constatons que l'importance de la « paternification » du père peut résulter d'une forme de culpabilité à être la seule à transmettre l'héritage biologique. Nous avons observé cette culpabilité principalement chez les mères qui portent une histoire de filiation douloureuse, comme Aurélie, Hélène, Sonia. Précisons que cette culpabilité n'est pas évoquée par les autres mères.

H2-C On observe un surengagement par le père de son rôle de père.

A 3 mois et à 18 mois, le discours est marqué par **une grande implication des pères** que nous avons rencontrés. Tous les pères ont un désir fort de passer du temps auprès de leur enfant et s'en occupent très bien. L'investissement paternel s'observe de différentes manières. Certains pères (1, 3, 4, 5) ont réorganisé leur vie autour de leur enfant. Arnaud (5) souffre de voir malgré tout assez peu sa fille. Pedro et Alessandro (7 et 8), sont dans une recherche de relation privilégiée avec leur enfant, se traduisant respectivement par une recherche de relation de complicité ou une recherche d'exclusivité. Clément (6) ne présente pas de signes qui laisseraient entendre une forme de compensation de l'infertilité. Jean (2), lorsque son enfant a 3 mois, a du mal à prendre sa place en tant que père mais se retrouve, suite à la TS de sa compagne aux 18 mois de leur fils, à devoir s'occuper du bébé au quotidien.

Parmi les pères qui ont réorganisé leur vie autour du bébé, on compte Thomas (1) pour lequel la surcompensation du rôle de père est manifeste. Son implication auprès de l'enfant est majeure et potentialisée par la dépression de sa conjointe. « *Thomas : Je fais tout !* » « *Hélène travaille beaucoup là donc c'est moi qui passe beaucoup de temps avec Camille...* » Thomas, dès la grossesse nous communique son souhait d'être là au maximum pour leur enfant, se représentant comme « *papa poule* ». Il a réorganisé son emploi du temps et travaille en partie à son domicile pour s'occuper de sa fille. Il évoque avec délice les temps à deux avec elle et il est très satisfait de l'organisation familiale qui lui permet cette grande complicité avec sa fille.

Chez Luc (3), l'investissement de l'enfant est aussi majeur et prend clairement une teinte d'investissement compensatoire de l'infertilité, à commencer par le choix du prénom dont l'explication emphatique a une tonalité maniaque « *C'est la quintessence, c'est l'apothéose, c'est la quintessence, c'est, c'est... le nirvana, le paroxysme, enfin, c'est le plus beau quoi, c'est ce que vous voulez, c'est Olympe.* », la conception d'un meuble pour sa fille pour lequel sa conjointe perçoit la valeur symbolique « *C'est ton meuble, c'est ta fille !* ».

L'investissement de Khalil (4) se fait de manière progressive. Lorsque son fils a 3 mois, il se positionne comme un observateur comblé de la relation mère-enfant et semble vivre sa paternité à travers la relation mère fils. Khalil n'ose pas, ne se sentant pas encore légitime sans sa relation directe auprès de son fils : il a besoin de la présence de la mère pour faire de lui un père. Lorsqu'Aaron a 20 mois, la relation père-fils est tout autre, Khalil a pris confiance dans ses compétences de père et endosse une paternité pleine et fière. Il est très présent dans les

interactions avec son fils et a réorganisé son emploi du temps entièrement de telle sorte qu'il peut s'en occuper quotidiennement.

Arnaud (5) a lui aussi réorganisé son quotidien afin d'être plus disponible pour sa fille. A ses 3 mois, il passe tout son temps libre auprès d'elle et assume une bonne partie des soins lorsqu'il est présent. Lorsqu'elle a 18 mois cependant, il est cependant davantage en difficulté pour interagir avec elle. Son retrait témoigne paradoxalement de son investissement. Celui-ci est tel qu'il ne parvient plus à être à la hauteur de ses propres attentes, ni de celles de sa femme. Le conflit conjugal favorise par ailleurs l'inhibition de ce père dans les interactions.

Alessandro (8) est un papa très impliqué qui participe dès qu'il le peut aux soins à l'enfant. On perçoit une forme de surcompensation à travers le désir qu'il ressent d'avoir des moments d'exclusivité avec son fils, venant compenser les périodes où Marja est seule avec l'enfant. *« Des fois quand je rentre tard, enfin pour compenser les fois où je suis... mais après oui je suis, j'aime beaucoup être avec lui, enfin j'aime beaucoup être tout seul avec lui aussi. Enfin j'aime bien quand on est avec lui mais des fois j'aime bien être tout seul avec lui aussi (petit rire) »*

Pedro (7) s'occupe d'Enzo dès qu'il le peut et qu'il ne travaille pas : principalement les week-end. L'investissement paternel ne s'observe pas à travers le stricte coparentage et la répartition des tâches. En revanche, la dimension du mandat inconscient qui est adressé au bébé nous apparaît centrale. Le surinvestissement paternel s'observe à travers une recherche de plaisir absolu avec son fils. Pedro se positionne comme un père « gâteau » -copain qui ne dit jamais non, et cherche une complicité avec son fils au détriment d'une forme d'autorité, rôle dévolu à sa compagne. Ce papa cherche semble-t-il, dans une représentation idéalisée, à devenir le papa qu'il n'a pas pu avoir enfant.

Clément (6) ne montre pas de surengagement de son rôle de père. Il pousse sa conjointe à prendre du temps pour elle et souhaite que le couple reprenne ses habitudes de sorties et de voyages. Il se positionne comme un père attentif et attentionné, prenant du plaisir dans les interactions avec son fils. Il s'occupe de lui dans la mesure de ce que lui permettent ses activités professionnelles.

Jean (2), ne parvient pas à prendre sa place auprès de Mercure, 3 mois, malgré son désir de bien faire et le fait qu'il est au chômage et qu'il passe ses journées avec la mère et l'enfant. Les mouvements d'autodépréciation de Jean sont fréquents et on perçoit qu'il ressent un manque de légitimité potentialisé par l'infertilité mais aussi par l'absence de modèle paternel. Son

discours est marqué par sa volonté d'implication mais il n'arrive pas à prendre sa place dans la dyade mère bébé.

Toutefois, le fort investissement paternel ne nous permet pas à lui seul d'observer un surengagement auprès de l'enfant. **En revanche, les éléments de rivalité vis-à-vis de la mère, dans le discours, nous permettent d'affirmer combien les interactions avec l'enfant sont capitales pour le père, dans la construction de son identité de père.** Si l'identité de père s'ancre, pour tous les pères, dans la relations à l'enfant, ceci est d'autant plus vrai pour les pères fragilisés dans leur filiation suite à une infertilité.

Malgré le désir des mères de favoriser l'interaction père-enfant, le fort investissement paternel peut générer une rivalité pour le couple parental. Dans le discours, on constate effectivement une rivalité pour les couples (1, 3 et 8.) Par ailleurs, nous avons pu voir grâce à l'analyse de l'alliance familiale, que des éléments de rivalité pouvaient aussi s'observer dans les interactions (1, 2, 4, 5, 6, 7).

Ainsi, parmi les couples chez lesquels nous avons pu observer une rivalité dans le discours, c'est chez Thomas et Hélène (1) que celle-ci est la plus prégnante. Thomas reconnaît qu'il prend toute la place auprès de l'enfant, au détriment de sa femme qui avoue souffrir de la situation et se sentir repoussée par sa fille qui lui préfère son père. *« Et donc c'est qui qui s'occupe de Camille, ben c'est moi ! Et donc peut être qu'elle le fait payer de l'autre côté à Hélène parce qu'elle s'occupe pas assez d'elle. »*

La rivalité autour de l'enfant est très perceptible dans le couple de Marja et d'Alessandro (8). Lui cherche des moments d'exclusivité avec l'enfant, ce que Marja accueille avec ambivalence : *« Il veut tout le temps s'occuper de lui il ne me laisse pas la place (rit) non je rigole. Non mais c'est vrai, dès qu'il est là bon, euh je le laisse tout faire et justement il aime beaucoup ça alors que c'est un père très très très occupé. »*

Pour Luc et Charlotte (3), la rivalité se révèle dans le discours latent du couple où l'on perçoit la peine qu'a pu ressentir Luc que leur fille réclame constamment sa mère. L'arrivée d'un 2^e enfant est d'ailleurs vécue par le couple comme l'occasion de rétablir une forme d'équilibre dans les interactions.

Conclusion HO2-C

Tous les pères manifestent un très fort engagement auprès de leur enfant et un désir de se situer en tant que père dans les interactions avec leur enfant dès 3 mois. Toutefois, la valeur de cet investissement ne nous apparaît pas la même pour tous les pères. Tous les pères n'y parviennent pas non plus avec le même aplomb. Certains pères nous semblent effectivement chercher à « compenser » leur infertilité, grâce à leur présence active. L'interaction et l'investissement affectif les rendant alors des pères plus solides dans leur fonction paternelle (1, 3, 4). Pour d'autres, on perçoit que c'est la fragilité du sentiment de filiation paternelle qu'il faut « compenser » (2, 7, 8). Ces hommes qui relatent une histoire conflictuelle avec leur propre père sont d'autant plus fragilisés dans leur sentiment de filiation vis-à-vis de l'enfant. Ils peuvent alors rechercher une forme de complicité/exclusivité, comme une figure de père idéalisée (7,8). Pour Jean (2), le sentiment de filiation est tellement fragile que cela se répercute dans ses propres interactions avec son fils à 3 mois : il essaie sans y parvenir.

Le surengagement paternel s'observe principalement au travers de la rivalité avec la mère vis-à-vis de l'enfant observable à 3 mois dans le discours pour 3/8 couples ou dans le LTP pour 6/8 couples. Ce mouvement de rivalité laisse entrevoir quelques difficultés d'ajustement coparental. A 18 mois la rivalité peut s'être soit résolue (4), soit amplifiée (1, 6). On l'observe alors pour 2/6 couples dans le LTP et pour 4/6 couples dans le discours.

Ces résultats laissent entendre le désir de proximité du père vis-à-vis de l'enfant, et celui d'occuper une place de choix dans les interactions.

HO 2 – D Le coparentage des couples IAD serait déséquilibré afin de soutenir l'engagement paternel.

Cette hypothèse opérationnelle n'a pas été observée pour la majorité des couples. Pour les couples 3, 8, 6, 4 et 5, le coparentage ne s'exprime pas dans une demande de la mère de déléguer les soins au père, ni par une présence accrue du père. Celui-ci est sollicité dans le coparentage de manière tout à fait ajustée à ce qu'il souhaite faire et à ce qui est matériellement possible (emploi du temps, travail du père, etc.). Pour Hélène (1), Mathilde (2) et Magali (7), on perçoit à 3 mois une difficulté à être seule auprès de leur enfant. Celle-ci se manifeste par une demande, formulée ou pas, de soutien émotionnel et de présence dans le partage des tâches auprès du bébé.

Le couple 1 est très marqué par un déséquilibre du coparentage en faveur du père. Ce déséquilibre est accepté et recherché par le couple. Le coparentage du couple est donc « cohésif ». Hélène ne se sent pas en mesure de s'occuper de sa fille alors que Thomas à l'inverse y trouve beaucoup de satisfaction. Lorsque Camille a 7 mois, c'est donc Thomas qui fait l'essentiel des soins auprès du bébé. Lorsque l'enfant à 20 mois, le décalage dans le coparentage en faveur du père commence à générer de la souffrance pour Hélène qui ressent beaucoup de peine à observer que sa fille est bien plus proche de son père.

Pour le couple 2, pour Jean, comme pour Mathilde, lorsque l'enfant a 3 mois, le coparentage est effectué sans plaisir et comme une contrainte_ et considéré comme « non-cohésif ». Le couple est fatigué et tendu. Le sommeil du bébé est aléatoire, l'alimentation compliquée par un allaitement qui n'offre pas de gratifications : Mathilde ne parvient pas à comprendre son bébé et à se sentir à l'aise. Jean se sent inutile et désemparé, ne parvenant pas à soulager sa femme ni les pleurs de son bébé. Le couple décrit peu d'expériences de plaisir à 3. Ici le couple parental souffre de ne pas parvenir à s'ajuster l'un à l'autre. Magali a besoin de soutien pour elle-même et auprès du bébé mais Jean se sent trop fragile et mis dans une position paternelle qu'il peine à assumer et pour laquelle il n'a aucun repère. La tentative de suicide a eu pour conséquence de solliciter le père auprès de l'enfant. Ou peut s'imaginer qu'elle ne se serait pas autorisée ce passage à l'acte si elle n'avait pas eu confiance dans les compétences de Jean en tant que père.

Pour le couple 3, le couple parental est très idéalisé et fonctionne dans une bonne complémentarité. Le coparentage est « cohésif » dans le sens où il correspond aux attentes de chacun. Les parents prennent du plaisir à effectuer les tâches auprès de l'enfant, tout comme d'être à 3. Charlotte s'occupe beaucoup d'Olympe, elle bénéficie aussi grandement de l'intervention de Luc auprès de leur fille, notamment dans l'endormissement etc. C'est Luc qui intervient lorsqu'elle ne parvient pas à poser des limites par exemple. Luc est sollicité dans une fonction paternelle classique d'autorité et de tiers entre la mère et l'enfant.

Pour Sonia et Khalil, le coparentage à 3 mois est très déséquilibré en faveur de Sonia qui effectue l'essentiel des soins auprès de l'enfant. Cependant, cette modalité interactive convient aux deux et Khalil semble apprécier la fusion entre la mère et son fils. La chaleur familiale est perceptible. Le coparentage nous apparaît « cohésif ». A 20 mois, la relation mère-fils est toujours faite de grande proximité, la mère et l'enfant continuant à dormir ensemble dans la chambre conjugale, alors que Khalil dort dans le salon. Néanmoins, le coparentage a

grandement évolué pour ce couple Khalil est devenu très actif dans les interactions auprès de l'enfant. Il se montre très attentif et heureux de son rôle de père avec son fils. Le coparentage se répartit selon des modalités équitables, Khalil s'en occupant tous les après-midis.

Pour le couple 5, le coparentage est « cohésif » lorsque l'enfant a 3 mois. Même si le quotidien est endossé par Aurélie, l'investissement d'Arnaud est ajusté à sa demande et à ce qui est possible pour lui. La frustration d'Arnaud de ne pas passer assez de temps avec sa fille est déjà manifeste. A 18 mois, le coparentage est quasi exclusivement réalisé par Aurélie et les deux membres du couple souffrent de la situation. Le coparentage apparaît alors « non-cohésif ». Ce déséquilibre s'explique aussi bien par des aspects conjugaux que nous évoquerons dans le chapitre suivant (hypothèse 3), que par la vulnérabilité du sentiment de filiation partagé par *les deux* parents. Arnaud, devant les reproches de sa compagne, ne parvient pas à se sentir légitime en tant que père : il la décrit comme « une jeune fille » ce qui peut faire penser à une mise à distance affective. Pourtant Aurélie sollicite beaucoup Arnaud dans le coparentage. Elle souhaite qu'il participe, même s'il est absent. Elle le convoque donc à des « réunions » dans lesquelles elle souhaite discuter de l'éducation de leur fille et échanger sur son développement. Aurélie, très anxieuse de transmettre son propre héritage familial à sa fille, se retrouve seule dans les interactions, en première ligne avec sa fille, sans la pare-excitation de la présence du père dans la transmission.

Pour le couple 6, le coparentage apparaît « cohésif » bien qu'Armelle évoque son souhait que Clément puisse être plus présent qu'il ne l'est auprès de l'enfant. Elle le sollicite donc dans le coparentage auprès de l'enfant, et celui-ci y répond favorablement. Le coparentage du couple peut être teinté de légers désaccords, sur les modalités de garde ou sur les sorties, sans pour autant que cela manifeste un malaise dans le couple.

A 3 mois, le couple de Pedro et Magali (7) est « cohésif » et le couple se dit en accord total avec la répartition des tâches auprès de l'enfant. Celle-ci se fait principalement en faveur de Magali parce que Pedro travaille beaucoup. C'est donc elle qui s'occupe de leur fils au quotidien et Pedro participe plus volontiers les week-ends. La solitude de Magali dans le coparentage peut être un poids pour elle.

Le coparentage du couple de Marja et Alessandro est aussi « cohésif » et apparaît organisé dans une recherche d'équilibre assez stricte dans la répartition des tâches à 3 mois. C'est important pour Alessandro d'en faire « autant » que sa compagne. A 18 mois, la répartition des tâches se fait de façon plus souple pas la recherche d'exclusivité auprès de

l'enfant témoigne d'une certaine compétitivité entre les parents « *Marja : Parce que je l'entends pleurer et il met du temps à le calmer, et j'ai envie d'y aller aussi et c'est... Alessandro : Oui je pense que quand il pleure et que c'est l'autre qui le calme, on a l'impression que c'est toujours plus long, que la phase d'apaisement est plus longue* »

Conclusion H02-D

Notre hypothèse d'un coparentage qui mobiliserait particulièrement l'engagement du père dans le parentage ne s'est pas révélée exacte. Les couples que nous avons rencontrés, à part les couples 2 et 5, sont d'accord sur les modalités du coparentage qui prennent des formes très diverses. Le couple de coparent est investi tous les deux et tous les cas de figure sont présents : des couples pour lequel le coparentage est endossé principalement par le père comme pour le couple 1, des couples où c'est la mère qui s'occupe majoritairement des soins comme pour le couple 3, 4, 5, 6 et 7, et le couple 8 qui recherche une forme de partage des tâches égalitaire. Quelles que soient les modalités du coparentage, ce qui compte c'est la modalité affective, la chaleur avec laquelle les soins sont effectués. Or, tous les couples témoignent d'une grande chaleur et d'un désir de proximité avec leur enfant. Seul le couple 2 est très en difficulté.

Conclusion HG-2

Nos résultats corroborent l'existence d'un impact favorable de l'IAD sur les interactions triadiques père-mère-bébé. Ils font écho à ce que nous avons pu observer à l'échelle d'alliance parentale (Abidin, 1995) révélant des scores globalement élevés.

L'alliance familiale observée au LTP évolue vers une alliance principalement coopérative à 18 mois. Le processus de paternification du père par la mère donne une part importante au père sans pour autant s'associer à un retrait maternel. Le surengagement paternel peut aussi être observé au travers d'éléments de rivalité coparentale auprès du bébé. Chacun du parent est donc très engagé, très investi et les interactions familiales sont majoritairement chaleureuses. La rivalité observée génère de légères tensions conjugales, dépassables et ponctuelles qui nous apparaissent comme l'aménagement d'une ambivalence de bon aloi, faisant suite à la mobilisation du lien narcissique conjugal observé pendant la période périnatale. Nous détaillerons ce point dans la discussion.

Le surengagement paternel nous apparaît aussi avoir une double fonction : celui de l'affiliation à l'enfant, de la consolidation du lien père-enfant, grâce aux interactions. Mais le surengagement paternel permet aussi l'allègement de la culpabilité maternelle d'être la seule à transmettre sa filiation génétique et de la dette maternelle que cela implique. Cette culpabilité maternelle a pu être observée pour 3/6 mères à 18 mois.

C. Résultats Hypothèse Générale 3

HG-3 : Aux 18 mois de l'enfant, le couple parental serait surinvesti chez les couples IAD, au détriment du couple conjugal.

Avec cette hypothèse nous souhaitons explorer l'incidence de l'IAD sur le couple conjugal après la naissance de l'enfant obtenu par don. Nous faisons l'hypothèse que le couple parental resterait surinvesti à 18 mois, au détriment du couple conjugal. (HG3) Nous pensons observer une évolution de l'alliance familiale au LTP à 18 mois vers une alliance coopérative, associé à un phénomène « d'enfant au centre » de l'alliance familiale (HO3-A). Nous pensons que le discours des couples à 18 mois témoigne d'un fort investissement de la dimension parentale et un investissement moindre de la relation conjugale (HO3- B). Nous pensons que ce surinvestissement fait écho à des craintes générées par une inquiétante étrangeté autour des représentations de l'enfant (HO3-C).

Pour répondre à cette hypothèse, nous nous sommes servis des résultats obtenus pour les 6 couples que nous avons pu rencontrer à 18 mois : Hélène et Thomas (1), Charlotte et Luc (3), Sonia et Khalil (4), Aurélie et Arnaud (5), Armelle et Cyrille (6) et enfin Marja et Alessandro (8). Nous n'avons pas pris en compte les deux couples qui n'ont pas pu ou pas souhaité poursuivre la recherche (2, 7).

HO3-A Au LTP, la dynamique familiale est marquée cependant par un phénomène « d'enfant au centre ».

Comme nous avons pu le voir au cours de notre 2^{ème} Hypothèse, l'alliance familiale au LTP évolue aux 18 mois du bébé vers une alliance principalement « coopérative » (pour 5/6 couples).

A 18 mois, la moitié des couples (3/6) témoigne d'un phénomène « d'enfant au centre » (1, 4, 5). Celle-ci était aussi observée à 3 mois et s'exprimait par une tendance des parents à répondre très rapidement aux manifestations négatives ou d'inconfort de l'enfant. A 18 mois, cela se manifeste par d'autres biais : on observe alors que c'est l'enfant qui mène la dynamique familiale et qui fait les propositions interactives et que les parents suivent activement les mouvements de l'enfant plutôt que d'initier les modalités de l'échange.

Pour le couple 1, le phénomène « d'enfant au centre » s'observe à travers les difficultés du couple à réaliser la phase 4. Hélène tente de capter l'attention de son conjoint sans succès, en essayant d'attraper son regard ou de lui tenir la main, mais celui-ci reste en interaction avec leur fille, lui parle et commente tous ses gestes.

Pour le couple 4, la dynamique « d'enfant au centre » s'observe à travers le fait que les parents sortent du jeu (et du champ de la caméra) afin de laisser pleinement la place à l'autre dans l'interaction avec l'enfant, en allant jusqu'à s'exclure. Aaron s'organise comme le « chef d'orchestre » de la dynamique familiale, le couple ne parvient pas à frustrer l'enfant comme s'il fallait lui éviter tout désagrément. Enfin le couple « oublie » le temps où ils sont censés interagir en laissant l'enfant simplement présent. Ils avaient déjà oublié ce moment à 3 mois.

Pour le couple 5 qui présente une alliance conflictuelle à 18 mois, la dynamique « d'enfant au centre » prend des aspects plus négatifs. C'est l'enfant qui initie les interactions et qui fait le lien entre ses deux parents. Le conflit conjugal est silencieux dans les interactions, comme réprimé et on perçoit que le couple ne veut pas que leurs tensions soient ressenties par l'enfant. Le soutien émotionnel est donc bas entre les deux parents avec la présence de dénigrements discrets. C'est l'enfant qui « mène » les interactions triadiques. Cette situation nous évoque un potentiel contexte de triangulation de l'enfant.

Pour les couples 3,6 et 8 en revanche, on n'observe plus cette tendance « d'enfant au centre » des interactions familiales à 18 mois.

Conclusion

Le LTP entre 18 et 22 mois, montre des interactions principalement chaleureuses et témoigne d'un fort sentiment de cohésion familiale. L'alliance familiale évolue donc entre 3 et 18 mois vers plus de coordination entre les parents. La rivalité s'observe toujours chez 2/6 couples à 18 mois témoignant d'une alliance « coopérative tendue ». Pour 1 couple, l'alliance est toujours « conflictuelle couverte » et laisse entrevoir d'importantes difficultés conjugales.

Par ailleurs pour la moitié des 3/6 couples, on observe une tendance des parents à se centrer sur l'enfant. L'enfant au centre de la dynamique familiale, est alors mis en position de mener les interactions familiales. Précisons cependant que c'est une tendance que nous avons observée de façon très nette chez 7 couples sur 8 aux 3 mois de l'enfant (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Cette tendance pourrait être moins fréquente avec l'enfant grandissant mais se maintenir toutefois chez certains couples.

HO3- B Dans le discours, le couple est toujours très investi par sa parentalité et a encore peu repris sa vie conjugale.

Cette hypothèse opérationnelle se révèle exacte pour tous les couples que nous avons rencontrés qui témoignent d'une centration de la dynamique familiale autour de l'enfant. Ainsi Charlotte et Luc (3) peuvent dire :

« Charlotte : Où tout est centré autour d'elle. Luc : Exactement. C'est exactement ça. Chercheuse : Dans votre vie, vous avez l'impression que tout est centré autour d'elle ?

Luc : C'est mon maximum, ça c'est sûr ! Charlotte : C'est sûr que c'est notre priorité !

Luc : Ma vie, elle est héliocentrée sur Olympe. »

Ils expriment d'ailleurs leur plaisir à vivre tous les 3 et le couple conjugal est laissé pour compte, sans que ni l'un, ni l'autre ne soit gêné. On perçoit cependant une forme de fuite du couple conjugal dans cette dynamique parentale : *« Charlotte : C'est que tu dis que tout va bien entre nous mais si on ne se voit jamais ! haha (rires) »* et Luc ajoute : *« on nous a déjà fait la remarque plusieurs fois et c'est pas bon, pour la pérennité du couple, c'est pas bon. »*

Tout comme Sonia et Khalil (4) qui s'alternent au quotidien auprès de leur fils mais ne sont finalement jamais tous les deux. Khalil accepte toujours de dormir dans le salon alors que son fils dort avec sa mère dans le lit conjugal. L'enfant omni-présent est un obstacle à leur vie sexuelle.

De la même manière, le couple d'Hélène et Thomas (1) s'est recentré sur leur fille, comme nous le verrons plus en détail dans la sous-hypothèse suivante, ils ne confient jamais leur fille et craignent que l'arrivée d'un 2^{ème} enfant vienne bousculer leur équilibre.

Cette hypothèse est vraie en partie pour le couple d'Aurélie et d'Arnaud (5), qui souffre justement de ne pas parvenir à se retrouver sereinement à 3. Arnaud semble prioriser son travail puis sa fille, au regret de sa femme, comme lorsqu'il l'emmène en vacances alors qu'Aurélie aurait préféré partir en amoureux, pour passer le plus de temps possible avec sa fille, au détriment du couple conjugal qui s'éloigne.

Marja et Alessandro (8) donnent une place extrêmement centrale à leur fils, au dépend de leur propre rythme *« Alessandro : Oui bah aussi même pour nous même on s'occupe moins de nous-mêmes, enfin je pense. Enfin, des fois on s'aperçoit qu'on n'a pas bu par exemple, là on a pris le temps, on s'occupe de faire ça pour lui mais, on mange des fois, on sacrifie un peu notre repas, enfin on mange après hein, c'est pas... Là par contre on mange tard le soir en ce moment, souvent il mange, nous on mange des fois à 10h, 11h, l'heure espagnole (rit). Marja : C'est*

vrai qu'il est très prioritaire on va dire. Alessandro : -ça change les discussions aussi entre nous. Du coup ça, il y a moins de discussions, puisque ça, quand on discute à table on est souvent interrompu par lui qui vient demander de l'attention (rit). » Ils reconnaissent que leur monde s'est restreint autour de leur fils : « Marja : A deux, ça va encore, après pour les amis, on a pas beaucoup de temps. »

Seul, le couple 6 a repris sa vie sociale et amicale. Ils ont pu confier leur enfant et peuvent aussi se réjouir des moments à deux passés sans leur fils. La parentalité est alors décrite avec une ambivalence de bon aloi, soulignant le bonheur que cela représente mais aussi « *plein de petits soucis en plus... »*.

Conclusion HO3-B

Aux 18 mois de leur enfant, 5/6 couples relatent une centration sur l'enfant, plutôt que sur le couple. Toutefois, ces résultats nous évoquent une tendance qui pourrait être comparable à n'importe quel couple primipare qui accueille un enfant et il nous semble difficile de donner à cette observation une dimension singulière pour les couples ayant conçu suite à un don. En revanche, c'est le sens que nous pouvons donner à ce mouvement du couple qui se centre sur l'enfant suite à une IAD qui nous apparaît capital, c'est ce que nous allons explorer dans l'hypothèse opérationnelle suivante.

HO3-C Ce surinvestissement fait écho à des craintes générées par une inquiétante étrangeté autour des représentations de l'enfant.

Nous montrerons d'abord que l'on n'observe plus d'inquiétante étrangeté vis-à-vis des représentations de l'enfant à 18 mois, alors que ce sentiment a pu être présent à 3 mois. Nous montrerons ensuite que certains couples témoignent cependant d'une crainte de l'environnement extérieur, vécu comme potentiellement hostile et destructeur. Cette impression s'ancre soit dans les préoccupations concernant la santé de l'enfant, soit à travers des craintes de la révélation du don à l'entourage.

Interroger l'étrangeté de l'enfant c'est interroger les représentations de l'enfant : sont-elles teintées d'inquiétudes ? Les couples ont-ils une tolérance à l'énigmatique que génère tout enfant ? A travers cette hypothèse, c'est le jeu des ressemblances que nous avons souhaité

interroger : comment les parents se reconnaissent-ils ou s'affilient-ils à leur enfant ? Les parents se reconnaissent-ils à travers leur enfant et comment ? Comment l'enfant tout petit, théâtre de toutes les projections est-il perçu ?

Pour le couple d'Hélène et Thomas, les représentations de leur fille à 3 mois sont étroitement intriquées avec celles de la sœur décédée du fait de la quasi-juxtaposition de la naissance de l'une et de la mort de l'autre. « *Hélène : Je pense qu'à un moment, j'ai tout mélangé. Et en fait y avait plein de petits détails qui m'ont beaucoup perturbée au début. Ma petite sœur était handicapée donc elle faisait que des sons. Et forcément les sons de Camille ça m'évoquait les sons de ma petite sœur ou le simple fait de changer les couches de Camille...* »

L'étrangeté ici se révèle dans la porosité des représentations de l'enfant. Il nous apparaît que l'association inconsciente fille/sœur, a été potentialisée par le don de sperme, support de projection d'autant plus grand que le don est anonyme.

Lorsque Camille a 20 mois, même si les angoisses de perte sont toujours présentes, on n'observe plus d'étrangeté autour de l'enfant. Camille est décrite par ses parents avec des termes très chaleureux et positifs et elle est associée à sa cousine à qui elle ressemble physiquement, et donc à la lignée maternelle. Le donneur n'apparaît pas dans la transmission, il est totalement évacué des représentations.

Dès la grossesse, Luc (couple 3) nous avait fait part de son souhait de ne pas chercher de ressemblances, témoignant d'une certaine tolérance à l'énigmatique. « *Après moi s'il est blanc, ça ne m'aurait pas dérangé. C'est ça, moi je suis arrivé à ce niveau là où même s'il est blond, qu'il a les yeux, non ça ne m'aurait pas dérangé tellement je voulais... voilà avoir un petit ou une petite* ». A la naissance, Charlotte du couple 3 ressent un mouvement d'étrangeté très fort à la rencontre de son enfant : elle met 24h à l'appivoiser et se présente à lui comme une « tata » : « *Au début je ne me considérais pas comme maman, je me disais « tata ». Voilà, quand je parlais de moi je disais « tata va te changer » les premiers jours...* ». Cette étrangeté n'est pas ici celle de l'enfant, mais plutôt de se représenter elle-même devenue mère. Nous y voyons un mouvement que nous pouvons retrouver chez certaines mamans qui ont tant attendu leur enfant que leur désir devenu réalité marque l'écart entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel. Nous pouvons aussi observer comme un mouvement de retrait, très léger, dans la rencontre à l'enfant, comme un besoin que cet enfant-là puisse la faire mère. Ce mouvement de retrait est

alors bien vite compensé par l'adoption mutuelle mère-bébé « *On était en fusion toutes les 2 vraiment* ».

Lorsqu'Olympe a 20 mois, on n'observe pas d'étrangeté la concernant. Le donneur ne revient pas à travers les représentations de bébé, il est évacué dans l'équation des ressemblances : finalement Olympe ressemble à la fois à son père et à sa mère. « *Luc : Ben je pense qu'il y a un peu de nous deux quoi en fait.... Moi je suis tout le temps sourire et Charlotte, elle a son caractère !* » Dans ce même mouvement, le discours sur la conception qu'ils s'imaginent dire à l'enfant plus tard n'inclut pas une tierce personne mais une « graine » permettant de mettre à distance la figure du donneur : « *Charlotte : Une graine et du coup papa il avait pas la graine et on est allés chercher la graine et puis voilà...* »

Pour le couple 4, lorsqu'Aaron a 3 mois, les représentations de l'enfant sont investies de manières positives et adaptées. On observe une évocation d'étrangeté au travers du surnom de l'enfant « patate » dont le couple ne parvient pas à s'expliquer d'où il vient et pourquoi ils le nomment comme cela. On perçoit alors un parallèle inconscient mais manifeste entre ce surnom et le don/ le donneur. Ainsi Sonia nous raconte : « *j'ai beaucoup de remarques sur ça. Sur « Patate ». Chercheuse : Oui ? Ce n'est pas commun. On vous demande certainement... Sonia : Oui, mais on me, on me limite, fait des reproches... On me dit que, ben qu'il va, qu'il nous reprochera plus tard peut être.* » Ce surnom apparaît comme une valeur symbolique faisant écho au don, à la fois dans sa valeur étrange mais aussi dans les craintes que peuvent représenter l'avenir et les reproches que pourrait leur faire leur enfant d'avoir eu recours au don.

Lorsqu'Aaron a 20 mois, on n'observe plus de manifestations d'étrangeté le concernant. Le donneur, même s'il est évacué des représentations de Khalil, a laissé une trace heureuse : Khalil se représente que son fils a ses yeux bleus. Sonia, cherche à minimiser le rôle du donneur en ramenant la question de la couleur des yeux comme exclusivement liée à son héritage biologique à elle, favorisant l'exclusion du donneur ainsi l'affiliation fantasmatique de Khalil à son fils. Cependant, le donneur est bien présent dans les représentations de Sonia qui avoue lui être reconnaissante car sans lui, elle n'aurait pas eu « *cet enfant-là* ». Elle fait un lapsus laissant entendre la place forte qu'elle donne au donneur dans la filiation symbolique à son fils : « *Que papa et maman voulaient un bébé mais que heureusement il lui manquait les graines et que ben qu'un gentil monsieur il a donné les graines* ». Néanmoins, cette présence du donneur à travers les représentations de l'enfant n'est pas vécue de manière anxiogène. Le couple

envisage une forme de coexistence d'une transmission heureuse du donneur et des parents. Ainsi Aaron ressemble malgré tout à son père : ils ont tous deux fait des bronchiolites enfants et ils ont les mêmes orteils...

Pour le couple 5 les représentations d'Aurélie concernant leur fille Jeanne s'organisent dans un double mouvement : à la fois étrangère familière. Sa fille ressemblerait à sa grand-mère, comme une manière de dévier sa transmission directe mais de permettre malgré tout une filiation positive aux générations antérieures. Grâce au don de spermatozoïdes, Jeanne est aussi perçue dans son étrangeté, comme un enfant à découvrir, à apprivoiser : « *Alors elle est un petit peu blonde encore, moi ça me dérange pas du tout enfin, moi je sais que j'ai toujours été châtain donc je suis un peu surprise d'avoir une fille plutôt blonde mais ça ne me dérange absolument pas.* » De plus Aurélie met en avant la dimension salutaire de la rupture avec leur filiation à Arnaud et elle, permettant à Jeanne de grandir dans une infinité de possibles. De fait elle est souvent étonnée par sa fille et s'émerveille de ses qualités. Pour elle cette transmission ne pourrait venir que nécessairement du donneur, évacuant la sienne mais dénigrant aussi malgré elle la paternité d'Arnaud. De son côté, Arnaud n'associe pas sur la question des ressemblances et reste silencieux, comme s'il ne s'autorisait pas à s'affilier à sa manière à sa fille. Ce silence peut aussi être entendu à travers l'inhibition qui touche toute la sphère paternelle, craignant là encore de ne pas être à la hauteur. Il décrit sa fille comme « *Joyeuse, épanouie [...] une jeune fille* », prenant déjà une distance en la percevant grandie, il explique « *Ben Aurélie veut plus qu'on dise que c'est un bébé, donc si c'est plus un bébé, c'est une jeune fille.* »

Ainsi pour Aurélie, les ressemblances avec sa fille laissent entrevoir la coexistence de leur héritage avec celui du donneur. Arnaud ne se représente pas d'étrangeté vis-à-vis de sa fille qui pour lui ressemble à la lignée maternelle mais compte aussi sur la filiation affective pour prendre sa place de père.

Pour le couple 6, à la naissance, le discours est marqué par un sentiment d'étrangeté auprès du bébé que le couple met à distance avec humour. Armelle évoque sa peur que l'enfant naisse violet et dédramatise ses angoisses : « *Donc à Clément je lui avais dit « il va être comme la vache Milka ® »*. Clément relate ses craintes d'erreur dans le protocole du CECOS à travers lesquelles on perçoit l'effraction que peut représenter le fait d'attendre l'enfant d'un autre. « *Moi je me suis dit « ouf ils ne se sont pas trompés ! » [...] Ben je ne sais pas, ils, s'il avait été*

asiatique ou... » Il souligne le stress qu'a pu représenter cette naissance. « Il y a un peu de tension donc c'était euh vraiment un sentiment de soulagement. ». L'étrangeté fait place à l'affiliation : à la naissance, ce père « reconnaît » son fils comme le sien.

Le donneur est présent de façon diffuse à travers les traits de Thaddée : « *Clément : [...] il [l'enfant] ressemble pas non plus tellement à Armelle.... il ne me ressemble pas on se dit tiens, qui est-ce qui.... Est-ce qu'on le reconnaîtrait si on le voyait dans la rue ? [Le donneur] , mais pas plus que ça. »*

Au 3^e mois du bébé, l'enfant est bien cet « étranger à demeure » que les parents peinent à décoder. « *Clément : Des cris très très aigus. Il devient tout rouge... Donc au début on se demande mais pourquoi, on essaie de le bercer et on se dit « il faut surtout pas le secouer ».* Les mouvements d'agressivité à l'égard de l'enfant qui pleure peuvent être présents, l'enfant n'est pas idéalisé, ni englobé dans la sphère du couple : il est perçu comme un tiers qu'il faut essayer de comprendre et d'appriivoiser.

A 18 mois, Thaddée est à nouveau décrit dans sa singularité : le donneur apparaît en creux à travers les éléments qui le caractérisent qui n'appartiennent ni au père, ni à la mère comme ses longs cils ou sa grande taille. Le couple ne cherche pas à trouver des signes qui l'affilient à l'un ou l'autre. « *Armelle : Ben moi je lui trouve, non, je trouve de ressemblance avec personne (rit) de ma famille. C'est vraiment, il a une petite tête à lui. [...]*

Clément : N'empêche, parce qu'il est blond aux yeux bleus, il a un petit côté prince Georges d'Angleterre. » Ainsi l'enfant est perçu comme un être à découvrir, sans pour autant que cela génère d'inquiétudes du côté des parents. L'étrangeté est semble-t-il canalisée grâce à des représentations positives (associées au prince d'Angleterre).

Pour le couple 8, les représentations d'Hugo ne sont pas teintées d'inquiétudes. Martin est un bébé décrit comme facile, souriant. Le couple cherche à nous montrer une image positive et la plus neutre possible de ce qu'ils vivent et de leur enfant : « *Alessandro : Un peu vif mais bon pas trop excité ».* Les représentations de l'enfant sont cependant très positives et joyeuses. Martin est perçu comme « extrêmement bricoleur », ce qui est une manière de l'affilier à son père qui se présente lui-même comme ayant ce hobby. Le couple s'interroge sur les ressemblances et trouve que Martin a des traits du côté de Marja, qu'il ressemble à une de ses nièces notamment. Le couple trouve donc chacun, à travers leur fils, l'évocation de leur propre filiation.

Toutefois il est intéressant de relever malgré tout une étrangeté dans les représentations, n'évoquant pas d'inquiétude mais une part d'énigmatique dans les représentations de l'enfant associées au donneur. Ainsi, le couple se figure, à 3 mois et à 18 mois, que Martin ressemble au président Emmanuel Macron.

Le couple 8 se s'autorise à fantasmer que le donneur puisse être le président de la république, comme pour le couple 6 qui retrouve à travers leur fils les traits du prince d'Angleterre. Ce mouvement nous évoque une forme de Roman familial (Soulé, 1984) mais dans une forme inversée, ce n'est plus l'enfant qui se fantasme issu d'une grande lignée prestigieuse mais ici, les parents qui fantasment que leur enfant pourrait être issu d'une lignée extra-ordinaire, donnant ainsi au don, une portée gratifiante et idéalisée.

Enfin, le couple 8 évoque très souvent le donneur dans leur quotidien à travers cette question des ressemblances. Chacun, lorsqu'il croise quelqu'un qui ressemble à leur fils se dit : « *Mr : tient j'ai vu telle personne, si ça se trouve c'est lui, parce qu'il a, il a un fils qui ressemble* » ou « *Mme : il y avait une petite fille de deux mois [...] après quand je suis rentrée j'ai dit « si ça se trouve c'est sa sœur* ».

Pour ce couple, on perçoit donc que la transmission du donneur co-existe avec la leur au travers des représentations de l'enfant.

Conclusion HO3-C

Le sentiment d'inquiétante étrangeté a pu être observé au cours de la grossesse et des premiers mois de l'enfant. A 18 mois, l'étrangeté fait place à l'affiliation. Nous avons pu observer 3 modalités d'affiliation parmi les 6 couples que nous avons rencontrés.

-Pour le couple 1 et 3, la filiation se fait principalement vis-à-vis de la lignée maternelle, et le donneur est évacué des représentations du couple. On comprend que l'affiliation à ce bébé ne peut pas se faire avec une évocation consciente du tiers étranger, rival du père, qui a participé à sa conception. L'évacuation du donneur hors des représentations du couple alors est nécessaire à l'affiliation.

- Pour les couples 4 et 5, on perçoit la coexistence de la transmission du donneur et des parents au travers de la représentation de l'enfant. Les représentations de l'enfant sont teintées de l'ambivalence que le couple ressent vis-à-vis du donneur. Le donneur est perçu à la fois comme

une figure positive et idéalisée mais aussi comme une figure inquiétante qu'il faut mettre à l'écart.

- Enfin pour les couples 6 et 8, les représentations de l'enfant font aussi coexister les ressemblances parentales et la place à l'énigmatique du donneur. Le donneur est perçu comme une figure dont les parents cherchent inconsciemment à apprivoiser les contours. La mise à l'écart de l'étrangeté de l'enfant est rendue possible par le questionnement des parents sur le donneur, qui le font alors exister dans leurs fantasmes. On observe alors ce que nous appellerons une forme de Roman familial « inversé » en référence à M.Soulé (Soulé, 1984) qui a décrit ce phénomène chez les enfants qui à un moment de leur développement, s'imaginent avoir d'autres parents que les leurs, si possible plus riches et merveilleux, le rendant issu d'une lignée fantastique. Dans notre contexte, ce sont les parents qui s'imaginent, dans un jeu fantasmatique, que leur enfant pourrait avoir des origines extra-ordinaires, le gratifiant d'une lignée prestigieuse. Ce fantasme concourt à apprivoiser la figure du donneur de manière positive. Il peut aussi avoir pour effet de s'affilier à l'enfant, en écartant les angoisses d'étrangeté.

Si le sur-investissement de l'enfant par ses parents ne peut donc pas s'expliquer par des fantasmes d'étrangeté concernant l'enfant à 18 mois, certains couples témoignent néanmoins d'une crainte de l'environnement extérieur vécu comme potentiellement hostile et destructeur.

Cette impression s'ancre soit dans les préoccupations concernant la santé de l'enfant, soit à travers des craintes de la révélation du don à l'entourage. Lorsque l'enfant a entre 18 et 22 mois, 4 couples parmi les 6 que nous avons rencontrés, ont témoigné de préoccupations sur la santé de l'enfant associées avec des difficultés des couples à se séparer de leur enfant. Ces craintes s'observent chez les couples 1, 3, 4, 8 mais ne s'observent pas pour les couples 5 et 6. Pour les 6 couples les craintes de la révélation à l'entourage sont majeures.

Pour le couple 1, lorsque leur enfant a 20 mois, les angoisses de perte de Thomas ne sont plus perceptibles au-delà de ce surinvestissement de la fonction paternelle, il ne fait plus de cauchemars. En revanche, la culpabilité et l'angoisse maternelle sont omniprésentes et se retrouvent dans les angoisses de séparation majeures. Hélène ne réussit pas à se faire plaisir, comme si son angoisse était encore nécessaire pour conjurer le sort. Leur fille n'est jamais confiée. Plus que les angoisses de mort consécutives au deuil, ce qui ressort du discours c'est une forme de dette par rapport au don. Hélène devrait payer sa dette en ne s'autorisant aucun

moment en dehors de sa fille. On entrevoit la fonction surmoïque de la culpabilité ne laissant aucune place à l'ambivalence. Hélène fait le lien à la fois avec le deuil et avec le don « *Hélène : [...] peut être inconsciemment c'est ça aussi, je me suis quand même dit qu'à mes yeux, Camille est un petit miracle. Qu'on a réussi et que du coup, bah forcément on va lui donner beaucoup d'importance. »*

Les craintes en lien avec la révélation à l'enfant de sa conception sont très importantes. Le couple a très peur qu'elle le vive mal. « *Thomas : On ne veut pas se tromper et on veut être sûr de prendre la bonne décision donc là oui, même si on était sûr, là j'ai l'impression qu'on revient sur une petite phase de doute. [...] Mme : Moi, l'angoisse que j'ai c'est comment elle va le vivre en grandissant. Je ne veux pas qu'elle se sente différente. »*

Pour le couple 4, on observe un recentrement du couple autour des préoccupations concernant la santé de l'enfant et des angoisses de séparation importantes partagées par les deux membres du couple. Ainsi Sonia, dort avec son fils et le maintien au sein dans un but de protection et de maintien de proximité. Aaron ne parvient pas à s'endormir seul, il s'endort au sein, se réveille la nuit. « *Sonia : Après c'est vrai que les mamans qui allaitent, longtemps, c'est aussi... c'est aussi-, il n'a pas de doudou, c'est moi son doudou »*

Khalil évoque ses angoisses et ses cauchemars, craignant de l'avoir perdu. « *J'ai l'impression des fois je me lève en sursaut en pensant qu'il se réveille et je l'ai oublié ou des fois, je me rappelle, je me dis mais p..., il est où ? Et je me réveille, je suis dans le salon, je me dis non, il dort avec sa mère. Je suis toujours en train de surveiller. »* L'angoisse est donc partagée par le couple et c'est Khalil qui du mal à confier l'enfant à des tiers, alors que Sonia souhaiterait reprendre une activité professionnelle. Cette crainte autour d'une mauvaise influence des tiers se retrouve à 20 mois dans le regard que les parents portent sur les relations de leur enfant : « *Khalil : On a peur qu'il se laisse trop faire quoi. »* ou « *Sonia : j'ai l'impression qu'il est trop gentil »*

Concernant le discours sur la conception, Khalil vit lui aussi dans la crainte que des tiers puissent être informés du don et donc de son infertilité. Il évoque la honte qu'il ressentirait si sa famille était au courant de son infertilité, la crainte de les décevoir et de leur enlever cette joie que représente cette filiation pour ses propres parents. « *Sonia : Ben surtout qu'elle (La mère de Khalil) est tout le temps à dire que c'est son nez (en parlant d'Aaron) ! (rires) »* Khalil laisse entendre qu'il aimerait se rallier au choix de sa femme d'en parler mais que pour l'instant le discours sur la conception le ramène encore à son infertilité trop douloureuse. Le regard des

autres, vient à plusieurs reprises dans son discours : « *Quand je dis le regard des autres c'est surtout ma mère. Mon père je pense que un peu moins. Mais bon, surtout ma mère.* »

Le couple 8 manifeste lui aussi des craintes concernant la santé de leur fils Hugo, qui s'observe à travers les tensions que génèrent leurs débats sur les vaccins, ainsi que les craintes de Marja qu'Hugo s'étouffe dans son sommeil. On comprend qu'ils veulent prendre la meilleure solution pour leur enfant mais que ces interrogations s'accompagnent aussi d'angoisses de mort et de perte de l'enfant. Ces angoisses ne sont pas exclusivement imputables au don de sperme, Marja ayant elle-même failli mourir étant bébé. De son côté, Alessandro, loin de rassurer sa femme, est aussi inquiet. L'inquiétude sur le monde extérieur perçu comme hostile se retrouve à travers la question des vaccins potentiellement nocifs pour l'enfant, en lesquels on ne pourrait pas avoir confiance.

Les craintes de la révélation sont aussi très importantes pour ce couple qui n'en a pas parlé à sa famille respective. Marja craint que sa famille ne désavoue son conjoint dans sa fonction paternelle, tout comme Alessandro, qui craint d'être attaqué dans sa virilité et sa légitimité dans sa propre famille et dans sa belle-famille. La peur du regard de leur famille est telle que ce couple a choisi que ce soit l'enfant qui, en grandissant, informe leur entourage familial de sa propre conception.

Lorsqu'Olympe a 22 mois, le couple 3 ne ressent plus de craintes vis-à-vis de sa santé ou de son développement. Toutefois, les craintes vis à vis de la séparation sont toujours présentes, comme en témoigne la difficulté que le couple ressent à mettre leur fille dans sa propre chambre. « *Luc : C'est pas comme si le sujet était jamais venu à l'ordre du jour hein on le savait mais c'est vrai qu'on vit bien avec ça. Charlotte : Enfin, ça vient de nous mais c'est vrai qu'on aurait peut-être dû le faire un peu avant mais moi j'ai un peu peur de me dire, si on le fait ça va être des nuits... ! Elle fait ses nuits depuis pas si longtemps que ça.* » Le couple est entièrement centré sur le bébé et le revendique. Il n'y a pas de désir du couple de prendre du temps tous les deux. Ils ne souhaitent pas se séparer de leur fille qui n'a pour l'instant jamais été confiée en dehors de la nounou la journée. Ce couple n'est jamais seul à deux. Ils sont soit tous les trois, soit l'un ou l'autre avec leur fille.

En revanche, pour le couple 3, les craintes de la révélation à l'entourage sont prégnantes et la révélation est vécue comme pouvant ébranler toute la famille. Luc, ne souhaite pas en parler à des tiers et évoque sa crainte qu'elle soit mise « à l'index », à l'écart de la famille. Cette crainte

fait écho à la singularité de son histoire transgénérationnelle, son frère ayant vécu une forme d'humiliation en étant suspecté d'être un fils adultérin. Luc a peur des paroles blessantes, et peut être de la honte qu'il ou que sa fille pourrait ressentir : « *Luc : y a des personnes qui ne savent même pas de quoi ils parlent donc euh... on va avoir une réaction, ça va m'énerver. Du coup ça va m'énerver...* » Charlotte, tente d'appivoiser les craintes de son mari et mettant en avant la nécessité que l'enfant ne soit pas le seul dépositaire du secret mais Luc exprime fermement son opposition et l'on perçoit que c'est l'alliance conjugale qui est en jeu derrière ce silence. Il ne faut donc pas que les autres soient au courant, ce qui favorise une forme de repli du couple sur lui-même.

Pour les couples 5 et 6, on n'observe pas d'anxiété autour du développement de leur enfant, ni d'angoisses de séparation à 18 mois. Toutefois, les couples partagent cette crainte de la révélation à l'enfant plus tard. Pour le couple 5 la crainte de la révélation ne s'oriente cependant vers un tiers mais bien plus sur les potentiels reproches qu'elle serait susceptible de leur faire à eux, en grandissant. « *Aurélié : Mais moi j'ai peur que si on lui déverse tout comme ça et qu'elle ne peut pas nous répondre... qu'elle peut rien nous dire et qu'elle garde tout dans sa tête !* »

Pour le couple 6, la crainte du regard des autres est perceptible et la notion de « protéger » l'enfant du regard de ses pairs se confond avec celle de protéger le père du regard des autres sur son infertilité. « *Clément : Non, moi les craintes que j'ai c'est pas pour toute suite, c'est des craintes de cour de récréation... C'est pour ça qu'on a envie que ce soit le plus naturel pour lui pour qu'il soit armé dans la cours de récréation, il sache quoi répondre [...] Je ne sais pas peut être qu'il en parle et que les autres se moquent de lui ou sans se moquer de lui d'ailleurs, ou le plaignent...* »

CONCLUSION H03-C Bis

Le surinvestissement de l'enfant ne s'explique donc pas par un sentiment d'inquiétante étrangeté vis-à-vis de l'enfant. L'enfant est perçu par tous les parents à 18 mois de manière positive et ne sont pas teintées d'inquiétude concernant l'étrangeté de l'enfant. Les fantasmes de transmissions font majoritairement coexister la filiation des parents incluant parfois celle du donneur.

Cependant, l'extérieur à la sphère familiale peut être vécu comme dangereux et potentiellement nocif pour l'enfant, ce qui peut expliquer que le couple continue à se centrer sur l'enfant lorsque celui-ci a 18 mois. L'extérieur au couple pourrait être évocateur d'une altérité anxiogène, évocatrice du regard des autres, comme du tiers donneur, dont le couple pourrait vouloir se protéger.

Le couple se représente les tiers de manière anxiogène, de telle sorte qu'ils pourraient transmettre une forme de crainte diffuse à leur enfant. Nous constatons que l'enfant est perçu comme un individu qu'il faut nécessairement protéger d'influences négatives.

Conclusion HG- 3

Lorsque l'enfant a 18 mois, le couple parental est donc bien surinvesti après une conception par insémination artificielle avec donneur. Cette tendance se retrouve à la fois dans les résultats issus des jeux triadiques (LTP) et dans le discours des parents. La dynamique « d'enfant au centre » du couple s'observe pour 5 couples sur les 6 que nous avons rencontrés entre 18 et 22 mois, soit dans le LTP, soit dans le discours.

Notons cependant qu'aucun couple ne semble souffrir de cette situation, même ceux dont la vie conjugale a nettement diminué par rapport à avant la conception. Cette primauté donnée à la dimension parentale du couple n'apparaît pas comme une souffrance, au contraire, c'est bien souvent une richesse comme l'expriment Charlotte et Luc qui racontent avec fierté être devenus « une famille ».

Par ailleurs, on n'observe pas d'inquiétante étrangeté vis-à-vis des représentations de l'enfant. Toutefois, 4/6 couples témoignent d'angoisses de séparation importantes et de craintes de l'environnement extérieur et les 6 couples révèlent leurs craintes de l'entourage comme un frein à la révélation à l'enfant de sa conception. Ces angoisses pourraient être comprises comme un déplacement de l'angoisse que suscite l'inconnu du don, sur l'inconnu de la sphère extra-familiale et le tiers en général. La centration du couple sur lui-même serait alors comprise comme un autre moyen d'évacuer le don et le donneur, des représentations, en ne laissant pas de place aux tiers dans la sphère familiale.

D. Résultats Hypothèse Générale 4

HG-4 : Le fonctionnement coparental détermine le positionnement des parents par rapport à l'information à l'enfant.

Pour cette hypothèse, nous souhaitons mettre en perspective le coparentage des couples avec le positionnement des parents par rapport à l'information à l'enfant. Nous postulons qu'un coparentage de bonne qualité aide les parents à faire leur choix quant à informer ou à ne pas informer l'enfant (HO4- A). Afin d'y répondre, nous avons donc comparé le coparentage tel qu'il a pu être évalué dans le discours des couples au cours des entretiens à 3 mois et à 18 mois avec leur positionnement vis-à-vis de l'information à l'enfant. Nous pensons qu'un fonctionnement coparental cohésif pourrait soutenir le souhait des parents d'informer l'enfant plus tard.

Par ailleurs, la précédente étude menée sur le coparentage des couples après une FIV (Darwiche et al., 2013) avait révélé des difficultés à accueillir les émotions négatives chez l'enfant ainsi qu'une alliance familiale avec « enfant au centre ». Nous avons retrouvé cette tendance du couple à se centrer sur l'enfant dans nos observations pour 3/6 couples dans le LTP et pour 5/6 couples dans le discours (Cf. Hypothèse 3). Nous pensons que ces difficultés à faire face aux émotions négatives existent aussi chez les couples après une IAD, tant vis-à-vis de l'enfant qu'à l'intérieur même du couple conjugal.

Nous postulons que la capacité du couple à accueillir les émotions négatives liées à l'évocation de l'infertilité et du don permet au couple de cheminer vers une position commune positive vis-à-vis du discours sur la conception (HO4- B). A l'inverse, la difficulté à accueillir les émotions négatives à l'intérieur du couple pourraient freiner l'alliance du couple vis-à-vis de l'information à l'enfant.

H04- A Un coparentage de bonne qualité aide les parents à faire leur choix quant à informer ou ne pas informer l'enfant.

Evaluation du coparentage

Parmi les 8 couples que nous avons rencontrés, 6 témoignent d'un coparentage « cohésif » (1, 3,4, 6, 7, 8) et 2 s'apparentent à un fonctionnement « non-cohésif » (2, 5)

Reprenons les dimensions du Coparentage définies dans la méta-modèle de N. Favez et F. Frascarolo (2013) :

- Le soutien émotionnel est partagé par la majorité des couples parentaux que nous avons rencontrés (1, 3, 4, 6, 7, 8). Ainsi le couple 1 témoigne d'une importante solidarité conjugale : « *Hélène : il y en avait toujours un pour prendre sur lui si l'autre était un peu plus bas et je me dis oui, on a été très forts tous les deux, pas forcément en même temps mais au moment qu'il fallait pour l'autre...* », le couple 3 précise : « *On se consulte l'un l'autre et voilà, on écoute les conseils de l'autre.* ». Pour le couple 4, Khalil joue un rôle de protecteur auprès de sa femme. « *Khalil : Non mais j'en ai aussi hein [de l'anxiété] mais bon, je vais pas le montrer parce que bon elle l'est déjà aussi... Sonia : Non mais il me rassure beaucoup.* » La fragilité de Sonia, a pour conséquence de mobiliser Khalil dans sa fonction rassurante et dans une position de force, ayant valeur de soutien émotionnel et de réparation narcissique. Le couple 6 exprime aussi une importante solidarité vis-à-vis de l'enfant « *Armelle : [...] je pense qu'il l'est aussi [Inquiet] mais qu'il le montre moins. Et du coup, quand Thaddée a de la fièvre il va être plus rassurant que moi qui vais plus m'inquiéter mais... au fond, je pense qu'il est aussi assez inquiet.* » Le soutien émotionnel s'exprime pour le couple 7 à travers l'impossible expression d'émotions négatives dans le couple et la dimension sacrificielle que prend l'absence de Pedro qui travaille beaucoup pour le bien de la famille. Lorsque Magali pleure Pedro lui formule une injonction à se ressaisir : « *Ohhh... attention t'es enregistrée, ne pleure pas sinon y vont dire que t'es en dépression (il rit et lui tend un mouchoir) [...] Je suis support mouchoir* » Enfin le couple 8 témoigne de soutien émotionnel, tous les deux anxieux, se rassurent mutuellement temporisant leur propre angoisse pour apaiser l'autre, comme lorsqu'ils hésitaient longuement au sujet des vaccins pour finalement décider conjointement de tous les faire.

En revanche, les deux couples dont nous pensons qu'ils ont un fonctionnement « non-cohésif » ne parviennent pas à s'exprimer de soutien émotionnel mutuel. Le couple 2 s'est révélé très en difficulté pour se soutenir l'un et l'autre dans leurs fonctions parentales : Jean ne parvient pas à soulager Mathilde face à son épuisement, et Mathilde ne parvient pas à rassurer Jean sur sa place de père, malgré leurs efforts respectifs. Le couple 5 témoigne aussi d'une absence de soutien émotionnel d'Arnaud vers Aurélie qui souffre de solitude auprès de l'enfant et qui a l'impression de porter seul le poids d'une filiation anxiogène. Son mari ne parvient pas à la protéger de son angoisse d'être une mauvaise mère. « *Mme : Y avait plus la famille, tout*

ça, moi j'aurais pu avoir un accident de voiture, euh, tu ne serais pas beaucoup venu me voir à l'hôpital. » Aurélie, n'arrive pas non plus à soutenir Arnaud dans sa place de père.

- La dimension du conflit ne s'observe pas chez la plupart des couples que nous avons désignés comme ayant un coparentage « cohésif », elle est visible néanmoins chez le couple 7 lorsque le bébé a 3 mois et s'observe de manière « couverte » à travers des attaques masquées par l'humour et la dérision. Pour exemple, lorsque l'on demande au couple comment ils ont choisi le prénom et que Pedro répond : « *Bon, je l'ai cognée avant (rit)* » La plaisanterie associée à la violence des propos viennent alors sidérer la pensée. On perçoit à plusieurs reprises que Magali n'ose pas s'exprimer librement malgré la tonalité humoristique de l'échange. Le conflit est donc bien présent en toile de fond : « *Et vous Monsieur, vous êtes d'accord avec ce que dit madame ? Mr : (ton de plaisanterie) Nan, bien sûr que nan évidemment !* ».

Cette dimension du conflit s'observe aussi chez les deux autres couples montrant un coparentage « non cohésif » (2 et 5). Arnaud et Aurélie (5) s'adressent mutuellement des commentaires verbaux négatifs et la tension est perceptible. Ainsi Arnaud peut dire : « *Moi je suis pas dans l'anticipation négative comme Aurélie* » ce à quoi Aurélie répond : « *Oui mais tu n'anticipes rien en fait ! Ce qui me gêne c'est que tu n'anticipes rien ! Et le jour où ma question va se poser, qui va ? Qui, qui ? Qui va se prendre la charge du truc, ça va encore être moi donc là je suis plus d'accord. C'est ça qui me gêne en fait.* »

La dimension du conflit s'observe à bas bruit chez le couple 2 même si le couple ne s'autorise pas à verbaliser ses reproches devant nous. Ainsi le couple évoque ses désaccords « *sur des questions personnelles* » mais pas concernant l'enfant. Les reproches sont contenus, comme pour ne pas déverser une agressivité trop destructrice. Ainsi Mathilde se plaint de ne pas dormir et Jean précise : « *Même quand le bébé il dort, elle dort pas.* » témoignant des tensions conjugales sur la question du sommeil et de son impuissance. Elle lui demande d'être plus présent auprès d'elle pour finalement se raviser : « *non, non, ça me va comme ça.* ». Le conflit est bien présent mais il ne peut pas être exprimé. Tout le temps ensemble mais dans une présence mutuellement décevante, le couple ne parvient pas à être en harmonie auprès du bébé. Chez d'autres couples nous observons des manifestations conflictuelles mais celles-ci ne sont pas en lien avec le coparentage ou la relation de l'un des parents avec l'enfant.

- La division du travail vis-à-vis de l'enfant n'est pas nécessairement équilibrée dans le sens d'une répartition des tâches égalitaires. La majeure partie des couples témoigne cependant de leur satisfaction vis-à-vis de cet équilibre (3, 4, 6, 7, 8). Nous renvoyons le lecteur à l'hypothèse H2-C dans laquelle la question de la répartition des tâches a été détaillée. Ainsi, Seul le couple 5 exprime ouvertement un désaccord. Aurélie aimerait qu'Arnaud (5) soit plus présent pour l'enfant mais aussi pour elle-même. Cependant, le couple 1 exprime une forme de souffrance de la part de la mère, que la répartition des tâches auprès de leur fille se fasse à ses dépens. Le couple s'accorde pour dire qu'ils sont tous les deux acteurs de cette répartition. Le couple 2, lorsque l'enfant n'a que 3 mois, semble subir la nécessité des soins auprès de bébé, Jean ne parvient pas à être actif comme il le souhaiterait et Mathilde n'arrive pas non plus à trouver un équilibre dans la répartition des tâches.

- L'engagement dans le parentage nous apparaît très fort chez la plupart des couples que nous avons rencontrés. Tous les couples, les pères, comme les mères, témoignent de l'authenticité de leur implication dans le parentage. Comme nous l'avons détaillé dans l'hypothèse 2, la mobilisation des deux parents auprès de l'enfant est importante. Même les parents qui peinent à trouver une place dans les interactions directes auprès de l'enfant, expriment leur engagement dans une volonté affichée à être partie prenante de la vie familiale. Ainsi Hélène (1) s'occupe du ménage, des repas et des courses, lorsque Thomas est auprès de Camille, Arnaud et Alessandro (5) préparent les purées eux-mêmes avec fierté, etc. Seul le couple 2 est en difficulté dans leur engagement auprès de Mercure à 3 mois. Ils ne prennent pas de plaisir dans leurs interactions auprès de l'enfant. Celles-ci sont majoritairement contraintes et vécues comme anxiogènes. L'enfant est perçu comme « difficile » et décrit par des qualificatifs négatifs comme « grognon ». A 18 mois, la TS de Mathilde soulève à nouveau de façon massive les difficultés d'engagement dans le parentage.

- Tous les couples ont témoigné d'un accord dans l'éducation, même lorsque celle-ci est présentée comme complémentaire comme pour le couple 6 où Clément se représente « *plus autoritaire* » et Armelle « *plus souple* ». Tous sont d'accord sur les valeurs qu'ils veulent transmettre, à l'instar du couple 3 qui se dit « *à 100% d'accord* ». Seul le couple 5 se critique. Dès la grossesse, Arnaud s'imagine Aurélie comme une maman « *Certainement un peu pénible* » et Aurélie le décrit comme « *old school* », certainement trop strict, lui ayant eu lui

une éducation très laxiste. Toutefois, il faut peut-être nuancer cette dimension du fait du positionnement différent, chez certains couples (4,8) vis-à-vis de l'information à l'enfant.

- Rappelons que le dernier axe du coparentage, la triangulation, peut être considéré comme un processus dysfonctionnel et fait référence à : « *l'inclusion d'un tiers dans un conflit entre deux personnes.* » (Favez, 2017a) . Lorsque l'enfant a entre 3 et 22 mois, cela se manifeste par une compétition entre les parents pour attirer l'attention de l'enfant. Cela peut se manifester de manière ouverte comme lorsque le parent demande à l'enfant de s'intéresser plus à lui qu'à l'autre parent, ou de manière plus subtile, lorsqu'un parent supporte mal que l'autre parent joue avec l'enfant par exemple et qu'il intervient alors, prenant toute la place dans le jeu. Au cours de nos entretiens, aucun enfant ne nous est apparu triangulé dans le discours des parents. Lorsqu'il y a conflit ou désaccord dans le couple, l'enfant n'est pas inclus dans celui-ci. Nous avons pu observer des manifestations de rivalité des parents vis-à-vis de l'enfant, ce sentiment ne s'est pas traduit par une triangulation de l'enfant dans les interactions. De même pour le couple 5 dont l'alliance familiale est de type « conflictuelle couverte » à 18 mois, nous n'observons pas de triangulation à proprement parler mais un risque potentiel de triangulation ultérieure. Dans le LTP, l'enfant est à une place de médiateur entre ses parents Grâce à sa présence, le conflit ne transparait que de manière « couverte ».

Synthèse

Ainsi, parmi les 8 couples que nous avons rencontrés, 6 couples présentent un coparentage « cohésif » (1, 3,4, 6, 7, 8) : le niveau de soutien émotionnel et fonctionnel est élevé et le niveau de conflit est faible. Lorsque les désaccords existent, ils sont négociés et le couple trouve des compromis acceptables pour les deux membres du couple. L'enfant n'est pas pris à parti dans les désaccords. Par ailleurs, il se dégage une chaleur familiale importante et les échanges entre les parents et avec l'enfant sont emprunts de beaucoup d'affection. Enfin la division du travail correspond aux attentes des parents.

Pour 2 couples néanmoins, (2 et 5), nous observons un coparentage « non-cohésif » qui se caractérise soit par la présence d'un « conflit ouvert » associé à un sentiment subjectif de n'être pas soutenue émotionnellement (Aurélié) ou reconnu (Arnaud) pour le couple 5 ; soit par la présence d'un conflit « couvert », une absence de partage émotionnel et une division des tâches déséquilibrée pour le couple 2.

Evaluation de l'accord conjugal concernant l'information à l'enfant

Lorsqu'on interroge les couples pendant la grossesse, tous témoignent de leur conviction et de leur volonté d'informer leur enfant de sa conception plus tard mais le discours latent témoigne déjà d'une ambivalence. Le discours est teinté de craintes manifestes qui évoluent en grandissant de la grossesse aux 18 mois de l'enfant. Les 8 couples ont mis en avant leur vœu qu'il n'y ait « *pas de secret* ». Pourtant ce souhait coexiste avec plusieurs craintes, à la fois concernant l'enfant et concernant le sentiment de filiation. A tel point que lorsque leur enfant a entre 18 et 22 mois, certains couples (1 et 3) remettent en question leur choix en interrogeant les aspects positifs ou négatifs de chaque situation. Pour les 6 couples que nous avons rencontrés à 18 mois, nous constatons un fléchissement de la motivation à informer l'enfant plus tard.

Nous constatons 3 tendances concernant le positionnement de l'information à l'enfant parmi les couples que nous avons rencontrés.

Les couples qui ont un **positionnement commun** sur la question, qui se disent toujours d'accord pour informer l'enfant à 3 mois et 18 mois mais témoignent de leur ambivalence de façon importante (1, 6 et 7). Pour ces couples, nous observons une augmentation de l'ambivalence à 18 mois (1, 6 ; le couple 7 n'ayant pas été vu à 18 mois.)

Les couples qui ont un **positionnement de compromis** sur la question. (3,4 et 8). Parmi ces couples, les deux membres du couple sont en désaccord sur certains points au sujet de l'information à l'enfant. Le décalage peut générer de petites tensions mais les couples aménagent un terrain d'entente afin d'éviter que la situation ne devienne conflictuelle.

Enfin, les couples qui sont dans une **impasse dans la communication** à 3 mois pour le couple 2 et à 18 mois pour le couple 5. Ces couples ne formulent pas de désaccord vis-à-vis de l'information à l'enfant mais les difficultés de communication du couple sur la question rendent la situation conjugale conflictuelle.

Ainsi les couples qui s'accordent dans un positionnement commun concernant l'information à l'enfant (1, 6 et 7) font part de nombreuses craintes qui témoignent, dès la grossesse, de leur ambivalence à en parler.

Pendant la grossesse, le couple 1 évoque ses motivations avec l'impossibilité de garder ce secret vis-à-vis de leur fille et aussi du fait qu'ils en ont parlé à trop de monde autour d'eux. La crainte que leur fille se sente « *différente* », revient de manière récurrente au cours des entretiens. Thomas insiste fréquemment sur le fait qu'il faut que ce soit « *naturel* » (terme évocateur d'une nouvelle annulation du recours au don) et de l'importance de « *ne pas dramatiser* ». Lorsque Camille a 20 mois, le couple remet en question son choix d'en parler et craint de générer un nouveau traumatisme pour leur fille à travers l'annonce de la conception : « *Hélène : Ben qu'elle ait ce fardeau à porter ! Et pourquoi on lui ferait porter ce fardeau ?* » Thomas explique qu'il est tiraillé entre le fait qu'il sait qu'il « *faudrait* » le lui dire et son désir de ne pas en parler. « *Après, c'est vrai que... je ne suis pas complètement ouvert ni fermé à telle ou telle situation quoi. S'il faut pas lui dire parce que on trouve que c'est... ben c'est comme ça, c'est comme ça.* »

Le couple 6 témoigne aussi d'une ambivalence aux 18 mois de Thaddée. Pourtant ce couple nous apparaît comme celui qui a le plus élaboré et échangé autour de l'infertilité de Clément. Ils ont informé leur entourage restreint incluant exclusivement la famille proche. La décision d'en parler à l'enfant ne semble pas remise en question mais Armelle ponctue leur réflexion : « *C'est dur hein.* ». Tous les deux souhaitent à la fois préserver l'espace intime de la famille, tout en ressentant un désir de transparence vis-à-vis de leurs proches. Armelle s'est confiée à son frère, comme Clément avait pu le faire avant elle. Pourtant, lorsqu'ils évoquent le discours à l'enfant, le contenu de ce qui est transmis est plus flou, le couple évoque « *le fait d'avoir été aidé par des médecins* » plutôt que de parler du don. La figure du donneur « concurrent » apparaît aussi au travers des débats médiatisés sur la levée de l'anonymat.

Ainsi le couple 7 a aussi informé son entourage familial proche. Il n'a pas réfléchi à la question de l'information à l'enfant pendant la grossesse et s'imagine le dire au « bon moment », c'est-à-dire : « *ni trop tôt, ni lui dire trop tard* ». Pedro nous fait entendre un discours de façade et ponctue notre échange par « *Bonne réponse !* ». Nous percevons que cette question est mise à distance comme lorsque leur enfant a 3 mois : « *Pedro : on était parti du principe oui on va lui dire mais on a pas une date précise on a pas un truc précis, ça- ça arrivera quand ça doit arriver donc euh... donc on se met, je ne lui mets pas de pression du tout.* »

La précision « *je ne lui mets pas la pression* », laisserait entendre que ce serait à sa compagne d'initier le discours sur la conception auprès de l'enfant. Magali nous avoue qu'elle en a parlé à une amie ; nous percevons une gêne et une légère tension dans le couple.

Les couples qui nous font part d'un positionnement de compromis sur la question de l'information à l'enfant (3, 4 et 8) s'opposent tous sur certains points mais cherchent à trouver un point de satisfaction commun, à mi-chemin entre les désirs respectifs de chacun. Ces 3 couples ont en commun de n'avoir parlé à personne (ou presque) de leur recours à un don.

Le discours du couple 3 apparaît paradoxalement très ouvert mais les stratégies de langage sont très présentes pour maintenir un flou de la communication et faire « comme si », ce dont le couple se satisfait très bien. Ainsi Luc fait comme si son entourage savait alors qu'il n'en a jamais parlé. Charlotte s'est confiée à son père et à une amie après la naissance. L'ambivalence quant à la révélation à 22 mois est partagée par les deux membres du couple. Charlotte peut dire : « *c'est vrai que c'est compliqué, après qu'est-ce qu'elle en fait ?* » tout comme Luc : « *Donc voilà de lui dire maintenant, faut que ça se fasse progressivement elle a pas été demandeuse, voilà... je veux pas lui imposer non plus. C'est pas pour lui dire, c'est bon, ça y est, on est débarrassés, non. Ça sera intégré. C'est aussi peut-être un peu égoïste de ma part de repousser l'échéance mais là, ça fait beaucoup d'information, ça peut chambouler la personne donc...* » On observe cependant un décalage du couple. Charlotte se sent prête à évoquer le don avec leur fille, tandis que Luc qui s'y oppose, craignant de la perturber à la veille de la naissance d'un petit frère. Charlotte accepte donc de reporter son désir d'en parler par respect vis-à-vis des craintes de son conjoint :

« Par exemple à un moment, moi je sentais le besoin de lui parler et toi tu n'étais pas prêt, enfin, on en discute et voilà on trouve un consensus et je pense que j'ai pas été frustrée parce que... voilà. »

Dès la grossesse, le couple 4 s'oppose vis à vis du discours sur la conception. Khalil souhaite maintenir le secret mais Sonia s'y oppose fermement, craignant d'ajouter une souffrance à l'enfant et de répéter une situation familiale délétère, alors que sa sœur n'avait pas connaissance de l'identité de sa mère de naissance. Néanmoins, elle reconnaît la souffrance de son mari et peut faire preuve d'empathie. Lorsqu'Aaron a 18 mois, Sonia est toujours décidée à en parler à leur fils, elle a déjà commencé à en parler malgré l'opposition de Khalil. Cependant, par respect pour lui et comme dans un compromis, elle n'évoque le don avec personne de son entourage. « *Sonia : Je respecte ce qu'il dit mais je lui dis que pour moi c'est une certaine frustration.* » Khalil manifeste toujours son ambivalence et explique combien c'est compliqué pour lui qui n'a « pas envie de décevoir sa famille ». Il concède finalement

implicitement à ce que Sonia en parle à Aaron sous réserve que ses propres parents ne l'apprennent pas.

Le couple 8 souhaite informer l'enfant de sa conception et que ce soit l'enfant qui éventuellement, en informe le reste de la famille. « *Marja : La vérité sort de la bouche des enfants.* » La force de ce mandat intergénérationnel ne nous a pas échappé. La révélation génère donc une importante ambivalence dès la grossesse, le couple redoutant finalement que leur famille apprenne le don, de peur d'être désavoués. Marja accepte ce compromis du silence, dans l'espoir que celui-ci soit temporaire, grâce à la révélation ultérieure de l'enfant. Elle avoue combien il est difficile pour elle de garder ce secret vis-à-vis de sa famille dont elle est si proche. Au détour du 3^{ème} entretien, Marja énonce qu'elle souhaiterait révéler la conception à ses proches, si l'enfant ne le fait pas lui-même, ce à quoi Alessandro s'oppose. On entrevoit alors un tiraillement possible de l'enfant entre les injonctions parentales opposées.

Enfin, deux couples nous sont apparus dans une impasse de la communication.

Le couple 2, que nous n'avons pas pu rencontrer à 18 mois, témoigne d'un discours de façade masquant une réelle détresse. Ce couple nous apparaît dans une impasse majeure à la communication. Le couple se protège du regard des autres, n'échange pas entre eux, se maintient dans un déni de ses difficultés.

Pendant la grossesse, comme à 3 mois, l'ambivalence quant à l'information à l'enfant est perceptible. Mathilde se demande comment faire « *Pour ne pas être traumatisé ou se poser des questions* » soulignant la dimension traumatique de la révélation pour elle-même et l'impossible élaboration. On comprend qu'il est préférable de ne pas y penser comme le montre Jean : « *Pour l'instant on a pas encore trop réfléchi à ça.* ». A 3 mois, la dimension traumatique de la révélation de la conception fait écho à la fragilité subjective de la filiation de ce père : « *Je pense que c'est bien de dire la vérité quoi, qu'il le sache.... même si ce sera pas forcément un plaisir etc. de savoir que je suis pas...* ». L'impasse de la communication s'observe dans tout le fonctionnement conjugal et devient d'autant plus saillante concernant l'infertilité.

Pour le couple 5, dès la grossesse le couple s'interroge sur la manière de le dire mais semble décidé à en parler plus tard. « *Aurélié : La difficulté c'est que comme notre entourage est au courant, faudrait pas non plus trop qu'on traîne quoi. J'aurai un peu peur que ça fuite. Par une tante ou quelqu'un qui croit qu'il le sait déjà. Donc bon. C'est prévu, après on sait pas...* ». Pourtant lorsque Jeanne a 18 mois, la communication du couple est grippée, à l'image

du couple lui-même qui ne parvient pas à s'accorder. Arnaud, aurait commencé à parler de la conception de manière poétique, en donnant à la conception un aspect magique, évacuant les parents du tableau et évacuant ainsi le donneur. Aurélie le vit très mal, comme un mensonge qu'on ferait déjà à l'enfant, et face à son désir de bien faire, elle génère une omerta sur la question et empêche tout discours sur sa conception devant sa fille, alors que paradoxalement, elle souhaite lui en parler « *C'est déjà l'orienter vers une idée fausse et après comment on va rattraper plus tard ? Elle va s'imaginer des trucs hyper poétiques mais en fait, la réalité est quand même beaucoup plus triviale ! Et comment on va rattraper ça derrière quoi ?* ».

Conclusion HO4-A

Tous les couples partagent une ambivalence manifeste quant au discours sur la conception auprès de l'enfant après la naissance, et celle-ci augmente aux 18 mois de l'enfant. Parmi les couples que nous avons rencontrés, 6/8 couples ont un coparentage « cohésif » (1, 3, 4, 6, 7, 8) et 2/8 couples ont un coparentage « non-cohésif » (2, 5). Or, les couples qui ont un coparentage « cohésif » correspondent aux couples qui parviennent à trouver un positionnement commun (1, 6, 7) ou de compromis (3,4,8) vis-à-vis de l'information à l'enfant. Les couples ayant un positionnement commun s'accordent dans leurs craintes et leurs doutes. Certains peuvent dire qu'ils ne sont plus certains d'informer l'enfant plus tard (1). Les couples dans un positionnement de compromis, font chacun un pas l'un vers l'autre afin de trouver un consensus acceptable pour les deux membres du couple.

Les deux couples avec un coparentage « non-cohésif » se trouvent dans une impasse vis à vis de l'information à l'enfant (2, 5), soit parce que la communication familiale apparaît pathogène (2), soit parce que le couple est sidéré par la crainte de mal faire, et la crainte de fragiliser encore plus le couple et toute la sphère familiale avec la révélation.

Pour les couples 2 et 5, le discours autour de la conception est anxiogène, autant que l'est la représentation de la parentalité, impactée par un coparentage non-gratifiant, générant des tensions. Ainsi pour le couple 2, le soutien émotionnel et instrumental est très faible entre les parents ; il n'y a pas de plaisir partagé à 3. Cette fragilité de l'alliance coparentale et des interactions à 3 mois nous semble renforcer l'impossible travail d'élaboration autour du don et de la filiation et donc favoriser l'impasse du discours. Pour le couple 5, le déséquilibre dans la répartition des tâches provoquant pour chacun de nombreuses angoisses de n'être pas à la hauteur, d'être décevant, en écho avec les angoisses liées à la révélation à l'enfant. L'inhibition

coparentale est en étroite intrication avec l'inhibition du couple concernant le discours sur la conception « Aurélie à Arnaud : *Mais par contre je trouve ça pas très juste d'être un peu... que tu te... voilà... ne te sentes pas trop concerné par tout ça quoi... Enfin, je pense que tu te sens concerné, c'est pas la question mais que tu me laisses un peu me dépatouiller... Ça fait quand même plusieurs mois que je me démène, que je convoque des réunions au sommet !* ».

A l'inverse, il semblerait que lorsque le coparentage est cohésif, le couple s'accorde plus volontiers autour des représentations coparentales, de la manière d'être parents ensemble auprès de l'enfant, et de transmettre à l'enfant une co-narrativité cohérente.

HO4- B La capacité du couple à accueillir les émotions négatives liées à l'évocation de l'infertilité et du don permet au couple de cheminer vers une position commune positive vis-à-vis du discours sur la conception.

Nous observons pour 6/8 couples à 3 mois (1, 3, 4, 5, 7, 8) et pour tous les couples à 18 mois (6/6 couples), l'évitement de toute forme d'émotions négatives à l'évocation du don et de l'infertilité vis-à-vis de l'enfant. A 18 mois, l'information à l'enfant est vécue avec craintes et le silence souvent choisi comme pour protéger l'enfant d'une annonce douloureuse. **Un évitement des émotions négatives s'observe aussi à l'intérieur même du couple conjugal pour 5/ 8 couples à 3 mois et se poursuit à 18 mois.** Les couples pour lesquels cette tendance se manifeste à 3 mois sont les mêmes qu'à 18 mois. Chez 2 couples, on observe la présence d'émotions négatives dans les échanges conjugaux (4, 5). Pour 1 couple cependant, une forme de souplesse dans l'expression du désaccord conjugal est possible sans pour autant être destructrice (6).

5 couples lorsque l'enfant a 3 mois (1, 2, 3, 7, 8) et 3 couples à 18 mois, ont tendance à vouloir abaisser le seuil d'émotions négatives et à éviter toute forme de désaccord conjugal (1, 3, 8). Parmi ces couples, 2 couples n'ont donc pas poursuivi la recherche à 18 mois. (La recherche était-elle génératrice de tensions conjugales ?) La fonction d'évitement des émotions négatives apparaît inconsciemment attribuée dans le couple, soit à la conjointe (3, 7), soit au conjoint (8), soit portée par les deux alternativement (1, 2)

Ainsi, le couple 1 avance non seulement le désir d'éviter les émotions négatives à l'enfant : « Hélène : *Ben qu'elle ait ce fardeau à porter ! Et pourquoi on lui ferait porter ce*

fardeau ? » mais aussi un désir des parents d'échapper à cette interaction anxiogène comme Thomas, qui souhaiterait que quelqu'un l'annonce à sa place, craignant la confrontation avec son enfant « [...] *je vais pas être doué, je sais pas je... j'ai l'impression d'être persuadé que je vais pas être doué pour l'expliquer.* ». Le mouvement du couple d'éviter toute forme de conflit entre eux s'observe aussi au travers du fonctionnement conjugal en écho où l'indifférenciation apparaît au centre de la dynamique conjugale : « *Hélène : on a des doutes pour les mêmes raisons, à la même hauteur donc du coup c'est, enfin si y en a pas un des deux qui tranche bah du coup c'est ... Du coup on avance pas en fait !* »

Pour le couple 2, nous avons pu voir combien la communication était verrouillée lorsque Mercure a 3 mois (cf. H04- A). Chez ce couple, on observe néanmoins, à 3 mois, le désir de protéger l'enfant des émotions négatives au travers des angoisses suscitées par l'annonce et le « traumatisme » que cela représenterait. Le désir d'éviter les émotions négatives au conjoint s'observe aussi dans l'incapacité du couple à avoir un discours authentique, craignant de trop fragiliser l'autre.

« L'idéalisation du couple » chez le couple 3 apparaît nécessaire à la mise à distance d'affects négatifs à l'intérieur du couple. Lorsqu'on perçoit un désaccord, c'est Charlotte qui va faire un pas en arrière, protégeant à la fois son conjoint et son couple dans ce qu'elle nomme le « consensus. ». Il est possible que ses mouvements d'agressivité envers son conjoint ne soient pas exprimables du fait de l'infertilité de Luc : le mouvement agressif est alors retourné contre elle-même par un désaveu de ce qu'elle vient de dire.

L'évitement du conflit est aussi manifeste pour le couple 7 entre Pedro et son fils Enzo. Le lien d'amour est vécu sous l'égide de la complicité et du plaisir, là où le conflit est tout de suite perçu comme un risque de rupture. Ce père cherche à éviter toute émotion désagréable à son enfant, s'imaginant ainsi renforcer le lien d'amour, là où le lien génétique fait défaut. L'évitement du conflit à l'intérieur du couple conjugal est aussi central : les grincements dans la communication laissent entrevoir l'impossibilité d'accéder à une forme d'ambivalence dans les sentiments. Aucun mouvement négatif ne peut être formulé, à l'inverse, l'agressivité de Magali à l'égard de Pedro, est retournée contre elle-même et s'exprime à travers sa tristesse. « *J'imagine pas ce que c'est pour lui de se lever avant qu'il soit réveillé, et de rentrer après qu'il soit...après qu'il soit couché* (Magali contient ses larmes avec difficulté) » Pedro verbalise une nouvelle injonction à ne pas se laisser aller à son émotion « *Mr : Ohhh... attention t'es enregistrée, ne pleure pas sinon y vont dire que t'es en dépression (il rit)* » Enfin, l'évocation

d'éventuels désaccords génère une forme de malaise. Il faut absolument que tout aille bien. Aucun mouvement d'opposition ou de désaccord ne peut être élaboré, en témoigne la phrase révélatrice de Pedro : « *J'ai raison ? Bien sûr que j'ai raison, ne dit pas non (rit)* ». Toute forme de nuance, d'opposition ou de différence dans le couple apparaît impossible, ainsi lorsqu'il nous répond : « *Non, je l'ai frappée pour qu'elle soit d'acco... non.* », l'humour vient masquer la réalité de l'impossible désaccord dans le couple, au prix d'une possible violence.

Le couple 8 se trouve aussi dans une difficulté à exprimer leurs émotions négatives à la fois vis-à-vis de l'enfant et à l'intérieur même du couple. Il apparaît important pour ce couple de ne pas se laisser aller à des émotions telles que la tristesse ou la colère, comme s'il fallait en protéger à la fois l'enfant et le conjoint. Alessandro nous livre qu'il a eu 3 décès récents dans sa famille, sans pour autant qu'il en paraisse affecté. On comprend qu'il a pu être très touché par ces deuils mais il n'en laisse rien paraître. Alessandro ne parvient pas à exprimer sa peine et cherche à nous donner une image très lisse et positive. L'essentiel étant que l'enfant n'ait pas ressenti la tristesse de son père, comme s'il fallait lui éviter toute forme d'émotion négative. Le couple nous dit constamment qu'il est « d'accord » alors que le discours latent révèle de nombreuses oppositions notamment concernant les vaccins, la révélation à la famille, etc. C'est finalement Alessandro qui va se dédire ou revenir sur son propos, afin de correspondre au discours de sa femme. Lorsqu'on leur demande s'ils évoquent le donneur entre eux, le couple se contredit puis Alessandro se rallie à la position de sa compagne : « *Alessandro : Pas vraiment non. Marja : Si on en parle, on en parle beaucoup. Alessandro : Ah si, si en rigolant je, si, si mais c'est vrai que l'autre fois j'ai dit « tient il ressemble-, si ça se trouve c'est Macron* ». Cet évitement du conflit se retrouve donc au travers de toute la communication familiale.

Pour les couples 4 et 5, l'évitement des émotions négatives s'observe bien vis-à-vis de l'enfant mais elles sont cependant présentes à l'intérieur du couple conjugal.

Pour le couple 4, l'évitement des émotions négatives s'observe dans leurs modalités éducatives. Aaron est mis en position de décider pour lui-même l'arrêt du sein, comme de dormir dans sa propre chambre, ce qui le met dans une position de toute puissance. Le couple souhaite lui éviter toute forme de désagrément : « *Sonia : L'idéal mais je ne sais pas si ça se passera, ce serait que lui s'arrête [de prendre le sein] si c'est pas Aaron qui va arrêter je pense que ça durera au maximum.* » Khalil dans une position de passivité devant leur enfant ponctuée par : « *On n'a pas le choix* ». Toutefois, on n'observe pas d'évitement des tensions concernant

le discours sur la conception à l'enfant. Au contraire, le couple en désaccord pendant la grossesse et à 3 mois, semble cheminer à 18 mois vers un compromis dont l'issue est incertaine. Ainsi Sonia accepte temporairement le silence vis-à-vis de l'entourage mais commence progressivement à en parler à leur fils, devant Khalil qui « *laisse faire* ». Elle cherche cependant à ménager ce père. Elle raconte ainsi à Aaron, un discours qui paternifie ce père, tout comme il laisse une place symbolique forte au donneur : « *Que papa et maman voulaient un bébé mais que heureusement il lui manquait les graines et qu'un gentil monsieur a donné les graines, qu'on a mis dans le ventre de maman et que grâce à lui... ! (A Aaron :) Ya Aaron ! Hein ?! Et que papa et maman sont contents ! (Aaron pousse un petit cri) Oui et que son papa l'aime (Aaron crie à nouveau) »*

Les tensions dans le couple sont présentes malgré le coparentage cohésif autour de l'enfant et le compromis temporaire que le couple a trouvé concernant l'information à l'enfant. Cependant, Khalil nous semble cheminer dans la confiance qu'il prend dans sa filiation et sa fonction paternelle. A 18 mois, il prend une place bien plus active dans les interactions auprès de son fils.

Pour le couple 5, la formulation des émotions négatives est bien présente et en lien directe avec le parcours d'infertilité et de don. Pourtant le couple formule aussi le souhait de préserver, à juste titre, leur enfant du conflit et fait tout pour qu'elle ne le ressente pas. Toutefois, au cours du 3^e entretien, Jeanne se fait mal en plein conflit parental, permettant une interruption du conflit, ce qui nous fait observer combien elle y est attentive malgré tout. L'annonce de la conception est aussi vécue dans une portée traumatique pour ce couple qui est donc sidéré et ne parvient pas à s'ajuster autour du discours sur la conception. Aurélie témoigne sa peur de « *lui déverser tout ça, comme ça et qu'elle ne peut pas nous répondre... qu'elle peut rien nous dire et qu'elle garde tout dans la tête.* ». Le couple parvient si peu à communiquer qu'Aurélie semble apprendre au détour de l'entretien le désir d'Arnaud d'informer leur fille. « *Aurélie : Toi t'as envie d'en parler ? D'accord ben merci de me le dire ! Non mais c'est important parce que je ne savais pas. Arnaud : Mais depuis toujours. Aurélie : Ah bon parce que moi je m'empêchais...* » Les émotions négatives telle que la colère, la tristesse, la déception de l'autre son omni-présentes et le couple se trouve dans une impasse pour communiquer.

Le lien entre les difficultés conjugales et le don sont perceptibles devant le silence d'Arnaud et la priorisation de son travail, Aurélie en déduit qu'il n'est pas à l'aise en tant que père et qu'il pourrait avoir honte de son infertilité. Elle ne s'autorise pas à évoquer le sujet, de peur de blesser

son mari et craint que sa fille, comme elle, ressente un malaise et ne parvienne pas à évoquer sa conception avec ses parents : « *Qu'elle se dise pas à bah non, je vais pas demander parce que papa il est triste ou euh, maman je vois bien que ça la met trop mal à l'aise* ».

Le couple 6 ne cherche pas à éviter les émotions négatives à leur fils Thaddée. Dans le discours concernant l'éducation, la dimension d'autorité est présente et le couple s'adresse avec fermeté à leur enfant, laissant entrevoir une bonne gestion des limites. Les craintes concernant la révélation à l'enfant sont perceptibles et Clément évoque le regard des autres à la cour de récréation, tout en faisant le lien avec ses propres angoisses. Il prend conscience de la nécessité de son propre travail d'acceptation de son infertilité afin que son fils puisse bien le vivre aussi. Ce couple nous apparaît pouvoir accueillir une forme de conflit, de différenciation, sans pour autant que cela les désorganise.

Conclusion HO4-B

La capacité des couples à accueillir les émotions négatives nous semble donc concourir aux difficultés des couples vis-à-vis de l'information à l'enfant.

Les couples s'organisent autour de 3 manières différentes vis-à-vis du discours sur la conception à l'enfant : soit l'accord (1, 6, 7), soit le compromis (3, 4, 8), soit l'impasse (2, 5). Ces positionnements ne correspondent pas à une modalité propre de gestion des émotions négatives. La majorité des couples, quels que soient leurs positionnements vis-à-vis de l'information à l'enfant, cherchent à éviter toute forme d'évocation négative, à la fois pour l'enfant (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), mais aussi à l'intérieur du couple conjugal (1, 2, 3, 7, 8).

Tous les couples que nous avons rencontrés témoignent d'une ambivalence croissante à mesure que l'enfant grandit et de craintes importantes liées principalement à la manière dont l'enfant va accueillir l'information.

Le mouvement d'inhibition de l'agressivité ou d'évitement de la tristesse se fait donc au bénéfice du couple et de la famille, afin d'éviter le conflit et de maintenir l'homéostasie conjugale. Précisons que ce n'est pas parce qu'il y a évitement du conflit, qu'il n'y a pas de désaccords du couple, voire des situations potentiellement conflictuelles. Elles sont cependant écartées du couple représentant un risque trop grand de fragiliser la dynamique familiale. D'autres couples au contraire vivent d'importantes tensions conjugales à l'évocation du don, de l'infertilité et de la révélation à l'enfant (4, 5).

Un seul couple semble parvenir à accueillir les émotions négatives en général et pas seulement celles en lien avec l'infertilité (6). Or, ce couple nous semble cheminer de manière positive vers un discours commun concernant l'information à l'enfant. Ils apparaissent plus solides dans leur filiation et par conséquent, sont plus à même de cheminer vers une position commune et sereine vis-à-vis du discours sur la conception.

Ces résultats révèlent une vulnérabilité des couples suite à une IAD potentialisée par la question de la révélation à l'enfant. La majorité des couples (7/8) sont donc dans un évitement de la confrontation conjugale ou à l'inverse, souffrent de leurs oppositions. Les couples que nous avons rencontrés déploient une énergie importante pour éviter toutes formes d'émotions négatives comme la tristesse (7, 8) ou le désaccord vis à vis du conjoint (1, 3.). D'autres s'opposent et craignent pour la pérennité de leur couple (4,5) Nous pensons, que **la tendance des couples à se protéger et à protéger l'enfant des émotions négatives témoigne d'une lutte contre une angoisse de perte, de rupture et/ou de séparation.** Quasiment tous les couples nous apparaissent traversés par des angoisses de séparation ou de perte importantes (Cf. HG-2). Or ces angoisses sont potentialisées par la question de l'information à l'enfant, vécue comme un risque de rupture ou de fragilisation de la filiation. Ces angoisses empêchent une forme de souplesse dans la communication émotionnelle.

Conclusion générale Hypothèse 4

Le fonctionnement coparental ne nous semble donc pas déterminer mais concourir au positionnement des parents par rapport à l'information à l'enfant. La question de la révélation génère d'importantes angoisses pour le couple qui dépassent le fonctionnement coparental. Toutefois, le soutien émotionnel et fonctionnel de l'autre parent, la chaleur familiale et une répartition des tâches satisfaisante pour chacun, permettent un climat familial propice à la communication sur le sujet, et à la possibilité d'un compromis avec l'autre parent en cas de désaccord. Les couples apparaissent dans une position de vulnérabilité importante et cherchent pour la plupart à éviter l'évocation de toute émotion négative, cherchant ainsi à renforcer le lien auprès de l'enfant mais aussi le lien conjugal.

Nos résultats peuvent sembler paradoxaux. Nous observons d'une part que le coparentage est un bon soutien pour les parents dans leur choix d'informer l'enfant. Effectivement, les parents qui ont montré un coparentage « cohésif » se trouvent dans une situation d'accord (1, 6,7) ou de compromis (3, 4, 8) vis-à-vis de l'information à l'enfant et les parents qui présentent un coparentage « non-cohésif » sont dans une impasse de la communication en général et concernant la question de la révélation à l'enfant. La capacité du couple à se coordonner autour de l'enfant, le soutien émotionnel et instrumental que confère un coparentage « cohésif », sont favorables à une communication plus souple.

Toutefois, les couples que nous avons rencontrés présentent tous des craintes importantes concernant l'information à l'enfant. La condition du coparentage apparaît donc nécessaire et facilitatrice mais pas suffisante à la construction d'un positionnement commun du couple sur la question.

Les couples nous apparaissent traversés par une tendance importante à vouloir éviter les émotions négatives, à la fois vis-à-vis de l'enfant (1,2,3,4,5,6,7,8), et à l'intérieur même du couple (1,2,3,7,8). D'autres couples sont en conflit et craignent pour la pérennité de leur couple (4, 5). Cependant pour un couple (6), la capacité à ne pas se désorganiser suite aux désaccords nous apparaît en lien avec plus de solidité conjugale et avec la construction d'un positionnement commun vis-à-vis de l'information à l'enfant.

Pour 7/8 couples, les craintes de séparation et de ruptures semblent parasiter une forme de souplesse dans la communication des émotions négatives, comme l'agressivité ou la tristesse. Le maintien des liens familiaux nous semble freiner les capacités du couple à accueillir les émotions négatives. Or la question de la révélation à l'enfant fait écho à des angoisses de rupture et de séparation chez tous les couples.

Quatrième partie

Discussion

La quatrième partie correspond à la discussion des résultats.

- *Le chapitre 9 organise la discussion théorico-clinique et méthodologique.*
- *Le chapitre 10 conclue ce travail et propose des perspectives d'accompagnement des familles.*

Chapitre 9 :

Discussion

« Le lien à l'objet transgénérationnel confirme le rôle non biologique de la filiation » (Eiguer, 2007)

Avant de discuter les grands axes des résultats obtenus pour chaque hypothèse, il nous apparaît important de revenir sur nos interrogations de départ. En nous engageant dans cette recherche, la question initiale était la suivante : Comment le couple se réorganise-t-il suite à une insémination artificielle avec donneur (IAD) ?

La discussion de nos résultats reprend la distinction que nous avons proposée entre les impacts de l'IAD sur le couple conjugal, sur le couple parental et sur le couple coparental. Quels sont les aménagements du couple conjugal après un don de spermatozoïdes ? Quels sont les enjeux pour le couple parental autour de l'enfant ? L'IAD a-t-elle une influence sur le coparentage en présence de l'enfant ?

Nous discuterons ensuite les limites de cette recherche et proposerons des perspectives.

A. Discussion théorico-clinique

1. Les aménagements du couple conjugal après une IAD

Plusieurs études rapportent que le couple conjugal est renforcé par l'expérience de l'infertilité (Frascarolo-Moutinot et al., 2009; S. Golombok et al., 1996; Lazaratou & Golse, 2006). Nous souhaitons explorer par quels mécanismes s'opérerait cette plus grande solidarité conjugale au travers des aspects défensifs mis en place par le couple suite à un don.

1.1 Le « pacte dénégatif »

Nous avons pu observer qu'il existe dès la grossesse, un « pacte dénégatif » (Kaës, 1994) au sujet de l'existence du donneur. Du point de vue manifeste, il est opportun de préciser que les efforts du couple pour banaliser le recours au don visent d'abord à relativiser la part biologique dans le développement de l'enfant, ce qui nous apparaît de bon aloi.

Cependant, ce « pacte dénégatif » inconscient, partagé par les deux membres du couple, prend une fonction défensive. Non seulement pour les individus mais aussi pour le couple lui-même. Les conséquences de ce pacte influencent la dynamique conjugale et toute la communication familiale. Une fois la grossesse advenue le couple ne parle plus du don entre eux, ni avec l'entourage.

Ce pacte dénégatif favorise la mise à distance des représentations en lien avec l'infertilité et le donneur ; il permet que la question du don ne soit plus « pensée » et donc plus « verbalisée » par le couple une fois la réalité de l'enfant bien logée dans le ventre de la mère.

La fonction défensive du « pacte dénégatif » est manifeste. Le couple, dans cet accord parfois inconscient visant à évacuer le donneur des représentations, se renforce en se dégageant des fantasmes d'adultère ou de rivalité liés à l'existence du donneur (Canneaux et al., 2013; Delaisi de Parseval, 2008; Fortier, 2018). Ce pacte dénégatif apparaît nécessaire afin de renforcer le couple fragilisé par l'intervention d'un tiers rival, même dans son absence, et évocateur d'une trop grande vulnérabilité.

Le pacte dénégatif a pour conséquence de favoriser la mise en place d'un « pacte du silence » concernant le don et l'infertilité, vis-à-vis des tiers mais aussi à l'intérieur du système familial incluant l'enfant. Il prend toute sa dimension homéostatique et devient protecteur du système du couple conjugal, au sens de l'équilibre des membres du couple. Il favorise le maintien du couple ensemble, quitte à en empêcher le changement. Par ailleurs, le pacte du silence génère une forme de « loyauté conjugale », laissant entendre le discours sur le don à l'extérieur de la famille comme une potentielle trahison. Ce « pacte dénégatif », s'il favorise le lien du couple, prend donc aussi parfois la valeur d'un symptôme : il est aussi ce qui fait souffrir, maintenant chacun dans une aliénation à l'autre via le silence.

Comment le dire à l'enfant plus tard alors que la sphère familiale est frappée par un « interdit de penser » et un « interdit de parler » inconscient, qui maintient l'équilibre familial ?

1.2 Aspects contre-transférentiels du pacte dénégatif

Afin d'aborder les aspects contre-transférentiels, j'utiliserai la première personne dans le paragraphe qui suit. A plusieurs reprises au cours des entretiens, je me suis observée, actrice moi-même de dénégations, comme s'il fallait participer à au pacte dénégatif pour faire alliance avec la famille. Du point de vue contre-transférentiel, j'ai ressenti une gêne, une difficulté à évoquer le sujet de la conception par don, une nécessité de parler par périphrases. Participer au non-dit en ne nommant pas le donneur devenait une condition pour respecter la dynamique du couple, un langage que le couple et moi partagions, celui du silence tacite. J'ai pu ressentir un léger malaise, formuler des questions timides et des réponses courtes (couples 1, 7). Il m'est aussi arrivé d'être aux prises avec la confusion des couples et dans les méandres de la communication familiale, comme avec le couple 2 où tous les interlocuteurs, moi y compris, nous coupions la parole, cherchions à tirer un fil impossible à suivre. Les phrases restaient inachevées et je percevais l'injonction à ne pas dire les choses, je me sentais coincée, alors qu'avec d'autres couples la communication avait pu être plus fluide.

Je me suis rendue compte que j'ai pu parfois participer de cette difficulté à dire les choses en ne finissant pas ma phrase, pour ne pas dire ce mot qu'ils n'avaient pas envie d'entendre. C'est à cette occasion que j'ai pu entrevoir les difficultés des couples à évoquer le don avec leur enfant plus tard et que j'ai pu prendre la mesure de ce que vivent ces couples après une IAD : Comment faire exister dans le discours quelque chose qui a besoin de ne pas être pensé qui se doit d'être évacué de la psyché afin de permettre le processus d'affiliation de ces parents à leur enfant ? Toutefois la gêne n'est-elle pas une manière –certes imparfaite – de donner une place au donneur ?

1.3 La mobilisation du lien narcissique du couple

Une des conséquences du pacte dénégatif correspond à une mobilisation du lien narcissique du couple. Cette tendance nous apparaît centrale dans la compréhension de la plus grande solidarité conjugale qui s'opère après une expérience d'infertilité. Ce qui vient en premier lieu renforcer le couple c'est, plus qu'une solidarité devant l'adversité, une identification à l'autre ou à la souffrance de l'autre. Le couple mobilise le lien narcissique (Eiguer, 1998) qui le lie à l'autre : **l'infertilité devient alors « conjugale » et non plus la problématique d'un seul.** Cette dynamique narcissique nous renvoie au choix d'objet narcissique décrit par S. Freud (« Pour introduire le narcissisme »(S. Freud, 1914) où l'objet

d'amour est choisi selon la relation du sujet à lui-même. L'objet d'amour doit alors être ce que l'on est soi-même, ce que l'on a été, ce que l'on souhaiterait être ou une partie de soi-même, en opposition au choix d'objet par étayage où l'objet est choisi selon le modèle des relations aux parents. A. Eiguer met en avant les deux types de liens narcissiques et objectal, tous deux complémentaires. Ainsi, chez tous les couples, il existe à la fois une composante narcissique du lien à l'autre mais aussi un lien libidinal. Ces deux types de liens sont en articulation et contribuent à la solidité et à la permanence de l'alliance conjugale. La fragilité d'un couple peut cependant s'exprimer par un déséquilibre entre les liens narcissiques et les liens libidinaux d'objets.

Chez les couples ayant eu recours à une IAD, c'est le lien narcissique qui est donc mobilisé afin de renforcer le couple face à la crise qu'a pu représenter le don et l'infertilité.

Cette mobilisation du lien narcissique du couple s'observe au travers d'un sentiment « d'infertilité conjugale », le couple traverse la question de l'infertilité puis du don au prix d'une illusion d'équité, faite d'une identification à l'autre, comme un moyen de mettre à distance les affects négatifs tels que la honte de l'infertilité pour lui et, pour elle, la culpabilité de ne pas être stérile et de porter l'enfant d'un autre. Cette infertilité « conjugale » est sans doute potentialisée par le fait que le traitement pour l'infertilité du conjoint passe par le corps de sa femme.

Par ailleurs, la mobilisation du lien narcissique du couple s'observe, en écho avec le pacte dénégatif, au travers de l'évacuation du tiers donneur de la sphère conjugale. Le couple se recentre sur lui-même. Ce mouvement de repli, peut s'expliquer comme venant contrebalancer l'intrusion qu'a pu représenter la surexposition de l'intimité du couple suite au parcours d'AMP. Les tiers qui gravitent autour du couple comme l'entourage familial ou médical peuvent être perçus par de nombreux couples comme jugeant, hostiles ou potentiellement fragilisant la sphère familiale. Cette représentation « des tiers » perçus comme hostiles ou néfastes pour le couple nous apparaît aussi comme un déplacement, sur les tiers en général, de la figure du donneur, rival potentiellement destructeur du couple.

La perception des tiers vécus comme menaçants s'apparente à un phénomène de clivage et de projection des éléments potentiellement destructeurs du couple à l'extérieur. Cela fait écho au

mécanisme de **collusion conjugale** (Dicks, 1967; Willi, 1975) afin de maintenir un nécessaire idéal du couple.

Le pacte dénégatif ainsi que la mobilisation du lien narcissique du couple apparaissent comme des éléments de lutte contre la désidéalisation (Lemaire, 1969) du couple suite à l'infertilité et au recours au don. A la fois force et fragilité, ces mécanismes qui semblent opérant au cours de la grossesse sont toutefois confrontés à l'évolution du couple conjugal.

1.4 La mise en tension conjugale

A la naissance de l'enfant, une mise en tension conjugale s'observe au travers de deux décalages auxquels les couples sont confrontés : celui concernant les représentations du donneur ainsi que celui concernant l'engagement dans le pacte dénégatif.

La mise à distance de la représentation du donneur évolue différemment pour les membres du couple, différence qui peut aboutir à des tensions conjugales.

Chez la mère, on observe une émergence des représentations du donneur qui nous semble nécessaire pour apprivoiser l'étrangeté de l'enfant, inhérente à toute naissance (S. Freud, 1919; Mellier, 2017b) mais potentialisée par l'étrangeté du don (S. Bydlowski, 2017). C'est l'effort de représentation du donneur qui nous apparaît, pour la mère, engager un mouvement d'apprivoisement de l'enfant, qui passe par un effort de figuration de la figure du donneur.

Alors que pour les pères, les mécanismes de déni, de dénégation, voire d'oubli se poursuivent à l'inverse dans le même but d'une affiliation de l'enfant. Comment sinon devenir père au travers d'un autre ? Le « pacte dénégatif » nous semble alors avoir la fonction d'asseoir la filiation du père. Le père tient à bonne distance ce rival à sa paternité.

Toutefois, pour 3 pères (3,6,8), la mise à distance des représentations peut coexister avec un désir de représentation paradoxal. Ces pères mettent alors en lien leur ressemblance physique avec le donneur, tout en s'en défendant. On comprend qu'il faut à la fois que le donneur soit proche afin de pouvoir s'y affilier mais pas trop proche non plus pour ne pas devenir une figure avec des contours imaginables. Un donneur dont on pourrait trop bien s'imaginer la physionomie deviendrait certainement trop réel, potentiel rival à la paternité du père. Ne pas vouloir donner de contours au donneur c'est aussi vouloir donner le maximum de place à l'acquis dans ce duel entre l'inné et l'acquis que traversent les parents après un don : la prédominance écrasante de l'acquis semble absolument primordiale. Les pères qui se figurent

une représentation possible du donneur nous apparaissent plus engagés dans un travail d'élaboration concernant le don et leur infertilité.

La mise en tension conjugale s'observe aussi lorsque le pacte du silence n'est pas respecté. Par conséquent, le décalage entre l'homme et la femme vis-à-vis du discours sur la conception à l'enfant, vient aussi mettre en danger le pacte dénégatif initial.

Plusieurs mères, dans notre recherche, ont « rompu » le pacte du silence et par conséquent le pacte dénégatif, faisant advenir le tiers donneur ainsi que l'infertilité du père sur la scène familiale. Le couple nous est alors apparu dans une situation de déséquilibre. Certaines mères ont commencé à en parler autour d'elle ou à l'enfant alors que le mari n'était pas « prêt » ou pas d'accord, aboutissant à une vulnérabilisation du couple conjugal (2, 4, 7). Le non-respect du pacte dénégatif s'observe aussi au travers d'une idéalisation du donneur par la mère. Le donneur présenté comme un homme « merveilleux » ou à « un super héros », nous semble potentialiser la vulnérabilité narcissique de l'homme infertile, à la fois dans sa position de père et de conjoint. Ce phénomène d'idéalisation se doit cependant d'être distingué d'un investissement positif du donneur perçu comme « généreux » ou « ayant des valeurs » qui nous apparaît, dans une manifestation plus temporisée, être un mouvement nécessaire au processus d'affiliation avec l'enfant.

C'est aussi le décalage entre le discours du père et celui de la mère qui vient fragiliser le couple dans son positionnement concernant l'information à l'enfant. Si au début la mère consent au silence dans une identification douloureuse à son mari, les choses changent avec l'arrivée de l'enfant. Le mouvement d'identification de la mère passe d'une identification à la douleur de son conjoint infertile à une identification à l'enfant grandissant qui « mérite de savoir » ou qui risquerait de l'apprendre fortuitement. Les enjeux concernant le développement de l'enfant vont bousculer l'équilibre conjugal. La question de l'information à l'enfant représente alors une remise en question du pacte dénégatif. Il semblerait que la femme concède au pacte du silence de manière temporaire, pendant la grossesse et les premiers mois de l'enfant, en s'imaginant un changement. A l'inverse, les hommes s'appuient sur ce pacte pour asseoir le sentiment du couple solide et de leur filiation, ancrée dans ce silence.

Ce désaccordage nous semble fragiliser certains couples, le « bien de l'enfant » dans la conception maternelle prenant le pas sur « le sentiment de sécurité du père. »

2. La singularité du phénomène de « parentalisation réciproque »

La question de la place et des rôles de chacun nous apparaît centrale dans la construction de la parentalité, particulièrement suite à une IAD du fait de la fragilisation du lien de filiation biologique. Nous avons donc cherché à observer quels pouvaient être les aménagements des interactions précoces.

2.1 L'ancrage de la filiation dans les interactions

Nous observons effectivement un **phénomène de paternification du père** important. 6/8 mères cherchent activement à valoriser leur conjoint dans sa place de père.

Les mouvements de paternification du père s'observent lorsque les mères s'organisent pour que le père accède facilement aux soins concernant le bébé, « le bain » est l'activité bien souvent dévolue au père, comme une manière de compenser les moments d'exclusivité maternelle. Nous n'observons pas de positionnement de « garde-barrière » (Lamour, 2000) où la mère limiterait l'accès au père, au contraire, les mères favorisent l'interaction père-enfant. Le phénomène de paternification du père ne coïncide pas non plus avec un mouvement de retrait maternel. Les mères sont très investies, chaleureuses et attentives à leurs enfants. Deux mères nous sont apparues en difficulté dans la rencontre avec leur enfant, sans que cela puisse être imputé directement à l'impact du don de spermatozoïdes sur leur maternalité. Il est vraisemblable cependant que l'IAD ait pu concourir en partie, à la fragilité de la mise en place des liens avec le bébé.

Toutes les mères, mêmes celles qui sont apparues en difficultés, témoignent de leur investissement très fort du bébé. Lorsque l'enfant a 3 mois, nous constatons une anxiété maternelle particulièrement intense qui correspond à ce que l'on observe dans la revue de la littérature concernant les mères ayant traversé un parcours d'AMP (S. Golombok et al., 1996; Revidi & Beauquier-Maccotta, 2008). Les préoccupations autour de la santé de l'enfant s'amenuisent aux 18 mois de l'enfant, mais nous observons la présence d'angoisses de séparations qui perdurent, ce que nous détaillerons plus loin.

La « paternification » du père a aussi pour objectif de permettre la « maternification » de la mère dans ce contexte du don de spermatozoïdes. Certaines mères (1, 3, 4) ont pu dire avoir besoin du père pour se sentir mères elles-mêmes, leur rendant ainsi une forme symbolique de fertilité. Si le père ne peut pas « faire d'enfants », il « fait » néanmoins la mère.

L'investissement du père concourt à leur propre sentiment de filiation en permettant de temporiser des angoisses d'être la seule dans le couple à transmettre sa filiation « biologique. » La culpabilité, associée à l'angoisse d'être la seule à transmettre un potentiel héritage familial anxieux, a pu être évoquée pour la moitié des mères (3/6 mères à 18 mois).

Cette culpabilité maternelle s'observe chez des mères ayant une histoire de filiation plus douloureuse. Ainsi Hélène (1), conjugue un mouvement de retrait dans les interactions avec sa fille et une angoisse de mort la concernant, comme si la mort était une tare contagieuse, et du fait que la mort l'ait touchée via sa sœur, la rendait plus exposée à la transmettre à sa fille. Cette crainte de la transmission pathogène peut aussi se comprendre dans une identification à sa propre mère, accouchant d'une fille handicapée, comme sa sœur avant elle. Dans ce contexte, Hélène peut craindre d'être seule à transmettre sa filiation génétique (porteuse de deuil et de handicap). Le distance qu'Hélène met entre elle et sa fille viendrait alors comme un aménagement nécessaire afin de protéger son enfant de la dépression consécutive au deuil et de projections mortifères trop angoissantes. Aurélie (5) est dans une recherche de rupture avec ses antécédents familiaux, refusant une identification trop anxieuse avec sa mère. Elle exprime à de nombreuses reprises son angoisse à se retrouver seule, aux prises avec son enfant, culpabilisant de lui transmettre cet héritage anxieux et risquant par conséquent de devenir sa propre mère. Sonia (4) évoque de la même manière les secrets de famille dont elle a souffert au décès de sa mère et la culpabilité qu'elle ressentirait à transmettre « ses tares » à son fils, la révélation de la conception étant perçue comme l'opportunité de rompre une filiation pathogène. Pour ces mères, l'absence de filiation biologique paternelle ne vient pas contrebalancer la peur de la transmission maternelle, comme si celle-ci était alors surreprésentée. La part du biologique maternel est rendu d'autant plus saillant alors qu'elle peut être déniée chez le donneur.

L'investissement du père, de la lignée paternelle, les dénégations concernant l'existence du donneur, permettraient aussi de concourir à un sentiment de filiation moins coupable ou anxieux pour les mères.

Les pères témoignent d'une grande implication auprès de leur enfant, dès la grossesse, tout comme à 3 mois et à 18 mois. Ainsi la majorité des pères sont actifs dans le coparentage auprès de l'enfant, à part 2 pères qui n'y parviennent pas malgré un désir de proximité. Tous les pères souhaitent cependant être présents au maximum dans le

développement de l'enfant et témoignent d'un désir de « compensation » auprès de l'enfant. Mais que compensent-ils ? Est-ce nécessairement leur infertilité ? Le désir de compensation des pères nous apparaît plus volontiers faire écho à leur propre histoire de filiation paternelle (Jaoul, 2007). Ainsi pour 3 pères, leur positionnement paternel reflète l'absence de leur propre père. Le surinvestissement d'une position de père complice ou exclusif vient compenser, le sentiment de l'absence de leur propre père (7, 8) ou vient au contraire empêcher le mouvement d'identification à une figure de père (2). Pour un père toutefois (5), les difficultés d'accordage avec l'enfant n'apparaissent pas en lien avec le sentiment de filiation mais nous semblent se jouer dans ce difficile télescopage des attentes conjugales et coparentale, où le père ne parvient pas à être le père qu'il souhaite dans l'impossibilité qu'il ressent, à trouver aussi une place de conjoint.

Nous pensons donc que les couples ont bien perçu que la construction de la paternalité suite à un don de spermatozoïdes, **que cette « sensation d'être le vrai père », allait se jouer dans les interactions, en présence de la mère et de l'enfant.**

Toutefois, cette tendance des pères à une mobilisation plus active auprès de l'enfant, observable à la fois dans le discours et dans le LTP, nous a semblé faire écho à une tendance actuelle des pères à être plus présents et investis dans leur rôle de père et ce, dès *le premier chapitre* du bébé, dès sa *Préhistoire*, in-Utero (Missonnier, 2007, 2009). Ces résultats pourraient donc être temporisés du fait des évolutions sociétales qui donnent aujourd'hui aux pères une place de choix dans les interactions avec le bébé (Neyrand, 2011).

Nous avons pu observer un désir de « compensation » des pères, sans que l'on parvienne à distinguer clairement s'il s'agit d'une compensation de l'infertilité ou d'une recherche d'équité du père vis-à-vis de la mère. Ce combat sociétal d'actualité concernant l'harmonisation des droits et des attributions, au travail comme dans la sphère familiale et privée, permet aussi aux pères de se faire une place dans ce qui apparaît encore parfois en premier lieu l'apanage du maternel.

2.2 Une alliance familiale principalement coopérative

Aux 3 mois du bébé, nous observons pour 4 familles sur 8, une alliance familiale de type « conflictuelle couverte » au LTP incluant des éléments de rivalité.

Alors qu'à 18 mois, l'alliance évolue de manière favorable en devant principalement « coopérative » pour 5 familles sur 6. Ce mouvement permet d'entrevoir la dimension transitoire d'une nécessaire réorganisation du couple parental suite à l'arrivée de l'enfant et la présence de certains ajustements afin que chacun puisse trouver sa place. A 18 mois, le climat familial est globalement chaleureux et positif, emprunts de plaisir partagé dans les interactions. Les mouvements de rivalité à 18 mois sont moins prégnants mais s'observent cependant pour 2/6 couples alors qu'ils étaient présents pour 4/8 couples à 3 mois. Ces résultats peuvent paraître contradictoires avec ceux observés dans le discours où, au contraire, la rivalité parentale est plus manifeste à 18 mois qu'à 3 mois. L'augmentation de la rivalité s'observe aussi dans l'évolution significative chez les pères de la variable « Dénigrement » dans le questionnaire du coparentage (Cf. Chapitre 6). Cependant cette « baisse » observée au LTP s'explique par l'absence des couples 2 et 7 à 18 mois. La rivalité observée ici témoigne d'un surengagement paternel associé à un désir des mères d'être tout aussi actives dans les interactions. Comme nous le verrons plus loin, l'expression de la rivalité est cependant légère et vient témoigner du fort investissement parental, sans pour autant être conflictuelle entre les parents.

A 18 mois, l'alliance familiale des couples ayant conçu par IAD s'apparenterait, comme pour celle des couples ayant conçu par FIV, à celle des couples ayant conçu naturellement (Darwiche et al., 2013).

Nos résultats vont donc dans le sens de la revue de la littérature sur le sujet qui témoigne de relations parentales chaleureuses et de très bonne qualité (Darwiche et al., 2013; Frascarolo-Moutinot et al., 2009; S. Golombok, 2015). Le surengagement paternel que nous observons corrobore aussi l'observation témoignant de la forte implication des parents, décrits comme potentiellement « over-concerned » (S. Golombok, 2015).

3. Le coparentage vecteur du « sentiment de filiation »

Concernant le coparentage, nous observons qu'il est majoritairement « cohésif » chez les couples ayant conçu grâce à une insémination artificielle avec donneur, de manière stable pour chaque couple à 3 mois et à 18 mois.

Rappelons que l'alliance familiale observée au LTP est étroitement intriquée avec le coparentage des couples de parents tout en étant distincte. Ainsi, même si l'alliance familiale a pu être observée comme « conflictuelle couverte » pour 4 familles à 3 mois, nous avons cependant observé un coparentage qui pouvait être « cohésif » chez ces couples. Le lien entre l'alliance familiale et les sous-systèmes conjugal et coparental peut parfois être relatif.

Ce qu'il importe de relever, c'est la diversité de fonctionnement au niveau des familles et des sous-systèmes qui les composent. Cela souligne la nécessité d'évaluer séparément les différents systèmes et de se garder de toute généralisation, par exemple d'une dyade à la famille ou l'inverse. (Frascarolo-Moutinot et al., 2007).

Ainsi un coparentage peut être cohésif, empreint de chaleur familiale, de soutien émotionnel et affectif entre les parents qui sont satisfaits de la répartition des tâches entre eux. C'est la rivalité perçue autour de l'enfant, au travers de petites interférences, des difficultés des parents à ne pas interagir avec l'enfant au détriment de l'interaction avec le conjoint qui a été perçue au LTP et qui confère à l'alliance familiale sa dimension de « conflit couvert » à 3 mois.

Toutefois, dans le coparentage, cette dimension du conflit se doit d'être temporisée en fonction de la qualité du désaccord. Un désaccord conjugal peut rester circonscrit au domaine conjugal, sans empiéter sur la sphère coparentale. Un désaccord peut se révéler avoir une issue positive si les couples parviennent à les résoudre (Favez & Frascarolo, 2013). Par ailleurs cette dimension conflictuelle, du fait de la rivalité au LTP ne s'observe pas dans le discours manifeste des parents. Les parents nous transmettent au contraire, un récit souvent empreint de solidarité, de soutien vis-à-vis de l'autre et un sentiment fort de cohésion familiale. C'est donc tout l'intérêt du LTP de nous offrir un regard sur les interactions que ne permet pas le discours des parents, qui ont une tendance à vouloir montrer leur couple sous un aspect favorable.

Par ailleurs, nous n'observons pas, contrairement à notre idée initiale, que le coparentage soit déséquilibré en faveur d'une plus grande place donnée au père dans les interactions avec l'enfant. **Le coparentage est donc majoritairement « cohésif » et recouvre tous les cas de figure** : un père plus actif et présent que la mère, un couple qui recherche un partage des tâches égalitaire et la majorité des cas de figure (6/8 couples) où c'est la mère qui

s'occupe principalement des soins de l'enfant au quotidien, tout en laissant une place active au père.

Enfin, nous observons que **l'expression du coparentage chez les couples est en lien avec le sentiment de filiation**. Effectivement, pour 2 couples chez lesquels nous observons un coparentage « non-cohésif », le « sentiment subjectif de filiation » nous apparaît plus fragile. C'est la subjectivité du père qui est ici en question, la manière dont il se perçoit lui-même en tant que père. L'IAD vient mettre à mal le « sentiment de filiation » chez les pères qui se sentent moins légitimes dans leur rôle de père. **Or cette légitimité nous apparaît s'ancrer de manière manifeste dans les interactions et le coparentage**. Les pères pour lesquels nous observons un coparentage cohésif, fait du soutien émotionnel de la mère et d'un accès facilité à l'enfant, se sentent souvent plus confiants dans leur identité de père, en témoignent Thomas (1) et Luc (3). En revanche, les pères qui parviennent plus difficilement à trouver une place dans la triade et pour lequel le coparentage ne permet pas un soutien émotionnel et une reconnaissance de leurs compétences de père, nous semblent d'autant plus fragilisés dans leur sentiment de filiation.

Ainsi Jean (2), ne se sent pas à la hauteur en tant que père. Dès la grossesse, il doute de lui-même et de ses capacités paternelles, n'ayant pas eu, pas connu de modèle de père structurant sur lequel appuyer sa propre paternité. Lorsque Mercure à 3 mois, il ne parvient pas à endosser un rôle confiant dans le coparentage, se dévalorisant en tant que père et en tant qu'homme, n'arrivant pas à prendre sa place dans le coparentage auprès de son fils. Pourtant le LTP révèle qu'il est tout à fait ajusté à cet enfant, capable de prendre du plaisir dans les interactions avec lui. Nous pensons donc que le coparentage apparaît ici fragilisé au quotidien et vient ancrer les craintes personnelles de ne pas être un bon père. Pour Arnaud (5), la fragilisation du lien de filiation s'observe au travers des difficultés coparentales, dans le non accordage avec la mère. Arnaud n'arrive pas à s'occuper de sa fille, malgré la disponibilité qu'il aménage, l'emmenant en vacances par exemple, il va toujours laisser les autres s'occuper d'elle et faire à sa place. On le perçoit inhibé dans les interactions avec sa fille, ce dont il souffre. Or nous pensons que c'est précisément les dysfonctionnements du couple coparental qui fragilisent les interactions père fille. Arnaud a l'impression de n'être pas à la hauteur, ni pour sa femme, ni pour sa fille : « *Elle me demande beaucoup de choses, j'essaie et ça va jamais donc... des fois je suis aussi désespéré de réussir à...* » « *Quoi que je fasse, ça ne va pas.* ». Recevant de la part de la mère des critiques continues à la fois sur son absence et sur manière de faire lorsqu'il est présent, Arnaud ne

fait plus rien de peur de mal faire. Or cette distance des interactions nous apparaît une véritable fragilisation du sentiment de filiation chez ce père, qui se sent alors renvoyé à son « impuissance » auprès du couple mère-fille et à son infertilité. Aurélie met d'ailleurs en doute son attachement à sa fille, en se demandant s'il aurait été « comme ça » s'il n'avait pas été infertile. Puis se ravise. Toutefois, la parole blessante et le doute maternel ont été formulés, renvoyant Arnaud à la fragilité de son sentiment de filiation.

A l'inverse, l'évolution favorable du coparentage pour le couple 4 nous évoque une plus grande solidité dans le sentiment subjectif de filiation partagé par le couple. Khalil nous semble avoir investi sa place de « vrai père », ne faisant plus référence au « père biologique comme il le faisait encore aux 3 mois d'Aaron. Il se sent plus compétent dans son rôle de père et endosse une grande part dans le coparentage. Sonia lui laisse une plus grande place et valorise sa place de père et les échanges père-fils sont fréquents.

Le coparentage, en ce qu'il permet ou pas au père d'ancrer sa paternité par le biais des interactions précoces avec l'enfant peut donc avoir une influence sur le sentiment de filiation narcissique et affective du père. Ainsi, le père consolide son sentiment subjectif d'être un bon père, dans les interactions avec l'enfant, ce qui nous apparaît favorisé, ou au contraire, inhibé par le coparentage et notamment le phénomène de « garde barrière » que la mère peut opérer vis-à-vis du père : l'accès que la mère fait au père favorise le sentiment subjectif d'être « un bon père » et conforte alors le sentiment de filiation.

4. La dynamique familiale avec l'enfant au centre de la famille

Concernant la question de l'enfant au centre de l'alliance familiale, nous avons été surpris de ne trouver cette tendance que pour la moitié des couples au LTP à 18 mois (3/6 couples) alors que cette tendance est manifeste dans le discours de 5/6 couples. La dynamique d'enfant au centre était aussi majoritairement observée à 3 mois (7/8 couples).

Au LTP, la dynamique familiale avec « enfant au centre » s'observe principalement dans une tendance à laisser l'enfant organiser la dynamique familiale. Nos résultats corroborent, dans une certaine mesure, la recherche auprès des familles après une FIV (Darwiche et al., 2013). Rappelons que la « child-centeredness » correspond à une « *tendance des parents à se centrer sur l'enfant et à suivre ses initiatives plutôt qu'à mener l'interaction.* » (Ibid.) Nous

observons aussi, de manière moins manifeste, la volonté d'éviter à l'enfant toute confrontation à des émotions négatives comme l'ennui, l'attente : les couples continuent de stimuler l'enfant pendant la phase dite « de couple », ou comme la frustration en laissant l'enfant organiser le jeu sans lui poser de cadre ni de limites claires, il peut par exemple se lever de sa chaise, jeter des objets dans la pièce, etc.

4.1 L'évitement des affects négatifs

Toutefois, à 18 mois, c'est au travers du discours des couples que nous observons une tendance à **l'évitement des parents des affects négatifs, tout d'abord vis-à-vis de leur enfant** (pour tous les couples) mais aussi entre eux (pour/6 couples). Citons pour exemple Aaron (le fils du couple 4) qui décide des modalités interactives familiales. Les parents s'adaptent à son désir, n'osent pas le frustrer et le couple cherche à éviter toute forme de conflit. C'est donc à lui de décider quand s'arrêtera l'allaitement, quand il sera prêt à dormir dans propre chambre. Il est mis dans une position d'adulte devant faire les choix pour l'ensemble de la famille. Le couple court le risque de rendre cet enfant tout-puissant et tyrannique devant la soumission de ses parents. L'entière abnégation, la disponibilité de la mère et la passivité du père révèle l'évitement des tensions familiales « *Khalil : On n'a pas le choix. (Sonia rit)* ».

Les auteurs de l'étude menée par Joëlle Darwiche et coll. précisent que le fait de vouloir réduire les affects négatifs manifestés par l'enfant ne constitue pas en soi un danger pour son développement mais que cela présente un risque pour l'enfant « *qui n'a pas l'opportunité de réguler ses propres émotions, ou en d'autres termes, de développer son système immunitaire émotionnel.* » (Darwiche et al., 2013) Cela pourrait donner lieu à un manque d'occasions pour les parents de se confronter aux éventuelles tensions entre eux, et surtout entre eux et leur enfant.

Ce dernier point nous semble essentiel au regard de l'empêchement que vivent de nombreux couples face à leur souhait d'informer l'enfant de sa conception. Nous pensons que l'alliance familiale avec enfant au centre résonne avec les difficultés des couples à informer l'enfant de sa conception par don. La révélation apparaît comme un passage obligé à travers toutes sortes d'émotions négatives, fragilisant potentiellement le lien, ce dont ces familles font tout pour se protéger.

Il nous apparaît manifeste que cette difficulté des couples à se confronter aux émotions négatives fait écho, selon nous, aux angoisses de séparation du couple que nous avons évoquées. Tout conflit est écarté, par crainte de fragiliser un lien de filiation fantasmatiquement perçu comme plus vulnérable.

Rappelons que nous envisageons « le conflit » dans ce contexte, non pas comme une « dispute », mais comme la possibilité du couple à faire avec les désaccords, les oppositions, constitutifs de toute relation. L'altérité par essence, confronte l'autre à la différence et au désaccord. C'est finalement ce que J-G. Lemaire appelle la phase de désidéation (Lemaire, 1969) qui permet au couple, si celle-ci est dépassée, de se renforcer, donnant la possibilité à chacun d'évoluer ensemble dans une altérité distincte.

4.2 Les difficultés conjugales et les fonctions de la rivalité

Par ailleurs, la dynamique familiale avec enfant au centre fait aussi écho à **la place plus importante donnée au couple parental au détriment du couple conjugal**. (Pour 5/6 couples à 18 mois)

Nous pensons que ce surinvestissement du couple parental vient masquer des difficultés conjugales :

- La première est celle d'une centration sur le couple parental au détriment du couple conjugal, mettant à distance les aspects libidinaux susceptibles de faire entrer du conflit ou des tensions dans le couple. Notons que la question de la sexualité des couples a été rapidement éludée par les couples lorsque nous avons posé la question, de telle sorte que nous n'en avons aucune représentation.

- La seconde est celle de la rivalité entre les parents vis-à-vis de l'enfant. Comme nous avons pu le voir, elle est moins manifeste à 18 mois mais s'observe toutefois de différentes manières chez tous les couples. Les couples 3 et 8 témoignent d'une rivalité vis-à-vis du conjoint pour avoir l'attention à l'enfant ; les couples 1 et 6 témoignent d'une rivalité vis-à-vis de l'enfant, l'un des conjoints cherchant l'attention de son conjoint sans succès.

Paradoxalement, la rivalité parentale ne génère pas nécessairement de tensions conjugales. Plutôt que d'être un facteur de fragilisation, la rivalité exprimée par les couples nous apparaît justement comme l'opportunité de se confronter à des émotions « négatives » acceptables. Ces couples communiquent plus volontiers sur leurs états émotionnels et leurs désirs, même s'il existe des craintes partagées quant à l'information à l'enfant. Il nous apparaît que la rivalité

parentale permet de conflictualiser la relation des parents entre eux, ce qui semble plus favorable à une forme d'élaboration vis-à-vis de leur expérience émotionnelle individuelle et la voie possible vers une opposition non destructrice pour le couple.

En revanche, les couples 4 et 5, pour lesquels on observe une dynamique d'enfant au centre sans expression d'une rivalité parentale, ne parviennent pas à prendre de la distance vis-à-vis de l'enjeu que représente l'enfant. L'enfant est alors idéalisé, comme le donneur, et le couple est aux prises avec une idéalisation de l'enfant entravante, laissant peu de place aux aménagements de l'ambivalence et empêchant alors la communication du couple. Ces deux couples ont d'ailleurs pu formuler une demande d'aide à l'issue de nos entretiens de recherche.

Précisons que la rivalité coparentale s'observe de manière très discrète et ne constitue pas l'enjeu de tensions mais vient souvent d'un désir des parents d'avoir une relation chaleureuse et de proximité avec leur enfant. Il est essentiel de souligner qu'à 18 mois, tous les parents que nous avons rencontrés exercent leur parentalité de manière attentive et chaleureuse et l'enfant semble préservé des difficultés conjugales. Même le couple 5 pour lequel nous pourrions craindre une triangulation de l'enfant si le conflit ne se résolvait pas, témoigne au 18 mois de l'enfant de chaleur affective et d'un engagement très fort autour de leur enfant. Ce couple a d'ailleurs à cœur de préserver l'enfant de ses difficultés conjugales. Nous ne pouvons donc pas présager de l'impact de ces difficultés conjugales sur l'enfant, ne sachant pas l'issue du conflit. Ces observations ne représentent qu'un moment isolé de l'histoire de ces familles et ne sauraient constituer une représentation témoignant de la globalité et toute la diversité de ce que vivent ces familles. Enfin, le caractère évolutif des manifestations de l'enfant est aussi à souligner, laissant entendre de nombreuses issues possibles.

Par ailleurs, la rivalité nous apparaît comme une réponse transitoire à la « crise » que rencontre le couple lors de la naissance de l'enfant (M. Bydlowski, 1997), en témoigne la baisse de la rivalité coparentale autour de l'enfant à 18 mois et l'évolution favorable de l'alliance familiale.

4.3 Le surinvestissement du couple parental, quel impact pour l'enfant ?

Ainsi la question qui nous vient à l'esprit est la suivante : l'enfant a 18 mois prend-t-il une place particulière dans l'économie psychique du couple après une IAD ? Pour certains couples, il nous apparaît que l'enfant peut être englobé dans la dynamique narcissique du couple : là où le tiers est vécu comme hostile ; l'enfant est-il perçu dans son altérité ou dans son ipséité (Ricœur, 1990) ? Un entre-deux est-il possible ?

Parmi les couples que nous avons rencontrés, deux couples (1, 3) témoignent d'un prolongement de la dynamique narcissique du couple à 18 mois. Cette tendance nous semble avoir un impact sur la place de l'enfant dans le couple. **L'enfant nous apparaît alors comme englobé dans la sphère narcissique du couple.** Ainsi, pour Hélène et Thomas (1), la vie à 3 est vécue avec plaisir mais c'est aussi un refuge, là où toute forme de séparation est vécue sous le sceau d'angoisses majeures. Le tiers, quel qu'il soit, est vécu comme dangereux, leur fille n'a jamais été confiée à part à la famille proche. L'évocation d'un 2^{ème} enfant soulève des craintes de venir bouleverser l'homéostasie familiale, comme si leur première fille, elle, n'avait rien changé. « *Hélène : Mais en fait ce qui est très dérangent pour moi c'est que faire un 2^e enfant ce serait uniquement pour Camille... et c'est super dangereux parce qu'un 2^e enfant ça risque de chambouler aussi notre vie* »

De la même manière, Charlotte et Luc (3), dorment encore avec leur fille de 20 mois dans leur chambre et parfois dans leur lit, répondent à ses demandes impérieuses et reconnaissent que leur vie est organisée autour de leur fille. Celle-ci est elle aussi englobée dans la dynamique narcissique du couple et fait corps avec eux, en témoigne l'enchevêtrement des rôles et des places de chacun. On ne sait plus qui décide, qui fait la loi : « *Luc : Et ne serait-ce que de se mettre dans n'importe quelle situation à la posture de l'enfant, ne serait qu'en faisant un couple parent-enfant, je trouve ça génial c'est...* ».

Pour 3 couples (4 et 5 et 8), l'enfant n'apparaît pas englobé dans la dynamique narcissique du couple. Il prend cependant malgré lui **une position de rival dans le couple.** Pour le couple 4, c'est l'intensité de la relation mère-enfant qui apparaît au premier plan. Khalil est mis à l'écart, dans une position masochique vis-à-vis de sa femme et de son fils, il accepte tout et semble ainsi payer la dette de son infertilité. On perçoit que la situation génère des tensions conjugales : « *Sonia : Ben je vais m'énerver davantage sur lui [son mari], je vais être moins, moins patiente. Parce que toute la patience je l'ai accordée à Aaron du coup, pour lui je vais être beaucoup moins patiente.* » Pendant l'entretien, Sonia communique énormément avec

Aaron parfois au détriment de la communication avec Khalil : elle lui coupe la parole et n'écoute pas ce qu'il dit. Aaron dort avec sa mère au détriment du père qui dort dans le salon et prend une position de rival pour le père, mis dans une position d'empêcher l'accès du père à la mère. Pour le couple 5, on perçoit que la rivalité s'exprime de la part d'Aurélié vis-à-vis de leur fille, comme lorsqu'Arnaud choisi d'emmenner leur fille en voyage alors qu'elle souhaitait y aller à 2 : « *Mais c'est vrai que au niveau du couple, on rame un peu là, c'est vrai que... Je pense qu'on passe pas assez de temps ensemble.* »

Pour ces deux couples, la rivalité vis-à-vis de l'enfant est à mettre en lien avec la rivalité que nous avons pu observer chez ces deux couples vis-à-vis du donneur. Ces deux mères (4 et 5) ont une représentation très idéalisée du donneur, perçu comme un rival fantasmatique pour le père, à la fois en tant que père mais aussi dans sa position de conjoint. Il nous apparaît que nous observons un déplacement de la rivalité conjugale qu'a suscité le recours à un donneur sur la relation à l'enfant. C'est à travers cette fonction tierce de rival, que le donneur apparaîtrait donc dans les associations inconscientes concernant l'enfant.

Pour le couple 8, alors que des mouvements de rivalité sont pourtant observables dans le désir d'exclusivité d'Alessandro avec son fils, l'enfant n'est pas mis en position de rival de la mère car cette tendance est largement compensée par le fait qu'Alessandro fonctionne en écho avec Marja, cherchant sa validation pour chaque chose. Le couple parental nous apparaît soudé et l'enfant prend une position non pas d'un même, ni de rival, mais de « messager » du couple. C'est le couple qui fait alliance et l'enfant à qui est délégué une forme de mandat transgénérationnel.

Pour le couple 6, **l'enfant nous semble plus perçu dans sa singularité, et les membres de la famille plus différenciés.** L'enfant est un « autre » à découvrir, qui interroge sans pour autant générer d'angoisses d'étrangeté. Le couple 6 témoigne d'une relation entre eux qui apparaît complémentaire et génère de bonnes satisfactions. Le couple conjugal reprend son rythme avec une place tout à fait ajustée à leur enfant.

5. Filiation, affiliation, transmission

5.1 Les représentations de l'enfant

Contrairement à notre hypothèse initiale, **nous n'observons pas d'inquiétante étrangeté vis-à-vis des représentations de l'enfant**, au-delà de celle exclusivement consécutive à la rencontre et à la naissance. Pour apprivoiser l'enfant issu du don et mettre à distance le donneur, faut-il donc évacuer toute forme d'étrangeté pourtant présente dans l'instauration des liens ? B. Golse souligne en effet dans sa clinique de l'adoption, que l'enfant arrive déjà dans une famille avec deux étrangetés : la sienne propre, comme enfant nouvelle personne, mais aussi celle du parent à travers l'enfant car l'enfant est le réceptacle de la part étrangère de soi-même. (B. Golse, 2011) Faudrait-il écarter ces deux étrangetés pour mettre à distance cette 3^e étrangeté en lien avec le donneur ?

Effectivement, l'étrangeté nous semble être un impondérable des premiers liens entre les parents à l'enfant ; les premiers liens sont faits à la fois d'étrangeté de l'autre et de sa reconnaissance. D'abord la reconnaissance, comme le précise S. Bydlowski :

Un des processus décisifs de la parentalité consiste en la capacité à faire entrer l'enfant dans l'histoire familiale de chaque parent, la possibilité de chacun de revivre son enfant à travers lui, afin que celui-ci se l'approprie et y puise des repères identificatoires pour mieux s'en détacher par la suite. » (S. Bydlowski, 2017)

L'étrangeté ensuite vient faire une place possible à l'inconnu dans la rencontre, à la surprise de la subjectivité de l'autre.

D'autre part, l'expérience de cliniciens de l'aide médicale à la procréation comme S. Bydlowski témoigne que les parents ressentiraient une « inquiétante étrangeté » vis-à-vis de l'enfant. « *Si tout enfant est un étranger familier pour ses parents, la réalité du don vient en cristalliser l'inquiétante étrangeté (Freud, 1919), associée tant au secret de la conception que de l'infertilité. » (Ibid.)*

Il est probable que « l'étrangeté » de l'enfant né suite à une IAD, peut être mise à distance dans les premiers mois du bébé dans un but d'affiliation mais pourrait toutefois réapparaître plus tard, l'enfant grandissant.

Jusqu'aux 18 mois de l'enfant, il nous apparaît que toute la dynamique familiale est organisée autour du travail fantasmatique d'affiliation à l'enfant. De cette impérieuse nécessité de l'affiliation à l'enfant, découle tous les mécanismes protecteurs de la famille que nous avons pu observer dans ce travail, le pacte dénégatif, la centration du couple parental sur l'enfant, la mise à distance de toute forme d'émotions négatives. Pour s'affilier il faut d'abord se « re-connaître ». La rencontre avec l'enfant passe d'abord par une nécessaire reconnaissance, connaître l'autre au travers d'un « re » qui fait office d'un re-tour sur soi, dans la recherche du familier. Apprivoiser l'enfant, c'est d'abord le re-connaître, ce qui implique un mouvement vers soi, chercher ce que l'on connaît déjà en soi à travers lui. Ce n'est certainement que dans un second temps, que l'altérité, peut advenir sans être destructrice. Le couple parental après un don nous apparaît dans l'absolue nécessité d'effectuer d'abord un mouvement d'évacuation de l'étrangeté de l'enfant, afin de pouvoir s'y affilier.

Ensuite, l'enfant grandissant, la filiation sécurisée, l'étrangeté de l'enfant, l'accès à sa singularité pourrait se développer. N'est-ce pas aussi en reconnaissant l'étranger que s'opère vraiment la rencontre ? Nous pensons que le donneur serait alors susceptible de réapparaître et de venir faire effraction dans les représentations parentales au travers de « l'inquiétante étrangeté » de l'enfant, lorsque le parent n'arrive pas à s'expliquer un comportement où une manifestation de l'enfant. Cette hypothèse pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche auprès d'enfants plus grands.

5.2 Les angoisses de séparation et le « fantasme de filiation fragile »

Pour les 6 couples que nous avons rencontrés à 18 mois, l'enfant est perçu comme un individu qu'il faut nécessairement protéger d'influences négatives. Les représentations de l'enfant sont teintées d'angoisses de séparation importantes à 3 mois, se poursuivant à 18 mois pour 4/6 couples. La totalité des couples témoigne de craintes de l'environnement extérieur notamment concernant la révélation à l'enfant de sa conception. **Nous pensons qu'il s'opère un déplacement de l'angoisse que suscite l'inconnu du don, sur l'inconnu de la sphère extra-familiale et le tiers en général.** Les craintes consécutives au don s'expriment principalement à travers les tiers, symbolique de l'immaîtrisable et peut-être de l'irreprésentable du don et de ses conséquences. Cette angoisse est alors potentialisée par les évènements de vie comme le deuil (1) ou les problèmes de santé de l'enfant à la naissance (4).

Ainsi les représentations angoissantes, comme celles concernant le donneur, pourraient être évacuées de l'intérieur du couple, permettant au couple de maintenir une cohésion.

La centration du couple sur lui-même, en réponse à l'angoisse que suscite le tiers, serait alors comprise comme un autre moyen d'évacuer le don et le donneur des représentations.

Les mécanismes de clivage et de projection en dehors du couple sont à l'œuvre afin de maintenir « l'objet couple », dégagé de projections agressives ou inquiétantes que suscite le don. Le caractère réciproque de ces mécanismes évoquent à nouveau un phénomène de collusion conjugale (Willi et al., 1982). Dans cette perspective, ce n'est plus le conjoint lui-même qui est idéalisé, comme dans un processus collusif classique, mais « l'objet couple » en lui-même, dans le but de consolider le lien conjugal.

Les couples sont traversés par des fantasmes de perte de l'enfant en lien avec la révélation à l'enfant. Ces angoisses de perte touchent toute la dynamique familiale. Elles pourraient expliquer les difficultés de couples à accueillir les émotions négatives comme la tristesse, la colère, la déception, etc. Nous pensons que ces craintes de séparation font écho à des **fantasmes de filiation fragile** partagés par le couple après une conception par IAD. Précisons que c'est le fantasme de la filiation qui est fragilité et pas la mise en acte dans les interactions. Ainsi les couples témoignent de plusieurs craintes qui font toutes écho à un fantasme que leur filiation puisse être interrompue, mise en doute ou attaquée.

De notre point de vue, les fantasmes de filiation fragile sont partagés par le couple et ne sont pas l'apanage des hommes. Comme nous avons pu l'observer, les femmes s'identifient bien souvent à leur conjoint et portent en partie leur infertilité, comme elles partagent leurs angoisses.

3 pères nous apparaissent avoir effectué un travail d'élaboration plus poussé vis à vis de leur filiation à l'enfant au travers du don. Thomas (1), évoque ses craintes d'une fragilité des liens à l'enfant avec ses nombreux cauchemars de perdre sa fille. Ces craintes laissent la place à une grande sérénité dans son lien à sa fille lorsqu'elle a 18 mois : « *C'est ma fille, c'est comme si que c'était moi le géniteur et point.* ». Luc (3) met en avant ses origines culturelles africaines renforçant ainsi la force du lien de filiation affectif et explique : « *ça m'a aidé beaucoup à relativiser cette situation.* »

Clément (6), parle clairement et de manière assumée de son infertilité. Son élaboration autour de son infertilité s'observe au travers de son ouverture à son frère et son souhait de transparence

vis-à-vis des proches, tout en souhaitant préserver l'intimité de sa famille. Tous les trois ont beaucoup réfléchi au don et ne déniaient pas leur infertilité (même s'ils peuvent dénier le recours au don). Les pères qui apparaissent plus solides dans leur filiation fantasmatique à l'enfant favorisent le positionnement du couple vis-à-vis de l'information à l'enfant. Malgré leur ambivalence lorsque l'enfant a 18 mois et les craintes que la révélation suscite, ces 3 couples cheminent de manière commune vers un choix concernant l'information à l'enfant.

En revanche, les couples qui nous apparaissent plus en difficulté avec la révélation sont ceux pour lesquels on observe un fantasme de filiation fragile, partagé par les deux membres du couple (2, 4, 5, 7, 8).

Pour le couple 2, le fantasme de filiation apparaît fragile à la fois pour Jean qui évoque le donneur comme le « père biologique », laissant entendre une vulnérabilité dans la filiation symbolique à son fils. La rupture de la filiation génétique est venue résonner avec la fragilité du lien de ce papa dans sa filiation avec son propre père, venant réinterroger sa légitimité en tant que père lui-même. Le désaveu tacite que Mathilde formule vis-à-vis de ses compétences de père à 3 mois, résonne avec les craintes, partagées par le couple, que la filiation paternelle de Jean puisse être fragile.

Pour le couple 4, La fragilité de la filiation fantasmatique s'observe aussi dans la honte de Khalil de son infertilité vis-à-vis de sa famille. Parler du don à ses proches serait comme révéler qu'il n'est en fait « pas le vrai père », ainsi Khalil craint de « *les décevoir* ». La filiation de Khalil nous apparaît aussi fantasmatiquement fragilisée par la place idéalisée que Sonia confère au donneur, qui devient alors un vrai rival du père avec lequel il est contraint de « partager » sa filiation.

Pour le couple 5, la fragilité de la filiation nous apparaît aussi potentialisée par l'idéalisation prégnante du donneur qui prend une place d'« amoureux » dans les fantasmes d'Aurélie. De plus, le don est vécu par Aurélie comme une rupture de sa propre filiation anxigène. Le don est l'opportunité d'une liberté qui désavoue la place d'Arnaud dans la filiation fantasmatique à l'enfant. L'enfant serait issu du seul donneur, barrant sa transmission à elle mais aussi implicitement celle de son conjoint.

Pour le couple 7, il est intéressant de noter ce qui se joue pour Magali, comme pour Pedro, de la répétition de leur histoire respective « sans père biologique ». Le Donneur de sperme, et par extension le CECOS, deviennent le père symbolique qu'ils n'ont respectivement pas eu et qui les a abandonnés. Le couple évoque par ailleurs une forme d'injonction inconsciente à réussir

à construire une famille avec un père présent. L'enjeu de l'arrivée de cet enfant est de pouvoir réparer à travers lui, l'enfant sans père qu'ils ont été, tout en répétant paradoxalement cette forme de rupture symbolique du fait de l'infertilité. La filiation fantasmatique nous apparaît ici fragilisée du fait de cette dynamique transgénérationnelle. Le risque inconscient est aussi présent d'une rupture du couple et d'un départ du père, ce qui validerait ce qu'ils ont eux-mêmes vécu enfant, et ainsi l'amour pour leur propre père.

Enfin, la fragilité de la filiation s'observe pour Alessandro (8) dans la rupture de la filiation biologique avec ses ascendants, qui est évoquée avec beaucoup de distance malgré la forte portée symbolique : « *dans ma famille, il n'y aura pas de descendance, enfin, au sens propre, dans le sens traditionnel euh, le sang de ma famille, mais voilà. Après moi pff, ça je pense que ça me dérange pas.* » Alessandro manifeste à plusieurs reprises son désir d'éloignement avec ses origines familiales : parti très jeune de chez lui, il semble aujourd'hui plus affilié à la famille de sa femme qu'à la sienne. Il est possible que son infertilité soit aussi vécue dans ce même désir inconscient d'échapper à une filiation anxiogène. La dépressivité du père, de la sœur, la colère de la mère, le carcan traditionnel qu'il évoque sont autant d'attaches dont il se « libère », en ne pouvant pas transmettre « *son sang* ». L'infertilité lui autorise cette rupture avec sa propre lignée. Que transmettre alors ? Cette rupture fait écho avec les angoisses partagées par le couple qu'il puisse ne pas être reconnu comme « le vrai père » par leurs familles respectives et le choix du secret.

5. 3 Quelle place pour le donneur dans l'économie psychique du couple ?

Comme nous l'avons vu, on n'observe pas de confusion entre la figure du père et du donneur pour les couples. Le donneur est bien perçu comme un tiers, une entité à part, dont la place est minimisée et dont les représentations sont mises à distance pendant la grossesse par les deux membres du couple. Cette banalisation du rôle du donneur, tout comme cette mise à distance des représentations pendant la grossesse nous apparaissent fondamentales et constitutives du processus d'affiliation du couple à l'enfant. Pourtant au fur et à mesure des entretiens, la place du donneur dans les représentations du couple évolue. Elles peuvent être toujours réduites à sa dimension « purement génétique » (1,2, 7) soit elles sont idéalisées (4,5), soit le couple va tenter d'en appréhender les contours, notamment vis-à-vis de la question des ressemblances avec l'enfant (3 ,6, 8).

La question des ressemblances nous apparaît centrale dans la construction de la parentalité suite à un don. Ce jeu des ressemblances : « A qui est-ce qu'il ressemble ?! » « Oh mais qu'est-ce qu'il ressemble à son père ! », est fondamental dans l'affiliation des parents à l'enfant mais aussi dans celle de l'enfant. Il est aussi essentiel que l'enfant puisse s'affilier lui aussi à ses parents grâce une ressemblance possible (même fantasmatiquement) à ses parents. Appartenir à une famille s'ancre dans un double mouvement, c'est un mouvement passif d'être possédé par ses parents, sa famille mais aussi un mouvement actif, de la part de l'enfant, de s'approprier ses origines.

Chez les couples qui ont recours à un don, il s'opère alors tout un travail psychique : pour se confronter à l'altérité que génère le bébé, le couple a besoin de chercher les ressemblances chez l'enfant. Cette question peut constituer une crainte comme Armelle (6) qui exprime « *Moi c'est plus pour oui.... pour les gens.... qui vont dire : « Il ressemble à qui ? » Voilà c'est tout voilà. » »*

La travail d'affiliation à l'enfant s'ancre dans la ressemblance. Cette question interroge la place que le couple va pouvoir faire au donneur, et ce qui va être transmis fantasmatiquement à l'enfant.

Les couples pour lesquels le déni de la place du donneur est plus marqué, vont souvent fantasmer une filiation exclusivement maternelle. Pour Thomas et Hélène (1), Camille ressemble à la nièce d'Hélène, pour Mathilde et Jean, Mercure ressemble à sa mère (2), comme Pedro (7) qui se représente une affiliation brute du bébé à sa mère, comme une naissance parthénogénétique : « *Pfff il [le bébé] va être sa mère ! Exactement sa mère. Ça va être la même ! »*

A l'inverse, les couples qui témoignent d'une représentation très idéalisée du donneur (4, 5), donnent une part très importante au donneur dans les fantasmes de transmission fantasmatique. Le donneur devient alors un vrai rival fantasmatique du père car il vient comme entraver la filiation symbolique paternelle. Les représentations de l'enfant sont alors associées à des transmissions à la fois maternelles et du donneur, excluant le père des origines. Ainsi Sonia (4) peut dire au travers d'un lapsus : « heureusement il lui manquait les graines [à son conjoint] et que ben qu'un gentil monsieur il a donné les graines » ce sans quoi l'enfant n'aurait pas été « cet enfant-là ». De la même manière Aurélie (5) explique : « *J'ai l'impression que tout ce que fait Jeanne de bien, c'est, y a une part de mystère... On saura jamais trop. Si ça se trouve ça vient de ma super manière de faire avec elle ! (rires) Je sais pas mais...*

Mr : Pour le coup c'est notre éducation.

Mme : C'est vrai qu'il faudra quand même que j'arrive à calmer un peu ces fantasmes. (rires) ».

Il est probable que les difficultés perceptibles qu'ont rencontré ces couples dans leur parentalité soit en lien avec la place centrale que le donneur prend dans la représentation maternelle de la filiation. Les pères subissent alors une forme de mise à l'écart dans la filiation symbolique, ce qui fragilise leur place dans la transmission fantasmatique et leur identité paternelle. Par ailleurs, l'idéalisation importante du donneur fragilise aussi le couple conjugal comme nous avons pu le voir.

En revanche, lorsque le couple va tenter d'appréhender les contours du donneur (3, 6, 8) que le sentiment de filiation des couples nous apparaît le plus solide. Le père peut faire coexister un mouvement d'identification au donneur (« Le donneur et moi, sommes certainement un peu pareil ») et un mouvement de mise à distance avec lui (« mais finalement peu m'importe, ça n'est pas ce qui est important »). On retrouve par la suite pour le couple, **une coexistence de la transmission fantasmatique du donneur et de la transmission fantasmatique et affective du père dans les représentations de l'enfant**. La transmission du père existe et elle est valorisée comme Luc (3) qui observe que sa fille a son sourire et sa joie de vivre, Alessandro (8) qui retrouve en son fils ses qualités de « bricoleur » et Clément (6) qui se réjouit que leur fils ait les yeux bleus alors que lui les a marrons parce que cela fait un lien avec sa lignée : « *Mr : Ah ben je suis très content, c'était euh... dans ma famille ma mère, ma grand-mère ont, avaient les yeux bleus, euh mon frère a les yeux bleus ben-, donc ça aurait, ça aurait pu arriver naturellement - non ?* » Ici, on n'observe donc pas de dénégation du rôle du donneur, il est là, en implicite, en toile de fond. Pourtant Clément se réjouit de ces yeux bleus qui inscrivent l'enfant aussi dans sa lignée. Ainsi les deux héritages coexistent et l'un n'exclut pas l'autre.

Le donneur est alors investi positivement comme quelqu'un de généreux mais de façon plus temporisée. L'idéalisation du donneur peut être présente mais elle est mise à distance dans le fait que les parents parviennent à la faire exister dans leurs fantasmes. Ainsi le donneur peut exister sous la forme d'un roman familial inversé (associé au Président E. Macron ou au Prince d'Angleterre) donnant à la transmission une dimension de jeu fantasmatique et la rendant ainsi apprivoisable.

Il est intéressant de faire le lien avec le fait que ce sont ces trois couples pour lesquels le désir d'informer l'enfant plus tard de sa conception apparaît le plus solide. Il est possible que le discours sur le don doive donc passer par une affiliation au donneur, non pas dans une idéalisation ou une identification à celui-ci, contrairement à ce que je pensais initialement, mais plutôt grâce à la force du fantasme dans la transmission, inscrivant ainsi la filiation. **La place du donneur pourrait s'inscrire dans un juste équilibre entre mise à distance et représentation. Un des enjeux centraux de la parentalité suite à une IAD nous apparaît résider dans la place que le couple confère au donneur dans les fantasmes de transmission à l'enfant.**

Rappelons que le fantasme de transmission désigne : « *un scénario construit ou reconstruit, conscient ou inconscient, dans lequel le sujet se désigne comme héritier d'un contenu psychique transmis par un autre, contemporain (dans un lien inter ou transsubjectif) ou ancêtre (dans un lien généalogique inter ou transgénérationnel).* » (Ciccone, 2012)

Comme le souligne A.Ciccone, les fantasmes de transmission ont une fonction « *d'organisateur du lien de filiation ou d'affiliation* » (Ibid.) (généalogique ou intersubjectif) Il fait référence à René Kaës (1994, cité par Ibid.) qui évoque donc la double fonction des fantasmes de transmission : une fonction défensive contre l'angoisse de devenir sujet de son inconscient (c'est-à-dire l'angoisse d'obtenir ce qu'inconsciemment on désire obtenir), et une fonction représentative de la position du sujet dans la génération.

Ainsi, nous souhaitons mettre en avant l'importance du fantasme de transmission dans la filiation qui permette la coexistence de la filiation paternelle et du donneur, investi positivement par les deux parents à l'exemple d'un roman familial inversé. Pouvoir fantasmer une transmission fantasmatique heureuse, solide et positive nous apparaît absolument fondatrice de l'identité familiale et de la solidité de la filiation. Ce travail fantasmatique passe par un effort de représentativité du donneur de la part des deux parents, figure qui puisse être apprivoisable et investie positivement. Si la mise à distance du donneur nous apparaît essentielle dans les premiers mois du couple pour renforcer le couple et s'affilier à l'enfant, le travail psychique du couple, donnant au donneur « une place acceptable », nous apparaît constitutifs d'un sentiment de filiation solide.

B. Discussion méthodologique

1. Les limites

1.1 Les limites du discours

Nous sommes conscients que les entretiens ne nous ont permis d'apprivoiser que les contours de ce qui a pu être vécu par le couple, dans ce contexte précis du don de sperme, et sont fonction de ce que le couple a bien voulu nous transmettre.

D'une part, il serait malaisé d'imaginer pouvoir cerner un individu par son seul discours, à l'occasion de seulement 3 rencontres, comme c'est le cas dans notre protocole. D'autre part, le discours est un regard, une porte ouverte sur un petit espace psychique qui ne recouvre pas l'entièreté de la pensée, encore moins celle de la personne.

En outre, le discours, tout primordial qu'il soit, n'est aussi qu'une partie de la vie psychique. Comportements, histoire personnelle, éducation, famille, relations personnelles au travail et ailleurs : un sujet est un univers en soi qui de plus évolue avec le temps (Quijano et al., 2006).

Le cas clinique du couple 2 est un bon exemple de la tâche noire à laquelle nous n'avons pas accès en tant que chercheur : le couple ne nous montre que ce qu'il a envie de nous dire et ce qui est possible pour lui de penser. L'impensable et le tabou viennent alors parfois faire effraction dans la réalité, comme au travers du passage à l'acte suicidaire de Mathilde, qui nous a révélé la souffrance familiale.

Une autre limite importante de notre recherche est contingente au choix que nous avons fait de mettre le couple au cœur de ce travail de thèse. En rencontrant le couple ensemble, nous n'avons donc pas eu accès au discours de chacun seul, en l'absence de l'autre. Nous souhaitions observer ce qui peut ou non être partagé par le couple en présence de l'enfant et pourquoi. L'objet de notre étude était aussi le coparentage et la manière dont chacun est influencé par la présence et le discours de l'autre dans sa parentalité. Nous aurions eu accès à d'autres formes de réponses en rencontrant chacun séparément.

Au cours de chaque entretien, nous nous sommes interrogés sur la liberté du discours de ces femmes en présence de leur conjoint concernant le donneur. Nous avons à chaque fois imaginé

que le discours sur le donneur pourrait être autre, si le conjoint n'avait pas été présent. De même, la *stérilité conjugale* est-elle une conséquence du couple rencontré ensemble ? Les questions dites circulaires, qui interrogent un des membres du couple sur la manière dont l'autre a vécu l'infertilité par exemple, ont pu favoriser la construction du discours dans une identification à l'autre et biaiser la perception du couple que nous nous sommes faite.

Il est probable que le père, rencontré seul, ait pu plus volontiers parler pour lui-même de son infertilité, sans le mettre en perspective avec la souffrance de sa conjointe. Ainsi, c'est bien toute la portée de ce qui peut être dit en présence de l'autre que nous avons observé. Il nous est apparu que ce discours, n'est pas toujours représentatif de leur vie psychique mais s'adressait aussi indirectement à l'un et à l'autre. Les couples ne cherchaient-ils pas, en me donnant une bonne image, à se renforcer et à conforter mutuellement leur parentalité ?

Toutefois, les 3 rencontres que nous avons proposées ont parfois permis un assouplissement des aménagements défensifs du couple. Ainsi la collusion conjugale observée comme défense à l'expérience de l'infertilité a pu laisser la place au cours de l'entretien des 18 mois de l'enfant, à l'émergence d'un discours plus individualisé laissant la place aux fantasmes respectifs du père et de la mère. Notons pour exemple, l'évolution du discours des mères concernant le donneur. En premier lieu, elles disent ne jamais y penser elles non plus, s'affiliant ainsi au discours du conjoint mais laissent entrevoir une plus grande ambivalence. Au fur et à mesure du discours, on perçoit qu'elles peuvent penser au donneur et essayer d'en imaginer les contours. Est-ce parce que la représentation du donneur évolue ou est-ce parce qu'un climat de confiance s'est établi au fil des rencontres permettant d'entrevoir un discours, laissant la place aux fantasmes et à l'ambivalence ?

Le travail de C. Gueguen sur le couple (Guéguen, 2017) distinguait dans son protocole des entretiens individuels et des entretiens de couple et a pu montrer que les entretiens individuels n'avaient pas révélés de spécificité du discours comparés à ceux menés en couple. Il est possible que dans le contexte précis de l'infertilité, les sujets aient pu vouloir « masquer » une partie de leur vécu au conjoint. Il est possible que les épreuves du couple, comme celle d'avoir traversé l'AMP peuvent en effet, aient rigidifié les défenses du couple, grâce aux mécanismes « protecteurs » que nous avons pu observer, mais ces épreuves peuvent aussi les assouplir. Ces couples ont peut-être aussi gagné une connaissance très intime de l'autre et n'auraient alors pas besoin de taire la réalité de leur vie psychique devant l'autre. Par ailleurs, nous avons pu

observer que l'entretien de couple et ce qu'il a permis de penser de la relation à l'autre, ont été bénéfiques pour chacun des membres du couple.

1.2 La désirabilité des couples

Il apparaît nécessaire de réfléchir à la spécificité des couples que nous avons rencontrés parmi notre population de recherche. Il est probable qu'un biais de recrutement ne soit pas exclu, et que notre échantillon ne soit pas représentatif de l'entièreté de la population ayant eu recours à un don. Les couples que nous avons rencontrés ont été suffisamment ouverts sur la question du don pour en parler dans le cadre d'une recherche, exposant ainsi leur intimité avec parfois beaucoup de courage. Ces couples sont certainement par conséquent parmi les plus ouverts à la question du discours sur la conception. Nous avons pu faire des explorations qui en témoignent. Nous avons effectivement, au cours de notre recherche, fait passer des questionnaires à des couples qui n'ont pas pu, ou pas voulu, passer les entretiens. Certains avouent alors clairement leur souhait de ne pas informer l'enfant plus tard de sa conception, alors que nous n'avons pas rencontré ce cas de figure au cours de nos entretiens.

Nous avons pu explorer les motivations des couples à participer à la recherche. Certains ont évoqués une forme de remboursement de la dette qu'ils avaient contractée vis-à-vis du CECOS avec le don (3, 7, 8), d'autres ont souhaité faire cette démarche pour eux-mêmes et les bénéficiaires qu'ils trouvaient à échanger sur la question (4, 5, 6, 8). Certains ont témoigné vouloir aider d'autres couples à traverser les épreuves du don (1, 7) mais ils sont nombreux à avoir participé à la recherche pour montrer qu'ils étaient des parents « normaux » et devaient à ce titre être considéré comme les autres (1, 2, 3, 6, 7, 8). La participation à la recherche devenait un moyen d'asseoir leur parentalité. Un biais de désirabilité est donc effectivement possible et a pu influencer les réponses de certains couples, comme il a été soulevé dans de précédentes recherches sur cette population (S. Golombok et al., 1996).

1.3 Limites méthodologiques

Tout d'abord, nous nous sommes interrogés sur l'absence d'inquiétante étrangeté que nous avons constaté dans nos résultats. Cette dimension nécessiterait d'être explorée au travers d'autres outils méthodologiques. Nous avons émis l'idée que cette absence pourrait être révélatrice des enjeux des premiers liens avec l'enfant, nécessitant une affiliation qui ne pouvait pas faire de place à l'étrangeté. Il est possible que nous n'ayons pas eu les bons outils

d'évaluation pour que puissent émerger les représentations de l'enfant de manière plus souple. Effectivement, nous interrogeons les parents sur la manière dont ils percevaient leur enfant, les questionnant sur des aspects physiques ou de caractère, peut-être trop concrets ou trop proches de la réalité. Afin d'explorer les représentations qu'ont les parents de leur enfant sous ses aspects fantasmatiques, il aurait été intéressant de faire passer des tests projectifs ou de faire dessiner les parents comme l'ont proposé O. Perelman (Perelman, 2018) ou H. Riazuelo (Riazuelo, 2014). Ces médias nous auraient peut-être permis d'accéder à la question des représentations de l'enfant de manière plus large, en y ajoutant une dimension projective et inconsciente, qui manque à notre exploration.

L'utilisation des auto-questionnaires nous a paru très limitée de par notre échantillon restreint. Rappelons que leur utilisation dans la recherche avait pour objectif de comparer des résultats obtenus à plus grande échelle grâce à la constitution d'un groupe « quantitatif ».

Concernant plus particulièrement les échelles d'alliance parentale (Abidin, Bruner, 1995) et l'échelle de coparentage (Frascarolo et al., 2009), ces échelles n'ayant pas encore été validées, nos résultats ont uniquement une valeur comparative entre les couples. La poursuite de cette recherche pourrait offrir l'occasion d'étudier les propriétés métrologiques de ces échelles, au regard du plus grand nombre de questionnaires que nous avons récoltés sans avoir pu les exploiter dans ce présent travail.

Il nous faut préciser que nous avons fait passer l'échelle de coparentage à 3 mois et à 18 mois et qu'à 3 mois, de nombreux couples ont souligné, à juste titre, que cette échelle n'était pas adaptée pour des parents d'enfants petits. Les questions qui relèvent de l'éducation et de l'autorité ne font pas écho aux préoccupations des parents à 3 mois. L'échelle d'alliance parentale semble plus adaptée aux enfants avant 18 mois.

Enfin, l'évaluation unique de ces couples par moi-même est un autre biais potentiel de ces résultats. Cependant les échanges multiples dont j'ai pu bénéficier au sein du groupe de doctorants mené par le Dr. Beauquier-Maccotta et avec la présence du Pr. Golse m'ont offert l'opportunité de discuter ces résultats et ont permis de temporiser ce biais potentiel.

2. Les perspectives

2.1 L'intérêt d'un groupe contrôle

A de nombreuses reprises, les spécificités du couple parental après un don de gamète nous sont apparues assez proches des couples devenant parents dans la population générale. L'intérêt d'un « groupe contrôle », conception naturelle aurait toute sa place dans cette recherche afin de déterminer de façon plus précise, la spécificité des mécanismes de défense parentaux consécutif à l'infertilité et ceux consécutifs à la « crise de couple » que représente toute naissance d'un enfant (de Butler, 2006; Guéguen, 2017). La question de « l'investissement paternel » pourrait ainsi être dégagée de sa dimension sociétale.

Nous avons déjà constitué ce groupe et recruté 18 couples ayant conçu naturellement (dont 10 avec entretiens et 8 uniquement par questionnaires) mais n'avons pas pu explorer l'ampleur de tout ce matériel clinique dans notre travail de thèse. Cette mise en perspective pourrait constituer l'objet de travaux ultérieurs.

2.2 Une analyse de plus grande ampleur

Par ailleurs le petit effectif sur lequel nous nous sommes concentrés nous a permis de faire un travail d'analyse clinique minutieux, laissant la place à la singularité des couples que nous avons pu rencontrer, ce qui nous apparaissait un point de départ incontournable de la recherche sur les couples après une IAD.

Nous avons cependant fait conjointement à ce travail clinique, un travail de recrutement plus large de couples ayant eu recours à l'IAD. Certains couples ont effectivement accepté de participer à la recherche par le biais de questionnaires qui ont été envoyés à domicile et qui reprennent nos axes de recherche. Tous les auto-questionnaires ont aussi été remplis par ces couples, au 8^{ème} mois de grossesse, au 3^{ème} mois et au 18^{ème} mois du bébé. Les couples de ce groupe « quantitatif » n'ont en revanche pas passé les entretiens ni les LTP. L'exploitation de ces résultats permettraient donc de donner une autre dimension à nos observations, soit en les validant avec des résultats de plus grande ampleur, soit au contraire en donnant une nouvelle perspective intéressante. Pour exemple, parmi les questionnaires que nous avons récoltés, certains couples expriment le souhait de ne pas parler de sa conception à l'enfant plus tard, situation que nous n'avons pas rencontrée dans notre population de recherche. Les

questionnaires permettraient-ils d'accéder à des couples ayant un point de vue différent sur l'information à l'enfant, les couples s'autorisant alors à dire le choix du secret ?

Nous ne pensons pas être arrivés à saturation des données. Un recrutement plus large pourrait permettre d'inclure des couples faisant, par exemple, le choix du secret.

2.3 Un aspect de l'extrême complexité de la dynamique familiale

Une des limites de la recherche est certainement la trop petite place faite à l'observation du bébé. Dans cette recherche, nous nous sommes centrés sur la triade au dépend des individualités père-mère-bébé mais nous souhaitons proposer un regard sur les interactions et sur l'inter-influence des uns sur les autres. L'observation du bébé nécessitait d'ouvrir un pan trop large. Des travaux ultérieurs inspirés par les travaux d'E.Bick (1964) et de Serge Lébovici (1997) seraient certainement passionnants. Dans cet héritage, C. Viodé-Bénony (Viodé, 2017) souligne la nécessaire implication corporelle et émotionnelle de l'observateur. L'analyse du « contre-transfert corporel » (Bénony-Viodé, 2007) pourrait être un élément très intéressant de la recherche mais aussi un axe fondamental d'une prise en charge auprès de la triade incluant le bébé avant l'accès au langage, la sensorialité du bébé étant alors le mode de communication privilégié.

L'observation du bébé, l'observation de l'enfant, et l'observation de tout sujet finalement ne peut se faire sans la prise en compte de son contre-transfert corporel (Bénony-Viodé, 2007), bien sûr autrement mobilisé avec des sujets qui n'ont pas encore accès au langage ou qui se trouvent en difficulté de symbolisation. (Viodé, 2017)

Nous regrettons aussi de n'avoir pas pu explorer la singularité des couples homosexuels, hommes ou femmes, ainsi que les couples qui ont recours à la gestation pour autrui (GPA) qui relèvent aussi un important challenge dans leur parentalité. Nous renvoyons le lecteur au travail de Laura Chamouard sur le sujet de la parentalité des couples de femmes après un don de spermatozoïdes (Chamouard, 2018)

Une autre limite importante est celle de n'avoir pas pu prendre en compte la complexité inter- et transgénérationnelle qu'implique l'infertilité et le recours au don. Comme nous avons pu l'entrevoir au cours de ce travail de recherche, les résonances avec l'histoire familiale et l'histoire de filiation de chacun des membres sont pourtant centrales. Nous avons choisi de nous

centrer sur la triade et sur le coparentage, nous ouvrant ainsi à la richesse de l'exploration des sous-systèmes conjugal, parental, coparental, et avons conscience de n'avoir eu accès qu'à une des nombreuses facettes qui modèlent la famille.

Tout travail auprès du bébé et de sa famille nécessitent comme le souligne D. Mellier une perspective plurifocale (Mellier & Nezelof, 2014). Des recherches sur la grand-parentalité des enfants issus du don, puis sur la fratrie nous semblent, à ce titre, incontournables afin de percevoir l'impact familial du don de manière plus globale.

« La recherche avec le bébé se doit d'intégrer la complexité des réseaux intersubjectifs qui le portent et le constitue » (Missonnier, 2012 cité par ibid.)

Chapitre 10 :

Conclusion

« Puisque ce sont des enfants, parle-leur de batailles et de rois, de chevaux, de diables, d'éléphants et d'anges, mais n'omets pas de leur parler d'amour et de choses semblables. » (Énard, 2013)

L'ensemble des réaménagements psychiques résultant de l'accès à la parentalité provoque une crise inéluctable à laquelle s'ajoutent, concernant les couples après une IAD, des enjeux identitaires, fantasmatiques et conjugaux consécutifs au don. Cette recherche nous amène à constater que les couples qui vivent une IAD font face, composent et se réorganisent en fonction de la manière dont leur histoire singulière fait écho avec l'infertilité. L'infertilité vient, comme un traumatisme, tisser sa toile sur les traumatismes antérieurs de chaque individualité. Les couples infertiles s'adaptent à l'infertilité puis au don, en fonction des résonances avec leurs propres histoires personnelles et familiales. Les familles ayant conçu leur enfant par IAD témoignent principalement d'un coparentage « cohésif » marqué par l'harmonie et la chaleur conjugale ainsi qu'une alliance familiale majoritairement coopérative. Pour la majorité des couples, le don n'a pas d'impact négatif sur la parentalité. Au contraire, il favorise une parentalité chaleureuse et investie. En revanche, le couple conjugal peut se trouver fragilisé.

Le coparentage, facilitateur du discours sur la conception

Au regard des résultats de cette recherche, nous pouvons dire que le coparentage « cohésif » favorise chez les couples un positionnement commun, ou de compromis vis-à-vis de l'information à l'enfant. A l'inverse, les couples qui ont manifesté un coparentage « non-

cohésif » témoignent d'une impasse dans la communication tant au sein du couple qu'en ce qui concerne l'information faite à l'enfant. L'harmonie et la coopération coparentale s'observent plus volontiers chez des familles plus ouvertes à l'information à l'enfant alors que les couples qui témoignent d'un manque de soutien émotionnel sont en plus grande difficulté. De ce fait, un coparentage de bonne qualité apparaît être un facilitateur à l'accès à un positionnement commun quant à l'information à l'enfant. **Le coparentage est un outil précieux dans l'exploration des capacités d'ouverture et de communication des familles.**

Toutefois, les difficultés du couple à accueillir les émotions négatives - quel que soit le profil de coparentage ou d'alliance familiale - apparaissent comme un facteur qui vient freiner l'élaboration des couples concernant la conception. Les craintes du couple, en lien avec un sentiment subjectif de fragilité quant à la filiation, freinent le cheminement vers un discours ouvert sur la conception.

Le coparentage, en permettant d'ancrer le sentiment de filiation dans les expériences positives d'interactions avec l'enfant, marqué par le soutien émotionnel et matériel du partenaire, est **aussi un moyen d'asseoir la filiation affective et renforcer, quand cela est nécessaire, le sentiment subjectif de filiation.** Un accompagnement des couples fragilisés par une IAD, se centrant sur le coparentage, pourrait être proposé.

La fragilisation du couple après une IAD

Le fait d'opérer une distinction entre le sous-système conjugal et le sous-système parental permet d'observer la dynamique du couple sous un angle nouveau, offrant une nouvelle lecture aux précédents résultats témoignant de la solidité du couple. Si le couple parental apparaît très soudé, le couple conjugal est néanmoins impacté par l'expérience de l'IAD.

Les résultats de notre recherche mettent en évidence que tous les remaniements psychiques qu'impliquent la conception par don et la rupture avec la filiation biologique provoquent une mise en tension conjugale. Le couple est amené à se défendre contre tous les éléments qui viennent bousculer son équilibre, comme l'existence d'un donneur, la vulnérabilité en lien avec l'infertilité, l'étrangeté de l'enfant issu d'un don. La dynamique homéostatique du couple après une IAD est celle de tout système familial qui cherche finalement à maintenir un équilibre face à la crise pour ne pas rompre les liens.

Après une IAD, les couples disent en général « que tout va bien », car *il essentiel pour eux que tout aille bien*. Soulever les difficultés du couple, laisser la place aux émotions négatives, serait risquer de tout faire basculer. Le couple, effectivement solidaire, va mener un combat actif contre tous les mouvements susceptibles de venir le désorganiser. Le discours latent, ainsi que l'observation de l'alliance familiale au LTP révèlent combien l'IAD a pu les bouleverser. Ceci pourrait expliquer pourquoi les couples ne retournent pas aux CECOS, alors qu'un suivi psychologique leur a été proposé dès la conception. Pourtant, tous les couples rencontrés ont évoqué leur souhait d'être accompagnés concernant la problématique de l'information à l'enfant sur sa conception.

Dans un premier temps, cette recherche a permis d'observer par quels mécanismes le couple se voyait renforcé par l'IAD. Ce qui soude le couple est paradoxalement ce qui le fragilise. Pour la majorité des couples rencontrés dans le cadre de cette recherche, la différence entre l'un et l'autre des membres du couple est écartée pour une mobilisation narcissique du lien conjugal : le couple devient « infertile ensemble », ce qui permet de tenir à distance les mouvements d'agressivité et de culpabilité liés à l'infertilité. Le couple se soude autour d'un « pacte dénégatif », ce qui va permettre d'évacuer la figure du donneur, rival évocateur d'une trop grande vulnérabilité. La mise en place de ce pacte dénégatif est au début ce qui renforce le couple, mobilisé par une loyauté très forte l'un envers l'autre.

Mais c'est aussi, dans un 2^{ème} temps, ce qui le rend vulnérable, notamment lorsque le pacte du silence qui était censé en découler est transgressé, lorsque l'un des conjoints s'en ouvre à d'autres. Les couples qui parviennent au contraire à faire exister l'infertilité et le don dans leur discours, et ne partagent pas de pacte dénégatif, nous apparaissent alors plus solides.

A la naissance, la centration du couple sur son identité parentale plutôt que conjugale, la dynamique « d'enfant au centre », la crainte des tiers - entourage proche ou élargi – tout ceci évoque un mouvement de repli et/ou de défense, où le couple se resserre sur lui-même et sur l'enfant. Les tiers, le donneur, les émotions négatives et tout ce qui serait susceptible de fragiliser la famille sont mis à distance dans une tentative d'homéostasie familiale.

On entrevoit la tension conjugale au travers de ce décalage dans l'évolution du pacte dénégatif à la naissance, moment où le père souhaite que rien ne change et la mère aimerait parfois au contraire sortir du silence. Pendant la grossesse, les mécanismes protecteurs du couple que sont

le pacte du silence autour du don et la mobilisation du lien narcissique du couple deviennent opérationnels. Mais le couple conjugal et parental vont être confrontés à la réalité de l'enfant grandissant. Plusieurs facteurs viennent alors mettre en déséquilibre l'homéostasie familiale.

A la naissance de l'enfant, la nouveauté de la triade et tout ce qu'elle génère de redéploiement des attentes et des processus psychiques, est le premier bouleversement du système conjugal. Avec l'enfant apparaît alors le nécessaire travail de désidéalisations du couple et d'accès à l'ambivalence. L'arrivée de l'enfant ouvre, de fait, une brèche dans les mécanismes collusifs du couple et le pacte du silence.

Aux 18 mois de l'enfant, l'expression de la rivalité parentale apparaît alors comme la possibilité d'un conflit qui ne se révélera pas nécessairement destructeur. La rivalité permet que puissent s'exprimer des tensions entre les parents, des mouvements d'agacement l'un envers l'autre mais aussi de ressentir que l'enfant peut « déranger » le couple qui aimerait bien se retrouver « à 2 ». Avec la rivalité parentale, l'ambivalence devient possible. A l'inverse, la dynamique « d'enfant au centre », comme la toute-puissance donnée à l'enfant, fragilisent le couple conjugal même si le couple parental peut s'en trouver renforcé sur le moment.

Le couple conjugal est en tension - du fait du décalage concernant l'information à l'enfant - au profit du couple parental qui, lui, témoigne de ressources manifestes, de chaleur et d'une attention décuplée vis-à-vis de l'enfant, ainsi que dans le soutien affectif et matériel du conjoint. Les couples de parents, suite à une IAD, valorisent la parentalité et le conjoint dans sa fonction parentale. Or c'est certainement grâce à l'expression manifeste d'un coparentage harmonieux que le couple parental témoigne d'une telle solidarité autour de l'enfant. Le coparentage, plus qu'une mesure de conflit conjugal, est un bon indicateur du développement psycho-affectif de l'enfant.

La qualité des relations coparentales que nous avons observée est de nature à expliquer le développement positif des enfants issus de l'IAD et ce, même si le couple conjugal traverse des tensions consécutives aux réaménagements inconscients que suscitent le don et l'infertilité.

Accueillir les émotions négatives et l'accès à l'ambivalence

Cela étant dit, la difficulté des couples à accueillir les émotions négatives autour de l'enfant nous paraît un élément central du travail psychique après une IAD. Le couple est

confronté à la nécessité d'accéder à l'ambivalence sans que celle-ci soit destructrice pour la famille.

Bernard Golse (Bernard Golse, 2019) précise que le concept « d'ambivalence » renvoie à cette possible alternance entre l'amour et la haine, mais aussi à une coexistence de ces sentiments qui peut parfois être difficile à vivre. Pourtant :

Vouloir dénier la part d'agressivité qui se mêle toujours à nos relations d'amour, reviendrait en fait à dire que l'on est responsable de son inconscient, ce qui est évidemment faux, mais la reconnaître ne veut pas dire pour autant qu'on n'ait pas à l'élaborer et à la canaliser de manière structurante. (ibid.)

Aucun parent ne saurait être idéal, ni parfait, et ce ne serait d'ailleurs pas souhaitable pour l'enfant. Bernard Golse nous met en garde, à juste titre, contre les mandats intergénérationnels parfois transmis aux enfants condamnés à nous plaire, nous dépasser, nous réparer : « *une mission impossible pour les enfants qui ne peuvent qu'échouer à y répondre, et qui échoue à plaire finit inévitablement par se déplaire à soi-même.* » (Ibid.)

Une place acceptable aux fantasmes concernant le donneur

La place que le couple va faire au donneur apparaît au centre du travail psychique familial. Avec l'arrivée de l'enfant réel, les fantasmes concernant le donneur peuvent alors émerger chez le couple au travers du jeu des ressemblances. L'enjeu pour les couples est donc de pouvoir donner « une place acceptable » au donneur. Comme le souligne B. Golse (Communication personnelle, septembre 2019), la représentation de tout objet peut être diffractée en représentation de la place de l'objet, en représentation des liens avec l'objet et en représentation de l'objet lui-même. En cas de don de gamètes, le couple receveur n'a pas de liens avec le donneur et n'a pas de représentation du donneur lui-même. Seule existe pour eux, la représentation de la place du donneur. Ce qui compte donc, avant le contenu de la représentation du donneur, c'est la place que le couple lui donne, c'est-à-dire le contenant de la représentation dans l'économie psychique des parents. C'est finalement la représentation du contenant avant le contenu qui est importante car le travail psychique nécessaire pour donner une place à l'objet peut venir réactiver une expérience archaïque douloureuse dans la représentation de l'objet.

La levée de l'anonymat votée par l'Assemblée Nationale en 2019, si elle est entérinée par le Sénat dans le cadre de la révision des lois de bioéthique, interroge ces 3 niveaux de la représentation de donneur. L'accès à la représentation du donneur va-t-elle influencer la place que le couple lui donne ? L'accès à une représentation du donneur va-elle favoriser l'information à l'enfant ? On peut se figurer que pour certains couples la représentation du donneur peut être facilitatrice alors que d'autres vont préférer le silence.

Le législateur, en maintenant l'anonymat, pensait autoriser une forme de déplacement de la dette vis-à-vis de la personne du donneur, sur l'espace social, pourvoyeur anonyme de gamètes. La générosité d'un système de solidarité sociale, allégeait la dette individuelle et inscrivait ainsi la parenté en France, avant tout dans un système social, bien plus que biologique. Nos résultats révèlent cependant que le donneur existe dans l'espace psychique des parents, et ce malgré l'anonymat.

N'est-ce pas alors grâce à la reconnaissance de la place du donneur, ni trop importante, ni insignifiante, que les parents pourront se dégager de la dette symbolique qu'ils ont contractée à son égard ?

Pourquoi la levée de l'anonymat et le fait de vouloir accéder à leurs « origines » pour les enfants, définirait-elle l'origine comme nécessairement biologique ? A l'instar des travaux philosophiques et juridiques de L. Lange, E. Lemoine et S. Letiéviant, il est peu probable que « *la connaissance de l'identité du donneur pourrait fournir à l'enfant une stabilité lui permettant de se constituer comme sujet.* » (Lange et al., 2013). Pour autant, le fait de savoir un nom, des caractéristiques physiques ou un statut socio-professionnel pourrait participer à : « *« un quelque chose » dans l'existence de l'enfant, d'un « je ne sais quoi » dont l'enfant a besoin sans forcément savoir expliquer ce désir.* » (ibid.)

La levée de l'anonymat ne change rien à l'histoire de l'enfant qui commence avec le désir d'enfant du couple, et non pas avec le donneur. L'origine des enfants issus du don, s'ancre dans le deuil de la fertilité du père, dans l'acceptation de la mère d'être enceinte d'un étranger et de leur désir puissant d'avoir un enfant. Toutefois, la levée de l'anonymat permettra probablement, pour les enfants qui le demandent : « *moins de créer une relation directe avec le donneur que de connaître le vrai¹¹ d'une partie de leur histoire en rendant possible la relation.* » (ibid.)

¹¹ Souligné par les auteurs.

La levée de l'anonymat du donneur, ne nous apparaît pas être le vrai défi qu'ont à relever les familles ayant bénéficié d'un don. La place que le couple va faire au donneur dans son économie psychique et la possibilité d'une représentation d'une filiation positive et fondatrice nous apparaissent fondamentales. Qu'importe la réalité du donneur, pourvu que le couple puisse transmettre à leur enfant leur héritage fantasmatique conjoint.

Le donneur n'est pas un « père biologique » et n'a aucune place de « père » dans le système familial. Cette symbolique de la paternité serait bien trop entravante au lien de filiation et n'est recherchée ni par le donneur, ni par les parents, ni même par les enfants lorsqu'ils recherchent leur donneur.

En revanche, le donneur ne peut être réduit à un détail de la filiation, ou une simple « gamète ». Notre étude révèle que le donneur existe bien dans l'espace fantasmatique des parents et qu'il est beaucoup plus qu'un détail. C'est la raison pour laquelle le travail psychique des familles après une IAD résultera de cet espace « acceptable » que celles-ci vont faire au donneur. C'est dans cet espace fantasmatique que le donneur va acquérir une place qui permettra la coexistence de représentation de transmissions fantasmatiques du père et du donneur. Ces fantasmes peuvent alors permettre des transmissions positives et favorables au développement de l'enfant. A vouloir trop éloigner le donneur, la crainte subsiste qu'il revienne avec fracas dans l'espace psychique familial, bouleversant tout l'équilibre nouvellement bâti.

Quant au discours fait à l'enfant concernant sa conception, il paraît essentiel que cette transmission laisse une place au fantasme, au rêve et à l'appropriation du donneur tant par le couple que par l'enfant. Les couples frappés par l'infertilité déploient en défense une forme de « parentalité volontaire » (Beauquier-Maccotta B., 2018), marquée par la nécessité de maintenir conscient et actif leur désir d'enfant et où toute ambivalence devient menaçante. La sur-intellectualisation, voire la sur-représentation qu'implique la conception par don laisse effectivement peu de place à la rêverie. Pourtant la rêverie et les fantasmes autour de la filiation existent bien lorsque la filiation biologique est connue, alors pourquoi l'inconnu du don devrait-il paradoxalement aboutir à un renforcement du réel ? Aider les couples à fantasmer une filiation positive et solide qui puisse inclure le donneur comme un acteur au sein de la transmission, sans pour autant prendre une place de père, nous apparaît fondamental.

Comment en parler à l'enfant plus tard alors que le discours sur la conception serait susceptible de mettre en danger tout l'équilibre familial ?

Il résulte de notre recherche que le couple bénéficie, dans les premiers mois du bébé de ce « pacte dénégatif », comme d'un mouvement nécessaire pour renforcer le couple fragilisé mais aussi comme d'un mouvement nécessaire pour s'affilier à l'enfant.

Ainsi la révélation du secret auprès de l'enfant pourrait représenter pour les parents non seulement une crainte que le lien à l'enfant puisse être fragilisé mais aussi un risque de venir attaquer le lien conjugal, alors renforcé par ce secret partagé.

La prise en charge psychologique de ces couples se doit de respecter cette temporalité.

Pourquoi le dire à l'enfant, alors que le silence peut avoir une dimension protectrice du couple conjugal et de l'homéostasie familiale ?

Il nous semble opportun de réfléchir aux résistances à la narrativité, à l'intérieur du couple conjugal, qui résonnent avec les résistances du couple parental et ce qui est transmissible à l'enfant.

Parfois, il est essentiel de pouvoir **entendre les résistances des couples à « ne pas dire » qui peuvent aussi prendre la valeur indispensable de respect de la vie psychique** (Lévy-Soussan, 2006b).

P. Lévy-Soussan nous met en garde contre l'équation « *absence de parole = pathologie ; parole = santé.* » (Lévy-Soussan, 2006a) p. 79). Il nous prémunit contre la « la parole médicament », détachée de tout contexte thérapeutique, comme s'il suffisait de parler pour que le corps s'apaise. Ceci reviendrait en effet à une sacralisation de la parole, à la rendre toute puissante en négligeant « *la dimension inconsciente et conflictuelle de tout psychisme humain, celui du locuteur comme celui de l'auditeur.* » (ibid.). Nous avons effectivement tendance à donner à la parole une vertu libératrice, thérapeutique alors que, ce n'est pas uniquement la parole mais la mise en sens, la mise en récit, l'élaboration qui en découle ainsi que la mise en émotions reconnues et partagées, qui deviennent thérapeutiques (surtout lorsque le sujet devient acteur de son histoire dans une attente pacifiée vis-à-vis de son entourage familial).

Il s'agit donc de se prémunir contre cette « culpabilisation du silence » (ibid.) alors que celui-ci, protecteur du psychisme et défenseur de l'intimité, a tout son sens dans l'organisation

identitaire de l'individu. Le secret ce n'est pas le déni, ni l'oubli. La vivacité du secret organisateur de la pensée se doit de faire la place à ce que P. Lévy-Soussan désigne comme « *un colloque singulier avec soi-même* » ; « *Cela suppose une écoute particulière de son vécu intérieur, une disponibilité psychique permettant de ne pas faire « comme si rien ne s'était passé.* » (Ibid. p. 112)

Le secret relève donc du conflit psychique qui, s'il est élaboré et résolu, est susceptible d'enrichir la personne. En revanche, si le secret dépasse les capacités symboliques de la personne, que l'individu ne parvient pas à lui donner un sens dans l'histoire de sa vie, il peut alors faire le lit d'un potentiel traumatisme (Abraham & Torok, 1978).

Citons Pierra Aulagnier, pour qui pouvoir d'abord se sentir libre de ne rien dire est une condition essentielle pour pouvoir penser :

[...] Se préserver le droit et la possibilité de créer ses pensées, et plus simplement de penser, exige que l'on s'arroge celui de choisir les pensées que l'on communique et celles que l'on garde secrètes : c'est la condition vitale pour le fonctionnement du Je. »
(Aulagnier, 1976)

Il faudrait donc pouvoir être attentif à la forme que prend le silence du couple : est-il protecteur ou le signe d'un interdit de penser ? Le silence est-il le témoin d'une intériorité vivante à préserver ou celui de craintes et d'une difficile élaboration ?

L'accompagnement de la filiation narrative

Toutefois, ce n'est pas si simple. Tous les couples rencontrés souffrent et s'interrogent sur le bien-fondé de leur décision d'informer l'enfant ou non de sa conception. Ils partagent des craintes majeures de perte, de séparation ou de rupture familiale. Ces craintes font écho à une peur inconsciente d'une répétition du traumatisme qu'ils ont subi eux-mêmes dans l'expérience de leur infertilité. Comme nous l'avons vu, ces craintes peuvent être aussi alimentées par des fantasmes de filiation fragile.

Cependant, la plupart des couples disent vouloir informer l'enfant de sa conception. Le besoin de « révéler » ce qui a été vécu coexiste avec le désir de maintenir le secret malgré tout.

(Quijano et al., 2008). S. Golombok (2015) a constaté que les couples témoignent d'un regret après la naissance, d'avoir parlé à des tiers du mode de conception de l'enfant mais aucun ne regrette d'avoir informé l'enfant de sa conception lorsqu'il l'a fait. Christelle Viodé-Bénony (Bénony, 2008) souligne la fonction du récit comme élément salvateur face à la souffrance, à l'instar des enfants touchés par un handicap majeur, pour lesquels elle observe que la fonction narrative et l'investissement précoce du langage peuvent s'apparenter à un mécanisme de défense précoce.

Il convient donc d'accompagner les parents à transmettre éventuellement l'histoire de la filiation par don, s'ils le souhaitent, en favorisant un travail d'accompagnement à la filiation narrative (B. Golse & Moro, 2017).

La filiation narrative souligne l'importance de la transmission aux enfants du désir des deux parents, qui ancre l'origine de leur conception. L'histoire de l'enfant, le parcours des parents pour l'avoir, ce qui a préexisté à sa naissance et son attente, sont des axes fondamentaux et fondateurs de la filiation de l'enfant. La narrativité conjugale permet d'ancrer la narrativité parentale et la narrativité parentale permet, elle, d'ancrer le bébé.

La filiation narrative prend sa source dans les travaux de Paul Ricœur sur la notion d'identité narrative (Ricœur, 1990). C'est en construisant le récit de l'histoire de son propre-personnage, que l'individu construit son identité, et affirme la cohérence de sa destinée.

A ce propos, il est intéressant de constater que les couples s'interrogent aussi sur « le comment dire à l'enfant » ? Avec quels mots ? De quelle manière ? Conscients que la parole recouvre toute une richesse sémantique et symbolique complexe et que l'enjeu derrière les mots est considérable, tous les couples ont unanimement formulé le souhait d'être accompagnés.

En effet, un accompagnement à la filiation narrative permettrait au couple de faire une « place acceptable » au donneur, en l'inscrivant dans une filiation fantasmatique positive, rendant possible une transmission dégagée du traumatisme de l'infertilité.

L'accompagnement des parents pourrait aussi consister à ce qu'ils s'autorisent un silence qui ne soit pas un secret, sans craintes, ni culpabilité. « *Le problème est donc moins de révéler les modalités de la conception médicale de l'enfant que d'assumer, sans honte ni culpabilité, une position historicisante vis-à-vis de l'enfant. Préserver son intimité vis à-vis de l'enfant peut en faire partie.* » (Lévy-Soussan, 2006a, p.102)

Si l'on encourage les couples à avoir un discours sur la conception auprès de leur enfant, un accompagnement de ces couples à la parole, à la symbolisation, à un positionnement clair, serein et assumé de leur parcours de désir et d'amour de cet enfant, apparaît primordial.

Pour autant, dire ou ne pas dire, doit rester un choix personnel du couple à respecter dans sa temporalité et à accompagner, dans ses défenses comme dans son évolution.

Pour accompagner les couples à la narrativité faut-il distinguer les espaces de parole ?

La distinction qu'André Carel (2004) propose des 3 espaces de parole résonne tout particulièrement avec les questions auxquelles sont confrontés les couples vis-à-vis du discours sur la conception à leur enfant. Il distingue l'espace intime (qualifié par la valeur du secret), l'espace public (qualifié par la valeur de la transparence) et l'espace privé (intermédiaire entre les deux précédents, qualifié par la valeur de la discrétion).

L'espace intime suppose des limites, fluctuantes qui représentent une forme d'enveloppe psychique qui entoure le « moi-corps » inaccessible au regard de l'autre sans la permission du soi.

L'espace public, qualifié par la valeur de la transparence est l'espace du socius, des règles, des conventions et des lois qui régulent le vivre ensemble. « *Dans la famille, tout ce qui concerne la naissance et la mort, l'alliance et la filiation, la nomination et l'héritage, etc., est, de droit, transparent. Chacun a le droit de savoir et le droit de dire* » (Ibid.).

Il apparaît que la frontière entre les deux espaces, intimes et publics s'avère souvent être en conflit car la question de la frontière, de la limite entre ces espaces peut être un enjeu.

Quant à l'espace privé (qualifié par sa valeur de discrétion), il apparaît comme un espace médiateur entre les deux autres et s'apparenterait à un espace faisant appel à des notions de pudeur et du discernement. Il s'agit d'un espace de rencontre et de co-construction. Dans l'espace privé, le sujet ou le couple ouvre son espace intime à l'autre, pas en éléments bruts : « *mais sous des formes qui ont fonction d'indice et qui attestent que le matériau psychique relatif à l'intime a bénéficié d'une transformation.* » (Ibid.) Ainsi, l'espace privé permet l'ouverture et l'échange d'éléments qui ont d'abord été « traités » et élaborés par le psychisme. Cette distinction apparaît fondamentale dans l'accompagnement à la narrativité des couples. Avant que le couple puisse ouvrir son espace intime, il est essentiel qu'il puisse préalablement

se l'approprier et le transformer. A défaut, le risque serait de répéter une forme de parole traumatique, ayant la même valeur que le silence, et venant aussi faire effraction.

Tout l'enjeu du discours sur la conception est bien là : pouvoir être à la fois dans un positionnement ouvert vis-à-vis de l'enfant, tout en préservant ce qui est de l'ordre de l'intimité familiale.

L'enjeu de la filiation suite à une IAD se joue dans l'absolue nécessité d'inscrire l'enfant dans le transgénérationnel familial de manière positive et inébranlable et de pouvoir lui transmettre un héritage fantasmatique dégagé des angoisses de perte et de rupture de la filiation. Il s'agit donc d'abord pour les parents, d'être à même de se reconnaître à travers lui et de pouvoir transmettre une part de soi. Les couples porteurs d'histoires de filiation douloureuses, sont plus grandement fragilisés, la rupture de la filiation biologique faisant écho à leur propre histoire. Cet ancrage dans la filiation ne peut se faire qu'avec la coexistence d'une transmission fantasmatique positive du donneur et d'une transmission fantasmatique et affective active du père. La possibilité pour le couple de conférer une « place acceptable » au donneur dans les fantasmes de transmission à l'enfant apparaît alors centrale.

La solidité de la transmission fantasmatique du père s'opère quant à elle grâce au coparentage. L'engagement du père dans les interactions précoces avec l'enfant, associé au soutien émotionnel de la mère, vont avoir une influence positive sur la solidité du sentiment de filiation narcissique et affective du père, lui permettant de construire ce « sentiment subjectif d'être le vrai père. » Le bon fonctionnement du couple coparental favoriserait ainsi une transmission fantasmatique équilibrée entre les parents, permettant de dégager la mère d'une culpabilité ou d'angoisses de transmissions de sa filiation biologique. Ces 3 transmissions possibles - celle du père, de la mère et du donneur- dont l'enfant est porteur, peuvent coexister sans compétition les unes avec les autres, et offrent l'opportunité de déployer une filiation « en plus », plutôt « qu'en moins ».

Bibliographie

- Abidin, R.R. (1990) Parenting Stress Index-Short Form : Test manuel. Charlottesville, VA.: Pediatric Psychology Press. Validation française: (Touchèque, Etienne, Stassart, & Catale, 2016)
- Abidin, R. R., Bruner, J.F. (1995) Development of a Parenting Alliance Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40. (Trad. Française et validation : Nicolas Favez et France Frascarolo, CEF, DP-CHUV, Université de Lausanne)
- Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L'Écorce et le noyau*. Paris: Flammarion (1987).
- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. M. C., & Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 89-95. doi.org/10.1007/s00737-005-0077-9
- Almeida, A., Müller Nix, C., Germond, M., & Ansermet, F. (2002). Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée : Autologue. *La psychiatrie de l'enfant*, 45(1), 45-75. doi.org/10.3917/psy.451.0045
- Ammaniti, M. (1999). *Maternité et grossesse : Étude des représentations maternelles*. Paris: PUF.
- Ancelin Schützenberger, A. (1993). « Aïë, mes aïeux ! » : *Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire et pratique du géosociogramme*. Paris: la Méridienne.
- Ansermet, F. (2014). Y a -t-il une science du sujet ? In N. Presme, *Recherches en périnatalité*. p. 47-62. Paris: PUF.

- Antoine, P., Christophe, V., & Nandrino, J.-L. (2008). Échelle d'ajustement dyadique : Intérêts cliniques d'une révision et validation d'une version abrégée. *L'Encéphale*, 34(1), 38-46. doi.org/10.1016/j.encep.2006.12.005
- Araya, R., Rouzier, J., Perrin, J., Carez, S., Saias-Magnan, J., Noizet, A., ... Metzler-Guillemain, C. (2011). Les couples qui procréent par don de sperme en informent-ils leurs enfants ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 40(6), 503-507. doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.05.004
- Aulagnier, P. (1976). Le droit au secret : Condition pour pouvoir penser. *Nouvelle revue de psychanalyse*, (14), 141-157. doi.org/10.3917/puf.forma.2009.01.0015
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles : Temps, chaos, processus*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Beauquier-Maccotta, B. (2010), « Les enfants de l'assistance médicale à la procréation », in *Journal de pédiatrie et de puériculture*, (23), 204-211.
- Beauquier-Maccotta, B. (2012). *La conception par don d'embryon : Représentations de l'embryon et émergence de la parentalité triadique*. Thèse d'exercice. Université Diderot, Paris 7.
- Beauquier-Maccotta B. (2018). Don et accueil d'embryon. *Spirale*, (84), 67-76. doi.org/10.3917/spi.084.0067
- Bénony, C. (2008). De l'entrave corporelle à l'urgence de la mise en récit. In *La vie de l'enfant. Récit, attachement et psychanalyse*, 153-160. doi.org/10.3917/eres.misso.2008.01.0153
- Bénony-Viodé, C. (2007). Clinique du contre-transfert dans l'observation d'un nourrisson atteint d'une affection neuropédiatrique grave. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 50(1), 5-27.

- Berger, R., & Paul, M. (2008). Family Secrets and Family Functioning : The Case of Donor Assistance. *Family Process*, 47(4), 553-566. doi.org/10.1111/j.1545-5300.2008.00271.x
- Bion, W. R. (1959). Attaques contre les liens. *Nouvelle revue de psychanalyse*, (25), 285-298.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. (1973) *Invisible loyalties*, N.Y., Harper and Row.
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. *Family therapy: Theory and practice*, 4, 2–90.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment I*. London: Hogarth Press.
- Brès, V., & Théry, I. (2019). *Je suis l'une d'entre elles : La première génération de personnes conçues par PMA avec don témoin*. Paris: l'Harmattan.
- Brewaeys, A. (1996). Donor insemination, the impact on family and child development. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 17(1), 1-13.
- Brewaeys, A. (2001). Review : Parent-child relationships and child development in donor insemination families. *Human Reproduction Update*, 7(1), 38-46.
- Brodzinsky, D., & Palacios, J. (2005). *Psychological issues in adoption : Research and practice*. Westport, Conn.: Praeger Publishers.
- Brusset, B. (2006). Métapsychologie des liens et troisième topique. *Revue française de psychanalyse*, 70(5), 1213-1282. doi.org/10.3917/rfp.705.1213
- Bujan, L., Le Lannou, D., & Kunstmann, J.-M. (2012). Anonymat du don de gamètes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 40, 8–15.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: PUF.
- Bydlowski, M. (2008). *Les Enfants du désir*. Paris: Odile Jacob.
- Bydlowski, S. (2017). Impact de l'assistance à la procréation sur la construction du lien parents-enfant. *Spirale*, N° 84(4), 55-66.

- Canneaux, M., Chabert, C., & Golse, B. (2011). *Le devenir mère des femmes infertiles ayant bénéficié d'un don d'ovocytes*. (Thèse de Doctorat non publiée) Paris Descartes.
- Canneaux, M., Chabert, C., Golse, B., Wolf, J.-P., & Beauquier-Maccotta, B. (2013). Comment devient-on mère grâce à un don d'ovocytes ? *La psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 67-96. doi.org/10.3917/psy.561.0067
- Canneaux, M., Kobilinsky, N., Wolf, J.-P., Golse, B., & Beauquier-Maccotta, B. (2016). Information, transmission, secret : Quel discours pour les enfants nés par don de gamètes ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 44(7-8), 410-416. doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.05.002
- Carel, A. (2004). L'intime, le privé et le public. Le secret, la discrétion et la transparence. *L'enfant, la parole et le soin*, 87-94. doi.org/10.3917/eres.grabe.2004.01.0087
- Castarède, M.-F. (1983). L'entretien clinique à visée de recherche. In *L'entretien clinique*, 139-172. PUF (20131).
- Cauvin, P. (2007). Dynamique de la consultation de psychologie clinique dans le cadre de l'aide médicale à la procréation avec don de gamètes. *Cliniques méditerranéennes*, (2) 76, 135-156. doi.org/10.3917/cm.076.0135
- Chamouard, L. (2018). *Le devenir parents des couples lesbiens : Approche clinique et projective des remaniements psychiques*. (Thèse de doctorat non publiée) Paris 13, Nanterre.
- Chevret-Méasson, M. (2007). Le vécu de l'homme infertile. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 36, 89-91.
- Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris: PUF.
- Masle, C. & Bourdelet, A. (2018). Assistance médicale à la procréation et groupes de parole. *Spirale*, (4), 87. doi.org/10.3917/spi.084.0087

- Ciccone, A. (2012). *La transmission psychique inconsciente*. Paris: Dunod.
doi.org/10.3917/dunod.cicco.2012.02
- Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, É. (2001). Du couple à la famille : L'alliance parentale prénatale annonce-t-elle le devenir de la famille ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (2), 17–34.
- Corboz-Warnery, A., Fivaz-Depeursinge, E., Gertsch Bettens, C., & Favez, N. (1993). Systemic Analysis of Father-Mother-Baby Interactions : The Lausanne Triadic Play. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 298-316.
- Darwiche, J., Favez, N., Guex, P., Germond, M., & Jean-Nicolas Despland. (2013). Alliance familiale entre père, mère et leur bébé conçu par fécondation in vitro. In *Naître et grandir au sein de la triade*, 285-302, Bruxelles: De Boeck Supérieur,
- David, D., Soulé, M., & Noël, J. (1985). Les procréations médicalement assistées. In *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF.
- Delaisi de Parseval, G. (1981). *La Part du père*. Paris: Le Seuil.
- Delaisi de Parseval, G. (1983). *L'enfant à tout prix : Essai sur la médicalisation du lien de filiation*. Paris: Seuil.
- Delaisi de Parseval, G. (1998). L'enfant qui ne peut pas venir : Intérêt de l'abord systémique de la stérilité de couple. *Dialogue*, (100), 128-137.
- Delaisi de Parseval, G. (2008). *Famille à tout prix*. Paris: Seuil.
- Dicks, H. V. (1967). *Marital tensions. Clinical studies towards a psychological theory of interaction* (Karnac Books). London.
- Dollander, M. (2009). Que sait-on de l'infertilité psychogène masculine ? *Bulletin de psychologie*, Numéro 503(5), 467-477. doi.org/10.3917/bupsy.503.0467

- Doumergue, M., & Kalampalikis, N. (2014). Le donneur dans les récits de conception : Pratiques narratives de parents ayant recours au don de sperme. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 42(9), 630-632. doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.07.022
- Eiguer, A. (1998). *Clinique psychanalytique du couple*. Paris: Dunod.
- Eiguer, A. (2007). *La famille comme groupe et l'au-delà de la groupalité Parenté ou parentalité ?* ERES.
- Énard, M. (2013). *Parle-leur de batailles, de rois et d'éléphants : Roman* (1. édition). Arles: Actes Sud.
- Epelboin, S. (2010). Paternité entravée... : La place du « père » en procréation assistée. In *Désirs de pères* (p. 67-80). Paris: ERES.
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient : Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris: PUF.
- Favez, N. (2013). La transition à la parentalité et les réaménagements de la relation de couple. *Dialogue*, (1), 73–83. doi.org/10.3917/dia.199.0073
- Favez, N. (2017). *Psychologie de la coparentalité : Concepts, modèles et outils d'évaluation*. Malakoff: Dunod.
- Favez, N., & Frascarolo, F. (2013). Le coparentage : Composants, implications et thérapie. *Devenir*, 25(2), 73-92.
- Favez, N., Frascarolo-Moutinot, F., & Tissot, H. (2013). *Naître et grandir au sein de la triade : Le développement de l'alliance familiale*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Favez, N., Scaiola, C. L., Tissot, H., Darwiche, J., & Frascarolo, F. (2011). The Family Alliance Assessment Scales : Steps Toward Validity and Reliability of an Observational Assessment Tool for Early Family Interactions. *Journal of Child and Family Studies*, 20(1), 23-37. doi.org/10.1007/s10826-010-9374-7

- Ferreira, A. J. (1963). Les mythes familiaux. In P. Watzlawick & J. M. Weakland, *Sur l'interaction* p. 83-90. Paris: Seuil (1981).
- Fivaz-Depeursinge, É. (2003). L'alliance coparentale et le développement affectif de l'enfant dans le triangle primaire. *Thérapie familiale*, 24(3), 267–273.
- Fivaz-Depeursinge, É., & Corboz-Warnery, A. (2001). *Le Triangle primaire : Le père, la mère et le bébé*. O. Jacob.
- Fivaz-Depeursinge, E., Favez, N., Lavanchy, C., De Noni, S., & Frascarolo, F. (2005). Four-month-olds Make Triangular Bids to Father and Mother During Trilogue Play with Still-face. *Social Development*, 14(2), 361-378. doi.org/10.1111/j.1467-9507.2005.00306.x
- Fivaz-Depeursinge, Elisabeth, Bürgin, D., Corboz-Warnery, A., Lebovici, S., Stern, D. N., Byng-Hall, J., & Lamour, M. (1994). The Dynamics of Interfaces : Seven Authors in Search of Encounters Across Levels of Description of an Event Involving a Mother, Father, and Baby. *Infant Mental Health Journal*, 15(1), 69-89. doi.org/10.1002/1097-0355
- Fortier, C. (2018). L'insémination avec donneur. *Spirale*, (4), 49-54. doi.org/10.3917/spi.084.0049
- Fortineau-Guillorit, E., & Baillon, P. (2015). Cas clinique : Réflexions cliniques autour de la mise en place des processus psychiques d'adoption. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63, 392-400. doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.06.004
- Frascarolo, F., Lavanchy Scaiola, C., & Favez, N. (2015). « Gatekeeping » maternel : Réflexion et observation. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), 35-51. doi.org/10.3917/ctf.054.0035
- Frascarolo-Moutinot, F., Darwiche, J., & Favez, N. (2009). Couple conjugal et couple coparental : Quelle articulation lors de la transition à la parentalité ? *Cahiers critiques de*

thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n° 42(1), 207-229.
doi.org/10.3917/ctf.042.0207

Frascarolo, F., Dimitrova, N., Zimmermann, G., Favez, N., Kuerten-Hogan, R., Baker, J. & McHale, J. (2009). Présentation de l'adaptation française de « l'échelle de coparentage » de McHale pour familles avec jeunes enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 221-226.

Frascarolo-Moutinot, F., Suardi, F., Lavanchy Scaiola, C. & Favez, N. (2007). Articulation entre alliance familiale, coparentage et conjugalité. Dans : Geneviève Bergonnier-Dupuy éd., *Couple conjugal, couple parental : vers de nouveaux modèles* (pp. 103-127). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.robin.2007.01.0103.

Freeman, T., & Golombok, S. (2012). Donor insemination : A follow-up study of disclosure decisions, family relationships and child adjustment at adolescence. *Reproductive BioMedicine Online*, 25(2), 193-203. doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.009

Freud, A. (1958). Child observation and prediction of development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 92-124.

Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme* (Berger & J. Laplanche, Trad.). Paris: PUF (1967).

Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté*. Paris: Gallimard, 1952.

Freud, S. (1905). *La Sexualité infantile* ; traduction francophone : Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2011.

Freud, S. (1926). *L'interprétation des rêves*. Paris: PUF.

Godelier, M. (1994). *Métamorphoses de la parenté*. Paris: Flammarion (2004).

Goëb, J.-L., Férel, S., Guetta, J., Dutilh, P., Dulioust, E., Guibert, J., ... Golse, B. (2006). Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. *Annales Médico-*

psychologiques, revue psychiatrique, 164(9), 781-788.

doi.org/10.1016/j.amp.2006.08.013

Golombok, S. (2002). [Review of *The European study of assisted reproduction families : The transition to adolescence*, par A. Brewaeys, M. T. Giavazzi, D. Guerra, F. MacCallum, & J. Rust]. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 17(3), 830-840.

Golombok, S. (2015). *Modern families : Parents and children in new family forms*. New York: Cambridge University Press.

Golombok, S., Brewaeys, A., Giavazzi, M. T., Guerra, D., Mantovani, A., van Hall, E., ... Dexeus, S. (1996). The European study of assisted reproduction families : Family functioning and child development. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 11(10), 2324-2331.

Golombok, S., & MacCallum, F. (2003). Practitioner Review : Outcomes for parents and children following non-traditional conception: what do clinicians need to know? *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 44(3), 303-315.

Golombok, Susan, Blake, L., Casey, P., Roman, G., & Jadva, V. (2013). Children born through reproductive donation : A longitudinal study of psychological adjustment: Children born through reproductive donation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 653-660. doi.org/10.1111/jcpp.12015

Golombok, Susan, Ilioi, E., Blake, L., Roman, G., & Jadva, V. (2017). A longitudinal study of families formed through reproductive donation : Parent-adolescent relationships and adolescent adjustment at age 14. *Developmental Psychology*, 53(10), 1966-1977. doi.org/10.1037/dev0000372

Golse, B. (2011). À propos de l'adoption internationale : La double étrangeté de l'enfant venu d'ailleurs. *Archives de Pédiatrie*, 18(6), 723-726. doi.org/10.1016/j.arcped.2011.02.004

- Golse, B., & Moro, M.-R. (2017). Le concept de filiation narrative : Un quatrième axe de la filiation. *La psychiatrie de l'enfant*, (1), 3. doi.org/10.3917/psyse.601.0003
- Golse, B. (1998). L'intersubjectivité. *Le Carnet PSY*, (41), 30-31.
- Golse, B. (2019, 22/11). *Et le négatif dans tout ça?* Présenté à Texte rédigé pour les 10èmes Journée Spirale (« La grande aventure de Monsieur bébé ») coordonnées par P. Ben Soussan et M.-F. Dubois-Sacrispeyre et consacrées à la « parentalité positive », Toulouse.
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress : A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87-94. doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.023
- Guéguen, C. (2017). *Métamorphoses conjugales et périnatales. L'arrivée d'un premier enfant au sein du couple.*(Thèse de doctorat non publiée), Paris Descartes.
- Guyotat, J. (1981). *Filiation et puerpéralité, logiques du lien : Entre psychanalyse et biomédecine* (1995^e éd.). Paris: PUF.
- Guyotat, J. (1994). Paternité. Figures du père et lien de filiation. *Andrologie*, 4(4), 445-450.
- Houzel, D. (1995). *Les enjeux de la parentalité*. Paris: Erès.
- Huerre, P., & Pelloux, A.-S. (2011). Filiation et parentalité dans l'insémination avec donneur, interview de J.M. Kunstmann. *Enfances & Psy*, (1), 93–107.
- Husserl, E. (1931). *Méditations cartésiennes : Introduction à la phénoménologie* (G. Peiffer, E. Levinas, & H. Piéron, Trad.). Librairie Armand Colin.
- Imber-Black, E. (1998). *The secret life of families : Truth-telling, privacy, and reconciliation in a tell-all society*. New York: Bantam Books.
- Jadva, V., Freeman, T., Kramer, W., & Golombok, S. (2010). Experiences of offspring searching for and contacting their donor siblings and donor. *Reproductive BioMedicine*

- Online (Reproductive Healthcare Limited)*, 20(4), 523-532.
doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.001
- Jaoul, M. (2007). Rôle joué par les événements de filiation dans l'infertilité masculine. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(5), 442-448.
doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.02.027
- Johnson, V. K. (2001). Marital Interaction, Family Organization, and Differences in Parenting Behavior : Explaining Variations Across Family Interaction Contexts. *Family Process*, 40(3), 333. 10p. 5 Charts.
- Kaës, R. (1994). *La parole et le lien : Processus associatifs dans les groupes*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2008). Définitions et approches du concept de lien. *Adolescence*, (3), 763.
doi.org/10.3917/ado.065.0763
- Kaës, R. (2016). *Les alliances inconscientes*. Dunod.
- Kalampalikis, N., Haas, V., Fieulaine, N., Doumergue, M., Deschamps, G., & Chiron, H. (2010). Enjeux psychosociaux du don de sperme : Le point de vue des couples. *Basic and Clinical Andrology*, 20(1), 37-44. doi.org/10.1007/s12610-010-0066-3
- Kobilinsky, N. (2011). *Le secret dans l'assistance médicale à la procréation avec don de gamètes : Dire, ne pas dire, dire autrement* (Thèse d'exercice). Université Paris Diderot.
- Kunstmann, J.M. (2008) « L'AMP avec tiers donneur : remise en cause de l'anonymat ? ». In Feuillet Liger B. (dir.), *PMA et anonymat, Panorama international*. Bruxelles, Bruylant, 1-37.
- Kunstmann J.M., Jouannet P., Juillard J.C., Bresson J.L., La fédération française des CECOS. (2010). En France, la majorité des donneurs de spermatozoïdes souhaite le maintien de leur anonymat. In P. Jouannet & R. Mieusset, *Donner et après... : La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?* 91-105. Paris: Springer.

- Lamour, M. (2000). *Paternalité et interactions intrafamiliales père-mère-nourrisson : Devenir père, une histoire de famille* (Thèse de doctorat). Paris Descartes.
- Lange, L., Lemoine, É., & Letiévant, S. (2013). Regards croisés sur l'anonymat du don de gamètes : Entre droit et philosophie. *Revue d'éthique et de théologie morale*, n° 277(4), 75-105.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF (2002°
- Lazaratou, H., & Golse, B. (2006). Du désir à l'acte : Les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). *La psychiatrie de l'enfant*, 49(2), 573-599. doi.org/10.3917/psy.492.0573
- Le Camus, J., & Lebovici, S. (1995). *Pères et bébés*. Paris: L'Harmattan.
- Lebovici, S., Lamour, M., & Gozlan-Lonchamp, A. (1997). Transmission intergénérationnelle et processus de paternalisation-filiation. *Enfance*, (3), 435-441. doi.org/10.3406/enfan.1997.3077
- Lebovici, Serge, & Stoléru, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : Les interactions précoces*. Paris: le Centurion.
- Lederer, W., & Jackson, D. D. (1968). *The Mirages of Marriage*. New York: W.W. Norton Company.
- Lemaire, J.-G. (1969). *Le couple sa vie, sa mort : La structuration du couple humain*. Paris: Payot.
- Lemaire, J.-G. (2003). Les transmissions psychiques dans le couple et la famille : L'intrapsychique, l'intersubjectif et le transpsychique. *Dialogue*, 160(2), 39-52.
- Lévi-Strauss, C. (1949). *Les structures élémentaires de la parenté*. PUF, Paris.
- Lévy-Soussan, P. (2002). Travail de filiation et adoption. *Revue Française de Psychanalyse*, 66(1), 41-69. doi.org/10.3917/rfp.661.0041

- Lévy-Soussan, P. (2006). *Eloge du secret*. Paris: Hachette.
- Lotz, R., & Dollander, M. (2004). Dynamique triadique de la parentalisation. *Devenir*, 16(4), 281. doi.org/10.3917/dev.044.0281
- Masson O., (1979). Aspects théoriques et cliniques systémiques de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie, in *Psychanalyse à l'université*, 16.
- Mauss, M., (1968). *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* (2002^e éd.). Chicoutimi: J.-M. Tremblay.
- Mazzone J.C., (2010). « Le deuil de la fertilité dans l'insémination avec sperme de donneur ». In Jouannet, P. & Mieusset, R. (dir.), *Donner et après...La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?* 198-210. Paris : Springer-Verlag.
- McHale, J. P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy : The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31(6), 985-996. doi.org/10.1037/0012-1649.31.6.985
- Mellier, D. (2017a). Le rite et la radicale étrangeté de la venue au monde d'un bébé dans sa famille. In *Questions d'enfance. Bébé sapiens : Du développement épigénétique aux mutations dans la fabrique des bébés*, 61-72. Paris: ERES.
- Mellier, D. (2017b). L'idéal, l'étrangeté et le fonctionnement familial autour du berceau. *Le Divan familial*, (2), 81-92. doi.org/10.3917/difa.039.0081
- Mellier, D., & Nezelof, S. (2014). Le bébé, sa mère et sa famille, changeons de focale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(3), 137-139. doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.03.002
- Miermont, J., & Maruani, G. (2001). *Dictionnaire des thérapies familiales : Théories et pratiques*. Paris: Payot.
- Minuchin, S. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031-1038.

- Minuchin, Salvador. (1974). *Families and family therapy*. London: Tavistock Publications.
- Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie ? Nidification foetale et nidation parentale. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 50(1), 61-80.
- Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain*. doi.org/10.3917/puf.davi.2009.01
- Missonnier, S. (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Elsevier, Masson.
- Missonnier, S. (2014). L'impasse intégrative ou du « complémentarisme » entre neurosciences et psychopathologie psychanalytique périnatale. *Recherches en périnatalité*, 35-46. doi.org/10.3917/puf.pres.2014.01.0035
- Monzani, S. (2015). Filiations en IAD. Réflexions sur l'IAD à partir de la psychothérapie d'un enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 58(1), 103-138. doi.org/10.3917/psy.581.0103
- Neuburger, R. (1995). *Le mythe familial*. Paris: ESF.
- Nevjinsky, F.(1990). De père en père, l'impossible bébé, *Etudes psychothérapiques*, 1, 83-103.
- Neyrand, G. (2011). *L'enfant, la mère et la question du père*. Paris: PUF. doi.org/10.3917/puf.neyr.2011.01
- Ogawa, M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial medicine*, 5(1), 15.
- Owen, L., & Golombok, S. (2009). Families created by assisted reproduction : Parent-child relationships in late adolescence. *Journal of Adolescence*, 32, 835-848. doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.10.008
- Palacio Espasa, F. (2002). Psychothérapies périnatales. In C. Squires, D. Candilis-Huisman, & M. Bydlowski, *Des mères et leurs nouveau-nés : Recherches et interventions autour de la naissance*. Issy-les-Moulineaux: ESF.

- Perelman, O. (2018). *Dynamique psychique paternelle dans la situation échographique. Approche clinique et projective de la paternité durant la grossesse*. (Thèse de doctorat non publiée) Paris Descartes.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2006). Coping Processes of Couples Experiencing Infertility. *Family Relations*, (2), 227-239.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23(5), 1128-1137. doi.org/10.1093/humrep/den067
- Quijano, C. M., Germond, M., & Ansermet, F. (2006). *Parentalité stérile et procréation médicalement assistée : le dégel du devenir*. Toulouse, France: ERES.
- Quijano, C. M., Germond, M., & Ansermet, F. (2008). Silences sur l'origine. *Enfances & Psy*, 39(2), 39. doi.org/10.3917/ep.039.0039
- Rank, O. (1929). *The trauma of birth*. Kegan Paul, Trench, Trubner.
- Revidi, P., & Beauquier-Maccotta, B. (2008). Problématiques psychiques dans les aides médicales à la procréation. *EMC Psychiatrie*, 133(37), 204.
- Riazuelo, H. (2014). Une seconde grossesse : Un simple recommencement ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(4), 212-217. doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.004
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Sager, C. J., Kaplan, H. S., Gundlach, R. H., Kremer, M., Lenz, R., & Royce, J. R. (1971). The Marriage Contract. *Family Process*, 10(3), 311-326.
- Sartre, J. P., (1943). *L'être et le Néant : essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard.
- Scheib, J. E., Riordan, M., & Rubin, S. (2005). Adolescents with open-identity sperm donors : Reports from 12–17 year olds. *Human Reproduction*, 20(1), 239-252.

- Ségade, O., Golse, B., & Beauquier-Maccotta, B. (2018). Le couple face au recours à une insémination artificielle avec donneur : Entre protection du couple et intérêt de l'enfant, comment en parler ? *Spirale*, (84), 41-48. doi.org/10.3917/spi.084.0041
- Selvini Palazzoli, M. (1976). *Paradoxe et contre-paradoxe : Un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizophrénique*. Paris: Éditions E.S.F.
- Smadja, É. (2011). *Le couple et son histoire*. Paris: PUF.
- Soulé, M. (1983). L'enfant dans la tête—L'enfant imaginaire. In *La vie de l'enfant. La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé?* 135-175. Paris: PUF.
- Soulé, M. (1984). *Le nouveau roman familial ou On te le dira quand tu seras plus grand*. Éditions E.S.F.
- Spencer, N. (2001). Parenting-what really counts? *Infant and Child Development*, 10(3), 149-150. doi.org/10.1002/icd.232
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait anxiety Inventory. Stai (Form Y). Self evaluation questionnaire*. Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto CA.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life : A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. Oxford: International Universities Press, I.
- Squires, J., & Bricker, D. (2011). Questionnaire sur les étapes du développement, 3ème édition, Traduction des Ages & Stages Questionnaires ®, Third Edition (ASQ-3TM) : A Parent-Completed Child Monitoring System (C. Dionne, Trad.). *Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.*
- Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, no 35(2), 29-42.
- Stern, D. N. (1987). L'accordage affectif : Le partage d'états émotionnels entre mère et enfant par échanges sur un mode croisé. *Annales Médico-Psychologiques*, 145(3), 205-224.

- Stern, D. N. (1989). *Le Monde interpersonnel du nourrisson : Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: PUF.
- Stierlin, H. (1980). *Le premier entretien familial : théorie, pratique, exemples*, Montréal, Les Éditions France-Amérique.
- Théry, I. (1998). *Couple, filiation et parenté aujourd'hui : Le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée : rapport à la Ministre de l'emploi et de la solidarité et au Garde des Sceaux, Ministre de la justice*. Paris: O. Jacob. La documentation française.
- Touchèque, M., Etienne, A.-M., Stassart, C., & Catale, C. (2016). Validation of the French Version of the Parenting Stress Index-Short Form (fourth Edition). *Journal of Community Psychology*, 44(4), 419-425. doi.org/10.1002/jcop.21778
- Viodé, C. (2017). Jim, le magicien aux failles narcissiques et identitaires précoces. *La psychiatrie de l'enfant*, 60(1), 87-100. doi.org/10.3917/psy.601.0087
- Watzlawick, P. (1967). *Une logique de la communication*. Paris: Editions du Seuil.
- Weil, E. (1997). Privacy and disclosure : The psychological impact on gamete donors and recipients in assisted reproduction. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14(7), 369-371. doi.org/10.1007/BF02766139
- Willi, J. (1975). *La relation de couple : Le concept de collusion*. Delachaux et Niestlé. Lausanne, Suisse.
- Willi, J., Monjardet, R., & Lemaire, J.-G. (1982). *La relation de couple : Le concept de collusion*. Delachaux et Niestlé. Lausanne, Suisse.
- Winnicott, D. W. (1945). Le développement affectif primaire. In *Bibliothèque scientifique. De la pédiatrie à la psychanalyse* (1983^e éd., p. 33-47). Paris: Petite bibliothèque Payot.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (C. Monod & J.-B. Pontalis, Trad.). Paris: Gallimard.

Liste des illustrations

- Page 31 : VAN GOGH Vincent, 1853-1890, *Nuit étoilée sur le Rhône*, 1888, Huile sur toile, 72,5x 92cm, Paris, Musée d'Orsay.
- Page 67 : CAILLEBOTTE Gustave, 1848-1894, *Rue de Paris, temps de pluie*, 1877, Huile sur toile, 212x276 cm, Art Institute of Chicago.
- Page 113 : VAN GOGH Vincent, 1853-1890, *Premiers pas* (d'après Millet), 1890, Huile sur toile, 72, 4x 91,1 cm, New-York, Metropolitan Museum of Art.
- Page 221 : CHAGALL Marc, 1887-1985, *Les fiancés au bouquet*, 1963, Nicosia, A.G. Leventis Gallery.
- Page 234 : PICASSO Pablo, 1881-1973, *Les deux saltimbanques : L'Arlequin et sa compagne*, 1901, Huile sur toile, 73x60cm, Moscou, Musée Pushkin.
- Page 247 : MANET Edouard, 1832-1883, *La famille Monet dans son jardin*, 1874, Huile sur toile, 61x99,7cm, New-York, Metropolitan Museum of Art.
- Page 261 : RUBENS Peter Paul, 1577-1640, *Rubens avec sa femme Hélène Fourment et leur fils*, vers 1635, Huile sur panneau de bois, 204x 158 cm, New-York, Metropolitan Museum of Art.
- Page 274: MUNCH Edvard, 1863-1944, *The Dance of Life*, 1899-1900, Huile sur toile, 125x191cm, Oslo, Nasjonalmuseet.
- Page 287: SPENCER Lilly Martin, 1822-1902, *Conversation piece*, 1851-1852, Huile sur toile, 71,9x57,5cm, New-York, Metropolitan Museum of Art.
- Page 298: TER BOCH Gérard, 1617-1681, *The Van Moerkerken Family*, 1653-54, Huile sur Bois, 41,3x35,6cm, New-York, Metropolitan Museum of Art.
- Page 310: BATTISTA TIEPOLO Giovanni, 1696-1770, *Apollon poursuivant Daphné*, 1755-1760, Huile sur toile, 68,5x 87 cm, New-York, National Gallery of Art.

