

Table ronde : diversités des filiations, parentés et parentalité

L'aide médicale à la procréation chez les couples atteints par le VIH. Nouvelles implications dans l'accès à la parentalité ?

Assisted reproduction in couples with HIV: New access to parenthood?

O. Rosenblum^{a,b,c,*}, C. Poirot^b, D. Cohen^a

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Pitié-Salpêtrière, 83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b UF de biologie de la reproduction, Pitié-Salpêtrière, Paris, France

^c Lille-3, Lille, France

Résumé

Depuis plusieurs années, les équipes d'AMP sont régulièrement sollicitées par des couples désirant un enfant, mais dont l'un des partenaires ou bien les deux sont infectés par le VIH et/ou le virus de l'Hépatite C et ces demandes sont en augmentation constante. Le 10 mai 2001 paraît un arrêté qui fixe les conditions particulières de la prise en charge. Il s'agit là de dispositions contraignantes qui maintiennent le couple sous le sceau d'une sexualité codifiée par la quantification normée des constantes biologiques retrouvées dans les fluides vitaux et sexuels. Ici, l'intimité des conduites et du corps désirant se traduit par une objectivation biologique, prélude à la naissance d'un corps calibré et filtré.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

For several years, the assisted reproduction teams have regularly been questioned by couples wishing to have a child, but within which one of the partners (or both) was infected with HIV and/or HCV. The number of these requests keeps increasing. On 10th May 2001, a decree has taken place and defines specific conditions. These are limitative measures that maintain the couple under the seal of a sexuality codified by the quantification of biological findings in vital and sexual fluids. Here, the intimacy of the behaviours and of the desiring body results in a biological objectivation, a prelude to the birth of a calibrated and filtered body.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Parentalités ; Sexualités ; Procréations ; VIH

Keywords: Parenthoods; Sexualities; Procreations; HIV

Depuis plusieurs années, les équipes d'aide médicale à la procréation (AMP) sont régulièrement sollicitées par des couples désirant un enfant, mais dont l'un des partenaires ou bien les deux sont infectés par le VIH et/ou le virus de l'Hépatite C (VHC) et ces demandes sont en augmentation constante.

1. Rôle du médecin biologiste de la reproduction au sein d'une équipe pluridisciplinaire

Pour le biologiste de la reproduction, il existe une justification d'une prise en charge en AMP pour ces couples à risque viral.

À un niveau objectif, l'âge élevé de ces patients qui approchent la quarantaine, l'augmentation de l'espérance de vie sous traitement et enfin les très bons résultats concernant la diminution spectaculaire de la transmission mère-enfant si, et c'est ici le cas, la prise en charge est adaptée [2]. Sur un plan subjectif, il existe une augmentation du désir d'enfant pour les couples, dont l'un ou les deux partenaires sont infectés par le VIH. Sans oublier que le VIH contamine davantage les populations hétérosexuelles qui sont susceptibles d'entrer dans le cadre assez étroit de la législation.

Pour les biologistes de la reproduction habitués à traiter les infertilités au sein des couples, il s'agit d'une situation nouvelle. En effet, essentiellement lorsque l'homme est séropositif et la femme séronégative, les couples sont diagnostiqués comme fertiles et, par conséquent, les résultats en terme de taux de

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rosenblouriel@noos.fr (O. Rosenblum).

grossesse sont excellents [9]. Alors que pour les femmes infectées, soit par le VIH ou le virus de l'Hépatite C ou bien par les deux, les résultats sont moins concluants, en raison des liens entre l'atteinte infectieuse avec l'impact des traitements antiviraux et l'altération du tractus génital féminin. En effet, ces couples présentent une authentique infertilité [8]. Certaines patientes séropositives connaissent des difficultés de réponse ovarienne parce qu'elles ont parfois attendu longtemps avant d'engager des tentatives d'AMP en atteignant un âge limite concernant leur fertilité. De plus, le nombre d'embryons replacés dans l'utérus est volontairement limité. En effet, les grossesses multiples ne sont pas indiquées dans la mesure où elles sont la source potentielle de contractions utérines prématurées, augmentant le risque de transmission materno-fœtale du VIH. Ainsi, au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris, 135 couples ont pu bénéficier, soit d'une fécondation in vitro (FIV) ou bien d'une injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) sur une période de quatre ans [9].

Par conséquent, les centres d'AMP sont plus fréquemment sollicités, nécessitant, sous la pression des demandes à la fois venant des médecins et de leurs patients traités, une réorganisation de la disposition des locaux, afin d'assurer une étanchéité entre les activités habituelles dévolues à l'AMP et celles concernant les gamètes, éventuellement contaminants, issus des couples à risque viral. Pour le biologiste de la reproduction, cette activité spécifique est très encadrée par différentes lois.

Tout d'abord dans le cadre de la loi de bioéthique du 29 juillet 1994, l'AMP a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère a été médicalement diagnostiqué. Elle peut également avoir pour objet d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité. Puis, vint l'arrêté du 12 janvier 1999, relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation. Il stipule qu'il est nécessaire de rechercher des marqueurs biologiques d'infection et lorsque cela est techniquement possible d'infectivité par le VIH1, VIH2, les virus des Hépatites B et C et la syphilis chez les deux membres du couple. Tout cela dans le cadre d'un protocole de recherche clinique pluridisciplinaire relevant des prescriptions de la loi Huriet. Enfin, l'arrêté du 10 mai 2001 qui précise les modalités de la prise en charge, insistant sur les conditions renforcées d'organisation de l'équipe médicale clinicobiologique, déterminant l'organisation du laboratoire de biologie de la reproduction avec un circuit à risque viral bien identifié doté d'un personnel et matériels spécifiques. En outre, chaque établissement devra déclarer cette activité au ministère chargé de la santé. Cet arrêté intervient de façon précise et autoritaire sur la prise en charge et la vie des patients demandeurs d'une AMP.

Le couple s'engage à avoir une vie sexuelle protégée, y compris pendant la grossesse et l'allaitement et il est tenu au respect des conditions sérologiques pour confirmer la séronégativité du conjoint qui n'est pas infecté. De plus, la charge virale du conjoint infecté doit être quasiment indétectable dans le sang et nulle dans le sperme, si l'homme est infecté. Par ailleurs, le couple ayant reçu les informations sur les risques d'une grossesse chez une femme séropositive signe un consentement.

On peut noter que la prise en charge est multidisciplinaire, comprenant les consultations avec un infectiologue, un gynécologue, un médecin biologiste de la reproduction et un psychiatre ou un psychologue. La présence à chaque consultation des deux membres du couple est requise et la durée moyenne entre le premier rendez-vous et la première tentative d'AMP est de l'ordre de six mois. En outre, une consultation de conseil préconceptionnel avec le médecin infectiologue est préalable au parcours. L'objectif de cette consultation est, d'une part, d'expliquer les implications et les risques d'une grossesse au sein d'un couple dont la femme est séropositive, et, d'autre part, d'explicitier les moyens dont on dispose afin de réduire les risques de transmissions virales lors de la conception. Ici, il est proposé également à chaque couple des éléments d'information adaptés aux données spécifiques, comme l'évolutivité de l'infection au VIH, les traitements en cours, les éventuelles co-infections les antécédents obstétricaux, l'âge, le statut du partenaire, etc. Cet entretien souligne la nécessité d'un suivi régulier, attestant du réel désir de grossesse, malgré les faibles risques de transmissions verticales (fœtomaternelles) et les complications néonatales possibles liées à l'exposition fœtale aux traitements antirétroviraux durant la grossesse.

Il s'agit là de dispositions contraignantes qui maintiennent le couple sous le sceau d'une sexualité codifiée par la quantification normée des constantes biologiques retrouvées dans les fluides vitaux et sexuels. Ici, l'intimité des conduites et du corps désirant se traduit par une objectivation biologique, prélude à la naissance d'un corps calibré et filtré. Dans ces conditions, l'AMP institue une nouvelle nature de la reproduction, parce qu'elle féconde selon ses propres procédés, lesquels deviennent aussi contraignants, sinon plus, que ceux de la nature [5].

2. Le psychiatre d'enfant est d'emblée sollicité

D'emblée, il nous paraît important de souligner que le législateur a octroyé une place à un professionnel du psychisme spécialisé dans l'abord de la parentalité, au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui a la charge d'accompagner médicalement les couples à risque viral, tout au long du processus d'AMP et jusqu'aux deux ans de l'enfant.

Selon les recommandations du groupe d'experts [6], les personnes infectées par le VIH doivent pouvoir exprimer leur désir légitime d'enfant et recevoir informations et conseil, l'information complète du partenaire demeurant un point essentiel.

Il paraît fondamental de préciser qu'il n'appartient pas au psychologue ou psychiatre d'enfant de formuler un jugement sur la légitimité du désir d'enfant, mais d'informer le couple en portant attention aux aspects spécifiques de cet accès à la parentalité tels :

- que l'impact de la déssexualisation de l'acte procréatif ;
- que l'intervention de tiers médical démultiplié en fonction des pathologies ;
- que du secret et l'impact de la culpabilité vis-à-vis du futur enfant.

En outre, entendre le couple dans son histoire relationnelle, affective, toujours singulière, relance les processus de subjectivation, sans cesse menacés par un contexte médical omniprésent et nous permet d'évaluer la façon dont le flux des nouvelles informations médicales perçues a pu être intégré tant sur les plans de l'intellect que ceux de l'émotion. En effet, l'histoire médicale souvent longue peut entraîner un sentiment d'amertume vis-à-vis de toutes ces années vécues, maintenant comme irrémédiablement perdues, en regard au temps de la procréation qui s'érige comme élément perturbateur contre lequel il faut désormais lutter.

Souvent le réel est silencieux et le sujet ici, fait sa connaissance sous le signe de la mauvaise rencontre qui prononce un non radical au nom du risque de contamination. Cette condamnation à la stérilité fait resurgir ce qui avait été maintenu à l'écart, un enfant étant souhaité pour que la rencontre soit enfin réussie. En particulier, l'enfant confère à la mère la reconnaissance dans l'ordre phallique, l'infertilité contrainte va rendre la position subjective de la femme encore plus incertaine, accroissant la dimension d'échec et de répétition. Ainsi, le sujet infecté va se donner comme tâche d'offrir une réponse en prenant appui sur l'autre médical qui a pour seul souci de produire du vivant. Par ailleurs, le sujet souffrant du sexe, il souhaite s'en débarrasser et par l'entremise de l'AMP, il contribue à la dissociation entre la procréation et sa sexualité.

Bien qu'une consultation avec un psychiatre ou un psychologue soit requise au sein du dispositif de l'AMP, la position du professionnel n'a pas vocation d'expertise ni de jugement. En revanche, il soutient les capacités élaboratives de la demande parentale d'un couple, tout en se rendant disponible aux partenaires pour les rencontrer tout au long des étapes de l'AMP, de la grossesse éventuelle et de la période du postpartum. Ainsi, il évalue et soutient la stabilité affective du couple dans le cadre d'un suivi médical long et aléatoire et la capacité du couple à élaborer les difficultés inhérentes à une prise en charge où le risque de l'enfant à venir est posé par la situation même de l'abord thérapeutique (antirétroviraux) pour l'infection virale donnée. Par ailleurs, le professionnel du psychisme accompagne les remaniements psychiques des futurs parents au cours de toute grossesse à risque. Enfin, il tente d'éclairer, par l'abord de la dynamique psychique de la parentalité et de ses avatars, les décisions élaborées par l'équipe pluridisciplinaire ayant la responsabilité médicale du suivi des couples dans le cadre de l'AMP, au cours de réunions mensuelles.

Nous sommes à l'écoute des inquiétudes formulées par les femmes contaminées qui, souvent approchent la quarantaine quand leur parcours a été celui de la maladie et des traitements, et pour qui, l'attente d'une AMP et les différentes tentatives sont vécues comme autant d'échecs qui trahissent la durée de la maladie et les limites du traitement antirétroviral s'arrêtant au seuil de la reproduction. Ces craintes sont corroborées par les résultats indiquant que, chez les femmes séropositives, les taux de grossesses sont significativement moins élevés [9]. Quelquefois, en évoquant le doute qui commence à poindre sur leur fertilité, elles ressentent douloureusement leur vécu de solitude, quand ce parcours est maintenu

silencieux face à l'entourage et que la figure maternelle est maintenue inaccessible sous le sceau du secret de la maladie.

Contrairement aux couples dont la fertilité est au cœur de la démarche en AMP classique, les couples sérodifférents semblent rencontrer davantage de difficultés à concevoir l'échec de leur parcours, leur fertilité demeurerait jusqu'alors préservée de toute faille dans l'imaginaire et dans la réalité lorsque ces couples ont déjà des enfants. Ici, à l'épreuve du VIH, vient redoubler celle d'une infertilité [4].

Ici, l'AMP vient à la fois lever l'interdit posé sur le désir d'enfant et autoriser une réinscription au sein du champ social. Le projet d'une famille permet d'intégrer à nouveau le fil des générations et de s'identifier à la communauté des couples s'engageant dans la parentalité. Ainsi, ils passent du statut de survivants à celui de parents potentiels ouvrant le champ de l'immortalité.

Lorsque ces couples ont échoué dans leur projet ou l'ayant interrompu, les liens sont souvent rompus, ce qui rend problématique l'accompagnement de ces demandes orientées vers d'autres formes de parentalités. En revanche, lorsque les grossesses sont engagées, le suivi peut être maintenu jusqu'au-delà de la période de l'accouchement, l'enfant est très investi, voire surprotégé. Les études portant sur les AMP des couples atteints par le VIH [11] insistent sur l'absence de contamination chez les enfants et leur bon développement psychomoteur, bien qu'un nombre non négligeable de grossesses soient gémellaires, entraînant des accouchements par césarienne. Très vite, les parents se questionnent sur la façon dont ils vont pouvoir aborder leur séropositivité. Nous nous situons résolument dans une continuité temporelle, qui se déploie tout au long de la période des soins somatiques, en passant par l'étape préconceptionnelle nécessairement questionnante, jusqu'à la question de l'accès à la parentalité, qu'elle aboutisse ou non.

Souvent, l'accompagnement psychologique emprunte les méandres imposées par les contraintes propres à la situation de l'AMP à risque viral. En effet, recourir à l'AMP dans le contexte de l'infection par le VIH impose les mêmes contraintes et les mêmes difficultés que pour un couple infertile : cela ne permettra pas à tous les couples qui le souhaitent d'avoir un enfant, l'expérience des années récentes montre qu'environ un couple sur deux s'adressant à un centre d'AMP aura un enfant. Pour les femmes infectées par le VIH, le traitement préventif de la transmission mère-enfant a pour objectif d'obtenir une charge virale indétectable et de limiter le risque de toxicité des antirétroviraux chez la mère et l'enfant, tout en préservant l'avenir thérapeutique de la mère. En outre, il faut informer la future mère des recommandations concernant le suivi pédiatrique de son futur enfant et l'absence d'allaitement. Enfin, lors de la co-infection par le virus de l'hépatite C, l'indication d'un traitement est à mettre en balance avec le projet d'enfant, dans la mesure où il le retarde. Ainsi, avec l'avis de l'hépatologue, il paraît judicieux d'aborder avec le couple la notion d'urgence à réaliser ou à différer l'AMP.

Un des aspects primordiaux auquel le psychiatre est confronté de manière manifeste est l'insistance des couples à se promouvoir comme des futurs parents pour lesquels la sexualité entre les époux s'édulcore au profit de la reproduction.

2.1. La sexualité se doit d'être productive

Avec l'accès à l'AMP, il y a réintroduction de « la sexualité reproductive », alors que ces deux dimensions se sont autrefois tenues écartées l'une de l'autre. La présence du VIH caractérise à la fois une menace sur la reproduction du lien social et la sexualité du passé, archaïque et égoïste, en contradiction avec une sexualité dite adulte ou mieux encore parentale.

Ce nouvel accès ouvre une source de conflits entre une satisfaction sexuelle antérieure et la sexualité reproductive, mettant à jour l'existence d'une sexualité dénaturée qui indique que celle-ci n'a pas, en elle-même, ni de signification sociale ni de sens propre, pouvant donc revêtir toutes les acceptions possibles.

Lorsqu'elle est en passe d'aboutir de manière « faussement génitale », avec l'accès à l'AMP, la sexualité de ces sujets est déjà l'empreinte d'une réputation d'être excessive, constamment soupçonnée d'être porteuse de danger, elle a, par conséquent, fatalement eu lieu auparavant.

Ainsi, on va requalifier cette sexualité menaçante par le subterfuge d'une sexualité dite stérile (infertile du fait du péril viral), de jugée pernicieuse jadis, elle deviendrait « mortelle » si elle se pratiquait dorénavant (risque de contamination du partenaire). On va renaturaliser la sexualité chancelante du couple par la réintroduction de gamètes masculins et féminins, purgés de tout virus, désormais équivalents, avec la réintroduction du mythe des origines, la rencontre de deux êtres purifiés, lavés de tout péché, d'avant la faute originelle. Ici, le législateur a tenté de normaliser le couple parental qui aurait accès à ces techniques selon le modèle hétérosexuel classique en utilisant la fiction d'un acte sexuel reproductif vraisemblable, s'approchant au plus près de la « vérité » de la filiation.

Paradoxalement, la technique opératoire de l'AMP va introduire un aspect fonctionnel biologisant des émissions sexuelles masculines produites par l'acte masturbatoire en laboratoire. Par la grâce de ce procédé, une génitalisation du désir sexuel, mais sous forme de leurre, va apparaître, l'espoir du succès venant annuler magiquement une sexualité vécue en partie comme honteuse et mortifère. La confirmation tant attendue d'une éventuelle fécondation va venir affirmer, d'une manière implicite, qu'un acte hétérosexuel a bien eu lieu. Pour M. Iacub [5], les conditions d'accès à l'AMP seront autant d'indices et de preuves visant à renforcer l'avènement d'un acte sexuel reproductif qui n'a jamais eu lieu.

Ainsi, dans la situation d'une contamination virale, la référence à l'acte sexuel à vocation reproductive doit être conservé comme instance ordonnatrice des couples parentaux et des filiations.

La possibilité offerte d'une AMP vient à la fois ouvrir un champ jusque-là fermé, celui du désir d'enfant, mais également interroger la place de la sexualité du couple. En effet, cette dernière s'affuble du vocable provenant de la fiction organisée autour du péril stérile, afin d'accéder au statut de sexualité reproductive. Ainsi, les membres du couple peuvent partager les aléas du parcours propre à l'AMP avec la famille élargie ou bien le cercle des amis et collègues, les délivrant du secret autour du VIH. Ce désir était présent en filigrane, en effet, l'adoption ou bien l'insémination par donneur (IAD) n'avaient pas donné lieu

à des démarches menées jusqu'à terme, les années précédentes. Ainsi, l'homme et la femme se surprennent à évoquer leur désir d'enfant auquel il s'interdisaient de penser, ouvrant le champ des possibles. Cette ouverture les oblige à se projeter dans un avenir démultiplié, perspective, à la fois tant attendue et redoutée, qui peut éprouver la solidité du couple dans sa durée.

Selon M. Godelier [1], la sexualité, ici placée sous le sceau du VIH, doit se situer pour ou contre l'établissement d'un ordre social ou bien témoigne de la résurgence d'un désordre antérieur (les circonstances de l'infection par le VIH) compensée par l'apparition d'un ordre postérieur médical (mais qui, bien entendu, lui a toujours préexisté). Celui-ci est présentifié par le désir d'enfant et réalisé par la biologie « faite de toute éternité », authentifié par l'acte procréatif. Le discours médical se situe ainsi au carrefour de la demande sociétale et de la biologie représentante de la bonne nature.

2.2. Les écueils de la sexualité dite stérile

L'AMP nous renvoie à une réalité inédite que nous ne sommes pas encore en mesure d'élaborer sur le plan symbolique, alors qu'aucun traitement médical n'implique une pratique symbolique aussi importante que celle des couples en attente d'enfant. Les invariants biologiques, irréductibles jusque-là [3], ont été transformés en variables, ainsi l'activité humaine à travers les biotechnologies a modifié le matériau naturel sur lequel on a vu se fonder la pensée symbolique. En effet, dans les autres domaines médicaux, en particulier celui concernant le VIH, ce sont les patients qui adoptent le but des cliniciens, s'agissant de guérir ou sauver leur propre corps. Alors que dans la clinique de l'AMP, ce sont les cliniciens qui se voient obligés de partager la pratique symbolique parentale, les plaçant entre la biotechnique et le désir de filiation des couples.

Dans une perspective psychanalytique, le complexe d'œdipe, en réponse à la question de l'origine, permet de nouer l'acte sexuel, impliquant la différence des sexes, à l'origine des bébés, grâce à l'interdit de l'inceste, différence des générations. Cette lignée a une étendue temporelle, les différentiels sexuel et temporel sont au fondement de la pensée symbolique instaurée avec l'œdipe. L'œdipe, avec la construction du lien de filiation, permet, à la fois la constitution d'une identité sexuée et l'élaboration psychique de l'angoisse de mort à travers la notion de durée. L'idée du devenir, à savoir du changement dans la continuité, se forme et s'ajoute aux repères chronologiques pour constituer le différentiel temporel. Ici, dans le cadre de la fécondation *in vitro* avec la congélation des gamètes, on assiste à une défaillance du différentiel temporel concernant la durée, avec un fort investissement du temps de la fécondation au détriment de celui de la gestation de l'enfant [7]. Ainsi, nous devons garantir à la fois l'aspect symbolique de la fécondation concernant l'union de deux héritages génétiques qui aboutissent à l'unicité de l'embryon, et celui de la naissance, inaugurant l'autonomie biologique de l'individu, marque véritablement le début d'une nouvelle génération. Ce registre symbolique se situe entre le recours au rationnel scientifique face à l'imaginaire inconscient. Cet imaginaire se pare de l'identité parentale toute-puissante, avec comme corollaire l'éternité comme élaboration

de l'angoisse de mort, redoublée par le statut de survivant héroïque octroyé à l'enfant né par congélation embryonnaire. Il fut un temps où le futur parent atteint par le VIH n'avait, lui aussi, droit qu'à un statut de survivant. Sur le registre symbolique, l'élaboration de l'angoisse de mort exige la construction du lien de filiation. La sexualité stérile peut mettre en crise le lien entre l'acte sexuel et l'origine de l'enfant, désavouant la réponse œdipienne. La sexualité stérile, en mettant en doute la solution œdipienne, entraîne une nouvelle confrontation à l'angoisse de mort, blâme des ancêtres. Cette rupture dans la lignée signifie que ni l'individu, ni ses parents, ni les parents de ses parents se survivront à travers lui. La sexualité stérile sépare les couples stériles de leurs propres parents et cette différence radicale peut empêcher la ressemblance d'avec les parents pour s'identifier avec eux, ce qui leur permettrait de concevoir au niveau symbolique la continuité de leur lignée. Ainsi, pour élaborer leur parentalité, les couples qui ont recours à la fiction de la sexualité stérile peuvent recourir aux réponses antérieures au nouage œdipien. Dans la mesure où les jeunes enfants estiment qu'ils peuvent acquérir un enfant par eux-mêmes, ces théories sur l'origine asexuée de la conception des bébés constituent un roc issu de l'inconscient, non susceptible d'élaboration, car étant inscrit précocement en tant que base d'inscriptions ultérieures. L'AMP introduit dans la réalité l'indépendance de la conception à l'égard de l'acte sexuel, certes hors de l'acte sexuel, mais pas hors sexe en étant le produit de deux gamètes sexués. Ainsi, les objets manipulés, tels que le sperme, les gamètes, les embryons représentent la réalité qui doit être élaborée psychiquement dans la pratique symbolique des futurs parents, la subjectivité des couples devant advenir sur une page blanche. C'est sur cet espace que se construit une amnésie des faits objectifs ayant contribué à l'origine où se dépose la propre histoire singulière de l'individu à naître. Cette amnésie peut former un berceau de liberté pour les couples et leurs enfants et dessiner un futur imprévisible. Ainsi, l'enfant futur invente lui-même son origine, celle-ci lui reste à jamais inaccessible, comme pour tout un chacun.

2.3. *Que transmettre ?*

La scène primitive originaire a changé de lieu, se faufilant de la chambre des parents au laboratoire de la biologie de la reproduction. Mais aussi, la nature du secret a connu un déplacement notable. . . L'énigme « d'où viennent les enfants ? » s'est transmuée en lancinante question : d'où vient le virus ? La question de la transmission des valeurs à l'enfant, doublée habituellement du travail du négatif des signifiants inconscients transmis, se trouve mise en concurrence par l'interrogation taraudante du : « comment ne pas transmettre mon virus à mon enfant ». Et par-delà, « comment faire table rase de mon passé incarné par la présence-absence obsédante du virus, qui, de surcroît, est rendu actuellement indétectable ».

L'incarnation, la réincarnation des fantômes du passé fait effraction dans le psychisme et peut, par conséquent, faire obstacle au maintien de la condition immatérielle des fantasmes, faisant le lit du « matériel » transmissible redoublé par le procédé de manipulation de gamètes. Ici, la transmission de la vie

n'émane plus de l'individu, mais du matériau humain qui, lui, ne meurt pas. Le virus tapi dans les profondeurs, être primitif mais agissant, entre en résonance avec les pulsions partielles archaïques, témoignage encombrant de la préhistoire œdipienne dans laquelle s'est empêtré le sujet en butte à sa séropositivité.

Ainsi, l'accueil d'un éventuel futur enfant nous permet d'aborder toutes les étapes du devenir parent, de la période pré-conceptionnelle à celle de l'adolescence de leurs enfants [10]. Cette perspective décline tous les avatars de la parentalité, depuis la sexualité vécue de manière dangereuse et culpabilisée par les futurs parents, entrant en résonance avec celle de leur progéniture, jusqu'à l'étape menant le parent soigné à occuper une place clairement identifiée par son enfant. Le travail du psychiatre d'enfant se situe à contre-courant du discours médical ambiant pour qui le futur bon parent est celui qui ne doit pas transmettre le virus, témoin du passé dangereux. Nous favorisons, tout au contraire, la situation où le parent sera appelé à se situer comme l'agent privilégié de la transmission.

3. Ouvertures

Face au risque de désobjectivation induit par l'inflation des constantes biologiques des fluides vitaux des couples séropositifs, en accordant à la fois une place propre à leur subjectivité et en reconnaissant la biotechnologie en tant que pratique matérielle, le clinicien spécialiste de la reproduction et le psychiatre d'enfant pourront donner aux actes techniques de l'AMP un statut thérapeutique dans une perspective symbolique.

Par le truchement des techniques d'AMP confrontées au sujet atteint par le VIH, c'est tout l'ordre social qui s'enfouit dans le corps de chacun des protagonistes infectés et particulièrement, dans ce qui différencie les corps et les individus entre eux, leur sexe.

Cette situation nous offre un exemple remarquable où l'espèce humaine est capable, non seulement, d'agir sur elle-même et de modifier ses rapports avec la nature, mais également d'intervenir sur le cours de sa sexualité pour la subordonner à la reproduction de la société.

Références

- [1] Godelier M. Meurtre du père ou sacrifice de la sexualité ? Conjectures sur les fondements du lien social. In: Godelier M, Hassoun J, editors. Meurtre du père sacrifice de la sexualité. Approches anthropologiques et psychanalytiques. Arcanes, Les Cahiers d'Arcanes; 1996. p. 21–52.
- [2] Heard I. C'est quoi, l'assistance médicale à la procréation ? Avoir un enfant quand on est séropositif. Abbott, VIH; 2004.
- [3] Héritier F. La cuisse de Jupiter. Réflexions sur les nouveaux modes de procréation. L'Homme 1985;25:5–22.
- [4] Hopker F. Désir d'enfant et homme infecté par le VIH : l'AMP, effets, risques, enjeux. Actes des 3^e journées nationales, Désir d'enfant et VIH. Toulouse; Mai 2004.
- [5] Iacub M. Le crime était presque sexuel. Paris: Epel, Essais; 2002.
- [6] Mandelbrot L, directeur. Infection par le VIH et procréation. In: Yeni P, editor. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, rapport 2006. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion; 2006.
- [7] Mejia Quijano CI, Germond M, Ansermet F. Parentalité stérile et procréation médicalement assistée, le dégel du devenir. Paris: Erès, La vie de l'enfant; 2006.

- [8] Partisani M, Ohl J, Wittemer Ch, Schmitt M-P, Cranz Cl, Lang J-M. Le rôle de l'équipe clinique pluridisciplinaire dans la prise en charge de l'AMP à risque viral. *Med Ther Med Reprod* 2007;9(3):179–83.
- [9] Poirot C, Prisant N, Shubert B. L'AMP à risque viral, 1^{ers} résultats 2002–2006. Paris; 24 janvier 2007.
- [10] Rosenblum O. Entre les parents atteints par le VIH et leurs enfants, un indicible secret. *Divan familial* 2007;18:156–67.
- [11] Thornton AC, Romanelli F, Collins J-D. Reproduction decision making for couples affected by VIH: a review of the literature. *Top HIV Med* 2004;12:61–7.