



HAL
open science

Greffe d'utérus : organe et fantasme

Eva Weil, François Villa

► **To cite this version:**

Eva Weil, François Villa. Greffe d'utérus : organe et fantasme. Médecine Thérapeutique. Médecine de la Reproduction, Gynécologie, Endocrinologie, 2013, La greffe de l'utérus, 15 (2), pp.181-186. 10.1684/mte.2013.0471 . hal-01496247

HAL Id: hal-01496247

<https://hal.science/hal-01496247>

Submitted on 27 Mar 2017

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.



L'essentiel de l'information
scientifique et médicale

www.jle.com

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/mtg/sommaire.md?type=text.html>



Montrouge, le 21/06/2013

Eva Weil

Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :

Greffe d'utérus : organe et fantasme

paru dans

Médecine de la Reproduction, 2013, Volume 15, Numéro 2

John Libbey Eurotext

Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.

Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.

© John Libbey Eurotext, 2013

Greffe d'utérus : organe et fantasme

Uterine transplantation : organ and fantasy

Eva Weil¹
François Villa²

¹ Psychologue clinicienne,
CECOS Tenon,
Hôpital Tenon (AP-HP),
75020 Paris,
France ;
psychanalyste,
membre de la et de l'Association
Psychanalytique Internationale
<evaweil@hotmail.com>

² Professeur de Psychopathologie,
directeur adjoint du Centre de
Recherches Psychanalyse, Médecine et
Société (EAD N°3522),
Univ Paris Diderot,
Sorbonne Paris Cité,
75013, Paris,
France ;
psychanalyste,
membre de l'Association
psychanalytique de France et de
l'Association psychanalytique
internationale
<villa@univ-paris-diderot.fr>

Résumé. Les auteurs analysent les fantasmes mis en circulation par la réalisation de la greffe d'utérus, nouvelle avancée technique dans le domaine des procréations médicalement assistées (PMA). Les fantasmes originaires, soubassement des théories psychanalytiques sont examinés dans leur lien avec l'utérus, organe qui peut revêtir des significations très différentes selon les subjectivités propres à chacun.

La notion de don, même si elle ne représente qu'un prêt dans cette greffe encore très peu connue, est explorée dans son lien avec ce que les auteurs connaissent des motivations exprimées par les femmes donneuses de leurs gamètes depuis un certain nombre d'années déjà. La place de l'enfant à naître, sans prendre une position de prédiction qui serait antinomique de la méthode psychanalytique, pourrait être celle d'un accord subjectif singulier entre l'enfant porteur de ses potentialités propres de nourrisson et ses parents qui découvriront leurs potentialités de parents au travers des aléas de ces découvertes.

Mots clés : représentation fantasmatique, méthode psychanalytique, don de gamètes, mécanisme psychologique, transplantation utérine, utérus-organe

Abstract. The authors analyze the fantasies induced by the transplantation of the uterus which is an important advance in ART. The primal fantasies which are the bases of the psychoanalytical theories are revised in their link with the womb-an organ which may represent many different significations according to subjective positions.

The meaning of donation, even though it can be only a loan in this completely new technique is compared to the motivations of women who have been donating their oocytes for quite a long time. Without taking a position of prediction which would be antinomic with the psychoanalytical method, it is considered that the child to be born would tune between his own personal potentialities and his parents who will discover their potentialities of parenting through the hazards of these discoveries.

Key words: fantasical representations, psychoanalytical method, gamete donation, psychological mechanisms, uterine transplantation, the womb as an organ

Bien évidemment, dès que l'on nous parle de greffe d'utérus, l'imagination s'affole, la pensée vacille. Mais, si, en plus, on précise qu'il s'agit de la greffe de l'utérus d'une mère à sa fille, les fantasmes se déploient, la pensée s'en voit encore davantage troublée et un certain effroi est généré.

Nous devons pourtant avoir présent à l'esprit en abordant cette réflexion sur la greffe d'utérus de savoir quelles sont les personnes vivantes susceptibles de donner un organe en vue d'une greffe. La loi de bioéthique du 7 juillet 2011, pour répondre aux attentes des patients et de leurs familles et favoriser les greffes, a élargi le cercle potentiel des donneurs vivants d'organes. Jusque-là, la personne majeure vivante, volontaire et en bonne santé qui

pouvait donner un organe était principalement le père ou la mère et maintenant, par dérogation, elle peut être un fils ou une fille, un frère ou une sœur du receveur, son conjoint, ses grands-parents, oncles ou tantes, cousins germains et cousines germaines ainsi que le conjoint du père et de la mère. Le donneur peut également être toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur ainsi que toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur. Le rappel de ce cadre législatif doit avoir, nous semble-t-il, pour effet immédiat de tempérer l'efflorescence fantasmatique que peut enclencher la déclaration « *une mère donne son utérus à sa fille* », en nous contraignant à ne pas oublier que



Tirés à part : E. Weil

le succès de la politique des greffes ne peut que privilégier, pour des raisons d'histocompatibilité, les dons de proches. Ce qui est au premier plan dans la greffe réalisée en Suède [1] n'est pas que ce soit une mère qui donne un organe, mais que l'organe donné soit un *utérus*. La question qui nous est alors posée est la suivante : le *statut* de l'*utérus* serait-il si singulier et si spécifique du point de vue subjectif qu'il serait impossible de le *transplanter* comme cela se fait avec d'autres organes ?

Psychanalystes et premières médicales

L'invitation qui nous a été faite de contribuer à ce numéro n'est pas surprenante. Ce genre de « première » de la technique médicale a pour effet inévitable de pousser les psychanalystes sur le devant de la scène publique en les appelant à se prononcer, en tant que spécialistes de la vie psychique, sur les effets psychiques et sociaux de ces prouesses biotechniques.

Nous refuserons de tenir la position du spécialiste qui saurait. Pour rester fidèle à l'esprit de la méthode psychanalytique, nous nous garderons de toute parole prédictive – A. Green [2] disait qu'il ne faut pas attendre du psychanalyste, qui a déjà tant de mal à reconstruire le passé, qu'il prédise l'avenir. Nous veillerons à surmonter nos *a priori* personnels et ceux de la culture à laquelle nous appartenons, nos jugements moraux et nos représentations fantasmatiques. Nous le ferons pour déployer la démarche psychanalytique qui est un procédé d'investigation des processus psychiques, qui autrement sont à peine accessibles. Cette méthode permet de déconstruire les productions de la vie psychique en mettant en lumière les fantasmes qui les structurent et les déterminent. Nous rappellerons que, pour la psychanalyse, la vie fantasmatique individuelle a pour creuset la jonction entre les fantasmes originaires : fonds commun de tous les humains et les expériences singulières de vie. De cette rencontre, vont émerger les interprétations personnelles des fantasmes originaires qui sont des variantes d'un thème propre à tous les humains.

Représentation de l'utérus dans la vie psychique

Trois grands types de fantasme originaire ont été distingués par la psychanalyse : fantasme de scène originaire, fantasme de castration et fantasme de séduction [3]. Il est parfois également question d'un quatrième fantasme concernant la vie intra-utérine, mais il nous paraît nécessaire d'indiquer qu'ici *utérine* ne renvoie pas tant à la représentation de l'*utérus* en tant qu'organe précis qu'à la représentation populaire et imprécise de *ventre maternel*. Il s'agit de fantaisies concernant notre vie dans

le ventre maternel. Nous précisons cela car, en faisant appel aux souvenirs issus de notre pratique clinique, il nous semble que nous n'avons qu'exceptionnellement entendu les patients parler de l'*utérus* et nous avançons, avec peu d'hésitation, qu'il ne s'agit pas là d'un organe du corps habituellement investi libidinalement, cet organe n'occupe *a priori* pas de place prépondérante dans l'imaginaire du patient. Dans la représentation psychique du corps, il appartient à cet ensemble imprécis et flou que l'on appelle *ventre maternel*. Précisons que l'un de nous a une expérience assez longue des PMA avec don de gamètes et, en particulier, de don d'ovocytes, également don de femme à femme, qu'il soit anonyme ou connu.

Ironiquement, nous pourrions dire que la première greffe d'*utérus* pourrait être un événement qui contraindrait le psychique à remanier sa représentation du corps en faisant place à une représentation plus précise de l'*utérus* dans le schéma du corps. En étant abrupts, nous avançons que cette prouesse technique constitue jusqu'à un certain degré une levée du refoulement organique qui est au fondement de la construction psychique du corps [4].

Le catastrophisme comme expression d'un rétrécissement culturel

Avant d'aller plus loin, soulignons que nous partageons la prudence et l'ouverture d'esprit non moralisatrice dont fait preuve C. Lévi Strauss dans *Problèmes de société : excision et procréation assistée* [5]. Dans un premier temps, il fait part de sa surprise de découvrir que, face aux problèmes sociétaux soulevés par la procréation assistée, il se révèle que nos sociétés restent fortement dominées par une conception où la filiation semble déterminée, imaginairement, bien plus par un lien biologique que par un lien social. Et, dans un second temps, il remarque que les inquiétudes catastrophistes, qui s'expriment devant les techniques de procréation assistée, témoignent d'un rétrécissement culturel qui méconnaît que, dans nombre d'autres sociétés, des équivalents métaphoriques équivalents aux techniques modernes ont existé ou existent encore. Il souligne que ces équivalents métaphoriques, dans la mesure où on y croit, ont un poids de réalité indiscutable et qu'ils ne semblent pas avoir des effets destructeurs au niveau social et psychique. Nous essaierons d'être fidèles à la prudence que convoque cette leçon en ne nous précipitant pas sur des prises de position qui n'exprimeraient principalement que nos présupposés culturels et personnels.

Un point de méthodologie d'importance est à signaler. Comme il s'agit d'une première greffe d'*utérus*, nous n'avons bien évidemment aucune expérience clinique de ses conséquences. Nous n'avons jamais, cela va de soi, rencontré ni une patiente à qui l'on a greffé un *utérus*, ni une patiente qui en a fait don. Nous remarquerons que, de

plus, nous ne disposons d'aucune déclaration publique ni des deux patientes greffées, ni des deux mères donneuses. Mais, d'ailleurs, même si nous disposions de telles déclarations, se poserait la question de la légitimité de traiter ces discours comme un matériau clinique. En un mot, le seul matériel clinique dont nous disposions réellement est celui que constituent nos propres réactions, impressions et réflexions face à la nouvelle de la réalisation de cette greffe.

Progrès médical, interdits et dépassement des limites humaines

Les considérables progrès techniques de la médecine rendent aujourd'hui possibles nombre de pratiques qui, jusqu'à il y a peu, semblaient inimaginables, impossibles et inconcevables et qui, d'ailleurs, pour cela même n'étaient pas interdites socialement. La technique médicale en nous confrontant à ces nouveaux possibles confronte la société à des choix juridiques et éthiques dont le point de départ est de savoir s'il faut tenir pour légitimes tous les désirs. L'expérience psychanalytique nous permet d'indiquer la fonction structurante que prend pour le désir la fonction de l'interdit en soulignant qu'aucune société et aucune individuation ne peuvent se réaliser sans cette confrontation à la question de l'interdit. Elle nous permet cela et rien de plus.

Nous pourrions de manière réductrice nous dire qu'il n'y a pas grande différence entre une greffe de rein, de cœur ou d'un autre organe et celle d'un utérus. Mais ce serait esquiver que, du point de vue, psychique, les organes du corps n'ont pas tous la même valence et ne suscitent pas les mêmes réactions affectives lorsqu'ils sont atteints (perdre un doigt suscite de l'angoisse mais bien moindre que celle de la perte de l'organe génital ou des yeux).

Même, si comme nous l'évoquions plus haut, la référence à l'utérus est rare dans les propos tenus par les patients dans une séance, il est indéniable que l'évocation et encore plus la réalisation d'une greffe de l'utérus déclenche inmanquablement de profondes inquiétudes. L'utérus prend tout à coup une résonance affective qui en fait imaginaires bien plus qu'un organe, il devient métonymiquement un représentant de la totalité de la personne, de son identité. Fantasmatiquement, on a le sentiment qu'y toucher est une atteinte de la personne même, qu'il ferait partie, peut-être, de ces organes dont la possession serait un constituant majeur de notre intégrité. Et, cela est d'autant plus vif s'il s'agit de l'utérus de la mère qui nous a portés. Afin de souligner cette dimension, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que l'affection psychique connue sous le nom d'hystérie doit son nom au mot grec qui désignait l'utérus et que l'on décrit l'hystérie

comme la maladie témoignant que la tête avait été saisie par l'utérus.

Que peut dire un psychanalyste quand la technologie médicale modifie les cliniques habituelles du corps ? Il doit, en tout premier lieu, se rappeler que, depuis l'aube de l'humanité, l'homme au travers des progrès de la technique a tenté de surmonter les limitations que lui imposait son corps. Ces progrès prennent, comme toutes les activités humaines, source dans les questions qui habitent les fantasmes originaires : questions sur l'origine, sur la vie et la mort, sur la différence des sexes... Cela a été vrai de tout temps et dire que les fantasmes originaires œuvrent dans les progrès de la technique ne les disqualifie pas pour autant. De tout temps, l'homme a désiré dépasser son humaine condition et a rêvé d'être l'égal et à l'image des dieux que son esprit avait conçus. Nous pouvons nous interroger sur l'expression que prend ce désir dans telle ou telle avancée de la science, repérer la manière dont l'incomplétude et l'infantilisme tentent d'être surmontés, souligner le rôle moteur que prend, dans la vie psychique, le couple de contraires que constitue respect/transgression des interdits – rien de plus.

Grefe et construction psychique du corps : le nouveau moi

Il nous semble que toute greffe d'organe nous oblige à reprendre conscience des conditions et mécanismes psychiques qui déterminent la construction du corps [6]. La représentation que nous en avons édifiée nous permet, tant que nous ne sommes pas atteints dans une partie de notre corps, d'ignorer toutes les parties du soma dont nous n'avons aucune conscience, aucune représentation. C'est lorsque nous sommes atteints dans telle ou telle partie du corps par la maladie ou par sa défaillance que celle-ci commence à prendre une importance surévaluée psychiquement. La psychanalyse a permis une meilleure intellection des processus de défense que déclenche la douleur et de saisir, comme la littérature l'avait déjà montré, que la douleur est la source première du processus de représentation qui permet la construction psychique du corps [7]. L'organe, pris dans ce procès, devient alors le lieu d'un investissement libidinal qui le dénature et lui octroie, imaginaires, la charge de réaliser, au-delà de sa fonction physiologique, des fins psychiques bien plus larges.

Nous l'avons déjà dit le problème soulevé par la greffe d'utérus commence dès que psychiquement nous faisons de l'utérus autre chose qu'un organe, que nous le surévaluons. Est-ce possible d'éviter cette surévaluation ? Et, est-il possible, de la surmonter après qu'elle ait eu lieu ? Est-il possible et souhaitable de dissocier un acte médical de l'imaginaire qui l'accompagne ?

La greffe d'un organe, nous le savons, comporte toujours un risque de rejet de l'organe transplanté. C'est de la réaction immunologique du receveur contre l'organe greffé que va dépendre qu'il y ait ou non rejet. Cette réaction est très proche de celle générée au cours de la défense contre une infection. C'est la persistance et la force du caractère d'étrangeté de l'organe greffé qui entrave le processus de l'*assimilation* du corps étranger qu'il est au départ et peut empêcher sa transformation, par appropriation, en un organe devenu propre par son intégration fonctionnelle à un ensemble psychosomatique. Au-delà des processus immunitaires qui vont permettre que s'établisse une histocompatibilité entre le greffon et l'organisme receveur, il faut prendre en compte le travail psychique qu'impose à un individu la nouvelle donne de la transplantation. Dans un premier temps, la confrontation à un corps défaillant dans l'une de ses parties a déjà contraint à un remaniement des représentations que le patient avait de soi, de son corps, de sa vie, de son histoire. Ce remaniement équivaut à une véritable modification de l'instance psychique qu'est le *moi*. Sans forcer le trait, nous dirons que le *moi antérieur* à la découverte de la défaillance du corps ne peut pas rester tel qu'il était et, dans certains cas, sa viabilité est fondamentalement remise en question et il est menacé de destruction. Des phénomènes d'étrangeté à soi-même, aux autres, à sa vie, surgissent qui peuvent engendrer des phénomènes d'inquiétante étrangeté, de dépersonnalisation plus ou moins aigus, des troubles de l'identité durables ou passagers. Le travail psychique auquel est convoqué le patient vise à reconstruire un *nouveau moi* qui s'étaye sur la réalité somatique présente révélée par la défaillance du corps [8]. Parvenir à reconstruire psychiquement une nouvelle image du corps à partir de l'inconnu du somatique que fait surgir la défaillance du corps¹ [9] est la condition pour que nous parvenions à nous rendre relativement ami avec la réalité effective de notre corps et pour que nous donnions à notre vie une résidence psychosomatique viable. Ce moment psychique de trouble consécutif à une défaillance du corps se traduit également par un brouillage des frontières entre le dedans et le dehors du corps, entre le propre du corps et son étranger. Ce brouillage va nécessairement s'accroître devant la perspective d'une greffe qui contraint à supporter de déplacer les frontières de l'identité corporelle.

L'humain affirme facilement : « *Moi, c'est moi, toi t'es toi* ». Il le fait en négligeant la question de l'identité

¹ Spinoza écrivait que nous ne savons pas ni ce qu'est exactement le corps, ni ce qu'il peut effectivement. Les défaillances du corps sont le moment où cette affirmation prend toute sa signification en nous révélant que la représentation du corps que nous avons construite psychiquement est loin de recouvrir toute la réalité du somatique qui supporte notre vie et qui, pour une large part, nous reste inconnue et inconnaissable.

et de l'intégrité personnelle qui est moins évidente qu'il n'y paraît. La possibilité de la greffe remet en cause la passion de clôture autoréférentielle et autosuffisante qui habite notre volonté identitaire. Elle oblige à penser qu'à la suite de la greffe, le patient ne pourra rester lui-même que s'il est à même d'accueillir en lui une part qui lui est au départ étrangère. Cela va le contraindre à inventer les formes de coopération avec cet étranger qui est maintenant en son for intime pour parvenir à une cohabitation durable avec lui. Le résultat heureux de ce processus sera la création d'un *nouveau moi* qui permettra l'illusion d'avoir retrouvé son intégrité, son identité en parvenant à oublier la *provenance étrangère* d'une partie de ce *moi*. Paradoxalement, la greffe nous oblige à nous souvenir, dans un mouvement de retour vers notre origine, que l'être humain ne prend sa consistance de sujet que dans un processus d'individuation et de différenciation depuis la rencontre de ce qui lui est étranger. Ce que chacun d'entre nous est résulte des modalités de traitement de cet étranger ; tantôt nous l'avons rejeté hors de nous, tantôt nous l'avons introjecté, assimilé parfois au point de pouvoir finir par ignorer le plus souvent sa provenance étrangère. Une indication technique nous paraît pouvoir être retenue. Si le greffon est le lieu d'un surinvestissement libidinal majeur, peuvent prédominer, au-delà de sa fonction physiologique (raison de l'indication de greffe), bien d'autres fonctions. Celles-ci font de l'organe autre chose qu'un simple organe, il devient le lieu d'une fantasmatisation, d'une scène où se joue bien autre chose que le physiologique et cela peut compliquer la réussite de la greffe et participer psychiquement au processus de rejet.

Nous nous limiterons à ces quelques remarques et nous reviendrons précisément à la greffe d'utérus en indiquant qu'elle présente les mêmes risques que les autres greffes. Nous retrouverions les mêmes questions mais avec, peut-être, une accentuation : est-il possible que le travail de désinvestissement libidinal de l'organe utérus soulève davantage de résistance que celle de l'organe foie ou rein ? L'utérus peut-il redevenir un organe parmi d'autres, ce qui rendrait possible à plus ou moins long terme d'en faire une partie de soi, sans être obnubilé par son origine étrangère ? Nous sommes loin de penser que cela soit impossible et nous n'avons aucune raison de penser que s'il en était ainsi cela serait particulièrement inquiétant. Nous apporterons, cependant une nuance, à ce propos. La greffe d'utérus est porteuse d'une autre première à venir. Il est prévu que si cette greffe permet le développement d'une grossesse jusqu'à son terme, à la suite de l'accouchement, l'organe greffé sera retiré. Cette donnée fait surgir une autre réalité que celle engendrée par les autres pratiques de greffe. Au côté du travail d'appropriation du greffon, il faudra prendre en considération l'interruption ou la remise en cause de ce travail suite au retrait du greffon.

Les motivations des donneuses d'utérus

Si les motivations des femmes demandeuses d'un utérus leur permettant d'avoir un enfant sont compréhensibles, il est important de s'interroger sur les motivations des donneuses d'utérus. Puisque nous n'avons pas de matériel clinique relatif à cette démarche, nous nous référons à notre expérience avec les donneuses de gamètes.

Quelques mécanismes psychiques à l'œuvre chez les donneuses ont déjà été décrits [10-12], nous les rappellerons : 1) l'identification à la femme sans enfants ; 2) la peur rétrospective ; 3) la défense devant l'envie.

Concernant l'identification à la femme sans enfants, la déclaration « *J'aurais pu être cette femme stérile* » est une crainte qui revient répétitivement dans le discours de la femme fertile. C'est encore plus frappant, dans le cas de sœurs, où l'une est fertile et l'autre pas. La répartition de l'héritage maternel est là, particulièrement injuste. Et réparer l'injustice devient alors une nécessité car la crainte de la loi du talion est proche. Le discours ici serait alors : « *Il pourrait arriver quelque chose à mes enfants si je ne faisais pas un geste pour cette femme, et comme mes enfants sont ce que j'ai de plus précieux. . .* ».

La peur rétrospective des femmes fertiles nous paraît très importante. En effet, celle qui donne ses ovocytes à eu des enfants, plus ou moins quand elle l'a désiré, et devant la détresse de celle qui ne peut pas en avoir, elle se trouve dans la position de vivre ce qui aurait pu être traumatique et qui est sans doute une crainte infantile extrêmement précoce. La femme se retrouve alors souvent, imaginativement, par identification, dans cet état de petite fille infertile, incapable et démunie, qui ne pourrait pas être comme sa propre mère, qui l'a mise au monde. La plupart des donneuses expriment à un moment ou à un autre des entretiens que le plus beau jour de leur vie a été quand leur enfant est né, alors, comment accepter de priver la femme stérile de cette possible accession à ce bonheur au moyen de quelque chose qui ne lui sert pas ?

La défense devant l'envie émerge pour la donneuse qui est confrontée à la stérilité de sa sœur, de son amie, d'une proche. La donneuse se retrouve donc riche de sa fertilité, riche de la chance d'avoir pu devenir mère, comme sa propre mère. Mais, quand on possède quelque chose, on peut être enviée et cette envie peut devenir destructrice de ce que l'on possède et que l'autre n'a pas. En l'occurrence, il s'agit des enfants, et en donnant une partie de ce qui est possédé et envié, on se protège contre le risque de perdre. Les donneuses donnent un peu, quelques ovocytes, dont elles ne se servent pas, de toutes façons, pour éviter qu'on leur prenne beaucoup. Ceci reste, bien sûr, la plupart du temps, inconscient et la face consciente qui apparaît est celle de la solidarité féminine, moteur très puissant du don.

Ces mécanismes ont été décrits à partir d'une large population de donneuses d'ovocytes et non pas, rappelons-le, de donneuses d'utérus. L'expérience clinique à venir nous permettra de déterminer si ces mécanismes se retrouvent dans le cas du don d'utérus ou s'il faudra en isoler de nouveaux. C'est là l'une des pistes de prospectives.

Désir d'enfant et fonction réparatrice de la grossesse

Nous ferons un pas de côté en ne portant plus l'accent sur l'utérus mais sur le *désir d'enfant*. La demande à laquelle répond la proposition de greffe d'utérus ne relève pas, concrètement de la nécessité vitale – encore que cela nous conduirait à interroger ce qui est de l'ordre du vital pour l'humain. Cette demande fait apparaître, certes, un *désir d'enfant* mais celui-ci met plutôt l'accent sur un désir de vivre l'expérience de la grossesse, de porter cet enfant dans son corps, dans son ventre-utérus. Ce sont les motivations essentielles exprimées par les femmes stériles, dans le cadre du don d'ovocytes. A ce moment la grossesse devient un des fondements de l'identité féminine et l'on entend souvent : « *Je ne pourrais être femme que si je suis mère* ». En effet, porter un enfant semble nécessaire à certaines femmes, plutôt nombreuses tandis que d'autres s'y refusent. Bien évidemment, on ne peut exclure que l'impossibilité de connaître une grossesse, qui est vécue dans cette situation comme l'équivalent d'une castration, n'ait pour effet une surévaluation de la grossesse comme affirmation d'une identité de femme.

Essayons de nous projeter au-delà du caractère spectaculaire de ces premières greffes et de l'efflorescence imaginaire qu'elles suscitent. Une fois que la viabilité de ces greffes aura été confirmée ou infirmée par l'expérience, il est possible que le vécu même de la grossesse qu'elles auront rendu possible fasse passer à l'arrière-plan la provenance de l'utérus et que le fait qu'il ait été donné par une mère, une fille, une sœur ou une inconnue ne prennent pas une signification nécessairement pathologique ou excessivement significative. Nous avons rappelé à quel point porter un embryon, le mener à terme en lui donnant vie est une activité hautement investie dans notre culture. Cela donne lieu à des constructions théorico-cliniques mettant en jeu l'imaginaire du nourrissage par le sang, les émotions, les affects, bref par toutes les interactions précoces sur lesquelles les psychanalystes ont attiré l'attention depuis près d'un siècle. Dans le temps de la gestation, s'établit cette chaîne de transmission dont nous devenons un maillon en enfantant. En devenant parent, on s'inscrit en positif, en négatif ou à côté du fait d'avoir été, soi-même, un enfant — donc d'avoir eu des parents.

Nous ne pouvons exclure que, dans quelques années, la greffe d'utérus ne devienne qu'une greffe parmi d'autres. L'expérience clinique avec des femmes qui font don de leurs gamètes nous a montré qu'au-delà des craintes fantasmatiques qu'avait suscitées l'apparition de cette possibilité, nous n'avions cliniquement, du point de vue psychique, à faire à rien de structurellement différent du point de vue du jeu des théories sexuelles infantiles et de la fantasmatisation psychique.

Conclusion

Pour finir, une des questions toujours inscrites en filigrane dans ces avancées technologiques procréatives serait : quelles traces laisserait ce mode de procréation dans le psychisme de la mère, de l'enfant, du père ? Comment lire ces traces ? Ne seraient-elles pas trop lourdes pour certains ?

En reprenant les propos de notre collègue suisse, F. Ansermet [13], nous dirions, que sur le plan clinique, si ces situations se présentaient à nous, notre travail consisterait alors, à séparer la représentation et la place de l'enfant de son mode de procréation. Ceci permettrait de libérer les sujets de cet excès d'imaginaire inhibant, tout en conservant l'objectif de leur permettre de trouver – retrouver la subjectivité singulière d'accords particuliers entre l'enfant, porteur de ses potentialités propres de nourrisson, et ses parents qui découvriront leurs potentialités de parents au travers des aléas de ces découvertes. Le tissage de la filiation, on peut l'espérer, pourra alors rassembler tous les nœuds de la transmission et du nouveau.

Conflits d'intérêts : aucun.

Références

1. Hansen A. Swedish surgeons report world's first **uterus** transplantations from mother to daughter. *Br Med J* 2012 ; Sep 20 345 : e6357.
2. Green A. *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob, 2002.
3. Freud S. Leçons d'introduction à la psychanalyse, trad. André Bourguignon, Jean-Gilbert Delarbre, Daniel Hartmann et François Robert, avec la collaboration de Janine Altounian et Pierre Cotet, In : *CŒuvres complètes. Psychanalyse*. Paris, PUF, Paris, 2000 ; 14 : 384-5.
4. Villa F. *La puissance du vieillir*. Paris : PUF, 2010, en particulier les chapitres 5, 6 et 7.
5. Lévi-Strauss C. Nous sommes tous des cannibales. Paris : La librairie du XXIème siècle, Seuil, 2013, 81-101.
6. Ascher J, Jouet JP. La greffe, entre biologie et psychanalyse, avec une Préface de M. de M'Uzan. Paris : PUF, 2004.
7. Freud S. (1922 [1923b]) « Le moi et le ça », trad. Balibeau C. Bloch A. Rondeau JM. In : *CŒuvres complètes, Psychanalyse*. Paris : PUF, t. XVI, 1991.
8. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle, trad P. Kœppel. Paris : traductions nouvelles, Gallimard, 1987.
9. Spinoza B. de. *Ethique, III, 2, scolie*, trad. Caillois R., Francès M. et Misrahi R., *La Pléiade*, Gallimard, 1954.
10. Weil E. *Que transmettent les cigognes ?* *Champ psy* 2011/2 (n° 60). : 27-9.
11. Weil E. L'intérêt de l'enfant dans le contexte du don d'ovocyte. Aspects psychologiques dans le don de gamètes. *MT/médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie* 2011 ; 13 : 187-93.
12. Weil E, Dudkiewicz-Sibony C, Cornet D, Mandelbaum J. L'accueil d'embryons : le point de vue des couples donneurs. *MT/médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie* 2008 ; 10 : 34-7.
13. Ansermet F. <http://www.rts.ch/la-1ere/programmes/corpus/4307798-tiens-ma-cherie-voici-mon-uterus.html>.