

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	88 (1990)
Heft:	9-10
Artikel:	Dix ans d'écoute du désir d'enfant en procréation médicalement assistée (PMA)
Autor:	Delaisi de Perseval, Geneviève
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950362

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Dix ans d'écoute du désir d'enfant en procréation médicalement assistée (PMA)

Geneviève Delaisi de Perseval, psychanaliste, auteur de «l'art d'accomoder les bébés»

Intervenante au Congrès de l'ASSF 1990

Suite du numéro 7-8/90 avec aspect psychologique de la PMA

Depuis un quinzaine d'années, le paysage des PMA a changé de façon extraordinairement rapide; seule l'IAD existait en 72-73 de façon officielle. Elle est maintenant moins en vedette que la FIV et les techniques connexes, bien que la question des donneurs de gamètes masculins et féminins soit, via la FIV, plus que jamais à l'ordre du jour, surtout dans le contexte d'effervescence législative actuel. Mais le changement le plus important à mon sens, c'est le fait que nous ne sommes plus à l'époque où le recours aux techniques médicales était encore exceptionnel. Il semble que nous soyons insidieusement passés à un système de valeurs différent, dans lequel le recours systématique et officiel aux pratiques médicales pour avoir un enfant «qui n'arrive pas» est devenu banal, presque normal. Il s'agit presque maintenant d'un système alternatif de la reproduction humaine, médicalisé et sans sexualité.

Et pourtant... en dépit de ce que nous donne à voir la médecine de la reproduction, je pense, comme psychanalyste, que la transmission de la vie échappe partiellement, voire totalement à ceux qui la transmettent. Certains enfants sont «durs à venir», sont le fruit d'une longue patience, d'autres naissent par hasard (ça existe encore...); d'autres n'arrivent pas car ils sont empêchés par la peur ou le rejet inconscient de leurs parents; d'autres naîtront, mais n'auront jamais leur place; d'autres enfin n'existeront vraiment que plusieurs mois après leur conception, ou même bien plus tard.

On ne sait pas exactement pourquoi on est pris par un désir d'enfant quelquefois impérieux: se reproduire, re-

trouver des ancêtres, recréer des relations parents/enfants idéales qu'on n'a pas eues. Bref, le désir d'enfant c'est compliqué et contradictoire.

Il est cependant important de comprendre pourquoi tel individu ou tel couple désire un enfant, surtout quand un obstacle, appelé stérilité, contrarie ce désir qui flambe alors souvent, d'autant qu'il trouve maintenant une offre médicale fantastique, qui va même parfois au-delà de ce que le couple souhaitait au départ. Nous sommes entrés dans l'ère de l'«enfant à tout prix».

Il me semble que notre société est allée trop vite, ou s'est trop vite emballée (sans doute à cause de l'intérêt fantastique de ces techniques pour l'accès direct qu'elles permettent à l'embryon humain) en traitant la stérilité comme une maladie qu'il faudrait guérir par tous les moyens possibles, même les plus coûteux et les plus risqués; comme on le ferait pour une «vraie» maladie, une maladie à enjeu vital. Rappelons tout de même ce truisme: on ne meurt pas de stérilité (sauf parfois quand elle a été trop soignée; les PMA comptent hélas quelques mortes...). Rappelons aussi que la stérilité n'est pas une «maladie comme les autres» pour la raison profonde que l'arrivée d'un enfant ne guérit pas les parents de façon automatique; le succès d'une IAD ou d'un FIV (c'est-à-dire la naissance d'un enfant) n'efface pas de facto les blessures d'années de souffrances antérieures; le deuil de la fertilité ne se fait pas de façon évidente à la levée du symptôme. A l'inverse, vous le savez, de nombreux couples guérissent sans enfants nés d'eux-mêmes, à commencer par les parents adoptifs.

*On assiste actuellement à une transformation insidieuse du désir d'enfant d'un individu, d'un couple, en un besoin d'enfant, voire à un droit à l'enfant. La métaphore médicale jouant ici à plein, on fait comme si une souffrance humaine (ne pas vivre en compagnie d'enfants, ne pas pouvoir donner de petits enfants à ses parents, ne pas pouvoir jouer avec le fantasme de «la chair de sa chair») était un symptôme relevant de la médecine et renvoyant à une maladie qu'on pourrait traiter, traitement tout naturellement pris en charge par les systèmes d'assistance de la société. Situation, au demeurant, on ne peut plus *paradoxe* puisqu'on ne s'occupe, par ces traitements, que du symptôme (l'absence d'enfant), non de la cause (l'hypofertilité ou la stérilité d'un individu ou du couple). Le couple en effet, faut-il le rappeler, reste toujours stérile après une IAD ou une FIV; il ne pourra avoir (éventuellement) un autre enfant que s'il se fait «soigner» à nouveau.*

Le problème psychologique est alors celui de l'équilibre du couple après les traitements; dans le cas de naissances d'enfants, mais aussi (et surtout) en cas d'échec. Plus de la moitié des couples, il faut le savoir, ressortent sans enfants, de ces programmes (les grossesses débutantes qui avortent ensuite ne sont pas des succès pour les couples!); certains ressortent aussi «cassés», nombre de bébés naissent, en outre, avec des problèmes physiques (liés principalement à la prématurité). (Sans parler du difficile problème psychologique de la réduction embryonnaire).

La stérilité, je le disais, est un symptôme, qui comme tout symptôme risque de se déplacer si on ne l'écoute pas, si on le court-circuite systématiquement; c'est alors le futur enfant qui risque de le reprendre à son compte, de l'«éponger», d'en devenir le porteur. L'expérience clinique montre que la souffrance d'années de traitement de stérilité entame, quelquefois empêche l'élaboration psychologique que fait naturellement la future mère dans les grossesses non médicalisées. Il y a alors danger que l'enfant soit investi difficilement par les parents; comme un enfant-remède, comme un enfant-prothèse, dont la naissance est à la fois la signature du fait que le couple a vaincu sa stérilité, mais dont la présence rappel-

le en même temps les souffrances passées et présentes de ses parents; en d'autres termes il est aussi un témoin de la stérilité du couple.

Enfin, quitte à vous étonner peut-être, je voudrais dire que le symptôme stérilité ne possède pas seulement une connotation négative. *La stérilité du couple est parfois un symptôme adaptatif*, nécessaire au maintien de règles familiales, non dites, mais néanmoins très actives. Quand on suit ces couples, on découvre que certains d'entre eux ne se sont pas constitués par hasard, mais au contraire à partir d'une démarche inconsciente de ne pas avoir d'enfant (alors que leur projet conscient est, bien évidemment, d'en avoir). Il s'agit alors, dans un travail psychologique avec le couple, de comprendre avec eux comment ce symptôme fonctionne à l'intérieur du groupe familial restreint et élargi. Ce n'est plus alors «l'enfant qui ne veut pas venir», selon une expression que l'on entend souvent, mais c'est plutôt «l'enfant qui ne peut pas venir», celui qui reste accroché pourraient-on dire, dans les branches de son arbre généalogique (expression que j'ai, moi, empruntée au poète René Char). Ces remarques avaient pour but de faire comprendre à quel point il est difficile de «réparer» une faille, un manque dans le domaine de la fertilité humaine, de le réparer de façon objectivante, par un seul traitement seulement médical et social. A quel point il est difficile de réglementer le désir d'enfant d'un couple, difficile d'en faire, comme dans certains systèmes législatifs, un «*projet parental*» quasi estampillé auquel on donne un délai d'expression précis (1 an dans la loi suédoise, 5 ans dans la loi australienne, 5 ans aussi dans l'avant-projet français).

Voici un exemple pris précisément dans ce dernier texte, propre, à mon sens, à faire comprendre cette *difficulté de gestion psychologique du désir d'enfant* dans les *différentes techniques de PMA*; il s'agit des choix des couples qui ont des embryons congelés, embryons dits surnuméraires, créés à l'occasion d'un traitement de FIV. On lit à l'article L. 671 de l'avant-projet: «Au cours de ce délai de 5 ans, les auteurs de l'embryon *in vitro* peuvent expressément faire don d'un des embryons pour la réalisation du projet parental d'autrui. La contribution au projet parental d'autrui par don d'embryon est subsi-

diairement relative à la réalisation du projet parental des auteurs de l'embryon. Elle ne peut porter que sur des embryons excédentaires. lorsque, pour la réalisation du projet parental d'autrui, les auteurs de l'embryon en ont autorisé la congélation, celle-ci ne peut avoir lieu que si le projet parental primordial a été réalisé avant le délai légal.»

Pour ma part, la notion d'expiration du «délai légal du projet parental primordial», me laisse quelque peu sceptique... ainsi d'ailleurs que l'ensemble de ces lignes.

Cela me semble difficile de gérer le désir d'enfant avec une logique aussi administrative! Ce texte évoque plutôt un plan de financement pour l'achat d'un appartement ou la gestion de capitaux boursiers. En tous cas, les couples que je connais et qui sont dans ce cas (ceux qui ont actuellement des embryons dans le congélateur d'un hôpital) envisagent avec appréhension le devenir de leurs embryons s'ils n'ont pas l'occasion de les utiliser pour eux. Un couple auquel je pense a fait 8 tentatives infructueuses de FIV (mais ils ont eu des embryons surnuméraires) puis a décidé d'abandonner; ce couple est en pleine démarche d'adoption; en bonne logique, ils pourraient demander la destruction de leurs embryons – c'est d'ailleurs la seule possibilité officielle en ce moment en France en dehors de l'utilisation pour soi-même –; pourtant cela ne semble pas si simple pour eux. Pas plus d'ailleurs que l'idée de donner ces embryons, que ce soit à la recherche médicale ou à un couple. Un *projet* qui porte sur un *enfant «possible»* (c'est le concept qui me semble le plus adéquat pour penser le statut d'un embryon congelé qui est à la fois excédentaire et *involontaire*), ce projet ne peut vraiment pas être réglé d'avance et de façon contraignante. C'est comme si un couple décidait par avance de recourir à l'IVG si une grossesse advenait dans les 3-4 années à venir. Certains le font, certes, mais combien aussi changent d'avis. On sait que certains enfants non désirés peuvent devenir par la suite aimés tout autant que les autres.

Pour revenir à l'embryon congelé, on pourrait peut-être essayer d'une part d'en créer moins, d'autre part de ne pas les conserver au-delà d'un délai raisonnable (1 an en Suède à titre d'exemple), délai qui n'obligerait pas

le couple à faire des projections et des gestions anticipées et hasardeuses de leur désir d'enfant.

Arrêtons-nous ici un instant sur un point qui mérite réflexion: aucune des différentes réglementations sur les techniques de procréation artificielle ne semble remettre en cause *l'existence, la raison même* de ces traitements. Les différents textes – l'avant-projet français comme les autres – semblent considérer ces techniques comme des acquis scientifiques qu'il faudrait seulement réglementer et dont il faudrait canaliser les dérives éventuelles. Alors même que, on l'a vu, les différentes techniques des PMA sont éminemment paradoxales puisqu'elles ne traitent ni la cause physique de la stérilité, ni sa cause psychologique. Ce sont des techniques très sophistiquées, certes, mais, *psychologiquement*, ce ne sont que des techniques de remplacement. Que faire de ces difficultés de fond? Chacun, dans sa discipline a pris des options déontologiques et parfois philosophiques. Certains psychanalystes en particulier – puisque c'est de psychanalyse que je parle – donnent l'impression de vouloir (si j'ose dire) jeter le bébé avec l'eau du bain, c'est-à-dire de rejeter en bloc les techniques de la PMA comme des simulacres dérisoires de réparation de la fonction paternelle et maternelle. *Ma position personnelle a été, depuis 10 ans, de cheminer avec ces couples, étape par étape, problème après problème, de les aider à faire un travail d'élaboration mentale au travers de leur parcours médical. Je considère pour ma part que ces techniques existent, qu'elles répondent à un besoin, même si le désir qui sous-tend ce besoin peut et doit être questionné. ça ne m'empêche évidemment pas de prendre position dans le débat sur les enjeux et les conflits de valeurs qui sous-tendent les questions liées aux PMA. Vous allez le voir tout de suite.*

*Il n'y a pas aujourd'hui, dans la société française, de consensus de la morale collective à propos du recours systématique et officiel aux pratiques médicales. Il n'y a pas, non plus, de consensus sur la question fondamentale du statut de l'embryon, qu'il soit *in vitro* ou *in vivo*; le problème philosophique de l'avortement reste silencieusement, en non-dit, au centre des débats.*

Sur un sujet aussi important que celui de l'anonymat du donneur en IAD, on semble même en France, vouloir fermer le débat alors qu'il n'a jamais été ouvert. Je trouve en ce sens curieux que l'avant-projet de loi semble avaliser, sans le discuter, le fonctionnement de l'IAD «à la française», alors que, si la loi rend incontestable la paternité du père, une levée de l'anonymat devient possible puisqu'aucune filiation ne peut exister entre donneur et enfant. Il est d'ailleurs très significatif de constater que les deux lois qui existent à ma connaissance actuellement sur l'IAD, la loi australienne de l'Etat du Victoria (1984) et la loi suédoise (1985), se sont toutes les deux prononcées pour une levée de l'anonymat du donneur (les projets du Québec et de l'Ontario vont dans le même sens).

On voit dans ce cas précis deux systèmes de valeurs s'affronter:

– *le premier défend à tout prix le respect de la vie privée des individus; c'est ce courant de pensée qui érige l'anonymat des donneurs en règle absolue, même si on légifère et qu'aucune filiation ne puisse être établie entre donneur et enfant.* C'est ce qu'on retrouve dans l'avant-projet de loi français sur cette question: (article 668-8: «A peine des sanctions prévues à l'article 378 du code pénal, l'identité du donneur de gamètes ne peut être révélée à qui que ce soit»).

– *Le deuxième système de valeur défend le droit absolu de l'enfant à avoir accès à la vérité sur ses origines.* Ce courant de pensées préconise une levée possible de l'anonymat quand toutes les parties sont consentantes. C'est cette option qu'ont prise les deux lois actuelles sur l'IAD, la loi australienne (avec 5 ans de recul), la loi suédoise (4 ans). Chaque système à sa manière, à partir de considérations éthiques et psychologiques différentes, a fait du donneur de sperme (et de sa compagne), des partenaires, au moins symboliques, de la famille; avec sinon une identité, comme en Suède, du moins une silhouette individuelle, comme en Australie. A titre indicatif, et parce que j'ai pu observer moi-même comment ce système fonctionnait en Australie, je cite les quelques lignes qui figurent en tête du document d'informations non identifiantes remplie par le donneur de sperme (j'ai apporté cette feuille de

renseignements). On lit: «Un nombre croissant de parents IAD ont l'intention d'informer leurs enfants de la méthode de conception qui a été la leur. Nous vous demandons de remplir cette feuille d'information pour permettre à ces enfants d'avoir des informations non identifiantes sur leurs antécédents paternels».

Toujours dans ce document, on trouve cette information, intéressante pour notre débat, à l'usage du donneur: «En Angleterre, les enfants adoptés peuvent avoir des informations sur leurs parents biologiques; seulement 10% d'entre eux cherchent à obtenir cette information, et seulement 1% parmi ceux-ci souhaitent réellement rencontrer leurs parents d'origine. Il a été estimé que les pourcentages seront probablement plus bas pour le cas des enfants IAD».

La doctrine sous-jacente a été résumée par le Comité qui examina là-bas (la Commission Waller) les problèmes posés par les procréations artificielles (1983): «Le législateur a vite fait d'effacer le lien légal entre parent génétique et enfant, mais il ne peut ignorer le droit moral de l'enfant à connaître son origine génétique». On voit que dans ce système, le lien volontaire l'emporte sur le lien biologique, mais ce dernier n'est pas entièrement gommé. Les principes éthiques et psychologiques qui ont fondé ces choix (en particulier le respect de tous les protagonistes de la procréation artificielle, y compris les donneurs de gamètes et leurs conjoints) ont conduit à exiger que les risques psychologiques soient minimisés pour tous les participants et à ce que les liens humains soient préservés autant qu'ils peuvent l'être. On voit que loin d'être réduit à une goutte de semence comme dans notre pays, le donneur, ici, devient un partenaire discret de la famille.

La législation suédoise sur l'IAD est partie, elle, du principe suivant: «Avoir un enfant n'est pas un droit imprescriptible de l'être humain... l'insémination ne doit être autorisée qu'à la condition d'offrir à l'enfant à naître la possibilité d'une croissance favorable» (Doc suédoise, P.9, G. Everlöf). L'objectif a été pour le législateur suédois de faire en sorte qu'être né par IAD ne soit pas

une chose inavouable et que cette situation soit pleinement assimilable à celle des enfants adoptés. Les travaux sur l'adoption montrent en effet que l'enfant adopté a un grand besoin de connaître son origine, et que les possibilités qu'il a de pouvoir se renseigner sur ce point sont très significatives pour son développement psychologique (cf Verdier, Diatkine, Bourdier, Soulé, etc).

Je pense que les résistances psychologiques à la levée de l'anonymat viennent autant de craintes irrationnelles sur la levée de l'anonymat, que de craintes qui concernent le secret sur l'IAD elle-même, secret qui sert principalement à protéger le narcissisme de l'homme stérile, et, par extension, l'image du couple. Or l'expérience clinique, et ici encore les études sur le devenir des enfants adoptés, montrent que tout secret qu'on fait peser sur un enfant est en fait un mensonge et exerce un effet pathogène (voir notamment ce qu'en disait S Tomkiewicz au Congrès de 1985). Je pense qu'il est plus sain pour un enfant d'avoir un père désirant, bien que stérile, plutôt que de vivre dans une atmosphère de mystère qui, à long terme, étouffe l'enfant et bloque sa liberté de pensée (cf travaux Bourdier).

les enfants à problèmes de filiation (en dehors de l'adoption et de l'IAD, on connaît le cas d'enfants «naturels», adultérins, légitimés, mais les enfants «à secrets de famille» – ceux qui ont eu par exemple un frère ou une soeur aîné mort avant leur naissance...) ces enfants interrogent tous, à un moment ou à un autre, il faut le savoir, leur entourage, avec des questions, mais aussi avec des symptômes. En général, l'enfant sait qu'on lui cache quelque chose, mais ne sait pas quoi ou fait semblant de ne pas le savoir puisque c'est un sujet tabou. Il se sent exclu du savoir familial, d'où un blocage du développement de l'intelligence, comme si le fait de ne pas avoir accès à un élément de la connaissance faisait «tache d'huile», l'enfant «préférant» ne plus rien savoir du tout. Aussi la question est-elle bien de réfléchir sur le devenir de ces couples – et de ces enfants – «habitée» par des tiers. Il existe un risque d'«irrépérage parental» – irrépérage paternel le plus souvent – inhérent à ces situations; risque qui peut se tra-

duire par des inhibitions intellectuelles, ou encore par des troubles psychosomatiques.

Je pense personnellement que tout être humain a le droit de savoir de qui il est issu, qui sont les divers relais génétiques et humains à qui il doit la vie. Françoise Dolto disait que le langage de la filiation charnelle ne peut se passer d'une forme, ce qui veut dire que tout enfant ou adulte a envie de savoir comment est (au sens du «quel genre de personne est») l'être qui lui a donné la cellule germinale. Je partage et avis.

Une authentique transparence me semble devoir être le «prix à payer» pour éviter la déshumanisation découlant des nouvelles techniques de procréation. Les partenaires en présence dans la procréation artificielle ne sont pas traités de façon égale, on l'a vu, dans les différents systèmes existants. En schématisant un peu – mais rien qu'un peu – on peut dire que cela revient à: *intérêt des adultes versus intérêt de l'enfant* selon les différents systèmes.

En France, par exemple, donneurs et médecins sont très protégés. Le donneur ne court aucun risque. Les médecins ont une position confortable, grâce à une solide tradition de confidentialité. La famille-IAD est, elle, en position plus précaire. La clause d'anonymat préserve le couple de toute irruption du donneur, mais lui interdit de pouvoir révéler jamais à l'enfant qui est son géniteur biologique. Ce qui n'empêche pas le père d'être investi d'une paternité fragile, puisque contestable au nom de l'absence de lien génétique, même s'il a consenti à l'IAD. La femme, elle, doit supporter de ne rien savoir de cet homme dont le don a permis la conception d'un enfant qu'elle va porter neuf mois en ignorant la moitié de sa provenance. Elle possède, enfin, un pouvoir pour le moins ambivalent sur son mari, puisqu'elle peut contester sa paternité, elle dont la maternité est incontestable. L'enfant, quant à lui, se voit dénier le droit de savoir son origine exacte: ou bien il restera toute sa vie «protégé» par le mutisme de ses parents, ou bien il saura que sa conception est dûe au don anonyme d'un éjaculat qui a transité par une banque et par la congélation (qui abolit la dimension temporelle).

Est-il si simple pour cet enfant, pour ses parents, de faire le deuil de «rien»? En tant que psychanalyste, je peux vous assurer qu'on ne peut faire le deuil que du connu (d'un père mort par exemple, ou d'un père disparu).

Démembrement de la filiation; chosification technologique de l'être humain à ses origines; ce sont les risques de ce qu'on appelle parfois la «procréative». La Suède et l'Etat du Victoria, vous l'avez vu, ont plutôt cherché à encadrer ces risques par des législations spéciales, qui, en régulant les flux d'information, donnent aux individus *plus de liberté* (au prix d'une perte d'intimité), et *plus de sécurité psychologique* (au prix d'une directivité forte).

«Cessons de nous auto-protéger, place à l'intérêt de l'enfant», écrivait à propos de l'IAD dès 1979 George Annas, un des meilleurs spécialistes américains des questions biomédicales. Je pense qu'à travers le souci prioritaire de l'intérêt de l'enfant que j'ai défendu devant vous, il s'agit en même temps – ce second point est aussi important que le premier – de ne pas laisser l'activité procréatrice de l'espèce se déshumaniser. Tels sont, pour moi, maintenant, les enjeux essentiels. □

vitafissan

prévient et soigne éfficacement les dermatoses

La crème Vitafissan à base de Labiline®, matière protéique hydrolysée du lait, contient également des vitamines A, D, E et des acides gras essentiels. Elle nourrit et régénère les tissus. Semi-solide dans le tube, elle se liquéfie au contact de la peau et pénètre ainsi très facilement. Vitafissan est particulièrement efficace dans la prophylaxie du décubitus et le traitement des peaux déshydratées ou lésées des nourrissons et des adultes. Vitafissan fait ses preuves quotidiennement en milieux hospitaliers. Remboursé par les caisses maladies.

Labilin® (*Casein. lact. hydrolysat.*) 1%, **Acid. polysilicic. colloid.** 1%, **Acid. silicic. amorph.** 1%, **Titan. dioxyd.** 0,65%, **Retinolum acetic.** 1000 U.I./g, **Colecalciferolum** 40 U.I./g, **Tocopherol acetic.** 0,2%, **Acid. linolic./linolenic.** 0,2%, **Adeps Lanae, Vaseline, Paraffin. liq./Cera artific.**, **Cetylum palmiticum, Lecithin.**, **Cholesterol.**, **Aromat. Antiox.** : E 304, E 321, **Conserv.** : **Methyl (Chloro) isothiazolinonum, Butylhydroxytoluenum, Methylparabenum.**



**Protège et soigne
en toute confiance**



Produits
SB
BERNA

**Institut Sérothérapeutique et Vaccinal
Suisse Berne**

Case postale, 3001 Berne
Téléphone 031 - 346 111
Pour les commandes: 031 - 346 246

Rhesuman Berna i.v.

Immunoglobuline humaine
anti-D

**Prophylaxie du rhésus
plus étendue,
là où d'érythrocytes
rhésus-positifs peuvent
sensibiliser la mère**

- 200 mcg dans 3 ml pour l'application i.v.
ou i.m.
- 300 mcg dans 2 ml pour l'application
i.m.

**BERNA
Un large assortiment
de préparations
immunobiologiques**

Pour des informations plus détaillées,
veuillez consulter le prospectus d'emballage ou
vous adresser directement à notre maison