



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Les maux de l'assistance médicale à la procréation : quelle place pour la souffrance psychique ?[☆]



The pains of medically assisted procreation: What place for psychic suffering?

S. Bydlowski

Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Association de santé mentale du XIII^e arrondissement, 76, avenue Edison, 75013 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 22 septembre 2014

Accepté le 6 octobre 2014

Disponible sur Internet le 13 novembre 2014

Mots clés :

Infertilité

Don d'ovocytes

Assistance médicale à la procréation

Keywords:

Infertility

Egg donation

Medically assisted procreation

RÉSUMÉ

La fertilité humaine est d'une grande sensibilité aux mouvements émotionnels. Des représentations inconscientes infiltrent le projet d'enfant, peuvent le faire échouer, et entrent parfois en contradiction avec le vœu d'enfant, consciemment déclaré. De façon non exceptionnelle, les professionnels de la naissance se trouvent confrontés à une demande d'interruption de grossesse alors même que l'enfant était ardemment désiré et la grossesse parfois obtenue après un long parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP). L'auteur propose quelques pistes explorant la clinique psychique de l'infertilité, avant de s'intéresser plus spécifiquement aux questions soulevées par les situations de don d'ovocytes, et de conclure par des propositions thérapeutiques de collaboration conjointe entre gynécologues et pédopsychiatres.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Human fertility is very sensible to emotional motions. Some unconscious representations infiltrate the child's project, they can make it fail, and are sometimes in conflict with the consciously declared child's desire. In a not exceptionally way, professionals are faced with requests for termination of pregnancy, even though the child was very expected, and the pregnancy obtained after a long period of medically assisted procreation. The author offers some ideas to explore the psychological clinic for infertility, before to centre himself more specifically on the issues raised by situations of egg donation, and conclude by therapeutic proposals on a joint collaboration between gynecologists and child psychiatrists.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La fertilité humaine résulte d'une étroite intrication entre fonctions biologiques et psychiques de l'individu, s'opposant souvent à l'illusion encouragée par les progrès récents de la médecine d'une maîtrise possible des processus de procréation. Le système reproductif et la fécondité sont d'une grande sensibilité aux mouvements émotionnels, le désir d'enfant s'enracinant profondément dans l'inconscient de chacun. Dans certaines situations, l'infertilité peut même être comprise comme une mesure

défensive active de l'organisme face à l'éventualité négative que représenterait la grossesse : des représentations inconscientes infiltrent le projet d'enfant et peuvent le faire échouer, plus ou moins durablement [1]. Ces dernières inhibent des grossesses ardemment souhaitées, en précipitent d'autres non programmées, éclairant le sens du désir profond, souvent inconnu, qui entre parfois en contradiction avec le vœu d'enfant, consciemment déclaré. Cette défense psychique, au service de l'économie inconsciente du sujet, s'installe avec d'autant plus de force qu'après l'âge de trente ans, l'impulsion biologique faiblit. Les praticiens de l'assistance médicale à la procréation (AMP) se trouvent de fait confrontés à certaines situations d'infertilité qui restent inexplicables et à des projets d'enfant qui résistent au projet affiché de certains couples.

[☆] Cet article a fait l'objet d'une communication dans le cadre des dix-neuvièmes Journées nationales de la FFER (Issy-les-Moulineaux, 17–19 septembre 2014); Gynecol Obstet Fert 2014;42:628–61).

Adresse e-mail : sarah.bydlowski@asm13.org

L'infertilité est aussi en elle-même, lorsqu'elle se prolonge, source de souffrance et d'angoisse. Le chemin pour devenir parent est long, pénible, semé d'embûches : le découragement est possible, mais aussi une persévérance excessive, voire un certain acharnement. « L'enfant qui ne vient pas est l'objet d'un besoin tenaillant qui pousse à l'activisme médical », parfois même au tourisme procréatif, certains couples et les professionnels qui cherchent, souvent dans un climat d'urgence, à les aider à réaliser leur souhait [1]. L'insistance, parfois extrême, de ces couples témoigne de la douleur morale qui les saisit. Il s'agit, dans certains cas, d'un mal de vivre antérieur à l'infertilité, d'une souffrance qui préexiste et déborde la demande d'enfant. Le caractère obsédant de ces préoccupations, qui ramène sans cesse aux thèmes conflictuels de la sexualité, de la filiation, envahit tout le champ psychique, et témoigne d'une vive blessure narcissique [2] : la gestation qui se dérobe paraît l'étape la plus désirable qui soit, une nécessité vitale, une indispensable transmission de soi. Le caractère narcissique de cette souffrance explique certaines plaintes revendicatives, pressantes ou transformées en rage impuissante à l'égard des praticiens, où désir, demande et besoin d'enfant tendent à s'entremêler. Le risque étant que l'enfant devienne davantage objet de revendication que sujet du désir de ses parents [3]. L'enfant n'est pourtant pas le traitement idéal de la stérilité, qui devrait d'abord être celui de la souffrance psychique associée. L'enfant médicamenteux de la souffrance dépressive de ses parents risque d'être accueilli comme un malentendu qui peut conduire à des troubles de la relation précoce.

Cette angoisse dépressive touche de façon plus aiguë les femmes, car l'homme, sauf trouble de la sexualité associé, s'il se désole de ne pas voir venir un enfant, souffre moins dans sa chair que dans sa lignée. En raison de la distance qui sépare l'homme du biologique, de l'incertitude ontologique universelle sur la paternité ne pouvant se soutenir de l'évidence physique de la gestation, les questions de filiation se traitent, chez lui, sur un plan plus mentalisé. La paternité est le fruit d'une conquête intérieure et d'instantanés partagés avec l'enfant, qui peu à peu lui permettent de se convaincre de la validité et de la réalité de son lien de filiation. Mais, si l'humanité s'accommode depuis toujours des doutes entourant l'engendrement paternel, le secret de la stérilité masculine se révèle bien souvent pesant pour la filiation et le lien à l'enfant, stérilité et impuissance étant souvent prises dans une relation d'équivalence pour le psychisme masculin, rendant sa reconnaissance et son acceptation parfois douloureusement problématique [1].

1. Quelques pistes pour la clinique psychique de l'infertilité féminine primaire

Dans certaines situations, le symptôme stérilité est à relier à une souffrance névrotique infiltrant d'autres zones du fonctionnement psychique, relationnel et social de la patiente [4]. La souffrance narcissique de ces femmes, pourtant intense, est déniée, comme l'ensemble de leur fonctionnement psychique, ce qui les rend très friandes de solutions techniques n'impliquant que le corps et sa physiologie.

L'identification à la mère originaire constitue un mouvement essentiel dans le déclenchement et le maintien d'une gestation. Même tardive, c'est la première naissance qui signe l'achèvement de l'adolescence féminine. Il se produit alors une bascule des identifications vers l'image maternelle des débuts, celle des premiers soins, de la tendresse initiale. Pouvoir accueillir sa propre mère aimée parce que démunie, à l'inverse des représentations forgées à l'adolescence, permet qu'elle devienne un mythe narcissisant de soi. La représentation d'une mère suffisamment faible permet de recevoir en cadeau l'enfant qui scelle la dette liant

les deux femmes, la fille et la mère, au travers des générations. Chez certaines femmes infécondes, les images de toute-puissance maternelle restent actives et indestructibles, entravant la possibilité de se reconnaître débitrices d'une dette d'existence à l'égard de celle qui leur a donné la vie [5]. L'infertilité de ces femmes « amatrises » [6], privées de leur terre maternelle de référence, témoigne alors de l'échec des retrouvailles maternelles, et fait obstacle au sentiment de gratitude et à la capacité de transmettre la vie. Manquent aussi dans ces problématiques psychiques particulières d'infertilité l'autre temps essentiel à toute maternité : la rencontre avec un compagnon fiable et actuel, également barrée par le discrédit touchant les hommes, en particulier le père, personnage faible et dévalué. Faute d'une représentation satisfaisante de leur féminité, ces femmes semblent réclamer un enfant comme un pur prolongement d'elles-mêmes, non modifié par le caractère radical de la rencontre avec l'autre sexe, avec un partenaire estimé. En période postnatale, les désillusions de cette reproduction de soi ne manqueront pas de survenir.

L'infertilité peut aussi renvoyer à une souffrance enfouie, contemporaine des premiers mois de la vie du bébé d'autrefois devenu aujourd'hui une femme en âge de procréer. L'effondrement a déjà eu lieu dans le passé, à une époque de dispositions psychiques antérieures à la conflictualité oedipienne. Le sentiment d'exister fut alors menacé par le chaos de soins maternels alternant intrusions et laisser tomber, dont la trace ne s'inscrit que dans la mémoire du corps. La crainte de la femme adulte déclenchée par l'idée de grossesse est la peur innommable et inconsciente de revivre ces moments d'angoisse, la peur diffuse d'un effondrement [7], d'une bascule dans le chaos du passé. L'infertilité primaire constitue alors une forme de cicatrice psychique, elle témoigne d'un désastre passé dont le sujet craint le retour sans pouvoir, ni se le représenter, ni le nommer, car ce désastre date d'avant la capacité de penser, d'avant les mots. La maternité peut alors constituer une catastrophe et l'infertilité constituer un véritable mécanisme de défense protecteur du psychisme qui risquerait d'être mis en péril par la survenue d'une grossesse [1].

L'échec des retrouvailles maternelles ou la mémoire, à peine consciente, d'un début de vie difficile ou carenciel, sont souvent responsables de grossesses insupportables quand elles surviennent. Les défenses psychiques sont débordées, quel que soit le vœu précédent et volontariste d'un enfant. De façon non exceptionnelle, les professionnels de la naissance se trouvent confrontés à une demande d'interruption de grossesse alors même que l'enfant était ardemment désiré et la grossesse parfois obtenue après un long parcours d'AMP.

2. Des questions particulières liées au don d'ovocytes

En France, depuis une vingtaine d'années, le don d'ovocytes, anonyme et gratuit, permet aux femmes infertiles présentant un dysfonctionnement ovarien et à celles qui risquent de transmettre une maladie génétique pour laquelle un diagnostic préimplantaire n'est pas autorisé, de donner naissance à un enfant. En réalité, en raison du faible nombre de dons et d'une attente parfois très longue, des couples de plus en plus nombreux se tournent vers des pays étrangers, dont l'offre est plus ou moins encouragée et régulée par les praticiens de l'AMP et le système d'assurance maladie. Les situations se présentent de façon très diverse, intriquant les problématiques de l'infertilité rapidement parcourues plus haut et des questions éthiques parfois complexes, plus ou moins énoncées par les patients. Il s'y ajoute les problématiques psychiques particulières à la grossesse et à la construction du lien à l'enfant à venir, ainsi engagées.

Au travers de la pratique du don d'ovocytes et de la grossesse pour autrui, des questions, jusque-là inédites, se trouvent ouvertes sur l'origine de la maternité : la mère n'est plus nécessairement ou plus seulement celle qui accouche. Le lien de filiation biologique n'est ni nécessaire, ni suffisant pour être parent : la construction de la parentalité s'appuie aussi sur d'autres composantes de l'investissement parental et du socius (filiations narcissique et instituée) [8]. Mais, la représentation maternelle supporte mal le clivage. Contrairement à ce qui se joue de façon ancestrale pour le père, plus facilement distingué dans ses rôles biologique et éducatif, la dissociation entre mère génétique et mère porteuse de la gestation est souvent plus difficilement traversée.

Les femmes en attente d'un don minimisent souvent l'importance de la rupture de la filiation génétique, la grossesse est espérée et attendue comme susceptible de fournir réassurance et restauration narcissique qui les aidera à se sentir mère, à vivre l'enfant comme étant sien [9]. Mais, cette insistance, des receveuses comme des donneuses, sur l'importance de la grossesse propre à effacer toute trace de la réalité antérieure et des souffrances associées, ne peut qu'interroger sur les angoisses qu'elle tend à masquer [10]. Quand une grossesse survient, le processus « d'adoption psychique du bébé » [11] paraît souvent plus aléatoire qu'en situation ordinaire de gestation, mais aussi plus complexe et laborieux qu'en cas de don de sperme, n'engageant pas les mêmes représentations et plus facilement surmonté par les futures mères.

Le temps de la grossesse permet à la mère, qui plonge nostalgiquement dans l'histoire de ses tout débuts, souvenirs anciens et souvent effacés, d'accueillir des représentations intimes de l'enfant qu'elle attend, de projeter des images familiales qui réduisent son étrangeté [12]. Si tout enfant est un étranger familier pour ses parents [13], la réalité du don d'ovocytes vient en cristalliser l'inquiétante étrangeté [14]. Au cours de la grossesse, après la naissance, parfois de longues années plus tard, ressurgissent parfois des angoisses associées à la part génétique étrangère de l'enfant [15]. Cette part d'inconnu, souvent difficilement accueillie, peut réapparaître à tout moment conflictuel avec l'enfant ou du couple, réactiver la souffrance associée à la stérilité, et risque d'entraver profondément la construction des relations à l'enfant.

Rares sont les études réalisées auprès de femmes enceintes après don d'ovocytes. Elles rapportent des grossesses se déroulant sereinement grâce au « déni » de la stérilité et du recours au don [16,17], des relations parents-enfants de bonne qualité, un développement socio-émotionnel des enfants normal, et des parents satisfaits dans leur rôle [18–23]. Mais, leurs limites méthodologiques par l'utilisation exclusive d'auto-questionnaires incitent à nuancer leurs conclusions : les parents évitent d'autant plus d'exprimer leur ambivalence qu'ils se sentent en dette vis-à-vis des équipes médicales, comme des donneuses.

Des travaux plus qualitatifs [5,24] montrent que l'avènement de la grossesse qui suit un don d'ovocytes, le ventre qui s'arrondit, symbole extérieur de fécondité et de puissance phallique, permettent de contre-investir une représentation féminine dévalorisée par l'infertilité. Mais les craintes demeurent : peur que l'enfant ne leur ressemble pas, qu'il ne puisse les reconnaître comme mère. Les représentations associées à la figure de la donneuse, autant salvatrice que rivale, expriment également l'ambivalence. Paradoxalement, la réussite du don est parfois vécue comme venant confirmer la toute-puissance de la donneuse, avec laquelle le compagnon a d'une certaine façon conçu l'enfant, éclairant de façon écrasante la réalité de l'infertilité. La donneuse apparaît également comme une menace qui pourrait s'attribuer la maternité de l'enfant, réactivant la crainte de ne pouvoir être considérées comme des « mères à part

entière », mais aussi le fantasme d'avoir volé l'enfant d'une autre femme et l'angoisse d'être rejetées par l'enfant qui pourrait souhaiter retrouver sa « mère génétique ». Ces attaques narcissiques sont d'autant plus vivaces qu'elles entrent en résonance avec des représentations de leurs propres mères toutes-puissantes, rivales et hostiles.

Après la naissance, les aléas de la rencontre avec le nouveau-né sont amplifiés par la situation du don [25]. Seule, l'idéalisation de l'enfant constitue un aménagement permettant d'atténuer l'inquiétante étrangeté et la déception de n'avoir pu lui transmettre sa filiation génétique, laissant peu de place aux aménagements de l'ambivalence. La relation à l'enfant fait, par excès d'idéalisation, l'objet d'un surinvestissement conduisant à une difficulté à supporter les moments de séparation. Le couple de parents est plus facilement en conflit autour du bébé, en difficulté pour se coordonner, dans une ambiance de compétition qui tente de masquer les craintes d'exclusion de la jeune mère.

Ainsi, la complexité du travail psychique de l'expérience du don, associée à celle de l'infertilité, s'introduit-elle au sein des remaniements psychiques de la grossesse et de la construction de la parentalité. L'avènement de la gestation et la naissance soutiennent parfois cette élaboration. Ils constituent néanmoins des facteurs de fragilisation des aménagements déployés avant la grossesse pour contourner les angoisses associées au don. Cela peut expliquer là encore certaines demandes inopinées d'interruption de grossesse, mais aussi des situations de décompensations psychologiques périnatales.

3. Quelles propositions thérapeutiques ?

Plus les demandes d'AMP émanent de situations existentielles extrêmes, plus elles révèlent des personnes fragiles. Le traitement des situations d'infertilité ne devrait pas se limiter à proposer des innovations techniques sans simultanément entreprendre une prise en charge relationnelle visant à l'apaisement de ces patients. L'accompagnement de la souffrance permet non seulement d'humaniser des protocoles contraignants, mais aussi de donner accès à la problématique intime de la fertilité et de ses aléas, d'aider à contenir ses impasses et à cultiver de nouvelles sublimations : sublimation du désir d'enfant conduisant certains à faire le choix d'adopter sans malentendu un enfant abandonné, ou création quelle qu'elle soit, issue parfois positive d'un traitement psychothérapeutique.

En France, lorsque les couples s'engagent dans la procédure de don d'ovocytes, il leur est proposé de rencontrer un psychologue ou un psychiatre. Mais, lors de ces entretiens, souvent uniques et s'inscrivant dans la « procédure d'agrément pour le don », l'ambivalence à l'égard du projet d'enfant est souvent impossible à exprimer, du fait de la pression à laquelle ils se soumettent pour être conformes aux exigences du protocole [26,27].

Une collaboration étroite entre gynécologues et psychologues ou psychiatres, notamment pédopsychiatres, ne participant pas à ce protocole d'agrément, proposée comme un lieu tiers de réflexion distinct des investigations médicales, peut permettre de sortir de cette impasse. Il importe que cette collaboration offre une vraie possibilité de réactivité de la part du consultant « psy », parfois même en urgence. En outre, le fait que le psy soit un professionnel rompu aux questions de filiation est un atout qui nous semble primordial, tant pour la facilité qu'il offre ainsi au collègue gynécologue pour l'adresse que pour le type d'écoute qu'il pourra engager, et qui va figurer les questions que se posent le couple ou la patiente à ce sujet, quelle que soit la réponse médicale apportée par ailleurs. Cette proposition est, dans notre expérience, reçue d'une façon qui paraît moins déconcertante qu'il n'y paraît au premier abord et permet aux patientes et à leurs

conjointes une réflexion sur l'enfant qu'ils s'apprêtent à attendre ou attendent déjà.

La question qui se pose très vite est celle de l'urgence de la lutte pour la levée du symptôme. Confronté seul à un ou à une patiente infertile, le médecin est amené à répondre par un acte excluant tout naturellement la dimension de l'échange de paroles libres qu'il considère comme n'étant pas de l'ordre de sa compétence. L'urgence du patient se transmet au médecin qui tend à multiplier les explorations dans un minimum de temps. Cette collaboration avec le pédopsychiatre permet de temporiser, d'étaler les consultations sans chercher à faire céder la stérilité à tout prix. La conséquence de cette attitude est qu'elle permet de réintroduire une temporalité que le patient essaie souvent d'annuler.

Au travers de ce dispositif, des remémorations oubliées jusqu'à reviennent au patient, des liens se tissent entre les événements, les émotions du passé et l'infertilité actuelle. L'inhibition défensive qui scelle la non-conception baisse parfois la garde. Ces consultations sont souvent trop tardives au regard de l'horloge biologique, mais le renoncement à la maternité peut parfois s'accomplir dans un climat plus serein ou permettre un meilleur accueil de l'enfant quand il survient. En effet, la satisfaction ressentie par les femmes lorsque le projet d'enfant se réalise ne doit pas masquer la complexité de la démarche du don d'ovocytes, soulignée plus haut, et la fréquente nécessité d'un accompagnement psychologique. En effet, les aléas de l'AMP sont nombreux pour la relation précoce mère-enfant, notamment quand elle dissocie totalement la conception de la sexualité du couple ou qu'elle confronte les femmes à la difficulté de se sentir mère de l'enfant qu'elles portent.

D'être confronté à la stérilité, de recourir aux techniques d'AMP, conduit à penser plus que d'autres la parentalité, la filiation, la reproduction, la sexualité. Certains y voient alors le risque de se sentir des « parents artificiels » [28]. Il est vrai que ni l'histoire du couple, ni la biologie de la reproduction ne permettent de répondre totalement à l'insistance de ces interrogations. Mais nous pensons qu'ainsi conçu en travail commun étroit, le soutien des réflexions de ces futurs parents sur leur filiation, leur parenté en rêverie et construction, constitue une chance pour l'enfant à venir. Parfois bien en amont de la grossesse, certaines femmes, certains couples, engagés dans une démarche d'AMP, commencent ainsi à tricoter leur « layette psychique » [29] augurant du meilleur pour la rencontre avec le bébé dans sa réalité.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Bydlowski M. Les enfants du désir. Paris: O. Jacob; 2008.
- [2] Faure-Pragier S. Les bébés de l'inconscient, le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui. Paris: PUF; 1997.
- [3] Durant B. Dépression et maternité. Paris: Ardix Médical; 1994.
- [4] Faure-Pragier S. Aspects psychiques des stérilités féminines. In: Marzano M, éditeur. Dictionnaire du corps. Paris: PUF; 2007. p. 903–6.
- [5] Bydlowski M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris: PUF; 1997.
- [6] Perrier F. La chaussée d'Antin. Paris: Éditions 10/18; 1978.
- [7] Winnicott DW. La crainte de l'effondrement. *Nouv Rev Psychanal* 1975;11: 35–44.
- [8] Guyotat J. Filiation et logique du lien. Paris: PUF; 1995.
- [9] Weil E. L'abord psychologique des couples receveurs de dons d'ovocytes anonymes. *Contracept Fertil S* 1987;15:690–2.
- [10] Weil E. Femmes fertiles en traitement médical. Le don de gamètes pour des femmes infertiles dans les procréations médicalement assistées. *Clin Mediterr* 2007;76:121–34.
- [11] Delaisi de Parseval G. Famille à tout prix. Paris: Le Seuil; 2008.
- [12] Bydlowski S, Vaivre-Douret L, Lalanne C, Apter G, Golse B. Le blues post-natal : un marqueur du lien intersubjectif. *Psychiatr Enf* 2014;LVII(1):5–62.
- [13] Soubieux MJ, Soulé M. La psychiatrie fœtale. Paris: PUF; 2005.
- [14] Freud S. (1919) L'inquiétante étrangeté. In: Freud S, éditeur. *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard; 1952. p. 163–211.
- [15] Karpel L, Flis-Trèves M, Blanchet V, Olivennes F, Frydman R. Don d'ovocytes : secrets et mensonges. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005;34:557–67.
- [16] Bertrand-Servais M, Letur-Könirsch H, Raoul-Duval A, Frydman R. Les receveuses de don d'ovocytes dans le cadre de l'anonymat. Aspects psychologiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992;21:743–9.
- [17] Raoul-Duval A, Letur-Könirsch H, Frydman R. Les enfants du don d'ovocytes anonyme personnalisé. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991;20:317–20.
- [18] Raoul-Duval A, Bertrand-Servais M, Letur-Könirsch H, Frydman R. Que sont ces enfants devenus ? Les enfants des procréations médicalement assistées. *Med/Sci* 1993;9:747–51.
- [19] Golombok S, Murray C, Brinsden P, Abdalla H. Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:519–27.
- [20] Golombok S, Lycett E, McCallum F, Jadva V, Murray C, Rust J, et al. Parenting infants conceived by gamete donation. *J Fam Psychol* 2004;18:443–52.
- [21] Golombok S, Jadva V, Lycett E, Murray C, McCallum F. Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Hum Reprod* 2005;20(1):286–93.
- [22] Golombok S, Murray C, Jadva V, Lycett E, McCallum F, Rust J. Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod* 2006;21(7):1918–24.
- [23] Murray C, McCallum F, Golombok S. Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years. *Fertil Steril* 2006;85(3):610–8.
- [24] Canneaux M, Chabert C, Golse B, Wolf JP, Beauquier-Maccotta B. Comment devient-on mère grâce à un don d'ovocytes ? *Psychiatr Enf* 2013;LVI(1):67–96.
- [25] Canneaux M, Golse B, Wolf JP, Beauquier-Maccotta B. Intérêt de l'exploration des interactions triadiques dans les conceptions par don d'ovocytes. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;62:140–6.
- [26] Cauvin P. Dynamique de la consultation de psychologie clinique dans le cadre de l'aide médicale à la procréation avec don de gamètes. *Clin Mediterr* 2007;76:135–56.
- [27] Squires C, Jouannet P, Wolf JP, Cabrol D, Kunstmann JM. Psychopathologie et procréation médicalement assistées : comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant ? *Devenir* 2008;20(2):135–49.
- [28] Testart J. L'œuf transparent. Paris: Flammarion; 1986.
- [29] Delion P. L'enfant et son psychisme. Paris: Dunod; 2014.