



Impact de l'assistance à la procréation sur la construction du lien parents-enfant

Sarah Bydlowski

DANS **SPIRALE - LA GRANDE AVENTURE DE BÉBÉ** 2017/4 N° 84 , PAGES 55 À 66
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 1278-4699

ISBN 9782749257518

DOI 10.3917/spi.o84.0055

Date de mise en ligne : 12/02/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-spirale-2017-4-page-55?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



2 Psychologie

Impact de l'assistance à la procréation sur la construction du lien parents-enfant

Sarah Bydlowski

directrice du département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Association de santé mentale du 13^e arrondissement (Paris), HDR, membre temporaire du Laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse, université Paris-Descartes, vice-présidente de WAIMH-France (World Association for Infant Mental Health)

sarah.bydlowski@asm13.org

La planification des naissances est entrée dans les mœurs, contribuant largement au progrès de l'accueil et du statut de l'enfant, mais elle conduit aussi à l'illusion d'une possible maîtrise de la conception et d'une prévisibilité de son résultat. Cet enfant désormais tant attendu, voire revendiqué, porte en germe tant d'espoirs que l'infertilité prend des allures de catastrophe.



Les avancées scientifiques dans le domaine de la procréation projettent vers des perspectives vertigineuses. Par des moyens artificiels, en quelques décennies, nous sommes passés d'une reproduction sexuée fabriquant du singulier, moins reproduction que procréation par son caractère imprévisible, à une reproduction sans sexualité. Le plus saisissant dans ces bouleversements est leur rapidité de survenue à l'échelle de l'évolution de l'espèce. Ainsi, pour l'immense majorité des parents et futurs parents confrontés à ces situations d'assistance médicale à la procréation (AMP), les générations précédentes ne sont pas passées par là, d'où une difficulté d'identification à leurs propres parents. En outre, l'Église, l'État, le socius ne sont plus en mesure d'apporter comme autrefois une certaine régulation des choix de la vie privée. « Quand la procréation ne peut aboutir, le rôle d'étayage sur le corps social représenté par

Sarah Bydlowski

dépsi | Téléchargé le 07/06/2026 sur <https://shs.cairn.info> (IP: 216.73.216.36)

les tiers est déterminant quant à l'organisation de la filiation à venir » (Soulé, Lévy-Soussan, 2002). Dans cette perte de points de repère, le médecin se trouve investi de responsabilités importantes dans les décisions les plus intimes.

L'étude de ces enjeux au sein d'une famille permet une réflexion féconde sur plusieurs plans (social, juridique, culturel, psychique), en raison des fortes sollicitations fantasmatiques que provoquent chez chacun les questions de filiation. Nous pouvons ainsi dégager certaines problématiques qui se posent aux parents et futurs parents aux prises avec l'AMP, comme dans leur lien avec leur enfant, ouvrant de nombreuses interrogations sur sa construction psychique. Nous y verrons un certain nombre d'analogies avec la situation adoptive et des enjeux plus spécifiques.

En préalable, rappelons que les situations d'AMP se présentent de façon très diverse. Fondamentalement, l'infertilité en soi, avec ses soubassements psychopathologiques aux nombreux effets d'après-coup, est à risque pathogène pour la grossesse et l'accueil du bébé. L'AMP peut être réparatrice dans certaines situations, quand elle ne consiste qu'en une aide « orthopédique » à des couples en demande de soutien pour franchir le cap d'une grossesse qui peine à venir. Cependant, les évolutions de la médecine procréative conduisent de nombreux professionnels à engager rapidement des couples et certaines femmes célibataires dans des protocoles « thérapeutiques », là où deux ans étaient jusque-là requis avant toute action médicale. Cela ne nous semble pas sans effet potentiellement traumatique, notamment

quand l'infertilité a valeur de défense psychique (Bydlowski, 2008). Les risques de contournement de la stérilité n'en seront que plus grands pour la parentalisation et la construction de l'enfant en cas d'enlèvement des parcours médicaux, et lors du recours à des gamètes étrangers au couple. En outre, une part non négligeable de ces pratiques sont interdites en France ou font l'objet de longues attentes, poussant les praticiens et les patients vers l'étranger, ce qui redouble alors les difficultés à surmonter.

Une conception encombrante : écho des fantasmes et excès de réalité

La conception par AMP requiert un travail psychique plus exigeant pour devenir parent. Pour transcender le statut du biologique, permettre à un sujet de devenir parent de l'enfant et se sentir reconnu à cette place par ce dernier, sa famille et la société, la fonction du couple apparaît essentielle comme lieu historique et historicisant à travers sa rencontre, sa sexualité, son asymétrie (Lévy-Soussan, 2002).

L'engagement dans une situation technique de procréation introduit un excès de réalité, contraignant à penser l'acte de la conception, tout en dévoilant les théories sexuelles infantiles (Freud, 1905) qui ne cessent d'agir en nous, sans que nous soyons présents à elles (Sédat, 2006). Celles-ci jouent un rôle organisateur de sens et de tissage subjectif entre représentations inconscientes primitives cohabitant avec des pensées plus secondarisées. L'annonce d'une stérilité pulvérise et remanie ces divers niveaux dans l'histoire singulière de chacun.

Les techniques procréatives, en clivant sexualité et procréation, réalisent scientifiquement et court-circuitent dans le même temps ce qui était visé fantasmatiquement par ces théories (Ansermet, 2015). Paradoxalement, ces procédés révèlent avec crudité la sexualité, l'articulation entre masculin et paternité (Schneider, 2000), féminité et maternité, dans l'imaginaire parental et, probablement aussi, de l'enfant. La violence de cette réalité introduit du vrai et du faux dans la parentalisation, au risque pour certains de se sentir des parents artificiels (Almeida et coll., 2002). Chacun se trouve contraint à penser l'énigme que représente la génération autant que la différence des sexes dont celle-ci procède. La scène primitive reste généralement à l'écart des représentations, comme l'impensable de l'origine. Le roman familial permet une reconstruction de son origine sur la base de son désir, de ses idéaux, de rêveries, qui permettent d'évacuer l'évidence du couple sexuel (Ansermet, 2012). Cet éclairage trop brutal sur l'insondable de l'origine explique l'intensité des débats politiques, sociaux ou éthiques autour de ces sujets. Dans certaines situations nouvelles, les logiques ordinaires de la filiation et de ses transmissions sont déconstruites, expliquant là encore les fortes controverses quant à leur mise en place et aux limites à y apporter. Ce débat parfois passionnel en révèle les enjeux psychiques tant individuels que sociétaux.

L'essentiel des problèmes que rencontrent ces sujets dans leur parentalité ne sont pas spécifiques au mode de conception mais secondaires aux difficultés de dépassement, de sublimation de l'infertilité et de son arrière-plan psychique non traité, souvent vécue de façon culpabilisée, voire honteuse (Deutsch, 1955). Les investigations

complémentaires, les traitements et techniques risquent d'entraver le processus de parentalisation, de même que tout plaisir dans le couple, sans compter que la demande d'AMP survient parfois afin de tenter de contourner un problème de sexualité du couple ou une sexualité non fécondante. Les échecs souvent répétés, de même que les conflits conjugaux autour de l'infertilité de l'un et/ou de l'autre, ce dont témoigne le nombre élevé de séparations des couples dans les suites d'une AMP (Clément, 2006), sont autant d'aléas qui marquent l'histoire de l'enfant. Méconnus ou déniés, ces conflits risquent de ressurgir plus tard, lors de difficultés avec l'enfant.

La conception par AMP requiert un travail psychique plus exigeant pour devenir parent.

Comme dans toute filiation, le délicat travail de parentalisation dépend en grande partie de l'intégration de la dynamique du roman familial et de sa sublimation. La double polarité de la bisexualité psychique de chacun des parents se trouve sollicitée dans tout projet d'enfant, de même que le deuil jamais tout à fait accompli du sexe qui n'est pas le sien. L'adoption grand-parentale se révèle également un processus essentiel pour la construction psychique de l'enfant, surtout en cas de dons de gamètes qui semblent remettre en question les lignées ancestrales (Soulé, Lévy-Soussan, 2002). Ces rêveries de chacun prédestinent le descendant à être le prolongement narcissique de la génération (Kaës, 1985).

Dans le meilleur des cas, les sentiments de filiation s'établissent entre ceux qui vivent ensemble cette parentalité, où le conflit œdipien peut s'élaborer et se conflictualiser. L'enfant y puise une relation sécurisante et contenant avec ceux qui se sentent ses « vrais » parents (Soulé, Noël, 1985). Lorsque l'enfant se trouve en position de « faire sa famille » (Lévy-Soussan, 2007), la dissymétrie essentielle entre lui et ses parents est mise à rude épreuve. L'ambivalence nécessairement en jeu dans toute relation à son enfant devient ici difficile à éprouver, réactivant la blessure narcissique de la stérilité. L'enfant idéal se doit d'être une source d'émerveillement continu. Ces fantasmes autour de l'AMP risquent de justifier toutes les attitudes parentales : surprotectrices, méfiantes ou masochistes. L'ambivalence culpabilisée, cette atmosphère d'artifice, à laquelle la réalité à tout moment risque d'objecter ses déceptions, est susceptible de conduire au désinvestissement de l'enfant. La relation de la réalité à l'imaginaire est déplacée : ce qui est habituellement vécu ou reconnu comme productions imaginaires se trouve ici excité, intensifié et doué d'un caractère réel. La réalité de la situation procréative est utilisée comme une défense, empêchant le parent d'avoir accès à l'élaboration de ses difficultés dans le présent, surtout lorsqu'ils ne peuvent se reconnaître dans cet enfant trop différent d'eux, qui ne représente plus le prolongement de leur narcissisme mais une menace pour ce dernier (Kaës, 1985). Ces rationalisations masquent des blessures inhérentes à l'histoire familiale empêchant tout retour vers le passé. Un des processus décisifs de la parentalité consiste en la capacité à faire entrer l'enfant dans l'histoire familiale de chaque parent, la possibilité de chacun de revivre son enfance

à travers lui, afin que celui-ci se l'approprie et y puise des repères identificatoires pour mieux s'en détacher par la suite. De là, découle la capacité à investir l'enfant comme porteur d'un mandat transgénérationnel (Lebovici, 1998), fondé sur le maillage du narcissisme parental et de la construction du Soi de l'enfant.

Introduction de tiers dans la conception : dette et transgression

On assiste fréquemment à la réémergence de scènes primitives et de drames œdipiens précoces chez les parents qui recourent à des stratégies et à des défenses de l'ordre du déni, pour tenir à l'écart les angoisses que provoque l'introduction d'un tiers au sein du domaine le plus intime de vie familiale : la conception. Ces fantasmes se répandent dans la psyché des parents, mais aussi dans celle des enfants et de leur entourage. Les professions médicales utilisent aussi cette stratégie défensive, évoquant les gamètes désincarnés des donneurs.

C'est par la dette que les parents sont liés aux représentations inconscientes de leurs imagos. L'élaboration de celle-ci à l'égard des tiers en jeu dans la conception, surface de projection de leur monde interne comme de leur lien de filiation, est déterminante pour la construction psychique de l'enfant. Son pendant se trouve incarné dans un vécu de transgression, souvent omniprésent chez ces parents vivant leur parentalité comme un défi lancé aux limites imposées par la nature, à l'égard du destin, et d'une dette dont le prix sera un jour à payer (Almeida et coll., 2002). Si

l'enfant présente une difficulté, une malformation, la culpabilité peut alors devenir envahissante, réactualisant en après-coup les problématiques psychiques en jeu dans la stérilité.

La dette ressentie à l'égard du tiers biologique laisse peu de place pour des sentiments ambivalents ou hostiles, qui vont de la menace ou du désir sexuel à l'envie ou à la haine de l'« autre biologique » (Ehrensaft, 2010), kidnappeur potentiel de l'amour de l'enfant (Oxenhandler, 2001). La curiosité à l'égard de ce tiers traduit dans les bons cas une quête de supports identificatoires. Néanmoins, les fantasmes érotiques se heurtent à une lutte avec l'atteinte de son self sexué du fait de la stérilité, à l'exclusion douloureuse de la scène primitive où son partenaire « conçoit », avec un autre, l'enfant du couple.

Ce fantasme de rapt projeté se fonde sur la culpabilité de ne pas prendre bien soin de son bébé et sur la prise de conscience que les enfants ne partagent leur quotidien que temporairement et les quitteront un jour. Cette abrupte réalité, loin d'être étrangère au bébé, lui est génétiquement liée, alimentant un peu plus ce fantasme effrayant. Quand l'enfant grandit, toute manifestation d'intérêt pour connaître l'identité de ce tiers peut envoyer des signaux de danger, empêchant de penser cette part étrangère de l'enfant. En réduisant cet autre à une substance ou à une partie du corps, certains retournent à une relation à un objet partiel (Klein, 1935), afin de lutter contre l'intrus. Dans d'autres cas, les parents s'engagent dans une rêverie sur cette personne, fantasme qui peut fonctionner au service d'une reconnaissance de sa réalité en tant qu'être qui

compterait dans l'existence de l'enfant. Le risque est alors de créer davantage d'objet total qu'il en existe en réalité ; plutôt que de constituer une expérience émotionnelle correctrice, les rêveries vivent alors à des récits fantastiques, voire délirants, stratégie pour éliminer un prédateur sexuel imaginé, antidote efficace pour lutter contre un kidnappeur intrigant.

Un des processus décisifs de la parentalité consiste en la capacité à faire entrer l'enfant dans l'histoire familiale de chaque parent, la possibilité de chacun de revivre son enfance à travers lui, afin que celui-ci se l'approprie et y puise des repères identificatoires pour mieux s'en détacher par la suite.

Si l'infertilité ou le manque de partenaire pour faire un enfant, et la présence d'un tiers biologique, évoquent la castration et la peur de la perte d'objets réels (Freud, 1936), le déni émerge pour soutenir le moi parental, au risque d'annuler l'authenticité de la construction du lien parent-enfant, entravant les tâches développementales de l'enfant.

L'introduction du tiers médical dans la relation procréatrice qui s'en trouve déssexualisée, bien que rattachée à l'anonymat du lien social, pénètre néanmoins dans l'intimité du régime familial, et a probablement des conséquences sur le développement de l'enfant et les relations entre parents et enfant. Par son atmosphère de mystère, la scène médicale semble se situer dans le sillage d'une scène primitive ; la sexualité y est tout autant médiatisée que sublimée. Le médecin auquel le couple se trouve livré assume une fonction

spécifique dans le rapport à la mère : il reçoit sa plainte et l'enfant, dans les récits ultérieurs qui lui seront faits, peut y percevoir la mise en œuvre d'une relation capable de réparer et de compléter ce que le lien conjugal ou paternel peut présenter de lacunaire. Le transfert du père sur le gynécologue est entaché d'ambivalence : sauveur et réparateur de la blessure de la stérilité, il réactive l'Œdipe inversé ; humiliant, réactivant les angoisses de castration et d'impuissance, il peut être l'objet de projections agressives.

Le ou les parents peuvent se sentir portés et soutenus par l'équipe médicale, le temps que dure ce moment régressif du parcours d'AMP. Inversement, en cas de grossesse, ils se sentent souvent abandonnés, voire rejetés, réactualisant leur sentiment d'impuissance lié à la blessure de la stérilité. Les fantasmes associés au gynécologue naviguent entre idéal insatisfait et déception irrémédiable (Almeida et coll., 2002).

Reconnaissance en processus dans les liens précoces

Ce « parcours de la reconnaissance » (Ricoeur, 2004) dans les liens premiers est fondamental, quels que soient les aléas de la conception d'un enfant, mais tend à se complexifier quand l'après-coup traumatique a bouleversé le paysage, ce dont les situations d'AMP sont rarement exemptes. La reconnaissance s'accompagne d'une certaine méconnaissance, d'une lutte pour la reconnaissance au regard des autres et du soi intime. Ce processus renvoie à l'identification du bébé en tant que personne, donc de son altérité au sein de la

communauté familiale et sociale d'appartenance, permettant que se déploient la remémoration et la mise en récit des faits psychiques de l'histoire personnelle et générationnelle du sujet. Celui-ci peut s'interrompre et échouer devant l'« aléatoire de la périnatalité » : « aléatoire générationnel » lié au réagencement fantasmatique et aux réminiscences dans l'après-coup de la naissance ; « aléatoire génomique » lié à la recombinaison génétique de la reproduction sexuée. Un tel aléatoire est difficilement intégrable subjectivement, il est souvent ressenti comme honte et préjudice narcissique, dont l'atteinte est parfois si vive dans la psyché parentale que le bébé tarde à recevoir son identité d'être humain (Carel, 2008).

Dans les bons cas, grâce à un « après-coup organisateur », en étayage sur les imagos parentales ou ancestrales bienveillantes et sur une enveloppe psychique familiale suffisamment bonne, les parents mobilisent leurs capacités libidinales pour surmonter une réalité traumatique. Inversement, l'après-coup bouleverse davantage le travail de nativité et de deuil originaire, et génère une « névrose traumatique périnatale ». Divers symptômes du bébé sont interprétés par l'inconscient parental comme des signes annonciateurs mortifères. Dans un mouvement de condensation identificatoire, ressemblance et différence sont mêlées, réunissant dans une même imago le bébé et tel objet trop tôt perdu, trop peu endeuillé. On assiste alors parfois à un désaveu de filiation chez la mère, qui ne peut reconnaître le nouveau-né comme son bébé. La préoccupation maternelle primaire est menacée : le bébé ne peut plus être, pour la mère, cet objet narcissique et narcissisant des premiers liens, car il est prématurément un étranger, un autre radical. L'enfant,

dans le fantasme d'identification construit pour échapper à la catastrophe de la désaffiliation, devient identique à telle imago ancestrale, en filiation narcissique. Le corps-à-corps, le partage des affects, la résonance fantasmatique, l'accordage, peinent à se déployer (Carel, 2008).

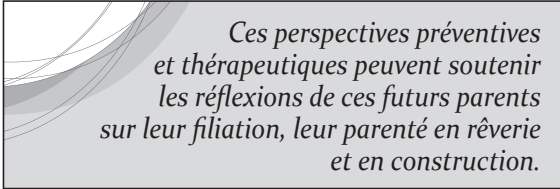
Le mouvement de reconnaissance en miroir du bébé (Winnicott, 1971) s'étaye souvent sur des ressemblances dans la famille. Le parent institue le bébé comme « soi-objet narcissique » qui accomplira ses rêves de désirs irréalisés. Ce jeu transforme l'être inédit en un être familier créé à l'image de soi autrefois enfant, du couple parental et du groupe familial. Il achoppe quand l'étrangeté est au premier plan, ce d'autant que les étayages familiaux et sociaux se font rares aujourd'hui. Pour Carel, le processus de reconnaissance mutuelle est également structuré par la dissymétrie originelle dans les premiers liens. Cette mutualité est à risque d'incestuel et de destructivité lorsque les après-coups traumatiques ont déconstruit la valeur des limites et celle des interdits fondateurs. Le mouvement de reconnaissance est aussi de gratitude à l'égard de l'héritage transmis, favorisée par la réceptivité psychique suffisamment bonne, permettant son appropriation subjective par l'enfant (Bion, 1962). C'est l'essence même du travail de deuil qui remet au passé ce qui s'imposait répétitivement comme actuel, reconnaît que le passé n'est pas dénié mais conservé en soi autrement, sous des formes atténuées de présence affective et représentationnelle, disponibles pour la remémoration et la symbolisation.

L'incertitude maternelle

Avec certaines techniques procréatives (gestation pour autrui, don d'ovocytes [DO]), des questions jusque-ici 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) (Guyotat, 1995). La grossesse paraît garantir la construction psychique d'une mère, amoindrissant l'angoisse de castration accentuée par l'infertilité. Pourtant, la clinique dément quotidiennement cette assertion dans les situations les plus ordinaires. Le déni de grossesse, qui dissocie la grossesse dans ses dimensions somato-psychiques, en est l'illustration la plus convaincante. La représentation maternelle supporte mal le clivage, rendant le processus d'« adoption psychique du bébé » (Delais de Parseval, 2008) souvent plus aléatoire. 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.

La connivence dénégatrice entre receveuses et donneuses, les formations réactionnelles souvent entendues, sont nécessaires à un certain calme libidinal, auquel contribue grandement l'anonymat sur les donneuses (Bydlowski, 1997), qui permet la mise à distance de fantasmes homosexuels et

incestueux (Weil, 2007), fantasme homosexuel garant du narcissisme de la femme infertile comme de son intégration sur le plan œdipien par le partenaire, qui se trouve lui-même confronté à un fantasme d'adultère renvoyant à une trop grande proximité avec l'imaginaire maternelle.



Ces perspectives préventives et thérapeutiques peuvent soutenir les réflexions de ces futurs parents sur leur filiation, leur parenté en rêverie et en construction.

Le temps de la grossesse permet à la mère, qui plonge nostalgiquement dans l'histoire de ses premiers temps, souvenirs anciens et souvent effacés, d'accueillir des représentations intimes de l'enfant qu'elle attend, de projeter des images familières qui réduisent son étrangeté (Bydlowski et coll., 2014). Si tout enfant est un étranger familier pour ses parents, la réalité du do vient en cristalliser l'inquiétante étrangeté (Freud, 1919), associée tant au secret de la conception que de l'infertilité. Secret qui, lorsqu'il est maintenu, va contribuer à contrarier les processus de réparation fantasmatique de l'infertilité et à maintenir vivante la culpabilité sanctionnant le vécu de toute-puissance infantile. Au cours de la grossesse, après la naissance, voire de longues années plus tard, ressurgissent parfois des angoisses associées à cette part d'inconnu de l'enfant (Karpel et coll., 2005), fonctionnant comme attracteur de fantasmes et de fantômes. Les liens parents-enfant portent les marques de la fracture traumatique quand elle fait écho à d'autres ruptures enfouies dans les limbes de l'histoire familiale, et risque d'en entraver profondément la construction. Seule l'idéalisation de l'enfant constitue un aménagement permettant d'atténuer

l'inquiétante étrangeté, laissant peu de place aux aménagements de l'ambivalence (Canneaux et coll., 2014).

La complexité du travail psychique de l'expérience du don, associée à celle de l'infertilité, s'introduit au sein des remaniements psychiques de la grossesse et de la construction de la parentalité, et constitue un facteur de fragilisation (Canneaux et coll., 2013) expliquant certaines demandes inopinées d'interruption de grossesse et de décompensations psychiques périnatales.

En pratique clinique et thérapeutique

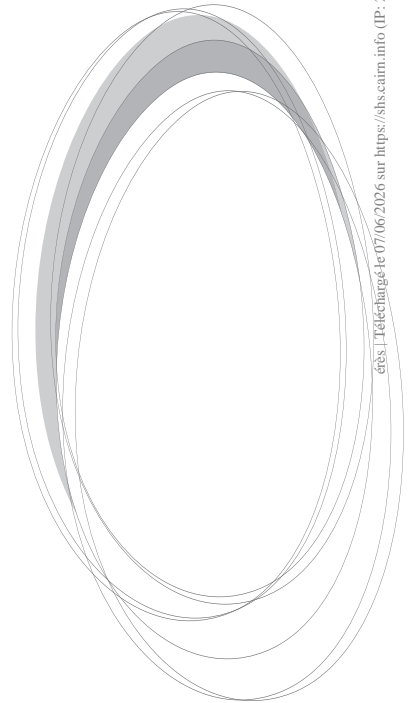
Notre pratique tant en maternité qu'en psychiatrie infanto-juvénile implique de collaborer et de sensibiliser les somaticiens à ces questions, afin d'y réfléchir conjointement et qu'ils nous adressent les futurs parents, les parents et leurs bébés le plus tôt possible, dès la période préconceptionnelle dans des parcours d'AMP ou d'adoption. Notre position offre un regard clinique et de recherche interdisciplinaire, comparatif et longitudinal (psychanalytique, émergence du langage, sensori-motricité), enrichi de collaborations avec des praticiens ayant recours à d'autres paradigmes théorico-cliniques (neuropsychologues, juristes, anthropologues...).

Ces perspectives préventives et thérapeutiques peuvent soutenir les réflexions de ces futurs parents sur leur filiation, leur parenté en rêverie et en construction. En amont de la grossesse, certaines femmes, certains couples engagés dans une démarche d'AMP commencent ainsi à tricoter leur « layette psychique » (Delion, 2014), augurant du meilleur pour la rencontre avec le bébé dans sa réalité.

Bibliographie

- ALMEIDA, A. ; MÜLLER NIX, C. ; GERMOND, M. ; ANSERMET, F. 2002. « Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée autologue », *Psychiatrie de l'enfant*, XLV, n° 1, p. 45-75.
- ANSERMET, F. 2012. *Clinique de l'origine. L'enfant entre la médecine et la psychanalyse*, Nantes, éd. Cécile Defaut.
- ANSERMET, F. 2015. « Clivages biotechnologiques », *Le Carnet Psy*, n° 189, p. 35-39.
- BION, W.R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf, 1979.
- BYDLOWSKI, M. 1997. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, Puf.
- BYDLOWSKI, M. 2008. *Les enfants du désir*, Paris, Odile Jacob.
- BYDLOWSKI, S. ; VAIVRE-DOURET, L. ; LALANNE, C. ; APTER, G. ; GOLSE, B. 2014. « Le blues postnatal : un marqueur du lien intersubjectif », *La psychiatrie de l'enfant*, LVII, n° 1, p. 5-62.
- CANNEAUX, M. ; CHABERT, C. ; GOLSE, B. ; WOLF, J.-P. ; BEAUQUIER-MACCOTTA, B. 2013. « Comment devient-on mère grâce à un don d'ovocytes ? », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 1, n° 56, p. 67-96.
- CANNEAUX, M. ; GOLSE, B. ; WOLF, J.-P. ; BEAUQUIER-MACCOTTA, B. 2014. « Intérêt de l'exploration des interactions triadiques dans les conceptions par don d'ovocytes », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 62, p. 140-146.
- CAREL, A. 2008. « Le processus de reconnaissance dans les liens premiers », *Le divan familial*, n° 20, p. 61-76.
- CLÉMENT, J.-L. 2006. *Mon père, c'est mon père : l'histoire singulière des enfants conçus par insémination artificielle avec donneur*, Paris, L'Harmattan.
- DELAISI DE PARSEVAL, G. 2008. *Famille à tout prix*, Paris, Le Seuil.
- DELION, P. 2014. *L'enfant et son psychisme*, Paris, Dunod.
- DEUTSCH, H. 1955. « Les mères adoptives », dans *La psychologie des femmes (1944-1945)*, tome II, Paris, Puf, p. 338-372.
- EHRENSHAFT, D. 2010. « Quand parfois, pour faire un bébé, il faut être trois ou quatre, voire plus. L'attachement, l'individuation et l'identité dans les familles ayant eu recours à la procréation médicalement assistée », *Revue française de psychanalyse*, LXXIV, n° 4, p. 1101-1123.
- FREUD, A. 1936. *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, Puf, 1949.
- FREUD, S. 1905. *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987.
- FREUD, S. 1919. « L'inquiétante étrangeté », dans *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1952, p. 163-211.
- GUYOTAT, J. 1995. *Filiation et puerpéralité. Logiques du lien*, Paris, Puf.
- KAËS, R. 1985. « Filiation et affiliation. Quelques aspects de la réélaboration du roman familial dans les familles adoptives, les groupes et les institutions », *Le divan familial*, 2000, n° 5, p. 61-78.
- KARPEL, L. ; FLIS-TRÈVES, M. ; BLANCHET, V. ; OLIVENNES, F. ; FRYDMAN, R. 2005. « Don d'ovocytes : secrets et mensonges », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, n° 34, p. 557-567.
- KLEIN, M. 1935. « Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968, p. 341-369.

- LEBOVICI, S. 1998. *L'arbre de vie : éléments de la psychopathologie du bébé*, Toulouse, érès.
- LÉVY-SOUSSAN, P. 2002. « Travail de filiation et adoption », *Revue française de psychanalyse*, 66, n° 1, p. 41-69.
- LÉVY-SOUSSAN, P. 2007. « Famille, sens, contre-sens, non-sens », *Champ psychosomatique*, n° 47, p. 47-60.
- OXENHANDLER, N. 2001. *The Eros of Parenthood*, New York, Saint Martin's Press.
- RICCEUR, P. 2004. *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Stock.
- SCHNEIDER, M. 2000. « Paternité paradoxale », dans *Généalogie du masculin*, Paris, Aubier, p. 263-282.
- SÉDAT, J. 2006. « Sigmund Freud et la prévention », dans *À l'écoute des bébés et de ceux qui les entourent*, Toulouse, érès.
- SOULÉ, M. ; LÉVY-SOUSSAN, P. 2002. « Les fonctions parentales et leurs problèmes actuels dans les différentes filiations », *Psychiatrie de l'enfant*, XLV, n° 1, p. 77-102.
- SOULÉ, M. ; NOËL, J. 1985. « L'adoption », dans S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (sous la direction de), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, IV, Paris, Puf, 1995, p. 2679-2699.
- WEIL, E. 2007. « Femmes fertiles en traitement médical. Le don de gamètes pour des femmes infertiles dans les procréations médicalement assistées », *Cliniques méditerranéennes*, n° 76, p. 121-134.
- WINNICOTT, D.W. 1971. *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975.



Résumé

Les avancées scientifiques dans le domaine de la procréation projettent vers des perspectives vertigineuses, expliquant les vifs débats scientifiques et sociétaux sur ces sujets. L'étude de l'impact de l'assistance à la procréation au sein d'une famille permet une réflexion féconde sur plusieurs plans (social, juridique, culturel, psychique), en raison des fortes sollicitations fantasmatiques que provoquent chez chacun les questions de filiation. Nous dégagons dans cet article certaines problématiques qui se posent aux parents et futurs parents aux prises avec ces enjeux, comme dans leur lien avec leur enfant, ouvrant de nombreuses interrogations sur la construction psychique de ce dernier.

Mots-clés

Assistance médicale à la procréation, stérilité, filiation.