



Mise à jour

Don d'ovocytes : secrets et mensonges

L. Karpel, M. Flis-Trèves, V. Blanchet, F. Olivennes, R. Frydman

Unité d'Aide Médicale à la Procréation, Hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart.

RÉSUMÉ

Introduction. Depuis la loi de bioéthique de 1994, le don d'ovocytes en France est réalisé uniquement de manière anonyme. La donneuse d'ovocytes ne peut être rémunérée et aucune publicité incitant au don n'est autorisée. Bien que n'étant pas obligatoire, les couples demandeurs sont incités à motiver une femme volontaire, déjà mère et âgée de moins de 36 ans, à donner ses ovocytes dans le centre où ils sont suivis. Cependant, ils recevront de manière anonyme les ovocytes d'une autre femme.

Objectifs. Deux principales questions découlent de cette situation : que deviennent les relations entre les couples et la donneuse volontaire ? Le don constitue-t-il un secret entre les parents et l'enfant né du don ?

Matériel et méthode. Nous avons contacté tous les parents (n = 83) ayant donné naissance à un enfant, suite à un don d'ovocytes effectué dans notre centre, entre 1988 et 1998. Les parents ont été interviewés par la psychologue du service sur la base d'un questionnaire.

Résultats. Quatorze couples ont été perdus de vue (17,8 %) et 3 couples ont refusé de participer à notre étude. Soixante-dix pour cent des couples n'ont pas révélé à leur enfant le recours au don, alors que leur donneuse volontaire a été trouvée soit dans leur famille (50 %), soit parmi leurs amis (34 %), soit parmi leurs collègues (6 %) ou leur était inconnue avant son don (10 %). De plus, 41 % des couples ont nommé la donneuse volontaire comme marraine de l'enfant et 15 % des parents ont souhaité l'informer en priorité de la naissance de leur enfant. Pour remercier la donneuse volontaire, 57 % des couples lui ont offert un cadeau matériel et 33 % continuent à être aidant pour sa famille. Dix pour cent des donneuses ont refusé le cadeau. Lors de cette enquête en 2001, 25 % des parents n'avaient plus de contact avec la donneuse volontaire. Quant à la donneuse « réelle » à l'origine de la moitié du capital génétique de l'enfant, 63 % des parents ne souhaitent connaître aucune information à son propos, 20 % souhaitent obtenir des informations d'ordre médical et 13 % recevoir toutes sortes d'informations la concernant. Seuls 2 % souhaitent connaître son identité et 2 % la rencontrer.

Conclusion. Le recours au don d'ovocytes constitue, dans 70 % des cas un secret, ou plutôt un non-dit entre les parents et l'enfant, puisque la donneuse volontaire est dans 75 % des cas encore en contact avec l'enfant. Le système français a créé une double dette chez les couples receveurs, une à l'égard de la donneuse « réelle » et l'autre à l'égard de la donneuse « volontaire ». Cependant, 41 % des parents trouvent un moyen d'humaniser la procédure de don, en offrant une place de marraine à la donneuse volontaire, dite « donneuse symbolique ».

Mots-clés : Don d'ovocytes • Secret • Psychologie.

SUMMARY: Oocyte donation: parents's secrets and lies.

Background. Since 1994, oocyte donation in France must be organized anonymously, in compliance with the bioethics law. The donation is free and any publicity to enrol donors is forbidden. In this system, the recipients are encouraged to incite a donor to visit the recipient's fertility unit. These donors are called "symbolic" donors, since they allow the recipient to be entitled to receive oocytes from another anonymous donor. According to the law, this procedure can be performed both anonymously and non-anonymously.

Objectives. We wanted to study the implication of the anonymous system, focusing on the secret of the child's conception and on the relationship between the recipient family and the "symbolic" donor.

Material and methods. We contacted all the patients (n=83) who had children with oocyte donation in our center between 1988 and 1998. These patients participated in an interview conducted with a standardized questionnaire.

Results. Fourteen (17.8%) of the couples were lost to follow-up and three declined to participate. Five recipient couples preferred a non-anonymous donation. In all, 70% of the couples had not yet told their child about the donation. They had mentioned the IVF but not the donation despite of the fact that 50% of symbolic donors came from the family of the recipients, 34% from their friends, or 6% from their professional environment; 10% were not related to the recipients. Long after the child's birth, 25% of the recipients had no contact with the symbolic donor but 41% had selected her as the child's godmother and 15% of symbolic donors were the first to be informed of the birth of the child. After the donation, a gift was offered to the "symbolic" donor by 57% of couples, 33% did not know how to thank them (retribution is forbidden by law) and 10% of couples mentioned that their donor refused any gift. Concerning the donor whose oocytes were used, 63% of recipients did not want to know anything about her. 20% would have liked to have medical information and 13% would like to have all kind of information about her. Only 2% of recipients would have liked to know her identity and 2% would have liked to meet her.

Conclusion. In agreement with earlier reports in the literature, the majority (70%) of the parents did not inform their child about the oocyte donation even though the symbolic donor was in contact with the child (being his aunt or his godmother

for example). The French system has created a double debt: one related to the real donor and another related to the symbolic donor. In the long run, the parents have found a way to humanize this technique: they have given a symbolic place of godmother to the volunteer donor.

Key words: *Oocytes donation • Secrecy • Psychology.*

Le don d'ovocytes à un couple infécond a été réalisée avec succès la première fois en Australie en 1983. Cela consiste à transférer dans l'utérus d'une femme stérile des embryons, conçus à partir des spermatozoïdes de son conjoint et des ovocytes d'une donneuse fertile. Afin de donner ses ovocytes, la donneuse doit subir une stimulation hormonale et une ponction d'ovocytes réalisée sous anesthésie générale ou locale. Les risques inhérents à cette procédure, telle l'hyper-stimulation ovarienne, sont encourus par la donneuse.

Jusqu'en 1994, les couples au sein desquels la femme était infertile, pouvaient choisir entre le don direct d'ovocytes d'une femme qu'ils connaissaient (don non-anonyme) et le don indirect d'ovocytes d'une femme qu'ils ne connaissaient pas (don anonyme). Depuis la loi de bioéthique de 1994, seul le don anonyme est légal en France, mais de tous temps les couples infertiles ont été incités à motiver une femme prête à donner ses ovocytes dans leur centre d'aide médicale à la procréation.

Ce fait est lié à la pénurie de donneuses spontanées dans notre pays où le don est gratuit et où toute publicité pour l'encourager est interdite. Il est, en revanche, autorisé d'expliciter l'information au grand public.

Les couples demandeurs peuvent motiver une ou plusieurs femmes, âgées de moins de 36 ans et déjà mères d'au moins un enfant, à donner leurs ovocytes. La condition d'âge peut être assouplie dans certains centres d'aide médicale à la procréation. Cependant, une femme répondant à ces critères d'âge et de maternité, mais dont la réponse à la stimulation ovarienne serait insuffisante pourrait se voir refuser l'accès à l'acte du don.

Les couples infertiles doivent composer avec deux femmes à l'origine de la naissance de leur futur enfant : la donneuse « réelle » et la donneuse volontaire, appelée « donneuse symbolique ».

La donneuse réelle est inconnue du couple receveur. Elle est choisie par les médecins selon des critères de ressemblance phénotypique avec la femme stérile. Ce sont ses ovocytes qui seront à l'origine de la moitié du capital génétique de l'enfant à naître dans le couple infertile.

La donneuse volontaire dite « symbolique » est motivée par le couple receveur à donner ses ovocytes à leur centre d'aide médicale à la procréation, mais un autre couple infertile en bénéficiera.

Deux principales questions d'ordre psychologique sont soulevées par cette pratique :

— premièrement, comment évoluent dans le temps les relations entre la donneuse volontaire dite « symbolique » et le couple infertile ?

— deuxièmement, le recours au don d'ovocytes est-il un secret, un non-dit ou un tabou entre les parents et les enfants nés du don ?

■ MATÉRIEL ET MÉTHODE

De 1988 à 1998, 83 couples ont pu obtenir une grossesse évolutive après un don d'ovocytes fait dans l'unité de médecine de la reproduction à l'hôpital Antoine Bécclère de Clamart.

Un protocole de recherche comprenant un long questionnaire (5 pages) a été élaboré par l'équipe médico-psychologique de l'unité d'assistance médicale à la procréation de l'hôpital Antoine Bécclère. Durant l'année 2001, nous avons tenté de soumettre ce questionnaire à tous les parents d'enfants nés par un don d'ovocytes réalisé dans notre service. Pour ce faire, un courrier discret ne faisant pas mention du don d'ovocytes mais seulement de l'aide médicale à la procréation a été envoyé à tous ces parents. Ils pouvaient en retour nous laisser un message sur répondant afin que nous les joignons. Un rendez-vous d'un moins une heure avec la psychologue ou la sage-femme du service était alors fixé. Celui-ci pouvait se dérouler soit en face à face avec la psychologue à l'hôpital soit par téléphone.

Le questionnaire comprend plusieurs parties :

— la première partie concerne les données bio-sociologiques du couple (âge, profession, état marital, antécédents médicaux et chirurgicaux) ;

— la deuxième partie concerne l'histoire de l'infertilité (les antécédents obstétricaux, le nombre de traitements d'aide médicale à la procréation, la durée d'infertilité du couple et la difficulté à trouver une donneuse) ;

— la troisième partie concerne l'histoire de la grossesse et de l'accouchement (les hospitalisations, les pathologies, l'accouchement et ses complications, l'état des bébés à la naissance, leur séjour à l'hôpital, les émotions à l'accouchement, la ressemblance physique ou non avec le nourrisson et la réaction de l'entourage au bébé) ;

— la quatrième partie porte véritablement sur le secret (leur attitude face à la donneuse réelle, leurs intentions de révéler avant et après la naissance, la révélation aujourd'hui, les personnes informées du don et leurs réactions, l'existence de secrets de famille (hors don) ainsi que la révélation idéale et les raisons de leur non-révélation, si c'est le cas) ;

— la dernière partie porte sur les relations entre le couple et la donneuse volontaire (le type de lien avec le couple, la qualité de la relation avant et après le don et le type de remerciements à la donneuse volontaire).

À la fin du questionnaire, un espace de parole est ouvert par la proposition de faire des commentaires libres.

■ RÉSULTATS

Cinquante-six couples ont obtenu une grossesse unique et vingt-sept couples une grossesse gémellaire. En tout, cent douze enfants sont nés grâce au recours au don d'ovocytes. Les enfants des couples interrogés étaient d'âges répartis en quatre groupes : de 0 à 4 ans (12 enfants), de 5 à 6 ans (35 enfants), de 7 à 9 ans (40 enfants) et de 10 ans et plus (25 enfants). 12,5 % des mères avaient 40 ans ou plus à la naissance de leur enfant.

Soixante couples sur 83 ont accepté de participer à l'enquête (71,4 %). Quatorze couples ont été perdus de vue (17,8 %), 6 couples n'ont pu être interrogés car partis à l'étranger et 3 couples ont formellement refusé de nous répondre.

La population

Elle se compose de couples dont le délai d'attente pour une conception a été de 8 ans et demi en moyenne. Les naissances sont intervenues entre 3 et 14 ans après le début des traitements d'aide médicale à la procréation. Quant au délai entre la proposition de don et la naissance de l'enfant, il a été de une à 10 années ; en moyenne trois ans et demi. Entre temps, 54 % des couples disent avoir été tenté par l'adoption.

Pour 68 % des femmes interrogées, il s'agissait d'une première grossesse. En moyenne, les femmes étaient âgées de 33 ans lors de cette grossesse par don et les hommes 35 ans.

Tous les couples parentaux étaient encore mariés ou en concubinage lors de notre enquête et aucune grossesse n'avait eu lieu après le don d'ovocytes.

Pour la grande majorité, les couples avaient choisi le don anonyme. Seuls trois d'entre eux à l'époque où cela était encore possible, avaient préféré le don non-anonyme, sachant que 15 % des couples interrogés auraient fait de même si on leur avait proposé.

Les indications médicales ayant mené au choix thérapeutique du don d'ovocytes sont présentées dans le *tableau I*.

La ménopause précoce (52 %) est l'indication principale du recours au don d'ovocytes. On peut y ajouter tous les cas où la ménopause intervient après une intervention médicale : suite à une chimiothérapie (2 %) ou suite à une ovariectomie (6 %). L'indication d'échecs de fécondation *in vitro* (12 %) est aussi à rapprocher de l'indication de ménopause précoce puisque le recours au don d'ovocytes est proposé du fait d'une réserve ovarienne diminuée, signe d'un vieillissement prématuré des ovaires. Restent les cas où le recours au don d'ovocytes permettait d'éviter la transmission d'une maladie génétique grave dont la mère est conductrice (14 %) (aujourd'hui ces couples pourraient avoir recours au diagnostic pré-implantaire). La dernière indication concerne les femmes qui souffrent de dysgénésie ovarienne (14 %).

Relation donneuse « réelle »/couple receveur

La donneuse réelle est la femme, inconnue du couple infertile, qui donne de manière anonyme des ovocytes voués à constituer la moitié du capital génétique de leur enfant.

Tableau I Indications médicales ayant mené au choix thérapeutique du don d'ovocytes.
Medical indications leading to the therapeutic choice for ovocyte donation.

Indications médicales	
Ménopause précoce	52 %
Dysgénésie ovarienne	14 %
Maladie génétique maternelle	14 %
Échecs de FIV	12 %
Ovariectomie	6 %
Traitement chimiothérapique	2 %

Les résultats montrent que 63 % des parents dans cette étude souhaitent n'avoir aucune information la concernant. Il reste 37 % de couples qui préfèrent eux, obtenir des informations sur la donneuse réelle. Vingt pour cent des parents reconnaissent qu'ils aimeraient obtenir des éléments d'ordre médical à son propos et 13 % obtenir toutes sortes de données la concernant. Seuls 2 % souhaiteraient connaître son identité et 2 % la rencontrer.

Relation donneuse « symbolique »/couple receveur

La donneuse dite symbolique est la donneuse volontaire que les couples ont su trouver dans leur entourage. Elle donne ses ovocytes au centre d'aide médicale à la procréation dans lequel ils sont suivis, afin que cela contribue à la naissance d'un autre enfant par don.

Les couples receveurs, questionnés dans cette étude, ont pu motiver une donneuse dans leur entourage proche d'abord, puis de plus en plus éloigné. La moitié des couples ont motivé une femme de leur famille : sœur, belle-sœur ou cousine. Trente-quatre pour cent des couples ont motivé une femme issue de leur cercle amical et 6 % de leur entourage professionnel. Dix pour cent des couples ont profité qu'un proche de la famille ou des amis ait motivé une personne qui leur était inconnue jusqu'alors, mais qui est venue avec eux pour donner ses ovocytes dans leur centre.

À la question : « Comment avez-vous remercié la donneuse (volontaire) ? », 57 % des couples receveurs ont répondu qu'ils l'avaient remerciée de manière tout à fait ponctuelle et matérielle : l'achat d'un bijou, une invitation au restaurant, un voyage offert ou même une somme d'argent. Dix pour cent des donneuses volontaires ont refusé les cadeaux offerts par les couples receveurs. Trente-trois pour cent des couples infertiles ont préféré une attitude de remerciement « continue » envers la donneuse volontaire ou sa famille. En effet, ils se disent toujours disposés à garder les enfants de la donneuse ou prêts à lui rendre de menus et grands services, alors que des années se sont écoulées depuis la procédure de don.

Une autre façon, assez inattendue, de remercier la donneuse volontaire a été de lui octroyer une place symbolique auprès de l'enfant. En effet, 41 % des parents ont offert une place de marraine à la donneuse volontaire ou de parrain à son conjoint, et ceci même si elles étaient déjà les tantes de leurs enfants (18 % des cas). Cette forme de remerciement particulier nous a poussés à nommer la femme volontaire: « la

donneuse symbolique », car la fonction de marraine — terme issu du latin populaire *matrina*, *mater*, mère — est surtout symbolique. Elle doit porter l'enfant le jour du baptême et continuer à s'intéresser à son développement spirituel. La signification de cette fonction est d'assurer une protection à l'enfant. Symboliquement, la marraine pourrait un jour faire office de mère auprès de l'enfant si les parents venaient à mourir ou à être déchus de leurs droits, bien que cela n'ait aucune valeur juridique.

Une autre forme de remerciement tout aussi symbolique est offert à la donneuse volontaire : 15 % des mères interrogées ont averti la donneuse volontaire en premier de la naissance de l'enfant. Parfois même, elle était présente à la maternité le jour de l'accouchement et voyait le bébé en priorité avant le reste de la famille.

A contrario, une partie des receveurs (25 %) au moment de notre enquête, c'était à dire entre 3 et 13 ans après la procédure de don, n'avaient plus aucun contact avec la donneuse symbolique. Ce pourcentage dépasse de loin les 10 % de donneuses préalablement inconnues ou très peu connues du couple (*tableaux II et III*).

Le secret dans le don d'ovocytes

Cinquante-six pour cent des couples ont révélé le recours au don d'ovocytes à leurs proches. Cependant, l'immense majorité (70 %) des parents n'a encore rien dit à leurs enfants de ce recours.

Les couples devenus parents n'ont pas toujours maintenu leur position quant à l'éventuelle divulgation du mode de conception à leur enfant. Entre leurs positions pendant le traitement et leurs positions après

Tableau II Type de lien entre la donneuse symbolique et le couple receveur.
Type of relation between the symbolic donor and the recipient couple.

Familial	Amical	Professionnel	Inconnue
50 %	34 %	6 %	10 %

Tableau III Type de liens entre la donneuse symbolique et l'enfant.
Type of relation between the symbolic donor and the child.

Tante de l'enfant	Marraine ou parrain	Rupture de contact
18 %	41 %	25 %

la naissance de leur progéniture (de 3 à 12 ans), cela a parfois changé.

Avant la naissance, 58 % des couples avaient décidé de dire contre 42 % résolus à se taire. Quand nous les interrogeons après la venue de l'enfant (*tableau IV*) :

— au sein du groupe préalablement favorable à la révélation, seule la moitié des couples a explicitement parlé du don d'ovocytes, 24 % n'ont évoqué que la fécondation *in vitro* et 26 % n'ont évoqué, ni le don, ni la FIV ;

— au sein du groupe préalablement favorable au secret, 14 % ont en fin de compte changé d'avis et parlé à leur enfant ; 32 % remettent cette décision à plus tard car ils estiment leur enfant trop jeune ; les autres conservent leur décision de ne pas dire, concédant que si l'enfant venait à les questionner, ils seraient prêts à lui répondre. Seule une mère souhaite conserver le secret à tout prix. Au total, seuls 30 % des couples ont vraiment parlé du don d'ovocytes à leur progéniture et 70 % ne l'ont pas évoqué.

À la question : « pourquoi n'avez-vous rien dit à votre enfant sur le recours au don d'ovocytes ? », de multiples réponses nous ont été rapportées. Nous avons lister les principaux arguments parentaux pour le secret, comme suit :

- la honte par rapport à la stérilité ;
- la peur que l'enfant se croit différent des autres ;
- la crainte que l'enfant ne rejette la mère ;
- la peur que l'enfant en parle aux autres.

■ DISCUSSION

Étant donné le nombre d'années qui s'est écoulé entre la procédure de don et notre enquête (de 3 à 13 ans), 17,8 % des parents dont les enfants sont nés par un don d'ovocytes de notre unité n'ont pas

Tableau IV Le secret dans le don d'ovocytes après la venue de l'enfant.
The ovocyte donation secret after the child's birth.

Couples qui pensaient le dire (58 %)	Couples qui ne pensaient pas le dire (42 %)
— 24 % ont seulement parlé de la FIV	— 14 % ont changé d'avis et <i>ont dit</i>
— 50 % ont aussi parlé du don	— 32 % pensent le dire <i>plus tard</i>
— 26 % ne l'ont pas encore dit	— 52 % <i>pensent ne pas le dire</i> mais répondront aux questions de l'enfant
	— 1 couple désire garder le secret absolu

répondu à notre recherche. Certains perdus de vue sont peut-être aussi le fait d'un désir de rester inaccessibles en s'inscrivant sur liste rouge et donc un moyen volontaire de rester au secret, voire dans le secret. Contrairement à notre appréhension première, seuls trois couples ont explicitement refusé de s'ouvrir sur les questions afférentes au don et à son secret. Cela nous indique que ceux qui ont répondu à notre recherche sont les parents qui sont le moins enclins à faire du don un secret absolu.

L'anonymat

Les résultats de cette enquête semblent confirmer la préférence des couples pour le don anonyme. La majorité des couples (85 %) disent préférer le don anonyme. Seuls 15 % des couples ayant eu recours au don anonyme auraient choisi le don direct et non-anonyme si cela avait été possible. Cependant, nous savons que le tourisme médical pour le don de gamètes est important. De nombreux couples français choisissent le don d'ovocytes à l'étranger car certes cela est payant, mais plus rapide, et le choix entre le don anonyme ou non-anonyme est souvent libre.

Le deuxième argument, en faveur de l'anonymat, concerne la donneuse réelle : deux tiers des parents préfèrent en avoir aucune connaissance. Lorsque qu'ils souhaitent quand même des informations (37 %), c'est pour l'immense majorité dans le respect de son anonymat. Les informations qu'ils voudraient obtenir sont surtout les données médicales en jeu dans la santé de leur enfant. Les couples ne sont que très peu (2 %) à vouloir connaître l'identité de la donneuse réelle ou même à vouloir la rencontrer (2 %). Des résultats similaires ont été trouvés très tôt dans la littérature [1]. On peut néanmoins relativiser la force de preuve de ces résultats. Ils peuvent être biaisés par un mouvement de défense inconscient des parents contre, d'une part le sentiment de reconnaissance envers une inconnue : la donneuse réelle ; puis d'une autre part par la crainte que leurs enfants s'intéressent de trop près à celle-ci.

Le symbolisme du don

Le geste de donner des ovocytes n'est pas anodin. Ce qui est en jeu, ça n'est pas seulement l'objet-ovocyte — qui s'échange, mais bien plutôt l'engagement, la preuve d'amour ou d'amitié qui lie les donneurs volontaires et le couple infertile. Certains pensent qu'un don attend un contre-don, sinon il existe une dette. Recevoir un tel cadeau de la part d'un proche, implique sans aucun doute un sentiment de reconnais-

sance, voire de dette. Une dette de vie, selon la psychanalyste M. Bydlowski, est habituellement l'obligation de reconnaissance que les enfants ont à l'égard de leurs parents, qui se règle en concevant [2]. La place particulière accordée à certaines donneuses volontaires au moment de l'accouchement vient montrer une tentative de règlement de cette dette. Déjà mères, les donneuses détiennent un savoir sur la maternité que l'accouchée ne détient pas encore. Ainsi, on leur laisse prendre une place, symbolique là aussi, de grand-mère auprès de la femme et de l'enfant, en venant parfois à la maternité avant la mère de la parturiente. Avec le don d'ovocytes, ça n'est plus seulement à sa mère que l'on doit de pouvoir donner soi-même naissance, mais à plusieurs autres personnages : la donneuse réelle, la donneuse volontaire, voire l'équipe d'AMP.

Les couples tentent de régler leur dette en offrant en retour. Mais existe-t-il un cadeau à la hauteur de ce don de vie ? Certes non, cependant effectuer un contre-don est une façon d'affirmer que ce reçu n'assigne pas les couples stériles à une place passive. Par l'offre d'un cadeau d'une valeur matérielle ou symbolique importante, les couples tentent de retourner leur situation de faiblesse et de nécessité. Le cadeau d'ordre matériel a l'avantage de n'inclure que les donneurs et les receveurs avant même l'arrivée de l'enfant. Cependant, il n'existe pas de sommes d'argent, des bijoux ou des voyages qui soient équivalents au don de la vie.

Quant au règlement de la dette par l'octroi de la place de marraine à la donneuse, elle paraît être une très bonne façon de régler sa dette. La donneuse volontaire n'étant au fond qu'une donneuse symbolique puisqu'elle ne donne pas directement ses ovocytes au couple pour la naissance de l'enfant, le contre-don sera donc lui aussi symbolique. Il faut savoir que, historiquement, la marraine était d'abord la grand-mère, puis la tante et aujourd'hui toute personne que les parents jugent capable d'être une mère ou un père symbolique pour l'enfant. En la nommant marraine, c'est une place dans l'ordre symbolique des relations familiales qui lui est donnée.

Cependant, on a parfois perçu l'ambivalence infiltrer ce retour symbolique : certaines mères ont raconté que leur donneuse symbolique était très (trop ?) demandeuse d'une place auprès de l'enfant, avec, à l'appui, la photo du petit trônant dans leur salle à manger, les invitations quasi-obligatoires aux anniversaires de l'enfant, à Noël, etc.

D'autres couples tentent de régler leur dette en étant toujours disponibles pour rendre de menus et grands services envers la famille de la donneuse dite symbolique. S. De Mijolla, psychanalyste, nous dit : « Tout espèce de don engage le donataire,..., dans une relation de reconnaissance, c'est à dire de service vis à vis du donateur » [3]. Certes, mais les années passant, les services semblent se pérenniser. Est-ce une façon de surpayer le don tout en démontrant que la dette est inépuisable ? Marcel Mauss, sociologue, nous invite à penser que : « Ainsi rendent-ils au-delà de ce qui est reçu pour chercher à se reconstituer comme sujet » [4].

Quant au quart des couples de cette recherche qui décident de couper les liens avec la donneuse symbolique, ils semblent vouloir échapper au sentiment de dette. Leur attitude se rapproche de ce que décrit S. De Mijolla : « L'offrant est stigmatisé comme le riche, cela ne lui coûte pas cher de donner, il possède tellement qu'il ne s'aperçoit pas que ce qu'il a donné lui est retranché ». Ainsi, il n'y aurait pas de dette, pas de service, ou de cadeaux à donner.

Quel que soit le rapport à la dette, tout à chacun doit apprendre à dépasser les liens de dépendance et de reconnaissance à l'égard de ses parents pour devenir parent à son tour. Il en est de même pour les parents de ces enfants nés par don à l'égard des donneuses. Une éternelle reconnaissance pourrait étouffer leur capacité d'épanouissement de leur fonction parentale. Même si la donneuse réelle est écartée par la loi, qui impose son anonymat, cela n'empêche pas les parents de se sentir en dette à son égard. Mais ils se trouvent dans une double entrave : « On a sorti la donneuse réelle par la fenêtre mais on a fait entrer la donneuse symbolique par la porte ! ». Au fond, que l'implication soit réelle ou symbolique, elle exige un travail d'affranchissement de la part du couple receveur envers la donneuse symbolique mais aussi de celle-ci envers le couple receveur.

L'origine du secret ou le secret des origines

L'observation de notre population a permis de mettre en évidence que les couples ne sont pas nombreux (30 %) à parler explicitement du don à leurs enfants. Certains préfèrent ne parler que du recours à l'aide médicale à la procréation.

Quel est l'âge auquel doit-on parler du don ? D'après Freud [5, 6] : « de la troisième à la cinquième année... le premier problème qui le (*l'enfant*) pré-occupe... la grande énigme (*est*) : d'où viennent les enfants ? ». Donc, les parents sont questionnés tôt sur

l'origine des bébés. Ils peuvent répondre à cette question sans faire mention du recours au don. Peut-être même doivent-ils expliquer en priorité la façon habituelle qu'ont les êtres humains de se reproduire. Cependant, à travers la question de l'origine des bébés, l'enfant questionne son histoire, voire sa pré-histoire. Les réponses de type scientifique ne sont pas à la portée du petit enfant. Vouloir expliquer la venue des enfants, par le recours à la fécondation *in vitro* doublée d'un don d'ovocytes, à un enfant de 3 à 5 ans, revient à le laisser dans un mystère sur les origines. Il n'est pas en mesure de comprendre le schéma corporel, son fonctionnement et ses vicissitudes. « L'enfant, dans ces recherches sexuelles est toujours solitaire » [7], nous dit Freud. En effet, malgré les explications parentales, la sexualité pour un enfant restera toujours un mystère attirant. Le petit enfant se construira des théories sur l'origine des bébés hors de toute vérité biologique. Il y mêlera ses fantasmes, ses désirs et les dires parentaux. Après l'Œdipe (jusqu'à l'âge de 6 ans), une sorte d'amnésie sur cette curiosité s'installe. S'en suivra une période de latence (de 7 ans jusqu'à la puberté), pendant laquelle l'enfant n'ose plus faire montre de sa curiosité en présence de ses parents. Aussi, s'ils remettent à plus tard ou attendent les questions de leurs enfants, une fois un certain âge passé, on peut douter que l'enfant ose aborder ce sujet tant il est proche de la sexualité parentale. Cette gêne et cette pudeur n'existaient pas dans le petit âge. Si l'enfant veut savoir, au moment de l'Œdipe ce qu'est la sexualité (parentale) et par là l'origine des bébés, *a contrario*, il ne voudra plus jamais le savoir, si ce n'est sous une forme déguisée de curiosité intellectuelle et scientifique plus tard.

Le choix du secret implique que la famille s'imagine détachée de son environnement familial, amical et social. Car, pour accéder au don d'ovocytes, les parents ont dû motiver une donneuse dans leur entourage justement. Ils ont, en majorité (75 %), conservé des liens avec elle. Certains couples (41 %) l'ont même institué marraine ou le conjoint parrain, si elle n'est pas déjà la tante. Le couple n'est donc pas le seul impliqué dans cette procédure. Avant même la naissance de l'enfant, le mode de procréation n'est pas connu des seuls parents.

Quand bien même un quart des parents dans notre enquête finit par écarter la donneuse volontaire, ils n'écarteront pas la possibilité que quelqu'un, dans leur entourage, révèle à leur enfant le recours au don. Certains parents ne révèlent pas le recours au don à leur enfant mais instituent la donneuse volontaire comme marraine (41 %). N'y a-t-il pas là un désir inconscient

que la vérité se sache quand même ? Comment peuvent-ils donner une place symbolique à cette femme tout en lui intimant de garder le silence ? Ne serait-elle pas le lien, le chaînon manquant de la procédure de don ? Si un jour, cet enfant souhaite en savoir un peu plus sur le don d'ovocytes, il pourra toujours questionner sa marraine ou sa tante, car elle aura été elle-même une donneuse d'ovocytes.

Ces paradoxes montrent qu'il existe des mécanismes conscients et inconscients qui activent le secret. Du point de vue conscient, les parents énoncent surtout deux sources pouvant être à l'origine de leur souhait de soumettre l'enfant au secret :

— la blessure narcissique et la honte qu'entraîne la « stérilité » de la mère ;

— la figure de l'inquiétante étrangeté que représente l'enfant né du don.

Du point de vue inconscient, deux autres sources peuvent être à l'origine du silence des parents : le tabou de l'inceste et la répétition trans-générationnelle.

La blessure narcissique

La stérilité peut être vécue comme une mise au rebus, une honte, une non-conformité sociale et biologique provoquant une dévalorisation de soi. Ainsi, le maintien du secret peut protéger les mères à la fois de la stigmatisation que représente la stérilité et à la fois de la révélation de ses faiblesses, de ses manques, de sa blessure narcissique.

La grossesse ne vient pas toujours colmater cette blessure causée par la stérilité. La femme a toujours un statut médical de femme stérile, même si elle est mère. La femme ne s'imagine pas, tout à coup, qu'elle n'est plus stérile parce qu'elle a accouché. Seulement, on lui donne l'occasion de masquer sa stérilité par le recours au don d'ovocytes. En maintenant le secret, elle peut occulter et effacer la stérilité. En toute apparence extérieure, elle est fertile puisqu'elle a vécu une grossesse et un accouchement. La femme rendue mère par le don d'ovocytes est à la fois la mère sociale, légale et biologique (puisque elle porte et accouche du bébé), seul le lien génétique n'est pas présent. Tout contribue au déni.

Une mère dans notre enquête nous a exprimé sa crainte de voir son fils à l'adolescence lui dire : « De toutes les façons, tu n'es pas ma mère ! ». Il ne s'agit pour l'instant que du fantasme de cette femme. L'enfant n'a évidemment rien dit. Ne serait-ce pas là l'expression de son ambivalence à l'égard du recours

au don ? Si elle craint qu'on l'accuse de ne pas être la « vraie mère », on peut se demander si elle a accepté d'être mère par don d'ovocytes. N'aurait-elle pas aimé être sa « vraie » mère, au sens, avoir un enfant de ses propres ovocytes ? Cela paraît une évidence. La proposition du don d'ovocytes par le médecin peut être vécue par les couples comme un choix imposé, un pis-aller à la fécondation intra-conjugale, un choix inéluctable, accepté mais insupportable. Dans ces cas, le recours au don d'ovocytes ne peut plus être évoqué car il rappelle l'insupportable : la stérilité.

Le fait de retrouver parmi les couples préalablement favorables à la révélation du don, 24 % de parents ayant seulement abordé le recours à l'aide médicale à la procréation, signifierait cette difficulté première à renoncer à la fécondation *in vitro* intra-conjugale. Ces parents ont plus de facilité à révéler le recours à l'aide médicale à la procréation, car cela préserve le fantasme d'une certaine fertilité chez le couple sans désigner la femme stérile.

Enfant du don : figure de l'inquiétante étrangeté [7]

Une autre inquiétude réitérée par les mères est que l'enfant puisse se sentir « différent des autres ». Là encore, cet énoncé n'est que le fait d'une projection des parents. L'enfant ne s'exprime pas. Les parents n'exposent-ils pas en fait leur propre crainte de percevoir leur enfant comme trop différent d'eux ?

Depuis 1994, l'anonymat de la donneuse réelle est devenu la règle. Elle est et restera, pour l'enfant et sa famille, une inconnue, une étrangère. Le choix de son anonymat ouvre sur une source intarissable de fantasmes sur elle, et par conséquent sur l'enfant.

La donneuse réelle se confond de manière inquiétante avec une humanité diverse et complexe, sans jamais prendre de visage. La pratique du don anonyme pourrait idéalement permettre de transformer « l'effrayante » ou « l'attirante » inconnue en cette figure familière et généreuse qu'est la donneuse symbolique.

Cependant, plus que n'importe quel autre, l'enfant né du don revêt à la fois, pour ses parents, la figure du familier et le spectre de l'inconnu, potentiellement inquiétant. Si l'on se réfère à Freud [7] : « ...est inquiétant tout ce qui devait rester un secret dans l'ombre et qui risque d'en sortir ». L'inquiétant chez cet enfant, ce n'est pas uniquement le différent en lui, mais aussi ce que l'on a cherché à cacher à son propos et qui menacerait de refaire surface : la stérilité de la mère et l'existence d'une donneuse réelle inconnue

(mère génétique de l'enfant ?). Si l'enfant n'évoque rien de familier, ne possède aucun trait de ressemblance, un glissement vers la dimension secrète de sa conception peut surgir au point de susciter le trouble chez certains parents.

Je prendrais pour exemple les propos de certaines mères : « La première année, je l'ai beaucoup regardée », « J'ai cru qu'elle avait les yeux bridés » ou alors : « Pierre est le portrait craché de son père mais Paul ne ressemble à personne ». L'étrangeté peut se poser autant sur l'aspect physique que sur le caractère ou les qualités intellectuelles de l'enfant. Ainsi, une mère nous faisait part de ces réflexions : « Ma fille est belle, gentille et très bonne à l'école. Ça ne peut pas venir de mon mari et moi, car nous sommes tous les deux agriculteurs, nous n'avons fait aucune étude, sûrement que la donneuse devait être une femme qui a fait de hautes études ! ».

Quelles seront les conséquences du sentiment d'étrangeté des parents à l'égard de leurs enfants ? Qu'elle que soit la dissemblance de l'enfant, elle rappelle le recours au don de gamètes et la stérilité. Si celle-ci est vécue comme une tare, une honte à effacer, toute trace de différence chez l'enfant pourrait provoquer une réaction de colère ou d'agressivité de la part des parents à son égard.

Il ne faut pas oublier que ces couples interrogés sont ceux pour lesquels la procréation intra-conjugale n'étant plus possible, s'offrait à eux deux choix : l'adoption ou le don de gamètes. Le don peut être élu car il permet à la fois l'effacement des traces de la stérilité maternelle et à la fois la réalisation d'une grossesse, c'est à dire de ne pas renoncer au biologique dans la procréation. Cependant, l'acceptation du don devrait obliger les parents à admettre la part d'étranger, d'inconnu dans leur enfant, sans la rejeter.

Comme pour annuler l'angoisse suscitée par cette inquiétante étrangeté de l'enfant, une mère a exprimé le fantasme suivant : les ovocytes utilisés pour la conception de sa fille devaient être ceux de sa sœur, sa donneuse volontaire, tant la ressemblance entre elles-deux lui paraissait flagrante. Ce fantasme permet à cette femme de remplacer la figure inquiétante, car inconnue, de la donneuse réelle par une figure familière : la donneuse symbolique, sa sœur. Si l'enfant venait à connaître le geste de la donneuse volontaire, ne pourrait-il pas lui aussi la confondre, la fantasmer comme sa mère génétique ? Quelles seraient les conséquences de ce fantasme sur les relations familiales de l'enfant ? Va-t-il penser qu'il est le fruit d'un adultère autorisé et légalisé (entre sa tante

et son père) ? Comment la mère va-t-elle gérer sa jalousie envers sa sœur ?

Le tabou de l'inceste [8]

Le tabou signifie, selon Freud, une terreur sacrée, une prohibition imposée par la loi, qui s'oppose à une tendance vers laquelle l'inconscient est fortement poussé, tel l'inceste.

Si la mère se révèle ne pas être la mère « génétique », sera-t-elle encore interdite d'accès aux fantasmes oedipiens de l'enfant ? Le tabou de l'inceste pourrait-il s'annuler ? Une dangereuse proximité avec la mère pourrait-elle dans son fantasme s'opérer ? On sait qu'une partie de la crise d'adolescence sert à écarter une reviviscence des désirs pour le parent du sexe opposé. En formulant ce fantasme imaginaire, cette femme dit qu'elle ne serait pas la mère interdite mais une femme accessible au désir sexuel de cet adolescent imaginaire et rebelle.

Toute l'inquiétante étrangeté de l'enfant aux yeux des parents pourrait plutôt se lire alors comme une inquiétante proximité. Si l'enfant est tellement différent de sa mère, il peut devenir alarmant dans ces tentatives de rapprochement affectif (d'inceste fantasmé) ou dans le sentiment que sa mère éprouve pour lui. La structure familiale fera front aux assauts des fantasmes incestueux, car l'Œdipe se réalise aussi bien avec un parent social qu'avec un parent biologique. Néanmoins, la psyché sera davantage en difficulté face aux fantasmes inconscients d'inceste, car elle sera libérée par le non-lien génétique entre l'enfant et sa mère. Le tabou de l'inceste semble un frein à la révélation du don à l'enfant par ses parents.

La répétition du secret de famille

Il existe un deuxième mécanisme inconscient qui contribue à l'établissement d'un secret : la transmission trans-générationnelle des secrets de famille. Le secret sur le don peut permettre de protéger à la fois le couple, mais aussi d'autres membres de leur famille. Le secret sur le don d'ovocytes peut permettre de cacher un autre secret de famille plus important : « Un secret peut en cacher un autre ». En effet, à quelques reprises, des mères nous ont raconté combien le recours au don avait, de manière complètement inconsciente, réalisé la répétition ou au contraire, avait évité la répétition d'histoires familiales tragiques : une non-filiation biologique entre leur mère et une sœur, leur propre naissance par inceste, etc.

Il faut néanmoins établir le distinguo entre la notion de secret et celle de non-dit. Le secret impose un interdit de savoir. Les parents cachent volontairement un pan important de leur histoire souvent autour de la naissance et de la mort et décident de ne pas le transmettre à l'enfant. Cela ne signifie pas que l'enfant n'est pas habité par ce secret de manière inconsciente. Tandis que le non-dit consiste en un accord tacite entre les différents membres d'une famille qui impose de taire un événement (connu) important de l'histoire familiale. Presque tous les membres de la famille connaissent l'histoire, l'enfant y compris, mais il est interdit de l'évoquer ensemble. L'enfant comprend vite ce fonctionnement familial et le respecte. Le non-dit impose un interdit de dire.

Cependant, en tolérant de participer à notre recherche certaines mères sortent de la logique du non-dit ou du secret. Comment comprendre sinon qu'elles acceptent de répondre, en toute liberté, à partir de chez elles, en présence de leurs enfants, à nos questions par téléphone ? Certains parents ont même profité de cette recherche pour venir à l'hôpital avec leur enfant afin de leur expliquer leur recours au don, parfois pour la première fois.

■ CONCLUSION

Il est un élément qui participe à l'unification des aspects à la fois familiers et inquiétants de l'enfant né par don dans le regard de ses parents, c'est la reconnaissance filiale de l'enfant par le reste de la famille. Si la famille et principalement les grands-parents maternels accueillent cet enfant, en toute connaissance de cause, comme faisant partie des leurs, alors ils protégeront les parents de l'anxiété suscitée par la partie génétique étrangère de l'enfant à tout jamais secrète et inaccessible. L'appropriation par la famille de l'enfant né par don est apaisante si, et seulement si, les parents ont dit la vérité.

Un autre élément favorise la sérénité des parents vis à vis du don : l'acceptation culturelle, religieuse et sociale de cette nouvelle forme de filiation. Plus une pratique sociale est acceptée dans la société, plus les individus évitent d'en faire un secret. Ce qui était source de honte hier, tend à disparaître aujourd'hui au profit de nouvelles sources de honte : le sida ou la PMA [9]. L'attitude négative ou suspicieuse de la société face à l'AMP avec tiers donneur favorise le secret. On peut se demander si le choix légal de l'anonymat de la donneuse réelle n'est pas une lourde pierre portée à l'édifice du secret, en obstruant les

portes menant aux origines génétiques. La loi favorise l'inclinaison psychique naturelle du parent stérile, meurtri, préférant effacer scrupuleusement les traces de la honte et du « crime de stérilité » [10] : la grossesse est là, la mère sûre, le père aussi, qui vient donner son nom. Le don d'ovocytes pourrait ainsi laisser l'impression d'une concordance biologique, légale et sociale qui conforte la transmission filiale dans nos sociétés où la mère n'est pas à remettre en cause.

Par la loi régissant le don d'ovocytes, on ne peut rien répondre aux enfants nés du don d'ovocytes à propos de la donneuse réelle, si ce n'est qu'elle est une femme généreuse qui comme la marraine ou la tante a donné ses ovocytes. Notre recherche, en portant sur la position des parents vis à vis du secret, en particulier des mères, semble conforter le choix de l'anonymat. Cependant, nous n'avons pas évalué le désir des enfants (d'âges très disparates) de connaître cette donneuse réelle avec laquelle il pourrait avoir des traits phénotypiques de ressemblance. Si nous interrogeons les enfants nés du don d'ovocytes dans quelques années, retrouverions-nous les mêmes proportions en défaveur de la levée de l'anonymat de la donneuse réelle ? Ou assistera-t-on au contraire à un mouvement du droit des enfants à la connaissance de leur origine génétique, tel qu'on l'a observé pour les enfants adoptés ?

Pour conclure, nous devons répondre aux deux principales questions de cette étude. La première concerne le devenir des relations entre les couples et la donneuse volontaire dite symbolique. Il semble exister trois devenirs possibles des relations entre le couple receveur et la donneuse volontaire dite symbolique :

— le premier consiste à couper les liens avec cette femme dont la présence vient rappeler le recours au don et imposerait peut-être aux parents une révélation ou une crainte de fuite ;

— le deuxième consiste à ne pas pouvoir régler sa dette à l'égard de la donneuse volontaire car, soit elle refuse le contre-don, soit les couples pèchent par excès de contre-don à son égard ;

— le dernier consiste, au contraire, à tenter de régler sa dette par un cadeau d'ordre symbolique à la hauteur de ce qu'ils estiment avoir reçu.

La place offerte de marraine représente une tentative d'humanisation des procédés techniques par un recours au religieux, en ce qu'il représente une forme de symbolisation de la naissance et de la mort. Il nous semble que là où existe une tentation de réduire le don d'ovocytes à un simple échange de gamètes, nous observons que les couples humanisent ce procédé. Le

parrain et la marraine sont inscrits dans le registre de l'église lors du baptême. Cette inscription est au sens propre comme au sens figuré une inscription dans l'ordre symbolique de la vie humaine.

Ce choix de la nommer marraine ou son conjoint parrain, impose l'idée selon laquelle les parents, loin de considérer cette technique comme anodine ou faisant l'objet d'un simple déni, trouvent parfois une voie symbolique se frayant avec la technique et l'humanisent.

Cependant, quel que soit le moyen de régler la question de la dette vis à vis de la donneuse volontaire, il n'aura s'agit que d'un déplacement puisque le créancier réel est une inconnue, auprès de laquelle il leur est impossible de s'acquitter.

La deuxième question était : le recours au don d'ovocytes est-il un secret, un non-dit ou un tabou entre les parents et les enfants ?

Nous faisons l'hypothèse qu'il s'agit moins d'un secret absolu que d'un non-dit entre les parents et les enfants nés d'un don d'ovocytes. En effet, l'immense majorité des couples contactés pendant cette recherche ont répondu facilement à nos questions. Certaines mères étaient dans la même pièce que leurs enfants tandis qu'elles répondaient à nos questions par téléphone. D'autres parents ont même fait le déplacement jusqu'à l'hôpital avec leur enfant, venant parfois de loin, pour participer à cette enquête. Quant aux parents qui n'ont pas pu être contacté ou qui ont refusé de participer, on peut faire l'hypothèse qu'il existe chez eux un secret sur le don d'ovocytes. Que le choix soit le secret ou le non-dit, certains parents pourront transformer le don d'ovocytes en un tabou : un interdit imposé par la crainte d'un trop grand rapproché avec l'enfant différent.

Quelles seraient les conséquences de ces trois différentes situations : secret, non-dit, tabou ?

Les psychothérapeutes nous ont mis en garde contre l'effet néfaste pour le développement de l'enfant, s'il vivait dans le secret de ses origines : « un secret toxique qui empêcherait l'enfant de faire des choix libres, d'exploiter des potentialités et d'avoir des relations sincères » [9]. Le secret est motivé par la honte des parents, née du rejet social, familial ou culturel de cette forme de conception artificielle révélant la stérilité féminine. Quels moyens les enfants trouveront-ils pour parer aux possibles mouvements agressifs de leurs parents suscités par leur honte ?

Le non-dit est motivé par l'ambivalence des parents vis à vis du recours au don d'ovocytes. Entraînera-t-il chez l'enfant devenu adolescent le désir de

faire éclater ce consensus familial du silence par une crise d'adolescence ? Quelle sera la teneur de cette crise et à quels dangers l'enfant s'exposera-t-il ?

Quant à la mise en place d'un tabou par les parents, à quel point cela pourrait favoriser l'inhibition, la rigidité et peut-être l'angoisse chez l'enfant ou au contraire être un élément cadrant et rassurant pour celui-ci ?

Il ne faut attendre les écrits des pédopsychiatres d'ici à quelques années.

Pour conclure, il nous a semblé que, à l'instar de l'adoption, le don d'ovocytes devrait être proposé quand un certain travail de deuil de la fertilité a pu être opéré par le couple. Sinon, nous avons fort à parier que le don sera l'objet d'un secret toxique. Poser l'hypothèse d'un deuil de la fertilité comme possibilité d'acceptation du don d'ovocytes n'est pas un pari facile. On sait que le médecin n'est parfois que trop soulagé de pouvoir proposer une autre solution à ses patients plutôt que le seul arrêt de toute tentative d'aide médicale à la procréation et/ou le passage à l'adoption. Le recours au don est parfois proposé sans que le clinicien ait pu juger de la qualité du renoncement à la fécondation intra-conjugale chez les patients. Si le renoncement n'a jamais été vraiment acquis, on pourrait craindre que cela se règle sur le « dos de l'enfant ». Bien qu'il existe un seul entretien obligatoire avec un psychologue le jour de la consultation de don, cet entretien intervient un peu tard. Le psychologue n'a pas le temps d'inciter le couple à une élaboration psychique complexe. De plus, à l'hôpital Antoine-Béclère, cet entretien psychologique du couple infertile en attente d'un don d'ovocytes était réalisé le même jour, dans le même lieu, et par le même psychologue pour le couple et

pour la donneuse volontaire. Chaque membre du couple n'était pas reçu séparément. L'ambivalence vis à vis du don était bien sûr abordée mais il s'agissait d'une consultation obligatoire dans laquelle les couples cherchent à se poser d'abord comme de bons futurs parents.

Avant de proposer le don d'ovocytes, il faudrait donc pouvoir aborder le regret, la déception, le renoncement et la tristesse du couple face à leur stérilité, afin que ces éléments ne se rejouent pas à travers l'utilisation intempestive du secret fait à l'enfant.

■ RÉFÉRENCES

- Bertrand-Servais M, Letur-Konirsch H, Raoul-Duval A, Frydman R. Psychological considerations of anonymous ovocyte donation. *Hum Reprod* 1993; 8: 874-9.
- De Mijolla-Mellor. In: Topique, n° 7, La dette, L'esprit du temps, 2002.
- Bydlowski M. La dette de vie, le fil rouge, PUF, Paris, 1998.
- Mauss M. Essai sur le don. Oeuvres (tome 3), Éd. de Minuit, Paris.
- Freud S. Trois essais sur la théorie de la sexualité. La sexualité infantile. Chap. V : Les recherches sexuelles de l'enfant (1905). Trad., collection Idées, Gallimard, 1978.
- Freud S. Introduction à la psychanalyse. Chap. 20 : La vie sexuelle de l'homme (1921). Trad., Petite Bibliothèque, Payot, Paris, 1989.
- Freud S. L'inquiétante étrangeté et autres essais (1919). Trad., Gallimard, Paris, 1985.
- Freud S. Totem et tabou (1913). Trad., Petite Bibliothèque, Payot, Paris, 1975.
- Imber-Black E. Le poids des secrets de famille. Coll. réponses, Trad. de l'américain, Robert Laffont, Paris, 1999.
- Flis-Trèves M. Elles veulent un enfant. Albin Michel, Paris, 1998.
- Flis-Trèves M, Weil E. Donner-recevoir une approche psychologique du don d'ovocytes. *Contrib Fertil Sexual* 1988 ; 2 : 153-7.