

Blessures dans la filiation et infertilité masculine : étude comparative et psychodynamique

Family events and male infertility: a comparative and psychological approach

M. Jaoul · M. Albert · M. Bailly · J. Selva · D. Molina Gomes

Reçu le 2 octobre 2009 ; accepté le 22 janvier 2010
© SALF et Springer-Verlag France 2010

Résumé Cette recherche est née de la constatation clinique, à travers les récits de vie d'hommes infertiles, de l'existence de perturbations dans leur filiation. Dans un premier temps, il s'agira de déterminer, à l'aide d'une grille de filiation construite à partir d'une clinique psychanalytique, si, pour certains de ces hommes infertiles, le projet de devenir père pourrait être entravé par leur difficulté à se situer dans leur généalogie et à s'identifier à leur propre père. La comparaison d'un groupe de 30 hommes infertiles avec un groupe de 30 hommes fertiles permet de mettre en évidence l'impact de certains événements dans la filiation sur la capacité à procréer. Le second temps de la recherche sera consacré à une approche psychodynamique qui tentera d'éclairer l'hypothèse d'un lien entre l'impact traumatique de ces événements sur les sujets et sa traduction dans une expression somatique.

Mots clés Infertilité masculine · Traumatisme de filiation · Transmission transgénérationnelle · Expression psychosomatique · Mémoire générationnelle inconsciente

Abstract The family history of a set of infertile men was the aim of the present study, through a filiation events grid based on a psychoanalytical approach. During the genetic counseling before ICIS procedure, the family chart was established and the filiation grid applied to a group of 30 infertile men requiring assisted reproductive procedures, as well as to a

control group of 30 fertile men recruited in a maternity hospital after birth of their child. The filiation events differed significantly between two groups. It can be therefore assumed that difficulties in the past generation may play a part in some cases of infertility. A psychodynamic approach is then developed to highlight the hypothesis of a link between the traumatic impact of these filiation events on these men and its translation as a somatic expression.

Keywords Male infertility · Filiation grid · Breach in lineage · Unconscious genealogical memory

Introduction

La recherche qui va être présentée ici est née de la constatation clinique, à travers les récits de vie d'hommes infertiles, de l'existence de perturbations dans leur filiation. Bien souvent aussi, la mémoire générationnelle semblait être suspendue : à la génération du fils, rien ne pouvait être dit des motifs des ruptures intervenues à la génération précédente.

À partir de cette clinique s'est posée la question du rôle joué par certains événements de vie, par des spécificités du fonctionnement familial. Seraient-ils susceptibles, par la voie des identifications, de venir inhiber chez certains hommes la capacité à engendrer, à prendre place dans la filiation ?

La question a été de savoir si nos constatations étaient liées à un « effet d'adresse », ou si l'on pouvait faire l'hypothèse d'un lien existant entre ces particularités et la survenue d'une infertilité. En effet, la situation d'infertilité interroge à la fois les processus de parentalisation et de filiation ; pour devenir père, il faut pouvoir s'inscrire dans une filiation, se situer, à la suite de son père, dans l'ordre des générations.

Pierre Fédida [1] disait :

« Tout ce qui touche à l'hérédité et à la procréation définit une zone humaine violemment fragile où se cristallisent les angoisses les plus archaïques et qui donne la parole aux croyances les plus énigmatiques. »

M. Jaoul (✉)

Centre clinique de psychothérapie, centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint-Germain,
10, rue du Champ-Gaillard, F-78303 Poissy cedex, France
e-mail : mojaoul@noos.fr

M. Albert · M. Bailly · J. Selva · D. Molina Gomes
Unité d'AMP, centre hospitalier intercommunal
Poissy-Saint-Germain, F-78303 Poissy cedex, France

EA2493, université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines,
F-78000 Versailles, France

Contexte théorique : l'intrication du somatique et du psychique

Peu de travaux psychanalytiques ont été consacrés à l'étude des facteurs psychologiques en cause dans la stérilité masculine. Par ailleurs, on trouve bon nombre d'études sur l'influence du stress sur le résultat des FIV [2], sur la qualité du sperme [3–5] ; d'autres études ont porté sur des facteurs psychologiques tels l'alexithymie (impossibilité de lier affects et représentations) et les stratégies de *coping* [6] (stratégies permettant ou non de gérer le stress) différenciant les hommes stériles et les hommes fertiles. D'autres études ont porté sur la source du stress : une étude prospective sur 818 couples a montré que le stress touchant les domaines personnel et conjugal a un poids plus grand sur les résultats des FIV que le stress social [7] ; le stress peut être aussi lié à la situation de stérilité, ou bien même au recours à l'AMP comme « mise en demeure » de réussite.

Une équipe de recherche de l'Inserm, dirigée par Stoléru [8,9], a travaillé sur des facteurs en cause dans la stérilité des couples et sur la réussite ou l'échec des FIV à partir d'un questionnaire de « projet d'enfant » et d'un entretien semi-structuré multiregistre, l'ESM, qui permet une approche des aspects inconscients du désir d'enfant ; la FIV devenant un « modèle » d'étude de l'infertilité psychogène. Dans le questionnaire « projet d'enfant », trois domaines sont explorés : le désir d'enfant, la vie sexuelle et les aspects de la vie familiale liés à la procréation. Les résultats indiquent que *chez les hommes, le facteur concernant la qualité de l'intégration du désir d'enfant et des relations sexuelles est un facteur étiologique de la stérilité* : il joue sur la fréquence des relations sexuelles, mais aurait aussi un effet sur la qualité du sperme.

Un commentaire s'impose ici.

La stérilité « inexplicée » ne veut pas dire stérilité psychogène. De même, l'existence de causes identifiées ne veut pas dire que des facteurs psychogènes soient absents.

Il y a une distinction à faire entre des agents « activateurs ou inhibiteurs » et des agents responsables ou déclencheurs de la maladie psychosomatique.

Le corps peut, dans une certaine mesure, se déprendre des lois de la nature. Deux logiques se croisent, deux ordres sont à l'œuvre : *l'ordre biologique et l'ordre symbolique et culturel*.

Ainsi, tel un événement mental, un événement corporel serait coextensif de la production d'un sens. Prenons le cas du stress : l'effet du stress sur la reproduction est reconnu généralement ; la réaction de stress mobilise les ressources de l'organisme pour rétablir un équilibre. En particulier, il y a une activation de l'axe hypothalamohypophysocorticosurrénalien et de l'axe sympathique et médullorénal. Cela entraîne une inhibition des systèmes neuroendocriniens ne participant pas à la lutte contre le stress, en particulier ceux de la croissance et de la reproduction.

Les altérations des fonctions sexuelles qui surviennent chez les sujets stressés sont attribuables à la dynamique des interactions entre l'axe corticotrope et l'axe gonadotrope. Ce dernier est sensible à de nombreux facteurs extérieurs dont des facteurs psychosociaux, définis comme la perception et les représentations qu'a le sujet de ces interactions avec le groupe social auquel il appartient.

D'un point de vue psychanalytique, la notion de « complaisance somatique », proposée par Freud, éclaire l'existence de l'intrication du psychique et du somatique. Pour de nombreux auteurs, avec en particulier l'approche des psychosomatiques, en matière de procréation, l'intrication du psychique et du somatique serait la règle.

Pour Bydlowski [10], la stérilité correspondrait « à l'action d'un frein défensif, tant psychique que biologique, qui s'exercerait contre la fertilisation, à un stade ou à un autre du processus (ovulation, rencontre et compatibilité des gamètes, nidation). »

Avec Faure-Pragier [11], on admet de dire qu'un enfant se conçoit autant par l'esprit que par le corps ; l'infertilité s'entend alors comme un trouble somatique et l'expression d'un conflit psychique. La logique n'est pas celle d'une causalité linéaire mais circulaire : « *En ce qui concerne l'acte reproductif, l'enchevêtrement du psychique et du biologique paraît être la règle (...), l'influence réciproque du psychisme et du corps obéit à la récursivité.* »

Debray [12] déclare : « *Dans mon expérience, c'est probablement autour des aléas de l'accès à la parentalité que le point de vue psychosomatique, et en particulier la référence à l'économie psychosomatique, trouve sa plus parfaite illustration... devenir père c'est accepter de prendre place dans la succession des générations, après son père et avant son fils, ce faisant rentrer dans le rang, c'est-à-dire de reconnaître le caractère fini de la vie humaine.* »

Fédida [13] pour sa part souligne que, dans de nombreuses pathologies, « (...) les perturbations affectives et sexuelles ont des résonances très puissantes sur l'évolution proprement somatique. Mais on constate que les altérations des fonctions vitales sont amplifiées par les événements psychiques au point qu'on ne saurait dire si ce dont le patient souffre est de la maladie d'un organe ou de la maladie d'un manque. »

Par ailleurs, il ne faut pas négliger, en matière de procréation, la dimension de la synergie du couple et le choix, inconscient, du partenaire infertile pour assurer la protection contre une paternité/maternité trop risquée d'un point de vue psychique.

Contexte de la recherche

Du point de vue épidémiologique

Le contexte est celui d'une baisse sensible de la fécondité chez l'homme.

Rappelons qu'on assiste depuis 50 ans à une certaine détérioration de la production spermatique dans l'espèce humaine dont l'origine serait, entre autres, à trouver dans les facteurs environnementaux par le biais des perturbateurs endocriniens présents dans notre milieu de vie contemporain.

Du point de vue sociologique et historique

Comme nous l'avons signalé, les tabous sociaux, encore très puissants, touchant à la stérilité masculine se retrouvaient dans le domaine de la recherche. Les « solutions » offertes par la médecine (ICSI, FIV avec donneur) viendraient clore le sujet.

L'association virilité–fertilité y est certainement pour quelque chose ; la remise en cause de la fertilité masculine serait équivalente à une remise en cause de la virilité, et par là une remise en cause de la légitimité de la domination de l'homme sur la femme. Cette domination, appuyée sur le mythe de sa supériorité, touche, bien entendu, son pouvoir de procréateur.

Depuis Aristote, la semence masculine est réputée posséder l'omnipotence reproductrice [14] : seuls les caractères de la semence des hommes se transmettent au fil des générations, le ventre des femmes n'est que la matrice. Après la découverte des ovaires féminins (Sténon et de Graaf, 1668–1673) qui infléchit la tendance, la découverte des spermatozoïdes (1674–1678) puis de la fécondation (1875), redonne aux mâles ce qu'ils avaient perdu de leur importance quant à la reproduction, et le rôle du futur père est longtemps pensé comme essentiel dans la génération et la présence de sa descendance preuve de sa virilité. La propension de certains hommes à concevoir des filles sera par exemple attribuée, au XIX^e siècle, à une « liqueur imparfaite », la femme prenant alors le dessus. À l'âge classique, impuissance et stérilité sont confondues dans un même vocable et la stérilité du couple incombe uniquement à la femme. Cette responsabilité paradoxale est restée ancrée dans de nombreux esprits malgré les connaissances scientifiques ; ce n'est que récemment que les examens et analyses sont demandés, en cas de stérilité, systématiquement aux deux membres du couple.

Comme on le voit, le mythe « *du mâle dominant dominateur copulateur, transmettant ses caractères* » [15] a la peau dure ! Celui de l'infériorité féminine ne cède du terrain que difficilement. La vision des anthropologues selon laquelle hommes et femmes ont évolué différemment, faisant de l'homme la clé de voûte des progrès techniques, sociaux, culturels, est basée sur la notion de division sexuelle des tâches donnant l'avantage aux hommes, chasseurs, sur les femmes dont les activités se situent dans la proximité du foyer. Les femmes restent dans la condition de Lucy, l'australopithèque, alors que les hommes fondent le succès

évolutif à venir de genre *Homo* grâce à la technique et à la culture. Selon ces postulats, ce sont les mâles qui se livraient aux activités créatrices : les outils, les armes, les parures, les activités artistiques leur étaient attribués.

C'est seulement au début des années 1980 que cette vision a été remise en cause par des anthropologues et ethnologues. Lévi-Strauss [16] se demande si ces différences tiennent aux seules possibilités organiques ou si elles découlent d'interdits imposés par les hommes. Pour Testard, cité par Pick [17], les interdits concernant la chasse et l'usage des armes sont associés à des constructions symboliques touchant à l'écoulement du sang. Ainsi, la préhistoire est infiltrée de l'idéologie dominante. Pour Bourdieu [18], inscrire dans la nature, ou le temps, l'origine de la domination masculine est un procédé visant à justifier le bien-fondé de cette idéologie. Il en est de même pour le mythe d'un matriarcat primitif, dans lequel les femmes ont la domination sur tout mais se trouvent incapables de faire régner l'ordre et l'harmonie. Bourdieu [18] note l'universalité de ce mythe, et fait du bassin méditerranéen un lieu de radicalisation de cette idéologie.

Cependant, les choses changent, et le chemin vers l'émancipation des femmes, la contraception et la dépénalisation de l'avortement (1975), permettant d'échapper au « destin biologique », en sont des étapes importantes.

En 1970, l'autorité parentale partagée par père et mère remplace la notion d'autorité paternelle.

L'évolution sociale des métiers féminins est une autre étape ; le fameux tabou des armes est en train de s'estomper au gré des mouvements politiques : de 1998 à 2003, le nombre de femmes admises au concours de commissaires de police a augmenté jusqu'à dépasser celui des hommes.

C'est donc dans ce contexte occidental d'effritement de l'idéologie de la domination masculine, d'un redécoupage progressif du partage des tâches entre hommes et femmes, entre père et mère, que se situe cette recherche. L'angoisse des hommes face à leur virilité mise en cause par la libération sexuelle des femmes, vient-elle rencontrer celle de la société dont les repères se trouvent fragilisés ? Les fantasmes de castration, souvent perceptibles chez ces hommes souffrant d'infertilité, trouvent-ils un écho dans cette déconstruction progressive du mythe de la suprématie masculine contenue dans la représentation de la virilité ?

Avec l'évolution de la société qui procède à un évincement de la place de Dieu au profit de celle de la science, la place du père est remise en question, jusque dans les représentations qui entourent la procréation. Du fait de sa médicalisation, c'est une logique du corps à corps, qui ignore le désir, qui s'y fait jour à la place d'une logique symbolique porteuse de différence, source d'individuation.

Curieusement, alors qu'il y aurait cette apparente destitution du père, il n'a jamais autant fait parler de lui : les travaux sur le père sont pléthoriques. Dans le champ

psychanalytique, malgré un certain phallocentrisme, le maternel s'est développé en particulier dans le domaine des relations précoces. Après leur avoir été exclusivement réservé, ce domaine est maintenant « ouvert » aux pères, ainsi qu'en témoignent les nombreux travaux sur la petite enfance. Citons à titre d'exemple les notions de triade et de « mixte », de maternel et de paternel dans les identifications précoces ou encore, avec la notion d'accordage affectif, l'image du père trouve toute sa place en ce qu'elle joue sur le style interactif inconscient de la mère.

Dans le champ social, la question de la place du père et de la filiation est source de débats, le droit de connaître ses origines est revendiqué et reconnu ; si le lien conjugal se fragilise, le lien parental tend, pour sa part, à se renforcer, ce que l'on peut attribuer à la place de plus en plus importante faite à l'enfant dans nos sociétés.

La question de la place qui est faite au père dans nos sociétés se pose, d'où semble émerger une nouvelle économie du désir « *s'entretenant davantage par l'envie qu'en référence avec un support idéal* » [19] et dont le moteur psychique serait plus la jouissance que le désir.

Hypothèses

À partir de ces questions deux hypothèses se sont dégagées, qui seront étudiées à partir de deux approches différentes :

- la première hypothèse est donc celle d'un lien entre la difficulté à procréer, à s'inscrire dans une filiation ascendante et descendante, et l'existence d'événements particuliers dans l'histoire familiale de certains hommes infertiles. Cette hypothèse sera étudiée avec une approche *comparative*, qui s'appuiera sur une grille de filiation et utilisera l'outil statistique ;
- la seconde hypothèse est celle de la stérilité masculine comme étant, dans certains cas, l'expression somatopsychique d'un échec de l'inscription du conflit œdipien dans le champ névrotique. Cette hypothèse sera étudiée à l'aide d'une approche *psychodynamique*, comprenant des entretiens et un test projectif, le TAT.

Le projet s'annonçait difficile, qui consistait à associer une démarche scientifique à une démarche psychanalytique, reposant sur des champs épistémologiques tout à fait hétérogènes et sur des pratiques différentes.

Un pont entre ces deux approches a été trouvé avec la grille de filiation utilisée pour l'étude comparative. Cette grille issue des travaux psychanalytiques du Pr Jean Guyotat [20–23] sur les problématiques de filiation, sera adaptée pour permettre une étude statistique des résultats.

Cette double approche comparative et psychodynamique, si elle a permis une mise en tension des deux champs scien-

tifique et psychanalytique, comportera, par ailleurs, des manques de part et d'autre :

- l'approche comparative n'aura pas toujours la précision et la rigueur attendue pour une recherche scientifique ;
- la grille, aménagée à des fins de comparaison, perdra une part de la richesse clinique que lui avait donnée Jean Guyotat en l'utilisant dans le cadre de rencontres singulières.

Il est nécessaire de donner ici quelques précisions sur le contexte théorique, dont cette grille est issue, autour de la notion de filiation.

Pour Jean Guyotat la stérilité masculine est définie comme une atteinte de l'individu dans son pouvoir de reproduction, sous l'angle de la filiation définie ainsi : ce par quoi un individu se relie ou est relié, par le groupe auquel il appartient, à ses ascendants ou descendants réels ou imaginaires.

Ses travaux nous invitent à considérer trois axes principaux de filiation : *la filiation symbolique, la filiation narcissique et la filiation de corps à corps* :

- la filiation symbolique ou « instituée » est langagière lorsqu'elle concerne le discours du groupe sur un sujet, quant à la transmission du nom et des biens, et quant à la définition de l'autorité parentale. Elle est non langagière en ce qui concerne l'agencement des comportements découlant de la première ;
- la filiation narcissique est, elle, basée sur la logique de la répétition du même, du fantasme d'immortalité, celle du double, à partir d'un ancêtre prestigieux ;
- la filiation de corps à corps, correspondant à la logique du lien entre partie du corps et produits du corps, est celle de l'approche biomédicale ;

Les deux derniers axes sont intimement liés.

Ces différents axes se conjuguent, mais toute singularité dans la filiation symbolique peut entraîner, par un effet de compensation, une inflation de la dimension narcissique. C'est, en effet, ce que l'on retrouve dans certaines pathologies psychotiques (délire de persécution, de filiation, de négation des origines) ou chez certains sujets souffrant de troubles psychiques de la puerpéralité (psychoses puerpérales, qui fonctionnent comme un délire de filiation, accès mélancoliques graves pouvant aboutir à la mort de l'enfant).

C'est la logique parthénogénétique qui domine alors, celle du refus de la différence aboutissant au narcissisme mortifère (on pense à l'actualité récente des meurtres d'enfant par des mères conservant leurs enfants dans une immortalité glacée, et aussi les « oublis » d'enfant par le père : dans ce cas, l'acte, même s'il aboutit aussi à la mort de l'enfant, n'est pas direct, il serait l'effet d'une négativation de la pensée, d'un « trou de mémoire ».)

Deux approches : méthodologie et résultats

Voici une description succincte, plus amplement détaillée par ailleurs [24,25], des deux approches de leur méthodologie et de leurs principaux résultats.

Approche comparative

Outils et méthode

Avec cette approche, il s'agit de comparer, à l'aide de l'arbre généalogique effectué lors de la consultation génétique, menée en binôme dans le contexte de la recherche (médecin généticien et psychologue), et de la grille de filiation, un groupe de 30 hommes souffrant d'infertilité primaire sécrétoire, inclus dans un protocole d'ICSI dans le service de biologie de la reproduction de l'hôpital de Poissy, et un groupe de 30 hommes fertiles vus à la maternité du même hôpital, lors de la naissance de leur enfant.

La grille a été proposée à des sujets de culture européenne, pour avoir les mêmes références institutionnelles en matière de lien de parenté.

Elle prendra en compte les *trois générations* (fils, parents, grands-parents) pour tenir compte de la possible *transmission transgénérationnelle des traumatismes*. Pour l'étude comparative, ce sont les *axes de filiation symboliques et narcissiques* qui seront pris en compte.

Les items de la grille prenant en compte l'axe symbolique de filiation : il s'agira des éléments langagiers ou non langagiers touchant à la transmission du nom, ou des actes qui en découlent : en particulier tout ce qui touche au doute sur la filiation, au doute sur la paternité (abandon, père inconnu, illégitimité, décès précoces du père et/ou de la mère, enfants élevés hors famille, ruptures de lien). Certaines conduites portant atteinte à la croyance au père et en sa loi (défaillances paternelles graves, abus) seront prises en compte. Un autre aspect fera l'objet d'une comparaison dans les deux groupes : la rupture du lien avec le père (ou entre père et grand-père) sur une période de temps plus étendue et/ou la particulière mauvaise entente entre eux : la mauvaise entente sera tantôt due à la rupture du lien tantôt entraînant cette rupture du lien.

En ce qui concerne l'axe narcissique, celui de la répétition du même, les items portent sur ce que Jean Guyotat nomme « la référence puerpérale », c'est-à-dire tout ce qui touche à la conception et la naissance d'un enfant et aux croyances qui y sont associées.

De plus, seront pris en compte les éléments qui constituent un contexte de répétition, de redoublement, de substitution et de proximité (coïncidences naissance-décès, enfants morts, jumeaux, répétitions d'atteintes pathologiques ou d'événements dramatiques, suicides dans la généalogie).

Le test statistique est le test de Chi². Dans le cadre de ce test statistique, les items ne sont décomptés qu'une seule fois, même s'ils apparaissent sur deux générations ou dans les deux branches à la fois ; une comparaison entre les deux populations d'étude concernant la répétition des événements sur les deux générations et dans les deux branches a été effectuée.

Des biais possibles sont envisagés et pris en compte : celui d'un examinateur unique, celui du moment de l'investigation avec la proximité de l'annonce de l'infertilité, par exemple.

Description de la population d'un point de vue sociologique et médical

Description d'un point de vue sociologique

- La répartition des âges ne montre pas de différence importante entre le groupe des hommes fertiles et infertiles ;
- le niveau socioprofessionnel : les différences existent pour les catégories 3 (cadres moyens) plus représentées dans le groupe témoin, et 5 (employés), plus représentées dans le groupe des hommes infertiles. On peut faire l'hypothèse que cela est dû au fait que le service d'AMP couvre un territoire beaucoup plus étendu que celui de la maternité ; celle-ci desservant une zone géographique comprenant des localités accueillant des familles d'un niveau socio-économique plus élevé.

Description d'un point de vue médical

Dans notre population d'hommes infertiles, la répartition des sujets en fonction des paramètres spermatiques était la suivante, conformément aux valeurs de référence de l'OMS (concentration de spermatozoïdes ≥ 20 millions/ml ou nombre total par éjaculat ≥ 40 millions, mobilité progressive rapide spermatozoïdes ≥ 25 % et mobilité progressive totale des spermatozoïdes ≥ 50 %, pourcentage de spermatozoïdes de forme typique ≥ 15 % selon les critères stricts) : une azoospermie, une cryptozoospermie, une oligospermie, six oligoasthénospermie, 19 oligoasthénotérospermie (dont neuf sévères), une asthénotérospermie, une oligoasthénospermie subnormale.

Chez certains sujets, des antécédents particuliers généraux ou génito-urinaires ont été notés : deux ont été opérés de varicocèle, trois ont présenté une cryptorchidie opérée ou spontanément résolutive, un sujet présente un hypogonadisme, un autre sujet est porteur d'une délétion du chromosome Y dans la région DAZ, un homme présente une obésité.

En ce qui concerne les femmes du couple, on note dans certains cas des pathologies pouvant jouer un rôle dans

l'infertilité du couple : un dysfonctionnement ovarien dans huit cas, de l'endométriose dans deux cas, des polypes intracavitaires opérés dans deux cas.

Résultats de la grille de filiation

Résultats de l'axe symbolique de filiation

- Résultats de la grille considérant les événements intervenant dans les branches paternelles et maternelles (Tableau 1). Il s'agit d'observer la différence d'implication des branches paternelles et maternelles dans la survenue des événements retenus dans la liste (rappel : ils sont décomptés une seule fois même si plusieurs événements interviennent pour le même sujet). Tout d'abord, on décompte plus d'items dans le groupe des hommes infertiles que dans celui témoin. On peut voir que c'est dans la branche paternelle que les événements apparaissent le plus souvent, et qu'ils interviennent significativement plus souvent dans le groupe des hommes infertiles que dans celui des hommes fertiles.
- Résultats pour les items de la grille de filiation symbolique différenciant significativement les deux populations (Tableau 2). Les items différenciant significativement les deux groupes sont les suivants :
 - l'item 6 : décès précoce du père ou du grand-père seul ;
 - l'item 6' : décès précoce des parents et des grands-parents ;
 - l'item 7 : enfants élevés hors famille ;

Tableau 1 Événements survenant dans la branche paternelle ou maternelle

Événements intervenant pour	Le père et la branche paternelle	La mère et la branche maternelle	Les deux branches	Aucun
GI	18	2	8	2
GT	7	2	8	13
Chi ²	8,297			10,755
P	0,003			0,001

GI : groupe des hommes infertiles ; GT : groupe des hommes témoins.

Tableau 2 Filiation symbolique : comparaison item par item

Items	1	2	3	4	5	6	6'	7	8	9	9'	10	11	12
GI	1	1	2	1	2	15	18	8	1	17	11	0	2	7
GT	1	2	2	0	2	7	8	1	1	11	0	0	0	3
Chi ²	ns	ns	ns	ns	ns	4,59	8,29	4,70	ns	ns	13,46	ns	ns	ns
P						0,032	0,003	0,03			0,0003			

GI : sujets infertiles GT : sujets témoins ; ns : non significatif.

- l'item 9' : rupture du lien père–fils en relation avec la séparation du couple parental ;
- l'item supplémentaire : rupture de lien/mésentente grave entre père et fils aux deux générations (hors décès).

On note aussi une différence significative quant au cumul des traumatismes intervenant sur deux générations ou dans les deux branches (Chi² = 5,45 p = 0,01).

On peut, à travers les différences individuelles, isoler deux configurations principales : les événements qui interviennent dans la petite enfance et ceux qui interviennent à l'adolescence, ce qui sera commenté dans la discussion.

Résultats de l'axe de la filiation narcissique

Si nous considérons maintenant les résultats pour les items de la grille de filiation narcissique différenciant significativement les deux groupes (Tableau 3), nous voyons que le groupe des hommes infertiles valide plus d'items de la grille de filiation narcissique que le groupe témoin. Cela met en évidence l'inflation de cet axe de filiation dans cette population. Cela est en cohérence avec la constatation faite par Guyotat [21–23] selon laquelle, lorsque l'axe de filiation symbolique est fragilisé, il y a une compensation par la dimension narcissique du lien de filiation.

Parmi les items touchant à la filiation narcissique (répétition du même dans la généalogie), les items différenciant les deux populations sont :

- l'item 1 : coïncidence naissance–décès, autres coïncidences ;
- l'item 5 : répétitions marquantes : maladies, événements dramatiques ;
- l'item 8 : situations puerpérales particulières : AMP, IVG, IMG.

Analyse et commentaires des résultats de l'étude comparative

Les résultats de l'étude comparative mettent l'accent sur la part importante des événements *fragilisant la filiation symbolique* dans l'histoire familiale des hommes infertiles.

Ils montrent qu'un nombre significatif de ces hommes infertiles a subi d'importantes difficultés *dans les processus*

Tableau 3 Filiation narcissique : comparaison item par item

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
GI	20	10	3	8	21	4	8	23	10	7	0	4	10
GT	9	9	2	6	10	2	12	10	8	2	0	0	12
Chi ²	8,075	ns	ns	ns	8,075	ns	ns	11,38	ns	ns	ns	ns	ns
P	0,004				0,004			0,0007					

GI : groupe des hommes infertiles ; GT : groupe témoin.

de construction identitaire, du fait des décès précoces du père ou de la mère, départ précoce du père, rupture du lien et/ou mésentente grave père-fils, à leur niveau ou à celui de leur père, ce qui introduit un questionnement sur la transmission du traumatisme.

L'étude souligne nettement *l'inflation de l'axe narcissique de la filiation*, au détriment du repérage générationnel nécessaire à la bonne mise en place de l'organisation œdipienne structurante.

Elle met en évidence l'importance de la dimension cumulative des traumatismes.

Elle dégage, par ailleurs, *une problématique fréquente de transmission*, touchant en particulier l'histoire familiale dans la branche paternelle, et la relation du père du sujet avec son propre père.

Elle met en relief *quatre situations* potentiellement traumatiques, d'origine externe ou interne, intervenant à la génération du père ou à celle du fils :

- le traumatisme lié à la perte précoce de la relation au père ou à la mère (décès, séparation), dans la petite enfance ;
- le traumatisme de la perte du père à l'adolescence. Cette disparition prématurée du père est souvent due à une pathologie alcoolique qui a perturbé depuis longtemps les relations père-fils, et rendu difficiles les identifications symboliques au père ;
- un autre élément psychiquement traumatisant est l'atteinte des processus de symbolisation du fait de la dévaluation des figures paternelles, plus rarement maternelles, pour cause de violence excessive, d'abandon, d'irrégularité dans l'exercice de la fonction paternelle (alcoolisme) ;
- de même, la transmission transgénérationnelle des blessures intervenues à la génération précédente, est elle-même traumatique du fait de la part de non-dit qui la constitue principalement. Elle pourra être à l'origine d'une fragilisation du moi du sujet provoquant des trous dans la trame symbolique, voire des clivages du moi.

Si, comme nous venons de le voir, l'approche comparative indique bien la probabilité d'un *lien* entre l'infertilité masculine et certains événements traumatiques dans la filiation, toutefois, elle *ne dit rien de la nature de ce lien*, ni de la manière dont ces événements ont été subjectivés. D'autres

éléments connus ou non, biologiques ou psychiques ont pu intervenir.

Les facteurs peuvent être multiples. Psyché et Soma sont particulièrement intriqués dans tout ce qui touche la sphère de la reproduction.

Toutefois, nous pouvons constater que les événements qui différencient les deux groupes interviennent *principalement dans la branche paternelle*. Cela confirme l'importance, du point de vue du « devenir père », de tout ce qui touche la question du père et des identifications nécessaires pour parvenir à le devenir à son tour.

Enfin nous avons vu que les événements peuvent concerner *la petite enfance* mais aussi *l'adolescence*. Les problématiques seront différentes bien qu'ayant des caractéristiques communes. Celles de la petite enfance seront plus ravageantes que celles de l'adolescence du fait de l'importance de la dépendance aux figures parentales. À l'adolescence, la mort du père équivaut à un abandon qui prive le fils de la possibilité de se construire avec et contre lui. Cette perte peut avoir été particulièrement traumatisante si elle est venue redoubler, dans un effet d'après-coup, une perte, un deuil plus ancien dont nous ne savons rien, tant il est fréquent que cela passe inaperçu.

De même, lorsque le père est absent (parti, malade) dans la petite enfance, les effets dépressifs de cette absence sur la mère, donc sur l'enfant, ne pourront être que supposés.

Ces deux époques de vie ont en commun [26] d'apparaître comme correspondant à *des populations plus vulnérables face aux traumatismes* : être bébé ou être adolescent, c'est être d'emblée dans une population à risque *du fait de la dépendance particulière du lien à l'autre* : dépendance vitale chez le bébé et plus psychologique chez les adolescents fragilisés par la nécessité d'avoir un système de protection efficace au moment où il s'agit, pour eux, de se séparer.

Elles ont aussi en commun d'être des périodes où l'expression somatique peut s'imposer, expression par le corps à défaut du relais du langage. C'est la notion de *l'après-coup, de la sexualisation de l'expérience traumatique*, qui rapproche aussi nos deux tranches d'âge : que le traumatisme soit précoce ou plus récent, à l'adolescence, nos sujets auront eu à faire avec cette sexualisation, aux différentes étapes essentielles de tout être humain, la procréation en étant une essentielle.

Approche psychodynamique

Pour mieux cerner la *nature du lien qui vient d'être développé*, l'étude comparative a été complétée, pour la moitié seulement du groupe des hommes infertiles (pour des raisons de faisabilité), par une *approche psychodynamique*.

Méthodologie

Elle comprend : un récit de vie, un questionnaire semi-directif portant en particulier sur les représentations liées à la paternité, et un test projectif (test de personnalité) le TAT.

TAT : rappel historique, modèles interprétatifs

Le TAT (Thematic Aperception Test) fait partie des grandes épreuves projectives. Il utilise un matériel ambigu mais composé de représentations précises, des scènes de la vie choisies pour leur impact fantasmatique. Il offre une représentation déjà structurée à partir de laquelle il s'agit de construire une histoire ; il sollicite une réactivation pulsionnelle qui entraîne une plongée en processus primaire (expression pulsionnelle « brute »), mais la consigne implique une remontée en processus secondaire (expression pulsionnelle « secondarisée », travaillée par le psychisme : refoulement, sublimation, etc.). En effet, cette consigne, « imaginez une histoire à partir de chaque image », comprend la nécessité de produire une narration, un récit partageable amenant un mouvement de création donc de sublimation.

Ce qui sera testé au TAT, c'est *le destin de l'énergie psychique liée à la représentation*, dans une exigence de mise en scène, et *la capacité du sujet à gérer psychiquement la réactivation des fantasmes* induits par le contenu latent des planches. Il ne s'agit plus tant de s'intéresser aux contenus de l'histoire qu'à la qualité du discours : celle-ci témoignera de la capacité du sujet à intégrer le conflit psychique, à *organiser un récit en s'appuyant sur les lois du langage*. Deux fonctionnements vont être sollicités : se laisser aller à la fantaisie intérieure et partager, communiquer.

Entretiens

Ils seront étudiés aussi bien dans leur contenu que dans la forme du discours : une désorganisation du discours peut en effet signaler une « zone psychique traumatique ». Leur analyse servira à développer les cas cliniques particulièrement développés dans la recherche dont le cas de M.B. présenté ci-dessous.

Résultats de l'approche psychodynamique

Le travail s'est poursuivi sur un plan clinique auprès d'un petit groupe de sujets (15) pour tenter de préciser si un mode de fonctionnement psychique particulier a pu favoriser

cette expression somatique, dans un contexte de réactualisation de la conflictualité œdipienne, à l'adolescence ou au moment du projet de paternité.

L'épreuve projective utilisée, le TAT, ne signalera aucune pathologie d'allure psychotique. Seuls les protocoles de TAT (l'ensemble des histoires construites à partir des planches) de deux sujets évoquent une organisation nettement névrotique, d'allure obsessionnelle : l'un d'eux a développé un épisode délirant paranoïaque transitoire, quelques années auparavant, lors d'une déception professionnelle ; un autre a présenté des symptômes hystériques (évanouissements) à la suite du décès, tout jeune adulte, d'un ami très proche, symptômes qui se reproduiront au début des traitements devant aboutir à une grossesse de sa femme ; un troisième évoquerait plutôt une organisation caractérielle.

Par contre, l'épreuve projective va mettre en évidence, chez un nombre important de ces sujets, *une difficulté notoire dans la prise en compte des conflits intrapsychiques* en raison de leur intolérance à l'expression de l'agressivité et à la dépression.

La vie fantasmatique sollicitée par le contenu latent des planches apparaît souvent bien pauvre, les effets du refoulement peu perceptibles, les mécanismes de défense sans grande valeur fonctionnelle. À cette répression des représentations, sera associée une répression des affects.

Les histoires restent proches du thème banal, les conflits, s'ils sont évoqués, le sont à minima, dans l'anonymat des personnages et sans que les motifs en soient précisés. L'évitement des conflits est de rigueur.

Bon nombre des protocoles (10/15, un protocole, incomplet, n'ayant pu être utilisé), sont plutôt *mal organisés sur un plan névrotique* ; presque tous les sujets éprouvent des difficultés dans l'abord des fantasmes œdipiens sollicités par les planches. En particulier, la triangulation œdipienne sera rarement l'objet d'un récit de bonne qualité, le fantasme parricide sera rarement évoqué, l'agressivité à l'égard du père constamment évitée, les récits se désorganisent facilement lorsqu'elle est sous-jacente.

La relation à la mère est souvent non triangulée, vécue comme insatisfaisante, voire persécutante.

On note chez un certain nombre de sujets une précarité de l'*objet* interne (ici, le terme d'*objet* renvoie aux *représentations internes* issues des relations d'amour/haine primitives avec les figures parentales intériorisées).

On remarque, à côté d'un repli défensif sur un mode narcissique anticonflictuel et d'un investissement important des limites, *un surinvestissement des éléments perceptifs externes*. Cela pourrait témoigner d'une difficulté à établir une distinction claire entre dedans et dehors, d'une dépendance aux *objets* externes et d'un colmatage du vide intérieur par la réalité des *objets* externes. L'insistance sur les indices perceptifs souligne des points d'effraction autour desquels les contre-investissements se sont mobilisés.

De même, l'investissement des images corporelles, à des moments particuliers du récit, semble aussi délimiter des zones traumatiques où la représentation ne peut advenir qu'appuyée sur le corps. On a noté aussi, d'une manière inhabituellement fréquente, des mouvements de « démétaphorisation localisés » dans le discours (n'ayant bien entendu pas l'ampleur des démétaphorisations existant dans le discours de sujets psychotiques), témoignant d'un repli sur le monde concret des perceptions, au détriment de la vie imaginative.

Habituellement, ces problématiques vont se retrouver aussi bien chez les sujets dits « états limites » que dans les pathologies psychosomatiques.

La majorité des protocoles serait à considérer comme des protocoles de sujets « états limites » en difficulté pour faire face à la pression des mouvements tant libidinaux qu'agressifs réactivés par la problématique œdipienne, avec une sensibilité souvent importante à la problématique de la perte. On peut ici faire l'hypothèse que, comme c'est le cas dans les problématiques états limites, le vide fantasmatique relève d'un travail de sappe de l'activité fantasmatique à l'origine des représentations et affects, et des processus de pensée. Si les limites entre le sujet et l'autre sont poreuses ce serait en raison des difficultés particulières dans l'élaboration de la position dépressive.

Commentaires et discussion de l'approche psychodynamique

Le test projectif de ces sujets montre donc qu'ils sont mal organisés sur un plan névrotique. La dimension narcissique y est très présente, avec un investissement particulier de la perception comme rempart contre un monde interne inquiétant.

Ces protocoles témoignent d'une *fragilité psychique* pouvant découler des *difficultés de structuration* liées à des événements traumatiques *anciens*, dans la relation au père et/ou à la mère, vécus dans la petite enfance ou à l'adolescence, à la génération du père ou à celle du fils, dans un contexte d'absence de verbalisation de ces événements.

Ces difficultés ont pu être réactualisées à un moment où ces hommes sont appelés à être père à leur tour. La sidération psychique constatée peut être *due aussi au traumatisme actuel* de l'infertilité, dont on sait à quel point il peut être important. De même, la compagne est elle aussi très affectée par cette annonce de l'infertilité et le couple se trouve souvent en grande souffrance, cette difficulté à concevoir venant entraver le processus généalogique : devenir parent après ses parents. Il ne faut pas négliger non plus l'effet potentiellement traumatique de la technique elle-même.

Pendant, le fait que les sujets qui ont vécu les abandons, les ruptures de lien, les décès précoces de leur père et/ou de leur mère, sont aussi ceux qui ont le plus de difficulté à faire face aux sollicitations des planches, semble

indiquer que le traumatisme de l'infertilité, s'il joue un rôle, serait un nouveau traumatisme venant réveiller, dans un après-coup, les traumatismes vécus antérieurement.

Nous avons constaté dans les protocoles de TAT de nos sujets que :

- la triangulation œdipienne ne peut que rarement être évoquée ;
- la haine du père fait régulièrement effraction, ou est annulée par un repli sur une relation narcissique a-conflictuelle.

Cela fait penser que la prévision d'une grossesse de leur femme a pu solliciter, chez ces hommes fragilisés, une angoisse face aux butées de la différence des sexes et face à la castration.

Pour ces sujets, la mise en place de l'œdipe et de la castration a été problématique, ils sont fragilisés dans leurs identifications. L'instauration d'un surmoi protecteur a été entravée, ce qui les met en difficulté face aux exigences pulsionnelles, tant libidinales qu'agressives qui sont réactualisées par les planches du test projectif.

Mais on retrouve aussi, pour certains, des angoisses liées à une imago maternelle primaire inquiétante, des angoisses de séparations mutilantes, voire de dépersonnalisation régressive. C'est ici la dimension de l'identification maternelle primaire, sollicitée par le projet de grossesse de leur femme, qui peut se trouver, dans ce cas, concernée.

Que le père symbolique, porté par le père de la réalité, vienne à être ébranlé, il y a une atteinte de sa valeur fonctionnelle. Chez nos sujets, c'est le *père interne* qui semble faire défaut dans son rôle de pôle identificatoire, dans son rôle de séparateur et de différenciateur permettant d'accéder à la position désirante, dans celui de *transmetteur*, mais aussi dans son rôle de *contenant* et *traducteur* de l'expérience de l'enfant. C'est à travers ces différentes fonctions qu'il soutient (ou non) la cohésion du moi de l'enfant dans les moments où il est menacé de désintégration [27]. Par sa défaillance (son abandon, sa mort, sa déchéance), la mise en place des identifications structurantes (Freud : le père comme source des premières et plus importantes identifications) se trouve fragilisée.

Même si d'autres figures paternelles vont prendre le relais, l'abandon par le père, sa non-reconnaissance, le fait de ne pas se sentir aimé par lui peuvent entraîner une blessure narcissique profonde et des difficultés dans la constitution du surmoi [28].

Commentaire sur la recherche du point de vue des résultats des tentatives d'ICSI

On a pu constater un *taux de naissance plutôt élevé* dans les couples concernés par le protocole de recherche, en particulier par le protocole complet (arbre généalogique, récit de vie, questionnaire, test projectif).

Le taux de grossesse évalué sur 27 des 30 sujets du groupe des hommes infertiles est de 59,2 % (16/27). Ont été écartés du calcul, le sujet azoosperme (naissance de triplés par IAD), le sujet ayant un spermogramme subnormal ne relevant pas d'une indication masculine d'ICSI, un sujet n'ayant pas donné suite au protocole d'ICSI et perdu de vue.

Ce résultat porte sur un échantillon limité, mais donne des indications intéressantes et des pistes de réflexion lorsqu'on regarde d'une part le taux de naissance en fonction du rang des tentatives et d'autre part ce même taux *selon le protocole de recherche* :

- on note que le taux de naissance est plus élevé à la première tentative et pour les 30–34 ans ;
- le taux cumulatif de grossesses cliniques évolutives avec accouchement est fonction du type de protocole de recherche utilisé (Tableau 4) : dans le groupe des 16 hommes infertiles ayant eu un enfant, il y a un taux de naissance d'enfants vivants bien supérieur lorsque les sujets ont participé au *protocole de recherche « long »* par rapport au *protocole de recherche « court »*. Le protocole « long », effectué en deux ou trois entretiens, associe l'arbre généalogique, un récit de vie et le test projectif, *priviliégiant aussi la dimension du récit*. Le protocole « court » comprend, lui, un entretien unique permettant de présenter la grille de filiation avec l'appui de l'arbre généalogique effectué dans la consultation génétique.

L'importance de la dimension du récit que ces résultats mettent en avant sera développée dans la discussion qui va suivre.

Un cas clinique : M.B., les traumatismes répétitifs

Éléments biographiques

M.B. est un enfant né sous X, qui sera adopté à dix mois. Cette adoption se fera du fait de la stérilité du père adoptif de M.B. Ce père était en conflit important avec son propre père qu'il ne voyait plus depuis de nombreuses années. M.B. n'a pas connu son grand-père et ne connaît pas les motifs de la brouille, si ce n'est que ce grand-père a abandonné son père

Tableau 4 Répartition du taux cumulatif de grossesses cliniques avec accouchement dans le groupe des hommes infertiles selon le type de protocole de recherche utilisé

Type de protocole	Nombre de sujets	Nombre de naissances	Pourcentage
Protocole de recherche court	12	5	41,6
Protocole de recherche long	15	11	73,3
Total des deux protocoles	27	16	59,2

après le divorce des parents, le père étant adolescent. Le lien a été totalement rompu ; son père a aussi rompu avec sa mère, M.B. ne sait pas pourquoi, son père n'en parlant jamais.

Au moment du mariage de M.B., un an après la mort du grand-père paternel, et au moment où sa femme et lui projettent d'avoir un enfant, son père décide de faire un recours en conseil d'état pour reprendre le nom de scène de son grand-père (arrière-grand-père de M.B.), pour « ne pas qu'il se perde ». M.B. porte les deux noms. Il dit avoir été très perturbé par les démarches de son père, lui qui souffrait déjà de ne pas connaître ses origines.

Sa mère a fait un état dépressif très sévère lorsqu'il est adolescent, les raisons en sont imputées à la nécessité de se séparer d'objets importants pour elle au moment d'un déménagement, et à des difficultés dans l'enfance qu'il ne préciserait pas.

L'arbre généalogique révèle qu'elle a perdu son père alors qu'elle était adolescente et indique l'existence de deux adoptions dans sa fratrie du fait de stérilité (non précisée), deux autres enfants de la fratrie resteront célibataires.

M.B. dit avoir été très aimé par ses parents, il idéalise son père, mais lui reproche un manque de sévérité et un manque de réaction et de manifestation d'inquiétude lors de fugues ou d'absence de contact prolongé du fait de M.B. qui, habitant à quelques kilomètres de ses parents, ne donne aucune nouvelle sans que le père ne se manifeste : « *Il laissait faire* ».

La période de sérieuse dépression de la mère de M.B. a entravé les processus d'opposition et de rivalité dans la relation à son père avec qui il s'est « soudé » pour « *sauver la peau de sa mère* ».

Il envisage sa propre façon d'être père sur le même registre que son père : il « *craind d'être coulant, trop coulant* » et compte sur sa femme pour faire preuve de plus d'autorité.

De fait, la douleur de stérilité est importante ; il dit devoir lutter pour poursuivre son projet d'enfant avec l'aide de l'AMP et dit ne pas pouvoir se projeter dans un avenir de père.

Il semble que M.B. ait pu souffrir aussi bien des ruptures de filiation que d'une probable difficulté de relation précoce à une mère, dont le regard apparaît comme vide de désir, rendant aléatoire l'intériorisation des identifications.

On peut penser que la stérilité de M.B. fait écho à celle de son père, sur un mode mimétique, narcissique plus que sur un mode hystérique, tentant d'inscrire grâce au corps une généalogie perdue.

La relation au père est idéalisée et semble se décliner plus sur le mode « copain » que dans une relation père-fils étayante et séparatrice.

Ainsi, l'accès à la paternité semble entravé par une relation narcissique au père dans laquelle aucune place pour l'agressivité n'est possible.

Test projectif (le TAT) de M.B.

Malgré le caractère prolix de ce protocole dans la construction et dans la mise en histoire des planches, on peut souligner une restriction massive des affects qu'elles font émerger chez lui. Ce protocole est sous le signe d'une défense majeure contre ces poussés pulsionnelles qui semblent, pour lui, difficilement modulables.

On peut tirer quelques grandes lignes qui nous éclairent sur son fonctionnement :

- on note une impossibilité à aborder la situation œdipienne ;
- l'identification du sexe des personnages est évitée, et de même que la différenciation sexuelle ;
- il y a une difficulté dans sa relation au père que l'on peut repérer à différentes planches où il ne peut évoquer le conflit qu'après un appui sur le percept et une mise à distance des personnages ;
- on note une intégration d'une image maternelle phallique et castratrice, d'où une difficulté à penser la sexualisation hors d'un rapport agressif, agressivité aussitôt sanctionnée par la culpabilité ;
- on note surtout une défense majeure contre la dépression qui semble se mettre en place et que le repli narcissique semble venir étayer ;
- la dernière planche apporte un éclairage sur ces différents mouvements. C'est une libération de tout ce qui a été contenu durant le TAT, dans une angoisse de la paternité, qui le renvoie à son propre rapport au père, dans une difficulté de « l'être père » et du devenir père. Dans un œdipe resté « en souffrance », les représentations paternelles égayantes le sont restées aussi, qui auraient pu autoriser les représentations de sa propre paternité ;
- on note enfin une nécessité de s'appuyer sur le corps et sur l'acte pour dire l'affect : la blessure traumatique fait communiquer extérieur et intérieur, rendant nécessaire un surinvestissement sensoriel pour reconstituer les limites, au détriment du fonctionnement psychique.

L'intellectualisation et le recours aux références historiques et sociales qui donnent à ce protocole un caractère construit et d'apparence solide, cachent en fait une impossibilité pour lui à faire face à l'ambivalence des *objets* (le terme d'*objet* renvoie ici encore aux *représentations internes* issues des relations aux personnes, mère, père, autres adultes « ressource », avec qui se nouent les relations primitives d'amour et de haine, d'ambivalence), qui l'oblige à la mobilisation d'une énergie importante dans un repli et une valorisation narcissique qui le protège de la violence qui peut émerger de ces *objets* et menacer son intégrité psychique.

L'insistance sur les limites et les contours va dans le même sens que l'intellectualisation, mais sur un registre différent, narcissique et non plus névrotique obsessionnel ; il se

sert de l'accrochage au perceptif, au factuel afin de protéger ses *objets* psychiques, des mouvements pulsionnels que la planche pourrait faire émerger.

La dimension narcissique de ce protocole est très importante, M.B. procédant à travers tout le protocole à une série d'emboîtements imaginaires du sujet dans l'autre, ou d'une situation dans une autre, lui servant de cadre, de limite, mettant en avant sa difficulté à aborder la perte. Il ne peut « lâcher » le personnage « effondré » de la planche 3, celle de la problématique de la perte, il le fera réapparaître tout au long du protocole.

De même, l'investissement scopique (thématique du regard) de la relation révèle les difficultés d'individuation précoces : en l'absence du regard, il y a une perte des représentations, ce que l'on voit ne dit rien ; il y a une difficulté à faire des liens par la pensée, elle doit être étayée par le percept, témoin d'un possible désinvestissement maternel du ressenti infantile qui freine l'accès à l'individuation du sujet.

L'insistance sur la représentation perceptive du cadre pourrait indiquer une probable défaillance de la structure encadrante interne.

En résumé, nous dirons que M.B. souffre d'une infécondité qui semble être le symptôme d'une historicisation impossible de sa filiation et d'un échec de réaffiliation ancestrale, montrant un rapport perturbé à la filiation et à la temporalité. Cela semble lié tant à l'histoire de sa propre naissance (né sous X), qu'à la rupture de lien du père avec son père, qui est assortie d'un non-dit et d'un vécu encrypté chez le père. Les circonstances de son adolescence (mère gravement déprimée) qui l'ont « collé » à son père ont empêché la mise en place d'identification symbolique à un père fort, investissant son enfant (le père s'est montré aimant mais aussi abandonnant/abandonnique), et animant la mère, identifications qui auraient pu parer l'émergence des images maternelles archaïques terrifiantes qui se profilaient avec le projet d'enfant et l'anticipation de la grossesse de sa femme. Il ne peut en aucun cas se représenter en tant que père, tant il doit faire face à la douleur de la stérilité.

Il ne profite pas non plus du mouvement de réaffiliation qu'amorce son père, en faisant un recours au Conseil d'état pour prendre le nom d'artiste du grand-père (arrière-grand-père de M.B.), au moment de son mariage, en vue d'avoir des enfants. « C'est trop difficile pour moi qui ai déjà tant de mal avec mes racines. ». En effet, cette réaffiliation portait la trace d'une désaffiliation de son père avec son propre père.

On peut faire l'hypothèse que le symptôme comporte, de façon cryptée, des valeurs qui mettent le sujet en rapport avec sa mission inconnue venant des générations antérieures. Ici, la réalisation du désir de devenir père serait inhibée, car susceptible d'entraîner la répétition du drame originaire encrypté dont M.B. ne sait rien (le sien en tant qu'enfant abandonné, celui de son père abandonné par le sien, celui

de sa mère qui a perdu son père, adolescente), et de réactiver la douleur des parents.

Nous dirions que, pour M.B., le symptôme d'infertilité permettrait de retrouver un lien avec la génération antérieure. Le symptôme aurait ici une fonction généalogique de « refiliation ».

Discussion et conclusion

Ainsi, pour certains hommes, les conflits et les deuils non résolus, à la génération du fils ou à celle du père, réactivés par le projet de paternité, trouveraient à se manifester dans l'expression somatopsychique d'une infertilité, à défaut d'avoir pu trouver leur expression dans le psychisme.

Les événements soulignés par l'étude comparative, les deuils, les séparations précoces d'avec la mère, souvent suivies de la séparation d'avec le père, mais aussi les défaillances du père (sa mort prématurée ou les défaillances liées à une problématique alcoolique où l'image du père est particulièrement mise à mal) vécues directement, ou à travers le prisme maternel, ne sont que quelques-uns des possibles événements traumatiques.

Il s'agit là d'événements visibles (dans l'arbre généalogique), énonçables (dans le récit des sujets à propos de leur histoire familiale), facilement repérables. Dans l'étude clinique, nous avons peu d'éléments sur les traumatismes plus intimes qui ont pu intervenir dans les relations précoces ou plus tardives entre l'enfant et ses parents.

Cependant, le dégagement par l'étude comparative de certains événements dans la filiation, permet de supposer raisonnablement leur qualité traumatique du fait des difficultés que vont rencontrer les sujets à s'organiser psychiquement face à la poussée œdipienne et à la mise en place des identifications qui en découlent (étude clinique) : il est bien entendu qu'ils peuvent avoir participé, *parmi d'autres facteurs*, à une fragilisation de l'organisation psychique, du moi en particulier, sans en être la cause exclusive. Ce serait plutôt la dimension cumulative des traumatismes qui serait ici en cause et son effet particulier sur chacun des sujets.

Il s'agirait ici d'une configuration particulière, configuration explosive, selon Debray [12], dans laquelle se rejoindraient traumatismes anciens, traumatismes actuels et prédisposition physiologique.

On pense ici aux névroses actuelles décrites par Freud, comme caractérisées par le débordement des pulsions non liées. Mac Dougall [29] en fait un lieu entre hystérie et état psychosomatique, ayant à voir avec le destin de l'affect. Dans ce cas, parallèlement à une représentation forclosée, un affect pourrait être étouffé sans compensation psychique, laissant au corps la charge de répondre.

En effet, comme nous l'avons constaté dans la suite du travail, nos sujets n'abordent pas, pour la plupart, les sollici-

tations pulsionnelles œdipiennes avec des « moyens psychiques » bien organisés ; face aux sollicitations pulsionnelles réveillées par le projet d'enfant, c'est la voie « courte », corporelle, qui serait alors privilégiée.

La somatisation, chez certains hommes, signerait ainsi une insuffisance des mécanismes de défense et un envahissement par les excitations liées aux « risques » de voir sa femme enceinte et de devenir soi-même père : avoir à s'identifier en cas de grossesse, à la femme enceinte, avec les butées de la différence des sexes, et celles de la castration génitale œdipienne, dans le conflit avec le père.

À cet envahissement, se superpose celui du traumatisme de l'infertilité et de son impact sur un plan personnel et au niveau du couple. Sans compter celui qui découle de l'intervention médicale dans le champ du désir d'enfant porté par le projet d'enfant.

Je ne m'attarderai pas plus sur la question de la nature du symptôme, si ce n'est pour dire qu'il croise trois axes fondamentaux : la question de la vie et de la mort (donner la vie/donner la mort), celle de la différence des sexes (être homme ou femme), et la question de la génération (être situé dans sa filiation). Il croise aussi la question de la famille comme lieu de subjectivation où chacun devra faire sienne la contradiction entre continuité et différence, entre reproduction et sexualité.

Ce travail ne donne donc pas de réponse fermée, mais propose plutôt des axes de réflexions et met l'accent sur *l'intérêt d'une écoute ouverte à ce qui se joue au-delà du symptôme somatique*.

En effet, ces différents résultats ont permis de faire l'hypothèse selon laquelle la *mise en récit* de l'histoire familiale, dans le contexte d'un « transfert de recherche » a pu permettre une relance générationnelle dans le couple. Peut-on dire que cela est le fait d'une relation transférentielle à l'égard d'une femme chercheur, relation redonnant une dimension sexualisée à un contexte médical qui l'évacue ?

Ou bien est-ce le fait d'une réconciliation avec un corps en partie innocenté par l'ouverture à une autre dimension que celle de la logique biomédicale évoquée au début de la présentation ?

Cette dimension serait, dans le cadre de cette recherche, et dans son contexte particulier, celle de la subjectivation de l'événement « infertilité ».

La question reste ouverte.

Une théorie provisoire de recherche sera produite par ce travail et en particulier par la clinique de la mémoire qu'il a donné à entendre. Théorie provisoire selon laquelle, le corps, à travers le symptôme d'infertilité, servirait de lieu d'inscription d'un graphe à déchiffrer, par le sujet et par son groupe familial, d'une mémoire sans mémoire, en attente d'un sens à interpréter.

Beaucoup reste à faire pour préciser l'impact intrapsychique de ces événements et les conséquences directes ou

indirectes qu'ils ont pu avoir sur la mise en place des identifications structurantes nécessaires à l'assomption d'une paternité dans le corps et dans l'esprit. Mais on pourrait avancer, à titre d'hypothèse, que le temps de la recherche, comme amorce de resubjectivation, a été un facteur essentiel pour réaccorder le corps au sens, par l'entremise du langage. Ce travail met ainsi l'accent sur l'intérêt pour un espace d'écoute de ces vécus traumatiques [30] afin d'en atténuer l'impact sur la vie émotionnelle des hommes, des femmes, ou des couples confrontés à la souffrance d'infertilité.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

- Fédida P (1982) La clinique psychanalytique en présence de la référence génétique. In: Fédida P, Guyotat J, Robert JM, Génétique clinique et psychopathologie, hérédité psychique et hérédité biologique. Simep, Villeurbanne, p. 41
- Boivin J, Schmidt L (2005) Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertil Steril* 83:1745–52
- Clarke RN, Klock SC, Geoghegan A, Travassos DE (1999) Relationship between psychological stress and semen quality among in-vitro fertilization patients. *Hum Reprod* 14:753–8
- Morelli G (2000) Psychological factors and male seminal parameters. *Biol Psychol* 53:1–11
- Boriani A, Tarozzi N, Bizzaro D, et al (2006) Sperm DNA fragmentation: paternal effect on early post implantation embryo development in ART. *Hum Reprod* 21:2876–81
- Conrad R, Schilling G, Langenbuch M, et al (2001) Alexithimia in male infertility. *Hum Reprod* 16:587–92
- Klonoff-Cohen H (2005) Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. *Hum Reprod update* 11:179–203
- Stoléru S, Teglas JP, Spira A, et al (1996) Psychological characteristic of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes. *J Psychosom Obst Gynaecol* 17:103–18
- Stoléru S, Teglas JP, Fermanian J, Spira (1993) Psychological factors in aetiology of infertility: a prospective cohort study. *Hum Reprod* 8:1039–46
- Bydlowski M (2008) Les enfants du désir. O. Jacob, Paris, p. 59
- Faure Pragier S (1997) Les bébés de l'inconscient. PUF, Paris
- Debray R (2001) Épître à ceux qui somatisent. PUF, Paris
- Fédida P (2002) L'hypochondrie de l'expérience du corps. In : Psychopathologie de l'expérience du corps. Dunod, Paris, pp. 109–64
- Delumeau J, Roche D (1990) Histoire des pères et de la paternité. Larousse, Paris, pp. 71–94
- Picq D (2000) L'éternel féminin en paléanthropologie et en pré-histoire. In: Féminin, Masculin, Belin, Paris, pp. 95–110
- Lévi-Strauss C (1973) Anthropologie structurale. Plon, Paris
- Testard A (1986) Essai sur la division du travail chez les anciens chasseurs-collecteurs. EHESS Paris
- Bourdieu P (1998) De la domination masculine. Seuil, Paris
- Melman C (2002) L'homme sans gravité. Denoël, Paris, p. 42
- Guyotat J (1979) Grille pour un repérage des singularités de la filiation. *Psychanalyse à l'Université* 16:639–53
- Guyotat J (1978) Processus psychotiques et filiation, aspects psychopathologiques. *Confrontations Psychiatriques* 16:191–217
- Guyotat J (1995) Filiation et logique du lien. PUF, Paris
- Guyotat J (1980) Mort naissance et filiation. Masson, Paris
- Jaoul M (2005) Infertilité masculine et filiation. *Andrologie* 15:189–199
- Jaoul M (2008) Infertilité masculine et blessures symboliques dans la filiation, une étude comparative et psychodynamique. Thèse de doctorat Médecine Scientifique et Psychanalyse, Université Paris-VII Denis Diderot
- Moro MR (2008) Narrativité et traumatisme. In: Braconnier A, Golse B, Bébé-Ados : crises et chuchotements. Erès, Ramonville-Saint-Agne, pp. 187–99
- Winnicott DW (2000) La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Gallimard, Paris
- Freud S (1981) Le moi et le ça (1923) In: Essais de Psychanalyse. Payot, Paris
- Mac Dougall J (1989) Théâtre du corps. Gallimard, Paris
- Jaoul M, Molina Gomes D, Albert M, et al (2009) Prise en charge psychologique des échecs de procréation, au masculin, une blessure peut en cacher une autre. *Gynecol Obstet Fertil* 37:221–25