



**HAL**  
open science

## Que sait-on de l'infertilité psychogène masculine ?

Marianne Dollander

► **To cite this version:**

Marianne Dollander. Que sait-on de l'infertilité psychogène masculine?. Psychologie clinique et projective, 2010. hal-02371253

**HAL Id: hal-02371253**

**<https://hal.science/hal-02371253v1>**

Submitted on 19 Nov 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Que sait-on de l'infertilité psychogène masculine ?

**Marianne DOLLANDER\***

## INTRODUCTION

S'il est aujourd'hui entendu que la stérilité n'est pas une maladie de l'homme ou de la femme au sens proprement dit, mais une affaire de couple, qui se révèle lorsqu'un homme et une femme souhaitent concevoir un enfant (Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., 1983 ; Epelboin, 2004), les choses n'ont pas toujours été considérées ainsi. Avant l'avènement de l'aide médicale à la procréation, en effet, la femme était vue comme la seule impliquée, ce qui explique le ton lyrique de Reboul, lorsqu'il affirmait, en 1976 : « Au terme de stérilité féminine, trop souvent entendu au sens péjoratif et irréversible, l'infertilité de couple, chargée d'espoir, me paraît préférable. »

Environ 14% des couples consultent un médecin au moins une fois dans leur vie pour un problème d'infertilité (Lesourd et Parinaud, site internet du CHU de Toulouse, 2008). Telles que définies médicalement, la fécondité est un concept de résultat, alors que la fertilité est un concept d'aptitude, une potentialité (Thonneau et Bujan, 1993). Ainsi, un couple sera dit fécond si la femme a déjà conçu, et infécond si la femme n'a pas encore conçu. Et un couple sera dit fertile s'il est apte à concevoir, et infertile (ou encore stérile) s'il ne peut concevoir. Par conséquent, la stérilité ne peut être affirmée qu'à la fin de la vie reproductive. D'après un chiffre rapporté par Granet (1995), seuls 8 % des couples infertiles sont réellement stériles, c'est-à-dire qu'ils n'ont aucune chance de concevoir spontanément. Plus répandues sont les situations d'hypofertilité, dans lesquelles les chances de concevoir sont plus ou moins

---

\* Maître de Conférences en psychologie clinique, Laboratoire de Psychologie des Universités Lorraines (équipe du GREFIT), Université Nancy 2, 3 place Godefroy-de-Bouillon, B.P. 3397, 54 015 Nancy cedex. Psychologue clinicienne, accueillante à la Maison Ou'verte de Metz.

diminuées. L'hypofertilité s'estime relativement à la fécondabilité du couple, qui désigne la probabilité mensuelle d'obtenir une grossesse. Dans l'espèce humaine elle est d'environ 25%. Lorsqu'elle est faible (<5%) on parle d'hypofertilité (Lesourd et Parinaud, 2008). L'existence d'un ou plusieurs facteurs d'infertilité n'explique pas nécessairement totalement l'absence de grossesse, et pour ces couples hypofertiles, la probabilité de conception est étroitement liée au double concept de « chance » (au sens statistique du terme) et de temps (Granet, 1995).

Des enquêtes nationales démographiques (INED, 1991) et des enquêtes épidémiologiques régionales (INSERM-DGS, 1989-90) rapportent que 33 % des infertilités ont des causes purement féminines, 21 % des causes purement masculines, 39 % de causes mixtes, et 7 % des causes inexplicées.<sup>12</sup> S'il est possible de se montrer aussi affirmatif, c'est que les biologistes peuvent de nos jours objectiver par des dosages hormonaux et des investigations paracliniques un certain nombre de paramètres de la fécondité d'un homme et d'une femme (Granier, Leroy-Billiard, Leroy, 1994) – et ainsi apprécier plus aisément la place d'une hypofertilité masculine en cas de stérilité conjugale.

Il n'est pas toujours aisé de déterminer si l'infertilité est uniquement organique. Certaines stérilités ou hypofertilités ont des causes médicales bien identifiées, alors que d'autres s'installent quand bien même on ne distingue pas de facteurs somatiques. Parfois aussi, les investigations cliniques démontrent la présence d'anomalies ne pouvant expliquer à elles seules l'infertilité du couple, et il faut noter *a contrario* que la présence de facteurs médicaux d'infertilité n'interdit pas toute grossesse (Granier, Leroy-Billiard, Leroy, 1994). Tous ces constats justifient l'hypothèse d'un polydéterminisme psycho-physiologique, et mènent à la question des infertilités d'origine psychogène. D'après Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., (1983), ce diagnostic est le plus souvent posé *a posteriori*, dans les situations où le médecin s'est senti d'une manière ou d'une autre dépassé par le problème qui lui était soumis

---

<sup>1</sup> Ces enquêtes servent encore de référence aujourd'hui, témoin le site internet actualisé du CHU de Toulouse (Lesourd et Parinaud, 2008).

<sup>2</sup> Ces chiffres varient un peu en fonction des sources. Ainsi Pontonnier et Bujan évaluaient-ils, en 1993, ces infertilités inexplicées entre 5 et 10 %.

et impuissant à le résoudre. Il n'en reste pas moins que l'influence des aléas de la vie psychique et affective du sujet, non seulement sur la vie sexuelle, mais également sur la physiologie de la reproduction, est bien admise (Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., 1983 ; Lazartigues, 1994 ; Granet, 1995). Chez l'homme, plus particulièrement, « la spermatogenèse peut aussi être modifiée, par exemple par la fatigue ou les stress psychiques » (Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., 1983.)

Revenons-en à la question des facteurs psychogènes d'infertilité. Pour décrire les choses à grands traits, disons que les auteurs distinguent les stérilités organiques et les stérilités psychogènes sur le critère du mécanisme physiologique : présent chez les premières, et n'ayant pu être mis à jour chez les secondes (Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., 1983). La stérilité idiopathique ou psychogène réfère aux situations où les différents bilans ont conduit à éliminer toute malformation anatomophysiologique importante<sup>3</sup>. Lorsque l'on évoque les infertilités psychogènes, on pense toujours aux stérilités inexplicables<sup>4</sup>. Mais ces dernières ne sont pas les seuls concernées. Ainsi est-il admis que la participation psychologique est au premier plan dans certains cas de dysfonctions coïtales ou sexuelles. Car ainsi que nous l'avons évoqué précédemment, la sexualité est une composante fondamentale à prendre en compte pour comprendre l'infertilité. De la même manière que l'on ne peut réduire l'oralité à une fonction alimentaire, la sexualité ne peut pas être réduite à une fonction de reproduction (Cacciali, 2004). Les dysfonctionnements sexuels peuvent en effet être à l'origine d'une infécondité (rapports sexuels trop rares, incomplets, uniquement aux dates d'ovulation indiquées par la courbe thermique de la femme – avec le manque de spontanéité que cela implique – ou au contraire évitement du coït en période ovulatoire, voire mariages

---

<sup>3</sup> Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen, Fonty et Le Vaguerese (1983), ou encore Lazartigues (1994) y classent aussi des infécondités (persistant au-delà de un à trois ans selon les situations) imputées à un dysfonctionnement ovulatoire, tubaire (spasme), ou sécrétoire (glaires cervicales), du côté féminin, ou alors, du côté masculin, à un spermogramme aux limites de la normale. Concernant les sujets rencontrés dans leur propre expérience, les auteurs rapportent qu'un dysfonctionnement touche les deux membres du couple dans la moitié des cas.

<sup>4</sup> Selon Granet (1995), ces infertilités psychogènes « se partagent en fait entre celles où la participation psychique semble être prédominante et celles où existent des altérations physiologiques encore non accessibles à un diagnostic étiologique ».

non consommés...) (Athéa, 1990 ; Nevjinsky, 1990 ; Mimoun, 1993 ; Granier, Leroy-Billiard, Leroy, 1994 ; Granet, 1995.) D'autre part, les difficultés sexuelles peuvent aussi survenir comme conséquence de l'infertilité et de son traitement. Qu'ils soient à l'origine des difficultés ou apparus de façon secondaire, les troubles sexuels sont dans tous ces cas au devant de la scène (Gonzalez et Nevjinsky, 1992 ; Mimoun, 1993 ; Granier, Leroy-Billiard et Leroy, 1994).

Les dynamiques psychiques inconscientes de chacun des conjoints retentissent sur la fécondité du couple. Et si les déterminants intrapsychiques de l'infertilité féminine ont été très largement étudiés, c'est loin d'être le cas du côté masculin. Epelboin écrivait en 1991 que la prise en considération des facteurs psychologiques inconscientes masculins était trop souvent méconnue ou négligée. Or une revue de littérature effectuée de nos jours montre que la situation n'a pas réellement évolué. C'est de ce constat qu'est née notre ambition de contribuer à la compréhension de la part masculine de l'infertilité du couple. Notre philosophie n'est pas de dresser le profil psychologique de l'homme infertile. Et d'ailleurs, la communauté scientifique semble s'accorder à penser que ce n'est pas réalisable. Ainsi Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll. (1983) affirment-ils que « la stérilité fonctionnelle, symptôme d'un sujet ou d'un couple, n'est réductible [...] à aucune explication caractérologique privilégiée ». Dans une revue de littérature spécifiquement menée sur la question de l'infertilité masculine, Bents (1985) aboutit au même constat, à savoir l'impossibilité de déterminer un facteur univoque ou une structure de personnalité définie à l'origine des stérilités dites psychogènes. Ainsi dirions-nous que notre souhait est de comprendre, dans une perspective psychodynamique éclairée par des apports systémiques, à quels niveaux peuvent résider des conflits tels que l'homme ne parvient pas à la procréation – dans le couple qui est le sien. Nous viserons à présenter une revue de littérature actualisée apte à servir de support à une future recherche. Dans cette optique, nous avons avant tout cherché à dresser un panorama

des facteurs d'infertilité masculine, d'une part en synthétisant ceux relevés dans la littérature, et d'autre part en en mettant nous-même en lumière. Nous référant préférentiellement aux écrits psychodynamiques et systémiques, ainsi que nous venons de l'annoncer, nous ajouterons que nous avons pris le parti d'insister davantage sur la façon dont ces deux paradigmes théoriques pouvaient se compléter et s'éclairer l'un l'autre, plutôt que s'exclure.

## **LES DETERMINANTS PSYCHOLOGIQUES DE L'INFERTILITE PSYCHOGENE MASCULINE**

Afin d'initier cette réflexion sur les facteurs psychogènes impliqués dans les infertilités masculines, nous partirons de l'idée première que la dynamique inconsciente du sujet vient battre en brèche le projet conscient : devenir père d'un enfant. Le souhait de se prolonger à travers une descendance, pose la question du désir d'enfant, de l'investissement de l'enfant (qui se refuse) à venir. Et c'est celle que nous poserons dans un premier point. Que représente cet enfant imaginaire, à la fois tellement désiré et tant redouté ?

### ***Désir d'enfant et enfant imaginaire***

Pouponner, concrétiser l'amour d'un couple, transmettre son nom, se reproduire, retrouver des ancêtres, transmettre à son enfant les mythes transgénérationnels de ses origines, recréer des états idéaux de l'enfance, recréer des relations parents-enfants idéales qu'on n'a pas eues, réaliser les fantasmes œdipiens de l'enfance... (Delaisi de Parseval, 1990 ; Paget et Daban, 1994). Autant de déterminants, parfois confus et entremêlés, au désir d'enfant. Si ce dernier est à ce point compliqué et contradictoire, c'est que ce n'est pas un enfant qui est désiré, mais un désir d'enfant, un enfant imaginaire. Et les tenants et les aboutissants de ce désir sont d'autant plus difficiles à éclaircir qu'ils sont à la fois conscients et inconscients. Sur le plan conscient, le désir d'enfant signifie se représenter père, mère, parents. Produire une descendance renvoie également au désir de se perpétuer, c'est-à-dire, selon la jolie formule de

Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll. (1983), de « jouer le germe transmissible et immortel contre le soma périssable ». Et d'ailleurs, Morin (1998) estime que l'on passe trop facilement sous silence ce désir du père de se poursuivre à travers sa progéniture. Car si le désir d'être père exprime un désir de filiation patronymique, il ne faudrait pas négliger un profond « désir de transmission héréditaire d'une histoire où lui et son fils tiennent leur place, véritable désir de filiation de sang, biologique » (Bourdier, 1978).

Sur le plan inconscient, deux grandes lignes de force sous-tendent le désir d'enfant : le désir de reproduction parthénogénétique et le désir œdipien (Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., 1983 ; David, 1992). On peut ainsi penser que l'une des dimensions psychogènes de l'infertilité masculine tiendrait à l'interdit dressé face à l'une des composantes inconscientes de ce désir d'enfant, pourtant consciemment si fort.

Le désir de reproduction parthogénétique serait d'après Nevjinsky (1990) le niveau le plus élémentaire du désir d'enfant – présent chez tout adulte désireux de devenir parent. Néanmoins, il semble que chez les hommes infertiles, ce fantasme d'auto-engendrement ne devienne très envahissant, menant parfois au déni de la nécessité d'en passer par une femme pour accéder à la paternité. (L'auteur constate que, très majoritairement, ces hommes parlent de leur désir d'enfant, sans que la femme n'apparaisse dans leur discours.) L'homme serait ici à la recherche de la double illusion de la complétude narcissique et de la bisexualité réalisée. Mais l'on comprend l'angoisse générée par ce fantasme d'auto-engendrement : hermaphrodite dans son désir, à la fois homme et femme, le sujet n'est finalement plus ni homme ni femme (Nevjinsky, 1990). L'impossible concrétisation du projet d'enfant pourrait constituer une défense face à ce fantasme de production d'un enfant merveilleux, clone de soi-même.

D'autre part, cette sorte d'enfant-phallus appelé à réussir (Gonzalez et Nevjinsky, 1992) est également un double mortifère. Car s'il réalise les désirs et efface les échecs, il ne concède plus à son père d'autre utilité que de disparaître. Ajoutons que même dans les situations plus courantes, où cet enfant ne menace pas son père d'anéantissement en se substituant à lui, il est

fantasmatiquement menaçant : car l'enfant, fille ou garçon, représente pour son père « un dangereux rival physique, social, économique et sexuel et en fin de compte le témoin par excellence de son déclin » (Cupa-Perard, Moinet, Chassin et coll., 1994). On comprend que la naissance puisse être anticipée comme porteuse d'un choix cornélien (« de lui ou de moi, un des deux doit disparaître », pour reprendre l'expression de Bydlowski, 1997), un événement dans lequel désirs de vie et de mort à l'égard de l'enfant s'entremêlent dans la dynamique inconsciente. Comment procréer lorsque les seconds l'emportent ?

Le désir œdipien sous-tendant le désir d'enfant revoie bien sûr au lien mère-fils. Mais n'oublions pas que, de façon très refoulée, c'est aussi de son propre père que l'homme désire un enfant (Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., 1983). A cet égard, Gonzales et Nevjinsky (1992) rapportent des fantasmes de filiation père-fils, comme si les sujets masculins n'étaient engendrés que par des hommes. Nul besoin d'épiloguer sur la menace fantasmatique que peut représenter un tel enfant imaginaire incestueux...

Ainsi, la concrétisation du projet d'enfant est dépendante des caractéristiques du désir d'enfant chez le sujet. – A cet égard, ajoutons d'ailleurs que Stoléru et ses collaborateurs (1993, 1996) ont observé que les aléas de l'intégration du désir d'enfant et des relations sexuelles pouvaient expliciter le manque de fertilité, à travers une baisse des relations sexuelles mais aussi une diminution de la qualité du sperme. Mais la procréation, et en amont le désir d'y accéder, demande également à l'homme de parvenir à conjuguer la position généalogique avec une invention identitaire (Hurstel, 2004). Du point de vue généalogique, le sujet doit se reconnaître comme maillon d'une chaîne généalogique qui le transcende. Mais du point de vue narcissique et identitaire, nombreux sont les remaniements. C'est sous cet angle, et en particulier celui de l'identification aux figures et à la fonction parentales, que nous poursuivrons nos réflexions dans un second point, ce qui nécessitera également d'aborder la construction identitaire du sujet.



## ***Construction identitaire et lien aux figures parentales : le travail des identifications***

Les modalités de l'accession à la paternité à l'âge adulte s'étayent sur la construction identitaire du garçon. C'est ce qui fait dire à Moreau (2001) que la paternité peut constituer un risque subjectif majeur chez des hommes caractérisés par une fragilité des assises narcissiques, une identité sexuée insuffisamment stabilisée, ou encore un défaut des identifications primaires et secondaires.

Cette construction identitaire et narcissique s'étaye dans un premier temps sur l'intériorisation d'imagos parentales sécurisantes permettant l'édification du narcissisme primaire. Puis vient le temps de l'Œdipe, dont le déclin permet de poser les bases identificatoires établissant l'identité avec ses caractéristiques sexuelles. C'est ensuite la période de l'adolescence, à l'issue de laquelle « ces identifications se remodelent, permettant au sujet de devenir un adulte autonome avec une identité sexuelle définie » (Cramer et Palacio-Espasa, 1993). A cette période, le mécanisme d'« identification à la fonction parentale » permet fantasmatiquement à l'adolescent de devenir parent à son tour, en ayant le souci d'autrui et en sortant de la préoccupation narcissique et de la dépendance aux parents et aux substituts parentaux (Marty, 1999, 2003). La crise de la paternité implique une réélaboration du complexe d'Œdipe, qui vient donc en quelque sorte parachever le travail psychique de l'adolescence (Teboul, 1994 ; Moreau, 2001).

Lorsqu'advient le projet concret d'enfant, le futur grand-père paternel occupe une place prépondérante en tant que modèle inconscient (conforme ou réactionnel). Mais l'homme désirant devenir père mobilise également des identifications à sa mère. Il s'agira pour lui d'intégrer conjointement des identifications à la fois paternelles et viriles, maternelles et féminines. (La paternité comporte également une dimension féminine – le côté féminin de la bisexualité – s'exprimant par certains fantasmes et comportements, tels que les phénomènes de couvade ou la sollicitude maternante dont le père pourra envelopper sa compagne puis

l'enfant.) C'est aussi l'introjection de la fonction parentale qui façonne la posture psychique paternelle, et ce afin de prendre cette fonction parentale à son compte en se différenciant de son parent (Darchis, 2000). Autrement dit, ces projets et désirs d'activités parentales entretiennent toujours un rapport – d'identité ou d'opposition – avec les images préconscientes que l'homme s'est construites de ses parents et de lui-même en tant que futur parent, et s'étaient sur des identifications bien plus inconscientes (Cramer et Palacio-Espasa, 1993).

Pour revenir à la question des facteurs psychogènes d'infertilité masculine, il s'avère que parfois, les figures parentales de l'enfance se sont révélées trop froides, trop insécurisantes, pour fournir des repères identificatoires stables et permettre à l'homme de structurer une sécurité interne solide. Lorsque le passé se révèle « habité de traumatismes non élaborés et de blessures enfouies » (Darchis, 2000), la conception devient trop anxiogène. Les retrouvailles avec l'enfance et la reviviscence des liens parents-enfant d'autrefois sont difficiles, parfois impossibles. Et nous pouvons penser que l'ébauche du travail de paternité se voit ainsi stoppée. Ainsi que l'exprime Teboul (1995), le passé peut parfois « rester désespérément muet, à tel point que certains ne font jamais d'enfants », faute d'être parvenus à « vaincre les fantômes qui viennent hanter leurs nuits et ne demandent qu'à se réincarner dans l'innocence d'un nouveau-né ».

Dans un article paru en 1990, Nevjinsky, témoignant de sa pratique psychanalytique auprès d'homme infertiles, met l'accent sur le manque de contenance de la part des mères de ses patients. Il décrit les mères de ces hommes comme insécurisantes, et ce pour différentes raisons : par froideur affective et insuffisance de leur fonction de pare-excitation, ou au contraire par excès de protection, avec une anxiété attachée à toute expression d'activité virile de l'enfant. – Nous reviendrons dans un instant sur cette question de la valorisation de l'identité de genre. – Deux ans plus tard, à l'occasion d'une collaboration avec Gonzales, Nevjinsky met davantage en exergue l'inconstance des mères de ces hommes en difficulté de

procréation. Ces derniers auraient souvent fait l'expérience de mères à la fois froides et séductrices. D'un côté, elles se seraient révélées abandonnantes, voire rejetantes, déprimées, dans l'incapacité d'investir narcissiquement leur fils. Et de l'autre, elles auraient plongé leur fils dans un rapproché œdipien n'introduisant pas la loi du père.

Ainsi que nous l'évoquions, l'infertilité pourrait être liée à un manque de valorisation de l'identité masculine au cours du développement psycho-sexuel du garçon. C'est en tout cas ce qu'estime Nevjinsky (1990, 1992), qui observe que ces hommes ont souvent eu des mères dénarcissisantes, ne valorisant pas la fonction phallique, ou ayant transmis des images de l'homme et du père très négatives. Par manque de valorisation de leur être, et surtout de leur identité masculine, ces sujets ne parviennent pas à investir positivement leur virilité. Or l'on sait que les projets de procréation viennent questionner l'identité de genre. Devenir père suppose de renoncer à être une femme et à pouvoir enfanter (Moreau, 2001), c'est-à-dire de faire le deuil de la bisexualité physique. Mais s'impose dans le même temps une reprise de l'élaboration de la bisexualité psychique. Ce qui explique que la conception puisse être fortement entravée lorsque l'identification à son propre sexe et/ou l'intégration de la bisexualité psychique sont en panne.

Parfois, le vécu abandonnique est avéré dans la réalité : départ de la mère, ou abandon réel de l'enfant, lequel est par exemple laissé à sa grand-mère... (Nevjinski, 1990). Ce constat est congruent avec le point de vue de Luca et Bydlowski (2001), à propos d'hommes, non point infertiles, mais chez lesquels l'accession à la paternité s'est soldée par une décompensation dépressive – laquelle signe également une élaboration psychique problématique de la paternité. Elles estiment que chaque cas de dépression périnatale paternelle est lié à l'expérience d'un lien particulièrement éprouvant, qu'il s'agisse d'un vécu de perte ou d'abandon, mais aussi de fusion annihilante ou d'identification primitive au psychisme de la mère. Soulignons en effet que le projet d'enfant, en sollicitant une distanciation de l'homme avec sa mère, peut réactiver des fantasmes de fusion archaïque. Et il

serait intéressant d'étudier plus systématiquement l'imaginaire maternelle des sujets infertiles, ainsi que l'impact de ces fantasmes archaïques sur la différenciation nécessaire à la construction psychique de la paternité.

Tournons-nous maintenant vers la figure paternelle. Les futurs pères infertiles se seraient tournés, dans leur enfance, vers un père-mère archaïque, ou se sont au contraire heurtés à un père inaccessible (Nevjinsky, 1990). Dans le premier cas, il s'agit de garçons qui, face à l'abandon maternel, ont investi leur père d'une fonction maternante, ce qui explique que leur évolution et leur valorisation affectives soient devenues fondamentalement dépendantes du père et de sa fierté. Malheureusement, ce père idéalisé est aussi souvent fragile, lointain et terrifiant, voire violent. Alors, comment s'identifier de façon structurante à ce père défaillant, décevant ?

Le second cas réfère à des garçons aux prises avec un père omnipotent et idéalisé, avec lequel la rivalité est inimaginable. Et l'on comprend qu'un tel modèle, inaccessible, ne puisse venir complexifier la construction de la paternité. C'est ce qu'exprime Chabert (2000), lorsqu'elle affirme que devenir père peut constituer pour certains « une mise à l'épreuve insoutenable de la capacité à se défaire des figures parentales, notamment dans leurs incidences idéalisantes [...] : le "devenir comme", attendu tout au long de l'enfance et de l'adolescence, devient tout à coup insoutenable, pris dans le halo de fantasmes mortifères qui dénoncent le désir de prendre la place de l'autre ».

La question de la résolution de la crise œdipienne est tout à fait centrale dans la problématique qui nous occupe. La paternité offre au jeune homme l'occasion d'affronter son père d'égal à égal. Mais cette confrontation n'est pas toujours élaborable. En particulier, lorsque l'Œdipe n'a pas été organisateur, le jeune homme peut craindre les foudres de son père. Plutôt rester infertile que d'affronter cette figure paternelle terrifiante... Nasiri et Dragonas (1994) insistent pour leur part sur la difficulté du garçon, dans ce contexte, à se

défaire de l'identification maternelle. La bi-sexualité à prédominance féminine, l'homosexualité latente, qui se structurent ainsi, peuvent expliquer une absence de désir d'enfant ou une infertilité. Les difficultés d'élaboration psychique de l'Œdipe peuvent être liées à une différenciation insuffisamment claire entre père réel (le géniteur, la paternité), père imaginaire (les imagos paternelles) et père symbolique (la filiation, la fonction paternelle comme référent et signifiant) (Gonzales et Nevjinsky, 1992). L'appropriation, au niveau symbolique, de la fonction « être père », est parfois fortement culpabilisée : comme si l'accession à la paternité signifiait voler au père sa virilité – et à la mère son enfant. La culpabilité-écran que l'on peut observer chez beaucoup de ces hommes vient étayer ce constat : nombreux sont ceux, en effet, qui se sentent responsables, au niveau conscient, de leur infertilité (Granet, 1995).

Cette rivalité paternelle impossible peut s'être jouée face à un père présent au quotidien. Mais parfois, c'est aussi parce que la victoire était trop facile que le meurtre symbolique du père ne fut pas réalisable : dans les cas où il était mort, malade ou absent. Faute de résistance paternelle, l'adolescent se serait puni lui-même, par une auto-castration symbolique, ou par la crainte d'une vengeance des autres hommes du clan (Nevjinsky, 1990).

Si l'on en croit Morin (1998), le jeune homme ne peut parvenir à engendrer lui-même que s'il est parvenu à élaborer le fantasme de continuité biologique. Ce qui nous ramène à nouveau aux tentatives de résolution de l'Œdipe par le garçon. Pour discuter de cette question, cet auteur se fonde sur les observations de Blos (1984), lequel, sans dénier l'existence d'une rivalité père-fils à l'adolescence, soutient qu'il existe, parallèlement à cela, le désir d'un lien pré-œdipien au père, qui aiderait à la résolution œdipienne. La relation triadique de la crise œdipienne serait médiatisée par une relation dyadique pré-ambivalente, par une identification a-conflictuelle et fusionnelle, qui caractériserait le versant « négatif » du complexe d'Œdipe (les sentiments tendres que le fils peut éprouver pour son père). D'après Morin (1998), cette forme de lien soutient l'élaboration d'un fantasme de continuité biologique, qui permet

d'élaborer l'interdit de l'inceste homosexuel et mène à une reconnaissance intériorisée de l'engendrement. Cette reconnaissance permet au fils de s'assigner une place dans sa lignée, de souscrire à un désir de filiation, sans soumission forcée à un ordre pré-établi. Les écrits freudiens et lacaniens ont en effet marqué notre façon de penser la question de l'inscription d'un individu dans un ordre filial donné, en nous habituant « à penser que les fils subissaient plus qu'ils ne désiraient leur entrée dans un ordre symbolique, ordre symbolique qui est d'emblée un ordre filial. » (Morin, 1998). Cette quête du fils correspond à un travail d'élaboration très peu souligné lorsqu'il est question de la résolution des conflits œdipiens : l'intégration des motions homosexuelles entre père et fils. Or la résolution de cette dimension homosexuelle et homophilique de l'Œdipe est fondamentale : « C'est parce que l'on pourra accepter de se nourrir du même que l'on pourra achever son identification sexuée au même, au père pour le fils [...] ; on aura pu alors se rapprocher suffisamment de cette figure du même pour l'intérioriser et ainsi avoir une autonomie et une sécurité suffisante. » (Jeammet, 2000.)

Les difficultés d'accession à la paternité pourraient donc être liées chez l'homme soit à des difficultés d'élaboration de l'Œdipe père-fils, soit à des écueils dans la dimension mère-fils. Du côté paternel, on songe bien entendu à l'impossibilité d'entrer dans une relation de rivalité, en particulier par crainte de la rétorsion. La puissance phallique convoitée est fortement culpabilisée, et « l'angoisse est liée à toute expression d'un désir de prérogative paternelle » (Nevjinsky, 1990), cette incapacité fantasmatique retentissant sur la sexualité de l'homme et du couple. Les symptômes sexuels, en empêchant l'arrivée de l'enfant, permettent de ne pas être le père, de ne pas prendre sa place. Dans ces conditions, on peut penser que l'homme ne peut supporter de se sentir puissant, et s'inflige inconsciemment la plus grande des castrations en « se privant » de descendance.

Mais la question d'un rapproché à la mère trop sexualisé et trop anxiogène n'est pas à négliger. Certains futurs hommes infertiles se seraient vus investis comme enfant-phallus,

objet du désir de leur mère (Gonzales et Nevjinsky, 1992). Ce qui pose une double question : celle de l'enfant incestueux, mais également celle de la culpabilité à l'égard de la figure maternelle. N'est-il pas question de haute trahison dans le fait de concevoir un enfant avec une autre femme ? Ajoutons que la méconnaissance d'une figure paternelle interdictrice, en entretenant le fantasme œdipien, interdit l'identification de l'adolescent à son père.

Après avoir développé la question des identifications du sujet à ses parents, nous traiterons dans un troisième point de son inscription symbolique dans la chaîne des générations. Quels remaniements relationnels implique-t-elle à l'égard des figures parentales ? Quelles sont les répercussions liées au fait de devenir soi-même un maillon intermédiaire de cette chaîne ? Ces bouleversements généalogiques posent la question de l'inscription dans la filiation, mais également celle des règles familiales. L'alliance des éclairages psychodynamique et systémique nous permettra d'affiner cette réflexion.

### ***Bouleversements généalogiques : inscription dans la filiation et règles familiales***

La paternité représente une crise existentielle au cœur de laquelle survient un glissement symbolique le long de la chaîne généalogique (Hurstel, 2004). Le projet de prolonger la lignée et de mettre au monde une descendance implique de se vivre à la fois comme issu et différent de ses propres parents, afin de les situer comme grands-parents et de réorganiser la constellation intrafamiliale et intergénérationnelle (Missonier, 1998 ; Darchis, 2000).

Ce lien de filiation ne peut se constituer ou se maintenir que si l'identification aux positions d'ascendant ou de descendant est possible (Guyotat, 1995), c'est-à-dire entre autres si cette identification n'est pas contrariée par des événements particuliers. Partant de cette idée, Jaoul (2007) a mené une recherche sur le rôle joué par les événements de filiation dans l'infertilité masculine. Comparant un groupe de 30 hommes souffrant d'infertilité primaire sécrétoire à un groupe de 30 hommes fertiles, elle a observé que l'on rencontrait

significativement plus souvent les situations suivantes<sup>5</sup> chez les hommes du premier groupe : décès précoce du père ou du grand-père, décès précoce des parents ou des grands-parents, enfants élevés hors famille, rupture du lien père-fils en lien avec la séparation du couple parental (rupture de la filiation instituée telle que définie par Guyotat, 1980, 1995) ; coïncidences naissance-décès, répétitions marquantes telles que maladies ou événements dramatiques, situations puerpérales particulières telles que fausses-couches, interruptions volontaires ou médicales de grossesse (atteinte de la filiation narcissique).

Tout au long de la crise de paternité, et dès le projet d'enfant, il y a appel et remaniement des liens intergénérationnels, de la relation au père et à la mère (Hurstel, 2004). D'autre part, du point de vue de la vie familiale, les morts, naissances, alliances, représentent des événements charnières, constituant des circonstances privilégiées pour une traduction somatique des conflits (Delaisi de Parseval, 1988). C'est la raison pour laquelle l'approche systémique peut éclairer avec profit le symptôme de l'infertilité, en prenant en compte les phénomènes transgénérationnels.

Se projeter dans la paternité nécessite de quitter le statut d'enfant afin de pouvoir occuper une place nouvelle, intermédiaire, dans la chaîne des générations, et ce de manière à céder sa place d'enfant à sa propre descendance (Legendre, 1985). Mais fantasmatiquement, le fait d'abandonner cette place peut être source d'angoisses d'anéantissement, de perte de l'amour des parents, et d'une culpabilité à leur égard exerçant une force inhibitrice sur la procréation. Cette culpabilité peut être liée au sentiment de retirer son amour à ses propres parents, ou de les rapprocher de la mort en faisant d'eux des grands-parents. Parfois, c'est le souhait inconscient de rester un enfant qui entre en contradiction avec le désir conscient de procréer. Parfois aussi, la place d'enfant est déjà prise, par exemple par un ascendant âgé vivant plus ou moins au foyer (Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., 1983).

La nécessité de délaisser le statut d'enfant ne signifie nullement ne plus être le fils de ses

---

<sup>5</sup> L'auteur s'est fondée sur la grille de Guyotat (1979).



parents. Le lien généalogique demeure intact, et c'est d'une permutation symbolique (Legendre, 1985) qu'il s'agit : tout en restant le fils de son père, c'est une autre place, symbolique, qu'occupe désormais le sujet dans la chaîne des générations. Néanmoins, cette dimension est parfois mal élaborée, et des fantasmes culpabilisés de meurtre de l'ascendant peuvent entraver l'accession à la paternité. La stérilité pourrait ainsi correspondre à la punition face à ce désir d'enfant, ressenti comme parricide. Et ce sentiment serait encore renforcé lorsque les propres parents du sujet infertile ne parviennent pas à autoriser leur fils à devenir père à son tour (Granet, 1995).

Ainsi, on peut entendre la stérilité comme un symptôme introduisant une « rupture de la chaîne de filiation qui nous relie à ceux qui nous ont précédés et à ceux qui nous succéderont » (Revidi et David, cités par Germain, 1997). Comme le souligne Genvresse (2005), le désir d'enfant s'apprécie également en termes de devoir de descendance. En ce sens, l'accession à la paternité permet de rembourser la dette de vie contractée à l'égard de ses parents (Delaisi de Parseval, 1981 ; David, 1992 ; Bydlowski, 1997). Mais il semble que certaines dettes soient trop lourdes pour permettre l'accession à la paternité. « Des sentiments trop forts de haine, de vengeance à l'égard de ses parents viennent barrer la transmission et entraînent des refus conscients ou inconscients de procréer. » (David, 1992, p.67.)

Les difficultés d'accession à la parentalité peuvent s'entendre comme une impossibilité fantasmatique de poursuivre la chaîne généalogique, ou tout simplement de s'y inscrire. Nous avons précédemment évoqué, sous l'angle de la résolution de la crise œdipienne, la nécessité pour le fils d'élaborer un fantasme de continuité biologique le reliant à son père (Morin, 1988). Cette certitude d'avoir été « engendré » par son père permet l'inscription dans l'ordre filial (dimension symbolique) et la reproduction par génération (dimension biologique) sans vivre cela comme une soumission nécessaire et inéluctable. En d'autres termes, si le fils accepte sa place dans la filiation, « ce n'est pas uniquement par crainte des angoisses de castration, mais aussi par désir d'être fils de ce père » (Morin, 1998). C'est l'élaboration de ce

fantasme de continuité biologique qui permet une « filiation sans rupture » (Berger, 1995), c'est-à-dire à la fois l'intégration d'une individualité trouvée et d'une continuité filiale. Et l'on peut postuler que les écueils à la symbolisation de ce fantasme puissent constituer un facteur d'infertilité.

Ajoutons que ce sont parfois un secret de filiation, ou encore l'angoisse plus ou moins consciente de transmettre une tare héréditaire, qui entravent la procréation (Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., 1983).

Les remaniements généalogiques viennent également ébranler le groupe familial en tant que système homéostatique. Les théories systémiques nous permettent de comprendre que l'équilibre familial s'atteint grâce à une série d'actions répétitives (les règles de la relation) qui déterminent de manière supra-individuelle l'identité et les fonctions des uns et des autres. Chaque famille, pour favoriser la différenciation progressive de ses membres, doit tolérer des phases de désorganisation, de changements de relations, nécessaires pour l'accession à un autre équilibre mieux adapté au stade suivant (Bowen, 1976). Mais certains groupes familiaux ne tolèrent pas le changement, vécu comme menaçant. C'est alors que les schémas interactifs et les fonctions de chacun des membres ont tendance à se rigidifier, avec pour conséquence une pathologie individuelle, par exemple l'infertilité. Le symptôme « stérilité » deviendrait ainsi intelligible à travers la rigidité d'une transmission entre générations (Delaisi de Parseval, 1988). Cette dernière estime que le sujet infertile peut constituer le « patient désigné » du groupe familial considéré, « celui qui, dans le système familial, a reçu ou accepté le rôle de produire une symptomatologie qui permette une équilibration suffisante pour l'ensemble du système ». Nous envisagerons plus précisément ici la place du sujet dans sa famille, avant d'éclairer davantage, au point suivant, le fonctionnement du couple au regard des héritages transgénérationnels de chacun de ses membres.

Ainsi que l'explique Delaisi de Parseval (1988), « la clinique de la stérilité est parcourue en filigrane par des mythes de pardon, d'expiation et de réparation ». Classiquement, par son

infertilité, le sujet répare l'histoire de ses parents, ou bien pense ainsi se faire pardonner de l'ambivalence des sentiments qu'il leur portait lorsqu'il était enfant. Rendu, ou se rendant responsable, du malheur familial, ce patient désigné prendrait ainsi en charge « l'expiation de la culpabilité familiale » (Stierlin, 1980).

Les troubles psychosomatiques liés à la stérilité peuvent être entendus comme des manifestations de loyauté invisible, chez un sujet qui nie son intérêt pour l'engagement relationnel envers une personne significative de sa famille (Delaisi de Parseval, 1988). Cette loyauté représente une force régulatrice des systèmes, qui s'ancre dans la consanguinité ou la parenté (Boszormenyi-Nagy et Spark, 1973). « Ayant reçu la vie, l'enfant éprouve un devoir éthique envers ses parents dont il veut s'acquitter. » (Heireman, 1989.) Il est notable que le sujet est toujours loyal envers ses origines. Et s'il ne peut l'être ouvertement, les symptômes qu'il développera éventuellement seront une manifestation indirecte de sa loyauté à l'égard de sa famille de sang, assurant la cohésion du système familial.

Selon Boszormenyi-Nagy et Krasner (1986), le sujet s'acquitte de « dettes de loyauté », lesquelles se jaugent à l'aune du « registre des mérites » qui comptabilise les rapports familiaux. Ce registre, ou « grand livre », dresse la comptabilité des mérites et des dettes accumulés par les deux membres d'une relation. Ainsi parvient-on à un bilan provisoire (la « balance entre donner et recevoir »), qui pousse une génération à tenter de redresser ce qui avait été déséquilibré dans la génération précédente. En particulier, les parents qui donnent toujours, sans jamais être capables de recevoir de leur enfant, le chargent d'une lourde dette, qu'il pourra tenter de régler par l'inhibition sexuelle ou la stérilité (Heireman, 1989). L'infertilité d'un sujet peut également être une conséquence d'un conflit de loyauté, et donc d'une impossibilité à se situer entre les attentes contradictoires émanant des deux familles dont il est issu.

Dans certains groupes familiaux, l'un des enfants se voit parentifié (Boszormenyi-Nagy et Krasner, 1986 ; Guyotat, 1980), appelé à se sentir responsable de ses parents, et à répondre

aux sentiments émotionnels, même infantiles, de ces derniers. Par exemple, il est fréquent d'observer qu'un homme infertile fonctionne comme « le père de son père ». Mais aussi, par manque de différenciation, l'homme infertile peut être au service du projet d'un autre membre de sa famille, c'est-à-dire qu'il pourra se rendre inconsciemment stérile, ne réalisant pas ainsi un projet propre, mais le projet d'une autre personne (son père, sa mère, sa grand-mère), comme s'il était contrôlé par elle (Delaisi de Parseval, 1988).

Mais la stérilité se joue également entre les conjoints, dans un enchevêtrement des niveaux individuel et de couple. Ainsi, chez un sujet parentifié, les désirs de proximité avec le parent rendent la relation conjugale conflictuelle. Là encore, affirme Delaisi de Parseval (1988), l'infertilité venant perturber la relation conjugale « peut être comprise comme l'expression de la loyauté nuisible, inconsciente, que témoigne un membre du couple à ses parents ». On comprend ainsi qu'il peut être « utile » à un homme fertile de rencontrer une femme infertile... D'autres fois, ce sont deux sujets inféconds qui fondent un couple.

### ***Conjugalité, parentalité : le couple qui ne parvient pas à devenir parents***

Si l'on poursuit nos réflexions sous l'abord systémique, il est notable que les sujets mal différenciés se choisissent souvent réciproquement, ce qui est fâcheux car, ainsi que le souligne Bowen (1976), plus le niveau de différenciation est bas, plus sérieux sont les problèmes potentiels pour l'avenir. La forte indifférenciation des conjoints rend rapidement la relation de couple dysfonctionnelle : la fusion émotionnelle qui les caractérise devient en effet elle-même source d'une anxiété se traduisant fréquemment par l'apparition de troubles psychosomatiques chez l'un ou les deux partenaires, parmi lesquels « on trouve classiquement l'anovulation chez la femme, possiblement des troubles de la spermatogénèse chez l'homme, et souvent des troubles du comportement sexuel chez les deux qui, notons-le, deviennent à leur tour inducteurs de stérilité » (Delaisi de Parseval, 1988).

Les deux membres d'un couple ne se choisissent certes pas pour rien, que ce soit pour servir leur organisation inconsciente, ou pour se montrer loyaux envers leurs origines familiales. Et certains couples semblent se fonder sur le projet inconscient de ne pas avoir de descendance (Cahen, 1978 ; Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen, Fonty et Le Vaguerese, 1983). Selon Cahen (1978), ces couples sans enfants se sont constitués « en fonction d'un désir totalement inconscient de rester dans une relation duelle. C'est un système clos où le tiers est exclu, donc l'enfant. » Il estime que les conjoints se sont choisis de manière à reconstituer différents types de relations : symbiotique de type mère-nourrisson, œdipienne ou parent-enfant. Lorsque la relation du couple s'est fondée sur le modèle de la symbiose mère-nourrisson, les conjoints sont en dépendance réciproque, unis dans un système clos les isolant de l'environnement extérieur. Dans le même ordre d'idée, Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll. (1983) décrivent des couples qui se sont constitués sur une relation gémellaire. Ses membres « font tout ensemble, études, travail, vie quotidienne. Chacun s'est choisi son jumeau et s'étonne qu'il ne vienne pas d'enfant. »

Lorsqu'il une relation de type œdipien lie les deux conjoints, chacun retrouve chez l'autre le parent du sexe opposé auquel il est resté profondément attaché. On comprend que l'enfant fantasmé, incestueux, ne soit bien trop menaçant pour voir le jour. Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll. (1983), font le même constat : « Quelle place faire à un enfant face à deux couples œdipiens aussi serrés (mère-fils et père-fille) où, des deux côtés, le fantasme d'une réalisation incestueuse vient faire barrage à la procréation ? »

Enfin, lorsque la relation de couple prend les allures d'une relation parent-enfant, chacun des membres du couple occupe, à tour de rôle, la place de l'enfant de l'autre. Chacun attend alors du conjoint protection et « maternage », dans une relation de dépendance. Dans ces couples, les sentiments d'amour parental s'investissent sur le conjoint. « La place de l'enfant est occupée, il n'y en a plus pour l'enfant réel ; ou celui-ci viendrait perturber un équilibre déjà précaire. » (Cahen, 1978.)

Il semble que les difficultés de procréation d'un nombre important de couples tiendraient également à leur enfermement dans une charnière entre le couple conjugal et le couple parental (Maès, 1997). Il y aurait à la fois conflit et confusion entre ces deux niveaux du couple. Conflit entre les règles du couple conjugal et celles du couple parental (qui préexiste à l'apparition des enfants, dès lors qu'il y a projet procréatif). Et confusion car les difficultés de devenir du couple parental engendrent une crise conjugale, et réciproquement.

Enfin, certains couples semblent flotter dans une adolescence éternelle, où l'enfant n'aurait pas sa place. Mais derrière ce projet affirmé de favoriser le couple conjugal peut se profiler une défense contre la confrontation à la finitude.

### ***Prolongement à travers une descendance et finitude***

Le projet d'enfant conduit presque automatiquement le futur père à envisager consciemment sa propre mort, puisque sa survie deviendra désormais fondamentale à celle de cet être fragile et dépendant. De plus, l'enfant rend palpable la temporalité de la vie et de la mort, son apparition inscrivant en filigrane la disparition de ses parents. Ainsi que l'affirme Debray (2001), reconnaître la succession des générations, c'est aussi reconnaître le caractère fini de la vie humaine. Cette confrontation à sa propre finitude peut venir submerger l'homme d'une angoisse de mort insurmontable, potentiellement liée, pensons-nous, à des problèmes de fertilité. Certains ne peuvent renoncer au fantasme d'immortalité, et s'accrochent au mythe de l'éternelle jeunesse, que seul l'homme sans descendance peut entretenir indéfiniment (Teboul, 1994 ; Bydlowski, 1997). Nevjinsky (1990) estime que l'incapacité à procréer de certains hommes est liée à des fantasmes d'immortalité et de retour à l'âge d'or de l'enfance. En suivant Luca et Bydlowski (2001), on peut penser que certains hommes ne parviennent pas à engendrer car l'avènement de l'enfant viendrait « accélér[er] en eux la représentation de leur vieillissement et de leur mort ».

Se pose également la question de l'aptitude au deuil narcissique (Hanus, 1994), c'est-à-

dire de la capacité à reconnaître à la fois sa propre finitude et celle des êtres chers. D'aucuns peuvent ainsi refuser de mettre au monde un être mortel, et ce d'autant plus qu'ils ont été confrontés à des deuils douloureux et non élaborés, chez eux ou chez leurs parents. Il semble d'ailleurs (nous l'avons déjà évoqué) que l'on rencontre davantage de décès précoces du père, du grand-père, des parents ou des grands-parents chez les hommes infertiles (Jaoul, 2007). La problématique est peut-être encore plus aiguë lorsqu'un enfant est né et décédé juste avant le sujet infertile. Ce dernier, chargé de remplacer son aîné, dans une tentative de sortir ses parents de leur deuil impossible ou pathologique, se voit ainsi attribuer une tâche irréalisable (Gonzales et Nevjinsky, 1992). Ces hommes auraient été confrontés dans leur enfance à une « mère morte » (Green, 1983), une mère absorbée dans son deuil, ne favorisant pas les pulsions de vie. Dans ces conditions, comment donner la vie soi-même ? S'épuisant à tenter de ranimer sa mère, ayant été « nourri par un sein vide et mort, l'homme ne peut être lui-même que vide, ou mort » (Nevjinsky, 1990).

Dans certaines familles peuvent également s'observer des phénomènes de concomitance mort/naissance : un décès est tôt suivi de l'arrivée d'un nouveau membre. C'est ce qu'a pu récemment observer Jaoul (2007) chez une population d'hommes infertiles. Mais aussi, le deuil non fait d'un membre de la famille peut compromettre l'arrivée d'une naissance, impossible car non élaborée (Delaisi de Parseval, 1988). Le même auteur ajoute que cette absence de travail de deuil est particulièrement susceptible d'être à l'origine de phénomènes de « délégation ». Là encore, des liens de loyauté sont en cause, liens intenses et personnalisés tissés au cours de la tendre enfance du sujet, entre lui et ses parents – ou les personnes qui s'occupent de lui. En réponse à des signaux reflétant les attentes, craintes, souhaits et fantasmes parentaux, le sujet devenu adulte endosse alors un rôle de missionnaire, qui peut être de ne pas avoir d'enfant (soit en ne se mariant pas, soit en épousant un conjoint stérile – ou stérilisé –, soit en se rendant soi-même stérile).

## CONCLUSION

En retournant à la question que posait le titre de cet article, « Que sait-on de l'infertilité psychogène masculine ? », nous fournirons une réponse de Normand : à la fois peu et beaucoup. Beaucoup car une revue de littérature centrée sur les connaissances théoriques fait apparaître nombre de facteurs identifiables. Et peu car l'on manque de recherches empiriques et de résultats systématisés. Les publications étayées sur une analyse clinique des hommes infertiles et tentant d'identifier des facteurs psychogènes à ces difficultés sont en effet peu nombreuses (Cahen, 1978 ; Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll., 1983 ; Nevjinsky, 1990 ; Gonzales et Nevjinsky, 1992 ; Jaoul, 2007).

Ces constats plaident pour un développement de la recherche sur cette thématique, dans l'optique de mieux discerner la nature des facteurs psychologiques dans la genèse de l'infertilité masculine, mais également d'affiner la compréhension de l'enchevêtrement de ces facteurs avec les déterminants somatiques. Et ce toujours en incluant ces dimensions dans la dynamique de couple. Notre souhait est de formaliser des hypothèses issues de cette revue de littérature, afin de pouvoir les mettre à l'épreuve de la clinique auprès d'hommes infertiles. Cela dit, nous sommes tout à fait consciente de la difficulté de cette démarche : nous avons pu en effet constater, en encadrant des mémoires d'étudiants en psychologie, à quel point les hommes peuvent être réticents à répondre favorablement à une recherche sur cette thématique.

L'objectif premier de telles recherches est bien entendu de soutenir, grâce à l'enrichissement de nos connaissances, l'écoute de ces hommes et de ces couples aux prises avec la douleur d'un espoir d'enfant continuellement déçu. Dans cet ordre d'idées, la nécessité de dépasser le clivage entre stérilités organiques et stérilités psychogènes est soutenue depuis longtemps. Dès 1983, Bydlowski, Dayan-Lintzer, Cahen et coll. (1983) militaient pour une approche complémentaire, alliant la compréhension médicale, biologique, et l'écoute de la dynamique inconsciente du sujet. En ce sens, ces auteurs préfèrent « *considérer la stérilité*



*comme un symptôme en soi, inducteur d'une souffrance psychique et d'une demande qui motive la consultation médicale, que ce symptôme soit ou non étayé sur une pathologie médicale accessible à une thérapeutique somatique ou non* ». Dans le même ordre d'idée, Granet (1995), biologiste de la reproduction, tout en affirmant son « *intime conviction que les traitements modernes de l'infertilité appliqués avec une grande rigueur médicale sont la plupart du temps la meilleure réponse à opposer à la solitaire souffrance des couples stériles* », souligne avec tout autant de fermeté que « *ces traitements peuvent être aussi la pire des choses lorsque la dimension des phénomènes psychologiques qui accompagnent la stérilité n'est pas également prise en compte avec rigueur.* » Nous ajouterons que l'arsenal thérapeutique dont dispose actuellement la médecine n'est pas sans ouvrir de vastes champs de réflexion. L'arrivée d'une grossesse est à juste titre célébrée comme une victoire, mais ne devrait pas mener au déni des défenses psychiques qui pouvaient avoir été mobilisées pour contrer les bouleversements de l'accession à la parentalité. Car c'est aussi de l'élaboration de ces dimensions que dépend l'adoption psychique de l'enfant et la qualité du tissage des liens père-enfant et mère-enfant.

Toujours dans cette optique de prise en charge, il nous semble également important d'aider les hommes à mieux comprendre les tenants et les aboutissants de leur infertilité, avec les spécificités liées à leur identité masculine (les positions féminine et masculine ne sont pas les mêmes au regard du complexe d'Œdipe, de l'engendrement et du désir d'enfant – lequel est toujours loin d'être monolithique, contrairement au fantasme de nombre de nos contemporains). La revue de littérature que nous venons de présenter a pu nous convaincre de l'importance de ce qui peut se jouer quant à la dimension symbolique de la filiation et à la dynamique des identifications. Elle souligne aussi à quel point la pérennisation de la culpabilité est délétère à cet égard. Comme nous le soulignons plus tôt, le contexte conjugal se doit également d'être mis au travail. Quelles sont les résonances inconscientes présidant à la rencontre d'un homme infertile ou hypofertile avec une femme dans la même situation ?

Ou au contraire hyper fertile ? Peut-être plus que jamais, l'homme en difficulté de procréation ne peut être appréhendé en faisant abstraction de son histoire et de son environnement, familiaux et conjugaux.

## REFERENCES

- ATHEA (Nicole).– La stérilité : une entité mal définie, dans Testart (J.) (Dir.), *Le magasin des enfants*, Paris, Folio, 1990, p.37-71.
- BENTS (Hans). Psychology of male infertility. A literature survey, *International Journal of Andrology*, 8, 1985, p.325-336.
- BLOS (Peter).– Son and father, *Journal of American Psychoanalytic Association*, 32, 1984, p. 301-324.
- BOSZORMENYI-NAGY (Ivan), SPARK (Geraldine M.).– *Invisible loyalties*, New-York, Harper an Row, 1973.
- BOSZORMENYI-NAGY (Ivan), KRASNER, (Barbara R).– *Between Give and Take, A Clinical Guide to Contextual Therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1986.
- BOURDIER (Pierre).– *Œdipe et psychanalyse d'aujourd'hui* (collectif), Paris, Privat, 1978.
- BOWEN (Murray).– Theory in the practice of psychotherapy, *Family Therapy*, chap.3, 1976.
- BYDLOWSKI (Monique).– *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 1997.
- BYDLOWSKI (Monique), DAYAN-LINTZER (Madeleine), CAHEN (Françoise), FONTY (Bernard), LE VAGUERESE (Laurent).– Approche psycho-médicale de l'infertilité. "Souffrir de stérilité", *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*,

12 (3), 1983, p.269-276.

CACCIALI (Jean-Luc).– La stérilité doit-elle être interprétée ?, *Journal français de psychiatrie*, 20, 2004, p.36-37.

CAHEN (Françoise).– L'enfant impossible, *Perspectives psychiatriques*, 68, 1978, p.358-365.

CHABERT (Catherine).– Commencer sa vie d'adulte, *Adolescence*, 18, 2, 2000, p.375-378.

CRAMER (Bertrand), PALACIO-ESPASA (Francisco).– *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, P.U.F., 1993.

CUPA-PERARD (Dominique), MOINET (I), CHASSIN (F), THORET (N), BEL (C), VALDES (L).– Devenir père ou la grossesse du père, *Revue de médecine psychosomatique*, 37/38, 1994, p.85-106.

DAVID (Myriam).– Les paradoxes du désir d'enfant, dans Raimbault (Ginette), Manciaux (Michel) et coll., *Enfance menacée*, Paris, La documentation française, 1992, p.65-71.

DARCHIS (Elisabeth).– L'instauration de la parentalité et ses avatars, *Le divan familial*, 5, 2000, p.27-42.

DEBRAY (Rosine). – *Épître à ceux qui somatisent*, Paris, PUF, 2001.

DELAISI de PARSEVAL, (Geveniève).– L'enfant qui ne peut pas venir : intérêt de l'abord systémique de la stérilité de couple, *Dialogue*, 100, 1988, p. 128-137.

DELAISI de PARSEVAL, (Geveniève).– Le désir d'enfant géré par la médecine et par la loi, dans Testart (J.) (Dir.), *Le magasin des enfants*, Paris, Folio, 1990, p.266-278.

EPELBOIN (Sylvie).– De l'enfant désiré... à l'enfant né... un si long parcours, *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 19, 3, 1991, p.253-259.

EPELBOIN (Sylvie).– Quelle maîtrise de la procréation ?, *Journal français de psychiatrie*, 20, 2004, p.11-15.

GENVRESSE (Patrick).– Engendrement, filiation, transmission et ruptures traumatiques, *Dialogue*, 168, 2005, p.45-54.

GERMAIN (Marie-Hélène).– Comment parler de la stérilité masculine chez le jeune garçon

- et l'homme adulte ?, *Nervure*, 7, 1997, p.24-27.
- GONZALES (Jacques), NEVJINSKY (Fern).– Hypofertilité masculine et psychanalyse, *Annales de psychiatrie*, 4, 1992, p.253-258.
- GRANET (Philippe).– Aspects psychologiques de l'infertilité conjugale et de sa prise en charge dans le cadre des procréations médicalement assistées, *Devenir*, 2, 1995, p.7-29.
- GRANIER (Claire), LEROY-BILLIARD (Maryse), LEROY (Jean-Louis).– Gynécologues et psychiatres face à la demande d'Assistance Médicale à la Procréation, *Annales Médico-psychologiques*, 156, 6, 1998, p.387-398.
- GREEN (André).– *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Editions de Minuit, 1983.
- GUYOTAT (Jean).– Grille pour un repérage des singularités de la filiation, *Psychanalyse à l'Université*, 16, 4, 1979, p.639-653.
- GUYOTAT (Jean).– *Mort/naissance et filiation*, Paris, Masson, 1980.
- GUYOTAT (Jean).– *Filiation et logique du lien*, Paris, PUF, 1995.
- HANUS (Michel).– *Les deuils dans la vie*, Paris, Maloine, 1994.
- HEIREMAN (Magda).– *Du côté de chez soi. La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy*, Paris, ESF, 1989.
- HURSTEL (Françoise).– Identité masculine, inversion des rôles parentaux, fonction paternelle, *Enfance*, 3, 1997, p.411-423.
- HURSTEL (Françoise).– Devenir parent ; émergence de l'être père : une crise existentielle, *L'école des parents, 1 hors-série*, 2004, p.22-23.
- JAOUL (Monique). – Rôle joué par les événements de filiation dans l'infertilité masculine, *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 35, 5, 2007, p.442-448.
- JEAMMET (Philippe).– Etre adulte ou comment apprendre à gérer la place de l'infantile, *Adolescence*, 18, 2, 2000, p.419-431.
- LAZARTIGUES (Alain).– Secret et stérilité, *Nervure*, 2, 1994, p.37-42.
- LEGENDRE (Pierre).– *L'inestimable objet de la transmission. Etude sur le principe*

*généalogique en Occident, Leçon IV*, Paris, Fayard, 1985.

LESOURD (Florence), PARINAUD (Jean).– *L'infertilité*, site internet du CHU de Toulouse, 2008, [www.chu-toulouse.fr](http://www.chu-toulouse.fr)

LUCA (Daniela), BYDLOWSKI (Monique).– Dépression paternelle et périnatalité, *Carnet Psy*, 67, 2001, p. 28-33.

MAES (Jean-Claude).– Groupes fertiles pour procréateurs en déroute, *Thérapie familiale*, 4, 1997, p.387-396.

MARTY (François).– *Filiation, parricide et psychose. Les liens du sang*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1999.

MARTY (François).– La parentalité : un nouveau concept pour quelles réalités ?, *Le carnet psy*, 81, 2003, p. 27-33.

MIMOUN (Sylvain).– Les multiples interactions entre l'infertilité et la sexualité, *Contraception Fertilité Sexualité*, 21, 3, 1993, p.251-254.

MISSONNIER (Sylvain).– Entre créativité et vulnérabilité : les métamorphoses de la parentalité, *Psychiatrie française*, 3, 1998, p.95-111.

MOREAU (Agnès).– De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce, *Dialogue*, 152, 2001, p.9-16.

MORIN (Gilles).– Engendrement paternel, filiation et fantasme de continuité biologique, *Filigrane*, 7, 1, 1998, p.103-117.

NASIRI (Despina), DRAGONAS (Thalia). – Le passage à la paternité : une approche clinique, *La psychiatrie de l'enfant*, 2, 1994, p.601-629.

NEVJINSKY (Fern).– De père en père, l'impossible bébé, *Etudes psychothérapeutiques*, 1, 1990, p.83-103.

PAGET (Agnès), DABAN (Alain).– L'IAD : secret de la conception, secret de l'origine, *Nervure*, 2, 7, 1994, p.25-29.

REBOUL (Jean).– *La femme, le médecin et la stérilité*, Toulouse, 1976.

STIERLIN (Helm).– *Adolf Hitler. Etude psychologique*, Paris, PUF, 1980.

STOLERU (Serge), et coll. – Psychological charecteristic of infertile patients : discrinating etiological factors from reactive changes, *J psychosom Obst Gyn*, 17, 1996, p.103-118.

STOLERU (Serge), et coll. – Psychological factors inaetiology of infertility : a prospective cohort study, *Human reprod*, 8, 1993, p.1039-1046.

TEBOUL (Roger).– *Neuf mois pour être père*, Paris, Calmann-Lévy, 1994.

TEBOUL (Roger).– Grossesse et processus psychique chez le futur père, *L'Information Psychiatrique*, 71, 9, 1995, p.857-863.

THONNEAU (Patrick), BUJAN (Louis).– Epidémiologie de l'infécondité masculine, *Revue du praticien*, 8, 1993, p.936-940.

## **Résumé**

L'auteur propose une revue de littérature sur la question de l'infertilité psychogène masculine. Cette réflexion s'étaye sur l'idée que la dynamique inconsciente du sujet vient battre en brèche le projet conscient : devenir père d'un enfant.

Cinq points sont développés : les aléas du désir d'enfant et de l'investissement de l'enfant

(qui se refuse) à venir ; l'identification aux figures parentales et à la fonction parentale ; l'inscription symbolique du sujet dans la chaîne généalogique ; les réaménagements fantasmatiques et relationnels entre les deux (futurs) parents ; la dialectique vie-mort inhérente à la question de la procréation.

Cette revue de littérature, balayant les théories psychanalytique et systémique, a pour ambition de servir de support à une recherche empirique.

### ***Mots-clés***

Infertilité masculine – facteurs psychogènes – psychanalyse – systémie

### ***Abstract***

The author has performed a literature review of psychogenic male infertility. The theory is based on the idea that the subconscious dynamics of the subject take over the conscious intention which is to become a father.

Five points are developed: the desire to have a child and the psychological investment in a child who will (not) arrive; the identification of the parental figure and parental function; the symbolic inscription of the subject in the genealogical chain; the fantasmatic and relational rearrangements of both parents (to be); the life and death dialectic inherent to the question of procreation.

This literature overview of psychoanalytical and systemic theories is aimed at supporting further empirical research.

### ***Key-words***

Masculine infertility - psychogenic factors - psychoanalysis - systemics

