

Etude des troubles psychiatriques et des mécanismes de défense psychologiques dans une population d'hommes stériles consultant en Andrologie

Michel BELLONE ¹, Jean-Marc RIGOT. ², Olivier COTTENCIN ¹, Michel GOUEMAND¹

¹ Clinique Fontan, CHRU de Lille. ²Service d'Andrologie, CHRU de Lille.

RÉSUMÉ

Notre étude avait pour objectif d'étudier l'état psychiatrique d'une population d'hommes infertiles consultant en andrologie, d'évaluer les styles de défense au moyen du Defense Style Questionnaire version 88 items (DSM-IV), de rechercher une différence entre les modalités défensives selon leur statut clinique d'azoosperme ou d'oligoasthénosperme et de mettre en évidence une corrélation entre les troubles psychiatriques développés dans cette population et les modalités défensives utilisées.

Résultats : Nous avons retrouvé 26,2% de troubles psychiatriques selon le DSM-IV avec une sur-représentation significative du trouble anxieux généralisé et du trouble somatisation. La comparaison entre patients azoospermes et oligoasthénospermes révélait l'absence de différence significative en ce qui concerne la morbidité psychiatrique et l'utilisation des modalités défensives. Notre population se défendait selon des modalités proches de la population générale et utilisait des mécanismes de défense appartenant préférentiellement au style de défense dit *mature*, tels que l'*humour*, la *répression* et l'*anticipation*. La pathologie psychiatrique était significativement corrélée avec l'utilisation préférentielle du *retrait*, de la *consommation*, de la *formation réactionnelle* et au défaut d'utilisation de l'*humour*.

Conclusion : L'existence d'une surreprésentation des troubles psychiatriques chez les hommes infertiles par rapport à une population témoin impose aux andrologues de savoir entendre la

souffrance au delà de la demande d'agir. Ceci justifie pour les patients d'avoir la possibilité d'exprimer tous les sentiments inhérents à leur drame personnel et conjugal dans le cadre d'une prise en charge spécialisée. La connaissance des modalités défensives de cette population pourrait aider à prévenir l'émergence de troubles psychiatriques.

Mots-clés : *styles de défense, troubles psychiatriques, stérilité, hommes, andrologie, Défense Style Questionnaire, psychiatrie de liaison*

I. INTRODUCTION

La littérature traitant de l'Aide Médicale à la Procréation (AMP) et des troubles psychologiques, psychiatriques et sexuels associés est relativement riche. Ces travaux sont majoritairement effectués en milieu gynécologique, avec un abord surtout féminin et/ou conjugal du trouble. Les études effectuées en milieu andrologique sont beaucoup plus rares. Ce constat justifiait l'exploration de nouvelles pistes pour mieux comprendre le contexte clinique de l'homme infertile. Le désir d'enfants est-il si grand qu'il pousse l'homme et son couple à assumer toutes les diffi-

Correspondance :

Dr Michel Bellone - 22 Avenue Timon David, 13013
Marseille - Tel 04.42.16.18.74 - Fax 04.42.16.18.75 -
Email m.bellone@free.fr

cultés qu'entraîne sa réalisation ? Jusqu'à quel point l'infertilité et le protocole d'AMP sont-ils considérés comme éprouvants et quel en est le retentissement psychiatrique ? Quelles sont les attitudes de défense dans notre population contre ce « *coup de poignard narcissique* » qu'est l'infertilité et les différents traumatismes qui parsèment le parcours d'AMP ? Avec quels objectifs, quels moyens et dans quel but un psychiatre pourrait intervenir en andrologie ? C'est dans cette perspective que nous avons entrepris une étude s'intéressant aux troubles psychiatriques chez les azoospermes et les oligoasthénospermes ainsi qu'à une entité clinique récemment introduite dans la recherche psychiatrique quantitative : les mécanismes de défense. Ces dernières décennies, nombre d'auteurs ont détaché les mécanismes de défense du cadre analytique pour les étudier dans celui de la clinique psychiatrique. De nombreux travaux et méthodes de validations empiriques ont été élaborés pour l'étude des mécanismes de défense issus des théories psychanalytiques. Selon Guelfi *et al* [27], les plus reconnus sont décrits par Ionescu *et al* dans « *Les Mécanismes de Défense, Théorie et Clinique* » [33]. Plusieurs instruments d'évaluation ont été proposés, mais en dehors du 'Defense Style Questionnaire' (DSQ), tous les autres instruments utilisent des modes opératoires lourds et complexes qui les rendent inutilisables en pratique courante [5, 33, 34]. C'est pour cela que Bond invente le DSQ n'ambitionnant qu'une simple évaluation des mécanismes de défense. Notre étude visait donc à explorer avec un outil validé [15, 27] les modes de défense psychologiques et leurs liens avec les troubles psychiatriques évalués par le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Fourth Edition), au sein d'une population soignée en Andrologie. Nous espérons ainsi mieux connaître son état de souffrance (ou non) au niveau psychologique et psychiatrique afin de permettre une prise en charge et un accompagnement psychiatrique ou médico-psychologique peut-être plus pertinent. Par ailleurs, l'évaluation des styles de défense adoptés permettrait de mieux connaître leur contribution à la vulnérabilité ou à la protection vis-à-vis du développement de troubles psychiatriques au sein de cette population ?

II. HYPOTHÈSE

La population des hommes infertiles souffre sur le plan psychologique, psychiatrique et sexuel [16, 20, 22, 23, 24, 28, 36, 38, 39]. Nous pensons que les mécanismes de défense utilisés par les hommes infertiles ont des conséquences sur les troubles psychopathologiques et sexuels constatés en pratique clinique et dans la littérature dans cette population. Les andrologues constatent cliniquement deux représentations différentes de l'infertilité, selon que l'on soit azoosperme ou oligoasthénosperme, car les espoirs ne sont pas les mêmes. Les azoospermes se repré-

senteraient et s'imagineraient sans spermatozoïde, donc sans aucune chance de reproduction naturelle et spontanée. L'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) associée à la Ponction Biopsie Testiculaire, geste chirurgical, représente leur unique chance. Les oligoasthénospermes en revanche possèdent des spermatozoïdes et se représenteraient en tant que tels, c'est à dire avec des chances naturelles de se reproduire spontanément. Ici aussi l'AMP est proposée mais la technique est moins lourde pour l'homme (sperme éjaculé) et se limite le plus souvent à la Fécondation In Vitro (FIV) associée à l'ICSI, technique la plus fréquemment utilisée dans ce contexte. Nous avons formulé l'hypothèse que cette différence de chance influencerait sur la mise en place et la genèse des mécanismes de défense psychologiques. Devant une maladie, des mécanismes de défense inconscients [21, 32, 45, 47] - dont nous avons étudié les dérivés conscients : les styles de défense - se mettent en place. Nous pensons que leur étude nous permettrait de repérer non seulement leur influence sur l'état psychiatrique de cette population, mais encore de confirmer le constat clinique fait par les andrologues.

Notre étude avait pour objectif d'évaluer les styles de défense d'une population d'hommes infertiles au moyen du DSQ, version 88 items, de Bond *et al.* [12], de rechercher une différence entre les modalités défensives selon que l'on soit azoosperme ou oligoasthénosperme, et d'étudier l'état psychiatrique de cette population selon le DSM-IV au cours d'un entretien clinique standardisé afin de mettre en évidence une corrélation entre les troubles psychiatriques développés dans cette population et les modalités défensives qu'elle utilise.

III. MATERIEL ET METHODES

L'échantillon étudié comportait 42 sujets (22 azoospermes et 20 oligoasthénospermes), âgés de 23 à 49 ans (moyenne : 32 ans). 52,5% de notre population n'avait pas le baccalauréat. Ces sujets ont été recrutés à la consultation d'andrologie du CHRU de Lille selon leur ordre d'arrivée pendant une période de 6 mois. Il n'y avait aucune différence significative pour l'âge et le niveau d'études entre les 2 groupes. Afin de comparer aux mieux, les résultats concernant les troubles psychiatriques dans notre population, nous avons choisi une population de référence - correspondant exactement à la notre (Tableau 1), issue d'une étude dépistant avec le MINI les troubles psychiatriques en population générale [46].

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient médico-somatiques et nos sujets répartis en deux groupes : les azoospermes (aucun spermatozoïde retrouvé au spermogramme) et les oligoasthénospermes (nombre de spermatozoïdes supérieur à 0 et

Tableau 1 : Troubles psychiatriques type DSM-IV retrouvés dans la totalité de notre échantillon comparés avec ceux de la population générale.

Troubles psychiatriques	N	Echantillon total (n = 42)	Population générale *	P (bilatéral)
Episode dépressif majeur	2	4,7%	6,0%	NS **
Anxiété généralisée	6	14,3%	8,2%	0,04
Phobie sociale	2	4,7%	3,2%	NS
Dépendance à l'alcool	1	2,4%	4,7%	NS
Trouble somatisation	4	9,5%	0,5%	0,001
Trouble de l'adaptation	1	2,4%	Non exploré	
Trouble panique sans agoraphobie	1	2,4%	3,4%	NS
AUCUN trouble détecté (sujets sains)	31	73,8%		

* Etude dépistant avec le MINI les troubles psychiatriques en population générale [46], ces valeurs nous ont été fournies et recalculées par l'équipe qui a réalisée cette étude, afin que l'échantillon témoin corresponde exactement à notre échantillon, à savoir une population constituée d'hommes uniquement, de 23 à 49 ans (médiane = 34) et du Département du Nord (n = 3187). ** NS = non significatif

inférieur à 20 millions). Dans notre groupe d'oligoasthénospermies, les formes sévères (moins de 1 million de spermatozoïdes) étaient majoritaires.

Les critères d'exclusion étaient : les maladies chroniques graves, engageant le pronostic vital à moyen et à long terme ; les troubles neurologiques graves ; les anomalies chromosomiques et les maladies génétiques ; les troubles sexuels à l'origine de l'infertilité ; les demandes de réperméabilisation des canaux déférents post-vasectomie ; les patients maîtrisant mal la langue française ou illettrés ou présentant un niveau intellectuel liminaire.

2. Echelles cliniques et questionnaire utilisé

Le DSQ était passé en premier, suivi de l'exploration de l'état psychiatrique selon le MINI DSM-IV, d'un hétéroquestionnaire recueillant des informations générales sur l'infertilité puis d'un autoquestionnaire sur le retentissement sexuel, conjugal et social de l'infertilité. Le passage du DSQ et les entretiens se sont déroulés dans le service d'Andrologie avec le même investigateur entraîné à la passation des tests.

3. Instrument évaluant les mécanismes de défense

Le Questionnaire des Styles de Défense (DSQ) version 88 items (DSQ-88), traduction et validation en langue française Bonsack et al [15] : il s'agit d'un autoquestionnaire. Quatre-vingt-huit propositions sont présentées au sujet auxquelles il doit répondre, pour chacune selon l'intensité de son accord ou de son désaccord, en cochant une case de 1 à 9 sur une échelle visuelle. Les items sont regroupés pour évaluer 26 mécanismes de défense. Le score correspondant à chaque mécanisme de défense est la moyenne des scores obtenus aux items correspondants. La note obtenue pour un style de défense est égale à la moyenne des mécanismes de défense qui le composent [9, 11, 12, 13, 15, 27, 43]. Le choix de l'analyse factorielle à 3 facteurs correspond au choix le plus fréquemment retrouvé dans la littérature [15, 19, 27, 30].

4. Instruments évaluant le contexte symptomatique

a) Le Questionnaire Général sur l'infertilité (QG)

Il s'agit d'un hétéroquestionnaire que nous avons réalisé au sein des services d'Andrologie et de Psychiatrie de Liai-

son du CHRU de Lille comportant 40 questions s'inspirant des constatations cliniques. Il a une valeur exploratoire et descriptive pure. Il permet d'explorer chez l'homme infertile : des éléments biographiques personnels et familiaux, ses antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques, son état de santé actuel, le type d'infertilité, la spécialité du médecin qui lui a appris le diagnostic, et pour le couple : son historique et celui de la maladie, la technique d'AMP adoptée, etc.

b) Le Questionnaire sur le retentissement Sexuel, conjugal et social de l'infertilité chez l'homme (QS)

Il s'agit d'un autoquestionnaire que nous avons réalisé au sein des services d'Andrologie et de Psychiatrie de Liaison du CHRU de Lille comprenant 50 questions, inspiré de constatations cliniques et de données de la littérature [16, 20, 24, 36, 39, 40, 42]. Il a une valeur exploratoire et descriptive pure. Il permet d'apprécier le retentissement de l'infertilité : sur la vie conjugale, sexuelle et sociale du patient et du couple, tout en tentant d'évaluer « le vécu sexuel actuel ».

c) Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) for the DSM-IV version 4.4

Instrument dépistant les troubles psychiatriques selon les critères DSM-IV (Axe I) [37]. Inspirés par les données cliniques et de la littérature abordant la part psychosomatique de l'infertilité, en fin d'entretien nous avons exploré - en plus - à l'aide du DSM-IV, le trouble somatisation.

5. Analyse statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel S.A.S version 8 au Laboratoire de Biostatistique du CHRU de Lille. Les variables quantitatives (scores du DSQ) ont été décrites par l'intermédiaire de moyennes et d'écart-types (ET). Les variables qualitatives et les fréquences étaient comparées avec des tests du Chi 2 ou le test du Fischer Exact, lorsque les effectifs l'imposaient.

IV. RÉSULTATS

1. Exploration des troubles psychiatriques par le DSM-IV

26,2% (n=11) des sujets de notre échantillon présentaient un trouble psychiatrique selon le DSM-IV (17 troubles psychiatriques dépistés, dont 5 hommes présentant des troubles associés) et 73,8% (n=31) n'en présentaient pas (Tableau 1). En ce qui concerne la présence (ou l'absence) de troubles psychiatriques, il n'y avait pas de différence significative entre azoospermes et oligoasthénospermes. La tolérance psychiatrique au stress que représente l'infertilité était la même dans les deux cas. Il existait dans notre échantillon une surreprésentation significative du Trouble

Anxiété Généralisée (TAG) (14,3%) [46] et du trouble somatisation (9,5%) [35] par rapport à la population générale. Il n'y avait pas de différence significative entre notre échantillon et la population générale [46] pour tous les autres troubles psychiatriques selon le DSM-IV.

Seulement 45,5% des hommes de notre échantillon atteints de troubles psychiatriques bénéficiaient d'un traitement : dans ce cas la prise en charge n'était jamais assurée par un spécialiste, et le traitement psychotrope était le plus souvent inadapté [7].

2. Styles de défense

Le style de défense mature était préférentiellement utilisé et présentait le score moyen le plus élevé. Les mécanismes de défense *humour, répression et anticipation* appartenant tous au style mature, étaient préférentiellement utilisés avec des scores élevés et des variances faibles. Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre azoospermes et oligoasthénospermes en ce qui concerne l'utilisation des styles de défense et des mécanismes de défense (Tableau 2). Nous avons constaté que les scores obtenus pour les différents styles de défense étaient proches de ceux obtenus dans la population générale [3].

3. Modalités défensives et troubles psychiatriques

Concernant les styles de défenses : il existait une différence statistiquement significative entre le groupe « *troubles psychiatriques* » et les sujets sains (Tableau 3). Dans le groupe souffrant de troubles psychiatriques, le score du style de défense névrotique était significativement plus élevé. Il existait une corrélation positive entre le score du style névrotique et la présence de troubles psychiatriques.

Lorsque nous comparions chaque mécanisme de défense avec l'existence de troubles psychiatriques, nous notions des différences significatives entre les deux groupes pour quatre mécanismes de défense : *consommation, retrait, humour et formation réactionnelle* (Tableau 4). Il existait une corrélation négative entre l'*humour* (appartenant au style de défense mature) et la présence de troubles psychiatriques. Les sujets atteints de troubles psychiatriques présentaient des scores pour le style de défense *humour* significativement plus bas que les sujets sains. Il existait une corrélation positive entre *consommation, retrait et formation réactionnelle*, tous inclus dans le style de défense névrotique, et la présence de troubles psychiatriques. Dans le groupe « *troubles psychiatriques* » les résultats pour ces trois mécanismes de défense étaient significativement plus élevés que chez les sujets sains. Cette différence significative était plus particulièrement marquée pour le mécanisme *consommation*. Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne l'utilisation des autres mécanismes de défense.

Tableau 2 : Scores moyens et écart-types des trois styles de défense évalués à l'aide du DSQ-88, dans la totalité de notre population d'hommes infertiles, chez les azoospermes, les oligoasthénospermes et dans la population générale issue pour ce tableau de l'étude d'Andrews et Pollock [3].

Style de défense	Echantillon total n = 42	Azoospermes n = 22	Oligoasthénospermes n = 20	P (bilatéral)	Population générale
Style Mature	5,83 * (1,17)	5,78 (1,33)	5,89 (1,01)	NS**	5,64 (1,00)
Style Névrotique	3,98 (1,29)	3,92 (1,47)	4,05 (1,10)	NS	4,29 (1,01)
Style Immature	3,3 (1,08)	3,16 (1,11)	3,44 (1,05)	NS	3,31 (0,92)

* moyenne (écart-type)

**NS = Non Significatif

Tableau 3 : Comparaison styles de défense et troubles psychiatriques (DSM-IV).

Styles de défense	Absence de trouble psychiatrique	Présence de troubles psychiatriques	P (bilatéral)	Hommes infertiles (échantillon total) n = 42
Matures	5,848 * (1,15)	5,815 (1,29)	NS	5,83 (1,17)
Névrotiques	3,696 (1,08)	4,806 (1,53)	0,036	3,98 (1,29)
Immatures	3,143 (0,84)	3,741 (1,53)	NS**	3,3 (1,08)
Effectif	31	11		42

* moyenne (écart-type)

* * NS = Non Significatif

Tableau 4 : Comparaison mécanismes de défense et troubles psychiatriques (DSM-IV).

Mécanisme de défense	Absence de trouble psychiatrique	Présence de troubles psychiatriques	p (bilatéral)
Matures			
Humour	7,16 * (1,37)	5,76 (2,10)	0,044
Névrotiques			
Formation réactionnelle	3,67 (1,24)	4,40 (0,88)	0,049
Retrait	4,30 (3,10)	6,61 (2,33)	0,018
Consommation	2,58 (1,40)	4,97 (2,20)	0,001
Immatures = NS**			
Effectifs	31	11	

* moyenne (écart-type)

** NS = Non Significatif

V. DISCUSSION

Notre population était caractérisée par le fait qu'il ne s'agissait pas d'hommes et de couples infertiles «*tout-venant*». Ces patients consultaient le service d'Andrologie après un long et difficile parcours d'AMP (3,4 ans en moyenne) [7]. Ces «*vétérans*» de l'AMP étaient adressés à l'andrologue par différents médecins (gynécologues, urologues), tous persuadés que la fécondité naturelle est nulle ou suffisamment basse pour que l'on demande l'avis d'un expert. Il s'agissait d'une population à laquelle on avait laissé peu ou pas de chance de réussite et qui - *a priori* - relevait d'une thérapeutique spécifique et ultime d'AMP : la Ponction Biopsie Testiculaire. En particulier, les conditions d'annonce du diagnostic avant la rencontre au sein du service nous étaient inconnues, alors que l'on connaît l'influence de cette annonce sur l'avenir des démarches ultérieures thérapeutiques entreprises par tout patient. Enfin, il n'existait pas de donnée de la littérature, ni d'évaluation type DSM-IV, en ce qui concerne les troubles psychiatriques chez les hommes infertiles. La littérature [16, 18, 20, 28, 38] aborde souvent l'anxiété, la dépression et le stress sans que soit précisée leur définition. Nous n'avons pas retrouvé, non plus, d'études recherchant une corrélation entre troubles psychiatriques type DSM-IV et les styles de défense spécifiquement explorés par le DSQ-88, et ce, quelque soit le type de population.

Notre population d'hommes est une population en attente : attente de résultats, d'examens, de traitements, et menacée par l'échec (50% d'échec en AMP dans ce type de population). La situation d'attente est, nous le savons, pourvoyeuse d'anxiété [48, 51]. Pour Harrison *et al.* [29], l'infertilité est une des situations les plus stressantes qu'un couple puisse rencontrer. Cela dit, notre étude ne nous a pas permis de connaître les relations exactes entre TAG (Trouble Anxiété Généralisée) et infertilité, en particulier de savoir si le TAG précédait ou non cette pathologie.

Aucune recherche n'a permis à ce jour de décrire l'existence de mécanismes ou d'interrelations possibles liant vie psychique et infertilité [17]. La surreprésentation du trouble somatisation ne nous permet que de nous poser la question de l'interrelation entre infertilité et trouble psychique dans une vision interactionnelle et non causaliste. Il est donc très difficile de cerner des critères psychologiques qui signeraient des stérilités psychogènes. Les résultats concernant l'existence d'un profil de personnalité infertile sont contradictoires [17, 39]. La médecine nous pousse à énumérer après des causes organiques des causes psychiques. Différents auteurs aimeraient tordre le cou à cette vision manichéenne, étant donné que l'existence d'étiologies organiques évidentes n'exclut en rien une souffrance psychique et que toutes les stérilités passent par le corps de toute façon. Enfin, Kaplan signale que le trouble somatisation est 5 à 20 fois plus fréquent chez la femme, mais qu'il

existe une probable négation de ce trouble chez les hommes et donc une sous-estimation statistique [35].

La tolérance psychique de l'infertilité n'était pas bonne : 26,2% des patients présentaient des troubles psychiatriques avérés selon le DSM-IV. D'après notre questionnaire [7], 15,4% des sujets estimaient « avoir des troubles psychologiques en rapport avec l'infertilité » à l'origine de problèmes dans leur vie de couple, 12,8% pensaient que « l'infertilité est directement à l'origine de leurs problèmes de couple », 28,2% estimaient que « l'infertilité peut entraîner un retentissement négatif majeur dans la vie sociale », 46,2% déclaraient se sentir pleinement touchés narcissiquement puisqu'ils reconnaissaient que « un homme présentant des troubles de la fertilité peut avoir le sentiment d'être atteint dans sa virilité ». 20,5% pensaient « être plus perturbé sur un plan psychologique que leur femme, à l'annonce de leur infertilité ». Enfin 35,9% des hommes pensaient que leur infertilité avait des conséquences psychologiques chez leur partenaire et 41% éprouvaient un sentiment de culpabilité vis-à-vis d'elle [7]. Globalement, malgré 73,8% de patients sans trouble psychiatrique avéré, cette population souffrait, mais n'était pas malade. L'intérêt d'une Psychiatrie de Liaison plus intégrée à des équipes hautement spécialisées, en particulier dans son abord médico-psychologique de tels troubles, nous apparaît de plus en plus indispensable. Ces patients nécessitent un soutien dans ces situations anxiogènes en particulier pour passer chaque étape du long parcours dans lequel ils se sont engagés (consultations itératives, échec de l'AMP, etc...) et prévenir la survenue de complications psychiatriques.

Nos deux groupes de patients aborderaient l'infertilité de la même façon en utilisant une dynamique psychologique, un mode de fonctionnement psychique et défensif similaire : ce qui infirme notre hypothèse de départ. Rappelons que les deux groupes, quels que soient leurs spermogrammes, ont eu, avant d'arriver dans le service d'Andrologie, les mêmes discours de la part des professionnels de la santé non spécialisés en stérilité masculine, et surtout, ils ont tous abouti dans le service de « l'ultime recours ». On peut aussi émettre l'hypothèse que chaque groupe n'a pas vraiment entendu le discours qui lui était respectivement destiné par l'andrologue, à moins que les modalités défensives aient été déjà constituées avant le contact avec ce dernier ?

Le style de défense mature était préférentiellement utilisé dans notre population et les scores des styles de défense (matures, névrotiques et immatures) étaient proches de ceux de la population générale [3]. Il est intéressant de constater que face à un stress majeur la tonalité « adaptative » des mécanismes de défense est plus marquée, rejoignant ainsi le concept de « stratégies adaptatives » développé par Vaillant [56, 57].

En ce qui concerne les mécanismes de défense : nous avons une utilisation préférentielle de l'*humour*, la *répression* et l'*anticipation*.

Selon Ionescu [33], l'aspect défensif de l'humour « *épargne à la personne en difficulté les affects douloureux que sa situation devrait entraîner et permet, grâce à la plaisanterie, d'éviter jusqu'à l'expression de ces affects. Lorsque les conflits ou les stress entravent l'expression des affects ou la satisfaction des désirs, l'humour permet leur expression symbolique et allège les tensions qui les accompagnent* ». Pour Freud [26], c'est dans le cas seulement où l'humour est appliqué à soi-même qu'il peut être considéré comme un mécanisme de défense. Il est apparu que c'était la population indemne de trouble psychiatrique qui utilisait le plus ce style de défense (Tableau 4). Serions-nous en présence d'un style de défense efficace ? L'humour serait-il protecteur vis-à-vis du développement d'une pathologie psychiatrique, comme l'ont montré d'autres auteurs [3, 31, 38, 58] ?

En revanche, la répression est-elle vraiment protectrice ? Il s'agit d'une opération psychique tendant à faire disparaître de la conscience un contenu déplaisant ou inopportun : idée, affect, etc. Mais à la différence du refoulement, l'opération se fait consciemment : le sujet est conscient du matériel réprimé qu'il maintient momentanément en dehors du champ de la conscience jusqu'à ce qu'il soit prêt à composer avec le conflit en question [2]. Ce mécanisme n'intervenait pas dans notre étude sur le développement d'une pathologie psychiatrique (Tableau 4). Nous pouvons donc supposer que la répression était protectrice pour notre échantillon dans sa totalité mais sans pouvoir l'affirmer. Nous nous interrogeons sur le devenir de ce mécanisme après l'annonce d'un échec de l'AMP ? Dans quelle mesure un tel stress peut-il rester hors du champ de conscience ? Cette utilisation de la répression expliquerait-elle l'importance du délai de consultation dans notre échantillon : 1,2 ans en moyenne entre le premier spermogramme et la première consultation en Andrologie [7] ? Ces sujets se sauraient infertiles mais réprimeraient ce problème le plus longtemps possible avant d'affronter la réalité.

Selon Ionescu [33], « anticiper » consiste, lors d'une situation conflictuelle, à imaginer l'avenir en expérimentant d'avance ses propres réactions émotionnelles, en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver et en envisageant différentes réponses ou solutions possibles. Nous sommes ici dans le concept d'*anticipation-défense* bien différent des deux autres modalités d'anticipation : celle que nous pratiquons normalement chaque jour, en organisant nos activités, mais non liée à un conflit, et celle qui, loin d'atténuer notre angoisse, en est une conséquence : « l'anticipation-catastrophe » qui est pathologique. Cette anticipation est utilisée par une population majoritairement

en bonne santé psychique. La question se pose cependant de savoir si notre échantillon envisageait réellement les différentes solutions alternatives possibles (Insémination Avec sperme de Donneur, adoption, renonciation à l'enfant) ou uniquement le succès de l'AMP ? Nos patients pensaient à 46,2% « qu'il vaudrait mieux éviter d'annoncer à l'entourage son infertilité » et à 28,2% que « l'infertilité pouvait entraîner un retentissement négatif majeur dans la vie sociale ». Au début de leur prise en charge pour infertilité, 38,5% de nos sujets n'avaient, curieusement, envisagé aucun problème, 23% avaient envisagé des problèmes psychologiques et dans leur vie sociale, 48,7% l'avaient intégré dans leur vie de couple et 7,7% seulement dans leur sexualité [7]. Il existe donc au moins une anticipation sociale et conjugale.

Nous avons constaté (Tableau 3) une prépondérance d'utilisation significative du style névrotique chez les sujets « psychiatriques ». Nombre d'études confirment ces résultats [1, 4, 5, 6, 49]. Nous avons aussi noté (Tableau 4) que les patients psychiatriques utilisaient moins l'*humour* et plus la *consommation*, le *retrait* et la *formation réactionnelle* que les sujets sains.

Le mécanisme de défense *consommation* consiste en un agir oral (fumer ou manger) pour supprimer une tension interne ou externe. Or la consommation était dans notre échantillon très fortement corrélée à la présence de troubles psychiatriques. Cette association est retrouvée avec l'anxiété dans l'étude de Spinhoven *et al.* [54].

La corrélation de la pathologie psychiatrique avec le *retrait* était importante dans notre échantillon. Qualifié de *retrait* apathique tant par le DSM-IV que par Ionescu pour qui « *il n'apparaît que dans certaines circonstances et que l'individu cherche à se protéger en diminuant ses interactions avec le milieu environnant* » [33]. Nous étions, *a priori*, en face de sujets qui étaient soumis à un stress intense et continu, et qui se protégeaient en se repliant sur eux-mêmes. Mais il n'y avait pas dans notre population de retentissement sur l'activité puisque les scores moyens pour le mécanisme de défense « *activité* » restaient élevés (6,36 chez les malades). Nous ne pouvions donc pas parler de « *retrait apathique* ». A la question « *Voudriez-vous participer à un groupe de parole pour discuter de vos problèmes (si problèmes il y a) avec des hommes qui sont dans la même situation que vous ?* » [7], il y eut 66,6% de réponses négatives, auxquels on pouvait probablement rajouter les 23,1% de « *ne sait pas* ». Il s'agit d'une manifestation de *retrait*, qui nous laisse penser qu'il serait souhaitable d'inciter ces hommes à verbaliser et médiatiser leurs émotions, car l'utilisation de ce mécanisme de défense favoriserait l'expression de troubles psychiatriques dans notre échantillon.

Les formations réactionnelles citées par Freud [25] et Bergeret [8], ont comme point commun d'être valorisées par la société. Toute formation réactionnelle ne relève pas de la pathologie. C'est lorsqu'elle est rigide qu'elle est invalidante [8, 25]. Selon le DSM-IV, « *le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en substituant à un comportement, à des pensées, ou à des sentiments personnels inacceptables, d'autres qui leur sont diamétralement opposés* ». Quels types de formations réactionnelles utilisent ces hommes ? Comment s'expriment-elles ? Sont-elles pathologiques ? Notre étude ne peut répondre à ces questions. Cependant les items du DSQ explorant la *formation réactionnelle* la présentent sous son aspect « *socialement valorisé* » et non pathologique [7]. Certaines études retrouvent une corrélation entre *formation réactionnelle* et la pathologie psychiatrique, notamment avec le spectre des troubles anxieux [4, 9, 10, 11, 44, 54]. Dans notre étude, nous n'avons pas constaté de corrélations significatives entre *formation réactionnelle* et TAG.

VI. LES FACTEURS DE SANTÉ ET DE VULNÉRABILITÉ : IMPLICATIONS CLINIQUES

Il a été montré [3, 11, 27] que l'évaluation des modalités défensives, dans un type de population donnée, peut permettre l'émergence de mécanismes de défense spécifiques, pouvant être considérés comme des facteurs prédictifs du développement d'une pathologie mentale. Ils rajoutent cependant que ces résultats doivent être confirmés par d'autres études. L'évaluation de défenses mentales spécifiques permettrait davantage de définir la vulnérabilité et l'affinité pour des affections déterminées que de simples traits ou profils de personnalité [9]. La plupart des travaux montrent des résultats en faveur de la capacité du DSQ à évaluer des mécanismes de défense différents selon les groupes diagnostiques [14, 41, 44, 52, 53, 55]. Prenons garde de ne pas oublier toutefois l'adaptation active du patient. Comme le souligne Senon [50], le plus important est « *la souplesse et le degré d'adaptation à la réalité du processus défensif ainsi que la façon dont il préserve la vie psychique et psychologique du sujet* ».

VII. CONCLUSION

La comparaison entre azoospermes et oligoasthénospermes révèle qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la morbidité psychiatrique et l'utilisation des mécanismes de défense. Notre population se défend selon des modalités défensives proches de la population générale et utilise des mécanismes de défense appartenant préférentiellement au style de défense *mature*. La pathologie psychiatrique dans cette population est significativement corrélée avec l'utilisation pré-

férentielle de la consommation, du retrait, de la formation réactionnelle et au défaut d'utilisation de l'humour. Nous ne pouvons pas savoir si les modalités défensives préférentiellement utilisées sont une conséquence des troubles psychiatriques (et/ou de l'infertilité) ou une cause ? Nous ne pouvons que relier des modalités défensives avec une pathologie somatique dont la gravité n'engage pas le pronostic vital, mais social et psychologique car elle remet en cause la filiation.

La surreprésentation du TAG nous incite à penser que ces patients vivent dans l'attente et la menace de l'échec mais aussi l'espoir. Nous relierons la présence du troubles somatisation plutôt à de l'angoisse qu'à une entité clinique purement isolée. Cette étude préliminaire doit nous inciter à accroître notre connaissance des modalités défensives dans ce type de population afin de permettre pour le moins une certaine anticipation de l'apparition de troubles psychiatriques. Il serait souhaitable qu'une étude prospective – explorant les modalités défensives et les troubles psychiatriques avant le diagnostic d'infertilité et/ou après la naissance d'un enfant - soit réalisée dans ce même type de population. Ainsi serait vérifiée la reproductibilité de nos résultats. Le thérapeute doit accompagner les patients, s'adapter aux fluctuations de leurs défenses et, par son abord psychothérapeutique, soutenir les patients repérés comme à risque en renforçant les mécanismes de défense protecteurs et en atténuant ceux favorisant l'émergence de pathologie psychiatrique. L'existence d'une sur-représentation des troubles psychiatriques chez les patients infertiles impose aux psychiatres de liaisons et aux andrologues de savoir entendre la souffrance au-delà de la demande d'agir en AMP. Nous sommes en andrologie face à la souffrance psychique de patients qui ne consultent habituellement pas en psychiatrie. Ils doivent avoir la possibilité d'exprimer dans les services d'andrologie tous les sentiments inhérents à leur drame personnel et conjugal et ce dans le cadre d'une prise en charge spécialisée.

REFERENCES

- AKKERMAN K., CARR V., LEWIN T. : Changes in ego defenses with recovery from depression. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1992, 180 : 634-638.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV). Washington, 1994. Traduction française : GUELFY J.D. et al. Paris, Masson, 1996.
- ANDREWS G., POLLOCK C., STEWART G. : The determination of defense style by questionnaire. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1989, 46 : 455-460.
- ANDREWS G., SINGH M., BOND M. : The defense style questionnaire. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1993, 181 : 246-256.
- AUBERT B. : Les mécanismes de défense évalués par le DSQ dans une population de toxicomanes, spécificité et évolution. Thèse pour le doctorat d'Etat en Médecine, Médecine Spécialisée Clinique, 1997, Bordeaux, N°3066.
- AUBERT B., FRANQUES P., AURIACOMBE M. et al. : Les mécanismes de défense inconscients. Evaluation par le questionnaire de Bond : données chez les toxicomanes. *Le Courrier des Addictions*, 1999, 1 : 97-99.
- BELLONE M. : Modalités défensives utilisées dans une population d'hommes consultant pour stérilité : évaluation par le DSQ, étude des troubles psychiatriques et sexuels. Mémoire pour le D.E.S. de psychiatrie Inter-Région Nord-Ouest, 2001, Lille, N° 331157-1157.
- BERGERET J. : Problème des défenses. In : *Psychologie Pathologique*. Paris, Masson, 6^e édition, 1972/1995 : 90-112.
- BIRMES P., HAZANE F., SCHMITT L. et al. : Mécanismes de défense et prédiction des états de stress post-traumatiques. *Encéphale*, 1999, 25 : 443-449.
- BIRMES P., WARNER B.A., CALLAHAN S. et al. : Defense styles and post-traumatic stress symptoms. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2000, 188 : 306-308.
- BIRMES P., LESGOURGUES L., SCHMITT L. : Vulnérabilité au stress traumatique et styles de défense. *Ann. Psychiatr.*, 2001, 16 : 88-93.
- BOND M., GARDNER S.T., CHRISTIAN J. et al. : Empirical study of self-rated defense styles. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40 : 333-338.
- BOND M. : Manual for the Defense Style Questionnaire. Department of psychiatry, Sir Mortimer B. Davis, Jewish General Hospital, Montreal, Quebec, Canada, 1991.
- BOND M., PARIS J., ZWEIG F.H. : Defense styles and borderline personality disorder. *J. Pers. Disord.*, 1994, 8 : 28-31.
- BONSACK C., DESPLAND J.N., SPAGNOLI J. : The french version of the Defense Style Questionnaire. *Psychother. Psychosom.*, 1998, 67 : 24-30.
- BRIGUET-LAMARRE M. : Aspects psychologiques de la stérilité masculine irréversible, de ses incidences chez la femme et de la demande de procréation du couple par insémination artificielle. *Rev. Franç. Gynéc.*, 1980, 75 : 553-556.
- BRKOVICH A.M., FISHER W.A. : Psychological distress and infertility : forty years of research. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 1998, 19 : 218-228.
- BYDLOWSKI M., DAYAN-LINTZER M., CAHEN F. et al. : L'Approche psycho-médicale de l'infertilité. *J. Gyn. Obstet. Biol. Reprod.*, 1983, 12 : 269-276.
- CHABROL H., BRANDIBAS G. : Le Questionnaire de style de défense à 40 items : résultats décevants d'une première étude de validation française. *Encéphale*, 2000, 26 : 78-79.
- CHAMPS F. : Troubles psychologiques et sexuels secondaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité. Thèse pour le Doctorat d'Etat en Médecine, Médecine Spécialisée Clinique, Rennes, 1997, N° 128.
- CONSOLI S.M. : La psychiatrie à l'hôpital général. *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-958-A-10, 1998 : 11.

22. CZYBA J.C. : L'infertilité masculine, aspects psychologiques. Soins Gyn. Obstet. Puer. Ped., 1991, 118 : 27-29.
23. CZYBA J.C. : Approche psychologique de l'homme infécond et stérile. Rev. Prat., 1993, 43 : 979-980.
24. EPELBOIN S. : Nouvelles procréations, nouvelles sexualités ? Gynécol. Psychosom., 1991, 1 : 29-34.
25. FREUD A. : Le Moi et les Mécanismes de défense. Paris, PUF, 1936/1993.
26. FREUD S. : L'humour. In : L'inquiétante étrangeté et autres essais. Paris, Gallimard, 1927/1985 : 321-328.
27. GUELFY J.D., HATEM N., DAMY C. et al : Intérêt du Defense Style Questionnaire (DSQ), questionnaire sur les mécanismes de défense. Ann. Méd. Psychol., 2000, 158 : 594-601.
28. GRANIER C. : La coopération entre le gynécologue et le psychiatre face à la demande d'assistance médicale à la procréation. Thèse pour le Doctorat d'État en Médecine, Médecine Spécialisée Clinique, Lille, 1997, N° 31.
29. HARRISON R.F., O'MOORE R.R., O'MOORE A.M. : Stress and fertility, some modalities of investigations and treatment in couples with unexplained infertility. Int. J. Fertil., 1986, 31 : 153-159.
30. HATEM N. : Questionnaire des Styles de Défense (DSQ-40), tentatives de suicide et dépression. Mémoire de D.E.A de Psychopathologie et Neurobiologie du Développement et des Comportements, Paris VI, Pitié-Salpêtrière, 1999 : 54.
31. IHILEVICH D., GLESEK G.C. : Defenses in psychotherapy : the Clinical Application of the Defense Mechanisms Inventory. Odessa, Psychological Assessment Resources, 1991.
32. IONESCU S. : Des mécanismes de défense en psychologie de la santé. Prat. Psychol., 1999, 4 : 45-52.
33. IONESCU S., JACQUET M.M., LHOTE C. : Les mécanismes de défense : Théories et clinique. Paris, Nathan Université, 1997.
34. JOHNSON N. : Test-retest Reliability of the Defense Mechanism Profile. Nova University, Fort Lauderdale, 1982.
35. KAPLAN H.I., SADOCK B.J. : Synopsis de psychiatrie. Sciences du comportement, Psychiatrie clinique. 8^{ème} édition traduite et coordonnée par LOUVILLE P. Paris, Masson-Williams et Wilkins France, 1998.
36. LACHCAR P. : L'homme infertile : un homme en souffrance. Contr. Fert. Sexual., 1992, 20 : 735-736.
37. LECRUBIER Y., SHEEHAN D.V., WEILLER E. et al. : The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. Eur. Psy., 1997, 12 : 224-231.
38. MANUEL C., CZYBA J.C. : Aspects psychologiques de l'insémination artificielle. Paris, Masson, Collection Biologie et Psychologie. 1983.
39. MARDON-LEROLLE F. : Incidence de l'infertilité et des techniques d'assistance médicale à la procréation sur la sexualité des couples. Thèse pour le Doctorat d'État en Médecine, Médecine Spécialisée Clinique, Nantes, 2000, N° 153M.
40. MIMOUN S. : Les multiples interactions entre l'infertilité et la sexualité. Contr. Fert. Sexual., 1993, 21 : 251-254.
41. PARIS J., ZWEIG-FRANCK H., BOND M. et al : Defense styles, hostility, and psychological risk factors in male patients with personality disorders. J. Nerv. Ment. Dis., 1996, 184 : 153-158.
42. PERRET Z. : Stérilité et AMP du côté des hommes. Reprod. Hum. Horm., 2000, 13 : 185-187.
43. PLUTCHIK R., CONTE H.R. : Ego Defenses. Theory and Measurement. New York, John Wiley and Sons, 1995.
44. POLLOCK C., ANDREWS G. : Defense style associated with specific anxiety disorders. Am. J. Psychiatry, 1989, 146 : 1500-1502.
45. REVIDI P. : Réactions psychologiques aux affections somatiques graves. Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 37-675-A-20, 1994 : 10.
46. ROELANDT J.L., CARIA A., MONDIÈRE G. et al. : La Santé Mentale en Population Générale : Image et Réalité. Rapport Définitif de la première phase d'enquête 1998-2000. [En ligne] : www.exclusion.net (Page consultée le 20 janvier 2002).
47. RUSZNIEWSKI M. : Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants. Paris, Dunod, 1995.
48. SAUTERAUD A. : Souci normal et pathologique. Ses liens avec le trouble anxieux généralisé. Confr. Psychiatr., 1995, 36 : 15-26.
49. SCHMIDT U., SLONE G., TILLER J. et al. : Childhood adversity and adult defense style in eating disorder patients : a controlled study. Br. J. Med. Psychol., 1993, 66 : 353-362.
50. SENON J.L., LAFAY N., RICHARD D. : Mécanismes d'ajustement au stress. Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 37-400-C-20, 1998 : 8.
51. SERVANT D., PARQUET P.J. : Stress, anxiété et pathologies médicales. Paris, Masson, Médecine et Psychothérapie, 1995 : 170.
52. SMITH C., THIENEMANN M., STEINER H. : Defense style and adaptation in adolescents with depressions and eating disorders. Acta Paedopsychiatr., 1991, 55 : 185-186.
53. SPINHOVEN P., VANGAALLEN H., ABRAHAM R. : The defense style questionnaire : a psychometric examination. J. Pers. Disord., 1995, 9 : 124-133.
54. SPINHOVEN P., KOOIMAN C.G. : Defense style in depressed and anxious outpatients : an explorative study. J. Nerv. Ment. Dis., 1997, 185 : 87-94.
55. SULLIVAN P., BULICK C., HALL S. et al. : Defense style in women with eating disorders. J. Eat. Disord., 1994, 16 : 251-256.
56. VAILLANT G.E. : Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms : a 30-years follow-up of 30 men selected for psychological health. Arch. Gen. Psychiatry, 1971, 24 : 107-118.
57. VAILLANT G.E., BOND M., VAILLANT C.O. : An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. Arch. Gen. Psychiatry, 1986, 43 : 786-794.
58. VAILLANT G.E. : Ego mechanisms of defense : a guide for clinicians and researchers. Washington, American Psychiatric Press, 1992.

ABSTRACT

Study of psychiatric disorders and psychological defense mechanisms in a population of sterile males consulting in Andrology

Michel BELLONE, Jean-Marc RIGOT,
Olivier COTTENCIN, Michel GOUEMAND

The Defense Style Questionnaire is a psychometric scale used in routine practice to measure defense styles. We conducted this study to examine the psychiatric state of a population of sterile males consulting in andrology; to assess the defense style by means of the DSQ-88 described by Bond et al; to investigate a possible difference between the defensive process according to the clinical situation of azoospermic males or oligozoospermic males and finally, to demonstrate a correlation between the psychiatric disorders developed in this population of sterile males and the defensive process used.

Results: 26.2% of this population presented psychiatric disorders according to DSM-IV with a significant over-representation of generalized anxiety disorder and somatization disorder. The comparison between azoospermic males and oligozoospermic males demonstrate the absence of significant difference in terms of psychiatric morbidity rate and use of defense styles. This population used similar defense modalities to the general population and preferentially used defense mechanisms corresponding to the mature defense style, such as humor, repression and anticipation. Psychiatric illness was significantly correlated with preferential use of withdrawal, consumption, reaction formation and lack of humor. This study also confirmed that subjects who essentially using neurotic defense styles were more likely to develop psychiatric disorders.

Conclusion: No difference in psychological effects was observed according to the degree of sterility. On the other hand, the presence of an over-representation of psychiatric disorders in sterile males compared to a control group indicates that Consultation-Liaison psychiatrists and andrologists must try to understand the patient's suffering beyond the need for artificial insemination. Patients should therefore be given an opportunity to express all of the feelings related to their personal and marital drama in the department in which they are treated, as part of specialized management. Our study confirms the difficulty of determining whether certain defense mechanisms constitute risk factors for psychiatric

disorders or whether defense mechanisms are an epiphenomenon of a particular psychiatric disorder, which is why many authors using DSQ agree that additional prospective studies are necessary to investigate correlations between defense mechanisms and specific psychiatric disorders. It would be useful to investigate defensive modalities before the diagnosis of infertility and after birth of a child in a larger population. A better understanding of the defensive modalities used by this type of population, in a psychotherapeutic context, could help to prevent or at least predict the appearance of psychiatric disorders.

Keys-words : defense styles, psychiatric disorders, sterility, men, andrology, Defense Style Questionnaire, consultation-liaison psychiatry

Manuscrit reçu : avril 2003 ; accepté août 2003.