

## Article

---

« Le profil psychosocial de couples consultant à une clinique de fertilité »

John Wright, Anne Lecours, Claude Duchesne et Stéphane Sabourin  
*Santé mentale au Québec*, vol. 15, n° 2, 1990, p. 89-106.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/031564ar>

DOI: 10.7202/031564ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [erudit@umontreal.ca](mailto:erudit@umontreal.ca)

---

# Le profil psychosocial de couples consultant à une clinique de fertilité

John Wright\*  
Anne Lecours\*  
Claude Duchesne\*  
Stéphane Sabourin\*

---

L'objectif de la présente étude est de tracer le profil psychosocial de couples consultant à une clinique de fertilité. Plus spécifiquement, il s'agit (a) de comparer le statut psychosocial de sujets consultant à une clinique de fertilité à celui de sujets normaux ou d'individus souffrant de problèmes psychologiques, (b) de déterminer s'il existe des différences de profil entre les hommes et les femmes consultant pour un problème de fertilité, et (c) d'évaluer s'il est possible de prédire la nature du profil psychosocial des sujets à partir de diverses caractéristiques sociodémographiques et médicales. L'échantillon se compose de 30 couples qui consultent un spécialiste de la clinique de fertilité d'un hôpital de la région de Montréal. L'analyse des résultats démontre que le profil psychosocial des sujets consultant à une clinique de fertilité se situe à mi-chemin entre celui de sujets normaux et celui d'individus souffrant de problèmes psychologiques. Le statut psychologique des hommes et des femmes consultant à une clinique de fertilité diffère sur trois variables: dépression, estime de soi et stress. Enfin, les analyses de régression multiple ont permis d'identifier plusieurs caractéristiques médicales reliées à l'ampleur des difficultés psychosociales rapportées par les sujets infertiles. Le profil psychosocial de couples consultant à une clinique de fertilité

L'infertilité se définit comme l'incapacité chez un couple à concevoir un enfant après un an de relations sexuelles régulières sans contraception (Gagnon, 1983). En Amérique du Nord, la proportion de couples infertiles varie entre 12 et 20%, et le taux de consultation pour des

---

\* Cette étude a été réalisée grâce à des subventions accordées à John Wright, Claude Duchesne, Stéphane Sabourin et Andrée Chatel par le Conseil québécois de la recherche sociale, le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Programme national de développement de la recherche en santé d'Ottawa.

Cet article a été écrit alors que la deuxième auteure bénéficiait d'une bourse d'études doctorales du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et que le quatrième auteur était titulaire de la bourse du Canada octroyée par le même organisme.

Les auteurs tiennent à remercier Louis-Georges Castonguay, Danielle Lefebvre, Yvan Lussier et France Martin pour leurs précieux commentaires lors de la rédaction du manuscrit ainsi que Chantal Richer pour sa collaboration lors de l'expérimentation.

Les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à John Wright, Département de Psychologie, Université de Montréal, C. P. 6128, Succursale A, Montréal, Canada, H3C 3J7.

problèmes de fertilité augmente rapidement (Rochon, 1986). Les membres de la communauté médicale ont réagi très rapidement au nombre croissant de demandes des couples infertiles en multipliant les recherches fondamentales sur le sujet (Moghissi et Wallach, 1983), et en développant différents traitements visant à permettre à ces individus de vivre une grossesse normale (Jean, 1986).

Parallèlement à ces développements médicaux, les chercheurs (Soules, 1985), les cliniciens (Berger, 1980) et la population en général (Dunnigan et Barnard, 1986; Menning, 1980) s'interrogent sur la nature et l'ampleur des séquelles psychosociales associées à l'application de techniques médicales de plus en plus intrusives pour traiter l'infertilité. En effet, plusieurs auteurs soutiennent que l'infertilité est associée à divers problèmes psychologiques tels l'anxiété (Urry, 1977), la dépression (McGrade et Tolor, 1981), la chute de l'estime de soi (Bell, 1981), la détresse conjugale (Shapiro, 1982), et les dysfonctions sexuelles (Ouellet, 1986).

Cependant, un examen nuancé des diverses études empiriques sur le sujet (Wright et al., 1989) révèle que la majorité des recherches entreprises jusqu'à ce jour recèle des failles méthodologiques majeures qui limitent sérieusement le degré de généralisabilité des résultats. Premièrement, de façon générale, les chercheurs ne rapportent pas le moment précis où l'évaluation psychosociale a été menée, ou ils combinent les résultats de sujets récemment admis à la clinique à ceux d'individus qui y sont traités depuis plusieurs années. Or, il s'agit là de deux catégories différentes de sujets. Le degré de détresse psychosociale des patients traités depuis plusieurs années est affecté par diverses variables telles la connaissance du diagnostic, la nature et le nombre de traitements reçus, les résultats du traitement et la qualité des relations entretenues avec les membres de l'équipe médicale. Ces facteurs n'influencent pas les réactions des sujets en début d'évaluation, qui eux ressentent cependant les effets négatifs de l'incertitude du diagnostic.

Deuxièmement, dans près de la moitié des études, l'échantillon se compose exclusivement d'un des deux conjoints, la plupart du temps, la femme. Cette pratique méthodologique élimine la possibilité de comparer les répercussions psychosociales rapportées par les hommes et les femmes d'un même couple. Cette lacune est d'autant plus sérieuse qu'une étude récente démontre que les femmes qui se présentent aux cliniques de fertilité sans leur conjoint vivent un niveau de détresse psychologique plus élevé que celles qui sont accompagnées de leur partenaire (Link et Darling, 1986). Il semble donc que la présence du conjoint constitue une forme de support social qui immunise, tout au moins partiellement, les sujets infertiles contre les effets perturbateurs du stress associé aux consultations pour des problèmes de fertilité.

La troisième lacune méthodologique qui caractérise plus de la moitié des études sur l'infertilité constitue l'utilisation de questionnaires-maison et d'entrevues non structurées. Le recours à des questionnaires-maison ou à des entrevues non structurées, plutôt qu'à des instruments de mesure standardisés dont les qualités psychométriques sont bien établies, empêche l'établissement de comparaisons inter-études et ralentit le processus de cumulation des connaissances dans le domaine. Finalement, bien qu'il ne s'agisse pas d'une faille méthodologique, il faut cependant souligner que l'ensemble des études porte sur des sujets américains ou canadiens-anglais. Cette caractéristique limite les conclusions qui peuvent être appliquées aux sujets de langue française.

Tel qu'indiqué dans une recension des écrits plus complète (Wright et al., 1989), trois hypothèses peuvent être formulées pour rendre compte du rapport de causalité unissant l'infertilité et la détresse psychosociale: 1) les troubles psychosociaux entraînent l'infertilité; 2) l'infertilité et son traitement par les nouvelles technologies de la reproduction déclenchent l'apparition des troubles psychosociaux et 3) il y a un lien pluridirectionnel entre la détresse psychosociale, l'infertilité et les répercussions des traitements médicaux entrepris. Nous croyons que ces trois hypothèses sont valables et qu'elles pourraient chacune jouir d'un appui empirique partiel en fonction des caractéristiques précises du cas à l'étude et du moment d'évaluation. L'étude comparative de la validité des trois hypothèses nécessitera cependant le recours à un plan de recherche longitudinal. Avant d'entreprendre ce type d'étude, il convient toutefois d'établir si les sujets québécois de langue française qui consultent à une clinique de fertilité rapportent la présence d'un grand nombre de problèmes d'ordre psychosocial.

Les écrits cliniques traitant de l'infertilité montre que celle-ci est associée à une configuration précise de répercussions psychologiques négatives: 1) une chute de l'estime de soi (Bell, 1981; Seward et al., 1965) provoquée, d'une part, par la transgression d'une norme sociale répandue «tout homme/femme normal(e) devrait concevoir au moins un enfant dans sa vie» et, d'autre part, par le caractère parfois humiliant que revêtent, dans l'esprit du patient, les procédures médicales liées au diagnostic et au traitement du problème (Menning, 1980); 2) l'apparition de troubles dépressifs caractérisés par une baisse d'énergie, un manque de satisfaction personnelle et une idéation négative; troubles déclenchés par les difficultés professionnelles et financières engendrées par le traitement, l'absence de gratification du désir d'enfant (Lalos et al., 1986; McGrade et Tolor, 1981) et l'inefficacité du traitement (Lalos et al., 1986); 3) l'accroissement du stress et de l'anxiété (O'Moore et al., 1983; Platt et al., 1973) relié à des craintes que les traitements n'aient pas les effets escomptés ou qu'ils seront dangereux pour le

patient et/ou le fœtus (Klein, 1989); 4) une augmentation des sentiments d'hostilité envers soi, dans le cas où le patient a contracté une MTS qui contribue à l'infertilité, contre un conjoint qui ne participe pas aux traitements et/ou contre des médecins qui manquent de tact et qui n'arrivent pas à identifier la cause ou le remède au problème (Menning, 1980); 5) une insatisfaction accrue vis-à-vis le soutien social reçu du partenaire, des membres de la famille, des amis ou des membres de l'équipe médicale (Klein, 1989; Lalos et al., 1986); 6) une forte tendance à minimiser ou à nier l'importance du problème et les séquelles émotives associées (Chatel, 1988; O'Moore et al, 1983); 7) une augmentation des problèmes de communication (Shapiro, 1982) et une diminution de l'attrait exercé par le partenaire, surtout chez les couples qui sont encore infertiles après 2 ans de traitement (Lalos et al., 1986); 8) enfin, un accroissement des problèmes sexuels (perte de la libido, baisse de la satisfaction, perte d'érection, éjaculation retardée et anorgasmie) liés à la nécessité des rapports sexuels programmés sur demande (lors de l'ovulation) et des tests post-coïtaux (Keye, 1984; Lalos et al., 1986; Ouellet, 1982).

L'objectif de la présente étude est de tracer le profil psychosocial de couples québécois de langue française consultant à une clinique de fertilité. Plus spécifiquement, il s'agit (a) de comparer le statut psychosocial de sujets consultant à clinique de fertilité à celui de sujets normaux ou d'individus souffrant de problèmes psychologiques, (b) de déterminer s'il existe des différences de profil entre les hommes et les femmes consultant pour un problème de fertilité, et (c) d'évaluer s'il est possible de prédire la nature du profil psychosocial des sujets à partir de diverses caractéristiques sociodémographiques et médicales.

## Méthodologie

### Sujets

L'échantillon se compose de 30 couples qui consultent pour la première fois les gynécologues de la clinique de fertilité de l'hôpital Saint-Luc de Montréal. Ce premier contact vise l'établissement d'un diagnostic et/ou l'application d'un traitement pour régler le problème de fertilité. Les caractéristiques sociodémographiques des sujets sont présentées au tableau 1.

L'examen du tableau 1 révèle que tous les sujets essaient depuis au moins un an, sans succès, de concevoir un enfant de façon naturelle ( $M = 2$  ans,  $E.T. = .5$  ans). L'âge moyen des hommes est de 33 ans, celui

Tableau 1

Description des Sujets		Hommes	Femmes
<b>Caractéristiques des individus</b>			
Occupation	Professionnel(le)s	8	4
	Non-professionnel(le)s	20	23
	sans emploi	1	2
	étudiant(e)s	1	1
Investigations antérieures	oui	21	16
	non	9	14
<b>Caractéristiques des couples</b>			<b>Couples</b>
Durée de l'infertilité	1 an		4
	1 à 5 ans		23
	plus de 5 ans		3
Traitements antérieurs	oui		8
	non		22
Type d'infertilité	masculine		8
	des deux conjoints		1
	inexpliquée		1
	diagnostique non posé		9

des femmes se situe à 28.9 ans. Le statut socioéconomique des sujets fluctue avec cependant une majorité de sujets qui ne sont pas des professionnels. Plus de la moitié des sujets de l'échantillon a déjà subi des investigations ailleurs auparavant, et huit femmes ont déjà bénéficié de traitements dans un autre centre médical, sans succès. Dans plus du tiers des cas, le problème d'infertilité se situe chez la femme alors que chez 25% des couples, le sujet infertile est masculin. Enfin, pour plus du quart des sujets le diagnostic n'a pas encore été posé. Des 30 couples, six constituent des cas d'infertilité secondaire (c'est-à-dire, une grossesse est déjà survenue dans l'histoire du couple ou d'un des conjoints) et 24 sont des cas d'infertilité primaire.

L'objectif de la recherche est présenté aux nouveaux patients de la clinique par le médecin responsable du cas. Les sujets intéressés à participer à la recherche rencontrent l'une des deux psychologues qui administre la batterie de questionnaires après avoir obtenu le consentement écrit de chaque participant. Les médecins ont sollicité la participation de 35 couples et 30 couples ont accepté de répondre aux questionnaires; le taux de réponse s'établit donc à 86%, ce qui est élevé compte tenu des taux généralement obtenus dans des recherches similaires (Wright et al., 1989).

## Instruments de mesure

Chaque sujet complète huit questionnaires. Le choix des instruments de mesure se fonde sur cinq critères distincts a) pertinence de la dimension en fonction de la recension des écrits; b) validité discriminante de l'instrument (cf. Wright et al., 1989); c) disponibilité d'une version standardisée de l'instrument en langue française; d) présence de données normatives ou comparatives sur des échantillons de sujets normaux ou de cas cliniques québécois de langue française; e) un temps d'administration inférieur à 80 minutes pour l'ensemble des instruments.

Le questionnaire d'informations générales sur le problème de fertilité (Chatel, 1987) vise à recueillir des renseignements sur la durée de l'infertilité et sur la présence d'investigations et d'interventions médicales antérieures.

Ensuite, sept questionnaires standardisés sont administrés. La version française de chacun des instruments possède des caractéristiques psychométriques acceptables (cohérence interne, stabilité temporelle, structure factorielle, validité discriminante). Toutefois, ces données ne sont pas rapportées ici afin de ne pas alourdir la présentation. Afin de préciser le degré de détresse psychosociale des sujets infertiles, les moyennes et les écarts-types de sujets normaux et de cas cliniques pour chaque questionnaire sont présentés dans le tableau 2.

*L'Index de Symptômes Psychiatriques* (Ilfield, 1976) est une version abrégée et adaptée du Hopkins Symptom Checklist (Derogatis et al., 1974). Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation qui comprend 29 items. Il vise à repérer les troubles psychologiques qui gravitent autour de quatre facteurs: la dépression, l'anxiété, l'hostilité et les problèmes cognitifs. Le score global varie de 0 à 87; plus un score est élevé plus le degré de détresse psychologique du sujet est élevé. La version française de l'inventaire de symptômes psychiatriques (Tousignant et Kovess, 1985) a été standardisée sur un échantillon représentatif de 17,212 hommes et femmes québécois, dans le cadre de l'enquête Santé Québec (Kovess et al., 1985). Comme le fichier de données est accessible à tout chercheur<sup>1</sup>, nous avons calculé, pour les hommes et pour les femmes, la moyenne et l'écart-type pour le score total et pour les scores aux quatre sous-échelles (Wright et al., 1989). Les données des cas cliniques proviennent d'une étude sur des clients du Service de psychologie de l'Université de Montréal (Martin et al., 1989).

*L'Échelle d'Estime de Soi* (Rosenberg, 1965) consiste en dix énoncés qui évaluent l'attitude globale du sujet vis-à-vis sa propre valeur personnelle. Le score global oscille entre 10 et 40; plus le score du sujet est élevé, plus son degré d'estime de soi est faible. Cette échelle a été

traduite en langue française par Labrecque et al. (1987). L'échantillon de sujets normaux provient d'une recherche menée par Vallières et Vallerand (1989) auprès de plus de 308 étudiants tandis que les résultats pour les cas cliniques sont tirés d'une étude conduite auprès de 149 clients du Service de Psychologie du département de psychologie de l'Université de Montréal (Sabourin et Gendreau, 1986).

*La Mesure de Stress Psychologique* développée par Lemyre et Tessier (1988) évalue l'intensité subjective du sentiment de stress. Ce questionnaire d'auto-évaluation est composé de 53 items; il existe aussi deux formes courtes (A et B) comprenant chacune 25 items. C'est la forme courte A qui a été employée dans la présente recherche. Le score global varie de 27 à 216; plus le sujet obtient un score élevé, plus il est stressé. À notre connaissance, aucune étude n'a été effectuée auprès de cas clinique à l'aide de cet instrument. Cependant Lemyre et Tessier (1989) rapportent des résultats pour un échantillon de 340 sujets normaux.

*L'Échelle d'Ajustement Dyadique* (Spanier, 1976) (EAD) est un questionnaire d'auto-évaluation composé de 32 items mesurant la détresse conjugale. Cet instrument, traduit par Baillargeon et al., (1986), permet d'évaluer quatre aspects du fonctionnement conjugal soit: la satisfaction, la cohésion, l'expression affective et le consensus. Le score global de l'Échelle d'Ajustement Dyadique peut varier de 0 à 151; plus le sujet obtient un score élevé, plus il est satisfait de sa relation conjugale. Les cotes moyennes de sujets normaux oscillent généralement autour de 107 tandis que les scores des cas cliniques atteignent en moyenne 86 (Sabourin et al., 1988).

*L'Échelle de Fonctionnement Sexuel* (Wright et Lecours, 1987) est la traduction de la sous-échelle «Sexual Adjustment» du Maudsley Marital Questionnaire (M.M.Q.) (Arrindell et al., 1983). Cette échelle est composée de cinq questions mesurant en huit points le degré de satisfaction des sujets sur le plan sexuel. Le score global oscille entre 0 et 40; plus le score est élevé, plus le sujet éprouve des difficultés sexuelles importantes. Il n'existe pas de données spécifiquement québécoises sur cet instrument de mesure. Cependant, Arrindell et al. (1983), dans une étude menée auprès de 228 sujets, suggèrent une moyenne de 16.83 (ET = 10.27) pour des sujets perturbés et de 5.49 (ET = 6.33) pour des sujets normaux.

*Le Questionnaire d'Évaluation du Support Social* (Sarason et al., 1987; traduit par De Man et al., 1986) est composé de six items constitués chacun de deux sous-items mesurant: a) le nombre d'individus sur lesquels le sujet peut compter lorsqu'il en a besoin, dans diverses situations précises («support»); et b) le degré de satisfaction du sujet vis-à-vis le support disponible dans chacune de ces situations («satisfaction»). L'échantillon de cas clinique est tiré d'une étude conduite



auprès de clients du Service de Psychologie du département de psychologie de l'Université de Montréal (Sabourin et Gendreau, 1986). L'échantillon de sujets normaux provient d'une recherche conduite par Sarason et al. (1987) auprès 105 universitaires américains.

*L'Inventaire Stabilisé de Désirabilité Sociale* mis au point par Paulhus (1984) comprend 40 items. Il constitue une version stabilisée de deux questionnaires élaborés par Gur et Sackeim (1978); le «Self Deception Questionnaire» (SDQ) et le «Other Deception Questionnaire» (ODQ). Le SDQ regroupe des énoncés qu'une majorité d'individus pourrait endosser mais qui sont tout de même perçus comme menaçants sur le plan psychologique. Ce questionnaire réfère donc à la propension qu'éprouve l'individu à se cacher certaines vérités. Quant à l'ODQ, il s'agit d'une liste de comportements désirables qui ne se produisent que très rarement. Il réfère aux tendances à présenter une image favorable de soi à autrui.

Cet inventaire a été traduit en langue française par Sabourin et al., (1989). L'échantillon de cas clinique provient d'une étude conduite auprès de 89 clients du Service de Psychologie du département de psychologie de l'Université de Montréal (Sabourin et al., 1989) tandis que l'échantillon de sujets normaux est tiré d'une étude menée auprès de 105 étudiants universitaires (Lussier et al., 1988).

## Résultats

### **Sujets infertiles, sujets normaux et sujets éprouvant des difficultés psychologiques: comparaison du profil psychosocial**

Les moyennes et les écarts types obtenus par les sujets infertiles, les sujets normaux et les sujets souffrant de difficultés psychologiques à chacun des instruments de mesure sont présentés au tableau 2. Les échantillons de sujets normaux et de sujets éprouvant des difficultés psychologiques proviennent des résultats d'autres recherches s'appuyant sur les mêmes questionnaires. De façon générale, la consultation de ce tableau fait clairement ressortir que le degré de détresse psychosociale des sujets consultant à une clinique de fertilité se situe à mi-chemin entre celui de sujets normaux et celui d'individus souffrant de problèmes psychologiques. Cette conclusion générale tient pour la majorité des instruments de mesure, à l'exception du questionnaire d'évaluation du stress pour lequel il n'existe pas de normes cliniques.

Tableau 2

Comparaison entre des sujets infertiles, des sujets perturbés et des sujets normaux: moyennes, écarts-types et Tests-T

Variables dépendantes:	Sujets infertiles			Sujets perturbés	Sujets normaux		Infertiles VS Perturbés		Infertiles VS Normaux		
	Hommes X (ET)	Femmes X (ET)	TOTAL X (ET)	X (ET)	N	X (ET)	N	T (D L)	P	T (D L)	P
Symptômes psychiatriques (cote globale)	14.83 (11.75)	20.61 (12.64)	17.72 (12.45)	43.37 (18.18)	149	14.27 (12.51)	17212	11.71 (207)	p < .001	2.14 (17270)	p < .05
Symptômes psychiatriques (dépression)	13.22 (12.79)	20.69 (13.52)	16.49 (13.57)	47.36 (21.13)	149	14.98 (14.57)	17212	12.48 (206)	p < .001	0.85 (17269)	n.s.
Symptômes psychiatriques (anxiété)	14.24 (16.79)	18.60 (21.85)	16.38 (19.40)	38.41 (19.99)	149	12.93 (12.71)	17212	7.32 (206)	p < .001	1.36 (17269)	n.s.
Symptômes psychiatriques (hostilité)	22.78 (15.92)	29.44 (18.14)	26.11 (17.25)	45.58 (24.00)	149	16.58 (17.00)	17212	6.55 (207)	p < .001	4.27 (17270)	p < .001
Symptômes psychiatriques (cognition)	12.50 (12.14)	18.06 (14.69)	15.28 (13.65)	44.93 (24.20)	149	13.55 (15.50)	17212	11.18 (207)	p < .001	0.98 (17270)	n.s.
Estime de soi	14.20 (3.51)	16.33 (4.53)	15.27 (4.16)	22.65 (3.01)	149	17.22 (5.69)	308	12.49 (207)	p < .001	3.11 (366)	p < .01
Stress	59.27 (19.92)	74.90 (21.99)	66.95 (22.38)	n/d	n/d	74.30 (28.40)	340			2.24 (397)	p < .05
Relations conjugales	120.48 (16.14)	120.57 (13.65)	120.53 (14.80)	85.80 (12.80)	134	107.50 (9.20)	66	15.63 (191)	p < .001	5.83 (123)	p < .001
Relations sexuelles	6.60 (7.20)	6.10 (5.65)	6.35 (6.56)	16.83 (10.27)	100	5.49 (6.38)	128	7.87 (158)	p < .001	0.85 (186)	n.s.
Support social (nombre)	2.71 (1.74)	2.91 (1.26)	2.81 (1.51)	2.46 (1.60)	85	4.25 (1.98)	118	1.25 (130)	n.s.	5.04 (163)	p < .001
Support social (satisfaction)	5.47 (0.45)	5.43 (0.56)	5.45 (0.50)	4.36 (1.30)	85	5.38 (1.02)	118	6.87 (130)	p < .001	0.59 (163)	n.s.
Désirabilité sociale											
O.D.Q.	99.17 (11.13)	102.63 (12.97)	100.90 (12.11)	103.00 (13.40)	87	84.07 (14.32)	129	0.99 (145)	n.s.	8.38 (187)	p < .001
S.D.Q.	101.67	98.43	99.80	94.50	87	80.52	129	2.37	p < .05	8.82	p < .001

## Comparaison du profil psychosocial des hommes et des femmes

Afin de déterminer s'il existe des différences de profil entre les hommes et les femmes consultant pour un problème de fertilité, nous avons effectué une série de tests-t pour échantillons reliés pour les différentes variables à l'étude. L'examen des résultats met en relief la présence de différences sexuelles dans trois cas. Ainsi, les femmes éprouvent davantage de dépression ( $t(57) = 2.18, p < .05$ ) et de stress ( $t(57) = 2.83, p < .01$ ) que les hommes. De plus, elles ont un degré d'estime de soi plus faible ( $t(58) = 2.04, p < .05$ ) que ces derniers.

## Les facteurs prévisionnels du profil psychosocial

Afin d'évaluer s'il est possible de prédire la nature du profil psychosocial des sujets à partir de diverses caractéristiques sociodémographiques et médicales, nous avons procédé à des analyses de régression multiple<sup>2</sup>. Dans ces 12 analyses, les variables dépendantes sont: (a) le degré de détresse psychologique des sujets tel que déterminé à l'aide de l'ISP; (b) le degré de dépression, d'hostilité, d'anxiété, de troubles cognitifs éprouvé par les individus et estimé au moyen de l'ISP (les résultats aux sous-échelles de l'ISP ont donné lieu à la réalisation de quatre analyses de régression multiple distinctes); (c) le sentiment de valeur personnelle des sujets évalué à l'aide de l'Échelle d'Estime de Soi; (d) le niveau de stress rapporté par les conjoints sur la Mesure de Stress Psychologique; (e) la qualité de la relation conjugale calculé à l'aide de l'Échelle d'Ajustement Dyadique; (f) le sentiment de satisfaction sexuelle tel que déterminé par l'Échelle de Fonctionnement Sexuel; (g) le degré de satisfaction ressenti vis-à-vis la quantité et la qualité du support social reçu tel qu'évalué à l'aide de l'Inventaire de Support Social; et, (h) la tendance à se cacher certaines vérités et la propension du sujet à se présenter sous un jour favorable tel qu'estimé à partir de l'Inventaire Stabilisé de Désirabilité sociale (les résultats aux données des deux sous-échelles ont conduit à la réalisation de deux analyses de régression multiple). Afin de prédire le statut psychosocial des sujets, nous avons eu recours aux sept variables suivantes: (a) âge; (b) sexe; (c) durée de l'infertilité; (d) présence d'investigations antérieures; (e) application de traitements pour l'infertilité dans le passé; (f) source de l'infertilité dans le couple (soit l'homme, la femme, les deux conjoints, ou infertilité inexplicquée); et, (g) clarté du diagnostic médical.

Les résultats des analyses de régression multiple sont présentés au tableau 3.

Tableau 3

Analyse de régression multiple démontrant l'influence de diverses variables indépendantes sur les facteurs psychologiques liés à l'infertilité

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	B	r semi-partiel	t	P
v.d.: symptômes psychiatriques						
v.l.: investigations	.09	.07	.30	.29	2.36	.02
v.d.: conditions						
v.l.: investigations	.08	.06	.28	.28	2.21	.03
v.d.: conditions (satisfaction)						
v.l.: investigations	.14	.12	.37	.37	2.71	.009
v.d.: dépression						
v.l.: sexe	.08	.06	.28	.28	2.18	.03
v.d.: estime de soi						
v.l.: diagnostic	.12	.10	.34	.34	2.80	.006
v.l.: sexe <sup>1</sup>	.19	.16	.26	.26	2.89	.005
v.d.: stress						
v.l.: sexe	.12	.10	.35	.35	2.83	.006
v.d.: relations conjugales						
v.l.: diagnostic	.13	.11	.36	.36	2.90	.005
v.d.: désirabilité sociale						
v.l.: diagnostic	.18	.17	.43	.43	3.62	.0006
v.d.: anxiété						
v.l.: source	.07	.06	.27	.27	2.14	.03
v.d.: sexualité						
v.l.: traitements	.25	.23	.50	.50	4.34	.0001

1. Les indices de régression présentés réfèrent à l'influence des deux variables indépendantes cumulées. Seuls les résultats significatifs sont présentés dans ce tableau.

La consultation du tableau 3 fait ressortir la présence de résultats significatifs dans 10 des 12 cas. En premier lieu, ces résultats démontrent que la présence d'investigations antérieures du problème d'infertilité est associée à une hausse de la symptomatologie psychiatrique, à une augmentation de l'intensité des troubles cognitifs et à un accroissement du degré de satisfaction vis-à-vis la quantité et la qualité de support social reçu. En second lieu, les sujets infertiles féminins rapportent davantage de symptômes de dépression, ressentent davantage de stress et éprouvent un sentiment de valeur personnelle moins grand que les sujets masculins. En troisième lieu, l'absence de diagnostic clair conduit

les sujets à rapporter un degré d'estime de soi faible, à recourir à l'auto-duperie et à la présentation favorable de soi pour s'adapter à la réalité et, un peu curieusement, à une meilleure entente sur le plan conjugal. En quatrième lieu, lorsque la source de l'infertilité n'est pas identifiée, les sujets manifestent un degré d'anxiété plus élevé que si la source est bien connue. En cinquième et dernier lieu, les sujets qui ont bénéficié dans le passé de traitements pour régler le problème de fertilité rapportent un degré d'insatisfaction sexuelle plus prononcé que les individus qui n'ont jamais été traités pour ce problème.

## Discussion

L'objectif de cette recherche était de tracer le profil psychosocial de couples consultant à une clinique de fertilité, d'évaluer la présence de différences sexuelles et d'identifier les facteurs sociodémographiques et médicaux associés à un degré élevé de détresse psychosociale. De façon générale, l'examen des résultats démontre d'abord que le degré de santé mentale des sujets infertiles se situe à mi-chemin entre celui des sujets normaux et celui d'individus éprouvant des difficultés d'ordre psychologique. Cette conclusion tient autant pour la symptomatologie psychiatrique globale que pour des indices plus spécifiques tels l'anxiété, la dépression, l'hostilité, les troubles cognitifs, l'estime de soi et le support social. De même, il apparaît que, comparativement aux sujets normaux, les sujets infertiles ont davantage recours à des mécanismes d'adaptation tel le déni ou la présentation favorable de soi pour tenter de réduire leur degré de détresse psychosociale. Il importe cependant de souligner que ces affirmations reposent sur l'analyse de moyennes de groupe de sujets et que l'application de techniques statistiques inférentielles ne permet pas de détecter la variabilité des résultats intra-groupe. Ainsi, l'examen des écart-types rapportés au tableau 2 pour les individus infertiles démontre qu'un certain nombre de sujets n'éprouve que très peu de difficultés d'ordre psychosocial. De même, un pourcentage similaire de sujets semble éprouver un degré de détresse psychologique intense qui les classerait parmi la catégorie des sujets consultant à une clinique externe de santé mentale. De plus, il faut souligner que les données de cette étude ont été colligées peu après la première entrevue d'évaluation médicale à la clinique. Tout porte à croire que la poursuite du traitement entraînera des fluctuations à la baisse du degré de santé mentale de certains sujets; fluctuations qui varieront sans doute selon l'efficacité du traitement.

Dans ce contexte, il convient d'affirmer que la consultation à une clinique de fertilité est un événement biographique potentiellement perturbateur dont les répercussions psychologiques ne sont pas négligeables. Sans rejoindre la catégorie des sujets qui éprouvent des diffi-

cultés psychologiques sévères, les sujets qui consultent à une clinique de fertilité constituent sans doute une clientèle à risque de développer des problèmes de santé mentale. L'identification des sujets à risque et le développement de programmes de prévention (par exemple, feuillets d'information, groupes de support) visant à réduire les conséquences négatives associés à l'application des nouvelles techniques de reproduction représente donc une priorité pour les professionnels de la santé mentale. Cette conclusion rejoint d'ailleurs celles de nombreux experts dans le domaine (Greenfeld et Haseltine, 1986; Lalos et al., 1986; Luske, 1985; McEwan et al., 1987; Wright et al., 1989). Évidemment, cette interprétation doit être tempérée à cause de la nature corrélative du plan d'expérience. En effet, l'état des recherches actuelles ne permet pas de déterminer exactement les facteurs responsables des difficultés relatives d'adaptation psychologique des sujets infertiles. Est-ce qu'en soi l'infertilité provoque des répercussions psychosociales tangibles? Est-ce que les séquelles de l'infertilité sont fonction du stress engendré par une consultation à une clinique de fertilité? Est-ce que le degré de stress éprouvé par les sujets varie en fonction du type, du nombre et de l'efficacité des traitements administrés? Seul le recours à un protocole de recherche longitudinal permettra de répondre à ces questions. Une telle étude est présentement en cours à la clinique de fertilité de l'Hôpital Saint-Luc.

Le second objectif de cette étude était de déterminer s'il existe des différences de profil entre les hommes et les femmes consultant pour un problème de fertilité. Cette analyse différentielle révèle que les femmes éprouvent plus de stress et de symptômes dépressifs que les hommes. De plus, le degré d'estime de soi des femmes est plus faible que celui des hommes. Il faut donc conclure, sur une base provisoire puisque la taille de l'échantillon n'est pas très élevée, que la consultation à une clinique de fertilité soulève davantage de difficultés psychosociales chez les femmes. Nous ne pensons pas, à l'inverse de certains auteurs (e.g., De Watteville, 1957; Mai et al., 1972) que ces résultats démontrent que les femmes infertiles souffrent davantage de névrose, de désordre de personnalité ou de troubles sexuels que les hommes. Dans notre société, la conception et l'éducation des enfants représente encore une des principales responsabilités de la femme. Il va donc sans dire qu'un échec entraîne davantage de répercussions négatives pour la femme que pour l'homme et peut déclencher chez elle l'utilisation de stratégies d'attribution du blâme nocives. De plus, pour la femme, les procédures diagnostiques et thérapeutiques sont plus intrusives et douloureuses que pour l'homme et exigent aussi une présence plus soutenue. Dans ce contexte, il n'est guère surprenant de constater que les difficultés psychosociales vécues par les femmes sont plus intenses à certains égards que celles vécues par les hommes. Bien

entendu, les résultats de la présente étude devront faire l'objet d'études de duplication. Toutefois, ces indications préliminaires démontrent que la consultation pour un problème de fertilité représente une source de stress importante pour la femme. Les concepteurs d'intervention prophylactique devront tenir compte de cette réalité.

Le troisième objectif de cette recherche était d'évaluer s'il est possible de prédire la nature du profil psychosocial des sujets à partir de diverses caractéristiques sociodémographiques et médicales. L'examen des résultats révèle que l'absence de diagnostic médical clair, la présence d'ambiguïté quant au conjoint qui est la cause de l'infertilité, le nombre d'évaluations médicales précédentes pour un problème de fertilité et la présence de traitements antérieurs qui n'ont pas résolu la difficulté de conception sont tous reliés à un accroissement des difficultés d'adaptation psychosociale. L'identification de ces facteurs prévisionnels confirme l'influence de divers paramètres de l'histoire médicale du sujet sur la nature et l'ampleur des problèmes psychosociaux vécus. Cette avenue de recherche semble donc des plus prometteuse et elle devrait être enrichie d'une étude de la validité prédictive d'autres paramètres médicaux plus contemporains tels le type, le nombre, et la quantité de traitements reçus. De même, l'étude des dimensions psychosociales de l'infertilité constitue un terrain fécond pour examiner la covariation entre les facteurs de stress psychosociaux et divers paramètres hormonaux. Enfin, l'analyse de l'influence des aspects médicaux du traitement sur les difficultés psychosociales devra conduire autant à un examen nuancée des facteurs d'invulnérabilité ou de protection qu'à une étude minutieuse des facteurs de risque pour la santé mentale des individus infertiles. Ces recherches devront cependant porter sur des échantillons de grande taille afin d'assurer la stabilité des résultats obtenus.

## Notes

1. Nous tenons à remercier Michel Levesque du M.S.S.S. Division de la bureautique à Québec et Guy Trudel du Centre de calcul de l'Université de Montréal qui nous ont facilité l'accès aux données de l'enquête Santé-Québec.
2. Les données des couples souffrant d'infertilité primaire ou secondaire ont été regroupées puisque les résultats d'analyses statistiques préliminaires ont montré que ces deux catégories de sujets ne se distinguaient sur aucune des variables à l'étude.

## Références

- ARRINDELL, W.A., BOELEN, W., LAMBERT, H., 1983, On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and «normal» volunteer couples based on the Dutch Version, *Personality and Individual Differences*, 4, 457-461.

- BAILLARGEON, J., DUBOIS, G., MARINEAU, N., 1986, Traduction française de l'Échelle d'Ajustement Dyadique, *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 18, 25-30.
- BELL, S., 1981, Psychological problems among patients attending an infertility clinic, *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 1-3.
- BERGER, D.M., 1980, Couple's reactions to male infertility and donor insemination, *American Journal of Psychiatry*, 137, 1047-1049.
- CHATEL, A., 1987, *L'évaluation psychologique de couples infertiles par entrevue*. Document inédit, Hôpital Saint-Luc de Montréal.
- CHATEL, A., 1988, Une approche globale de l'infertilité, *Revue Québécoise de Psychologie*, 9, 100-129.
- DEAN, A., 1986, Measuring psychological resources in Dean, A., Ensel, W., eds., *Social Support, Life Events, and Depression*, Academic Press, New York, 97-111.
- DEMAN, A.I., BALKOU, S., IGLESIAS, R., 1986, Une version canadienne française du questionnaire sur le soutien social, *Santé Mentale au Québec*, 11, n° 2, 199-202.
- DEROGATIS, L., LIPMAN, R., RICKELS, D., 1984, The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory, *Behavioral Sciences*, 19, 1-5.
- DEWATTEVILLE, H., 1957, Psychological factors in the treatment of sterility, *Fertility and Sterility*, 8, 12-24.
- DUNNIGAN, L., BARNARD, L., 1986, *Nouvelles technologies de la reproduction analyses et questionnements féministes*, Gouvernement du Québec, Conseil du Statut de la femme.
- GAGNON, S., 1983, Aspects cliniques, rapport médical in Melançon, M.J., Ed., *L'insémination artificielle thérapeutique*, Presses de l'Université Laval, Québec, 4-19.
- GREENFELD, D., HASELTINE, F., 1986, Candidate selection and psychosocial considerations in in-vitro fertilization procedures, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 29, 119-126.
- GUR, R.C., SACKEIM, H.A., 1979, Self-deception: A concept in search of a phenomenon, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 147-169.
- ILFELD, F.W., 1976, Further validation of a psychiatric index in a normal population, *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- JEAN, A., 1986, *Nouvelles technologies de la reproduction: pratiques cliniques et expérimentales au Québec*, Gouvernement du Québec, Conseil du Statut de la Femme.
- KEYE, W.R., DENERIS, A., 1983, Female sexual activity, satisfaction and function in infertile women, *Infertility*, 5, 275.
- KLEIN, R., ROWLAND, J., 1988, Women as test sites for fertility drugs: Clomiphene citrate and hormonal cocktails, *Reproductive and Genetic Engineering*, 1, 251-273.
- KOVESS, V., MURPHY, H.B., TOUSIGNANT, M., FOURNIER, L., 1985, *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de*



Rimouski, Unité de recherche psychosociale, Centre Hospitalier Douglas, Verdun, Québec.

- LALOS, A., LALOS, O., JACOBSSON, L., VON SHOULTZ, B., 1986, Depression, guilt and isolation among infertile women and their partners. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 5, 197-206.
- LEMYRE, L., TESSIER, R., 1988, Mesure du stress psychologique: se sentir stressé(e), *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 20, 302-321.
- LEMYRE, L., TESSIER, R., 1989, *La Mesure de Stress Psychologique (M.S.P.): se sentir stressé(e)*, Document inédit, Université Laval, Québec.
- LINDEN, W., PAULHUS, D.L., DOBSON, K.S., 1986, Effects of response style on the report of psychological and somatic distress, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 309-313.
- LINK, P.W., DARLING, C.A., 1986, Couples undergoing treatment for infertility: Dimensions of life satisfaction, *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neo-natal Nursing*, 12, 46-59.
- LUKSE, M.P., 1985, The effect of group counseling on the frequency of grief reported by infertile couples, *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neo-natal Nursing*, 14, 67-70.
- LUSSIER, Y., SABOURIN, S., DULUDE, D., FISET, J., WRIGHT, J., 1988, *Attributional Complexity and Mental Health: A Convergent Validity Analysis*, Document inédit, Université de Montréal.
- MAI, F.M.M., MUNDAY, R.N., RUMP, E.E., 1972, Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples, *Psychosomatic Medicine*, 34, 431-440.
- MARTIN, F., SABOURIN, S., GENDREAU, 1989, Les dimensions de la détresse psychologique: Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique, *Journal International de Psychologie*, 24, 571-584.
- MC EWAN, K.L., COSTELLO, C.G., TAYLOR, P.J., 1987, Adjustment to infertility, *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 237-246.
- MCGRADE, J.J., TOLOR, A., 1981, The reaction to infertility and the infertility investigation: A comparison of the responses of men and women, *Infertility*, 4, 7-27.
- MENNING, B.E., 1980, The emotional needs of infertile couples, *Fertility and Sterility*, 34, 313-319.
- MOGHISSI, K.S., WALLACH, E.E., 1983, Unexplained infertility, *Fertility and Sterility*, 39, 5-21.
- OUELLETTE, S., 1986, Infertilité: Aspects psychosexuels, *Le Médecin du Québec*, juillet, 65-70.
- O'MOORE, A.M., O'MOORE, R.R., HARRISSON, R.F., 1983, Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: Effects of treatment with autogenic training, *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 145.
- PAULHUS, D.L., 1984, Two-component models of socially desirable responding, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598-609.

- PAULHUS, D.L., 1982, Individual differences, self-presentation, and cognitive dissonance: their concurrent operation in forces compliance, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1253-1265.
- PLATT, J.J., FISCHER, I., SILVER, M., 1973, Infertile couples: Personality traits and self-ideal discrepancies, *Fertility and Sterility*, 24, 972.
- ROCHON, M., 1986, Stérilité et infertilité: deux réalités, *Santé Société*, été, 33-36.
- ROSENBERG, M., 1965, *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton University Press, Princeton.
- SABOURIN, S., BOUCHARD, G., WRIGHT, J., LUSSIER, Y., BOUCHER, C., 1988, L'influence du sexe sur l'invariance factorielle de l'Échelle d'Ajustement Dyadique, *Science et Comportement*, 18, 187-201.
- SABOURIN, S., LAFERRIÈRE, N., SICURO, F., COALLIER, J.C., COURNOYER, L.G., GENDREAU, P., 1989, Social desirability, psychosocial distress and consumer satisfaction with mental health treatment, *Journal of Counseling Psychology*, 36, 352-356.
- SABOURIN, S., GENDREAU, P., 1986, *Le niveau d'estime de soi de la clientèle d'un Service de psychologie en milieu universitaire*, Document inédit, Université de Montréal.
- SACKEIM, H.A., GUR, R.C., 1978, Self-deception, self-confrontation, and consciousness in Schwartz, G.E., Shapiro, D., (Eds), *Consciousness and Self-regulation: Advances in research*, 2, Plenum Press, New York, 139-197.
- SARASON, L., SARASON, B.R., SHEARIN, E.N., PIERCE, G.R., 1987, A brief measure of social support: practical and theoretical considerations, *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- SEWARD, G.H., WAGNER, P.S., HEINRICH, J.F., 1965, The question of psychophysiological infertility: Some negative answers, *Psychosomatic Medicine*, 27, 533.
- SHAPIRO, C.H., 1982, The impact of infertility on the marital relationship, *The Journal of Contemporary Social Work*, 387-393.
- SOULES, M.R., 1985, The in-vitro fertilization pregnancy rate: Let's be honest with one another, *Fertility and Sterility*, 43, 511-513.
- SPANIER, G.B., 1976, Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriages and similar dyads, *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-19.
- TOUSIGNANT, M., KOVÉSS, V., 1985, L'épidémiologie en santé mentale: Le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec, *Sociologie et Sociétés*, 17, 15-19.
- URRY, R.L., 1977, Stress and infertility in Cocket, A.T.K., Urry, R.L., (Eds), *Male Infertility: Work-up Treatment and Research*. Grune and Stratton, New York.
- VALLIÈRES, E.F., VALLERAND, R.J., 1989, *Traduction et validation en langue française du «Self-Esteem Scale» de Rosenbert*. Communication présentée au Congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Ottawa.

- WRIGHT, J., ALLARD, M., LECOURS, A., SABOURIN, S., 1989, Psychosocial distress and infertility: A review of controlled research, *International Journal of Fertility*, 34, 126-142.
- WRIGHT, J., LECOURS, A., 1987, *La traduction de l'échelle de sexualité du Maudsley Marital Questionnaire.*, Document inédit, Université de Montréal.
- WRIGHT, J., SABOURIN, S., VÉRONNEAU, F., 1989, *Une évaluation des caractéristiques psychométriques de l'index de symptômes psychiatriques à partir des résultats de l'enquête Santé-Québec*, Document inédit, Université de Montréal.

## Summary

The objective of this study is to draw the psychosocial profile of couples who consult fertility clinics. More specifically, it consists of a) comparing the psychosocial status of subjects who seek fertility consultation with that of normal subjects or individuals at grips with psychological problems; b) determining whether there are profile differences between men and women who seek fertility consultation; and c) assessing whether it is possible to predict the nature of the psychosocial profile of the subjects from various sociodemographic and medical characteristics. The sampling includes 30 couples who are consulting a specialist in a fertility clinic belonging to a Montréal-area hospital. Analysis of results shows that the psychosocial profile of subjects consulting a fertility clinic is midway between that of normal subjects and that of individuals suffering of psychological problems. The psychological status of men and women consulting a fertility clinic is different according to three variables: depression, self-esteem and stress. Finally, multiple regression analysis has allowed the author to identify several medical characteristics linked to the extent of the psychosocial difficulties experienced by the infertile subjects.