

L'expérience psychologique masculine et féminine de l'infertilité : différences et similitudes

Daphnée Genesse, Katherine Bécotte, Audrey Brassard, et
Coralie Purcell-Lévesque
Université de Sherbrooke

Katherine Péloquin
Université de Montréal

RÉSUMÉ

Environ un couple canadien sur six est confronté à l'infertilité. Le stress découlant du diagnostic et des traitements de fertilité peut affecter le bien-être psychologique des hommes comme des femmes. La présente étude examine l'expérience psychologique des hommes et des femmes québécois. L'analyse thématique des entrevues semi-structurées de huit femmes et six hommes a permis de dégager les éléments plus spécifiques à la femme, à l'homme et les éléments communs aux deux. Comprendre l'expérience psychologique des hommes et femmes en traitement de fertilité permettra d'adapter les interventions des professionnels de la santé selon le genre pour soutenir adéquatement chaque partenaire.

Mots clés : fertilité, étude qualitative, différences hommes-femmes, couples

ABSTRACT

One in six Canadian couples is facing infertility. Stress arising from fertility diagnosis and treatment can affect both men's and women's psychological well-being. The present study examines the psychological experience of men and women undergoing fertility treatment in the province of Québec. The thematic analysis of semi-structured interviews from eight women and six men revealed women-specific elements, men-specific elements, and common elements. Understanding the psychological experience of men and

Daphnée Genesse, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec; Katherine Bécotte, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec; Audrey Brassard, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec; Coralie Purcell-Lévesque, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec; Katherine Péloquin, Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal, Québec.

Pour toute correspondance concernant cet article, s'adresser à Audrey Brassard, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 2500, boul. de l'Université, Sherbrooke, QC, J1K 2R1. Téléphone : 819-821-8000, poste 65276. Courriel : A.Brassard@usherbrooke.ca

women undergoing fertility treatment will help healthcare practitioners adjust their interventions according to gender to support each partner adequately.

Keywords: fertility, qualitative study, gender differences, couples

L'infertilité, soit l'inhabilité à concevoir un enfant après 12 mois d'essai de conception avec relations sexuelles régulières (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009), constitue un problème d'envergure. Environ un couple canadien sur six serait aux prises avec un problème d'infertilité (Bushnik, Cook, Yuzpe, Tough, & Collins, 2012). L'évolution de la fécondité au Québec montre que les femmes vivent la maternité plus tardivement, l'âge moyen des mères à la naissance du premier enfant étant passé de 25 ans en 1976 à 29 ans en 2015 (Institut de la statistique du Québec, 2016). Cette situation contribue à l'augmentation du nombre de couples éprouvant des difficultés à concevoir en raison de leur âge plus avancé (Collins, 2004) et du nombre de couples ayant recours à la procréation médicalement assistée (PMA).

Au Québec, le programme de gratuité de la PMA (Loi 26) lancé par le gouvernement en août 2010 a battu des records de popularité jusqu'à ce que celui-ci soit considérablement modifié en novembre 2015. Ce programme rendait accessibles gratuitement plusieurs traitements de fertilité (superovulation, insémination artificielle, fécondation in vitro [FIV]) et couvrait une grande partie des coûts des ordonnances médicales. Ainsi, cette courte période de gratuité a permis une plus grande accessibilité à des traitements normalement très coûteux aux couples de différents statuts socio-économiques (Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010 ; Péloquin & Lafontaine, 2010), car trois cycles de FIV par naissance vivante étaient subventionnés. De plus, le programme comportait peu de critères (p. ex. âge, statut civil, condition médicale) restreignant l'admissibilité au programme. Or, les modifications apportées au programme en 2015 ont grandement restreint son accessibilité par l'ajout de critères d'admissibilité (p. ex. ne pas avoir d'enfant, limite du nombre de traitements subventionnés en fonction de l'âge) et par le retrait de la couverture pour les traitements de FIV, bien qu'un crédit d'impôt soit disponible sous certaines conditions (Loi 20, ministre de la Santé et de Services sociaux, 2015). Alors que le fardeau financier a souvent été soulevé dans les études antérieures sur l'expérience des couples en traitement de fertilité (Greil *et al.*, 2010 ; Sternke & Abrahamson, 2015), son allègement au Québec entre 2010 et 2015 pourrait avoir favorisé une diminution du stress associé au traitement. Il est question dans cet article de l'expérience unique des couples québécois ayant bénéficié de ce programme.

Bon nombre d'études scientifiques et d'écrits cliniques publiés au cours des 35 dernières années ont documenté le niveau élevé de stress associé au diagnostic et aux traitements d'infertilité (Ying, Wu, & Loke, 2015) et ont établi que ce stress était lié à des conséquences négatives au niveau du bien-être psychologique, conjugal ou sexuel tant chez les hommes que chez les femmes (pour des revues, voir Greil *et al.*, 2010 ; Péloquin & Lafontaine, 2010 ; Verhaak *et al.*, 2007). Les quelques études qualitatives sur le sujet documentent la détresse vécue par les couples et dégagent plusieurs thèmes caractérisant l'expérience de l'infertilité et de ses traitements, notamment le stress engendré par ce processus, le sentiment d'aliénation et de stigmatisation, les sentiments de déféctuosité et d'incompétence ainsi que la perte de contrôle (Greil *et al.*, 2010). La détresse vécue par ces couples ainsi que l'évolution des traitements et des législations gouvernementales

québécoises les encadrant justifient l'importance de poursuivre la recherche sur l'expérience psychologique d'infertilité au Québec. Aucune étude québécoise n'a examiné l'expérience psychologique des hommes et des femmes ayant eu recours aux traitements de fertilité dans le contexte particulier de la relative gratuité des traitements de PMA, ce que propose la présente étude.

Expérience d'infertilité chez les hommes et les femmes

De récentes revues des écrits scientifiques et méta-analyses incluant des études qualitatives et quantitatives révèlent que l'expérience d'infertilité est reliée à des réactions émotives négatives chez les partenaires, telles que l'anxiété, le stress et la honte (Greil *et al.*, 2010; Ying *et al.*, 2015). Les femmes seraient plus affectées que les hommes par la difficulté à concevoir (Greil *et al.*, 2010; Verhaak *et al.*, 2007; Ying *et al.*, 2015) et elles rapporteraient davantage de stress lié à l'infertilité que les hommes (Greil *et al.*, 2010; Ying *et al.*, 2015). Plus précisément, les femmes se blâmeraient davantage pour l'infertilité, éviteraient davantage les rappels de l'infertilité (p. ex. femmes enceintes, enfants) et rapporteraient plus d'atteintes à l'estime de soi, de problèmes de santé physique, de symptômes dépressifs ou anxieux, d'insatisfaction de vie, de stigmatisation et de honte (Greil, 1997; Ying *et al.*, 2015).

À ce jour, une majorité d'études menées en contexte d'infertilité a ciblé l'expérience des femmes (Dolan & Coe, 2011; Herrera, 2013), ce qui pourrait s'expliquer par l'association culturelle entre la parentalité et la féminité, ainsi que le fait que les traitements de fertilité sont effectués en majorité sur le corps des femmes. De plus, certaines études ayant exploré l'expérience masculine comportent des failles méthodologiques limitant leur validité (p. ex. entrevue effectuée en couple, perception féminine de l'expérience de l'homme; Throsby & Gill, 2004).

Parmi les quelques études recensées sur l'expérience unique des hommes en traitement de fertilité, l'étude qualitative de Webb et Daniluk (1999) menée au Canada dégage sept thèmes : sentiment de deuil, impuissance et perte de contrôle, sentiment d'isolation et de trahison, sentiment d'être inadéquat, sentiment de menace et d'appréhension, désir de passer à autre chose et survivre et, enfin, besoin de reconstruire positivement leur expérience. D'autres études qualitatives font aussi état de la pression sociale vécue dans les sociétés dites patriarcales à se montrer viril, dominant et invulnérable (Dolan & Coe, 2011; Herrera, 2013; McCreight, 2004). L'infertilité serait fréquemment perçue comme une atteinte à la virilité (Webb & Daniluk, 1999). Pour pallier cette atteinte, les hommes endosseraient un rôle de soutien envers leur partenaire (McCreight, 2004), mais se sentiraient aussi mis à l'écart du processus de reproduction (Dolan & Coe, 2011). Peu d'études quantitatives ont été menées spécifiquement sur l'expérience unique des hommes, puisqu'elles tendent à porter sur l'expérience des deux partenaires (Dancet *et al.*, 2010; Fisher & Hammarberg, 2012). Par ailleurs, des revues de la littérature des études qualitatives et quantitatives de l'expérience des hommes ont récemment été effectuées (voir Fisher & Hammarberg, 2012; Wischmann & Thorn, 2013).

Dans leur méta-analyse, Ying et collègues (2015) n'ont recensé que deux études qualitatives explorant les différences de genre quant à l'expérience d'infertilité, qui ont cependant été menées au Pakistan (Mumtaz, Shahid, & Levay, 2013) et au Nigéria (Dimka & Dein, 2013). Or, l'infertilité dans ces études s'articule dans un contexte socioculturel et économique fort différent de celui de la population canadienne. À cet effet, Greil *et al.* (2010) suggèrent d'étudier l'infertilité dans le contexte socioculturel propre à la population d'intérêt, car l'expérience d'infertilité varie considérablement selon les normes sociales.

Enfin, Glover, McLellan et Weaver (2009) ainsi que Greil *et al.* (2010) recommandent de ne pas se limiter à la question quantitative de quel genre est le plus affecté par l'expérience d'infertilité, mais plutôt d'explorer comment ou en quoi les expériences psychologiques des femmes et des hommes diffèrent. Ces auteurs proposent de mieux documenter les différences qualitatives entre l'expérience des hommes et celle des femmes par rapport à l'infertilité et ses traitements afin de dresser un portrait plus juste de leur expérience. La méthode qualitative est donc retenue, car elle permet une exploration en profondeur de la perspective des acteurs jugée indispensable à une compréhension plus juste d'un phénomène (Poupart, Groulx, Deslauriers, Laperrière, & Mayer, 1997). De plus, une meilleure connaissance de ces différences permettrait d'améliorer la spécificité des soins et du soutien psychologique offerts aux hommes et aux femmes traversant cette difficile épreuve. Puisque 20 à 25 % des couples qui s'engagent dans des traitements de fertilité rapportent des symptômes de dépression ou d'anxiété cliniquement significatifs (Chen, Chang, Tsai, & Juang, 2004; Péloquin & Lafontaine, 2010; Verhaak, Linsten, Evers, & Braat, 2010), il importe de mieux comprendre leur expérience dans une optique de prévention des difficultés de santé mentale.

Objectif

La présente étude qualitative vise donc à mieux comprendre les similitudes et les différences quant à l'expérience psychologique d'être en traitement de fertilité chez les hommes et les femmes du Québec, dans le contexte particulier du programme de relative gratuité des services en PMA.

MÉTHODE

Les données ont été recueillies à l'été 2012 dans le cadre d'une vaste étude à devis mixte visant à documenter les détresses (psychologique, conjugale, sexuelle) et les besoins des conjoints qui vivent une problématique d'infertilité. Le présent article porte sur les données qualitatives recueillies par cette étude. Ces données ont été amassées au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées effectuées séparément auprès des deux membres de couples actuellement en traitement de fertilité, et ce, afin d'explorer l'expérience psychologique et unique d'un conjoint sans que celle-ci soit teintée du discours ou de l'expérience de l'autre. Le canevas d'entrevue n'a pas été remis préalablement et portait sur : le vécu émotionnel de chaque conjoint et les réactions de leur partenaire à chaque étape du processus de traitement; les impacts de leur difficulté à concevoir et des traitements; ainsi que sur les facteurs internes et externes pouvant faciliter ou rendre plus difficile leur expérience. Pour assurer sa crédibilité, le canevas d'entrevue a été prétesté auprès des deux conjoints d'un même couple (Miles & Huberman, 2003). Les entrevues ont été menées au domicile des participants ou au laboratoire de recherche par une étudiante en psychologie. Chaque entrevue, d'une durée de 15 à 75 minutes, a été enregistrée en format audio, transcrite, puis identifiée par un code pour assurer la confidentialité.

Participants

L'échantillon est composé de 8 femmes et 6 hommes dont 6 couples hétérosexuels et 2 femmes dont les conjoints n'ont pas participé. Ils ont été recrutés dans une clinique de fertilité québécoise par le biais de feuillets expliquant les objectifs de la recherche. Les femmes seules et les individus provenant de couples

de même sexe faisant appel à la PMA ont été exclus de l'étude, puisque leur expérience et leurs préoccupations risquent d'être qualitativement différentes de celles des couples vivant une problématique d'infertilité (p. ex. capacité à élever un enfant seule, stigmatisation).

Les femmes étaient âgées entre 29 et 48 ans ($M = 34,63$; $ÉT = 5,81$) et en relation de couple depuis 4,5 années ($ÉT = 1,75$). Les hommes étaient âgés entre 28 et 53 ans ($M = 36,67$; $ÉT = 10,60$). Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants. Les femmes rapportent de la difficulté à concevoir depuis 1 à 20 années ($M = 5,81$; $ÉT = 6,12$) et être en traitement de PMA (superovulation, insémination artificielle, FIV) depuis 4 mois à 4 années ($M = 1,41$; $ÉT = 1,21$). La difficulté à concevoir serait de cause masculine (12,5 %), féminine (25,0 %), partagée (25,0 %) ou inexplicquée (37,5 %). Au moment de l'entrevue, 37,5 % des femmes prenaient de la médication pour la PMA. Deux femmes ont dit avoir eu un premier enfant avec leur conjoint actuel; une sans le recours à la PMA et une autre grâce à la PMA.

Considérations éthiques

La recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche d'un hôpital québécois. Le consentement de chaque partenaire a été obtenu de manière indépendante. Avant chaque entrevue, la nature de la participation, les modalités de respect de la confidentialité, ainsi que les avantages et inconvénients de leur participation ont été exposés aux participants. Les services reçus n'étaient pas affectés par la participation

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude

	Femmes ($n = 8$)		Hommes ($n = 6$)	
	n	%	n	%
Scolarité				
Secondaire	0		1	16,7
Collégial	4	50,0	2	33,3
Universitaire	4	50,0	3	50,0
Occupation				
Travail	6	75,0	6	100,0
Études	1	12,5	0	
Autres	1	12,5	0	
Revenu personnel				
Moins de 15 000 \$	1	12,5	0	
15 000 – 29 999 \$	0		1	16,7
30 000 – 49 999 \$	2	25,0	2	33,3
50 000 – 69 999 \$	3	37,5	1	16,7
70 000 – 89 999 \$	2	25,0	1	16,7
90 000 – 109 999 \$	0		1	16,7
Statut conjugal				
Marié	5	62,5	4	66,7
Conjoint de fait	3	37,5	2	33,3

à l'étude et aucune compensation n'a été offerte. Ils ont été informés de leur droit de se retirer et de ne pas répondre à certaines questions. Les participants n'étaient pas en suivi psychologique au moment de l'étude, mais une liste de ressources leur était remise s'ils désiraient consulter.

En plus d'assurer la confidentialité externe (s'assurer que les participants ne soient pas identifiables dans la publication des résultats), la présentation des résultats a été effectuée de manière à préserver la confidentialité interne (Ummel & Achille, 2016), qui consiste à s'assurer que les propos d'un participant ne puissent pas être identifiés par un autre participant. La confidentialité interne est un défi particulier aux études qualitatives effectuées auprès de dyades en raison de la présentation d'extraits de verbatim. Pour préserver la confidentialité interne, les résultats ne sont pas présentés de manière dyadique.

Analyse des données

Le contenu des entrevues a été analysé selon la méthode d'analyse thématique en six étapes de Braun et Clarke (2006) : 1) familiarisation avec les données ; 2) création des codes ; 3) recherche de thèmes ; 4) révision des thèmes ; 5) définition des thèmes ; et 6) rédaction. Pour assurer l'accord interjuge (pourcentage d'accord = 91 %), deux auxiliaires de recherche ont codé chaque entrevue (étapes 1, 2) sur le logiciel QDAMiner. Deux doctorantes en psychologie, dont l'une a participé à la codification, ont réalisé l'analyse des données (étapes 3 à 5). Un souci d'équité et de justice a guidé l'analyse et la présentation des résultats, afin d'accorder de l'importance à chaque donnée et de représenter chaque participant (Ummel & Achille, 2016). Les thèmes ont été organisés en fonction de leur saillance, leur récurrence et leur différence.

Rigueur. La rigueur de l'analyse qualitative s'appuie sur le respect de quatre critères de validité : fiabilité, crédibilité, transférabilité et saturation empirique (Mucchielli, 2009). Pour respecter le critère de fiabilité (argumentation logique du chercheur quant aux décisions prises pendant l'étude), un journal de bord précisant les règles d'analyse a été tenu par les auxiliaires. La crédibilité (confiance en la véracité des découvertes) a été assurée par la triangulation du chercheur, qui a contre-vérifié la codification et l'analyse et assuré l'intégration des points de vue divergents dans la compréhension du phénomène. La transférabilité (validité des données dans d'autres contextes) a été favorisée par l'utilisation de citations riches et de descriptions détaillées du phénomène. Enfin, la saturation empirique (moment où l'ajout de nouvelles informations ne contribue plus à la compréhension) a été favorisée en recrutant suffisamment d'hommes et de femmes pour représenter leur expérience respective.

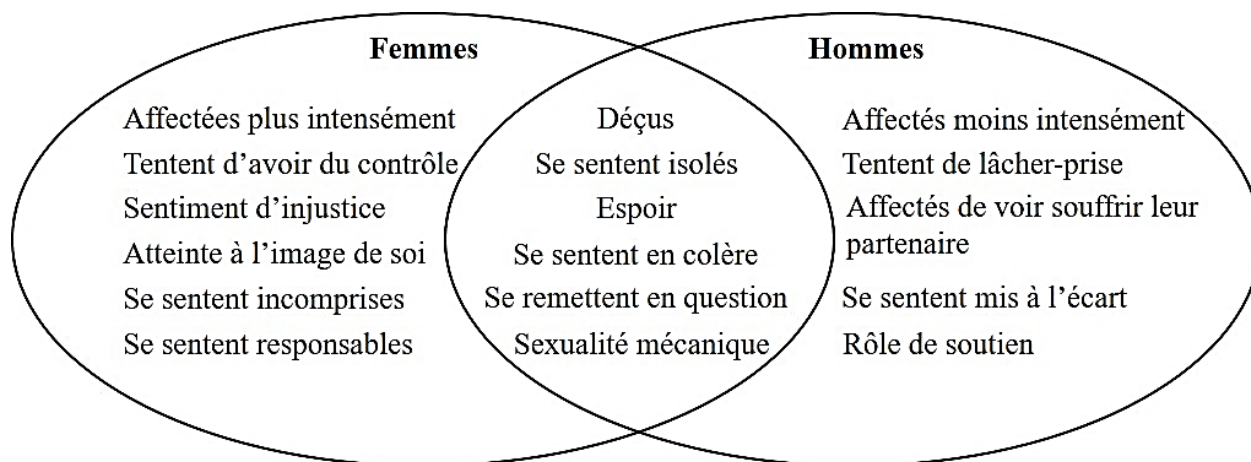
RÉSULTATS

L'analyse des résultats a mené à la création de l'arbre thématique, présenté à la figure 1. Les thèmes identifiés se regroupent en trois catégories : 1) expérience commune aux femmes et aux hommes ; 2) expérience plus spécifique à la femme ; et 3) expérience plus spécifique à l'homme.

Six thèmes ont été dégagés pour rendre compte de l'expérience psychologique commune aux femmes et aux hommes. Ces thèmes sont résumés, définis, puis illustrés par des extraits de verbatim au tableau 2. Ainsi, les deux partenaires : 1) vivent de la déception quant à leur difficulté à concevoir ; 2) se sentent isolés ; 3) ont l'espoir d'avoir un enfant et que les traitements fonctionnent ; 4) se sentent en colère ; 5) se remettent en question ; et 6) rapportent avoir une sexualité mécanique.

Figure 1

Thèmes saillants chez les hommes, les femmes et thèmes communs aux deux



Le tableau 3 présente les six thèmes les plus saillants de l'expérience de la femme. Celle-ci : 1) se dit affectée par l'expérience d'infertilité plus intensément que son conjoint ; 2) tente d'avoir du contrôle sur la situation et sur sa vie ; 3) ressent un sentiment d'injustice d'avoir de la difficulté à concevoir ; 4) rapporte une atteinte à l'image de soi ; 5) se sent incomprise par l'entourage ; et 6) se sent responsable.

Le tableau 4 résume les cinq thèmes les plus saillants de l'expérience de l'homme. Celui-ci : 1) se dit affecté moins intensément par l'expérience d'infertilité que sa conjointe ; 2) tente plutôt de lâcher prise face à la difficulté à concevoir ; 3) se dit davantage affecté de voir sa conjointe souffrir ; 4) se sent mis à l'écart du processus de fertilité ; et 5) perçoit jouer un rôle de soutien auprès de sa partenaire.

DISCUSSION

Cette étude visait à mieux comprendre l'expérience psychologique des hommes et des femmes québécois en traitement de fertilité. La discussion des différences entre les genres est d'abord abordée, suivie de la présentation des similitudes.

Différences

Impact émotionnel subjectif de l'expérience d'infertilité. À l'instar des études antérieures, les femmes de la présente étude perçoivent être affectées plus intensément par l'infertilité que leur conjoint (Greil, 1997 ; Greil *et al.*, 2010 ; Ying *et al.*, 2015) et les hommes se disent moins affectés par l'infertilité que leur conjointe. Plusieurs études ont souligné que les femmes vivant une difficulté à concevoir étaient plus dépressives, anxieuses et moins satisfaites de leur vie que les hommes (Greil *et al.*, 2010 ; Ying *et al.*, 2015). L'importante sollicitation de leur corps à chaque étape des traitements de fertilité pourrait expliquer

Tableau 2**Thèmes communs aux hommes et aux femmes ($n = 14$)**

Thème	Définition	Extrait
Décus ($n = 14$)	Vivre de la déception quant à la difficulté à concevoir, aux échecs du traitement et à certains aspects du processus	H : « Quand mettons j'ai su la nouvelle, j'étais pas frustré, j'étais peut-être déçu. C'est sûr qu'il y a une déception par rapport à qu'on ne peut pas l'avoir naturellement, par relation naturelle mettons. »
Se sentent isolés ($n = 10$)	Sentir de l'isolement en raison de leur sentiment d'être différents, peu compris, ou bien pour éviter d'être confrontés à l'expérience de la parentalité des autres.	H : « On sent de l'isolement parce que, ben, c'est un problème qui nous appartient, y'a rien que personne peut faire par rapport à ça, l'isolement d'autant plus que nos deux couples de meilleurs amis sont tombés enceintes dans les derniers cinq mois. »
Espoir ($n = 12$)	Sentir de l'espoir envers le projet d'enfant et envers les traitements de fertilité	F : « Tu as tout le temps espoir, qu'à chaque mois ça va marcher... »
Se sentent en colère ($n = 12$)	Sentir de la colère/frustration envers la situation	F : « J'ai de la colère que je n'avais pas avant envers eux. Là, j'ai de la colère, je me dis : eux, ils ont toute facile [...], pourquoi pas nous »
Se remettent en question ($n = 8$)	Vivre des doutes ou des questionnements en lien avec l'infertilité ou la parentalité éventuelle	F : « J'en veux, j'en veux pas. Ça va-tu arriver? Ça va-tu pas arriver? Qu'est-ce qu'il va m'arriver quand lui va être ado, je vais-tu être rendue trop vieille? Je vais-tu être capable de gérer ça? C'est toute toute toute ça, c'est plein, plein de questions. Plein d'angoisses sur le futur, sur comment ça va se passer. »
Sexualité mécanique ($n = 7$)	Vivre sa sexualité comme non-naturelle/sur commande	H : « Pis là ça devient, ça tombe l'aspect mécanique, c'est rendu "timé", le plaisir a moins d'importance, voire plus d'importance. Faut que je donne une quantité de spermatozoïdes quelconque et ça finit là. Ça devient extrêmement mécanique. »

Tableau 3**Thèmes plus spécifiques à l'expérience des femmes (n = 8)**

Thème	Définition	Extrait
Affectées plus intensément (n = 8)	Vivre des affects négatifs d'une plus grande intensité que son partenaire	«Même si pour lui je sais que c'est super important, j'ai l'impression que c'est pas la fin du monde pour lui comme ça l'est pour moi.»
Tentent d'avoir du contrôle (n = 8)	Tentative de reprendre du pouvoir en raison du manque ou de la perte de contrôle	«Ça fait que là moi, moi qui dois absolument faire des actions, c'est tout le temps ce qui me sort de mon trou, de cette peine-là, c'est toujours de faire le maximum d'actions que je peux faire.»
Sentiment d'injustice (n = 7)	Sentir que leur situation n'est pas juste ou qu'elles ne méritent pas d'être aux prises avec la difficulté à concevoir	«Vraiment de l'injustice, c'est parce qu'elle, pour la deuxième fois, ça marchait tout de suite. Elle, elle le décide pis ça marche. C'est pas que je souhaite du malheur au monde, mais pourquoi moi non?»
Atteinte à l'image de soi (n = 6)	Modification de la façon dont elles se perçoivent (infertiles, défectueuses, incompetentes)	«Tu te sens tellement pas femme, je veux dire, on est six milliards sur la Terre. Tout le monde accouche, il y a rien de plus normal que ça. Bien toi-là, t'es pas capable, terrible. Tu te sens tellement poche.»
Se sentent incomprises (n = 8)	Sentir que les autres personnes qui ne vivent pas une difficulté à concevoir un enfant ne peuvent pas réellement comprendre ce qu'elles traversent	«Puis elle peut pas comprendre non plus. On peut toujours dire : "Je peux m'imaginer que oui ça peut être..." Mais tant que tu le vis pas pis que t'es pas dedans.»
Se sentent responsables (n = 5)	Sentir que c'est de leur faute/s'attribuer la responsabilité	«Ça fait que des mois, je me disais : "Oh, mon dieu, je me calme sinon, je tomberai pas enceinte parce que c'est de ma faute." Pis là, déjà là que c'est moi qui ovulais pas. Je me sentais déjà un peu coupable, si tu veux là.»

Tableau 4**Thèmes plus spécifiques à l'expérience des hommes (n = 6)**

Thème	Définition	Extrait
Affectés moins intensément (n = 5)	Vivre moins d'affects négatifs et vivre ceux présents moins intensément que leur partenaire	«Parce que mettons je m'en allais travailler, bien je m'en allais travailler et je revenais puis c'était correct. Mais ma blonde elle allait travailler pis à chaque minute à pensait au fait qu'était pas capable d'avoir d'enfants. Mais [...] moi c'était une situation avec que je traînais pas avec moi.»
Tentent de lâcher prise (n = 6)	Tenter d'accepter la situation, de lâcher prise ou de relativiser	«Moi j'essaie de toujours mettre un peu plus, un espèce de grain de sel là-dedans, une certaine distance, pas une distance, mais relativiser.»
Affectés de voir souffrir leur partenaire (n = 4)	Se sentir touché par la souffrance vécue ou exprimée par leur partenaire	«Dans tout ça, je vois qu'elle a mal, je vois qu'elle trouve ça dur, pis moi je trouve ça difficile, je trouve ça plus difficile de la voir souffrir elle, que la souffrance que ça m'apporte à moi directement.»
Se sentent mis à l'écart (n = 3)	Se sentir mis à l'écart du processus de fertilité ou de moindre importance dans celui-ci	«Oui, je suis pas membre de ça. Je fais pas parti de ça. Tsé j'aurais pu ? L'autre jour quand qu'on est allés voir le docteur, j'aurais pu ne pas être là. J'étais pas adressé du tout. C'était comme, bon bien y fourni le sperme pis c'est fini. On n'a pas besoin de lui. C'était vraiment... Je me suis senti écarté de toute la situation.»
Rôle de soutien (n = 6)	Porter principalement le rôle de soutenir leur partenaire, de demeurer un pilier sur lequel elle peut s'appuyer	«Comme c'est là, on vit des montagnes russes, des bonnes nouvelles et après ça des mauvaises nouvelles, des bonnes nouvelles, des mauvaises nouvelles. Moi je suis plus là pour soutenir.»

qu'elles se sentent affectées plus intensément (Daniluk, 1997 ; Eugster & Vingerhoets, 1999). Les présents résultats corroborent aussi ceux d'études menées auprès des hommes, qui se disent moins affectés par la difficulté à concevoir, mais surtout affectés de voir souffrir leur conjointe (Greil, 1997 ; Hjelmstedt *et al.*, 1999). Selon McCreight (2004) et Dolan et Coe (2011), l'expérience masculine de l'infertilité serait moins reconnue que celle de la femme. Des chercheurs proposent que la différence quant aux réactions des hommes et des femmes s'expliqueraient plutôt par l'utilisation de stratégies d'adaptation différentes face aux difficultés (Webb & Daniluk, 1999).

Stratégies d'adaptation. Les études précédentes sur les stratégies d'adaptation des hommes et des femmes révèlent qu'ils composent différemment avec le stress chronique. Selon Peterson, Newton, Rosen et Skaggs (2006), les hommes contrôlèrent davantage l'expression de leurs émotions et se distanceraient du problème alors que les femmes tenteraient de le confronter activement et rechercheraient du soutien social. Les hommes de la présente étude rapportent en effet tenter de lâcher prise (en acceptant ou en relativisant leur situation). Des auteurs (Hudson & Culley, 2013 ; Throsby & Gill, 2004) suggèrent que cette stratégie leur permettrait de retarder les deuils et la souffrance y étant associée, possiblement afin de demeurer disponible pour soutenir leur conjointe. Les hommes de la présente étude disent d'ailleurs endosser un rôle de soutien envers leur partenaire en contexte d'infertilité. Endelmann et Connolly (2000) proposent plutôt que les hommes adopteraient ces stratégies en raison des stéréotypes de genres, le rôle traditionnel masculin étant de se montrer fort et présent pour sa partenaire (Throsby & Gill, 2004). Les femmes de la présente étude rapportent tenter de reprendre du contrôle sur leur situation. Pour ce faire, elles se concentreraient sur leur problématique d'infertilité en posant des gestes concrets ou en y pensant activement, ce qui est cohérent avec les stratégies d'adaptation axées sur la confrontation du problème, les inquiétudes ou la rumination (Eugster & Vingerhoets, 1999 ; Peterson *et al.*, 2006). Ainsi, les hommes et les femmes semblent utiliser des stratégies opposées en ce qui concerne la gestion respective du contrôle. Ni nos résultats ni les résultats d'études antérieures ne nous permettent de dégager l'impact de ces stratégies sur la dynamique du couple, mais il est possible de penser que ces stratégies soient complémentaires et qu'elles permettent aux conjoints de trouver un équilibre dans une situation où ils ont peu de contrôle.

Sentiment d'injustice de la femme. Les femmes rapportent également un sentiment d'injustice (p. ex. se demander pourquoi cette situation leur arrive, envier les mères) ce qui est aussi rapporté dans l'étude de Williams (1997). Hjelmstedt *et al.* (1999) avancent que tant les hommes que les femmes vivaient ce sentiment d'injustice et d'envie, mais que les femmes seraient plus enclines à le dévoiler.

Identité altérée de la femme. Les femmes rapportent également vivre une atteinte à l'image de soi et se sentir responsables de la difficulté à concevoir. La forte valorisation du rôle de mère, la pression culturelle et sociale à avoir des enfants ainsi que le lien étroit entre l'identité de la femme et le rôle de mère peuvent expliquer que celles-ci se sentent moins « femme » (Inhorn & Van Balen, 2002 ; Katz-Wise, Priess, & Hyde, 2010 ; Ying *et al.*, 2015). D'autres écrits soulignent que les femmes en situation d'infertilité présenteraient une estime plus faible, une identité altérée par l'infertilité et se blâmeraient davantage pour l'infertilité (Greil *et al.*, 2010 ; Ying *et al.*, 2015). Le blâme personnel serait également lié à la détresse psychologique chez la femme (Péloquin, Brassard, Arpin, Sabourin, & Wright, 2018).

Femmes incomprises et hommes mis à l'écart. Les femmes ont rapporté le sentiment d'être incomprises puisque, selon elles, leur entourage ne pouvait pas comprendre ce qu'elles vivaient. Selon Peterson et

ses collègues (2006), les femmes en contexte d'infertilité recherchent davantage le soutien de leur entourage que les hommes. Ainsi, il est possible qu'elles se retrouvent davantage confrontées aux limites de l'écoute et du soutien des proches, parfois malhabiles, ce qui favoriserait leur sentiment d'être incomprises. Certains hommes de la présente étude rapportent quant à eux se sentir mis à l'écart lors des traitements de fertilité. Selon Herrera (2013), certains hommes considèrent qu'une supériorité serait reconnue aux femmes concernant la reproduction, qui se traduirait par la mise à l'écart de l'homme à différentes étapes des traitements.

SIMILITUDES

Malgré les différences rapportées dans l'expérience des hommes et des femmes en traitement de fertilité, les conjoints rapportent également des éléments communs.

Émotions. Au plan affectif, les deux partenaires rapportent vivre d'importantes variations d'émotions à la fois positives et négatives. En effet, ils disent ressentir à différents moments de la déception, de l'espoir ou de la colère. Généralement, le début d'un nouveau cycle de traitement raviverait l'espoir des couples et ceux-ci s'investiraient émotionnellement envers l'enfant en devenir. Ainsi, lors d'un échec de traitement, les deux partenaires vivraient beaucoup de déception. La colère est également rapportée lors des échecs de traitement ainsi qu'en réaction aux soins reçus en clinique de fertilité et au manque d'information reçue sur le traitement et ses étapes. Ces constats appuient les autres études (p. ex. Greil, 2010), bien que certaines aient relevé que les hommes rapportaient plus de colère que les femmes en contexte d'infertilité (Throsby & Gill, 2004). La présente étude souligne donc que les hommes et les femmes vivraient plusieurs émotions similaires, bien qu'ils rapportent tous deux percevoir les femmes comme étant plus affectées.

Sentiment d'isolement. Les hommes et les femmes rapportent également être isolés. Ce sentiment est évoqué via leur impression d'être différents des autres et d'avoir moins de sujet de discussion avec leurs proches, leur vécu ne correspondant pas à celui de leur entourage. L'isolement a aussi été relevé chez les femmes par Loftus et Andriot (2012) qui soulignent l'exclusion sociale et la faible cohésion avec les femmes de l'entourage puisqu'elles ne peuvent accéder à la parentalité. Les hommes et les femmes de la présente étude ont aussi mentionné un manque de sensibilité de leur entourage qui contribuerait à leur sentiment d'isolement. Les traitements de fertilité occupent une grande place dans leur vie et ne pas pouvoir se confier aux proches semble accentuer ce sentiment d'isolement.

Remise en question. L'infertilité et les traitements amènent aussi les hommes et les femmes à se remettre en question. Ces questionnements portent sur leur désir d'enfant, la poursuite ou l'abandon des traitements ainsi que sur leurs choix et habitudes de vie. Notamment, certains limitent leurs voyages ou activités pour faciliter les traitements et se questionnent sur la reprise de ces activités. Plusieurs se questionnent aussi sur eux-mêmes et sur leur couple, alors que d'autres expriment des incertitudes quant à la poursuite de la relation dans ce contexte stressant. Ces résultats coïncident avec ceux d'autres études ayant montré que l'infertilité peut susciter des questionnements (Glover *et al.*, 2009) et poser une menace à la relation (Kjaer *et al.*, 2014; Martins, Costa, Peterson, Costa, & Schmidt, 2014).

Sexualité mécanique. Enfin, les hommes comme les femmes soulignent que la sexualité était plus mécanique dans le contexte des traitements de fertilité, où les relations sexuelles doivent être planifiées et ont pour unique but la procréation. La plupart des écrits corroborent ces résultats en révélant une perte de

spontanéité lors des relations sexuelles rapportée tant par l'homme que la femme (p. ex. Lee, Sun, & Chao, 2001 ; Wischmann *et al.*, 2014).

FORCES ET LIMITES

Il s'agit de la première étude québécoise à examiner l'expérience psychologique d'infertilité chez les hommes et les femmes dans le contexte particulier de la relative gratuité de la PMA au Québec (2010-2015). Des études antérieures sur l'expérience des couples en traitement de fertilité soulignent l'importance du fardeau financier engendré par les traitements (p. ex. Sternke & Abrahamson, 2015). Dans le contexte de la présente étude, l'allègement du fardeau financier semble avoir favorisé une diminution du stress associé à l'expérience d'infertilité, puisque le thème du stress financier ne s'est pas avéré saillant chez les participants. De plus, cet échantillon comprenait des couples de niveaux socioéconomiques variés, contrairement à la sous-représentation des adultes à faible revenu habituellement retrouvée dans les études portant sur les couples en traitement de fertilité (Greil, 2010). Par ailleurs, la cueillette des données effectuée auprès des deux partenaires, mais séparément, a permis de dresser un portrait plus juste de la réalité de chacun, en diminuant l'interférence de la part du partenaire (Throsby & Gill, 2004).

L'importance du contexte socioculturel demeure un enjeu important en contexte d'infertilité (Greil *et al.*, 2010). En ce sens, les résultats de la présente étude ne sont pas généralisables aux populations dont le contexte socioculturel diffère et sont spécifiques au contexte sociopolitique québécois. De plus, l'échantillon comprenait majoritairement des participants caucasiens, hétérosexuels, d'origine québécoise et ayant eu recours aux traitements de fertilité dans une même clinique. De futures études en infertilité devraient considérer le contexte socioculturel et politique, et examiner les variations dans l'expérience des individus en traitement de fertilité en fonction du soutien financier disponible. Il est également possible que la représentativité des thèmes relevés concernant l'expérience des hommes soit limitée par la non-participation de deux hommes dont l'expérience pourrait différer. Enfin, l'utilisation du devis qualitatif pour examiner l'expérience psychologique des hommes et des femmes a permis d'explorer en profondeur les similitudes et les différences quant à leur vécu. Cependant, le devis qualitatif ne permet pas la comparaison directe entre les genres, mais plutôt une description des différences et des similitudes relevées de façon subjective par les participants (Ying *et al.*, 2015). Des études futures auprès de plus vastes échantillons pourraient reprendre certains concepts et évaluer si des différences de genre sont reproduites, ou encore, si des différences émergent plutôt en fonction de la cause de l'infertilité (masculine, féminine, mixte ou inconnue).

IMPLICATIONS PRATIQUES

Les résultats de cette étude soulignent l'importance pour les professionnels de la santé travaillant auprès des couples en traitement de fertilité d'ajuster leurs interventions en tenant compte du genre. En effet, les hommes et les femmes ne vivent pas de la même façon la difficulté à concevoir et utiliseraient des stratégies d'adaptation présentant un patron opposé : reprendre le contrôle chez les femmes comparativement à lâcher prise chez les hommes. Il apparaît nécessaire que ces différences soient prises en compte dans l'accompagnement des couples, afin de favoriser leur bien-être et leur santé mentale dans un contexte très stressant. D'une part, les professionnels gagnent à démontrer une sensibilité et une écoute bienveillante afin de reconnaître et valider

l'expérience des femmes qui vivent de douloureuses émotions (p. ex. culpabilité, blâme, honte, injustice) à plusieurs étapes des traitements (Péloquin & Brassard, 2013) et qui tentent de reprendre le contrôle sur leur expérience. Peterson, Newton, Rosen et Skaggs (2006) suggèrent que les comportements visant à régler un problème (p. ex. demander du soutien à ses proches) augmenteraient le sentiment de contrôle des femmes face au défi de l'infertilité. Ainsi, les professionnels pourraient encourager chez les femmes le développement ou la bonification de stratégies d'adaptation centrées sur les solutions. D'autre part, il importe d'être sensible à l'expérience et la détresse masculine, souvent minimisées ou niées et de ne pas interpréter leur lâcher-prise comme un désengagement ou un manque d'intérêt. Il serait également souhaitable d'inclure davantage les hommes dans le processus de traitements de fertilité (p. ex. les questionner, leur offrir du soutien, répondre à leurs interrogations), afin que ceux-ci se sentent plus engagés et reconnus dans ce projet familial. Enfin, Ying et ses collègues (2015) soulignent l'importance du soutien conjugal dans l'adaptation à l'infertilité. Ils recommandent ainsi une intervention promouvant le sens du partenariat au sein des couples infertiles afin d'aider les partenaires à se soutenir mutuellement dans le défi de l'infertilité.

RÉFÉRENCES

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77–101.
- Bushnik, T., Cook, J. L., Yuzpe, A. A., Tough, S., & Collins, J. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction, 28*, 738–746.
- Chen T. H., Chang S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction, 19*, 2313–2318.
- Collins, J. A. (2004). Evidence-based infertility: Evaluation of the female partner. *International Congress Series, 1266*, 57–62.
- Dancet, E. A. F., Nelen, W. L. D. M., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: A systematic review. *Human Reproduction Update, 16*, 467–487.
- Daniluk, J. C. (1997). Gender and infertility. Dans S. R. Leiblum (Éd.), *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies* (pp. 103–129). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Dimka, R. A., & Dein, S. L. (2013). The work of a woman is to give birth to children: Cultural constructions of infertility in Nigeria. *African Journal of Reproductive Health, 17*, 102–117.
- Dolan, A., & Coe, C. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health & Illness, 33*, 1019–1034.
- Edelmann, R. J., & Connolly, K. J. (2000). Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *British Journal of Health Psychology, 5*, 365–375.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: A review. *Social Science & Medicine, 48*, 575–589.
- Fisher, J. R., & Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: An overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian Journal of Andrology, 14*, 121–129.
- Glover, L., McLellan, A., & Weaver, S. M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*, 401–418.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine, 45*, 1679–1704.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness, 32*, 140–162.
- Herrera, F. (2013). “Men always adopt”: Infertility and reproduction from a male perspective. *Journal of Family Issues, 34*, 1059–1080.

- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J., & Collins, A. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, *78*, 42–48.
- Hudson, N., & Culley, L. (2013). The bloke can be a bit hazy about what's going on: Men and cross-border reproductive treatment. *Reproductive BioMedicine*, *27*, 253–260.
- Inhorn, M-C., & Van Balen, F. (2002). *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. Oakland: CA: University of California Press.
- Institut de la statistique du Québec (2016). *Naissances et fécondité*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf#page=31>
- Katz-Wise, S. L., Priess, H. A., & Hyde, J. S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, *46*, 18–28.
- Kjaer, T., Albiери, V., Jensen, A., Kjaer, S. K., Johansen, C., & Dalton, S. O. (2014). Divorce or end of cohabitation among Danish women evaluated for fertility problems. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *93*, 269–276.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, *16*, 1762–1767.
- Loftus, J., & Andriot, A. L. (2012). “That’s what makes a woman”: Infertility and coping with a failed life course transition. *Sociological Spectrum*, *32*, 226–243.
- Martins, M. V., Costa, P., Peterson, B. D., Costa, M. E., & Schmidt, L. (2014). Marital stability and repartnering: Infertility-related stress trajectories of unsuccessful fertility treatment. *Fertility and Sterility*, *102*, 1716–1722.
- McCreight, B. S. (2004). A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness*, *26*, 326–350.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris, France : De Boeck Université.
- Mucchielli, A. (Éd.). (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Mumtaz, Z., Shahid, U., & Levay, A. (2013). Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility among men and women in Punjab. *Reproductive Health*, *10*, 1–10.
- Péloquin, K., & Brassard, A. (2013). L'infertilité : une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher. *Les nouvelles réalités de couple, Cahier Recherche et pratique, Ordre des psychologues du Québec*, *3*, 22–26.
- Péloquin, K., Brassard, A., Arpin, V., Sabourin, S., & Wright, J. (2018). Whose’ fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *39*, 64–72.
- Péloquin, K., & Lafontaine, M.-F. (2010). What are the correlates of infertility-related clinical anxiety? A literature review and the presentation of a conceptual model. *Marriage & Family Review*, *46*, 580–620.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, *21*, 2443–2449.
- Poupart, J., Groulx, L.-H., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., & Mayer, R. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, Canada : Gaëtan Morin.
- Sternke, E., & Abrahamson, K. (2015). Perceptions of women with infertility on stigma and disability. *Sexuality & Disability*, *33*, 3 17.
- Throsby, K., & Gill, R. (2004). “It’s different for men”: Masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, *6*, 330–348.
- Ummel, D., & Achille, M. (2016). How not to let secrets out when conducting qualitative research with dyads. *Qualitative Health Research*, *26*, 807–815.
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M. E., Evers, A. W. M., & Braat, D. D. M. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, *25*, 1234–1240.
- Verhaak C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women’s emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction*, *13*, 27–36.
- Webb, R. E., & Daniluk, J. C. (1999). The end of the line: Infertile men’s experiences of being unable to produce a child. *Men and Masculinities*, *2*, 6–25.
- Williams, M. E. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in Private Practice*, *16*, 7–26.

- Wischmann, T., Schilling, K., Toth, B., Rosner, S., Strowitzki, T., Wohlfarth, K., & Kantenich, H. (2014). Sexuality, self-esteem and partnership quality in infertile women and men. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, *74*, 759–763.
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2013). (Male) infertility: What does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive BioMedicine Online*, *27*, 236–243.
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). Review: Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *52*, 1640–1652.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & van der Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. *Human Reproduction*, *24*, 2683–2687.