

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DYNAMIQUES DYADIQUES ET CO-CONSTRUCTION DU SENS DE  
L'EXPÉRIENCE DE LA MULTIPLICATION DES TRAITEMENTS DE  
FERTILITÉ INFRUCTUEUX CHEZ LES COUPLES HÉTÉROSEXUELS

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
ANNE GENDREAU

AOÛT 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de thèse, Mélanie Vachon, qui m'aura ouvert les portes de l'UQAM au détour d'une cage d'escalier de l'Université de Montréal. La compétence, l'enthousiasme, l'efficacité, l'engagement et la sensibilité sont au nombre des qualités qu'elle a mises à contribution tout au long de mon parcours doctoral. Merci Mélanie d'avoir rendu ce parcours agréable et enrichissant.

Je désire aussi souligner l'élan de départ que m'a fourni la contagieuse passion pour la recherche de la professeure Roxane de la Sablonnière à l'Université de Montréal. Son souci des étudiants de premier cycle aura grandement contribué au succès de la suite de mes études.

Mon travail de recherche doctorale a été rendu possible grâce à la collaboration première de Madame Danièle Tremblay, psychologue, qui a partagé avec énormément de générosité sa grande expérience de la procréation assistée. D'autres intervenants ont aussi permis de concrétiser mon projet de thèse, soit notamment Madame Nicole Reeves, psychologue, l'équipe de ovo R&D, ainsi que la regrettée Carole Rhéaume qui m'a accueillie avec beaucoup d'ouverture à la clinique ovo. Je souligne que plusieurs de ces contacts ont pu être initiés par le biais de ma sœur, Mélanie Gendreau, embryologiste.

Je remercie aussi tout particulièrement et très chaleureusement les participants qui ont accepté de contribuer à mon projet de recherche. Je souligne la générosité dont vous avez fait preuve en livrant votre expérience relationnelle au fil de vos parcours de formation de famille.

En plus des personnes qui ont rendu possible mon projet de thèse et mon parcours doctoral, il y a celles qui les ont enrichis par leur amitié, nouvelle ou renouvelée. Difficile ici de décider de l'ordre de l'énumération parce qu'elles sont toutes aussi précieuses les unes que les autres. Je choisis donc l'ordre chronologique des rencontres. Valérie Lamontagne, merci pour ta proximité et ton écoute, chaque occasion avec toi, qu'elle soit familiale, amicale, culturelle ou professionnelle est un bonheur. Céline Boissonneault, une richesse d'abord professionnelle puis personnelle, je suis reconnaissante que la vie t'aie mise sur mon chemin, ta contribution a rendu ma thèse meilleure et ta présence a rendu son processus immensément plus agréable. Élise Chaperon et Roxane Sinclair, sans vous la vie n'aurait pas la même profondeur ni le même sens, mon humanité s'enrichit grâce à vous.

Je souligne au passage la précieuse présence de mes collègues étudiantes sous la direction de Mélanie Vachon (Claire, Gabrielle, Andréanne, Isabelle, Lizanne et Mélanie M.) qui ont toujours incarné une présence bienveillante. Cela dit, dans la catégorie collègue, je réserve tout de même une place particulière à Christine Goyette qui m'a tant inspirée, touchée et aidée tout au long du doctorat. Ton excellence sur le plan académique, ta générosité, ta sensibilité et ta gentillesse auront rendu nos multiples collaborations académiques agréables, édifiantes et fructueuses pour moi.

Par ailleurs, je ne pourrais passer sous silence l'importance de mes superviseurs clinique. Je tiens à remercier François Auger, Alain Mercier et Lucie Hébert. Votre présence contenante et vos enseignements restent une inspiration dont je continue à bénéficier.

En outre, ce parcours aurait littéralement été impossible sans le soutien de Renée Normandin, ma belle-mère, et de ma mère, Françoise Provencher. Votre présence dévouée est une bénédiction pour moi et pour les garçons (incluant Alexis)!

Merci aussi à toute ma famille, les Gendreau et les Martin au sens large, ainsi qu'à mes amies qui m'ont accompagnée dans tout ce long processus de changement de carrière. J'offre notamment une pensée toute spéciale à Karine Laflèche et à Brigitte Scherrer qui font précieusement partie de ma vie depuis si longtemps.

D'ailleurs, je réserve une place toute spéciale dans ces remerciements à mes enfants qui ont depuis presque toujours une mère étudiante, avec tous les sacrifices que ce statut implique. Léonard et Albert, vous m'avez permis de conserver un équilibre salubre et vous enrichissez ma vie à chaque jour.

Alexis, les mots me manquent pour exprimer l'infinie gratitude que j'ai envers toi. Ton amour et ton engagement m'ont portée jusqu'à aujourd'hui, et la confiance qu'ils continueront de m'accompagner me permet d'entrevoir l'avenir avec bonheur. Sans toi rien de tout cela n'aurait été possible. Merci.

Pour terminer, je désire souligner le soutien financier de la Fondation de l'UQAM (anciennement FARE), des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Fonds de recherche Québec – santé (FRQS). Par leur contribution financière, ils ont soutenu mon projet d'étude et adouci mon parcours.

## TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	x
RÉSUMÉ .....	xi
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS .....	3
1.1 Infertilité .....	3
1.2 Procréation médicalement assistée .....	6
1.3 Parentalité et questions existentielles .....	11
1.4 Amour, couple et désir d'enfant .....	13
1.5 Couple, infertilité et procréation médicalement assistée .....	17
1.5.1 Survol de la recherche quantitative .....	19
1.5.2 Survol de la recherche qualitative .....	24
1.6 Objectifs de recherche .....	26
CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE .....	28
2.1 Positionnement du paradigme constructiviste .....	29
2.1.1 De l'interactionnisme symbolique à l'intersubjectivité .....	30
2.2 Présupposés : posture humaniste-existentielle .....	33
2.3 Considérations éthiques générales.....	34
2.4 Méthodologie.....	36
2.4.1 Phénoménologie interprétative.....	36
2.4.2 Participants.....	38
2.4.3 Méthode de cueillette des données.....	42
2.4.4 Analyse et traitement des données .....	44
2.4.5 Rigueur.....	47

2.5	Éthique de la recherche.....	49
2.5.1	Consentement libre et éclairé.....	49
2.5.2	Anonymat, confidentialité interne et protection de la vie privée.....	51
2.5.3	Risques.....	51
2.5.4	Bienfaits potentiels.....	52

**CHAPITRE III LIVING AT A CROSSROADS: RELATIONAL DYNAMICS OF INFERTILE COUPLES WITH MULTIPLE FERTILITY TREATMENT FAILURES**  
..... 54

3.1	Introduction.....	56
3.1.1	Aims.....	58
3.2	Conceptual and Methodological Framework.....	58
3.3	Method.....	59
3.3.1	Participants.....	59
3.3.2	Procedure.....	59
3.3.3	Data Analysis.....	60
3.3.4	Quality and Trustworthiness.....	61
3.4	Results.....	61
3.4.1	Downward Trajectory: Distance and Impasse.....	64
3.4.2	Exclusion–Withdrawal Dynamic.....	65
3.4.3	Blame.....	67
3.4.4	Unexpressed Feelings, Unvoiced Concerns.....	69
3.4.5	Impasse on the Horizon: Separation Perspective.....	72
3.4.6	Ascending Trajectory: Cultivating the Relationship.....	73
3.4.7	Emotional Resonance: Being Present and Sharing Emotional Experience .....	73
3.4.8	Marital Commitment.....	77
3.4.9	Horizon: Marital Development and Meaning Making.....	79
3.4.10	Meaning-making Process.....	81
3.5	Discussion.....	82
3.5.1	Conclusions, Limitations and Implications.....	85

**CHAPITRE IV LOSING BALANCE AND THE SEARCH FOR EQUILIBRIUM: HOW INFERTILITY AND ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES CAN DISRUPT THE POWER BALANCE BETWEEN INTIMATE PARTNERS** ..... 94

4.1	Introduction.....	96
4.1.1	Context & Rationale.....	96

4.1.2	Literature Review: Couple and Relationship Power Definitions and Characteristics .....	97
4.1.3	Power Definitions and Characteristics .....	97
4.1.4	Relationship Power Balance and ART .....	99
4.1.5	Current Study: Aims & Objectives .....	100
4.2	Method .....	101
4.2.1	Participants .....	101
4.2.2	Participant characteristics .....	101
4.2.3	Ethics and trustworthiness .....	101
4.2.4	Data collection context .....	102
4.2.5	Interviews .....	102
4.2.6	Analysis .....	103
4.3	Results .....	104
4.3.1	Infertility/ART-Specific Power Domains .....	105
4.3.2	Marital Commitment and Power Domain Interactions .....	111
4.3.3	Recognition: A Counterweight to Power Imbalances .....	113
4.4	Discussion .....	116
4.4.1	Findings Implications: Research & Clinical .....	119
4.4.2	Contribution, Limitations .....	120
4.4.3	Conclusion .....	121
CHAPITRE V DISCUSSION GÉNÉRALE .....		129
5.1	Parcours des couples : retour sur le premier article .....	129
5.2	Les dynamiques de pouvoir : retour sur le deuxième article .....	131
5.3	Couple et PMA : regards croisés sur l'expérience dyadique et pistes de compréhension .....	132
5.3.1	Couple et PMA : non-linéarité et enchevêtrement des expériences .....	132
5.3.2	Couple et PMA : l'enjeu fondamental du projet parental .....	134
5.3.3	Couple et PMA : différences de genre, facteurs conjugaux et détresse psychologique .....	136
5.4	L'engagement conjugal : pierre angulaire du parcours de PMA .....	138
5.5	Le style d'attachement : comprendre l'engagement autrement .....	142
5.6	La reconnaissance : fil rouge de l'expérience intersubjective des couples qui vivent des échecs multiples en PMA .....	146
5.6.1	Le concept de reconnaissance : contexte .....	146
5.6.2	« La reconnaissance comme gratitude » .....	147

5.6.3	Quand l'infertilité perturbe la capacité à se reconnaître soi-même : implications pour la reconnaissance mutuelle .....	149
5.6.4	Expériences relationnelles positives en PMA comme promesses de développement conjugal .....	150
5.6.5	Reconnaître l'expérience des couples par la recherche.....	151
5.7	Bilan de la thèse.....	152
5.7.1	Contributions de la thèse.....	152
5.7.2	Limites .....	154
5.7.3	Pistes pour la recherche future .....	157
5.7.4	Implications cliniques .....	159
CONCLUSION.....		162
ANNEXE A GUIDE POUR CONSIGNER LES NOTES RÉFLEXIVES « POST-ENTRETIEN » DE COUPLE.....		165
ANNEXE B GUIDE POUR CONSIGNER LES NOTES RÉFLEXIVES « POST-ENTRETIENS » INDIVIDUELS .....		169
ANNEXE C GRILLE D'ENTRETIEN – COUPLE.....		172
ANNEXE D GRILLE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL.....		174
ANNEXE E FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....		176
ANNEXE F FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT, VERSION CHUM .....		180
ANNEXE G FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT, VERSION OVO.....		189
ANNEXE H FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT, VERSION UQAM .....		200
RÉFÉRENCES.....		208

## LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure	Page
3.1 Relational dynamics of couples facing multiple ART treatment failures....	63
4.1 Relationship power dynamics in couples facing infertility and ART.....	104
Tableau	Page
2.1 Résumé des traitements reçus par chaque couple participant.....	40

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ART	Assisted reproductive technology
CHU	Centre hospitalier universitaire
FIV	Fécondation <i>in vitro</i>
FIVn	Fécondation <i>in vitro</i> en cycle naturel
IAC	Insémination avec sperme du conjoint
ICSI	Injection intracytoplasmique de spermatozoïde
IVF	<i>In vitro</i> fertilization
PMA	Procréation médicalement assistée

## RÉSUMÉ

Malgré l'abondance des écrits scientifiques qui s'intéressent aux conséquences psychologiques de l'infertilité et de la procréation médicalement assistée (PMA), les études à propos de la relation de couple comme intérêt de recherche dans ce contexte sont plutôt rares (Chachamovich et al., 2010; Greil, 1997; Schmidt, 2009). De plus, les résultats de recherche sur la satisfaction conjugale en contexte de PMA se résument au constat qu'il est possible d'observer une amélioration tout comme une détérioration de la satisfaction conjugale, tant durant les traitements qu'après ceux-ci (Coëffin-Driol et Giami, 2004; Peterson, Pirritano, Block et Schmidt, 2011; Schmidt, 2009; Schmidt, Holstein, Christensen et Boivin, 2005). D'autre part, la durée de l'infertilité combinée à de multiples échecs des traitements de PMA seraient associées à plus de détresse conjugale (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares et Almeida-Santos, 2016; Zurlo, Cattaneo Della Volta et Vallone, 2018). Malgré la pluralité apparente des expériences relationnelles susceptibles de résulter d'un vécu d'infertilité et de PMA, peu d'études se sont penchées sur le caractère intersubjectif de l'expérience de multiples traitements de fertilité infructueux. Plus spécifiquement, très peu d'études qualitatives sont consacrées à la manière dont les partenaires interagissent, partagent leur expérience, s'influencent mutuellement et co-construisent un sens à leur expérience de l'infertilité et des échecs multiples en PMA.

En ce sens, la présente thèse poursuit l'objectif général d'explorer l'expérience intersubjective des couples qui poursuivent des traitements en fécondation *in vitro* malgré de multiples échecs en PMA. Pour ce faire, nous proposons une incursion au cœur du processus de traitement dans le but de mettre en lumière la complexité de la dynamique de couples qui vivent des échecs répétés en PMA.

Afin de répondre à l'objectif de recherche, six couples ont été recrutés pour des entretiens semi-dirigés de couple et individuels (18 entretiens). Les transcriptions des entretiens ont été analysées selon l'approche de la phénoménologie interprétative (Smith, Flowers et Larkin, 2009). Une analyse en profondeur du matériel issu des entrevues de chaque couple a été effectuée par le biais d'analyses de cas approfondies pour chaque couple. L'ensemble des cas individuels ont été mis en dialogue pour constituer l'analyse transversale. Les principaux résultats sont présentés dans deux articles distincts qui composent le corps de la thèse.

Le premier article répond essentiellement à l'objectif principal de la thèse en proposant une compréhension transversale de la dynamique des couples participants. Les résultats qui y sont présentés s'articulent autour de deux principaux parcours relationnels chez les couples participants. Ces parcours émergent de l'expérience commune du stress relié aux traitements et conduisent à deux horizons distincts, soit celui du développement conjugal et celui de l'impasse conjugale. À partir du cœur de l'expérience des traitements constitué du stress associé à la logistique inhérente aux traitements, aux procédures médicales et au vécu des échecs, l'analyse met en lumière des processus relationnels qui composent les deux parcours. Du côté de l'impasse, des mouvements de retrait et d'exclusion, ainsi que la présence de blâme et de non-dits semblent contribuer à détériorer la relation et accentuer le stress associé au vécu des traitements. Le parcours de développement conjugal se compose quant à lui de présence à l'autre, de partage de l'expérience émotionnelle ainsi que d'engagement conjugal, tous des processus relationnels dont le développement semble participer à la création d'un sens de l'expérience des traitements. Ces résultats sont discutés sous l'angle des enjeux d'engagement conjugal, d'attachement et d'adaptation au stress des traitements.

Le deuxième article approfondit le thème émergent des rapports de pouvoir à titre de piste de compréhension du stress relié à l'infertilité et aux traitements de PMA. Il met en lumière la complexité de la perturbation relationnelle associée à l'infertilité, aux options de traitement et de formation de famille ainsi qu'à l'incertitude quant à l'issue de ceux-ci. Les résultats que nous y présentons suggèrent quatre domaines où le rapport de pouvoir est susceptible d'être perturbé par l'infertilité et les traitements de PMA, soit le facteur d'infertilité, le désir d'enfant et le rapport aux différentes options de formation de famille, le rapport aux traitements de fertilité ainsi que l'engagement conjugal. Notre analyse relève que les différents domaines de pouvoir interagissent et se combinent dans l'équilibre ou l'asymétrie des pouvoirs de manière unique pour chaque couple. Dans certains cas, il semble qu'une composante de reconnaissance de l'autre et des forces en jeu peut permettre au facteur d'engagement conjugal de faire contrepoids aux déséquilibres induits par l'infertilité et la PMA. Cette compréhension de la perturbation de la dynamique des couples infertiles suggère que l'asymétrie et/ou la perturbation de l'équilibre dans les rapports de pouvoir constituent des facteurs clés pour la compréhension de la détresse, du bien-être et de l'ajustement chez les partenaires de couples traités en PMA.

Pour conclure, l'intégration générale de l'ensemble des résultats propose une compréhension de l'expérience des couples qui vivent des échecs multiples en PMA sous différents angles. D'une part, en résonance avec les écrits scientifiques existants à propos du couple et de la PMA, le bilan de la thèse traite de la complexité de l'expérience relationnelle, de l'enjeu du projet parental ainsi que des interactions entre les différences de genre, les facteurs conjugaux et la détresse psychologique.

Par la suite, une réflexion plus large autour des thèmes de l'engagement conjugal, de l'attachement et de la reconnaissance permet de tisser des liens entre l'expérience des traitements de fertilité et des enjeux existentiels et relationnels qui dépassent le contexte de la PMA. Ce faisant, nous tentons de réinscrire l'expérience des échecs multiples en PMA dans une perspective holistique et développementale de la relation du couple qui a recours à des traitements de fertilité.

Mots clés : Procréation médicalement assistée, couple, infertilité, engagement conjugal, rapports de pouvoir, intersubjectivité, ajustement conjugal, phénoménologie interprétative.

## INTRODUCTION

Le couple contemporain a bien souvent beaucoup de libertés ainsi que beaucoup de contrôle sur sa vie et son développement. La difficulté à concevoir un enfant lorsque désiré peut représenter une des premières entraves rencontrées au cours de la vie commune d'un couple. Pour la quasi-totalité des individus, l'expérience de l'infertilité constitue une épreuve sur les plans personnel et conjugal (Burns et Covington, 2006; Strauss, 2002). Devoir solliciter de l'aide pour accomplir ce que d'autres accomplissent tout naturellement dans l'intimité, parfois même malgré leurs précautions, constitue généralement une option de dernier recours qui peut susciter à la fois espoir et sentiment d'injustice (Burns et Covington, 2006). Une fois au cœur du processus de procréation assistée, les patients se retrouvent dans un univers hautement médicalisé et souvent déroutant. Pourtant, pour une grande partie de la clientèle des cliniques de fertilité, la démarche hors du commun en procréation assistée origine du simple et bien commun désir d'un couple d'avoir un enfant.

Malgré l'abondance des écrits scientifiques existants dans ce domaine de recherche et l'importance que les cliniques de fertilité accordent à l'implication des deux conjoints dans la démarche de traitement, assez peu d'études se sont penchées sur le caractère intersubjectif de l'expérience des traitements de fertilité. Encore à ce jour, la science peine à tenir compte de la subtilité des enjeux relationnels impliqués dans la démarche vers la parentalité lorsque le couple doit avoir recours à la médecine de la reproduction. En ce sens, la contribution du présent projet de recherche vise spécifiquement la mise en lumière de la complexité des processus et enjeux relationnels chez les couples qui vivent des échecs multiples en procréation médicalement assistée (PMA).

Pour ce faire, une étude qualitative auprès de six couples traités en PMA a été réalisée. Afin de situer plus globalement le projet de recherche et ses résultats, le premier chapitre de la thèse fusionne la problématique et la recension générale des écrits afin d'intégrer la problématique au cœur de la description des particularités de l'univers de la procréation assistée. Ce faisant, les thèmes de l'infertilité et de la procréation médicalement assistée seront d'emblée mis en lien avec les problématiques plus générales du couple, de la parentalité et des questions existentielles qui y sont associées. Ce premier chapitre se conclut par la formulation des objectifs de recherche. Par la suite, le deuxième chapitre traite du cadre paradigmatique adopté pour combler les objectifs de l'étude et aborde certaines considérations éthiques générales propres à la réalité clinique actuelle dans le domaine de la médecine reproductive au Québec. Il explicite aussi les détails méthodologiques et éthiques de la recherche proposée. Les résultats de la recherche sont présentés sous la forme de deux articles scientifiques qui composent les quatrièmes et cinquièmes chapitres. Finalement, le sixième chapitre propose une discussion générale des résultats de la thèse qui intègre les résultats présentés dans les deux articles.

## CHAPITRE I

### PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

#### 1.1 Infertilité

Selon l'organisation mondiale de la santé, l'infertilité se définit comme l'absence de grossesse malgré une année de rapports sexuels réguliers et non protégés (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009). Des données récentes estiment qu'entre 11,5 et 15,7 % de la population canadienne est infertile, ce qui représente une hausse par rapport au taux de 8,5 % rapporté en 1992 (Bushnik, Cook, Yuzpe, Tough et Collins, 2012). Différents facteurs peuvent contribuer à expliquer cette augmentation, par exemple le déclin observé de concentration des spermatozoïdes depuis 1973 en occident (Levine *et al.*, 2017), mais le facteur le plus fréquemment pointé du doigt demeure l'augmentation de l'âge maternel au premier enfant (Balasch et Gratacos, 2011). En effet, la tendance pour les couples occidentaux à repousser dans le temps la concrétisation du projet familial, que ce soit pour des raisons personnelles, professionnelles ou économiques, représente un élément important pour expliquer la hausse observée du taux d'infertilité (Balasch et Gratacos, 2011; Ford *et al.*, 2000; Johnson et Tough, 2012; Liu et Case, 2011). Cependant, contrairement à la croyance populaire qui a longtemps fait porter le fardeau de l'infertilité à la femme seulement, l'infertilité chez les couples hétérosexuels est attribuable à l'homme et la femme dans une proportion similaire (Burns et Covington, 2006). Au Canada, les données les plus récentes font état de 34 % des cas d'infertilité attribuables à la femme, 32 % à

l'homme, alors que dans 14 % des cas les deux partenaires sont impliqués (Gunby, Bissonnette, Librach et Cowan, 2011). Chez 19 % des couples infertiles, la cause du problème est inconnue; il s'agit des cas d'infertilité dite idiopathique ou inexplicée (Gunby *et al.*, 2011).

Malgré la proportion significative de cas d'infertilité pour lesquels aucune cause physiologique n'est identifiée, un certain consensus existe à l'effet que la population de personnes infertiles, en tant que groupe, ne diffère pas de la population générale. En effet, à ce jour toutes les théories (regroupées sous l'appellation « hypothèse psychogénique ») qui prédisaient une association entre l'infertilité et des caractéristiques psychologiques telles que les traits de personnalité ont été invalidées (Burns et Covington, 2006; Greil, 1997). Actuellement, le stress constitue le seul facteur à caractère psychologique qui continue de susciter un intérêt à titre de facteur causal dans la perturbation des mécanismes de procréation (An, Wang, Ji, Zhang et Wu, 2011; Greil, 1997; Morreale, Balon, Tancer et Diamond, 2010). Le domaine biomédical, influent en matière de pratiques cliniques et de politiques, a historiquement d'abord présenté l'infertilité comme un problème de nature médicale auquel s'ajoutent des dimensions de stress aigu et chronique (Burns et Covington, 2006).

Conséquemment, comme pour virtuellement toutes les maladies ou problèmes médicaux chroniques, une abondance d'écrits scientifiques existent sur les conséquences psychologiques associées à l'infertilité, tant dans la sphère biomédicale que clinique. C'est ainsi que de manière générale, les recherches tendent à démontrer que l'infertilité entraînerait de la détresse psychologique (Chachamovich *et al.*, 2010; Cousineau et Domar, 2007; Greil, 1997; Strauss, 2002). En ce sens, de nombreuses variables ont été étudiées, les plus communes étant l'anxiété, la dépression et la sexualité. Ainsi, l'infertilité serait associée à une incidence plus grande de symptômes dépressifs et anxieux (Chiaffarino *et al.*, 2011; Cousineau et Domar, 2007; Greil,

1997; Harris, 2011; King, 2003; Sbaragli *et al.*, 2008). Par rapport à la sexualité, la recherche rapporte de manière plutôt unanime une diminution de la satisfaction (Coëffin-Driol et Giami, 2004). Une altération du fonctionnement social (Chachamovich *et al.*, 2010; Strauss, 2002) ainsi qu'un faible sentiment de contrôle ont aussi été abondamment soulignés dans les écrits empiriques et cliniques (Burns, 2005; Cousineau et Domar, 2007; Strauss, 2002). À ce sujet, après un examen détaillé et exhaustif des recherches sur l'expérience de l'infertilité et la détresse associée à celle-ci, Greil (1997) conclut que les personnes aux prises avec un problème d'infertilité présentent plus de détresse psychologique que la population générale, mais probablement à des seuils sous-cliniques pour la plupart. Cette conclusion tient compte à la fois des résultats observés dans les études quantitatives (qui obtiennent des résultats mitigés), et de la recherche qualitative qui dresse quant à elle un portrait généralement plus négatif de l'expérience de l'infertilité.

Dans les pays développés, une moyenne de 56,1% des couples qui éprouvent de la difficulté à concevoir sollicitent de l'aide médicale (Boivin, Bunting, Collins et Nygren, 2007). Puisque les connaissances actuelles en termes de conséquences psychologiques de l'infertilité reposent en grande partie sur des données recueillies auprès de patients en clinique de fertilité, Greil et ses collègues (1997; 2010) ont soulevé la possibilité que la détresse observée, ou du moins une partie de celle-ci, soit attribuable aux traitements de fertilité plutôt qu'à l'infertilité elle-même. À cet effet, Greil, McQuillan, Lowry et Shreffler (2011) ont mené une importante étude afin de comparer les niveaux de détresse spécifiquement liée à l'infertilité chez les femmes qui reçoivent des traitements et chez celles qui n'en reçoivent pas. À l'aide de données nationales (États-Unis) issues d'un échantillon probabiliste (rare dans le domaine), ils ont trouvé que les femmes infertiles qui présentaient le plus de détresse liée à l'infertilité étaient celles qui recevaient des traitements de fertilité de manière répétée sans succès. Étonnamment, ils rapportent aussi que les femmes traitées avec succès présentaient tout de même des niveaux de détresse supérieurs aux femmes

infertiles qui ne sollicitent pas de traitement médical. Cette étude montre que les traitements de fertilité sont associés à plus de détresse liée à l'infertilité que le seul fait d'être infertile (Greil *et al.*, 2011). Elle vient soutenir l'hypothèse que les traitements de fertilité pourraient spécifiquement comporter des effets iatrogènes sur le plan psychologique, effets susceptibles d'expliquer une partie de la détresse observée chez les personnes infertiles qui consultent en médecine reproductive.

De ce fait, il importe d'examiner de plus près l'expérience de la procréation médicalement assistée. C'est ainsi que pour donner suite à la description des pratiques de procréation médicalement assistée et de leurs implications connues, un portrait plus large de la démarche vers la parentalité sera proposé. Pour ce faire, les dimensions existentielles associées à la parentalité, soit l'amour, le couple et le désir d'enfant seront abordés avant de conclure ce premier chapitre par la revue des études scientifiques qui se sont plus spécifiquement attardées au couple en contexte d'infertilité et de traitements de fertilité.

## 1.2 Procréation médicalement assistée

La procréation médicalement assistée (PMA) se définit comme :

Tout soutien apporté à la reproduction humaine par des techniques médicales ou pharmaceutiques ou par des manipulations de laboratoire [...] Sont notamment visées les activités suivantes: l'utilisation de procédés pharmaceutiques pour la stimulation ovarienne; le prélèvement, le traitement, la manipulation *in vitro* et la conservation des gamètes humains; l'insémination artificielle avec le sperme du conjoint ou le sperme d'un donneur; le diagnostic génétique préimplantatoire; la conservation d'embryons; le transfert d'embryons chez une femme. (Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, 2018, p.2).

Depuis plusieurs années, une progression dans la demande de services en médecine de la reproduction est observée partout dans le monde (Gunby *et al.*, 2011; Zegers-Hochschild *et al.*, 2009). À titre d'exemple, Gunby et ses collègues (2011) rapportent une augmentation de 12% des cycles de PMA au Canada de 2006 à 2007. La tendance générale à la hausse du recours à la PMA à l'échelle mondiale pourrait être attribuable, entre autres, à l'augmentation de l'âge maternel moyen pour une première grossesse (Balasch et Gratacos, 2011) et aux développements en matière de traitement de l'infertilité (McLernon, Maheshwari, Lee et Bhattacharya, 2016). Entre août 2010 et novembre 2010, les femmes traitées par les cinq cliniques de fertilité alors en opération au Québec<sup>1</sup> avaient entre 22 et 46 ans, avec un âge moyen de 37 ans (Bissonnette *et al.*, 2011). Tout comme la fertilité, le taux de succès en PMA diminue significativement avec l'âge (Malizia, Hacker et Penzias, 2009; Stewart *et al.*, 2011). D'ailleurs, plusieurs s'inquiètent du manque de connaissances de la population à propos de l'infertilité liée à l'âge et de la PMA (Bretherick, Fairbrother, Avila, Harbord et Robinson, 2010; Daniluk, Koert et Cheung, 2012). Plus spécifiquement, ce sont les croyances irréalistes entretenues quant aux possibilités de la médecine reproductive de compenser pour les problèmes de fertilité liés à l'âge qui préoccupent certains chercheurs (Daniluk et Koert, 2012; Daniluk *et al.*, 2012).

Au Québec, l'État a pris en charge la couverture de trois cycles de traitements en procréation médicalement assistée d'août 2010 à novembre 2015. Depuis, seuls les services d'investigation et de diagnostic des problèmes de fertilité offerts dans le réseau de la santé, l'insémination artificielle et la préservation de la fertilité dans le contexte de traitements oncologiques sont couverts par la régie de l'assurance maladie du Québec (Gouvernement du Québec, 2017a). Des services complets de

---

<sup>1</sup> Cliniques : Ovo, Procréa (Montréal et Québec), Centre de reproduction McGill et Le centre de fertilité de Montréal.

PMA sont offerts aux frais des patients au Centre universitaire de santé McGill, au centre hospitalier universitaire Ste-Justine et dans les cinq cliniques de fertilité privées du Québec situées à Montréal, Laval et Québec (Gouvernement du Québec, 2017b). Pour les personnes habitant hors des grands centres, certains services d'évaluation et des traitements de base sont disponibles dans des centres régionaux de procréation assistée (Hôpital de Chicoutimi, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et CHU de Québec-Université Laval). Pour les traitements de fécondation *in vitro* (FIV), les patientes doivent donc être dirigées vers la région de Montréal ou la ville de Québec.

Au Canada, 25,6% des cycles<sup>2</sup> de traitement en PMA se soldent par une naissance vivante, ce qui représente 4 499 enfants<sup>3</sup> nés à la suite de traitements de PMA en 2007 (Gunby *et al.*, 2011). Après trois cycles de fertilisation *in vitro* (FIV), soit l'équivalent de ce qui était offert entre 2010 et 2015 par le programme québécois de PMA, le taux cumulatif de naissances vivantes au Royaume-Uni a été évalué à 57,1% selon une méthode de calcul dite « optimale » qui présume que les patientes qui arrêtent leurs traitements avant d'avoir complété le 3<sup>e</sup> cycle auraient eu autant de chances d'obtenir une naissance vivante que celles qui ont poursuivi trois cycles de

---

<sup>2</sup> Un cycle de PMA désigne l'ensemble des procédures qui mènent à une ponction d'ovule (s) ou à la décongélation d'ovule(s) ou d'embryon(s) et qui en résultent. C'est-à-dire la stimulation hormonale pharmacologique (dans le cas des cycles stimulés), le prélèvement du ou des ovules ou la décongélation d'ovule(s) ou d'embryon(s), la fécondation *in vitro* (traditionnelle ou par micro-injection intracytoplasmique de spermatozoïde), le transfert d'embryon et la cryopréservation des embryons surnuméraires destinés à des transferts ultérieurs. C'est ainsi qu'une femme peut théoriquement obtenir plusieurs grossesses à la suite d'un seul cycle lorsque, par exemple, une grossesse résulte d'un premier transfert d'embryon frais et que, par la suite, une ou plusieurs autres grossesses résultent de transferts subséquents d'embryons congelés issus de ce même cycle de stimulation.

<sup>3</sup> En 2007, le Canada a enregistré un total de 367 864 naissances (Statistique Canada, 2009). Les naissances consécutives à des traitements de PMA ont ainsi représenté environ 0,01% des naissances au pays en 2007.

traitements (McLernon *et al.*, 2016). Lorsque le taux cumulatif de naissances vivantes est calculé de manière dite « conservatrice », c'est-à-dire en présumant que toutes les femmes qui ont arrêté leurs traitements avant d'avoir complété leurs trois cycles n'auraient effectivement pas eu de naissance vivante même si elles avaient poursuivi leurs traitements, le taux chute à 42,3% (McLernon *et al.*, 2016). Le taux optimal (57,1%) reflète ainsi le taux de succès que les patientes peuvent espérer si elles complètent trois cycles de traitements. Ainsi, près de 43% des couples infertiles traités en PMA peuvent s'attendre à demeurer sans enfant biologique après trois cycles de FIV.

Au-delà des dérangements occasionnés par la fréquence des rendez-vous et de l'inconfort provoqué par les procédures médicales, la PMA a été associée à de la détresse psychologique (Eugster et Vingerhoets, 1999; Verhaak et al., 2007). D'ailleurs, le *Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée* du Québec prévoit qu'avant de consentir à tout traitement de PMA, les patients doivent être informés de la disponibilité de soutien psychologique à la clinique de fertilité. Ainsi, en plus des conséquences psychologiques de l'infertilité abordées précédemment (anxiété, dépression, faible sentiment de contrôle), s'ajoutent très souvent en contexte de PMA du stress (Benazon, Wright et Sabourin, 1992), des sentiments d'impuissance et de désespoir (Harris, 2011) ainsi qu'un retrait social caractérisé par des comportements d'évitement des situations où se retrouvent des femmes enceintes et/ou des bébés, avec pour conséquence un sentiment d'isolement (Cousineau et Domar, 2007; Harris, 2011; Jaffe et Diamond, 2011).

De ce fait, les conséquences psychologiques qui peuvent s'entremêler à l'expérience de l'infertilité et de la PMA, spécifiquement exacerbées par la perspective de l'échec des traitements, sont souvent vécues de manière solitaire, non partagée, voire décrites comme illégitimes (Sewall et Burns, 2006). De surcroît, les pertes se superposeraient en PMA (Bateman-Cass, 2000) : perte de contrôle sur le cours attendu de la vie et sur

les fonctions biologiques intimes, perte de l'enfant rêvé, de l'aspiration à la parentalité et d'une certaine identité, perte de la relation au partenaire telle que précédemment vécue et de la capacité à être en relation avec les membres de la famille et les amis qui poursuivent leur développement sans obstacle à travers la parentalité, etc. (Bateman-Cass, 2000; Harris, 2011; Sewall et Burns, 2006; Volgsten, Svanberg et Olsson, 2010). L'infertilité a été décrite comme une expérience liminaire dont la liminalité serait exacerbée par l'expérience de la PMA (Allan, 2007). Covington (2005) parle de « l'indicible douleur de ne jamais savoir » (p.201). L'infertilité et les pertes qui y sont associées demeurent ambiguës, intangibles et invisibles, donc par conséquent non reconnues et non partagées, posant ainsi un défi particulier pour le travail de deuil. Ironiquement, malgré les nombreuses conséquences et pertes associées à l'infertilité et la PMA ainsi que le caractère particulier du deuil associé à celles-ci, plusieurs ont pourtant noté que la médicalisation de l'infertilité aurait entraîné un désintérêt pour les enjeux psychologiques liés à la difficulté à concevoir (Cousineau et Domar, 2007). Cette tendance sert peut-être à maintenir à l'écart le spectre de l'échec des traitements, mais du même coup elle évacue les questions existentielles qui y sont associées, soit le sens de la parentalité, du désir d'enfant et de la relation de couple.

Tel que décrit ci-dessus, les difficultés ou souffrances associées à l'infertilité et aux traitements de PMA concernent entre autres les dimensions psychologique, relationnelle et sociale de la vie des patients. En ce sens, l'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (*Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*). À la lumière de cette définition, l'infertilité constitue effectivement un problème de santé, et ce, malgré son caractère souvent asymptomatique avant que la personne tente de concevoir un enfant. La section qui suit aborde quelques considérations autour de la question de la

parentalité afin de mieux mettre en contexte sa place dans le développement de l'adulte et le sens que peut revêtir le rôle de parent.

### 1.3 Parentalité et questions existentielles

La transition à la parentalité représente une étape développementale importante de l'âge adulte. Malgré la perpétuelle évolution des modèles sociaux, l'importance de la parentalité dans le cycle de la vie a été soulignée par plusieurs et depuis longtemps. Par exemple, à la fin des années 50, Erikson (1959) faisait référence au développement chez l'adulte d'un intérêt envers la prochaine génération à travers la volonté de contribuer à sa création et son encadrement. Ce qu'il a appelé « générativité », le septième stade de son modèle de développement psychosocial (deuxième stade de l'âge adulte), ferait partie de la séquence de développement attendue en tenant compte des forces biologiques, psychologiques et culturelles. La recension et la description de toutes les conceptualisations de la place de la parentalité dans le développement de l'adulte dépasse l'objet de ce travail, mais il est important de retenir qu'encore aujourd'hui, l'expérience de la parentalité fait généralement partie du parcours de vie attendu et est considérée comme déterminante dans l'affirmation de l'identité en tant qu'adulte (Boivin et Pennings, 2005; Burns, 2005; Bushnik, Cook, Hughes et Tough, 2012; Peterson, Pirritano, Tucker et Lampic, 2012; Thompson et Lee, 2011).

En ce sens, il existe tout un pan de recherche sur les liens entre parentalité et bien-être, domaine de recherche qui, ironiquement, trouve le plus souvent que les personnes sans enfant vivent plus de bien-être et moins de détresse que les parents (Umberson, Pudrovska et Reczek, 2010). À l'opposé, les études auprès de personnes et de couples infertiles trouvent généralement que ceux qui vivent sans enfant présentent des niveaux de qualité de vie ou de bien-être inférieurs à ceux qui sont parents (Chachamovich *et al.*, 2010; Umberson *et al.*, 2010). Une des pistes pour expliquer

cette apparente contradiction réside dans la définition du bien-être employée pour la conduite de plusieurs études sur la parentalité. En effet, bien souvent des conceptions hédoniques du bien-être sont utilisées alors que la parentalité serait plutôt associée au bien-être à travers des dimensions existentielles telles que la raison d'être, le sens de la vie, la croissance et le développement (Hansen, Slagsvold et Moum, 2009).

La recherche d'un lien entre parentalité et bien-être mène donc à des considérations individuelles, relationnelles, sociales et même existentielles. Devenir parent engagerait la maturité et la croissance sur le plan personnel, alors qu'aux plans relationnel et collectif, la parentalité impliquerait les questions d'intimité, de soutien et d'intégration du rôle de parent comme statut social (Hansen *et al.*, 2009). D'ailleurs, le moment souvent choisi pour avoir des enfants correspond entre autres au moment où les pairs ont eux-mêmes leurs enfants (Söderberg, Christensson et Lundgren, 2012). Dans une perspective qui semble de nature existentielle, les couples infertiles interrogés par Lalos et ses collègues (1985) disent vouloir un enfant parce que cette expérience représenterait le véritable sens de la vie. Ce résultat rappelle la pensée de Viktor Frankl (2006) qui soutient que le fait d'apporter sa contribution au monde en créant quelque chose constitue une des avenues pour découvrir un sens à sa vie (« sens de l'accomplissement »). En termes symboliques et existentiels, avoir un enfant représente une portion d'éternité, une façon de se projeter dans l'avenir (Yalom, 2008). En effet, mort, transcendance et joie cohabiteraient intrinsèquement avec le fait d'être vivant et représenteraient des thèmes étroitement associés au processus de création de la vie (Miller, 2003).

La défaillance du système qui devrait normalement permettre de créer, de grandir et de se perpétuer peut donc représenter un choc multidimensionnel qui vient entre autres ébranler quelques-uns des remparts normalement dressés entre soi et l'angoisse existentielle associée à notre conscience de l'inéluctable issue de la vie. Inconsciemment, la plupart des gens se croient plutôt infailibles et entretiennent plus

ou moins consciemment la conviction de pouvoir échapper aux affres de la vie et de la biologie (Yalom, 2003). Cette croyance en une forme de toute puissance du corps représente un des principaux moyens d'atténuer l'angoisse de mort (Yalom, 2003), et l'infertilité peut ainsi ramener à la conscience l'idée de n'être ni spécial, ni immortel (Pawson, 2003).

L'infertilité a de ce fait le potentiel d'ébranler des certitudes existentielles liées à la parentalité, à la filiation, au déroulement et au sens de la vie. Son diagnostic et les traitements qui y sont associés le cas échéant se présentent donc souvent en conjonction avec une crise existentielle (Lalos, 1999). Certains soutiennent par ailleurs que l'infertilité serait plus susceptible d'être perçue comme un stressor lorsque la parentalité représente un but central dans la vie (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares et Santos, 2012; Moura-Ramos *et al.*, 2016; Van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin et Demyttenaere, 2010). Pourtant, les questions existentielles brillent généralement par leur absence dans les écrits scientifiques sur l'infertilité et la PMA, possiblement en raison du défi qu'elles posent en termes d'opérationnalisation. De plus, les enjeux existentiels liés à la parentalité, souvent enfouis relativement loin de la conscience et des motivations explicites, ne constituent pas l'unique socle du désir d'enfant. D'autres dimensions y sont associées, telles que l'amour et la relation de couple à titre d'instances très souvent à la base d'un projet parental.

#### 1.4 Amour, couple et désir d'enfant

Pour plusieurs, avoir un enfant représente l'ultime expression de l'amour entre un homme et une femme (Lalos *et al.*, 1985). L'amour à la base de l'union conjugale a de tous temps alimenté une importante part de la pensée des poètes, philosophes et religieux. Pour les catholiques par exemple, l'amour représente la voie d'accès privilégiée vers le bien ou le divin, et permet à l'Homme de réaliser « la plénitude de son humanité » (Semen, 2010, p.61). L'art et la philosophie se sont aussi intéressés de

manière récurrente à l'amour à travers les époques, à tel point que pour certains, « toute idée de l'homme est une idée de l'amour » (de Rougemont, 1996, p.7).

Bien que de manière générale le sentiment amoureux puisse concerner une multitude d'objets (amour de la nature, de Dieu ou de son prochain), il n'en demeure pas moins que l'Amour, celui qui motive l'écriture d'innombrables chansons et qui transporte moult poètes, s'incarne dans le couple, avéré ou espéré. Plusieurs mythes religieux et profanes placent d'ailleurs le couple au cœur de la genèse du genre humain à travers une étroite association entre ce dernier et l'essence même de l'homme. Déjà dans l'antiquité grecque, le mythe d'Aristophane relatait comment le genre humain est apparu de la séparation par les dieux de géants pré-humains à l'anatomie double. En conclusion de cette histoire, Platon (2013) a écrit : « Voilà comment l'amour est si naturel à l'homme; l'amour nous ramène à notre nature primitive et, de deux êtres n'en faisant qu'un, rétablit en quelque sorte la nature humaine dans son ancienne perfection. Chacun de nous n'est donc qu'une moitié d'homme... ». De son côté, la tradition judéo-chrétienne réserve elle aussi une place centrale, pour ne pas dire fondatrice, au couple. Bien que son récit des origines soit différent de celui d'Aristophane, l'ancien testament attribue aussi à l'homme et à la femme une origine commune dans la chair.

Parallèlement aux conceptions traditionnelles de l'amour et du couple qui reposent sur des récits poétiques et symboliques millénaires pour représenter l'expérience humaine, la science moderne a plus récemment elle aussi cherché à « expliquer » le phénomène de l'amour, mais sous un jour bien différent de celui des poètes ou des religieux. Plusieurs approches ont d'ailleurs tenté de définir le phénomène de l'amour en l'abordant à travers différentes variables comprises comme constituant le phénomène, opérant ainsi une réduction avec pour conséquence d'expliquer le supérieur (le phénomène du sentiment amoureux) par l'inférieur (différentes variables comprises comme constituant ce phénomène). (Pour une discussion de la dichotomie

positivisme / constructivisme, voir Dahlberg, 2013.) Par exemple, Erikson (1959) rapporte que Freud expliquait l'amour par une combinaison de générosité infinie et de génitalité. Pour d'autres, l'amour conjugal se définit principalement par sa composante d'attachement (Hazan et Shaver, 1987; Johnson, 2011). Sternberg (1986) quant à lui suggère une théorie qui subdivise l'amour en trois composantes principales, soit l'intimité, la passion et l'engagement. À l'opposé, d'autres chercheurs ont proposé des définitions tellement larges et peu spécifiques pour l'amour qu'elles pourraient désigner n'importe quel concept psychologique (Fehr, 1988). Ainsi, l'entreprise scientifique de définition de l'amour a évolué relativement péniblement pendant assez longtemps en raison de sa complexité ainsi que pour différentes raisons historiques (Reis et Aron, 2008). Néanmoins, dire « je t'aime » reste une expérience entière en elle-même, singulière, qui, même si elle ne se laisse pas facilement saisir par la science, n'en demeure pas moins un des fondements de l'humanité tel que l'humanisme classique le laisse entrevoir. En ce sens, Frankl (2006) soutient que la possibilité de faire « l'expérience de quelque chose ou de quelqu'un » (p.107; ce qu'il appelle « le sens de l'amour »), représente une option privilégiée pour donner un sens à la vie.

En parallèle à la question de l'amour, la définition du couple sur le plan ontologique représente aussi un défi. Tel que Sayre, Lambo et Navarre (2006) le soulignent, le paradigme des sciences naturelles a permis d'étudier assez bien le fonctionnement du couple, tout en traitant par ailleurs assez peu des questions de sens et d'expérience du couple. Leur étude permet de faire ressortir la dimension profondément intersubjective de la relation de couple où l'engagement de chaque partenaire mène à la co-construction d'une transformation mutuelle par laquelle la croissance des deux individus s'entrelace et aboutit à une sorte de paradoxe où chacun trouve son individualité à travers le don de soi à l'autre (Sayre *et al.*, 2006). Cette perspective présente certaines affinités avec les conceptions traditionnelles du couple décrites précédemment. Leur constat repose en effet sur une vision phénoménologique de

l'existence qui se rapproche à plusieurs égards de celle articulée par les arts ou les religions.

Dans une autre perspective, Dugal et ses collègues (2017) ont récemment proposé une intégration de différents écrits scientifiques et modèles validés empiriquement afin d'offrir un support à la représentation de ce qui peut constituer l'essence d'une relation de couple. Leur « modèle de l'interdépendance au sein des relations conjugales » articule quatre dimensions (l'intimité, la passion, l'engagement et la sexualité) qu'ils conçoivent chacune sur un continuum et toutes en interaction pour chaque partenaire ainsi que dans l'interaction des conjoints. De plus, leur modèle intègre la notion que des facteurs environnementaux ainsi que les caractéristiques individuelles et historiques des deux partenaires vont influencer les interactions conjugales. Une telle conceptualisation dynamique doit permettre, selon ses auteurs, de tenir compte des combinaisons et interinfluences spécifiques à chaque couple afin d'obtenir une compréhension riche de la dynamique. À juste titre, ils soulignent l'importance de tenir compte des processus dyadiques dans une perspective holistique de la relation de couple. En ce sens, leur proposition recoupe les idées esquissées précédemment d'interdépendance des conjoints, de complexité et de singularité qui résulte de la rencontre de deux personnes.

Le désir de donner, partager et créer, de s'inscrire dans le temps et la société ainsi que l'intérêt envers la prochaine génération comme thèmes partagés par l'humanisme classique et les théories modernes et existentielles rappellent que l'amour, le couple, le désir d'enfant et la parentalité sont intrinsèquement liés tant sur le plan individuel, que relationnel et culturel. Ce bref survol de différentes perspectives sur l'amour et le couple souligne combien ces deux pans de l'expérience humaine méritent de conserver une place centrale dans l'exploration de l'expérience de l'infertilité et de la PMA.

### 1.5 Couple, infertilité et procréation médicalement assistée

« In all infertility treatment, the couple's welfare, not a medical cure, should be the treatment goal. » (Greil, Leitko et Porter, 1988, p.194).

Bien que les femmes aient traditionnellement été surreprésentées dans la recherche sur l'infertilité, il existe tout de même un imposant corpus qui paraît traiter de l'expérience du couple en PMA. Typiquement, il y est principalement question de satisfaction conjugale et sexuelle. De manière générale, la plupart des chercheurs s'entendent pour dire que les impacts sur la vie sexuelle de chaque partenaire et du couple sont négatifs, spécialement en ce qui a trait au désir sexuel (Coëffin-Driol et Giami, 2004; Luk et Loke, 2015; Ohl *et al.*, 2009; Purcell-Lévesque, Brassard, Carranza-Mamane et Péloquin, 2018; Reder, Fernandez et Ohl, 2009). Certains soutiennent même que la perturbation de la sexualité se fait sentir longtemps après l'arrêt des traitements (Daniluk et Tench, 2007; Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad et Lalos, 2007). Il est d'ailleurs assez difficile de départager l'impact de l'infertilité de l'impact des traitements eux-mêmes (Coëffin-Driol et Giami, 2004), mais plusieurs soulignent combien l'intrusion répétée dans l'intimité sexuelle et les consignes relatives à la fréquence et au moment des rapports nuisent à la spontanéité et au plaisir autrement associés à l'acte sexuel (Burns, 2006).

Alors qu'un consensus relatif règne dans les résultats des recherches sur la sexualité, il en va autrement pour la dimension satisfaction conjugale en contexte de PMA. Posée simplement, la situation se résume au constat qu'il est possible d'observer une amélioration tout comme une détérioration de la satisfaction conjugale, tant durant les traitements qu'après ceux-ci (Coëffin-Driol et Giami, 2004; Newton, 2006; Pasch et Sullivan, 2017; Peterson *et al.*, 2011; Schmidt, 2009; Schmidt *et al.*, 2005).

En fait, cette contradiction observée dans les résultats ne représente pas en soi la principale critique à formuler à l'endroit des études sur la relation de couple en contexte de PMA. Au contraire, de telles données contradictoires possèdent le potentiel de susciter la curiosité, de mettre les chercheurs au défi, de stimuler la recherche et, surtout, elles mettent en lumière la complexité du phénomène. En fait, un problème bien plus fondamental se pose dans les écrits scientifiques sur le couple en PMA : bien souvent, ils ne traitent pas du couple! En effet, les études tiennent assez peu compte des processus relationnels en jeu. À plusieurs égards, les écrits scientifiques sur le couple en PMA ressemble davantage à une extension des recherches sur les différences de genres : plutôt que s'intéresser à l'interaction entre les partenaires du couple, ils se sont trop souvent attardés à comparer des résultats obtenus par un groupe de femmes (les conjointes) aux résultats de leurs conjoints en tant que groupe. C'est ainsi que certains en sont arrivés à déplorer le manque d'études avec le couple comme unité d'intérêt en contexte d'infertilité et de PMA (Chachamovich *et al.*, 2010; Greil, 1997; Schmidt, 2009). Une autre critique concerne les limites des modèles traditionnels sur le stress et l'adaptation dans le domaine de l'infertilité et de la PMA parce que ceux-ci ne tiennent pas compte de l'interdépendance des partenaires (Pasch et Sullivan, 2017). Malgré ces constats, il est tout de même possible de trouver, tant dans la recherche quantitative que dans la recherche qualitative, un petit nombre d'études qui tiennent compte de l'interaction entre les partenaires. Une tendance vers plus d'attention au couple semble d'ailleurs émerger dans le domaine au cours des dernières années. En effet, selon notre propre recension des écrits, il semble que les études sur le couple occupent progressivement une plus grande part des publications avec des devis qui tiennent de mieux en mieux compte de l'interdépendance des partenaires. Nous tenterons ici de rendre compte de ces écrits et des pistes de compréhension qu'ils ouvrent.

### 1.5.1 Survol de la recherche quantitative

En premier lieu, du côté de la recherche quantitative, nous remarquons différentes catégories de sujets étudiés ou d'angles adoptés, notamment les mécanismes d'adaptation, l'effet des différences de genre sur l'interaction, la congruence entre les partenaires ainsi que quelques processus relationnels tels que l'attachement ou le blâme.

Du côté des mécanismes d'adaptation, les études qui ont tenu compte dans leurs analyses de l'interaction entre les partenaires trouvent certaines associations entre les mécanismes d'adaptation employés par un des partenaires et les scores individuels de l'autre partenaire aux mesures d'adaptation (par ex. stress, dépression) ou de satisfaction conjugale (Berghuis et Stanton, 2002; Peterson *et al.*, 2011; Peterson *et al.*, 2009). Par exemple, Levin et ses collègues (1997) ont trouvé que la satisfaction conjugale augmente pour la femme seulement lorsque les deux partenaires utilisent davantage les mécanismes d'adaptation orientés vers les tâches. D'autre part, l'usage d'une stratégie d'adaptation basée sur le sens (c'est-à-dire une perspective de croissance personnelle ou de réorientation des objectifs de vie) semble impliquer quant à elle des effets d'interaction complexes. En effet, lorsqu'une femme utilise davantage ce type de stratégie, la détresse personnelle de son conjoint diminuerait alors que si c'est le conjoint qui l'utilise, la détresse personnelle de sa conjointe aurait tendance à augmenter (Peterson, Pirritano, Christensen et Schmidt, 2008). Globalement, les résultats de ces études montrent ainsi que la manière de réagir d'un des partenaires peut avoir une influence sur la réaction de son conjoint. Cependant, ces associations sont souvent spécifiques ou complexes.

Tel qu'évoqué précédemment, les écrits scientifiques sur l'infertilité comportent tout un volet qui traite des différences de genre dans la réaction à l'infertilité et la PMA. L'examen plus détaillé des études quantitatives qui traitent du couple comme unité d'analyse laisse aussi entrevoir certaines différences de genre. En effet, il semble

qu'hommes et femmes soient généralement sensibles à des aspects différents ou sensibles différemment aux mêmes variables. Par exemple, selon Ulbrich, Coyle et Llabre (1990), l'ajustement conjugal des hommes et des femmes sera affecté par l'attitude discordante de leur partenaire devant l'éventualité d'une vie sans enfant, mais pour des dimensions différentes (sentiment de cohésion pour la femme et satisfaction et consensus pour l'homme). Pasch et ses collègues (2002) quant à eux ont trouvé que l'implication de l'homme dans la communication à l'intérieur du couple avait un effet positif sur la satisfaction conjugale de sa partenaire, alors que le degré d'implication de la femme en contrepartie ne semblait pas influencer la satisfaction de son partenaire. En ce sens, les résultats de Thompson et ses collègues (2012) à propos des différences de genre dans la manière de percevoir différents objectifs (notamment les chances de devenir enceinte) et le sentiment de voir ses objectifs entravés suggèrent que l'effet partenaire se manifesterait principalement chez la femme. Autrement dit, l'ajustement des hommes seraient davantage relié à leur propre évaluation de la situation alors que l'ajustement de la femme serait relié à sa propre évaluation et à celle de son partenaire. En résumé, ces résultats laissent entrevoir que les femmes seraient possiblement plus sensibles que leur partenaire aux interactions au sein du couple. Cette idée, bien qu'elle s'appuie ici sur des données éparses, rejoint l'observation faite par plusieurs études à l'effet que les femmes réagissent généralement davantage en contexte de PMA que leurs contreparties masculines (Benazon *et al.*, 1992; Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer et Kraaimaat, 2005; Ying, Wu et Loke, 2016; Zurlo *et al.*, 2018).

En revanche, malgré les différents résultats présentés précédemment, il faut aussi noter que quelques études avec le couple comme unité d'analyse trouvent moins de différences entre les partenaires que ce qui est typiquement rapporté par les études sur les différences de genre (Chachamovich *et al.*, 2009; Daniluk et Tench, 2007; Peterson *et al.*, 2009). En effet, lorsque la congruence des réactions des partenaires est spécifiquement investiguée, des nuances importantes commencent à apparaître.

D'abord, le stade du traitement aurait son importance dans l'effet de la concordance ou de la discordance dans les stratégies d'adaptation employées par les partenaires du couple (Levin *et al.*, 1997). Ces résultats laissent entrevoir que l'adaptation à l'infertilité et à ses traitements constitue un processus dynamique et non-linéaire aussi sur le plan relationnel (Moura-Ramos *et al.*, 2016). Plus spécifiquement, certains suggèrent qu'une certaine congruence entre les partenaires quant à la manière dont ils appréhendent et expérimentent le stress de l'infertilité en contexte de PMA serait associée à un meilleur ajustement conjugal (Peterson, Newton et Rosen, 2003). Par ailleurs, mis à part les scénarios où les deux partenaires présentent des niveaux élevés de détresse liée à l'infertilité (comme une partie de l'échantillon dans l'étude de Berg et Wilson (1995) par exemple), il se pourrait aussi que ce ne soit pas tellement le fait que les réactions des partenaires soient similaires ou complémentaires qui fasse une différence, mais plutôt les domaines où apparaissent ces similarités ou ces divergences. En effet, même si encore une fois le nombre restreint d'études ainsi que la variété des mesures employées rendent les comparaisons difficiles, il semble que l'intensité du désir d'enfant et le sens que revêt la perspective d'une vie sans enfant représentent les domaines où l'incompatibilité des points de vue affecte la relation de couple de manière plus négative (Berg et Wilson, 1995; Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro et Soares, 2012; Peterson *et al.*, 2003).

Dans un autre ordre d'idée, relativement peu d'attention a été accordée dans la recherche sur l'infertilité et la PMA au concept de l'attachement, et ce, malgré sa centralité dans les processus conjugaux. En effet, notre revue non-systématique à ce sujet n'a permis de trouver que sept articles (Bayley, Slade et Lashen, 2009; Donarelli, Kivlighan Jr, Allegra et Lo Coco, 2016; Donarelli *et al.*, 2012; Lowyck *et al.*, 2009; Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, Manovich et Shalev, 1998; Moura-Ramos, Santos et Canavarro, 2017; Purcell-Lévesque *et al.*, 2018). Sans surprise, les individus au style d'attachement sécurisant présentent généralement moins de détresse et un meilleur ajustement conjugal (Mikulincer *et al.*, 1998). De plus, le style d'attachement anxieux

corrèle souvent plus manifestement avec différents marqueurs de détresse tels qu'une faible satisfaction conjugale ou le stress relié à l'infertilité. À l'inverse, le style évitant chez un partenaire (l'homme généralement) semble associé à de la détresse manifestée chez l'autre partenaire (la femme le plus souvent). Ce type de tendance rappelle les résultats observés par rapport au style d'adaptation par évitement. En effet, dans les études sur les stratégies d'adaptation, certains trouvent une association entre détresse et coping par évitement (Berghuis et Stanton, 2002), mais plus spécifiquement lorsque l'homme utilise un niveau élevé de ce type de stratégie alors que la femme non (Peterson, Newton, Rosen et Schulman, 2006). Ainsi, ce pourrait être la capacité des conjoints à se rapprocher ou non en contexte de PMA qui serait l'élément clé pour comprendre la détresse associée aux différentes variables étudiées en PMA, peu importe de quelle manière ils y arrivent. Par ailleurs, un certain questionnement autour de la question de l'engagement conjugal pourrait donc être soulevé autour des données qui indiquent que certaines personnes réagissent en manifestant des activations de détresse plus intenses. En effet, la question de l'indisponibilité réelle ou perçue chez le partenaire en contexte de PMA devrait peut-être plus systématiquement se poser pour comprendre la détresse et le stress associé à l'infertilité et à ses traitements.

Enfin, dans une perspective plutôt inédite, mentionnons le travail de Pélouin et de ses collègues (2018) qui ont récemment trouvé que le fait de se blâmer ou de blâmer le ou la partenaire pour le problème d'infertilité était associé à des symptômes d'anxiété et de dépression ainsi qu'à des effets négatifs sur la satisfaction conjugale. Leurs résultats font état d'effets acteurs ainsi que d'effets partenaires et recourent à l'idée d'un certain effet négatif du fait de s'attribuer la responsabilité pour l'infertilité (Peterson *et al.*, 2006). Leur étude présente par ailleurs l'intérêt d'avoir été conduite auprès de participants avec un haut niveau de satisfaction conjugale (probablement en lien avec le caractère volontaire de leur mode de recrutement). En ce sens, si des effets négatifs complexes associés à des comportements de blâme sont retrouvés chez

de tels couples, il est possible d'entrevoir que ce type d'effet pourrait se retrouver dans des proportions plus importantes encore chez les couples en détresse.

À la lumière de cette revue de la recherche quantitative, nous remarquons un certain nombre de lacunes à combler. Premièrement, les études semblent s'attarder de façon disproportionnée aux premières phases de prise en charge en PMA. En effet, plusieurs ciblent les patients de PMA au premier traitement de FIV pour tirer des conclusions quant à différentes variables d'interaction et d'ajustement. Si l'attention à l'expérience de la relation de couple chez les personnes qui entreprennent des traitements représente un objet de recherche tout à fait légitime, il est cependant possible de penser que la dynamique du couple est susceptible de se transformer au fil de l'expérience des traitements et du stress qui leur est associé. De plus, à quelques exceptions près, la recherche à propos du couple et de la PMA semble globalement avoir peu intégré la considération de processus conjugaux fondamentaux non spécifiques à l'infertilité comme l'engagement, l'intimité ou l'attachement. Pourtant, certains avancent que la détresse psychologique chez les patients de PMA serait possiblement mieux prédite par différents facteurs psychologiques et conjugaux non spécifiques à l'infertilité tels que la personnalité, le style d'attachement ou l'ajustement conjugal (Lowyck *et al.*, 2009; Van den Broeck *et al.*, 2010). Ces observations permettent notamment d'entrevoir l'importance de penser autrement les facteurs relationnels potentiellement en cause dans l'ajustement conjugal en contexte d'infertilité et de PMA, notamment l'interaction de dispositions individuelles générales (personnalité ou style d'attachement par exemple), de facteurs conjugaux et du cours des traitements. Elles encouragent ainsi l'investigation de la dynamique conjugale dans une perspective plus holistique, au-delà de la seule attention à des variables spécifiques reliées à l'infertilité et aux traitements.

### 1.5.2 Survol de la recherche qualitative

Parallèlement à l'examen des données issues de la recherche quantitative, le premier constat qui émerge du corpus des études qualitatives sur le couple en PMA concerne la primauté de l'expérience de la femme. Si la tendance qu'ont les femmes à initier le questionnement au sujet de la fertilité et les démarches de traitement était déjà connue (Greil, 1997; Greil *et al.*, 1988), la voix de la femme continue de dominer même dans les récits qualitatifs rétrospectifs au sujet de l'expérience du couple en PMA.

En ce qui a trait à la question de l'interaction entre les partenaires en PMA, des pistes de compréhension ont dû être identifiées à la pièce à travers les études retenues pour leur spécificité plus grande au sujet de l'expérience du couple en PMA (Daniluk, 2001a, 2001b; Darwiche *et al.*, 2002; Glover, McLellan et Weaver, 2009; Greil *et al.*, 1988; Imeson et McMurray, 1996; Lorber et Bandlamudi, 1993; Milne, 1988; Olafsdottir, Wikland et Möller, 2012; Pengelly, Inglis et Cudmore, 1995; Ying, Wu et Loke, 2015). De ces quelques études identifiées, deux constats ressortent. D'une part, un premier scénario plus adaptatif se dessine où les interactions entre les partenaires paraissent plutôt complémentaires, avec la présence d'empathie mutuelle et de support de la part du conjoint durant les traitements et par rapport au projet commun de fonder une famille. D'autre part, il est possible d'interpréter un autre scénario (parce que jamais explicitement décrit dans son intégralité) plus problématique où apparaissent des dynamiques de négociation et même de contrainte dans le consentement aux traitements ainsi qu'une division des partenaires quant aux attentes, besoins et objectifs, tant par rapport aux traitements que par rapport à la parentalité. Un tel portrait émerge à travers les commentaires de certains hommes qui disent avoir capitulé à force d'être laissés pour compte ou s'être sentis laissés pour compte dans le cours des démarches. Ces récits peuvent rappeler la dynamique classique de poursuite-retrait souvent observée chez les couples qui consultent en thérapie

conjugale (Johnson, 2004; Papp, Kouros et Cummings, 2009; Sabourin et Lefebvre, 2008).

Une étude qualitative récente fait cependant exception en s'intéressant spécifiquement aux bénéfices conjugaux perçus par trois couples qui poursuivent des traitements de fertilité ou qui les ont très récemment cessés (Sauvé, Péloquin et Brassard, 2018). Leurs résultats décrivent en premier lieu la nature des bénéfices rapportés par les couples rencontrés, soit le partage du fardeau de l'adversité, le sentiment de proximité, la consolidation de la confiance envers le/la partenaire, le développement d'une meilleure capacité à communiquer et à être présent à l'autre ainsi que la confiance acquise que le couple peut surmonter l'adversité. Les auteures esquissent ensuite une compréhension dyadique en trois facteurs du développement de ces bénéfices et de leur sens pour les couples participants. Premièrement, elles identifient la capacité des partenaires à faire preuve d'empathie (ouverture et attention envers l'autre). Elle notent aussi que le réinvestissement dans la relation des bénéfices personnels de l'expérience de l'adversité semble contribuer au développement des bénéfices conjugaux. Finalement, elles remarquent que le soutien mutuel et les expériences d'adaptation positives semblent nourrir le développement d'un engagement partagé et d'un partenariat conséquent. Sauvé et ses collègues (2018) soulignent en résumé que leur compréhension dyadique repose sur l'observation de la présence d'un respect mutuel et d'une perspective de fardeau partagé entre les partenaires des couples rencontrés.

En somme, hormis une exception récente spécifiquement consacrée aux bénéfices conjugaux (Sauvé *et al.*, 2018), très souvent la recherche qualitative s'est attelée à décrire l'expérience de l'infertilité à partir des études basées sur des couples plutôt que de se pencher sur la relation de couple en contexte d'infertilité et de PMA. Ainsi, bien qu'il soit possible d'extraire plusieurs pistes importantes des études qui se sont intéressées à l'expérience du couple en PMA, aucune d'entre elles ne s'est cependant

spécifiquement consacrée à la manière générale dont les partenaires interagissent, partagent leur expérience, s'influencent mutuellement et co-construisent un sens à leur expérience de l'infertilité et de la PMA.

### 1.6 Objectifs de recherche

Ce projet de recherche s'inscrit donc dans une perspective multidimensionnelle et holistique afin d'envisager le problème de l'infertilité du point de vue du couple comme instance de l'expérience tout en tenant compte de la dimension personnelle, sociale et clinique de l'expérience. Tel que souligné par Greil (1997) et réaffirmé par Burns et Covington (2006), la recherche en infertilité et PMA se doit d'intégrer les connaissances empiriques et cliniques tout en tenant compte des pratiques thérapeutiques médicales et psychologiques dans le contexte social et politique où elles s'inscrivent. De ce fait, le projet proposé ici cible spécifiquement la population clinique en PMA qui a cumulé des échecs de traitement, et ce, dans une perspective dyadique.

Pour plusieurs personnes, avoir des enfants fait partie du cours attendu de la vie. La parentalité occupe ainsi une place importante dans le développement de l'adulte. Le couple aussi fait figure d'espace de développement privilégié et, le plus souvent, le désir d'enfant se concrétise dans le contexte de l'engagement amoureux. Pour un couple qui désire concevoir, l'infertilité perturbe ainsi plusieurs sphères de la vie, autant sur le plan personnel que relationnel. Malheureusement, les traitements médicaux qui permettent de pallier l'infertilité échouent pour une proportion significative de patients. De plus, il semble que la durée de l'infertilité et des traitements ainsi que l'accumulation des échecs en PMA soient associées à des conséquences plus négatives sur les plans psychologique et conjugal (Chachamovich *et al.*, 2010; Drosdzol et Skrzypulec, 2009; Greil *et al.*, 2011; Moura-Ramos *et al.*, 2016; Pasch *et al.*, 2012; Zurlo *et al.*, 2018).

Conséquemment, afin de mieux cerner le sujet de recherche sans que ce dernier ne soit teinté par l'issue (positive ou négative) des cycles de traitements, le présent projet propose une incursion au cœur du processus de la PMA à travers l'objectif général suivant :

- Explorer l'expérience intersubjective des couples qui poursuivent des traitements en fécondation *in vitro* malgré de multiples échecs en PMA.

Dans la mesure où le projet parental s'articule au cœur de la relation de couple et contribue à la définir et à la développer, une attention spécifique doit être accordée à la dynamique conjugale en contexte de PMA. Plus spécifiquement, pour mieux comprendre comment l'expérience individuelle de chaque partenaire s'articule avec celle de l'autre face à l'infertilité et aux traitements de PMA, l'objectif général du projet implique :

- d'explorer l'interaction entre les expériences individuelles des deux partenaires,
- d'explorer comment le sens de l'expérience de l'infertilité et des traitements de PMA se co-construit entre les partenaires,
- d'explorer les lieux de partage et de divergence du sens que revêt l'expérience de la PMA et l'incertitude quant à l'issue des traitements (c'est-à-dire le spectre de l'échec des traitements).

Au prochain chapitre nous traiterons du cadre conceptuel et de la méthodologie employés pour répondre à ces objectifs de recherche.

## CHAPITRE II

### CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE

Avant de détailler la méthodologie, la présente section propose une description du paradigme et des théories qui ont influencé la posture de recherche. De plus, les présupposés portés par la chercheuse ainsi que des considérations éthiques générales inhérentes au sujet de recherche seront discutés avant d'aborder les considérations méthodologiques concrètes. En effet, au-delà de la seule justification de la démarche qualitative dans un domaine fortement dominé par le recours aux statistiques comme garantie de valeur scientifique (Dahlberg, 2013), le positionnement du paradigme fait partie intégrante d'une démarche qualitative afin que les conclusions de la recherche puissent être appréciées et comprises à leur juste valeur (Morrow, 2005). De plus, la nature du sujet de recherche proposé, avec son caractère polémique et l'attention politique dont il a fait l'objet durant la cueillette des données (fin annoncée du programme de financement québécois de la PMA), commande éthiquement une transparence accrue par rapport à la subjectivité de la chercheuse et ses présupposés. Par conséquent, cette section inclut une discussion de certains enjeux éthiques impliqués dans la conduite de l'étude proposée ici. Le lecteur pourra ainsi mieux saisir le contexte dans lequel les participants et la chercheuse baignent et, de ce fait, mieux apprécier les résultats par rapport à la réalité clinique dans le domaine.

## 2.1 Positionnement du paradigme constructiviste

La présente recherche repose sur une vision du monde dite constructiviste qui présuppose que la réalité est faite de constructions mentales abstraites et multiples, qu'elle s'ancre dans l'expérience individuelle et le contexte social et qu'elle appartient à l'individu ou au groupe duquel relève l'expérience à la base de la vision du monde (Guba et Lincoln, 1994). L'objet de recherche d'une investigation constructiviste se conçoit comme étant construit par des acteurs sociaux (Schwandt, 1994). Le terme « acteurs sociaux » fait référence, selon Schwandt (1994), à des personnes spécifiques, dans un contexte spécifique, à un moment donné, desquels émerge un sens à partir des événements et phénomènes envisagés comme de longs processus complexes d'interaction sociale qui impliquent l'histoire, le langage et l'action.

Une approche qualitative ancrée dans le paradigme constructiviste implique aussi, d'un point de vue épistémologique, la reconnaissance de la nature subjective et interactionniste des connaissances acquises par l'activité de recherche (Guba et Lincoln, 1994). L'approfondissement de la compréhension d'un phénomène se conçoit comme le fruit de l'interaction chercheur-participant qui permet, à travers le dialogue et l'interprétation commune, une co-construction plus complexe et profonde du sens de l'expérience (Ponterotto, 2005). Cette position lie le chercheur et son objet de recherche de telle façon que les résultats se conçoivent comme émergeant de l'activité de recherche. Dans cette perspective, une connaissance ne représente donc pas une valeur absolue à ajouter à l'édifice du savoir, mais plutôt une valeur relative qui contribue à enrichir la compréhension d'un phénomène. Les différentes compréhensions interagissent dans une dynamique de dialogue afin de poursuivre le travail constant de construction qui sous-tend la compréhension du phénomène à l'étude (Guba et Lincoln, 1994). Mis à part la reconnaissance du chercheur comme partie intégrante de la construction du savoir en recherche qualitative constructiviste,

il n'en demeure pas moins que l'objectif premier de la recherche dans ce paradigme consiste traditionnellement à mieux comprendre la complexité de l'expérience du point de vue de ceux qui la vivent (Schwandt, 1994).

### 2.1.1 De l'interactionnisme symbolique à l'intersubjectivité

« There is no subjectivity without intersubjectivity. » (Buirski et Haglund, 2001, p.51)

Si la perspective de la posture constructiviste est idiographique et émique (Ponterotto, 2005), constructivisme ne signifie pas pour autant subjectivisme ou solipsisme. En ce sens, l'interactionnisme symbolique a fortement contribué à tenir à distance du constructivisme les écueils de l'idéalisme et du solipsisme en mettant l'accent sur le dialogue entre le monde empirique et le sens que s'en construit chaque personne (Blumer, 1969; Bonner, 1994). De surcroît, plutôt que de s'intéresser à l'individu et à ses caractéristiques distinctives intrinsèques, l'interactionnisme symbolique vient mettre l'accent sur la nature de l'interaction et des dynamiques sociales qui prennent place entre les personnes (Charon, 1989). Cette théorie propose ainsi une vision de l'humain dans une perspective individuelle où ce dernier construit un sens à partir de son rapport avec le monde empirique, mais fait surtout ressortir l'idée qu'un sens émerge de l'activité sociale entre les personnes. Ce faisant, elle rejette l'image de l'individu passif et déterminé. L'humain existe et évolue constamment à travers l'interaction avec les autres (Charon, 1989). En ce sens, Thompson (2007) souligne à quel point la PMA rassemble dans un même processus des sphères d'activité et des dimensions de la vie qui souvent se conçoivent comme ontologiquement différentes (la technologie, le médical, la filiation, le genre, les émotions, le légal, le politique et l'économique). La présente recherche et son intérêt pour le couple dans un contexte aussi socialement et politiquement investi que celui de la PMA bénéficie du support de l'interactionnisme symbolique pour garder en tête l'influence de l'interaction de tous les acteurs dans la construction du sens de l'expérience singulière des participants.

Cependant, l'interactionnisme symbolique, comme démarche théorique, appartient davantage aux traditions de la psychologie sociale et de la sociologie. En effet, en rejetant l'idée de l'individu déterminé, elle ignore par le fait même l'influence possible d'un bagage intrapsychique acquis. Selon cette posture, l'humain se conçoit comme agissant dans le présent, de manière imprévisible, sous l'influence de ce qui se passe actuellement (Charon, 1989). Ainsi, bien que l'interactionnisme symbolique soit inspirant pour la mise en évidence de l'importance des situations et structures sociales dans la construction du sens de l'expérience, sa négation de la dimension intrapsychique acquise nécessite un complément théorique pour venir soutenir le projet d'explorer le couple en PMA.

En ce sens, la théorie de l'intersubjectivité (Buirski et Haglund, 2001) permet aussi de mettre l'accent sur les interactions, mais cette fois dans une perspective plus interpersonnelle que sociale. Cette dernière permet ainsi d'apporter certaines nuances par rapport au caractère émique et idiographique de la posture constructiviste. Ce faisant, elle permet de plus spécifiquement faire une place à l'exploration de la dynamique de couple et à l'interaction des perspectives individuelles en contexte de PMA. En effet, tout comme pour l'interactionnisme symbolique, l'intersubjectivité envisage aussi l'expérience humaine comme une construction qui s'édifie à partir de la relation à l'autre. Selon cette théorie, l'expérience subjective de la personne est dynamique et constamment en évolution. La signification d'une situation, basée sur le contexte dans lequel elle s'articule, influence la subjectivité de la personne qui va elle-même, à son tour, sélectivement organiser le contexte (Buirski et Haglund, 2001). L'intersubjectivité en ce sens partage plusieurs postulats avec l'interactionnisme symbolique (qui pourraient se résumer par la critique du mythe de l'esprit isolé), mais insiste plus spécifiquement sur les systèmes relationnels. Dans cette perspective, les expériences passées et leur influence sur le développement occupent une place, mais celle-ci se conçoit au présent. C'est-à-dire que les expériences passées et leur influence s'activent dans la relation au moment de l'interaction (Buirski et Haglund,

2001). La personne apporte ainsi dans la relation son expérience d'elle-même, laquelle est construite à partir de toutes les relations qu'elle a eues dans sa vie. Développée à partir des théories psychodynamiques classiques, l'intersubjectivité accorde ainsi une place à la construction de la personne dans le temps; si le développement demeure toujours en évolution, il s'édifie cependant sur l'histoire personnelle.

En plus de ramener la conception de l'interaction plus près de la personne au sens psychologique du terme, l'intersubjectivité, par son enracinement dans une conception dyadique bidirectionnelle de l'interaction, permet d'appréhender le couple à titre de troisième entité dans la relation entre deux personnes. C'est-à-dire que la perspective intersubjective permet d'envisager l'existence d'une expérience idiographique du couple comme instance de l'expérience. Le présent projet de recherche présuppose conséquemment l'existence des perspectives individuelles des partenaires et d'une troisième perspective, celle du couple. Appuyé sur ce présupposé, il s'intéresse à mieux comprendre l'interaction entre toutes ces perspectives en ouvrant la porte à la complexité et à la multitude de sens qui peuvent émerger dans ce contexte.

En somme, parmi les multiples influences impliquées dans la construction du sens de l'expérience individuelle, la relation contient fort probablement une part importante de la manière dont le processus sera vécu à travers les espaces partagés et les divergences, la proximité et la distance, ainsi que la qualité et le sens de la relation entre les partenaires. Ontologiquement, la relation entre deux personnes est unique, située dans le temps et dans l'espace et fortement dépendante du contexte. Les relations interpersonnelles se construisent à l'intersection de plusieurs dimensions (psychologique, sociale, culturelle) qui, elles-mêmes, s'avèrent construites en grande partie. Avec pour objectif l'exploration de la dynamique de couple et de l'interaction des perspectives individuelles en contexte de PMA, la présente recherche s'inscrit

donc assez naturellement une posture de nature constructiviste inspirée de l'interactionnisme symbolique (Blumer, 1969; Charon, 1989) et de la théorie de l'intersubjectivité (Buirski et Haglund, 2001). Le couple, à titre de construction profondément humaine, mérite d'être exploré de manière à prendre en considération sa complexité. À cet effet, une posture constructiviste, sensible au caractère intersubjectif de l'expérience humaine, permet justement d'aborder le phénomène à l'étude d'un point de vue plus global, sans devoir le réduire à des variables équivalentes au plus petit dénominateur commun (Dahlberg, 2013).

Avant d'enchaîner avec la méthodologie qui découle de la posture constructiviste, parce que la réflexivité représente un important critère de rigueur en recherche qualitative (Morrow, 2005), il importe de souligner la posture humaniste-existentielle ainsi que les considérations éthiques à la base du présent projet de recherche.

## 2.2 Présupposés : posture humaniste-existentielle

La posture existentielle-humaniste explicitement adoptée pour ce projet représente en soi une perspective qui se devait d'être clairement énoncée. C'est ainsi que le choix du constructivisme à titre de paradigme de référence représente à la fois la posture la plus appropriée à l'objectif de recherche, et une réponse au paradigme dominant la recherche actuelle en PMA. En effet, comme dans bien des domaines de la médecine, la recherche en PMA, largement dominée par le paradigme post-positiviste (lui-même une perspective), permet mal d'aborder les questions fondamentales à l'expérience humaine que sont la transcendance de soi, la filiation, l'amour, la liberté, la responsabilité, la mort, etc. Ce faisant, une partie de l'expérience, celle qui relève moins d'une vision biologisante et déterministe de l'être humain, passe relativement sous silence dans un contexte pourtant chargé de questionnements existentiels. La posture constructiviste, dans une perspective humaniste, implique ainsi une attention et une ouverture a priori aux questions existentielles.

Ainsi, l'importance que revêt la parentalité dans le développement de l'adulte, les fonctions existentielles sous-jacentes au désir d'enfant et la primauté du caractère intersubjectif des relations interpersonnelles représentent des a priori qui doivent explicitement être reconnus comme tel. Si l'exploration des questions existentielles et dyadiques semble pertinente d'un point de vue théorique, il demeure important de ne pas oublier qu'en premier lieu, elles relèvent de la chercheuse. Le travail d'entrevue et d'analyse des données devra ainsi tenir compte à la fois de la perspective de la chercheuse et de celle des participants, tout en appréciant la rencontre de ces perspectives et en cherchant dans ce contexte à mieux comprendre et interpréter l'expérience des participants. La mise en sens de l'expérience des participants ne pourra être comprise qu'à titre de co-construction émanant du rapport intersubjectif entre les conjoints participants et la chercheuse. Ces considérations réfèrent directement au caractère interactionniste et subjectif du paradigme constructiviste (Guba et Lincoln, 1994) et font partie intégrante du processus de réflexivité essentiel à la conduite d'une recherche qualitative de qualité (Malterud, 2001; Morrow, 2005).

### 2.3 Considérations éthiques générales

*At a practical level, our attention is shifted away from ways in which the treatment of infertility might be improved to a search for ways to help the infertile adjust to an imperfect system. (Greil, 1997, p.1693).*

Cette remarque de Greil (1997) guide depuis longtemps la réflexion entourant le présent projet de recherche. Mis à part les préoccupations relationnelles et existentielles auxquelles s'intéresse plus spécifiquement la recherche proposée, cette dernière prend délibérément place au cœur du « système » de traitement puisque, tel que mentionné précédemment, il semble que les traitements qui accompagnent pour plusieurs l'expérience de l'infertilité comportent spécifiquement une part de défi dans l'expérience de l'infertilité.

En effet, les techniques de médecine reproductive et le rythme effréné auquel elles progressent sont porteurs de beaucoup d'espoir pour les couples infertiles. En contrepartie, à la lumière des connaissances actuelles sur l'expérience de l'infertilité et de la PMA, ces possibilités de traitement impliquent que davantage de couples risquent de se retrouver au cœur de ce qui semble être l'espace de la plus grande vulnérabilité en contexte d'infertilité, c'est-à-dire en traitement de PMA après quelques tentatives infructueuses (Moura-Ramos *et al.*, 2016; Zurlo *et al.*, 2018). Pourtant, la prise en compte de la détresse psychologique, relationnelle ou existentielle des patients en PMA reste souvent difficile pour le milieu médical. Considérer un patient en tenant compte simultanément des dimensions corps et esprit demeure un défi pour les médecins (Pawson, 2003). La provision de ce type de services médicaux implique pourtant la responsabilité éthique de minimiser les torts potentiellement associés aux traitements. Pour ce faire, il semble éthiquement incontournable d'accorder de l'attention aux couples dans le cadre même de la prestation de services de manière à mieux comprendre l'expérience des patients, et possiblement contribuer à enrichir la réflexion à propos des balises d'opération et à améliorer les services tout au long du processus. C'est donc avec la volonté d'ultimement contribuer à informer les pratiques et humaniser les soins que le présent projet de recherche s'inscrit dans le cours des traitements. Si une part d'étrangeté demeurera sans doute toujours dans l'expérience de la PMA, un tel constat n'est pas pour autant incompatible avec l'idée d'une dynamique de soins centrés sur la personne et le couple, à l'écart de l'idée du traitement à tout prix.

De plus, le paradigme constructiviste dans lequel le projet s'inscrit implique une attention à l'interaction entre les acteurs du phénomène et le contexte en prenant pour acquis que la temporalité et la spatialité propres à l'étude influencent la représentation du phénomène (Shaw, 2010). En ce sens, un récit rétrospectif de l'expérience des traitements serait probablement teinté du résultat (positif ou négatif) des traitements (Moura-Ramos et Canavarro, 2018), ce qui risquerait de déplacer l'objet de recherche

de l'expérience intersubjective des couples pendant les traitements de PMA vers l'expérience de l'échec ou du succès des traitements. En ces sens, la localisation de l'étude au cœur du processus de traitement apparaissait incontournable.

## 2.4 Méthodologie

### 2.4.1 Phénoménologie interprétative

Bien que la posture constructiviste de la présente recherche soit inspirée de l'interactionnisme symbolique et de la théorie de l'intersubjectivité, les considérations méthodologiques concrètes relèvent plus directement des lignes directrices proposées par l'approche de la phénoménologie interprétative ou API (Smith, Flowers et Larkin, 2009; Smith et Osborn, 2008). Cette approche présente l'avantage d'avoir été spécialement développée pour guider les procédures de recherche en psychologie.

L'API tire ses racines de la phénoménologie au sens où elle s'intéresse à l'expérience vécue des participants telle que les participants eux-mêmes la conçoivent (Smith et Osborn, 2008). De surcroît, elle intègre une dimension interprétative en deux étapes que ses auteurs décrivent comme une herméneutique double; dans un premier temps, l'interprétation de l'expérience relève du participant qui tente de lui donner un sens, et, dans un deuxième temps, elle relève du chercheur qui tente lui aussi de donner un sens à la recherche de sens du participant. L'API reconnaît donc la capacité du chercheur d'à la fois demeurer empathique et soucieux de décrire l'expérience telle que vécue par le participant tout en questionnant dans l'analyse la démarche de recherche de sens du participant ainsi que sa propre interprétation de cette démarche.

En ce qui a trait à la procédure d'analyse, l'API (Smith, Flowers et Larkin, 2009) recommande une série de processus et de principes destinés à être appliqués de manière flexible et singulière en fonction des exigences associées à chaque tâche

d'analyse spécifique. L'approche recommande cependant de procéder à l'analyse complète d'un cas avant de procéder à l'analyse du cas suivant. Globalement, pour chaque cas, l'analyse implique en premier lieu une immersion dans les données par la lecture et relecture des verbatim et la constitution de notes à propos du contenu du discours du participant (notes à caractère descriptif, conceptuel ou s'attardant à la forme et au style linguistique du discours). En parallèle, l'examen détaillé de chaque phrase et de chaque paragraphe du verbatim permet le développement de thèmes émergents destinés à rendre compte de l'essence psychologique de chaque extrait. L'identification de thèmes doit tenter de trouver un juste équilibre entre le reflet des propos du participant et un certain niveau d'abstraction ou de conceptualisation. Par la suite, l'analyse s'oriente vers la recherche de liens entre les thèmes. Après l'analyse de chaque participant de la manière la plus singulière possible, l'analyse se transpose vers la recherche de constantes et de liens entre les différents cas. La mise en commun de tous les cas ouvre ainsi une autre étape de questionnement, de dialogue et d'interprétation qui oscille entre le tout (les analyses de cas) et les parties (les thèmes et fragments d'entrevue qui y sont associés). À titre de processus itératif, l'analyse qualitative de type API ne se trouve « fixée » qu'une fois rédigée dans sa version finale, elle aussi constituée du meilleur équilibre possible entre les extraits verbatim (reflets du point de vue des participants) et l'interprétation des chercheurs (Smith, Flowers et Larkin, 2009).

L'accent précédemment mis sur l'interactionnisme symbolique et l'intersubjectivité avait pour objectif de mieux comprendre la manière dont l'API a ici été déployée avec une attention spécifique par rapport à la nature sociale et partagée du processus de construction du sens. Le choix de l'API repose donc sur la base de son appartenance au paradigme constructiviste et de sa compatibilité avec les théories de l'interactionnisme symbolique et de l'intersubjectivité. Plus spécifiquement, ces théories viennent chacune mettre l'accent sur un aspect important d'une recherche constructiviste auprès de couples. Pour sa part, l'interactionnisme symbolique fait

ressortir l'importance de la manière dont le sens se construit pour une personne à partir de son expérience du monde. L'intersubjectivité rappelle quant à elle que la présente recherche doit tenir compte, au-delà de l'herméneutique double de l'API, de niveaux d'intersubjectivité supplémentaires. C'est-à-dire que la dimension intersubjective de l'expérience de PMA qui résulte de la relation entre les partenaires du couple doit être prise en compte en plus de la dimension interaction, profondément intersubjective elle aussi, des perspectives de la chercheuse et des participants.

#### 2.4.2 Participants

L'échantillon se compose de six couples hétérosexuels qui recevaient des traitements de fertilisation *in vitro* (FIV) avec ou sans micro-injection (ICSI<sup>4</sup>) dans le cadre du programme québécois de PMA. En plus de leur hétérosexualité, ils ont été sélectionnés sur la base de cinq critères spécifiques : (1) avoir subi 2 cycles de traitements de PMA infructueux, (2) avoir choisi de s'engager dans un 3<sup>e</sup> cycle de traitement, (3) utiliser leurs propres gamètes, (4) ne pas avoir d'enfants (infertilité primaire, c'est-à-dire ne jamais avoir eu d'enfant, même d'une union précédente) et (5) accepter de participer à deux entrevues chacun, soit une entrevue de couple et une entrevue individuelle.

La durée de la relation était de quatre à cinq ans pour quatre des couples participants alors que les deux autres étaient ensemble depuis une moyenne de 13,5 ans. Deux couples de l'échantillon vivaient en union de fait et les autres étaient mariés. Les hommes étaient âgés de 23 à 36 ans ( $M = 32$ ) et les femmes de 24 à 38 ans ( $M = 30,8$ ). Les couples étaient en traitement de fertilité depuis 28 mois en moyenne (étendue = 9

---

<sup>4</sup> ICSI (« intra-cytoplasmic sperm injection » ou micro-injection intracytoplasmique de spermatozoïde) : « technique de fécondation *in vitro* consistant à injecter un spermatozoïde à l'intérieur de l'ovule. » (Larousse médical, 2013)

– 58 mois). Les couples participants présentaient des facteurs d'infertilité comparables à ceux qui sont communément rencontrés en clinique de fertilité, soit les facteurs masculin, féminin, mixte et inconnu, chacun de ces types étant représenté par au moins un couple de l'échantillon. Plus spécifiquement, deux fois deux couples présentaient le même facteur d'infertilité. Le détail des traitements reçus par les couples participants se trouve dans le tableau 2.1. Tous les participants étaient caucasiens, francophones et québécois d'origine, à l'exception d'un couple originaire d'Europe de l'ouest (caucasien aussi). Les participants se sont déclarés athées ou catholiques non pratiquants. Neuf participants détenaient un diplôme universitaire (premier cycle, deuxième cycle ou certificat) et les trois autres avaient soit un diplôme d'études collégiales professionnel ou un diplôme d'études secondaires. Tous occupaient un emploi à temps plein dans leur domaine d'étude ou d'expérience et une participante se trouvait en arrêt de travail pour ses traitements de FIV au moment des entrevues. Deux participantes avaient un suivi psychologique individuel, une autre avait déjà consulté en lien avec son expérience en PMA et deux couples ont rapporté avoir consulté durant quelques séances (un en sexologie et l'autre en psychologie). La taille de l'échantillon et son homogénéité respectent les directives de l'API (Smith *et al.*, 2009).

Tableau 2.1 Résumé des traitements reçus par chaque couple participant

Couple	1	2	3	4	5	6
Durée PMA (mois)	36	9	26	27	58	13
Traitements	6 FIVn ICSI	2 IAC, 3 FIV ICSI	4 IAC, Tx varicocèle, 2 FIVn ICSI, Tx ♀	Med, 7 IAC, 2 FIV	Med, 8 IAC, 3 FIV	3 FIV ICSI

Légende : FIVn = fécondation *in vitro* en cycle naturel, ICSI = injection intracytoplasmique de spermatozoïde, IAC = insémination avec sperme du conjoint, FIV = fécondation *in vitro* en cycle stimulé, Tx = intervention autre, ♀ désigne la femme, Med = traitement par médication de stimulation de l'ovulation.

Le recrutement de participants avec un historique d'essais infructueux mais toujours en traitement devait permettre d'accéder à des récits plus complexes qui reflètent une probable non-linéarité dans le cours de l'expérience des traitements (Moura-Ramos *et al.*, 2016). Ainsi, les récits recueillis sont présumés refléter l'expérience relationnelle des participants alors qu'ils font toujours face à de l'incertitude quant à l'issue des traitements. Les couples participants ont été recrutés via l'équipe de recherche de la clinique de fertilité privée ovo (trois couples) et via la diffusion de l'invitation à participer à travers les réseaux professionnels et personnels de la doctorante et de sa directrice (aucun recrutement direct n'a résulté de la distribution de l'invitation à participer par l'équipe infirmière du CHUM ou de l'affichage de l'invitation à participer dans la salle d'attente de cette clinique). La coordination du secteur « Recherche et développement » de la clinique ovo a remis une invitation à participer directement à tous les couples potentiellement éligibles vus en consultation jusqu'à ce que le recrutement de trois couples soit atteint. Un couple traité chez ovo s'est manifesté sans poursuivre son implication après le premier contact téléphonique faute de temps. Deux couples ont répondu à la diffusion de l'invitation à participer et un de

ces couples a transmis les coordonnées de la chercheuse à un couple d'amis à la suite de sa participation (un couple parmi ceux-ci était traité à la clinique de PMA du CHUM, les deux autres dans une autre clinique de la région montréalaise). Ces personnes ont contacté la chercheuse et se sont avérés éligibles et intéressés à participer.

Les groupes de soutien pour personnes aux prises avec un problème de fertilité ainsi que les associations de couples infertiles n'ont pas été directement sollicités pour diffuser l'invitation à participer. Ce choix repose sur la critique de certains auteurs à l'effet que le recrutement dans ce type de groupe a pu, dans le passé, orienter les résultats de la recherche sur l'expérience de l'infertilité et des traitements de PMA (Berg et Wilson, 1995; Greil, 1997). Nous ne savons cependant pas si notre appel à tous s'est retrouvé à circuler dans ce type de réseau. Notons par ailleurs que le recrutement s'est heurté à une difficulté associée à la définition du critère numéro 1 pour les couples qui recevaient des traitements de FIV en cycle naturel<sup>5</sup> (FIVn). En effet, le programme québécois alors en vigueur prévoyait que 6 cycles plutôt que 3 étaient couverts lorsque les patientes recevaient des traitements en cycle naturel. Des aménagements mineurs ont ainsi été consentis pour deux couples participants qui avaient vécus de 2 à 3 cycles infructueux de FIVn mais qui comptaient dans les faits plusieurs tentatives infructueuses additionnelles en PMA (un échec en cycle stimulé combiné à quelques inséminations infructueuses pour l'un et, pour l'autre, plusieurs échecs supplémentaires de fécondation ou de prélèvement en FIVn).

---

<sup>5</sup> Fécondation *in vitro* où un ovule est prélevé au cours d'un cycle menstruel spontané (donc sans stimulation ovarienne médicamenteuse pour produire de multiples ovules). (Zegers-Hochschild et al., 2009)

### 2.4.3 Méthode de cueillette des données

Les participants ont été rencontrés par la doctorante pour des entretiens semi-dirigés de couple et individuels à leur domicile ou dans un local de l'une des institutions qui collaborait au recrutement (total 18 entretiens, durée moyenne 130 minutes, étendue 100 à 175 minutes). Les entrevues individuelles ont été conduites pour la plupart dans la semaine qui suivait l'entrevue de couple (au maximum 18 jours plus tard). Cette fenêtre de temps proposée aux participants tenait à la fois compte de la nécessité de conserver un lien entre l'entrevue de couple et les entrevues individuelles tout en demeurant flexible en raison, entre autres, des contraintes de temps liées aux traitements de PMA et des autres obligations que les participants pouvaient avoir. Le choix de faire des entrevues conjointes et individuelles devait permettre aux participants d'interagir dans la co-construction du récit de leur expérience relationnelle au fil des traitements tout en offrant aussi un espace individuel pour approfondir leur perspective personnelle et leur compréhension de la perspective de leur partenaire. La combinaison des deux types d'entretiens a pu enrichir la compréhension de la dynamique de chaque couple (Taylor et de Vocht, 2011).

La décision de conduire l'ensemble de ces entrevues par la même personne reposait sur le désir de créer un lien avec les participants à travers d'avantage de contacts pour maximiser le potentiel de richesse et de profondeur dans la cueillette des données. La conduite des entretiens servait aussi de première étape d'immersion en vue de l'analyse des données. Par ailleurs, cette façon de procéder par entrevue conjointe suivie d'entrevues individuelles est habituelle en thérapie de couple où les entrevues initiales d'évaluation (de couple et individuelles) sont généralement conduites par le/la même thérapeute afin de construire le lien de manière équitable avec les deux partenaires (Sabourin, Lorange, Wright, Lefebvre et Poitras-Wright, 2008). À la différence des séances de thérapie toutefois, l'objectif et la spécificité des entrevues de recherche ont clairement été expliqués aux participants alors que le nombre total

de rencontre avec chaque participant s'est limité à deux (chaque personne étant rencontrée une première fois en compagnie de son/sa partenaire et une fois individuellement pour un total de trois entrevues par couple participant). Des notes réflexives étaient prises à la suite des entretiens afin de consigner par écrit certaines remarques et impressions émergentes de l'expérience de l'entrevue (*voir Annexes A et B*). Pour les deux entretiens, les participants étaient d'abord invités à raconter leur parcours d'infertilité et de traitements de PMA. Par la suite, la question principale se déclinait comme suit : « Pouvez-vous me parler de comment ça se passe dans votre couple depuis le début de l'expérience des traitements de fertilité? » Les différents temps de traitement étaient explorés (le diagnostic, les traitements préliminaires, tous les cycles de FIV, les autres traitements complémentaires et les événements marquants comme les fausses couches), avec une exploration spécifique des interactions entre les partenaires et des moments d'expérience partagée. Les grilles d'entretien individuel et de couple sont présentées en annexe (*voir Annexes C et D*). La similarité entre les deux grilles permettait la co-construction d'un premier récit de la dynamique du couple en traitement avec les deux partenaires, pour ensuite donner l'opportunité à chaque partenaire d'élaborer en entrevue individuelle sa perspective à propos de la dynamique de son couple. Des données sociodémographiques ont aussi été recueillies à titre de complément (*voir Annexe E*).

L'entretien semi-dirigé, généralement employé dans les études en API, a permis l'établissement d'un rapport entre la chercheuse et les participants destiné à suivre au mieux les participants vers les considérations qui étaient les plus centrales à leur expérience de l'objet d'étude (Smith et Osborn, 2008). La grille d'entretien servait à guider les entrevues sans toutefois contraindre ni la chercheuse ni les participants à s'en tenir à un cadre rigide. Les participants étaient invités à élaborer librement leur perspective à partir des questions énoncées et la chercheuse s'employait aussi à soutenir l'approfondissement de leur vécu à l'aide de questions de relance autour de leur discours.

À titre d'immersion préliminaire avant la cueillette des données, une journée d'observation a été réalisée à la clinique de fertilité ovo. Dans ce cadre, une observation des procédures à partir du laboratoire d'embryologie a été réalisée, incluant un contact avec le personnel (embryologistes, médecins, infirmières, réceptionnistes et directrice des opérations) ainsi que l'observation de toutes les étapes des procédures typiques en PMA (prélèvement des ovules, manipulations des gamètes et embryons, ICSI et transferts d'embryons). Des notes d'observations ont été rédigées et, sans servir de matériaux d'analyse à proprement parler, cette expérience a permis de mieux connaître le contexte de traitement des patients. De plus, une membre de la famille de l'étudiante-chercheuse est embryologiste. Cette personne agit depuis plusieurs années déjà comme informatrice privilégiée et personne ressource. Plusieurs heures de discussions informelles sur le milieu et les patients ont été réalisées et ont alimenté la réflexion et le journal de bord qui accompagnent le présent projet de recherche depuis ses débuts.

#### 2.4.4 Analyse et traitement des données

Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites sous forme de verbatim tel que suggéré par la méthode de l'API (Smith *et al.*, 2009). Les notes réflexives rédigées immédiatement à la suite de chaque entrevue à propos du contexte, des interactions, du non-verbal et de toutes autres informations pertinentes ont servi d'aide-mémoire au verbatim de chaque entrevue (*voir Annexes A et B*). Treize verbatim ont été rédigés par l'étudiante-chercheuse alors que les cinq autres ont été retranscrits par une assistante de recherche. Les verbatim rédigés par l'assistante ont été minutieusement contrevérifiés et corrigés. Un journal de bord accompagne le projet de recherche depuis le début et des notes plus spécifiquement reliées à l'analyse ont été tenues tout au long du processus afin d'alimenter la réflexivité de la chercheuse et son immersion dans les données (Morrow, 2005).

La collecte et l'analyse des données ont été réalisées de manière itérative au sens où le processus de retranscription et d'analyse a débuté dès les entrevues complétées avec le premier couple participant. La directrice de recherche a assuré un suivi du processus d'entretien en accordant un espace de partage réflexif de l'expérience d'entrevue durant la cueillette. Ce faisant, elle a assuré une supervision de la qualité de la conduite des entrevues et encadré le démarrage de l'analyse.

Une analyse en profondeur du matériel issu des entrevues de chaque couple a été effectuée dans un premier temps. En ce sens, un des défis de la présente recherche reposait sur le fait que trois entrevues devaient être traitées et mises en relation pour chaque couple, ce qui impliquait un niveau de complexité élevé pour chaque cas. Plus spécifiquement, les caractéristiques idiographiques de l'expérience de chaque couple ont dû être extraites à partir de plusieurs voix, ce qui diffère de l'application classique de l'API. Cela dit, une part de créativité doit demeurer dans toute analyse qualitative de qualité où l'observation à la lettre d'une procédure préétablie serait de toute façon non souhaitable (Smith, 2004). Ainsi, une étude de cas a été rédigée pour chaque couple en articulant la compréhension de la dynamique de chacun autour des thèmes qui sont apparus centraux et représentatifs de l'essence de leur relation de couple telle que vécue en PMA. Celle-ci se construisait ainsi dans l'interaction entre les notes d'observation et d'interprétation consignées suite aux entrevues et durant la retranscription et les thèmes et sous-thèmes émergeant de l'analyse détaillée (ligne par ligne) des verbatims des trois entrevues de chaque couple (analyse effectuée à l'aide du logiciel Nvivo 11). Une illustration graphique personnalisée de la dynamique de chacun a été élaborée de façon itérative au cours de l'analyse, de la construction et de la rédaction de chaque cas. Les extraits les plus évocateurs ont été identifiés dans les entrevues conjointes et individuelles pour chaque couple. Une attention spéciale a été portée aux contradictions, cohérences-incohérences ainsi qu'à l'atmosphère et autres indices non-verbaux remarquables en entretiens (incluant le contretransfert).

Une fois l'ensemble des données analysées pour chaque couple, un regard plus global a été posé sur l'ensemble des cas afin d'explorer les similitudes et différences et d'intégrer l'ensemble des résultats en un tout cohérent. L'ensemble des cas individuels ont été mis en dialogue pour constituer l'analyse transversale à partir des thèmes les plus porteurs et de ce que chaque couple pouvait amener comme compréhension de l'expérience des autres couples. Pour ce faire, les notes interprétatives et mémos d'analyse ont d'abord été mis en relation avec les grands thèmes dégagés de chaque étude de cas. Ensuite, la première compréhension globale de la dynamique des couples participants a été mise en relation avec les extraits d'entrevue constituant les thèmes et sous-thèmes dégagés à l'analyse. Un processus itératif en plusieurs étapes d'aller-retour entre l'édification d'une compréhension transversale et le contenu des entrevues s'est ainsi soldé par la constitution des résultats tel que rapportés dans le premier article de la thèse.

En ce qui a trait à l'analyse du thème des rapports de pouvoir, le processus d'analyse s'est aussi déroulé de manière itérative entre les mémos et notes interprétatives et les extraits classés par thèmes et sous-thèmes. Cependant, la construction de la compréhension proposée dans le second article s'est spécifiquement initiée à partir de la révision des sous-thèmes déclinés à partir du thème plus général des « rapports de pouvoir ». Le caractère déjà interprétatif et supra-ordinal du thème des rapports de pouvoir commandait en effet un ancrage premier dans le discours des participants comme gage de crédibilité et de confirmabilité. Ce point de départ dans les données brutes (versus l'ancrage initial dans les études cas pour l'analyse générale) aura ainsi permis l'approfondissement spécifique au contexte de la PMA d'un thème qui, autrement, relève d'un processus relationnel plus général.

L'analyse a ainsi été effectuée selon une posture inductive destinée à saisir au mieux le sens de l'expérience conjugale intersubjective vécue par chaque participant. Par conséquent, aucune grille d'analyse n'a été construite a priori. Lors de l'analyse de

chaque couple, des thèmes émergents ont été créés, puis parfois réutilisés, redéfinis ou subdivisés à la lumière de la progression de l'analyse. Une attention particulière a été cependant portée à certains éléments qui découlent de la posture constructiviste et humaniste-existentielle. Par exemple, dans un contexte aussi intimement lié au couple et au désir d'enfant, les segments de discours plus chargés affectivement ont fait l'objet d'une attention spéciale considérant, tel que la théorie de l'intersubjectivité le conçoit, qu'elle représente le filtre premier par lequel les individus organisent l'expérience (Buirski et Haglund, 2001). Ainsi, la présence ou l'absence d'affectivité et la place qu'occupait cette dimension dans le discours des participants représentait un aspect important dans l'analyse. En ce sens, les notes réflexives, le journal de bord ainsi que les discussions autour de l'analyse ont accompagné l'ensemble du processus afin d'assurer que l'expérience des participants et le sens qu'ils lui attribuent demeurent au cœur du processus d'interprétation des données. Ce faisant, nous espérons avoir réussi à maintenir un équilibre entre le juste reflet de leur expérience et l'élaboration d'une compréhension interprétative de celle-ci.

#### 2.4.5 Rigueur

À titre de critère central de qualité et de crédibilité de la recherche qualitative, la rigueur se doit de demeurer au cœur de toute recherche qualitative, et ce, dès le début du processus. À cet effet, plusieurs éléments de rigueur ont déjà été distillés dans la description du présent projet, entre autres à travers la question de la réflexivité au sens large, c'est-à-dire la transparence quant au positionnement du contexte et des présupposés et la tenue du journal du bord, ainsi qu'à travers le contact avec le milieu et les intervenants qui y sont impliqués.

Plus spécifiquement, par rapport à la cueillette des données, à l'analyse et à l'usage des résultats de recherche, quelques considérations supplémentaires méritent d'être soulignées. Tout d'abord la rigueur de l'analyse a été assurée par sa validation auprès d'autres chercheurs en recherche qualitative (Malterud, 2001). C'est-à-dire que, d'une

part, la directrice de recherche a assuré un suivi étroit de l'analyse et, d'autre part, les résultats de l'analyse ont été discutés régulièrement durant leur élaboration avec une collègue de la section humaniste du département de psychologie formée en recherche qualitative. Une première présentation de l'analyse transversale a aussi été proposée lors d'un colloque afin de recueillir les questions et commentaires d'autres chercheurs. Ces étapes avaient pour objectif d'assurer que l'articulation finale des résultats de l'analyse réponde aux critères de crédibilité (valeur de vérité) et de transférabilité (validité externe) de l'analyse, ainsi qu'au critère d'authenticité catalytique qui incite les chercheurs à présenter les résultats de la recherche sous un angle qui encourage les changements constructifs dans les pratiques (Morrow, 2005).

Par souci additionnel de transparence, de crédibilité et d'auditabilité, nous avons pris la décision d'intégrer temporairement le chapitre des études de cas au dépôt initial de la thèse. Ce chapitre donnait accès à une importante partie de l'analyse préliminaire sur laquelle s'appuient les résultats tels que présentés dans les deux articles de thèse. Le jury pouvait ainsi mieux se représenter la construction de l'analyse transversale à partir d'informations confidentielles qui ont dû être omises ou camouflées dans les résultats finaux pour préserver au maximum l'anonymat des participants ainsi que la confidentialité interne. Cependant, pour les mêmes raisons de protection de l'anonymat des participants et de leur confidentialité, ce chapitre a été retiré de la version de la thèse soumise pour dépôt final.

Finalement, malgré les risques associés au choix méthodologique de conduire des entrevues de couple et des entrevues individuelles, cette combinaison a permis d'approfondir l'expérience des participants par le biais de ce que Tracy (2010) appelle la cohérence véritable (« meaningful coherence »). Ce critère de rigueur réfère à l'idée d'accomplir ce que l'étude cherchait à atteindre en utilisant des méthodes et des pratiques cohérentes avec l'objectif de recherche et le paradigme adopté. En lien avec la posture constructiviste-interprétative adoptée dans le cadre de

la démarche de recherche, l'interaction entre la subjectivité et l'intersubjectivité des participants et des chercheuses ont ainsi fait l'objet d'une préoccupation constante. Ce faisant, la démarche de recherche se retrouve soutenue par une combinaison des critères de cohérence véritable de Tracy (2010) et d'authenticité ontologique de Morrow (2005) au sens où la méthodologie d'entrevues conjointes et individuelles a permis aux participants d'élaborer leur expérience d'abord conjointement, avec le soutien de l'étudiante-chercheuse, pour ensuite murir et enrichir leur perspective individuellement en compagnie de l'étudiante-chercheuse sur la base de l'expérience de l'entrevue de couple.

## 2.5 Éthique de la recherche

De manière générale, le projet proposé a été développé et conduit avec un souci constant de conformité aux lignes directrices en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains tel que détaillées par l'« Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains » (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2010).

Les démarches d'approbation éthique requises ont été entreprises dès 2014 auprès des comités d'éthique de la recherche du CHUM et de la clinique ovo. Une fois l'approbation éthique obtenue de la part de ces deux comités, une approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal a été obtenue pour diffuser l'invitation à participer dans la population générale hors des cliniques de fertilité participantes.

### 2.5.1 Consentement libre et éclairé

Un formulaire de consentement éclairé détaillant l'objectif de la recherche, la nature de l'implication des participants ainsi que ses risques et bénéfices potentiels a été

signé par les participants avant la première entrevue (*voir Annexes F, G et H*). Les participants ont signé le formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) de leur clinique de fertilité traitante ou celui approuvé par le CER pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM pour les deux couples traités dans une clinique autre que ovo ou celle du CHUM. Toutefois, considérant le consentement comme un processus, le consentement verbal des participants a été réitéré au moment de la seconde entrevue, incluant un rappel des modalités contenues dans le formulaire de consentement ainsi que du droit de retrait individuel.

À cet effet, puisque la première entrevue se déroulait avec les deux partenaires, chacun d'eux a été informé que leur droit de retrait pourrait s'exercer de manière individuelle, sans que le ou la conjoint(e) du partenaire qui se désiste soit informé. C'est-à-dire que chaque partenaire disposait des coordonnées des chercheuses et était informé qu'il pouvait, à tout moment, retirer sa participation à titre individuel sans que son/sa partenaire ne soit mis(e) au courant du retrait de la participation. Auquel cas, les données issues de la participation du couple auraient été détruites. Cette procédure visait à limiter la possibilité de pressions d'un des partenaires en faveur d'une participation à la recherche ainsi qu'à prévenir de possibles impacts négatifs dans le couple advenant le retrait d'un partenaire qui se serait senti contraint de participer. Ce retrait pouvait s'effectuer au moment de l'entrevue individuelle ou en tout temps à la suite du processus d'entrevues. Aucun participant ne s'est prévalu de cette modalité. Une stricte confidentialité a aussi été préservée au moment des contacts individuels entre la chercheuse et les participants par rapport au contenu des entrevues individuelles. Cette mesure a été annoncée et expliquée au moment du consentement et rappelée lors des entrevues individuelles.

### 2.5.2 Anonymat, confidentialité interne et protection de la vie privée

Le matériel issu des entrevues a été dissocié de l'identité des participants. Pour ce faire, un code numérique a été associé aux participants et seul ce code permet de relier les formulaires de consentement ainsi que les données sociodémographiques au matériel audio et aux transcriptions d'entrevues. Ces différentes parties sont conservées séparément sous clé et dans des dossiers sécurisés. Seule l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche ont eu accès à l'ensemble des données brutes. Une auxiliaire de recherche a eu accès à l'enregistrement audio de 5 entrevues et son accès au matériel audio a été retiré une fois sa tâche de transcription complétée.

À la suite de l'analyse, pour les besoins de la rédaction des articles associés à la thèse, les données ont été maquillées afin de masquer davantage l'identité des participants et éviter que des détails contenus dans l'histoire de chaque couple puisse permettre la reconnaissance des participants (par exemple des caractéristiques personnelles ou relationnelles trop distinctives). Les enjeux de confidentialité s'étendent aussi à la préservation de la confidentialité à l'intérieur du couple (confidentialité interne) à travers le maquillage des données dans la rédaction des articles qui composent la thèse afin de préserver l'intégrité du contenu révélé en entrevue individuelle (Ummel et Achille, 2016).

### 2.5.3 Risques

La discussion en profondeur de la relation et des interactions au sein d'un couple en contexte de stress important et de grande vulnérabilité comportait des risques d'inconfort ou de tensions supplémentaires pour le couple. En ce sens, les entrevues, spécialement celle de couple, ont été conduites avec la plus grande prudence et le plus grand respect des participants.

Afin de limiter les possibilités de dérives des entrevues, ces dernières ont été conduites par l'étudiante-chercheuse après une première année de stage d'évaluation et d'intervention au doctorat en psychologie. De plus, elle possédait déjà une expérience en relation d'aide en contexte de périnatalité (soutien à l'allaitement), d'intervention de crise auprès de personnes suicidaires et avait aussi suivi une formation spécifique sur la gestion des dérapages en thérapie de couple.

La question de l'impact potentiel de l'entrevue de couple et de la recherche sur le couple et les partenaires participants a été abordée au moment de la signature du formulaire de consentement et évaluée avec les participants à la fin de l'entrevue de couple ainsi qu'au début de l'entrevue individuelle. Une liste de ressources spécialisées en infertilité et thérapie de couple, spécialement dressée selon le secteur de résidence des participants, leur a été remise à la suite des entrevues. Les psychologues des cliniques de fertilité impliquées étaient aussi informées de la possibilité de se voir référer des participants qui en feraient la demande. Aucune demande de référence n'a cependant été formulée par les participants.

#### 2.5.4 Bienfaits potentiels

Au-delà du développement des connaissances et de l'objectif d'informer les pratiques en PMA, il est raisonnable de penser que l'espace de réflexion et de mise en sens offert aux participants puisse impliquer des bienfaits pour ces derniers et/ou leur relation de couple. L'empathie, la reconnaissance de la légitimité de la démarche vers la parentalité ainsi que l'ouverture à la complexité qui sous-tendent la posture de recherche s'inscrivaient dans un cadre bienveillant qui avait pour but d'explorer sans jugement l'expérience intersubjective des participants. Un tel processus de dévoilement peut d'ailleurs avoir un impact positif pour les participants (Hutchinson, Wilson et Wilson, 1994).

De plus, à la fin des entrevues, les besoins, demandes et intérêts des participants envers la suite de la recherche et ses résultats ont été sondés. Cette étape avait pour but de trouver, en collaboration avec les participants intéressés seulement, un ou des moyens personnalisés pour redonner quelque chose des résultats de la recherche. Sept participants se sont explicitement manifestés individuellement pour recevoir un résumé des résultats de la recherche, certaines en soulignant que la demande concernait leur conjoint et elle-même.

Les deux chapitres suivants font état des résultats de l'analyse transversale destinée à répondre à l'objectif d'explorer l'expérience intersubjective des couples qui poursuivent des traitements en fécondation *in vitro* malgré de multiples échecs en PMA. Ils sont présentés sous forme d'articles qui seront soumis pour publication dans des revues scientifiques.

## CHAPITRE III

### LIVING AT A CROSSROADS: RELATIONAL DYNAMICS OF INFERTILE COUPLES WITH MULTIPLE FERTILITY TREATMENT FAILURES

Gendreau, A. et Vachon, M. (Manuscrit préparé pour soumission). Living at a Crossroads: Relational Dynamics of Infertile Couples with Multiple Fertility Treatment Failures.

### Abstract

Many infertile couples experience unsuccessful fertility treatment attempts. The purpose of this qualitative study was to better understand the complexity of the relational dynamics of couples experiencing repeated fertility treatment failures. Six infertile couples that had experienced at least 2 unsuccessful *in vitro* fertilization cycles were recruited for couple and individual interviews. Data was analyzed by using interpretative phenomenological analysis. The relational dynamics of the participating couples are understood around a central experience of treatment hardship from which 2 main paths emerge: a path of distance and relational impasse, and a marital development path. The impasse path includes a dynamic of exclusion–withdrawal and the presence of blame and unexpressed concerns between partners. The marital development path comprises the themes being present to the other, sharing emotional experiences, and marital commitment, which give meaning to treatment experience. The results are discussed in terms of marital commitment issues, attachment needs and means of coping with treatment stress.

**Keywords:** Assisted reproductive technology, couple, infertility, marital relationship, interpretative phenomenological analysis

**Data availability statement:** The authors confirm that the data supporting the findings of this study are partly available within the article. The complete data are not publicly available due to restrictions (e.g. their containing information could compromise the privacy of research participants).

“In all infertility treatment, the couple’s welfare, not a medical cure, should be the treatment goal.” (Greil, Leitko, & Porter, 1988, p.194).

### 3.1 Introduction

According to the World Health Organization, infertility is the absence of pregnancy despite 1 year of regular and unprotected sexual intercourse (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009). Worldwide, the estimated median infertility prevalence is 9% (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007). Estimates from Canada, France, and England have reported between 10% and 24% (Bushnik, Cook, Yuzpe, Tough, & Collins, 2012; Datta *et al.*, 2016; Slama *et al.*, 2012). Approximately half of infertile couples seek medical help in developed countries (Boivin *et al.*, 2007). After 3 cycles of *in vitro* fertilization (IVF), the estimated cumulative live birth rate was reported to be 57.1% (McLernon, Maheshwari, Lee, & Bhattacharya, 2016). Hence, over one third of treated couples remain childless after IVF.

The unpredictability of a fertility treatment’s course and outcomes, the duration of infertility, the accumulation of unsuccessful treatments, the invasive and time-consuming nature of the treatment process, as well as its emotional impact, are reported to be particularly stressful (Greil, McQuillan, Lowry, & Shreffler, 2011; Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares, & Almeida-Santos, 2016; Pasch & Sullivan, 2017; Shreffler, Greil, & McQuillan, 2017; Zurlo, Cattaneo Della Volta, & Vallone, 2018). However, despite the sheer volume of studies exploring the experience and consequences of infertility and assisted reproductive technologies (ART), the couple’s relationship has rarely been the focus of research (Chachamovich *et al.*, 2010; Greil, 1997; Schmidt, 2009). The literature investigating marital outcomes in relation to fertility treatments has demonstrated that marital benefits and marital distress may ensue from the infertility and ART experience (Coëffin-Driol & Giami, 2004; Newton, 2006; Pasch & Sullivan, 2017; Schmidt, 2009). Accordingly,

many authors have recommended the examination of cross-partner effects (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2009; Moura-Ramos, Santos, & Canavarro, 2017), while considering treatment stage and duration of infertility (Chachamovich *et al.*, 2010; Greil, 1997; Zurlo *et al.*, 2018).

When investigating the shared nature of the infertility/ART experience, researchers have reported complex transactional effects between partners. For example, perceived partner support is associated with lower infertility stress in men and women seeking infertility treatments, and a man's infertility stress may also decrease if he feels his partner perceives his support (Martins, Peterson, Almeida, Mesquita-Guimaraes, & Costa, 2014). Women and men individually benefit from keeping a positive outlook regarding their chances of conceiving during ART, but women's psychological adjustment may be undermined by a partner who perceives higher chances of conception than she does (Thompson, Woodward, & Stanton, 2012). The literature on coping strategies that has considered the interdependence of dyadic data has demonstrated a partner's effect on various psychological adjustment measures (Peterson, Newton, Rosen, & Schulman, 2006; Peterson, Pirritano, Block, & Schmidt, 2011). For example, an increased use of meaning-based coping in women is associated with decreased personal distress for her partner, whereas if a husband uses meaning-based coping, his wife's personal distress increases (Peterson, Pirritano, Christensen, & Schmidt, 2008).

Such findings emphasize the complex and transactional nature of partners' experiences with ART. Accordingly, qualitative research is required to deepen and better understand inconsistent or complex research results (Peterson *et al.*, 2008). However, according to our literature review, no qualitative studies investigating the intersubjective experience of couples who pursue treatment despite multiple failed attempts have been published.

### 3.1.1 Aims

The objective of this study is to better understand the complexity of the relational dynamics of couples who have experienced repeated treatment failures with ART. Precisely, the goal of this article is to propose a dynamic understanding of the relational factors at play during a couple's treatment process. Gaining a better understanding of the relational dynamics in this specific context would enable treatment teams to better recognize and make sense of long-term patients' treatment experiences. This enriched understanding may also help improve psychosocial interventions for couples who experience marital distress as a result of fertility treatments.

### 3.2 Conceptual and Methodological Framework

To improve the understanding of couple dynamics, we rely on a constructivist paradigm and an interpretative and dialectical methodology (Guba & Lincoln, 1994). The dyadic research interviews and the researcher-participants interactions allowed for meaningful dialogues and interpretations, as well as a complex co-construction of the significance of the experience (Ponterotto, 2005). All participants were interviewed as couples and individually, to allow for various construction opportunities and interactional observations (Eisikovits & Koren, 2010). As a complement to the constructivist approach, we also base our understanding on the theory of intersubjectivity (Buirski & Haglund, 2001), hence considering the couple as a third unit in the relationship between two people. The intersubjective stance allows for the consideration of the existence of an idiographic experience of the couple as an instance of experience, and to explore its dynamic while questioning the interdependence of individual perspectives, including the researchers'.

### 3.3 Method

#### 3.3.1 Participants

Six heterosexual childless couples who underwent at least 2 cycles of unsuccessful IVF treatments with their own gametes (i.e., no egg or sperm donor involved) and had the intention of pursuing further treatments participated in this study. Participants were recruited through collaboration with a private fertility clinic research team (3 couples), by the diffusion of email and social network invitations (2 couples), and through the snowball sampling method (1 couple). Ethical approval was obtained from all 3 institutional committees involved in the recruiting process.

The duration of the relationship was 4–5 years for 4 of the participating couples, and the duration for other 2 couples was on average 13.5 years. Men were aged 23–36 years old ( $M = 32$ ), and women were aged 24–38 years old ( $M = 30.8$ ). All were White and reported no religion affiliation or a Catholic heritage. The couples had been undergoing fertility treatments for an average of 28 months (range = 9–58 months). The participating couples' infertility diagnoses reflected common fertility impairments found in couples seeking medical help (i.e., female, male, mixed, and unknown infertility factors). The sample size and homogeneity were consistent with interpretative phenomenological analysis (IPA) guidelines (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

#### 3.3.2 Procedure

The participants were met by the first author for semi-structured couple and individual interviews (i.e., total of 18 interviews, with an average duration of 130 minutes). Interviews were conducted either at the participants' residence or in private rooms at the participating institutions. A written individual informed consent form was signed prior to each joint interview, and consent was reasserted before each

individual interview. Conducting joint and individual interviews allowed the participants to co-construct a common version of their experience (Eisikovits & Koren, 2010), and created a space for participants to individually reflect on their experiences, perceived partner's experience, and couple relationship, free of their partner's presence. Combining both types of interviews enriched the understanding of each couple's dynamic (Taylor & de Vocht, 2011).

For both interviews, the participants were first prompted to share their infertility and treatment history. Next, the main question was, "Can you tell me about your relationship since the beginning of the fertility treatments?" Different treatment stages were explored (diagnosis, preliminary treatments, all cycles of IVF, other complementary treatments, and significant events, such as miscarriages), with a focus on the interactions between the partners, moments of shared experience, and meaning derived from the experience.

### 3.3.3 Data Analysis

The interviews were recorded and transcribed. The analysis procedure was conducted according to the IPA guidelines (Smith *et al.*, 2009). For each couple, the 3 interviews were played and read several times, and general interpretative notes were inserted into the transcripts. Next, the transcripts were imported into the Nvivo 11 software for a line-by-line analysis of the transcripts, which allowed for the identification of emergent themes. Next, a detailed case study of each couple's singular dynamic was drafted. The cross-sectional analysis was thus based on the identified themes and the 6 case studies.

Couples had varying experiences (e.g., wide range of medical histories, personal and marital coping strategies, and pre-ART marital histories), which, together, formed a diverse portrait of the situation, and allowed for a rich cross-sectional analysis. In addition, as all participants were still in treatment, the interviews allowed to

retrospectively explore certain difficult episodes and coping mechanisms developed in the course of the treatment, while anchoring them in their present dynamic.

To preserve the anonymity of the participating couples and ensure internal confidentiality (Ummel & Achille, 2016), some details in the cited excerpts have been disguised, and the participants are identified by pseudonyms.

#### 3.3.4 Quality and Trustworthiness

To ensure trustworthiness, key reflexivity tools were used (Morrow, 2005). A self-reflexive journal was kept from the beginning of the research process to monitor the researchers' subjectivity. Field notes were taken, and debriefing occurred following each interview to discuss specific content or observed interactions. Every joint interview was reviewed to identify content that may warrant further attention in the individual interviews.

Consultations with colleagues to reflect on the analysis process were also regularly conducted (Morrow, 2005). This reflexivity strategy was used in response to the unique internal confidentiality challenge associated with the study of dyads (Ummel & Achille, 2016). Thus, peer consultations have been used to promote credibility in the context where content from the individual interviews must be protected from an accidental recognition by the partner in the published work. Hence, even if some specific examples or excerpts could not be published due to internal confidentiality, the understanding of each participant's relational dynamics have been critically discussed in confidential meetings.

### 3.4 Results

The participants' accounts of their journeys in ART are in line with the literature regarding the invasive and painful nature of the medical procedures, the stress

associated with multiple failures, and the uncertainty regarding treatment outcomes (Glover, McLellan, & Weaver, 2009; Imeson & McMurray, 1996; Ying, Wu, & Loke, 2015). Thus, regarding the experience of ART, participants refer, like many others, to the experience of a “rollercoaster” (Daphnée), a “marathon” (Éloi), or an “emotional elevator” (Mathieu). During the interpretative analysis stage, we chose the vicious cycle image to illustrate the central turmoil that all the couples referred to (central space of Figure 3.1). We based our understanding of the participating couples’ relational dynamics around this central treatment experience of prolonged stress and repeated failures.

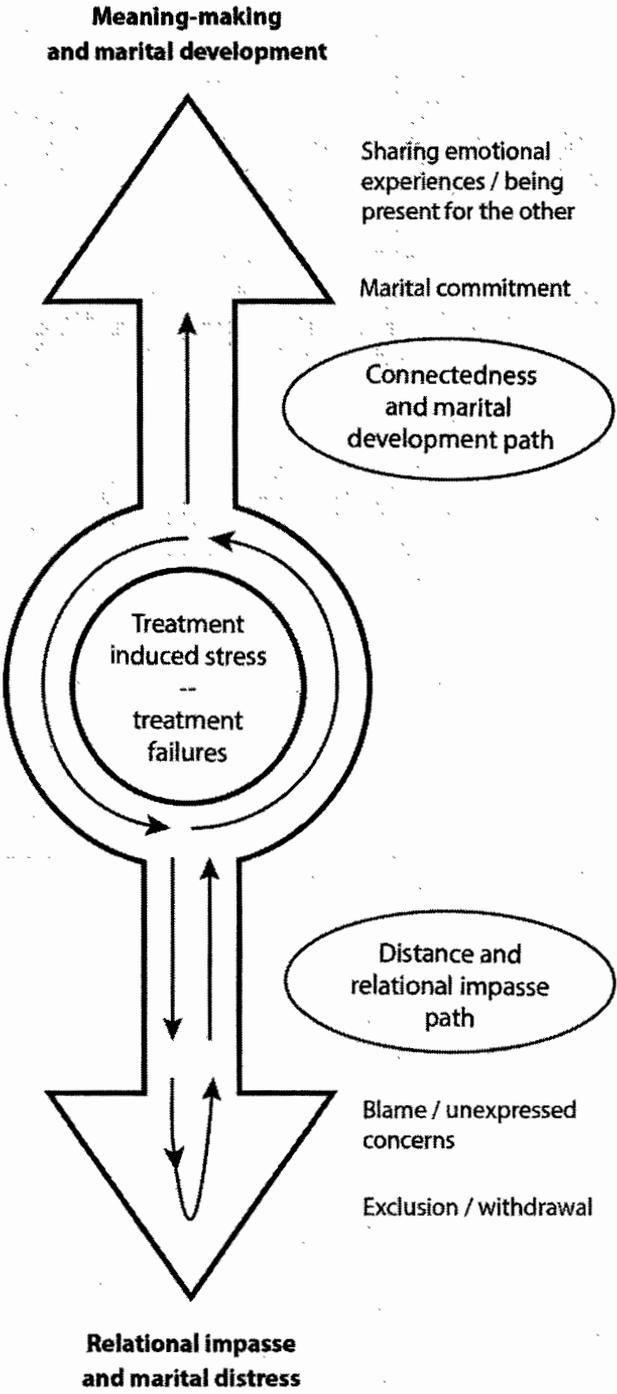


Figure 3.1 Relational dynamics of couples facing multiple ART treatment failures.

Two relational paths seemed to emerge from the participants' efforts to cope with the experience of undergoing ART: a path of distance and relational impasse, and a path of connectedness and marital development. The arrows in Figure 3.1 reflect the fact that couples have often traveled through all the represented spaces. Thus, the experience of each partner and each couple must be conceived as mobile and as evolving through time.

However, the downward trajectory of outward movement appears to be more likely to contribute to treatment stress, hence its dual-track representation. The one-way approach used to illustrate the upward trajectory reflects relational movements that lead partners to a space of consolidation of the relationship, which is observed to offer some protection against the stress of treatment and treatment failures.

The 2 represented destinations, namely, the horizon of marital development, defined primarily as the capacity to provide a relational significance to the treatment experience, and the impasse, where marital distress increases and separation looms, are both foreseen as possibilities by couples. The following analysis attempts to integrate couples' current and retrospective marital experiences into an understanding of the dynamics that can manifest throughout the course of medical care in couples who have experienced multiple unsuccessful fertility treatments.

#### 3.4.1 Downward Trajectory: Distance and Impasse

Several participants described current or past relational situations, attitudes, and behaviors that contributed to increasing distress and distance between them and their partner. A dynamic of exclusion–withdrawal, as well as the presence of blame, and unexpressed concerns between partners seemed to create and maintain a relational and emotional gap possibly leading to relational impasse.

### 3.4.2 Exclusion–Withdrawal Dynamic

In many of the participating couples, a dynamic of exclusion and/or withdrawal was experienced at some point in the trajectory. These relational processes were observed to interact in contexts where the relational dynamic of the couple was under more stress.

For instance, an appropriation of the treatment process and logistics was observed, for some couples, to lead to distance and disconnection between partners. For example, Éric blamed his partner for repeatedly “taking care of everything,” a behavior he said was casting him aside from the treatment plans and procedures.

Further, a compulsive search for information, or seeking external support (instead of relying on one’s partner) could be experienced as exclusion. With regards to the online forums frequently consulted by his spouse, Bruno stated:

Bruno: Well, for sure...it was helpful for her, [and] me too, but sometimes it’s too much. Uh, the forum, especially at the beginning...She was spending time on it, it was awful. And to some extent, I’m saying, you know, she’s still on the computer sharing...And I’m saying, I’m here too, you can talk to me about it. Uh...you know, instead of telling others you don’t know, you can...But she often reads to me what she writes there...

Although we perceive ambivalence and a concern to not criticize his spouse in this comment, we observe that Bruno felt excluded at the beginning of his experience with ART, while his wife was trying to grasp the implications of treatment and process the shock of her husband’s diagnosis. Although the overreliance on external support may represent a strategy aimed at coping with infertility and treatment-induced stress, it may also indicate a disconnect between partners or the presence of latent tensions.

There seems to be an interaction between the movements of exclusion in one partner and the withdrawal of the other.

Alexandre: [...] well, she gets information and she's happy... she discusses it with her mother and her family and... that's probably what she needs, a listening ear to give her a different perspective than mine, because I don't really want to talk about it.

Alexandre recognizes his tendency to withdraw, and acknowledges his wife's need for exchange and communication. Aware of their respective styles, they present them as personal coping mechanisms.

However, the distance created by these movements of exclusion and withdrawal may eventually create frustration. One participant explained that keeping a distance was a way for her partner to protect himself, which, after elaborating, she recognized sometimes angered her. Despite the tensions, frustrations, and marital dissatisfaction associated with the behaviors of withdrawal and exclusion, participants who tend to take control of the procedures while excluding their partner are not necessarily aware of doing so.

Bianca: So, when I went to do my next *in vitro* fertilization, for me, it was clear that it had to be soon [...], it had to be done quickly...

Interviewer: And excuse me, I'm interrupting [Bianca: Yes], and what was the opinion of your spouse?

Bianca: I have no idea.

It also seemed that the intensity of one's emotions could provoke the withdrawal of their partner. Maude's mention of "drowning" when asked about her partner's unhappiness suggests that her distance may be related to fear.

Maude: [4-second silence] Seeing him so unhappy? How do I take it? [4-second silence] I try to see it more from the outside, because if I feel too involved, I feel like I won't be able to help or support him enough or, pfff, I'm kinda trying to be a strong figure and not drown with him.

Another participant discussed of her method of staying “seemingly” calm as a strategy for coping with her partner’s stress. In addition, for some couples, the movements of withdrawal were mutual. For example, one participant reported that, although he and his wife shared the same sadness, they never cried in front of each other.

Among the participants, we noticed that the fear of being overwhelmed by the emotions of the partner (e.g., “not drowning”), the tendency to reassure by minimizing (“it doesn’t matter”), and some withdrawal movements (“seeing more from the outside”, “[not feeling] too involved”, or remaining “seemingly” calm) were more likely to be observed in couples experiencing difficulties, or during the more difficult times of their experience with ART. Although withdrawal may be motivated by good intentions, the other partner may perceive disengagement and/or relational distance, increasing the risk of shifting toward the impasse trajectory.

### 3.4.3 Blame

Blaming the partner for attitudes, preferences, choices, and coping styles were reactions observed directly, reported by several participants, or anticipated and feared by others. We suggest that such toxic mechanisms among couples contributes to relational tensions and causes injuries that eventually lead toward relational impasses.

Béatrice and Éloi, for example, foresaw a long-term risk associated with the disagreements they had regarding treatment decisions. In their joint interview, they mentioned having to learn to openly discuss their limits and needs, even if confrontations resulted, to protect the relationship from future occasions to blame the

partner (e.g., “if you had just wanted another month!”). They consciously feared that this type of blame would place too much strain on their relationship.

Wanting to stop treatments implies a heavy responsibility for the partner considering this option. Rachel and her husband report going through a crisis, when she wanted to continue treatments, but he wished to stop them entirely. She implied that stopping treatment was “depriving [her] of [her] motherhood”, a loaded statement. In the end, this issue had to be resolved with the help of a counsellor.

Others were observed to grapple with dissatisfaction regarding the attitude of their partner throughout the course of treatment:

Daphnée: Well, at one point, I was blaming my spouse a lot, telling him that I felt like I was doing everything [...].

Thus, we argue that the emotional and symbolic engagement throughout ART is critical. In this context, one participant said that he doubted the seriousness of his wife’s commitment to treatment regarding certain behaviors she displayed and which he considered potentially harmful to the treatment. For this couple, a dynamic of mutual blame was observed (him blaming her for certain behaviors, and her blaming him for his blaming). Such dynamics were observed to be painful and part of a difficult marital impasse. In general, when more partner blame was found in a couple’s narrative, the couple appeared more distressed.

Blaming thoughts directed at the infertile partner were also shared by 2 fertile participants. Conversely, one fertile participant repeatedly stated that it was not his wife’s fault if she was infertile, although the latter would blame herself for the couple’s fertility problems. Hence, a fertility factor affecting only one partner can trigger liability thoughts, which may result in blame toward oneself or the partner.

Whether related to treatment involvement and decisions, relational commitment, or the infertility factor, blame and tensions may be intense in those who have repeatedly experienced the burden of the IVF cycles.

Maude [speaking to her partner]: [...] I would have liked you to be strong and invested in our relationship. To me, it starts with a strong couple. If the couple is strong, then we can do *in vitro*. It's one step at a time. That's why we have to take care of the couple, and after that, we are better equipped to get through the storm of *in vitro*, because it's no fun, we know it, we experienced it.

In some instances, blame was the manifestation of high distress or frustration. Such a reaction was observed to often maintain partners' impasse and fuel infertility stress.

However, some participants could hear their partner's needs over the blame:

Frédéric: She told me, you know, she told me I wasn't doing anything. She's the one who made me realize that I really wasn't doing anything.

Frédéric recognizes that he needed to adjust his behaviour following his spouse' complaints regarding his disengagement during a long and difficult period in the treatment. He reports that he became aware of his withdrawal as a result of his wife's reproach.

We observe that blame, be it existent, perceived, or anticipated, represents a marker of harmful or potentially harmful tensions in the couple's dynamics throughout the treatments with ART. Overall, a negative emotional experience, revealed by the presence of blame, may likely cause a disconnect between partners.

#### 3.4.4 Unexpressed Feelings, Unvoiced Concerns

Avoiding or being unable to engage in open dialogue with the partner was another difficulty. Hence, one challenge with relational tensions experienced during the

process of ART was observed to be their tacit nature, although not speaking of certain matters may sometimes seem to be the only option.

Daphnée: [...] you know, it's not that you want to lie, but there are things you don't say because you want to protect your love, protect your relationship, you know ... well, it's lies or you know, I don't call them lies, I call them omissions.

Thus, although some unexpressed thoughts may remain as such to protect the partner, the participants' individual narratives tended to show that partners had some suspicion as to what the other really thought or felt when there was no free dialogue. The distress associated with an inability to dialogue may exacerbate uncertainty.

Bruno: [...] if you know that the other thinks differently, you're going to feel awful [...]. You don't dare talk about it because you know that the other doesn't think like you do, and you don't want to try to force her to change her mind, you know.

Here, delaying and avoiding dialogue was also a means to avoid raising known sensitive and divisive issues that could lead to threatening discussions. One participant said: "there's no need to talk about what could happen next [...], anyways, we don't have to clarify things right now since we're only starting IVF next month." This participant also mentioned not having taken the disagreement over preferred family formation options seriously up to this moment, because "treatment failure was impossible."

Hence, differing opinions, goals, or needs between partners may lead to negative feelings and avoidance:

Daphnée: I'm not really comfortable talking about it with him because he's not comfortable talking about it either. There's, like, a kind of unease about it.

When a certain topic resulted in a discomfort that the partners would not address, feelings of loneliness, as well as distance, seemed to increase. Moreover, many participants highlighted that a relationship could be threatened by this type of silence. For instance, Mathieu chose to take the risk of upsetting his wife with an uncomfortable discussion, anticipating that it would be worse to blame her in the future for not considering his viewpoint:

Mathieu: [...] finally, it wasn't to my advantage, it wasn't at our advantage for me to keep quiet, I would have been frustrated to keep quiet... So, uh, if I'll blame her at one point or another for it, it's not worth it.

Furthermore, Béatrice et Éloi stated they experienced and solved a major source of disagreement concerning their treatment options, which taught them not to silence tensions or disagreements.

Éloi: When something bothers us, it doesn't take long for us to talk about it. [Béatrice: Yes], we don't dwell on our emotions Béatrice and I [Béatrice: No!].

Overall, the disconnect resulting from unexpressed feelings was observed to increase the infertility stress, making the treatment even harder to manage emotionally. Moreover, the detrimental effects of unvoiced concerns were sometimes downplayed by those still caught in it, while those who had overcome such issues could identify the adverse effects more easily.

Despite the relational efforts of many participants, we highlight the breadth of difficulties observed in addressing the tensions and disagreements associated with family formation and treatment decisions. Indeed, disagreement over such subject matter put the relationship at stake.

### 3.4.5 Impasse on the Horizon: Separation Perspective

The threat of separation was foreseen at some point or remained extant in all the participating couples, to varying extents. In some cases, the infertile party reacted to the diagnosis by telling their supposedly fertile spouse to find another fertile partner, as did Frédéric's wife:

Frédéric: [...] Often, when she wasn't feeling good, or whatever, she used to say things like "I'm the problem, I'm the problem! You should go with someone else, you'll have no family, I'm the problem."

Here, it seems like episodes of suffering associated with infertility prompted Frédéric's wife to tell him to leave her. In fact, the perspective of infertility compromising the relationship seems to bring about high levels of fear.

Bruno: Well, a lot of fear in my case. Because at the beginning uh, I was the problem, it was my diagnosis. So I was really afraid uh, really, I was afraid that it would end there, you know, right away...you know, the easy solution would have been find someone else, and that's it.

Bruno, like other participants, was afraid that his relationship would not survive the test of infertility ("that it would end there"). Although separation may seem at first like the "easy solution" to the problem of infertility, the perspective of parting with their partner may be wrenching for those contemplating it:

Éric: When we learn that ah, it's difficult [to conceive a child], you always have that in mind [ending the relationship]. But I tell myself no, if I do that, I'm a bastard. A year later, if I do that, I'm a bastard. Uh, and there always the hope that the IVF works.

The idea of finding another partner seemed to be rooted in a very painful, albeit accurate, reality. Indeed, 2 fertile participants revealed in their individual interviews having occasionally thought of leaving their infertile partner, citing the erosion caused by multiple treatment failures or the meaninglessness of a childless

relationship as grounds for such thoughts. Several participants were thus aware and afraid of the risk of separation as a result of infertility and IVF treatments.

Rachel: It scared me because all the friends I know who have gone through that, they're divorced. Well they had the child, stayed together for a while, and then divorced. Yeah, there should be a study on that.

Roxane: [...] maybe it's always the fear of having seen, and you know, known other couples who have not survived ART treatments. So I think I'm really affected by that, and it's a fear that follows me around.

Although certain partners contemplated separation, this option remained a threat for many, keeping them in the vicious cycle of stress associated to treatment and treatment failure.

#### 3.4.6 Ascending Trajectory: Cultivating the Relationship

In order to manage treatment stress and avoid relational impasse, partners wishing to preserve their relationship should nurture their connectedness. The presence and sharing of emotional experiences, as well as marital commitment, seem to be central to a trajectory of marital development and meaning-making.

The use of connection strategies to escape treatment hardship may ultimately lead to marital development and give meaning to the treatment experience. Being present for the other, sharing emotional experiences and enhancing marital commitment are behaviors observed at the heart of a connection trajectory, which allows the couple to incur less damage to their relationship from the multiple failures of ART.

#### 3.4.7 Emotional Resonance: Being Present and Sharing Emotional Experience

According to many participants, the mutual capacity of sharing treatment experiences and jointly managing the intensity of the experience of ART may help partners to stand together.

Bianca: [...] I get the feeling that, well, he's living it more with me, you know, we're infertile together... unlike before, I was under the impression that I was alone, really alone... That he was in it with me, but it was me alone... Now, I feel that it is us as a couple that is infertile [...]

Bianca discussed a relief she associated with sharing the experience of infertility. This sharing gives a different quality to the presence that her spouse offers.

Béatrice: [...] you know, that we move forward together, and that we do things together, you know, we're both very, very sensitive to the other [...] but what it does, is that one won't go a long way with the other behind or disconnected, and vice versa.

Béatrice stated that following a disagreement with her spouse, they eventually developed greater sensitivity to their partner's emotions. Such sensibility now takes a central place in their journey. Thus, one of the constructive options for modulating the treatment stress was observed to be the ability of couples to share and co-regulate their emotional experiences throughout their experience with ART. This mechanism involves will and an active presence.

Bruno: Yes, but I also felt what she was saying was true. You know, sometimes you say things that you don't necessarily show with actions, and her with all she was doing and saying to me, she was telling me often [that she loved me], she was comforting me, hugging me, you know really, she was always there. So, it ended up making me feel supported through that.

For Bruno, the signs of love and the presence that accompanied his wife's comforting words made a difference during the crisis period following his infertility diagnosis. His wife had to insist on removing him from a state of withdrawal to encourage him to share his hidden emotional experience. Despite a natural tendency to regulate his emotional experience alone, he recognized that in the context of infertility treatment, he had to learn how to open up. Mathieu, as well, highlights that sharing her emotional experience can be difficult for his partner:

Mathieu: [...] I almost immediately feel it when there is something wrong. After that, it takes time to convince her to talk.

“To talk” reflects a concern for sharing the experience. Moreover, the time that Mathieu takes to “convince” his wife to talk constitutes a sign of being present. In the same sense, Éloi elaborated on the importance of being present and sensitive to the experience of the other.

Éloi [about a negative pregnancy test]: ...She was sad and started to cry and, well I didn't ask any questions...I didn't ask uh, what was happening, I gave her the space to cry and I was there to comfort her, and I just wanted to tell her that I was there, you know. And it's clear that she was sad, and it wasn't the time to talk I think, it's just time to make a space for her sadness.

The partners who came together and shared emotional experiences realized their mutual interest and availability. We observed that emotional availability could, depending on the context, be present in a complementary manner (one makes oneself available for the other), or in a mode of similarity where the experience was shared and lived completely simultaneously. Bianca and Frédéric express the latter view:

Bianca: I think that alone we were too weak and together we were a bit uh [Frédéric: stronger], we were the support for one another [Frédéric: Yes]. Because, I think we would not have...we would have collapsed completely. So, together we were able to, [Frédéric: to support each other] to stand together actually.

In that part of the interview, Bianca et Frédéric discussed a moment of high emotional intensity when sharing the same emotional experience was beneficial to them. They could recognize the pain of the other to better share it and support each other. Mathieu highlighted a means to be present and share in complementarity with his spouse:

Mathieu: [...] the fact that I am relatively calm and...that she knows that she can count on me and that I won't collapse, it helps to overcome the hardship. Uh, I always tried to take the approach of never minimizing the failures, the "it doesn't matter," I never say that.

Many couples have balanced these 2 means of being present (complementary or simultaneously) for each other and shared their emotional experiences regarding the treatments. The ability to be attuned with each other's experience seemed to foster the emergence of an adjusted approach to sharing the emotional experience. To accomplish this adjustment, several participants showed or attested to their capacity or the ability of their partner to adequately unravel the other's needs.

Frédéric: Sometimes I see it [how she feels], and then I can change my behavior or something, you know, to pay more attention to her or, you know, be more available.

Roxane: Being able to see it when I wasn't well without me having to explain, or to ask for support, or whatever, looks like it happened by itself.

In the context of such an intense and prolonged experience of adversity, it seems as though one partner's ability to decipher the other's emotions and fulfill the needs they express leads to positive relational outcomes.

Roxane: [...] but it always brings us closer... The more the pressure rises, the more we talk about it, the more we're going to be united, the more we know that we'll need each other.

Roxane's expression of "being united" and "talking to each other" echoes other couples' experience of how sharing emotional experience and presence allowed them to deal with the stress of the ART experience.

Roxane: Maybe we only need more intimacy...you know, everything related to ART is so cold, that at one point uh, you try to use creativity to

increase the moments where you can come together, and you can like, uh, experience a bit more closeness beside what is calculated.

The literature has documented that fertility treatments can make intimate relationships feel cold and calculated. By contrast, many participants indicated how they tried to be creative to nurture intimate moments. Regarding the multiple injections that are part of the ovarian stimulation process, Bianca said:

Bianca: So, I think that we were also trying to do it more as a couple, with a little more joy, and the fact that you sang to me or you told me stories, it was creating more interaction and we were feeling that there was love. Anyways, for me, I felt more love from doing that, and it gave a bit more shape to the fact that we're going to have a child, and we're trying to make a baby, because we felt that there was love in all that.

Many participants seem to have succeeded in reinterpreting the intrusiveness of certain procedures into a special experience of intimacy.

Éloi: [...] I find that we quickly entered a kind of intimacy, you know, knowing the other person on a very, very intimate level and uh... I don't think all couples necessarily experience that. So, I think that's positive.

#### 3.4.8 Marital Commitment

Marital commitment was central in many participants' interviews in 2 manners: commitment as a prerequisite to the ability to tolerate the experience of ART, and commitment as a positive consequence of the common hardship. Concerning commitment as a prerequisite, Rachel testified to her need to have her spouse by her side so she would be emotionally able to endure the hardship of treatments.

Rachel: [...] anyway it's true, I couldn't do it without him. Well, not technically, but emotionally, I mean, I couldn't, it's such a hardship...

Like Rachel, many participants explicitly highlight the importance of prior marital commitment.

Frédéric: I love her as a person, I'm going to take everything that comes with her, you know. Yes, that's it, I accept what's her own, you know, I assume what's happening. I shoulder, you know, the positive or the negative, well, I'm going to deal with it.

Mathieu: At no time have I doubted our future together. Anyways, on my side, that's how it is.

Indeed, the cumulative failures of ART and the worsening of the prognosis are likely to increase the uncertainty and challenge the commitment to the relationship.

Éric: You know, to love, uh, you have to be able to see a future, you have to be able to make plans. It's part of the relationship.

As the failures with ART accumulate and the chances of having a family as planned decline, the risk of marital commitment fading is real. However, Rachel highlights that, for her, commitment is fundamental in having a family. She said, "if the couple is not strong before, it's not going to work after" (the birth of the child).

In the context of ART, while persistent feelings of a suspended life and uncertainty, coupled with treatment hardship, create great stress, maintaining commitment to the relationship requires a conscious effort.

Bruno: That's it...investing in the relationship, exactly, yes. Yes, it's not going to happen on its own, it's not...it's not magic I mean. It's easy to let it go, and that's where the danger of splitting can happen. Or that it changes, that things change.

Actively protecting the quality of the relationship makes the experience of IVF bearable.

Éloi: [...] the fact that, you know, we share other things, you know, that we like to do other activities, other projects together, well that helps, you know, it helps to make all this bearable.

In addition to the need to nurture commitment in the relationship, many participants indicated how the experience of hardship can strengthen the commitment to the partner.

Béatrice: [...] there is nothing granted in life, but for sure I feel closer, more connected, even to a certain degree, more in love with my partner since the past few months, especially because I find we experience quite fundamental things, and we are capable of experiencing them with respect, exchange, and communication [...]

Frédéric: Well that helped us, you know, it told us that we were close, and we were able to be close, that we were able to help and support each other, and to understand each other, you know, to feel each other's emotions. It brought us closer together in our relationship [...] it made us see that we would not be where we are at if we would have stayed apart, you know [...] well, we support each other, we both see that we can be strong enough as a couple to experience something pretty rough.

Of course, these 2 dimensions of pre-existing commitment and commitment as a consequence of the shared experience of adversity present a certain interdependence. We observe that commitment as a consequence of the treatment experience may open a path toward marital development and give meaning to the experience, as elaborated in the following section.

#### 3.4.9 Horizon: Marital Development and Meaning Making

At the time of the interviews, all the participating couples were in treatment and none were pregnant or had had a child. As a result, they all realized their IVF efforts could never result in a live birth.

As previously stated, the perspective of having exhausted all treatment options, as well as the difficult decisions regarding available options in ART, seem to nearly inevitably question the couple's future. The partners who managed to share treatment stress and nurture their relational commitment were also observed to formulate a

long-term view of their marital development. Thus, some couples could envision themselves together beyond the perspective of treatment failures, even if this projection process required examining the separation option along the way. For Béatrice, the path to marital development required a sensitivity to her husband's desire to have a child.

Béatrice: [...] I told my spouse for the first time, if ever your desire to have kids was so great that you wanted to start your life with someone younger and more fertile, I could never blame you. You know, this brought me to this reflection, if at some point I decide that I'm stopping and that I don't want to do any more of these treatments and that for him it's such a deep desire to have kids, you know, that he ends up realizing after a few months well..., I can only accept that we separate, because I can understand that his desire goes beyond our relationship, and he reassured me on the opposite, so I tell myself that's great, but for sure, it brought me to re-question, to realize what it could mean to stop treatments.

In this context, projecting themselves in a common direction seems to require from partners a display of clear-mindedness and humility in the face of treatment-related uncertainty, as well as the capacity to tolerate the perspective of the opposite horizon, namely separation.

Moreover, we observed that marital development was possible even in cases where there was a gap between the partners. For instance, despite a conflict between he and his spouse concerning the next treatment steps, Mathieu mentioned that they were "not at the same place on the path", but follow "the same direction." To them, the dimensions of marital commitment and presence were particularly salient.

For some, like Roxane, marital development could also allow to regain a sense of security and confidence:

Roxane: [...] in all the uncertainty concerning the outcome of the IVF procedures, well, I tell myself that at least it will have given me certainty that I'm with the right person, and I have made the right choice, and that my relationship, uh, at least it's the safest thing I have. And uh, my husband, well, I know that he's the right one. So, whatever may be, the rest is uncertain, but at least I have more confidence on that side.

#### 3.4.10 Meaning-making Process

From the point where marital commitment acquires an intrinsic value in the eyes of both partners and that they invest the marital development path, regardless of the treatment outcome, the perception of the IVF experience was observed to exceed the sole hope that future treatments would work.

Béatrice: [...] indeed, you know, our common projects will be fulfilling no matter what...so um, that remains I think our biggest conclusion for both of us. Baby or not, we'll have our projects, that's very fulfilling, we'll see what happens.

Being a couple that values the relationship for itself and deepening commitment by overcoming adversity together were observed to represent 2 important means of putting the experience of infertility and ART into perspective.

Mathieu: It does not define our relationship, we are a couple before having children. So..., yes, that's it. I think that it's just uh, a hazard of life I would say. And the relation, our relationship is going to survive and potentially be stronger. How to say? It's not that it brings us closer, but our bond will be stronger because we have experienced an obstacle, overcome an obstacle together.

This strengthening of the relationship can be considered a positive outcome of experiencing treatment together that gives meaning to this hardship, regardless of the treatments' results.

Bruno: [...] I think that if we succeed in getting through this, it doesn't matter at the end of the day if it's positive or negative, whether we have a

child or not. If we succeed in getting through this, I think we can get through anything [...]. It really confirms that...we are made to be together no matter what happens. I really think that it's the meaning of all that, you know. Yes. It enlightened me, yes.

Therefore, some participants ultimately reach a point where the depth of their knowledge regarding their partner, themselves, and the relationship increases, which is a positive side effect of the treatment experience. The partners may envision the future knowing that they can manage adversity together, and this faith may provide a sense of security and meaningfulness.

### 3.5 Discussion

In this study on couples facing multiple fertility treatment failures, we aimed to suggest an interpretative and dynamic understanding of the relational processes at stake in such an experience. Although qualitative research has made significant contributions to improve the understanding of the burdens and challenges of fertility treatments (Daniluk, 2001; Glover *et al.*, 2009; Ying *et al.*, 2015), we have deepened the understanding of the ongoing relational dynamic of couples who undergo ART. By using a dyadic qualitative methodology, we provide additional details regarding some of the contradictory or complex quantitative results observed in ART research by accessing shared and private thoughts and relational experiences that can manifest throughout the experience with ART. This analysis offers a rare insight into the relational challenges, pitfalls, and responses of couples managing repeated failures of ART. It offers a better understanding of the factors that can contribute to the growth of a couple through infertility, and factors that can lead to an impasse and threaten the relationship.

Our results suggested that sooner or later during the infertility experience (i.e., at diagnosis or somewhere during first treatment failures), questions and worries

regarding relationship commitment arise. Some infertile individuals told their partner to find someone else, and some fertile individuals questioned the meaning of their relationship commitment because of the suffering they personally encountered in the experience with ART and the perspective of a childless future. Such questions and tensions, although troubling and disturbing to the partners, sometimes represented a temporary crisis they could resolve by improving their connection. For many participating couples, the strengthening of their marital commitment and relational bond were regarded as a positive outcome that gave meaning to their experience of failed attempts with ART. Notably, marital commitment and the mutuality of commitment have been associated with couple well-being (Drigotas, Rusbult, & Verette, 1999).

More specifically, our results demonstrated that these committed couples endured stress and adjusted over time by displaying behaviors such as sharing emotional experiences, being present and sensitive to each other, and consciously valuing their relationship. These characteristics parallel what is described as adult secure attachment, where individuals consider themselves worthy of care and lovable, and expect the other person to be responsive and accepting (Bartholomew & Horowitz, 1991). Mikulincer and Shaver (2005) asserted that adult attachment styles shape emotional reactions and relational behaviors when relational events occur, and that securely attached individuals tend to react to relational events by enhancing the development of the relationship and the partner. Similarly, higher relationship satisfaction and well-being during IVF were associated with secure attachment (Lowyck *et al.*, 2009; Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, Manovich, & Shalev, 1998). We found that by being able to value and nurture the relationship, the couple continued to exist throughout their efforts to become parents. In doing so, they escaped some of the stress associated with ART in addition to making sense of the infertility and the hardships involved with ART.

When partners exclusively focus on their individual needs for parenthood for many months or years, without being able to rely on each other and connect despite the hardship of ART, the purpose of the relationship can be definitively lost. Therefore, the exclusion–withdrawal process described in this study may help understand partners’ struggles to connect. Such findings could bridge the research results on the detrimental effects of active-confronting coping and avoidance strategies. Indeed, women’s use of active-confronting coping (i.e., expressing feelings about infertility and seeking advice, sympathy, and understanding from others) was found to be predictive of their partner’s increase in marital distress (Peterson *et al.*, 2008), and coping by avoidance was associated with detrimental effects for couples involved with ART (Berghuis & Stanton, 2002; Peterson *et al.*, 2008).

Our results highlight a potential negative interaction when active coping is enacted mainly outside of the marital dyad while avoidance occurs between partners. Men may feel torn between their reluctance and struggle to address such an emotionally sensitive topic, and the feeling of being cast aside or let down by their partner who is intensely involved in the treatment process by their information-seeking behavior, and who turns to others for advice and sympathy. The exclusion–withdrawal behaviors can be understood as helpless strategies when partners fail to connect. By contrast, Donarelli and colleagues (2016) found that women’s low levels of avoidance “can buffer the relationship between husbands’ attachment avoidance and the husbands’ level of distress” (p.67). Thus, exclusion–withdrawal behaviors can be understood as interdependent processes that act as a deactivating attachment strategy that keeps partners apart and, eventually, turns them toward the separation horizon.

Feeling helpless in dealing with underlying fear, anger, and hostility may lead to exclusion–withdrawal patterns, blame, and unvoiced concerns. Being unable to address covert concerns might therefore interact with infertility stress, contributing to increased distress and lower relationship satisfaction. Although blaming the partner

was associated with lower relationship satisfaction in patients being treated with ART (Péloquin, Brassard, Arpin, Sabourin, & Wright, 2018), withholding concerns and exhibiting withdrawal behaviors are also well-documented processes in distressed couples (Johnson, 2004; Papp, Kouros, & Cummings, 2009).

As one participant stated, the infertility experience is created “as time goes by in the relationship.” Either way, the paths toward the 2 suggested relational horizons highlight the nonlinearity of the treatment process that has been emphasized by other researchers (Moura-Ramos *et al.*, 2016) and underline the dynamic relational nature of the experience of infertility and ART.

### 3.5.1 Conclusions, Limitations and Implications

Despite this study’s contributions and implications, there are limitations. The sample comprised exclusively of Caucasian, middle-class couples living in an urban area where services related to ART are accessible, limiting the transferability of the results. Such cultural homogeneity of the study sample has been previously criticized in the research on ART (Greil, 1997).

The partly retrospective nature of the study is another limitation. Qualitative longitudinal follow-up of couples in treatment paired with observational access to couples’ medical appointments and procedures would provide a closer investigation of couples’ step-by-step treatment phases and interactions. Nevertheless, we found participating couples were open and sincere regarding their past or present conflicts and relational concerns. Recruiting couples willing to talk about their relationship throughout multiple treatment failures with ART (versus their treatment experience) was a challenge for this study, as has been for other researchers (Glover *et al.*, 2009; Kroemeke & Kubicka, 2017). Investigating relationships already under pressure and dealing with such sensitive issues is a challenge, but also a duty to better understand the potentially more vulnerable ART patients (i.e., those who suffer from a long

duration of infertility and from repeated treatment failures). Moreover, those patients can provide insights regarding the relational challenges that can go unnoticed for first-time patients.

Our findings also have clinical implications. Our understanding of the couples' relational dynamics may increase awareness of fertility counsellors and medical staff regarding the complex and non-linear course of the relational dynamic between partners who experience multiple treatment failures with ART. More specifically, the dynamic interplay between ART-related stressors and the 2 identified paths is critical. Medical personnel and counsellors should be aware of signs of exclusion or withdrawal behaviours, blame and unexpressed concerns between partners, and to all manifestations of presence, emotion sharing and marital commitment, to better capture the way in which constructive and detrimental relational processes develop and balance in each couple. Nurturing constructive patterns was observed to benefit the relationship and buffer against fertility stress. Thus, the relational dynamic of the treated couple should be the target of most interventions (Greil *et al.*, 1988; Ying & Loke, 2016).

Future research could attempt to better grasp the tacit relational processes (constructive and detrimental) that occur over the course of treatment. Mixed designs or longitudinal qualitative and quantitative research designs could improve the understanding of these processes and their interactions during the multiple phases implied by ART. Envisioning potential biological childlessness due to repeated treatment failures could interfere with significant individual and relational existential convictions. Indeed, the life goal of parenthood is at stake for infertile couples who pursue treatments with ART (Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010; Moura-Ramos *et al.*, 2016). Thus, treatment failure is a threat that contradicts one of the core purposes of a couple's relationship and challenge commitment, which activates attachment issues. From this perspective, the so-called rollercoaster of ART appears

to involve issues that exceed the well-known burden of treatments. A consequential point to keep in mind is that treatment failures imply deeper relational and existential issues.

In summary, 2 main relational trajectories emerged for couples facing repeated fertility treatment failures: one that disposes couples toward separation, and the other that projects couples toward increased relational commitment and creates meaning. An in-depth understanding of infertility stress vulnerability and resilience that considers wider factors than the individual experience with the fertility treatments is necessary. Patients are whole individuals imbedded in a full past, present, and desired future. Hence, clinical responses and research must hold a holistic view of their entire selves, not just their wish to procreate. Our research is one step closer toward a better integrated understanding of the multidimensional experiences of couples who face repeated fertility treatment failures.

## References

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, *14*(1), 1-16. doi:10.1348/135910708x279288
- Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 433-438. doi:10.1037/0022-006x.70.2.433
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, *22*(6), 1506-1512. doi:10.1093/humrep/dem046
- Buirski, P., & Haglund, P. (2001). *Making sense together: The intersubjective approach to psychotherapy*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Bushnik, T., Cook, J. L., Yuzpe, A. A., Tough, S., & Collins, J. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction*, *27*(3), 738-746. doi:10.1093/humrep/der465
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *31*(2), 101-110.
- Coëffin-Driol, C., & Giami, A. (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *32*(7-8), 624-637. doi:10.1016/j.gyobfe.2004.06.004

- Daniluk, J. C. (2001). "If we had it to do over again...": Couples' reflections on their experiences of infertility treatments. *The Family Journal*, 9(2), 122-133. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1066480701092006>
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Maccowall, W., . . . Wellings, K. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, 31(9), 2108-2118. doi:[10.1093/humrep/dew123](https://doi.org/10.1093/humrep/dew123)
- Donarelli, Z., Kivlighan Jr, D. M., Allegra, A., & Lo Coco, G. (2016). How do individual attachment patterns of both members of couples affect their perceived infertility stress? An actor-partner interdependence analysis. *Personality and Individual Differences*, 92, 63-68. doi:[10.1016/j.paid.2015.12.023](https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.023)
- Drigotas, S. M., Rusbult, C. E., & Verette, J. (1999). Level of commitment, mutuality of commitment, and couple well-being. *Personal Relationships*, 6(3), 389-409. doi:[10.1111/j.1475-6811.1999.tb00199.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1999.tb00199.x)
- Eisikovits, Z., & Koren, C. (2010). Approaches to and Outcomes of Dyadic Interview Analysis. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1642-1655. doi:[10.1177/1049732310376520](https://doi.org/10.1177/1049732310376520)
- Glover, L., McLellan, A., & Weaver, S. M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401-418. doi:[10.1080/02646830903190896](https://doi.org/10.1080/02646830903190896)
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704. doi:[10.1016/s0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00102-0)
- Greil, A. L., Leitko, T. A., & Porter, K. L. (1988). Infertility: His and Hers. *Gender & Society*, 2(2), 172-199. doi:[10.1177/089124388002002004](https://doi.org/10.1177/089124388002002004)
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87-94. doi:[10.1016/j.socscimed.2011.04.023](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.023)

- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness*, 32(1), 140-162.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Imeson, M., & McMurray, A. (1996). Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 1014-1022.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2017). Actor and partner effects of coping on adjustment in couples undergoing assisted reproduction treatment. *Health Psychology Report*, 5(4), 296-303. doi:10.5114/hpr.2017.67853
- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D'Hooghe, T., Buyse, E., & Demyttenaere, K. (2009). Well-being and relationship satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/ intracytoplasmic sperm injection procedure: a multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. *Fertility and Sterility*, 91(2), 387-394. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.11.052
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimaraes, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83-89. doi:10.1093/humrep/det403
- McLernon, D. J., Maheshwari, A., Lee, A. J., & Bhattacharya, S. (2016). Cumulative live birth rates after one or more complete cycles of IVF: a population-based study of linked cycle data from 178,898 women. *Human Reproduction*, 31(3), 572-581. doi:10.1093/humrep/dev336
- Mikulincer, M., Horesh, N., Levy-Shiff, R., Manovich, R., & Shalev, J. (1998). The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 71(3), 265-280. doi:doi:10.1111/j.2044-8341.1998.tb00991.x

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships, 12*(2), 149-168.  
doi:doi:10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 250-260.  
doi:10.1037/0022-0167.52.2.250
- Moura-Ramos, M., Santos, T. A., & Canavarro, M. C. (2017). The role of attachment anxiety and attachment avoidance on the psychosocial well-being of infertile couples. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 24*(2), 132-143.  
doi:10.1007/s10880-017-9496-9
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology, 21*(2), 302-317.  
doi:10.1111/bjhp.12169
- Newton, C. R. (2006). Counseling the Infertile Couple. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 143-155). New York, NY: Cambridge University Press.
- Papp, L. M., Kouros, C. D., & Cummings, M. E. (2009). Demand-withdraw patterns in marital conflict in the home. *Personal Relationships, 16*(2), 285-300.  
doi:doi:10.1111/j.1475-6811.2009.01223.x
- Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology, 13*, 131-135. doi:10.1016/j.copsy.2016.07.004
- 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 & Gynecology, 39*(1), 64-72. doi:10.1080/0167482X.2017.1289369
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2006). Coping Processes of Couples Experiencing Infertility. *Family Relations, 55*(2), 227-239.  
doi:10.1111/j.1741-3729.2006.00372.x

- Peterson, B. D., Pirritano, M., Block, J. M., & Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility & Sterility*, *95*(5), 1759-1763. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.01.125
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, *23*(5), 1128-1137. doi:10.1093/humrep/den067
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(2), 126-136. doi:10.1037/0022-0167.52.2.126
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Human Fertility*, *12*(1), 14-20. doi:10.1080/14647270802331487
- Shreffler, K. M., Greil, A. L., & McQuillan, J. (2017). Responding to infertility: Lessons from a growing body of research and suggested guidelines for practice. *Family Relations*, *66*(4), 644-658. doi:10.1111/fare.12281
- Slama, R., Hansen, O. K., Ducot, B., Bohet, A., Sorensen, D., Giorgis Allemand, L., . . . Bouyer, J. (2012). Estimation of the frequency of involuntary infertility on a nation-wide basis. *Human Reproduction*, *27*(5), 1489-1498. doi:10.1093/humrep/des070
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Taylor, B., & de Vocht, H. (2011). Interviewing Separately or as Couples? Considerations of Authenticity of Method. *Qualitative Health Research*, *21*(11), 1576-1587. doi:10.1177/1049732311415288
- Thompson, E. H., Woodward, J. T., & Stanton, A. L. (2012). Dyadic goal appraisal during treatment for infertility: How do different perspectives relate to partners' adjustment? *International Journal of Behavioral Medicine*, *19*(3), 252-259. doi:10.1007/s12529-011-9172-7

- Ummel, D., & Achille, M. (2016). How Not to Let Secrets Out When Conducting Qualitative Research With Dyads. *Qualitative Health Research*, 26(6), 807-815. doi:10.1177/1049732315627427
- Ying, L.-Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). The Experience of Chinese Couples Undergoing In Vitro Fertilization Treatment: Perception of the Treatment Process and Partner Support. *PLoS One*, 10(10), e0139691. doi:10.1371/journal.pone.0139691
- Ying, L. Y., & Loke, A. Y. (2016). An Analysis of the Concept of Partnership in the Couples Undergoing Infertility Treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(3), 243-256. doi:10.1080/0092623X.2015.1010676
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., . . . Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520-1524. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.009
- Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2018). Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: The moderating role of duration of infertility. *Quality of Life Research*, 27(4), 945-954. doi:10.1007/s11136-017-1781-4

## CHAPITRE IV

### LOSING BALANCE AND THE SEARCH FOR EQUILIBRIUM: HOW INFERTILITY AND ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES CAN DISRUPT THE POWER BALANCE BETWEEN INTIMATE PARTNERS

Gendreau, A., Vachon, M. et Hazzan, A. (Manuscrit préparé pour soumission).  
Losing balance and the search for equilibrium: How infertility and assisted  
reproductive technologies can disrupt the power balance between intimate partners.

### Abstract

Marital couple relationship involves an inherent relationship power component. However, little is known about relationship power processes and effects on couples' experience of fertility treatments. To describe and provide a deeper understanding of power dynamics in couples facing multiple fertility treatment failures, six childless heterosexual couples with at least two previously failed IVF treatment cycles completed joint and separate interviews about their marital relationship during and after fertility treatment. Interpretative phenomenological analysis of the data allowed for the inductive emergence of the theme "power balance". Three infertility/ART-specific power domains were identified: 1) individual fertility status; 2) need for parenthood/preferred family formation options; 3) attitude toward treatment. Marital commitment was identified as an additional non-infertility/ART-specific power domain. These four domains were found to combine into a unique power dynamic for each couple. The partners' capacity to recognize each other's needs and to acknowledge power inequity or asymmetry may contribute to re-establish power balance and equity within the couple. These findings indicate that more clinical attention needs to be directed to the shared meaning and relational challenges of couples who face infertility and ART. Relationship power, a complex interactional process which to date has not been addressed in this line of research, must be further investigated, as it contributes to the understanding of the intimate and relational experience of infertility and ART.

**Keywords:** Assisted reproductive technology; Couple; Infertility; Relationship power; Interpretative phenomenological analysis.

## 4.1 Introduction

### 4.1.1 Context & Rationale

Infertility, usually defined as the inability to achieve pregnancy after one year of regular and unprotected sexual intercourse (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009), affects 10 to 24% of the population (Bushnik *et al.*, 2012; Datta *et al.*, 2016; Slama *et al.*, 2012), and about half of infertile couples seek medical help (Boivin *et al.*, 2007). With a cumulative live birth rate estimated at 57.1% after three cycles of *in vitro* fertilization (IVF) (McLernon *et al.*, 2016), the possibility of remaining childless is increasingly daunting when treatment failures multiply. To a couple yearning for a family of their own, infertility often represents a significant barrier to an otherwise mainstream goal of marital life (Boivin *et al.*, 2007).

A long duration of infertility and repeated fertility treatment failures, in particular with regards to IVF, are known to be associated with emotional distress (Eugster & Vingerhoets, 1999; Greil *et al.*, 2011; Moura-Ramos *et al.*, 2016; Zurlo *et al.*, 2018). Indeed, nearly 15% of patients who discontinue treatments before conception do so because of the psychological burden associated with treatments, while another 8% report relational issues as a reason for termination (Gameiro, Boivin, Peronace, & Verhaak, 2012).

Recently, many studies on conjugal relationship during ART treatments have deepened the understanding of the treatments' burden on couples by examining more complex cross-partner effects in broader relational processes, such as coping (Peterson *et al.*, 2009), adult attachment (Donarelli *et al.*, 2012; Lowyck *et al.*, 2009) or blame (Péloquin *et al.*, 2018). These findings highlight that complex relational processes may be at play for couples experiencing infertility and ART.

The present article is based on an inductive in-depth qualitative study regarding the relational dynamics of couples who face multiple treatment failures in ART, and specifically explores power dynamics and power balance in couples facing multiple treatment failures in ART.

#### 4.1.2 Literature Review: Couple and Relationship Power Definitions and Characteristics

When two individuals form a couple, they enter the relationship carrying their individual life goals and needs, which they usually expect the other to support, if not fulfill (Halstead, De Santis, & Williams, 2016). Indeed, marital relationships imply exchanges between partners and certain levels of dependency. Thus, these relationships involve an inherent relationship power component (Halstead *et al.*, 2016; Simpson, Farrell, Oriña, & Rothman, 2015).

#### 4.1.3 Power Definitions and Characteristics

Based on a recent conceptual analysis, Halstead and colleagues (2016) define relationship power as “the relative perceived and actual ability to influence a relationship partner.” (p. E40). Thus, relationship power, as emphasized by many authors, is a relational process, and not a trait or individual characteristic (Griscom, 1992; Halstead *et al.*, 2016; Rollins & Bahr, 1976; Simpson *et al.*, 2015). Moreover, each individual’s power is relative to the other’s (Keltner, Gruenfeld, & Anderson, 2003), so that between two spouses, each one’s power depends on their perception of the other’s (Rollins & Bahr, 1976). Hence, a couple’s power balance is relative to their particular dynamic.

However unique, the power dynamics of a couple cannot be fully explained without considering the social, cultural and individual variables making up its macro- and microstructural contexts (Griscom, 1992; Keltner *et al.*, 2003; Knudson-Martin, 2013; Rollins & Bahr, 1976). The relationship stage may also be of importance when

examining power dynamics (i.e., is the relationship nascent, established, or in a transition, such as the one to parenthood) (Simpson *et al.*, 2015). As infertility and subsequent fertility treatments generally unfold over many years and in established couples, who thus face an unforeseeable challenge in the expected transition to parenthood, it can be hypothesized that the balance of power may shift dramatically as a result of unforeseen complications in the process of creating a family.

Partners in a relationship do not always possess equal personal characteristics, and thus, influence may also involve “providing or withholding resources” (Keltner *et al.*, 2003, p.265). A resource is defined as “a property of one person or group which can be made available to others as instrumental to the satisfaction of their needs or the attainment of their goals” (Wolfe, 1959, p. 100). Safilios-Rothschild (1976) specifies that beyond traditional socioeconomic resources (e.g. money, standing), spouses can also exchange resources such as love, emotional support, companionship, sex, child care, or other services. Regarding love and commitment, many highlight that the partner most emotionally invested in the relationship will likely be in a low-power position (Simpson *et al.*, 2015; Sprecher & Felmlee, 1997; Sprecher, Schmeeckle, & Felmlee, 2006), whereas lower commitment has been associated with higher power (Lennon, Stewart, & Ledermann, 2013). Further, resources such as marital commitment are generally viewed as an important source or base for power (Halstead *et al.*, 2016; Keltner *et al.*, 2003; Simpson *et al.*, 2015). For a resource to be of value, the other person must somehow depend on it, or be unable to obtain it by other means (Keltner *et al.*, 2003; Simpson *et al.*, 2015). Considering how valuable resources such as emotional support, time allotted to the treatments, financial resources, and willingness to comply to treatments may be to an infertile couple, it can reasonably be expected that the exchange of the aforementioned resources between the partners may lead to power imbalances.

Another determinant of power would be authority (Keltner *et al.*, 2003; Rollins & Bahr, 1976; Simpson *et al.*, 2015), which derives from pre-existing norms regarding which party holds control over specific decisions or in specific circumstances. Hence, each partner in an established relationship may attain varying levels of power depending on the decision domain (Simpson *et al.*, 2015).

#### 4.1.4 Relationship Power Balance and ART

An important consequence of relationship power is the power balance between spouses (Halstead *et al.*, 2016). Although most Western couples aspire to an egalitarian relationship, which they perceive as normative (Gallagher, Rostosky, Welsh, & Kawaguchi, 1999), many tend to drift towards relationships where power is unequally distributed (Knudson-Martin & Mahoney, 2005; Sprecher & Felmlee, 1997). In general, greater relationship satisfaction is observed in egalitarian couples (Gray-Little & Burks, 1983; Sprecher & Felmlee, 1997; Van Yperen & Buunk, 1990). Knudson-Martin (2013) argues that partners need to have a relatively equal power balance “to withstand stress, respond to change, and enhance each partner’s health and well-being” (p.5). There is increasing evidence that relationship power inequity is causally related to relationship dissatisfaction and negative affects such as depression, anxiety, anger, frustration, and guilt (Byrne & Carr, 2000; Halloran, 1998; Keltner *et al.*, 2003; Sprecher, 2018). As such, infertile individuals and couples who undergo ART, in whom depressive and anxious symptoms have been found but not theoretically situated (Greil, 1997), may find that feelings of inequity with the partner is, in part, related to their distress. Thus, we sense that infertility and the course of ART treatments may create new asymmetries and potential inequities for couples, which may have detrimental effects on both partners and on the relationship.

To date, very few studies have addressed couples’ power dynamics in the context of multiple ART treatment failures. To our knowledge, Lorber and Bandlamudi (1993) are the only ones to have explicitly associated the idea of relationship power to

partners undergoing ART, through their concept of “marital bargaining in male infertility”. Greil and his colleagues (1988), in an article describing husbands and wives’ interactions “in the process of constructing their infertility” (p.173), suggested, among other things, that the wife’s relative power may influence treatment continuation and orientation. Olafsdottir and colleagues (2012), in a qualitative article examining the decision-making process of couples contacting a fertility clinic, have reported expressions such as “struggle”, “tug-of-war”, “negotiation”, “consensus”, “maintaining the balance in the relationship”, “pressure into agreement” or “surrender” in their results, however without referring to issues of power between partners.

If relationship power issues could be at stake during ART treatments, little is known of their presence, process and effects on couples’ experience of the treatments. Moreover, couples themselves are unlikely to be aware of such issues in their relationship (Parker, 2009; Simpson *et al.*, 2015). Hence, reflecting on the disruption of the power balance between partners who face infertility and ART would be a promising theoretical perspective, contributing to medical teams’ understanding of couples’ experiences of fertility treatments.

#### 4.1.5 Current Study: Aims & Objectives

This article aims to describe and provide a deeper understanding of power dynamics in couples facing multiple ART treatment failures. It is based on a qualitative study, originally aimed at better understanding the relational dynamics of couples facing multiple treatment failures in ART, from which this theme emerged.

## 4.2 Method

### 4.2.1 Participants

Heterosexual couples ( $n=6$ ) participated in a study on dyadic dynamics in the experience of fertility treatments. Participants were eligible if they were childless, had done at least two previous IVF treatment cycles with their own gametes, and were planning to start an additional IVF cycle with their own gametes. Three couples were recruited at a private fertility clinic, two responded to an advertisement for the study through the researchers' extended social network, and one was recruited through snowball sampling. Eligibility was confirmed through a telephonic contact with the first author, where implications of participation, as stated in the consent form, were also briefly discussed.

### 4.2.2 Participant characteristics

The participants had a mean age of 32 years for men and 30.8 for women (range: 23-38), and all were Caucasian with a Catholic heritage or no religious affiliation. Four couples had been involved for 4-5 years, while the mean duration of the other two relationships was 13.5 years. The participants had received fertility treatment for an average of 28 months (range: 9-58). The sample comprised couples with female, male, mixed, and unknown infertility factors, with each type represented once or twice in the sample.

### 4.2.3 Ethics and trustworthiness

To preserve internal confidentiality, (i.e., the possibility for participants to recognize their spouse, see Ummel and Achille, 2016) and anonymity, as the combination of two individuals' characteristics increases the identifiability of each couple, we have purposely restricted the details about the collected sociodemographic and medical data. As certain specificities and excerpts could not be published, the result section

only reveals participants' gender (F or M) and individual fertility status (F-fertile, I-infertile, U-unknown), without reference to their partner's. It should however be noted that all twelve participants are quoted in the results. Two main reflexive strategies were used, namely keeping a monitoring journal and confidential case examinations with the help of a colleague highly trained in qualitative research (Morrow, 2005), in order to monitor preconceptions and improve credibility.

Participants signed individual informed consent forms before the start of the couple interview, and consent was reiterated before individual interviews. Ethical approval was given by the three institutional committees involved in the recruiting process.

#### 4.2.4 Data collection context

Interviews took place between February and September 2015 in the Canadian province of Quebec, where public funding for three IVF treatment cycles was available at the time.

#### 4.2.5 Interviews

Three semi-structured interviews were conducted for each couple by the first author at a location chosen by participants (e.g., at home or in a private room at the participating institutions). A joint interview was conducted first, after which each spouse was met individually 1-2 weeks later. Joint and separate interviews were combined to allow for a deeper understanding of each couple's dynamic (Taylor & de Vocht, 2011).

Sociodemographic information was collected, and details about the participants' fertility treatment and obstetric history (duration, procedures, miscarriages) were self-reported.

The interviews covered the full treatment experience, focusing on the nature of interactions between partners, at every treatment stage. The main interview question was: “Can you tell me about your relationship since the beginning of the fertility treatments?”, with probing questions designed to target communication strategies, and main agreements and disagreements.

The interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. Their mean length was 130 minutes (range = 100 -175 minutes).

#### 4.2.6 Analysis

The analysis procedure was performed on a couple case-by-case basis by the first author according to the (IPA) guidelines (Smith *et al.*, 2009). Each interview was replayed and reread several times, while first impressions were noted. A line-by-line analysis of all three transcripts was then performed to identify emerging themes, which were later organized at a conceptual level for each couple, and a detailed uncensored description of each couple’s dynamic was written. Based on the six case studies and the emerging themes, a cross-sectional analysis step reorganized and connected central themes in a meaningful global understanding of the dyadic dynamics of the couples.

Before data collection and analysis, the authors had no preconceptions regarding power balance issues, and no expectation that they would emerge from the participants’ discourse, however, they appeared in every case. Their coding included identification of disagreements and areas of disconnect, as well as interactional processes, such as comparing oneself with the partner, interrupting, or blames and complaints. Conversely, we observed moments of shared perspective and open exchanges, and noted that experiences of fear or frustration were often related to issues of equality.

### 4.3 Results

The suggested understanding of relationship power dynamics in couples facing infertility and ART is illustrated in Figure 4.1.

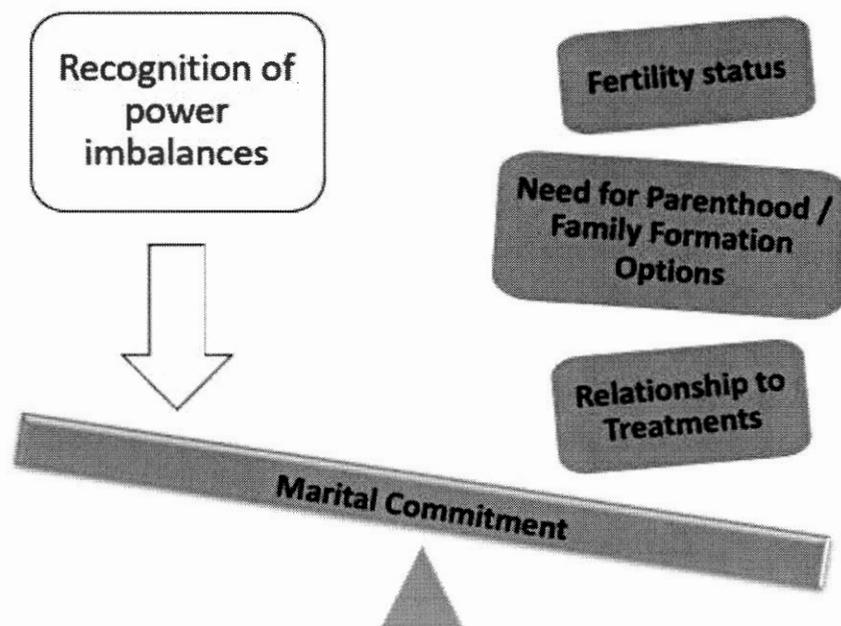


Figure 4.1 Relationship power dynamics in couples facing infertility and ART

The three infertility/ART-specific power domains that emerged from our data are: 1) each partner's fertility status, 2) need for parenthood/preferred family formation option, and 3) attitude toward treatment. These three specific power domains were understood as fields where imbalance can arise between partners in ART, putting additional pressure on the couple. Conversely, marital commitment emerged as a domain not specific to infertility/ART, but which could be influenced by them. In the

following result section, we will first describe how each infertility/ART-specific power domain can manifest through symmetrical or asymmetrical relationships in infertility/ART, and how these power domains can interact with marital commitment. The second part of the result section contain the interpretative understanding of how some couples had surpassed power imbalances and restored equilibrium in their relationship through a mutual recognition of the power imbalances at play, rendered possible by certain levels of marital commitment.

#### 4.3.1 Infertility/ART-Specific Power Domains

##### 4.3.1.1 Fertility Status

It is common practice in fertility clinics to treat infertility as a couple issue. Some participants mentioned that doctors emphasize that fertility is a shared problem (one participant quoted his doctor: “we’re not looking to blame someone here, we’re looking for a solution”), thus disregarding the fact that both partners may struggle with negative feelings related to the infertility diagnosis. Indeed, for some, asymmetric fertility statuses seemed to disrupt an equity or equilibrium previously present, suddenly creating a gap between partners that was difficult to address and fill. One participant said,

I know he feels guilty, even though he doesn’t say it I know he feels guilty. Because we’re pointing fingers since the beginning like he’s the one with the problem and all... it creates a lot of stress for him, and guilt, too, when it doesn’t work out. (F-F)

The infertility “responsibility” can thus pressure a person, creating guilty, anxious, and even depressive feelings: “I don’t like to talk about it because it depresses me” (M-I). Some infertile participants have expressed their powerlessness, for example telling the other “I’m the problem, you should find someone else” (F-I).

On the other hand, couples where both partners were found to have a fertility impairment reported that such equality eased their relationship.

You know, we both have to face [fertility] issues. If the issues, you know, came from only one of the two spouses, maybe it'd be a reason for some, not resentment, but you know, disappointment or blame let's say, but since we both have a physiological condition that comes into play in our issues, I think it brings us both to support each other. (F-I)

According to this participant, a symmetric fertility status equalized their rapport and brought them closer together. Another participant expressed having almost felt relief when she, too, was diagnosed with an infertility factor, although this additional diagnosis was detrimental to their ART prognosis.

[...] and I'd say that from the moment I was told I also had a fertility issue, I could walk in his shoes and I think it brought back some balance in my head, I don't know, I might have allowed myself a little more to say that I was sad, or that it was difficult. Well today I can think in terms of « why us?» or “why is it hard for us?” because I feel like the problem is shared. I felt guilty to have this kind of talk when we just had my husband's diagnosis. I was scared to hurt him, or to attack him [by talking like this]. You know, to say that it's his fault and he's to blame for what I'm going through. I didn't want it to be perceived like that. Now, it's on both sides, if it doesn't work out, you know, there isn't just one of us to blame and the other one has to comfort them, it's both our faults. (F-I)

The guilt rhetoric (“his fault”, “he's to blame”) was noticeably present in the discourse of many participants, although some used this language to better reject it. However, some fertile (or presumably fertile) participants conveyed that they could use the other's fertility impairment as a means to wield power over them, which was to most an uncomfortable but inescapable fact.

Many participating couples had worked through or were still going through equity issues, depending on their fertility statuses' symmetry. In discordant-status couples,

the infertile partner may find themselves in a low-power position and at risk for guilt, fear and powerlessness. Many thought that a fertile person could feel resentment, and would have the power to blame their partner for the infertility problem.

#### 4.3.1.2 Need for Parenthood / Family-Formation Options

When failed attempts multiply, the need for parenthood is questioned and alternative family-formation options are considered (i.e., adoption). Partners may thus have to face discordances in their respective needs for parenthood, as changed by their newfound infertility or by ART hardships and failures.

I think that for [my spouse] it's a little less essential for her, to give meaning to her life, to have children. I think if she didn't have children, she'd be still be able to feel fulfilled. (M-F)

She wants a child that'd come out of her belly. I want to have a family with her. [Spouse: he wants to adopt.] It's ok if we adopt, I don't mind. She's not ready to think in that way yet. (M-U)

[...] he couldn't tell me "oh, well, we won't have kids." He knows that wouldn't fly with me. (F-F)

Hence, willingly or by default, one partner can wield power over the other by refusing a given family-formation option, including childlessness.

[...] I think that in the end I'll never adopt, you know, I've come to say the same thing as him, like, I won't adopt because [my spouse] doesn't want to adopt at all at all at all. [...] he says it's no, it doesn't feel right to him, he can't do it, he wouldn't be a happy father, well, ok. [...] to me it's impossible to go forward with such a project if the other doesn't agree to it. (F-I)

Disagreement over preferred family-formation options can leave one partner powerless to achieve parenthood through their preferred method, as one partner's stance may unilaterally determine whether certain options would be considered,

For those rejecting adoption and/or those with a high need for parenthood, success in ART may be decisive.

When [my spouse] wanted to stop at some point, I felt like I was being denied my maternity. Like he took something away from me. [...] I thought it was important for him to respect that I want to go on and that I can't stop now. (F-U)

Existential pleas, such as a sense of being deprived of the maternal experience and the need to push trials further, may heavily tip the couple's power balance. Whether biological parenthood will be pursued or not, for how long, and who's opinions will have authority can be a difficult negotiation process.

#### 4.3.1.3 Attitude Toward Treatments

At the beginning of the fertility treatment process, agreeing to undergo ART may fill the gap created by the revelation of an asymmetrical fertility status. Some participants recalled their harmony and confidence in the procedure.

[at the beginning of the procedure] We were relaxed because we weren't in a rush, time-wise, well I was relaxed [both laugh], it was like whatever, it's not a big deal you know, why fight against something when we can't really do much to change it you know, we were following the procedures and the doctor's recommendations. (M-F)

Hence, ART, before the hardships it may bring on a couple, may unite them around a common goal, both working towards solving the infertility problem while infertility-induced asymmetries are concealed. However, patients quickly realize that the woman suffers more from the procedures.

[...] I'm sick of medical treatments, I'm sick of having gynecological exams, I'm sick of lying in a chair, legs up in the stirrups, [...] I feel like the treatments are harder to deal with and to live through for a woman. (F-I)

Some male partners acknowledge this treatment-induced asymmetry.

For the man and the woman, it's not the same investment, I just have the sperm sample to do, my spouse has all the shots uhm, the ultrasounds uhm, the egg retrieval uhm all of it, you know it's her body that's strained so, for that it's completely different for me, I'm more like a support. (M-I)

Having to suffer the invasiveness of fertility treatments was sometimes regarded, by most female and some male participants, as a reason for the woman to exert more influence and authority over treatment decisions. However, if one partner exerts authority over treatment options without concern for the other's opinions or limits, the latter may retaliate with incontrovertible authority, by simply refusing to pursue treatments.

[...] it was out of the question for her to stop. She wasn't considering my point. So then I had to become firm. And then uhm, I stayed firm for a few days, a few weeks, saying no, I'm not going to *in vitro* fertilization anymore. (M-U)

A lack of compromise regarding treatment options may lead to power struggles between partners over who the decision-maker should be, and for which reasons. Two participating couples sought counselling to resolve their conflict over treatment options. Once the reluctant partner grants their agreement, the couple may move on and aim for a specific treatment option, which does not guarantee a permanent return to equilibrium, nor to previous enthusiasm levels.

[...] so I think that I came to it a little quicker than he did, to question myself a lot in that process, you know. [...] before that I used to think of it [the treatments] with a lot more enthusiasm than now, now I do it because we have to or because that's what we want but... yeah, there's a bit of fatigue. (F-I)

It can be hypothesized that when one partner loses sight of the purpose of treatments, their motivation may drop and the invasive procedures become too demanding. Singlehandedly envisioning to stop treatments may leave the other powerless.

M-I: [...] when [my spouse] at some point, she really hit the brakes on that project, for me it was like ok well now my plan is over, it's like it's dying now, it was the beginning of a whole mourning process for me. [...] It was always like ok, let's go on, we'll try some tests and it'll work out, it'll work, it'll work, and then at some point, that's what made me really emotional in that regard.

F-I: And it wasn't necessarily your decision, too.

M-I: Yeah.

On another hand, the gendered treatment-induced asymmetry may sometimes be erased through other means of investment in the treatment.

[...] since it's all on us [women] to live through all of that, we're the ones doing the ultrasounds, we're the ones doing the embryo transfers, we're the body that endures it all. It's true that sometimes they feel a little useless. I think, like, doing that [providing emotional support] makes him feel like he's part of the process too, in my opinion. It allows for him to be a bigger part of the process, because or else there isn't much to do, huh. Sign the papers and uhm, do his little thing, that's it. (F-U)

Providing emotional support was viewed in some cases as a significant contribution to treatment process, even compensating for the heavier burden placed on women. Instead of feeling powerless and reduced to the role of a sidekick, recognition of such contributions seemed to help some men maintain a sense of involvement, and thus, equity, in the face of treatment. For this dynamic to emerge, however, the husband must effectively regulate his own emotions and must accept to receive intense emotional reactions, with which a few participants reported discomfort, as they seemed to exacerbate feelings of incompetence, helplessness, or powerlessness.

Finally, regarding attitude toward treatments, information-seeking behaviors about infertility, treatments procedures and options, a strategy mostly used by women, allowed some to regain a sense of control over infertility and ART. However, this coping strategy sometimes exacerbated the asymmetry between partners, allocating more power over treatment decisions to the one with the most ART-related knowledge. For instance, one participant said that although the couple was united in the face of ART, he sensed that “she’s the brains and I comply” (M-I).

This information-seeking behavior was also found in one participant whose partner insisted on biological parenthood. In this case, the behaviour was rather understood as a desperate attempt to regain some control over a situation where they felt they were the low-power player.

Hence, power balance is hard to achieve in the context of ART, partly because some individuals, willingly or not, became the sole deciders of treatment course. Nevertheless, each individual’s attitudes toward treatments must be examined in its specific relational context to convey meaning about its impact on the couple’s power balance.

#### 4.3.2 Marital Commitment and Power Domain Interactions

In all participating couples, marital commitment emerged as a central concern raised by the infertility/ART experience, specifically in relation to equity and power issues. (The full scope of this theme is elaborated elsewhere.)

In our data, concerns about marital commitment seemed to arise in association with the aforementioned infertility/ART-specific power domain inequalities, creating a complex and unique power dynamic between partners.

[...] he only sees that [IVF] to solve our problem. And if our problem isn't solved, well our relationship simply cannot be anymore. So it makes things uhm, a little quote, serious, unquote. (F-I)

This participant describes how fertility treatments acquired critical significance, since the need for parenthood competed with marital commitment, jeopardizing the relationship. In such circumstances, fertility stress can be understood as the consequence of powerlessness with regards to the implications of treatment failure.

Indeed, an individual with high marital commitment may be more likely to minimize infertility-induced asymmetries, while a less committed fertile individual may experience fertility status discordance and other treatment or family-formation disagreements as hardly compatible. Most infertile participants knew their diagnosis put them in a vulnerable position:

Well it's because I told myself she has two options you know: she goes on or she leaves. [...] it's my fault and the easy solution would be for her to kick me out and take another one and then it can work, you know, I thought about that, I thought about it a lot. (M-I)

Such defensive reactions were reported in some infertile participants who experienced distress, guilt and fear following their diagnosis. The interaction between fertility status, need for parenthood and marital commitment may result in a powerful blend, granting a fertile individual the power to make or break the relationship.

[...] I questioned myself to know whether I wanted to stay with [my husband]. (F-F)

Cognitive processes such as questioning one's own commitment or considering alternative options to it may be especially relevant to those who value biological parenthood.

[...] if the ultimate goal is to be a father uhm, [4 second silence], I don't know, can flight bring me closer to parenthood? I don't know. But it's more of an option than it was before. [...] What leaving would bring me, is renewed control over my future. (M-F)

For this participant, powerlessness with regards to treatment outcomes threatens the relationship directly, since the desired biological parenthood can then only be fulfilled by sacrificing the relationship. In our sample, all participants who questioned their commitment as a result of infertility were uncomfortable with these unexpected and burdensome thoughts. One participant even mentioned that thinking about putting a term to the relationship in the context of infertility felt like a “selfish decision, no matter when that decision were taken” (M-F).

Thus, an infertile individual with high emotional investment may find themselves to be in a low-power position. One participant reported that, during a heated discussion, she once asked her husband, “how many more negatives [failed IVF cycles] until you leave me?” (F-I). This emotional blackmail seems to convey powerlessness and despair, presumably intensified by the apparent disparity in marital commitment.

Marital commitment, a power determinant in all intimate relationships, may therefore be compromised by a difference in fertility diagnosis, need for parenthood/preferred family formation options, or attitude toward treatments, interacting with these infertility/ART-induced asymmetries to create further stressful concerns for the couple.

#### 4.3.3 Recognition: A Counterweight to Power Imbalances

Some couples' commitment strengthened despite infertility/ART-induced imbalances, which was thought to warrant attention. It was found that these couples co-created a shared narrative of their struggles and subsequent resolutions through mutual

recognition, as they expressed both in their joint and individual interviews, and which counterweighted said imbalances.

Conversely, when positive mutual recognition was not present, some relationships were jeopardized by unsurmountable inequalities and disagreements, which meant certain topics could only be explored during individual interviews. Although all participants conveyed discomfort with imbalances and disparities, some were not able to address the topic together, which seemed to require emotional maturity, trust, and strong marital commitment.

Well already when I said I didn't want to go on, I knew I was taking a risk for our relationship because well of course she wanted a baby so much that, if I told her no, our relationship risks to suffer, but you know, we've been together for a long time, we're overcoming that, we're like that, we overcome problems rather than break in front of a problem. (M-U)

This couple overtly reported their disagreement over treatment options in their joint interview, and seemed able to do so because of high and concordant marital commitment levels, allowing them to face their disagreement by acknowledging and considering both perspectives and needs. On the other hand, couples who could not see or face imbalances seemed plagued by power asymmetries.

Further reflecting on the interactions between fertility status and marital commitment, the loyalty of a fertile individual to their infertile partner may seem so counterintuitive to the latter, that it may prove arduous to convince them that unilateral infertility does not always create an imbalance:

To me we're equal, you know, it doesn't change anything for me, we're equal, whether she has a problem or she doesn't, to me she stays the same. And to me it doesn't change anything, you know. I wouldn't put all the blame on her, it's not her fault! I tell her you're still the same, you

know, it won't change anything in the fact that I want you to be the mother of our family. Y'know, I love the person, I'll take everything that comes with her. (M-F)

This participant repeatedly voiced his commitment because although to him staying committed to the relationship was obvious, it was counter-intuitive to his partner that he would. Furthermore, for some, having their marital commitment questioned was experienced as akin to betrayal.

There was a moment, you know, where he said things like uhm, I'd understand if you wanted to leave or you know, maybe you wouldn't have gotten married if you knew that, you know, stuff like that, and uhm, it really affected me, and it made me angry to be told these things. (F-I)

These two participants had to convince their partner that the relationship was not at stake because of the latter's infertility. Hence, marital commitment may buffer against a discordant fertility status, and explicit affirmation of commitment may restore balance between the partners.

Even in the absence of a direct threat to the relationship's viability, a discordant fertility status, combined with taxing treatment requirements, may alienate partners, due to competing vulnerabilities. For example, a woman's treatment-induced suffering may collide with an infertile man's despair.

[...] if I'm the one who has a problem well it's harder for me than for her I think, but I still have to be there for her because it's still hard for her to not be able to have a child as quickly as she wanted and to go through all these steps. (M-I)

When partners struggle to openly acknowledge each other's distress, they may implicitly portray their suffering as greater than the other's, in order to gain more influence. For example, one participant mentioned that agreeing to the treatments was used as a means to get credit from their partner: "look at what I'm willing to do for us

to have a child” (F-F). Unspoken felt inequalities, such as unrecognized contribution to the relationship or treatment process can thus lead to bitterness, tension and covert power struggles between partners.

Counteracting asymmetry and re-establishing power balance seems to require overt acknowledgement of infertility/ART-induced imbalances in the relationship. For example, one couple exposed their agreement to give the one most concerned by a given decision or procedure “veto right”. The asymmetry between them, which could have potentially plagued all situations in which they were unequally involved, seemed to have been neutralized by this mark of recognition, which fostered mutual support.

Moreover, recognition may carry an affective dimension that allowed partners to be attuned to each other, to the point where commitment to the other’s needs and goals could override one’s interest in the relationship.

In the sense that if our relationship has to be sacrificed in order for him to be fulfilled well, that’s what it’ll be. [...] You know, if I can’t give you what you want in life well I can’t hold you back, that’s kind of my thought process. (F-I)

For this couple, overt recognition of power imbalances and open discussion regarding the threat to their relationship finally yielded an agreement over treatment options, highlighting, once more, the importance of explicit acknowledgement of inequalities and open discussion.

#### 4.4 Discussion

This study aimed to better understand couples’ dynamics in patients facing multiple treatment failures in ART. In this article, we specifically addressed couples’ power

dynamics, as this theme noticeably emerged in the analysis. Our exploration of power dynamics allowed for the identification of three specific themes, labeled “power domains”: (1) fertility status, (2) need for parenthood/family formation options, and (3) attitude toward treatment. We found that those three infertility/ART-specific power domains combined in different ways for each couple, attributing more or less power to each partner. The three infertility/ART-specific power domains also interacted with a fourth element, marital commitment, thus creating a unique power dynamic for each couple. We also found that partners’ capacity to acknowledge each other and power inequity or asymmetry within the couple may foster power balance and equity.

Finding key factors for infertility distress is the main goal of much of the research effort in infertility/ART. Notwithstanding the relevance of these efforts, Greil (1997) has noted that little integration with general social-psychological theories and little theory development has been suggested in the field. Thus, our findings may initiate a new conceptual understanding of marital strain and benefits. Exploring the relationship between marital distress or satisfaction during ART and power balance may show how a broad interpersonal concept (relationship power) may deepen our understanding of the experience of couples who face repeated treatments failures in ART. Our results suggesting the potential negative interactions of power domains and positive effects of mutual efforts to restore equity not only portray how relational strain can develop in such a context, but also how marital benefits may arise, the latter lacking in current research (Sauvé, Péloquin & Brassard, 2018; Schmidt, 2009).

Previous studies have found that individuals with an infertility factor may view themselves as inadequate, flawed or defective (Clarke, Martin-Matthews, & Matthews, 2006; Nachtigall, Becker, & Wozny, 1992). Our results display similar findings and suggest that an asymmetrical fertility status may be associated with negative feelings about the self, guilt, and helplessness. The latter have been

associated with depression (American Psychiatric Association, 2013; Seligman, 1974), which, in turn, is also associated with marital dissatisfaction (Halloran, 1998; Rehman, Gollan, & Mortimer, 2008). Similarly, equity theory states that inequality is associated with distress, while equity is tied to relationship satisfaction (Van Yperen & Buunk, 1990). Thus, relationship strain in ART may be related to infertility-induced asymmetry between partners.

However, these findings alone do not explain why women display more infertility/ART-related distress (Greil, 1997; Ying *et al.*, 2016; Ying, Wu, & Loke, 2015), although both genders are statistically equally likely to be infertile (Gunby *et al.*, 2011). An extensive understanding of infertility-related stress considering the traditional power asymmetry between men and women, reflecting on how women may become vulnerable when additional low-power factors arise, may be relevant. It also must be reminded that men and women have unequal windows of fecundity (Bledsoe, Guyer, & Lerner, 2000), meaning that the time spent in unsuccessful fertility treatments may represent a bigger loss of opportunity for women than for men.

With regards to the suggested counterweighting power of marital commitment, our interpretative understanding is in line with previous results stating that commitment to the relationship is a key factor for marital development and satisfaction (Van Yperen & Buunk, 1990). However, our results suggest that commitment must be developed and manifested by both to positively impact an infertile couple's dynamic. In our understanding of the participants' experiences, the commitment of one partner alone was insufficient to directly counterweight the infertility/ART-induced asymmetries. Moreover, relationship power theories suggest that higher commitment can be a low-power factor (Simpson *et al.*, 2015; Sprecher & Felmlee, 1997; Sprecher *et al.*, 2006). Therefore, infertility or ART-induced commitment asymmetries between partners may be critical, especially as they may interact with issues related to

the other identified power domains (fertility factor, need for parenthood/preferred family formation options, and/or relationship to treatment).

The well-adjusted couples of our sample displayed mutual recognition, an additional key relational ingredient. The recognition factor presented in the results echo Matthews and Clark's (1982) validation concept, defined as a partner's understanding and acceptance of the other. Their results suggest that validation may even buffer against the frequently reported association between inequity and marital dissatisfaction (Sprecher, 2018). Hence, a general positive relation seems to link equity, validation, marital satisfaction and relationship stability (Matthews & Clark III, 1982). A couple facing unrecognized, and thus unresolvable, infertility-induced inequalities and power struggles may likely be unable to display the mutual empathy and validation needed in such a context in order to withstand stress and experience marital satisfaction. Thus, we suggest that recognition is a key factor in the virtuous circle of marital satisfaction and benefits, equity and relational development.

#### 4.4.1 Findings Implications: Research & Clinical

It must be noted that participating couples in the present study have been in treatment for at least several months and have sustained many failures, thus their relationship has been shaped in a unique manner by various experiences of relational disruption, shared efforts and hope, discordances and injuries, reconciliation, etc. Major life transitions such as these may also change partners' responses and attempts to influence each other (Simpson *et al.*, 2015), which may not only unsettle partners and create distress, but also impair efforts to identify the issues at play, for the couple itself and, in turn, for their clinical counsellors. Moreover, research results also reflect that little is known about the evolution of power bases or influence strategies, as a result of changing characteristics in one or both partners, over the course of the relationship (Simpson *et al.*, 2015).

Our results support the integration of relationship power considerations into clinical care, by addressing and investigating the four identified power domains, to help restore or maintain the equity that renders mutual empathy and validation between partners possible. Indeed, in couple counselling, it is preferable to overtly address issues and to withstand the associated distress, rather than to ignore them (Sabourin & Lefebvre, 2008). Fertility status asymmetry, by virtue of its irrevocability, must especially be recognized, and its effect on the relationship explored.

Our results also stress the importance of the interactional effect between the identified power domains, thus suggesting that none independently lead to a certain power balance or imbalance. This is of importance for clinical counsellors that should intervene with a holistic idiographic sensitivity, considering all contributors to the presenting difficulties, whether or not they relate directly to infertility/ART. Future research could directly address potential associations between relationship power issues and specific power domain asymmetries, using known variables in the infertility/ART literature, such as coping, individual distress, and marital satisfaction.

#### 4.4.2 Contribution, Limitations

The fact that couples being treated in ART face different fertility challenges and different relational circumstances might set the stage for power issues that have been overlooked in the fertility literature. As stated before, the development of comprehensive models to understand the mechanisms through which various factors are associated to poorer relational and psychological adjustment is needed. Our findings expand on relationship power theories to depict four specific interacting grounds of dyadic dynamics in the context of infertility and ART. However, it must be noted that the theoretical generalisability of our results is limited to Western, Caucasian, mostly atheistic couples formed in societies where there is a cultural trend toward gender equality. Indeed, White middle-class individuals, such as our participants, need not to be perceived as generic models (Griscom, 1992). To achieve

an integrated and dialectical understanding of power relationships, additional socioeconomic variables need to be considered. Additionally, this study was conducted in a context where three IVF treatments cycles were publicly funded, possibly rendering treatment decisions and interactions for participating couples different from those who would not have the same access to fertility treatments. Finally, this study holds a heuristic value associated with the inductive nature of the relationship power theme that has unexpectedly and strongly emerged from our data. However, the fact that power disparities are often invisible or denied (Parker, 2009) renders their investigation challenging. Longitudinal qualitative and quantitative research designs, as well as mixed method research, including notions of interdependence and multiple influence effects, are needed to further expand the relationship power avenue in research on infertility and ART.

#### 4.4.3 Conclusion

Over twenty years ago, Greil (1997) criticized the medicalized approach of infertility for overrepresenting fertility as an individual trait. Such an isolated view may have impeded the possibility to approach relational issues, such as power, in the study of the experience of infertility and ART. In the future, more attention should be directed to the relational challenges and shared understanding of couples who face infertility and ART, as well as to complex interactional processes such as relationship power. Such research is needed to deepen our understanding of the intimate and relational experience of infertility and ART.

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bledsoe, C., Guyer, J. I., & Lerner, S. (2000). Introduction. In C. Bledsoe, S. Lerner, & J. I. Guyer (Eds.), *Fertility and the Male Life-Cycle in the Era of Fertility Decline* (pp. 1-26). New York, NY: Oxford University Press.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, *22*(6), 1506-1512. doi:10.1093/humrep/dem046
- Bushnik, T., Cook, J. L., Yuzpe, A. A., Tough, S., & Collins, J. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction*, *27*(3), 738-746. doi:10.1093/humrep/der465
- Byrne, M., & Carr, A. (2000). Depression and power in marriage. *Journal of Family Therapy*, *22*(4), 408-427. doi:10.1111/1467-6427.00161
- Clarke, L. H., Martin-Matthews, A., & Matthews, R. (2006). The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility. *Canadian Review of Sociology*, *43*(1), 95-113. doi:10.1111/j.1755-618X.2006.tb00856.x
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, W., . . . Wellings, K. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, *31*(9), 2108-2118. doi:10.1093/humrep/dew123
- Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A., & Allegra, A. (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Human Reproduction*, *27*(11), 3215-3225. doi:10.1093/humrep/des307

- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*, 48(5), 575-589. doi:10.1016/s0277-9536(98)00386-4
- Gallihier, R. V., Rostosky, S. S., Welsh, D. P., & Kawaguchi, M. C. (1999). Power and Psychological Well-Being in Late Adolescent Romantic Relationships. *Sex Roles*, 40(9), 689-710. doi:10.1023/a:1018804617443
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652-669. doi:10.1093/humupd/dms031
- Gray-Little, B., & Burks, N. (1983). Power and satisfaction in marriage: A review and critique. *Psychological Bulletin*, 93(3), 513-538. doi:10.1037/0033-2909.93.3.513
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704. doi:10.1016/s0277-9536(97)00102-0
- Greil, A. L., Leitko, T. A., & Porter, K. L. (1988). Infertility: His and Hers. *Gender & Society*, 2(2), 172-199. doi:10.1177/089124388002002004
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87-94. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.023
- Griscom, J. L. (1992). Women and Power. Definition, Dualism, and Difference. *Psychology of Women Quarterly*, 16(4), 389-414.
- Gunby, J., Bissonnette, F., Librach, C., & Cowan, L. (2011). Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2007 results from the Canadian ART Register. *Fertility and Sterility*, 95(2), 542-547. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.05.057
- Halloran, E. C. (1998). The role of marital power in depression and marital distress. *American Journal of Family Therapy*, 26(1), 3-14. doi:10.1080/01926189808251082

- Halstead, V., De Santis, J., & Williams, J. (2016). Relationship power in the context of heterosexual intimate relationships: A conceptual development. *Advances in Nursing Science, 39*(2), E31-E43. doi:10.1097/ANS.0000000000000113
- Keltner, D., Gruenfeld, D. H., & Anderson, C. (2003). Power, approach, and inhibition. *Psychological Review, 110*(2), 265-284. doi:10.1037/0033-295X.110.2.265
- Knudson-Martin, C. (2013). Why Power Matters: Creating a Foundation of Mutual Support in Couple Relationships. *Family Process, 52*(1), 5-18. doi:10.1111/famp.12011
- Knudson-Martin, C., & Mahoney, A. R. (2005). Moving Beyond Gender: Processes that Create Relationship Equality. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*(2), 235-258. doi:doi:10.1111/j.1752-0606.2005.tb01557.x
- Lennon, C. A., Stewart, A. L., & Ledermann, T. (2013). The role of power in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 30*(1), 95-114. doi:doi:10.1177/0265407512452990
- Lorber, J., & Bandlamudi, L. (1993). The dynamics of marital bargaining in male infertility. *Gender & Society, 7*(1), 32-49. doi:10.1177/089124393007001003
- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D'Hooghe, T., Buyse, E., & Demyttenaere, K. (2009). Well-being and relationship satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/ intracytoplasmic sperm injection procedure: a multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. *Fertility and Sterility, 91*(2), 387-394. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.11.052
- Matthews, C., & Clark III, R. D. (1982). Marital Satisfaction: A Validation Approach. *Basic & Applied Social Psychology, 3*(3), 169-186.
- McLernon, D. J., Maheshwari, A., Lee, A. J., & Bhattacharya, S. (2016). Cumulative live birth rates after one or more complete cycles of IVF: a population-based study of linked cycle data from 178,898 women. *Human Reproduction, 31*(3), 572-581. doi:10.1093/humrep/dev336

- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 250-260. doi:10.1037/0022-0167.52.2.250
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology, 21*(2), 302-317. doi:10.1111/bjhp.12169
- Nachtigall, R. D., Becker, G., & Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility, 57*(1), 113-121. doi:https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)54786-4
- Olafsdottir, H. S., Wikland, M., & Möller, A. (2012). Nordic couples' decision-making processes in anticipation of contacting a fertility clinic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30*(2), 180-192. doi:10.1080/02646838.2012.677021
- Parker, L. (2009). Disrupting Power and Privilege in Couples Therapy. *Clinical Social Work Journal, 37*(3), 248-255. doi:10.1007/s10615-009-0211-7
- 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 & Gynecology, 39*(1), 64-72. doi:10.1080/0167482X.2017.1289369
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction, 24*(7), 1656-1664. doi:10.1093/humrep/dep061
- Rehman, U. S., Gollan, J., & Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review, 28*(2), 179-198. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.007
- Rollins, B. C., & Bahr, S. J. (1976). A theory of power relationships in marriage. *Journal of Marriage and the Family, 38*(4), 619-627. doi:10.2307/350682

- Sabourin, S., & Lefebvre, D. (2008). Conception intégrée des processus psychopathologiques des troubles conjugaux. In J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 15-97). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Safilios-Rothschild, C. (1976). A Macro- and Micro-Examination of Family Power and Love: An Exchange Model. *Journal of Marriage and Family*, 38(2), 355-362. doi:10.2307/350394
- Sauvé, M.-S., Péloquin, K., & Brassard, A. (2018). Moving forward together, stronger, and closer: An interpretative phenomenological analysis of marital benefits in infertile couples. *Journal of Health Psychology*, 1-11. doi: 10.1177/13591053 18764283
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Human Fertility*, 12(1), 14-20. doi:10.1080/14647270802331487
- Seligman, M. E. (1974). Depression and learned helplessness. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Oxford: Wiley.
- Simpson, J. A., Farrell, A. K., Oriña, M. M., & Rothman, A. J. (2015). Power and social influence in relationships. In M. Guha (Ed.), *APA handbook of personality and social psychology* (Vol. 3, pp. 393-420). Washington, DC: American Psychological Association.
- Slama, R., Hansen, O. K., Ducot, B., Bohet, A., Sorensen, D., Giorgis Allemand, L., . . . Bouyer, J. (2012). Estimation of the frequency of involuntary infertility on a nation-wide basis. *Human Reproduction*, 27(5), 1489-1498. doi:10.1093/humrep/des070
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Sprecher, S. (2018). Inequity Leads to Distress and a Reduction in Satisfaction: Evidence From a Priming Experiment. *Journal of Family Issues*, 39(1), 230-244. doi:10.1177/0192513x16637098

- Sprecher, S., & Felmlee, D. (1997). The balance of power in romantic heterosexual couples over time from “his” and “her” perspectives. *Sex Roles, 37*, 361-379.
- Sprecher, S., Schmeeckle, M., & Felmlee, D. (2006). The Principle of Least Interest: Inequality in Emotional Involvement in Romantic Relationships. *Journal of Family Issues, 27*(9), 1255-1280. doi:10.1177/0192513x06289215
- Taylor, B., & de Vocht, H. (2011). Interviewing Separately or as Couples? Considerations of Authenticity of Method. *Qualitative Health Research, 21*(11), 1576-1587. doi:10.1177/1049732311415288
- Ummel, D., & Achille, M. (2016). How Not to Let Secrets Out When Conducting Qualitative Research With Dyads. *Qualitative Health Research, 26*(6), 807-815. doi:10.1177/1049732315627427
- Van Yperen, N. W., & Buunk, B. P. (1990). A longitudinal study of equity and satisfaction in intimate relationships. *European Journal of Social Psychology, 20*(4), 287-309. doi:doi:10.1002/ejsp.2420200403
- Wolfe, D. M. (1959). Power and Authority in the Family. In D. Cartwright (Ed.), *Studies in Social Power* (pp. 99-117). Michigan, USA: University of Michigan Press.
- Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2016). Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 33*(2), 167-179. doi:10.1007/s10815-015-0638-4
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 52*(10), 1640-1652. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., . . . Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility, 92*(5), 1520-1524. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.009

Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2018). Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: The moderating role of duration of infertility. *Quality of Life Research*, 27(4), 945-954.  
doi:10.1007/s11136-017-1781-4

## CHAPITRE V

### DISCUSSION GÉNÉRALE

L'objectif principal de la recherche consistait à explorer l'expérience intersubjective de couples qui poursuivent des traitements de FIV malgré de multiples échecs préalables en PMA. Plus spécifiquement, nous souhaitons mieux comprendre la dynamique dyadique de ces couples, notamment par rapport à la manière dont les expériences individuelles des deux partenaires interagissent. Nous nous sommes également intéressées à la manière dont le sens de l'expérience des couples se co-construit dans un contexte où l'incertitude quant à l'issue des traitements se trouve possiblement exacerbée par des échecs multiples. Pour ce faire, nous avons exploré la relation de couple dans l'expérience des traitements de fertilité par le biais d'entretiens qualitatifs conjoints complétés par des entretiens qualitatifs individuels avec tous les participants. Les résultats de l'étude sont présentés en deux articles distincts, l'un qui explore la dynamique générale des couples et l'autre qui approfondit plus spécifiquement la manière dont le rapport de pouvoir entre les partenaires se manifeste en contexte de PMA.

#### 5.1 Parcours des couples : retour sur le premier article

Dans le premier article, qui répond essentiellement à l'objectif principal de la thèse, nous proposons une compréhension transversale de la dynamique des couples participants. À notre connaissance, aucun article qualitatif ne s'est intéressé à mieux

comprendre l'expérience intersubjective de couples qui poursuivent des traitements de fertilité malgré de multiples échecs. L'absence d'études qualitatives sur le sujet nous a d'ailleurs paru surprenant considérant que la recherche quantitative dans le domaine rapporte des effets transactionnels complexes entre les partenaires ainsi que des résultats contradictoires quant aux liens entre traitements de PMA et détresse ou ajustement conjugal. Les approches qualitatives peuvent contribuer à éclairer ces résultats complexes ou contradictoires (Peterson *et al.*, 2008).

Les résultats présentés dans notre premier article s'articulent autour de deux principaux parcours relationnels. Ces parcours émergent de l'expérience commune du stress relié aux traitements et conduisent à deux horizons distincts, soit celui du développement conjugal et celui de l'impasse conjugale. L'image du rond-point nous aura servi en ce sens à illustrer le cœur du tumulte associé au stress des traitements ainsi que le caractère dynamique et évolutif de l'expérience relationnelle des couples au fil de leur parcours d'infertilité. Loin d'être un long fleuve tranquille, l'expérience prolongée et partagée de l'infertilité et des traitements de fertilité semble se construire à travers différents temps et écueils relationnels. En ce sens, l'analyse met en lumière des processus relationnels qui composent les deux parcours. Du côté de l'impasse, nous avons observé des mouvements de retrait et d'exclusion, ainsi que la présence de blâme et de non-dits. Le parcours de développement conjugal se compose quant à lui de présence à l'autre, de partage de l'expérience émotionnelle ainsi que d'engagement conjugal, tous des processus relationnels dont le développement semble participer à la création d'un sens de l'expérience des traitements. Ces résultats sont discutés sous l'angle des enjeux d'engagement conjugal, d'attachement et d'adaptation au stress des traitements.

## 5.2 Les dynamiques de pouvoir : retour sur le deuxième article

Le deuxième article approfondit spécifiquement le thème émergent des rapports de pouvoir à titre de piste de compréhension du stress relié à l'infertilité et aux traitements de PMA. Il met en lumière la complexité de la perturbation relationnelle associée à l'infertilité, aux options de traitement et de formation de famille ainsi qu'à l'incertitude quant à l'issue de ceux-ci. Élaboré de manière tout à fait inductive au cours du processus de recherche, le thème des rapports de pouvoir a été approfondi dans une démarche itérative où l'analyse a été mise en relation avec des éléments de théorie autour des notions d'équité et de pouvoir dans les relations intimes (Halstead *et al.*, 2016; Knudson-Martin, 2013; Simpson *et al.*, 2015). Ces mouvements d'aller-retour entre les données et les écrits scientifiques sur les rapports de pouvoir ont été rendus nécessaires par le caractère quasi inexploré de ces questions dans les domaines de l'infertilité et de la PMA. Conséquemment, l'émergence manifeste de ce thème durant l'analyse a soulevé des questionnements qui dépassaient le cadre conceptuel et théorique préparé dans l'élaboration du présent projet de recherche. Une analyse spécifique de ce thème éminemment relationnel nous a semblé requise considérant l'importance que nous lui présumons dans la compréhension du stress associé aux traitements et aux échecs en contexte d'infertilité et de PMA.

Nos résultats d'analyse suggèrent quatre domaines où le rapport de pouvoir est susceptible d'être perturbé par l'infertilité et les traitements de PMA, soit le facteur d'infertilité, le désir d'enfant et le rapport aux différentes options de formation de famille, le rapport aux traitements de fertilité ainsi que l'engagement conjugal. Les trois premiers domaines représentent des enjeux plus spécifiques à l'expérience de l'infertilité alors que le quatrième se présente comme un facteur général de pouvoir au sein du couple déjà reconnu (Lennon *et al.*, 2013; Simpson *et al.*, 2015; Sprecher *et al.*, 2006). Les résultats suggèrent que les différents domaines de pouvoir interagissent et se combinent dans l'équilibre ou l'asymétrie des pouvoirs de manière

unique pour chaque couple. Dans certains cas, les résultats suggèrent qu'une composante de reconnaissance de l'autre et des forces en jeu peut permettre au facteur d'engagement conjugal de faire contrepoids aux déséquilibres induits par l'infertilité et la PMA. Cette compréhension de la perturbation de la dynamique des couples infertiles suggère que l'asymétrie et/ou la perturbation de l'équilibre des rapports de pouvoir, induites dans le couple par l'expérience de l'infertilité et de la PMA, constituent des facteurs clés pour la compréhension de la détresse, du bien-être et de l'ajustement chez les partenaires de couples traités en PMA.

### 5.3 Couple et PMA : regards croisés sur l'expérience dyadique et pistes de compréhension

Afin de mettre en lien les résultats présentés dans les deux articles, nous aborderons dans le présent chapitre différentes pistes de réflexion et de compréhension de l'expérience des couples qui vivent des échecs multiples en PMA. Tout d'abord, nous effectuerons un retour sur quelques considérations abordées en introduction pour proposer un dialogue entre nos résultats et les écrits scientifiques existants à propos du couple et de la PMA. Nous y traiterons notamment de la complexité de l'expérience relationnelle, de l'enjeu du projet parental ainsi que des interactions entre les différences de genre, les facteurs conjugaux et la détresse psychologique. Par la suite, nous ouvrirons plus largement la réflexion autour des thèmes de l'engagement conjugal, de l'attachement et de la reconnaissance. Pour terminer, nous traiterons des contributions et limites de la thèse ainsi que des pistes pour la recherche future et l'intervention clinique auprès des couples en PMA.

#### 5.3.1 Couple et PMA : non-linéarité et enchevêtrement des expériences

D'entrée de jeu, notre choix de situer la présente recherche chez des couples au cœur de l'expérience des traitements a permis de cibler la population la plus à risque de présenter de la détresse liée à l'infertilité et aux traitements (Greil *et al.*, 2011;

Moura-Ramos *et al.*, 2016; Zurlo *et al.*, 2018). Nous avons effectivement constaté combien la pression peut être grande pour les couples qui commencent à voir leur pronostic en PMA s'assombrir suite à de nombreux échecs. Dans notre échantillon volontaire, deux couples présentaient de la détresse conjugale évidente ou fortement soupçonnée et tous les couples ont fait le récit d'épisodes d'importants défis conjugaux résolus ou en voie de résolution. Bien qu'il soit impossible de généraliser des conclusions à partir de l'expérience de 6 couples, plusieurs des récits des participants à notre recherche suggèrent qu'il est possible pour les couples qui vivent une expérience aussi difficile et prolongée de faire état de tensions conjugales sporadiques et de bénéfices conjugaux dans ce contexte. Selon les récits rétrospectifs des participants, les interactions conjugales se modulent au gré de la pression associée aux différentes étapes et écueils rencontrés durant le processus de traitements. Tel qu'illustré dans le premier article, la présence relative des différents processus relationnels chez les partenaires d'un couple ainsi que leurs interactions semble orienter la relation vers l'impasse ou le développement. Plus les processus néfastes pour la relation se manifestent fréquemment, plus l'impasse relationnelle persiste et plus le vécu général des traitements s'en trouve altéré. À titre d'exemple, l'évitement et les reproches ont déjà été associés à de l'insatisfaction conjugale et de la détresse psychologique en contexte de PMA (Bayley *et al.*, 2009; Péloquin *et al.*, 2018). Si certains se retrouvent ainsi coincés dans des allers-retours entre le vécu tumultueux des traitements et l'impasse conjugale, d'autres arrivent à échapper au tumulte des traitements en trouvant refuge notamment auprès de leur partenaire. Cette expérience fluctuante des patients, souvent décrite à travers l'image des montagnes russes, pourrait d'ailleurs permettre de comprendre pourquoi des données inconstantes sont souvent rapportées dans les écrits scientifiques sur le couple en PMA (Coëffin-Driol et Giami, 2004; Pasch et Sullivan, 2017; Peterson *et al.*, 2011; Schmidt, 2009; Schmidt *et al.*, 2005). Ce constat recoupe l'idée de non linéarité qui caractériserait les parcours longs et parsemés d'échec en PMA (Moura-Ramos *et al.*, 2016). En effet, même ceux qui rapportent des bénéfices conjugaux font l'expérience du stress associé

aux traitements et aux échecs. Nos résultats laissent entrevoir comment le vécu individuel semble par ailleurs fortement lié à l'expérience conjugale, à ses aléas et à ses possibilités. Notre étude permet donc de faire l'hypothèse que ce serait cet enchevêtrement qui complexifierait l'appréhension des conséquences psychologiques de l'infertilité et des traitements de PMA.

### 5.3.2 Couple et PMA : l'enjeu fondamental du projet parental

L'analyse de données nous a également permis de constater qu'au cœur des aléas conjugaux associés aux échecs en PMA, les questions de parentalité et de projet familial conjugal semblent tout particulièrement sollicitées. Ces résultats rejoignent ceux d'autres études dans le domaine qui font aussi état de l'importance de la question de la parentalité chez les couples infertiles (Berg et Wilson, 1995; Moura-Ramos *et al.*, 2016; Peterson *et al.*, 2003). Tant à titre de statut social que de besoin existentiel, la création d'une famille représente ce que plusieurs entrevoient comme un projet commun central à leur engagement conjugal. En effet, le fait de devenir parent engage des dimensions d'intimité et de soutien sur le plan relationnel (Hansen *et al.*, 2009). Ainsi, la situation des échecs multiples en PMA, avec ce qu'elle implique aussi d'intimité et de soutien nécessaires pour faire face à la difficulté de fonder une famille, apparaît comme une situation particulièrement complexe à négocier pour les couples qui y sont confrontés. Par exemple, certains semblent avoir beaucoup de difficulté à manifester intimité et soutien à l'autre alors que la perspective de devenir parent se trouve menacée. Plus spécifiquement, cette difficulté nous a paru particulièrement saillante chez les participants fertiles pour lesquels un sens à l'adversité de la PMA paraissait plus difficile à trouver et à intégrer. Chez eux, le conflit entre le désir d'enfant individuel et les processus conjugaux nécessaires au maintien de la relation en PMA pouvait être particulièrement difficiles à négocier. Le sens de la relation se trouvant ainsi remis en question, certains peinaient à le redéfinir dans ces conditions alors que d'autres trouvaient comment cultiver l'intimité et le

soutien à travers l'expérience des échecs en PMA. Nos résultats suggèrent que lorsqu'une personne priorise l'intégration du rôle de parent par un lien biologique comme objectif existentiel premier (Lalos *et al.*, 1985; Miller, 2003; Yalom, 2008), la souffrance existentielle qui peut être associée à l'infertilité semble, chez certains, altérer le sens de la relation qui menace l'objectif de la parentalité biologique.

Par ailleurs, les désirs de donner, partager et créer, de s'inscrire dans le temps et la société, généralement associés à la parentalité, semblent pouvoir être réinvestis dans la relation de couple chez certains. Cela dit, voir les sphères conjugales et parentales diverger alors qu'habituellement elles tendent à se manifester conjointement représente un défi que certains couples infertiles pourraient ne pas arriver à surmonter. À ce titre, nos résultats suggèrent que les échecs multiples en PMA semblent obliger les partenaires d'un couple à redéfinir leurs désirs et buts existentiels. Lorsqu'un partenaire se redéfinit devant les échecs multiples en PMA de telle sorte que l'autre ne puisse ou ne veuille pas s'inscrire dans cette manière alternative d'entrevoir l'existence, la relation se retrouve à risque de perdre son sens.

Pour les couples qui souhaitent avoir un ou des enfants, l'infertilité se présente ainsi comme un important perturbateur de l'accès au statut de parent, statut qui auparavant apparaissait comme un choix à quasi valeur de droit. Si pour plusieurs l'option de la PMA a pu laisser espérer pendant un moment qu'elle suffirait à pallier l'obstacle de l'infertilité, les échecs répétés en FIV ébranlent l'espoir préalablement suscité par la technologie (Daniluk *et al.*, 2012). Un tel retour de la menace au projet familial semble inévitablement perturber la relation de couple. Sachant que la détresse conjugale peut être associée à des symptômes psychologiques tels que la dépression (Goldfarb, Trudel, Boyer et Préville, 2007), le processus de remise en question du sens de la relation de couple dans ce contexte pourrait expliquer une part des conséquences psychologiques attribuées à l'infertilité.

### 5.3.3 Couple et PMA : différences de genre, facteurs conjugaux et détresse psychologique

Parallèlement, les multiples recherches qui suggèrent que l'expérience de l'infertilité et de la PMA générerait davantage de détresse chez les femmes que chez les hommes (Greil, 1997; Ying *et al.*, 2016; Ying *et al.*, 2015) pourraient aussi se comprendre à partir d'une perspective de menace à la relation de couple. Une telle compréhension implique la considération du rapport traditionnel entre les hommes et les femmes qui tend, encore actuellement, vers une certaine inégalité du rapport de force au sein du couple (Knudson-Martin et Mahoney, 2005; Sprecher et Felmlee, 1997). En ce sens, il pourrait être suggéré que la plus grande vulnérabilité de certaines femmes, notamment sur le plan socioéconomique en comparaison à leur partenaire masculin, rend la perspective d'une séparation associée à l'infertilité plus lourde de conséquences. Comme nos résultats montrent que tous les couples perçoivent un potentiel de menace à la suite de la relation à un moment ou un autre de leur parcours d'infertilité, il est possible d'émettre l'hypothèse que ce soit parfois la perspective de se retrouver célibataire après un parcours infructueux de PMA qui génère de l'inquiétude chez certaines patientes en PMA. En plus du vécu de l'échec des traitements, entrevoir une potentielle rupture implique aussi de considérer que le temps continuera à défilier durant la période de rupture, de célibat et d'établissement d'une nouvelle relation. Les chances de pouvoir offrir à un nouveau partenaire la possibilité de fonder une famille dans un horizon réaliste, que ce soit par le biais de la PMA ou de l'adoption, peuvent paraître limitées après plusieurs années de PMA infructueuse. La période de fécondité des femmes, plus restreinte dans le temps que celle des hommes, y est possiblement pour quelque chose dans l'intensité de l'appréhension de l'échec potentiel d'une relation en contexte de PMA. Souvent, la relation qui se destinait à la formation d'une famille s'était établie sur quelques années afin de rassembler des conditions propices à ce projet. Même fertiles, les femmes ont ainsi bien peu de marge de manœuvre pour pouvoir répéter à plusieurs

reprises l'investissement nécessaire au développement d'une relation suffisamment consolidée pour permettre la transition vers la parentalité.

Malgré cette menace potentiellement plus grande pour la femme évoquée par nos données, il n'en demeure pas moins que plusieurs hommes rencontrés dans le cadre du présent projet rapportaient eux aussi une détresse significative associée avec l'expérience des échecs multiples en PMA. Sur le plan conjugal, nous avons plus spécifiquement observé que les hommes qui présentaient une plus grande sensibilité à la détresse de leur conjointe et un engagement plus assumé semblaient éprouver moins de détresse. Cela dit, nous nous gardons de conclure ici que le rôle de l'homme et son vécu se limitent à une posture de subordination à la réaction de sa conjointe. En effet, les hommes rencontrés investissaient tous ardemment leur projet familial, qu'il se manifeste sous la forme d'un désir d'enfant personnel et/ou d'un désir de formation de famille avec leur conjointe. L'infertilité, pour ceux qui présentaient un facteur masculin, était source ou avait été source de détresse (Nachtigall *et al.*, 1992). Les différents échecs en PMA étaient aussi généralement vécus difficilement, avec une intensification de la douleur de l'expérience au fil de la répétition des échecs. Finalement, nous avons pu aussi constater que ceux qui avaient en plus vécu des fausses couches rapportaient des sentiments de perte comparables à ceux des femmes malgré des différences dans la manière d'en vivre l'expérience. D'autres ont d'ailleurs déjà soulevé des doutes quant aux apparentes différences homme-femme dans l'expérience de l'infertilité et de la PMA (Bell, 2015; Johansson *et al.*, 2010). Bien que l'exploration du vécu individuel de l'homme ne faisait pas partie des objectifs du présent projet, cet ingrédient de vécu douloureux des hommes en contexte d'échecs multiples en PMA laisse entrevoir l'ampleur de la difficulté à conjuguer, au plan relationnel, les souffrances de l'un et de l'autre. Le partage de l'expérience de PMA au sein du couple renferme ainsi autant le potentiel d'un réel partage du vécu susceptible de rapprocher les conjoints que le potentiel d'une compétition des souffrances impossible à conjuguer. Nos résultats témoignent ainsi

d'une réelle complexité dans l'arrimage des vécus des partenaires susceptibles d'interagir pour le meilleur comme pour le pire.

À cet égard, trois pistes de compréhension et d'approfondissement des facteurs relationnels impliqués dans l'expérience des échecs multiples en PMA nous apparaissent centrales. Il s'agit de la question de l'engagement conjugal, du concept de l'attachement ainsi que du thème de la reconnaissance. Ces trois angles de compréhension feront l'objet d'une élaboration spécifique afin d'approfondir davantage le lien entre les résultats présentés dans les deux articles qui composent la thèse.

#### 5.4 L'engagement conjugal : pierre angulaire du parcours de PMA.

De manière générale, l'engagement conjugal représente un élément fondamental de l'essence même du couple (Sabourin et Lefebvre, 2008; Sternberg, 1986). À cet effet, Rusbult et ses collègues (2006) ont fait l'exercice de résumer les modèles théoriques existants à propos de l'engagement et d'identifier les composantes partagées par les différentes conceptualisations. D'abord, ils relèvent que l'idée générale de satisfaction ou de forces positives qui amènent deux personnes à former une relation se retrouve dans toutes les conceptualisations. Ensuite, ils notent que tous les modèles réfèrent, d'une manière ou d'une autre, à la notion d'ampleur de l'investissement dans la relation à titre d'entrave à la possibilité de se retirer de la relation (incluant, selon le cas, la notion de quantité de ressources investies ou le caractère irrévocable de l'investissement). Finalement, ils remarquent que la question des alternatives à la relation ainsi que différentes formes d'engagement moral (prescription ou barrière symbolique à la dissolution de l'engagement) sont des facteurs de maintien de l'engagement qui se retrouvent dans tous les modèles.

Dans un projet qui avait pour objectif général d'explorer l'expérience intersubjective de couples qui s'engagent dans le 3<sup>e</sup> cycle de PMA après l'échec des deux premiers cycles, le thème de l'engagement constitue donc sans surprise un élément central dans les résultats des deux analyses. En ce sens, le premier article élabore, à la lumière de processus relationnels actifs au sein du couple durant les traitements, une compréhension des résultats autour de deux trajectoires relationnelles potentielles. L'une s'oriente vers une consolidation de l'engagement et la création d'un sens commun à l'expérience des traitements et l'autre ouvre la voie au spectre de la dissolution conjugale. Le deuxième article aborde quant à lui l'enjeu fondamental et implicite des rapports de pouvoir qui peuvent émerger face aux questions et décisions qu'impliquent l'infertilité et les échecs de la PMA. La compréhension articulée dans cette analyse repose notamment sur la possibilité pour le couple de s'appuyer sur leur engagement conjugal pour reconnaître et négocier les divergences. Dans ce contexte, l'engagement conjugal qui se trouve remis en question par l'infertilité ou à la suite des échecs de traitement devient alors un facteur d'asymétrie supplémentaire en PMA susceptible d'accentuer le stress lié aux traitements. Dans les deux analyses, la question de l'engagement conjugal représente donc une dimension centrale de l'expérience intersubjective du couple en traitement.

À cet effet, soulignons qu'un modèle québécois de l'engagement conjugal a récemment été proposé par Brault-Labbé et ses collègues (2017). Ces dernières définissent l'engagement optimal autour de trois mécanismes psychologiques qu'elles conçoivent comme étant en interaction tout au long du projet conjugal. Il s'agit de l'enthousiasme (composante motivo-affective responsable notamment de la valeur accordée à la relation et au conjoint), de la persévérance (composante comportementale associée aux efforts de maintien du projet de couple malgré l'adversité) et de « la réconciliation des éléments positifs et négatifs » (p.233), composante cognitive qui implique l'évaluation du sens personnel du rapport coûts-avantages associé à la relation. Les résultats de la présente recherche soulèvent

effectivement les questions de valeur accordée à la relation et de vécu affectif (sens, charge affective associée à la présence d'asymétrie) ainsi que l'idée d'efforts pour maintenir la relation (partage affectif, présence, reconnaissance). L'évaluation du rapport coût-avantages quant à elle paraît davantage inhérente à la question du rapport de pouvoir telle qu'élaborée dans le deuxième article alors que les différentes asymétries entre les partenaires en PMA semblent pouvoir déstabiliser l'engagement conjugal présent avant la PMA. En somme, les différents thèmes élaborés dans les deux analyses proposées semblent résonner avec des conceptualisations existantes de l'engagement conjugal et suggèrent un possible dialogue les concepts d'engagement et de rapport de pouvoir dans l'expérience des échecs multiples en PMA.

Plus spécifiquement, dans l'expérience des participants à notre étude, l'engagement pouvait donc représenter tant une source d'incertitude et d'inquiétude dans l'expérience des partenaires qu'une forme de refuge et de source d'espoir pour faire face à la perspective de l'échec des traitements. En contexte de multiples échecs en PMA, différents processus semblent témoigner de l'incertitude et de l'inquiétude à propos de l'engagement. Les non-dits, le processus de retrait et d'évitement ainsi qu'une asymétrie non reconnue et non abordée dans le rapport de pouvoir pourraient représenter la marque des couples en crise ou encore les caractéristiques des épisodes de crise passés. L'évitement de la question de l'engagement conjugal semble caractériser tant le parcours d'impasse décrit dans le premier article que l'incapacité à faire contrepoids à l'asymétrie potentiellement induite par l'infertilité et la PMA. Le questionnement tacite de l'engagement ou son effritement implicite semble ainsi ouvrir un espace où l'asymétrie entre les partenaires se retrouve susceptible de s'accroître et de se cristalliser. En ce sens, dans un esprit similaire à celui qui sous-tend la thérapie de couple, nos résultats suggèrent qu'« il vaut mieux affronter honnêtement les problèmes et tolérer l'angoisse soulevée que de les ignorer » (Sabourin et Lefebvre, 2008, p.23). À l'inverse, un investissement de la relation et du partenaire au préalable et au-delà du projet parental semblait apaiser le stress des

traitements, permettre un espace d'aménagement des différends et soutenir l'espoir d'un horizon conjugal nourrissant peu importe l'issue des traitements. Au cœur de l'expérience intersubjective des couples en traitement de fertilité, la question de l'engagement conjugal se retrouve ainsi soulevée de multiples manières dans nos résultats. A notre sens, cela témoigne de sa centralité dans l'expérience de l'infertilité et de la PMA.

En effet, avoir des enfants s'inscrit généralement dans une séquence prototypique du développement de l'engagement dans un couple. Cet horizon succède souvent à toute une série d'étapes telles que la décision d'exclusivité dans la relation, la cohabitation, le mariage, etc., qui marquent l'établissement du couple et la consolidation de sa stabilité (Sabourin et Lefebvre, 2008). La question de l'investissement qui lie une personne à une relation fait d'ailleurs partie d'une majorité de conceptualisations de l'engagement conjugal (Rusbult *et al.*, 2006). Tous les couples rencontrés dans le cadre de la présente étude ont effectivement fait état de l'idée d'une séquence d'étapes d'engagement et d'investissement dans la relation lorsque questionnés sur l'historique de leur projet parental. Tout comme probablement une majorité de couples engagés depuis longtemps dans une démarche en PMA, ils présentaient un investissement passé significatif en plus d'un investissement présent dans les traitements (cohabitation dans tous les cas et mariage pour quatre d'entre eux). La perspective de voir leur prochaine étape de développement conjugal compromise soulevait donc sans surprise des questions d'engagement douloureuses et lourdes de conséquences. Ne pas pouvoir accéder à l'étape développementale de la parentalité en lien avec l'infertilité d'un des conjoints nous a semblé particulièrement susceptible de déséquilibrer le rapport entre les conjoints. En effet, l'idée qu'un partenaire fertile pourrait « facilement » former un engagement autre avec une panoplie théorique de partenaires alternatifs présumément fertiles semble soulever quasi automatiquement la question de l'engagement conjugal (voir notamment Rusbult *et al.*, 2006, pour un survol des différentes conceptualisations de la composante des alternatives à la

relation). Ce genre de question semble loin d'être simple à résoudre en contexte d'infertilité et d'échec de la PMA.

Par ailleurs, il nous a aussi semblé qu'à titre d'option pour pallier aux problèmes de fertilité, la PMA pouvait temporairement camoufler le déséquilibre entre les partenaires et les tensions associées à la remise en question de l'engagement. Plus spécifiquement, nos résultats suggèrent que l'accumulation des échecs en PMA pourrait possiblement amener une résurgence soudaine de problèmes d'engagement préalablement latents chez certains couples plus vulnérables à cet égard. Certains arrêts prématurés des traitements par exemple pourraient peut-être être compris dans une perspective de tensions liées à des questions d'engagement conjugal (Gameiro *et al.*, 2012; Olivius, Friden, Borg et Bergh, 2004).

Dans un autre angle ou même dans un autre cadre culturel, l'engagement conjugal aurait pu par ailleurs se concevoir plus formellement, dans une perspective morale ou autour de préoccupations d'état civil et de responsabilités associées (Rusbult *et al.*, 2006). Cependant, l'indéniable composante affective que comporte la question de l'engagement telle que réfléchi ci-dessus nous met plutôt sur la piste d'enjeux résolument psychologiques. Étroitement lié sur le plan affectif à la question de l'engagement, le concept de l'attachement offre ainsi un cadre potentiellement important pour réfléchir davantage sous un angle psychologique la question de l'engagement chez les couples qui font face à de multiples échecs en PMA.

### 5.5 Le style d'attachement : comprendre l'engagement autrement

À cheval sur les enjeux individuels et partagés des partenaires du couple en traitement de fertilité, la notion d'attachement apparaît comme un complément incontournable à la réflexion sur l'engagement conjugal et ses perturbations en PMA. En ce sens, il est possible de suggérer que les préoccupations de dissolution et de consolidation

conjugale, centrales dans nos résultats, témoignent en fait de l'enjeu psychiquement fondamental de l'attachement (Brassard, Lussier, Lafontaine, Péloquin et Sabourin, 2017). Bien que les styles d'attachement n'aient pas été directement évalués dans le cadre de la présente recherche, des réflexions telles que « Est-ce que je veux rester avec lui ou elle », « va-t-il ou va-t-elle me laisser », « est-ce que notre couple peut survivre » représentent des questions concrètes d'engagement conjugal posées par les participants qui interrogent vraisemblablement leurs besoins d'attachement. Du moins, elles se manifestent dans un contexte chargé, là même où les enjeux d'attachement sont susceptibles de se retrouver sollicités chez l'adulte (Shaver et Mikulincer, 2002; Simpson et Rholes, 2019).

Ainsi, les processus relationnels qui composent le parcours d'impasse tel que décrit dans l'article 1 pourraient se comprendre comme des conduites d'attachement anxieuses (reproches), évitantes (retrait, non-dits) et désorganisées (lorsque reproches et exclusion ou retrait se combinent). En effet, les réactions de nature plus hostiles, agressives ou désespérées (reproches, exclusion) pourraient se comprendre comme des marques d'hyperactivation du système d'attachement en réaction à une anxiété d'abandon. De leur côté, les stratégies qui se manifestent dans un registre de désactivation du système d'attachement (éviter le contact par des non-dits ou du retrait) pourraient témoigner de l'espoir que la distance apaisera la détresse ou protégera la relation. Ces patrons de comportements pourraient donc être compris comme des facteurs de vulnérabilité associés aux styles d'attachement insécurisants en contexte de PMA, tout comme ils peuvent l'être en d'autres contextes lorsqu'une menace à la relation émerge (voir par exemple Simpson et Rholes, 2019, pour une compréhension du bien-être et des facteurs de vulnérabilité associés aux styles d'attachement dans la transition à la parentalité). À l'inverse, les capacités de présence, de partage du vécu affectif et de réaffirmation de l'engagement qui marquent le parcours de développement conjugal semblent refléter des comportements généralement associés au style d'attachement sécurisant. Ainsi, les

processus relationnels identifiés dans les parcours d'impasse et de développement pourraient se comprendre à la lumière de la théorie de l'attachement et ainsi éclairer les enjeux d'engagement observés.

L'attention aux dynamiques de pouvoir pourrait aussi se comprendre dans une perspective d'attachement en ramenant l'idée que le partenaire le plus investi sur le plan affectif serait celui qui risque davantage de se retrouver en position de faiblesse par rapport au partenaire moins investi dans la relation (Lennon *et al.*, 2013; Simpson *et al.*, 2015; Sprecher *et al.*, 2006). La perspective de se retrouver en déficit de pouvoir devant un partenaire moins engagé et avantagé par d'autres domaines d'inégalité associés à l'infertilité et à la PMA pourrait d'autant plus exacerber l'anxiété d'abandon et les comportements correspondants d'hyperactivation ou de désactivation de l'attachement. À cet effet, Overall (2019) propose justement une compréhension des enjeux de pouvoir basée sur la théorie de l'attachement où les buts et stratégies de contrôle varient selon le style d'attachement des partenaires. Son modèle suggère que les personnes au style anxieux et celles de style évitant vont utiliser des stratégies différentes afin de réguler leur niveau de dépendance perçue vers une zone plus confortable (moins de dépendance pour les évitants et plus pour les anxieux). Selon ce modèle, les personnes au style d'attachement anxieux vont tenter d'augmenter la dépendance du partenaire en générant de la culpabilité alors que les personnes au style d'attachement évitant privilégient le retrait pour minimiser la dépendance. Cette compréhension pourrait permettre de lier les résultats obtenus dans l'analyse de la dynamique générale et dans l'analyse des rapports de pouvoir. En ce sens, les comportements caractéristiques de la trajectoire d'impasse conjugale décrits dans le premier article (retrait, exclusion, reproches, non-dits) pourraient se concevoir comme des stratégies pour tenter d'augmenter la dépendance par culpabilisation du partenaire (reproches) ou pour diminuer la dépendance par le maintien de la distance (retrait). À première vue, les comportements d'exclusion et de non-dits nécessitent

probablement d'être mis en contexte pour arriver à évaluer, pour chaque cas spécifique, s'ils servent l'augmentation de la dépendance ou sa diminution.

Ces différentes remarques et pistes de réflexion à propos de l'attachement ramènent à l'avant plan l'intérêt pour l'interaction des réactions individuelles énoncé dans les objectifs de recherche. En ce sens, rappelons que l'inscription de la problématique de la relation de couple en contexte d'échecs multiples en PMA s'était à la base notamment articulée autour de la théorie de l'intersubjectivité (Buirski et Haglund, 2001). La posture intersubjective, portée par une conception dyadique bidirectionnelle de l'interaction, permet ici de soutenir une lecture dynamique des interactions sous l'angle de la théorie de l'attachement. Elle encourage à maintenir une perspective transactionnelle à propos des comportements d'attachement en appréhendant leur manifestation comme une danse orchestrée par l'interaction des styles des deux conjoints plutôt que comme un épiphénomène du monde interne d'une seule personne.

Envisagées de cette manière, les notions d'engagement et d'attachement placent le rapport à l'autre au cœur de l'expérience humaine. À ce titre, la posture humaniste existentielle à partir de laquelle ce projet de recherche a été élaboré sera récupérée ici pour proposer une intégration des résultats à travers le concept de reconnaissance. Inspiré par la pensée de Paul Ricoeur (2004), cet ultime fil rouge au cœur de l'expérience de couples qui vivent des échecs multiples en PMA nous est apparu comme une façon d'articuler l'essence de nos résultats. La prochaine section sera donc consacrée à ce concept, en évoquant certaines de ses racines et de ses significations.

## 5.6 La reconnaissance : fil rouge de l'expérience intersubjective des couples qui vivent des échecs multiples en PMA

### 5.6.1 Le concept de reconnaissance : contexte

Tout d'abord, soulignons que l'idée de la reconnaissance a été relativement peu traitée, tant par le champ de la psychologie que celui de la philosophie. Le caractère polysémique du terme y est possiblement pour quelque chose du côté de la psychologie comme champ d'étude scientifique. En effet, celle-ci s'est largement développée sur la base de construits univoques afin de pouvoir opérationnaliser les définitions et isoler des variables. Il est plus surprenant cependant que ce concept ait été relativement ignoré du côté de la philosophie, ou du moins peu utilisé dans l'histoire de la pensée philosophique (Ricoeur, 2004). Face au constat de la cohérence de la polysémie du terme dans la langue française couplé à la dispersion apparente du mot et l'absence de théorie à son sujet dans la pensée philosophique, le philosophe français Paul Ricoeur (2004) tentera, dans une de ses dernières contributions, de proposer une réflexion sur la reconnaissance sous forme de parcours. Loin de nous ici l'idée d'élaborer davantage une théorie de la reconnaissance ni de faire une lecture critique de la pensée de Ricoeur à cet égard, mais plutôt de nous appuyer humblement sur quelques-unes de ses idées à propos de la reconnaissance afin de mettre l'accent sur certains enjeux existentiels aperçus à travers les récits des participants. Ce faisant, nous souhaitons tisser une proposition de compréhension existentielle-humaniste de l'expérience intersubjective des couples infertiles qui poursuivent des traitements de fertilité après l'échec d'au moins deux tentatives en FIV.

Bien que de parler de reconnaissance pourrait en partie résonner avec l'important concept clinique de validation, il nous a semblé pertinent d'ouvrir une réflexion plus large en allant au-delà des notions de compréhension et d'acceptation généralement sous-entendues par l'idée de validation (Matthews et Clark III, 1982). En effet, la complexité de l'expérience humaine que les participants nous ont racontée, combinée

à la profondeur de la réflexion de plusieurs sur le sens de l'expérience de l'infertilité et de la PMA ont fait émerger le désir et le besoin d'en rendre compte à la hauteur des récits et réflexions qu'ils et elles nous ont livrés.

### 5.6.2 « La reconnaissance comme gratitude »

Notre propre parcours de réflexion à propos de la reconnaissance aura donc débuté avec le constat que quelques participants exprimaient de la gratitude envers leur conjoint(e). C'est ce constat émergent de nos tentatives de désigner l'expérience partagée de certains couples participants qui nous a amenées à nous attarder à l'idée de la reconnaissance dans leurs récits. Autrement dit, certains rapportaient un vécu de gratitude envers leur conjoint(e) pour avoir été reconnu(e). En ce sens, Ricoeur (2004) relève à la fin de sa revue des différentes significations du mot reconnaissance ce dernier sens du terme, presque unique à la langue française : « la reconnaissance comme gratitude » (p.24). À propos de ce sens, qui s'édifie sur une signification précédente où « reconnaître » rejoint le thème de l'aveu (« avouer, confesser »), Ricoeur dira : « l'aveu de la dette à l'égard de quelqu'un, aveu à lui adressé, met sur la voie de la gratitude sous la condition de l'addition de l'idée d'un mouvement en retour, spontané, gracieux, en tous les sens du mot, comme si une dette était restituée. » (p.24)

Ainsi, à l'instar de l'expérience de certains participants, la gratitude semblait chez eux ouvrir un réel espace de partage construit sur la reconnaissance mutuelle de tout ce qui a été donné et reçu de l'un et de l'autre durant leur parcours et dont ils se sentent privilégiés et redevables. Lorsqu'elle s'exprimait, cette gratitude s'inscrivait dans un récit de développement conjugal qui référait à l'expérience partagée d'avoir été reconnu, compris et soutenu par le ou la conjoint(e) lors d'épisodes plus difficiles dans le parcours de la PMA. Ce type d'expérience fait écho aux résultats d'autres chercheurs qui ont trouvé des indices d'amélioration conjugale possible dans ce contexte (Peterson *et al.*, 2011; Schmidt *et al.*, 2005). Le parcours de développement,

tel que décrit dans le premier article, offre ainsi une base de compréhension des processus susceptibles de mener à une amélioration conjugale malgré l'adversité des traitements de PMA (les processus de présence à l'autre, de partage de l'expérience affective et de réaffirmation de l'engagement conjugal). L'attachement mutuel chez ces couples semble ainsi se consolider autour de multiples mouvements de retour au cours de l'expérience des traitements. Ces multiples mouvements de retour semblent installer au fil du temps et des expériences de tensions-réparations un cercle vertueux qui ouvre la voie à l'espérance d'un horizon conjugal nourrissant à long terme au-delà du projet parental. Chacun reçoit, le reconnaît, et donne en retour, cultivant ainsi un sentiment global d'équité au sein du couple. D'ailleurs, les couples égalitaires présenteraient davantage de satisfaction conjugale (Gray-Little et Burks, 1983; Sprecher et Felmlee, 1997; Van Yperen et Buunk, 1990).

À défaut de cette neutralisation des rapports de pouvoir, l'absence de reconnaissance-gratitude pourrait se concevoir comme la marque de l'impasse et de l'impossibilité à réduire l'asymétrie entre les partenaires. Retrait, exclusion, reproches et non-dits font office d'antithèses à la gratitude. À titre de manifestations de déceptions ou de frustrations latentes, ces réactions témoignent possiblement du vécu de l'impossibilité pour le partenaire de reconnaître à l'autre une contribution positive. Au contraire, une certaine responsabilité lui est attribuée par rapport à la souffrance vécue et les sphères d'inégalité acquièrent une valeur de dû (l'autre devrait aussi subir des traitements, être fertile, vouloir l'adoption, etc.). Face à de tels constats, la reconnaissance pourrait devenir attendue comme préalable à la capacité à manifester de la reconnaissance à l'autre. Malheureusement, dans la perspective du caractère intersubjectif de la relation, cette configuration apparaît comme une double contrainte insolvable qui maintient le couple dans l'impasse. Coincés dans l'impossibilité de manifester de quelconques mouvements de retour, l'asymétrie et l'impasse persistent.

### 5.6.3 Quand l'infertilité perturbe la capacité à se reconnaître soi-même : implications pour la reconnaissance mutuelle

L'introduction de la notion de responsabilité nous ramène à mi-chemin du parcours de la reconnaissance que Ricoeur (2004) propose. L'étape préalable à la reconnaissance mutuelle selon lui passe par la composante identitaire du concept de reconnaissance, soit la reconnaissance de soi. La discussion de sa notion de l'« homme capable » dépasse l'objet de la présente réflexion qui cible l'expérience intersubjective du couple. Tout de même, une brève référence à sa manière d'inscrire le concept d'identité à la fois dans la *mêmeté* (identité *idem* qui relève d'une permanence spatiotemporelle du soi) et dans le soi comme agent (identité *ipse* qui réfère à une capacité d'agir, d'être responsable et imputable) permet d'envisager la profondeur de ce que l'infertilité vient possiblement ébranler. L'incertitude quant à la possibilité de devenir parent vient bousculer une représentation de soi souvent entretenue de longue date et remettre en question un potentiel d'agir qui était généralement pris pour acquis. Cette perturbation de la reconnaissance de soi laisse entrevoir une piste de compréhension additionnelle des difficultés conjugales en contexte d'infertilité et de PMA. Blessée dans son identité propre, incapable de se reconnaître elle-même hors de cette parentalité désirée, une personne pourrait se retrouver dans l'impossibilité d'envisager que son histoire pourra rester enchevêtrée à celle de son ou de sa conjoint(e). L'identité blessée ne tolère plus l'altérité de cet autre qui entrave son accès au statut de parent. Dans ce contexte de ressentiment où l'impasse ne peut que persister, tout avantage sur l'autre dans un domaine ou un autre de pouvoir pourrait être entrevu comme une avenue pour préserver ce qui peut l'être de la reconnaissance de soi. Puisque les rapports de pouvoir dans les relations intimes sont relationnels et relatifs (Griscom, 1992; Halstead *et al.*, 2016; Keltner *et al.*, 2003; Rollins et Bahr, 1976; Simpson *et al.*, 2015), il est possible de penser qu'un rapport à soi-même troublé par un diagnostic d'infertilité (Exley et Letherby, 2001; Peterson, Gold et Feingold, 2007) peut entraîner une redéfinition du rapport à l'autre et, par conséquent, du rapport de pouvoir entre deux partenaires amoureux.

#### 5.6.4 Expériences relationnelles positives en PMA comme promesses de développement conjugal

Pour approfondir la dimension temporelle de la reconnaissance de soi, Ricoeur propose une élaboration des concepts de mémoire et de promesse à titre de pôles associés au passé et à l'avenir dans l'acte de se reconnaître soi-même. Cet élément d'élaboration de sa réflexion nous semble particulièrement intéressant par sa manière d'éclairer comment la reconnaissance de soi amène la reconnaissance mutuelle. En effet, si d'un côté l'infertilité peut perturber l'identité en s'intégrant difficilement à une histoire de vie (mémoire), elle perturbe aussi de l'autre côté la promesse de contribution à la création de la famille sur laquelle se fonde l'horizon de développement conjugal de plusieurs couples (avenir). Il nous a ainsi semblé que les couples qui ont réussi à emprunter le parcours de développement conjugal malgré la perspective de l'échec définitif des traitements de PMA avaient peut-être la particularité d'avoir pu formuler la promesse de rester peu importe l'issue des traitements. Nous présumons que la capacité à réitérer une telle promesse malgré l'infertilité reposait entre autres sur l'intégration en mémoire d'un certain nombre de souvenirs positifs de partage et de présence de l'autre au fil des traitements. Ces expériences ont pu s'inscrire comme des marques de disponibilité et de bienveillance qui ouvraient la voie à la promesse d'un avenir sécurisant auprès de l'autre.

Selon Ricoeur (2004), l'acte de la promesse se retrouve balisé par une limitation interne inhérente au rapport entre celui qui promet et le bénéficiaire destiné de ladite promesse : « [...] un autre compte sur moi et sur la fidélité à ma propre parole; et je réponds à son attente » (p.213). Ricoeur arrive ainsi à lier reconnaissance de soi-même à reconnaissance mutuelle par la force du rapport à l'autre que la promesse implique. Ainsi, l'expérience de la sécurité durant le tumulte de la PMA pourrait, chez certains, faire office de promesse susceptible de compenser pour la perte de repères identitaires associée à l'infertilité. Choisir de promettre l'engagement malgré la menace de l'échec des traitements représente à ce titre un serment lourd de sens qui

implique potentiellement une redéfinition personnelle et conjugale majeure. Cependant, nos résultats laissent entrevoir comment la richesse du sens de l'expérience de l'infertilité et des traitements de PMA qui peut en découler s'en trouve décuplée. Dans un même ordre d'idée, le lien que Ricoeur établit entre la reconnaissance de soi et la reconnaissance mutuelle par le truchement de la promesse permet de mieux se représenter l'effet de contrepois que peut offrir l'engagement conjugal face aux asymétries dans les facteurs de pouvoir spécifiquement liés à l'infertilité et à la PMA. La reconnaissance dont nous faisons état dans le deuxième article pourrait donc prendre un sens multidimensionnel qui implique le soi et l'autre au-delà de la seule reconnaissance comme considération des forces impliquées.

#### 5.6.5 Reconnaître l'expérience des couples par la recherche

Finalement, l'exercice même de la recherche dans une perspective intersubjective et interactionniste auprès de ces couples nous a semblé ouvrir une voie potentielle pour accéder au besoin fondamental qu'est celui d'être reconnu. À cet égard, plusieurs participants nous ont témoigné de leur vécu que personne ou presque ne pouvait réellement comprendre leur expérience. Pire, plusieurs avaient le vécu que peu de personnes s'intéressent à l'expérience du couple en PMA alors que celle-ci comporte pourtant des défis majeurs. Le renversement qui fait passer la reconnaissance d'une forme active (reconnaître « activement quelque chose, des personnes, moi-même », Ricoeur, 2004, p.13) à une forme passive qui consiste à demander à être reconnu par les autres témoigne de la richesse existentielle de ce concept polysémique. Nos résultats suggèrent que des enjeux fondamentalement interpersonnels sont impliqués dans l'ajustement et la détresse des personnes qui vivent des échecs multiples en PMA. Nous soutenons que les enjeux interpersonnels et intersubjectifs doivent impérativement être pris en compte dans la recherche sur l'infertilité et la PMA de manière à ne pas perpétuer chez les participants ce vécu de non-reconnaissance qui participe vraisemblablement à leur souffrance.

## 5.7 Bilan de la thèse

Ce projet de thèse avait pour objectif de réinscrire l'expérience de l'infertilité et des traitements de PMA dans une perspective holistique de la relation de couple. En effet, la recherche existante en PMA, incluant celle qui s'intéresse au couple, propose trop souvent une vision en silo, comme si l'expérience du couple en PMA pouvait s'envisager en dehors de la dynamique relationnelle globale de chaque couple. Au contraire, nous souhaitons explorer l'expérience de l'infertilité et de la PMA à travers sa manière de s'inscrire dans une dynamique conjugale donnée.

### 5.7.1 Contributions de la thèse

À ce titre, nos résultats montrent que l'approfondissement des facteurs conjugaux impliqués dans l'expérience de la PMA permet de mettre en lumière d'importantes pistes de compréhension de la détresse des patients traités en PMA. Plus spécifiquement, la thèse contribue à l'avancement des connaissances en faisant état de la complexité du parcours relationnel des couples participants. Par exemple, les résultats illustrent comment le parcours relationnel de tous les couples participants a été parsemé d'écueils, sans pour autant que toutes les relations de couple s'en trouvent détériorées. Autrement dit, même les parcours dit de « développement conjugal » étaient marqués par des épisodes de tensions et d'impasses entre les partenaires. Conséquemment, nos travaux laissent entrevoir qu'il ne suffit pas d'évaluer la présence ou l'absence de certains processus relationnels pour appréhender la qualité ou la vulnérabilité d'une relation donnée. Les résultats font plutôt état de l'implication de multiples effets d'interaction dans la dynamique de chaque couple. En ce sens, la compréhension proposée de l'expérience des couples participants fait valoir l'importance de considérer l'interaction et la présence ou l'absence relative des différents processus relationnels en jeu (c'est-à-dire présence ou absence relative à différentes étapes de traitement comme à différents temps de la

relation). À titre d'exemple, la présence de non-dits semble avoir efficacement protégé la relation chez certains pendant un temps alors que chez d'autres cette stratégie semblait associée à de la tension ou de l'insatisfaction au moment où ils ont été rencontrés.

Au-delà de l'affirmation de l'importance des processus relationnels et de leurs interactions, une des contributions principales de la thèse se situe dans la proposition qu'elle fait d'inscrire une part de la compréhension des dynamiques de couple en PMA dans une perspective théorique sur les rapports de pouvoir au sein du couple. À ce jour, cet angle de compréhension demeurait encore à peu près inexploité dans la recherche sur l'infertilité et la PMA. Bien que la nature exploratoire et le positionnement constructiviste de la démarche restreignent à juste titre la possibilité « d'expliquer » les résultats obtenus à l'aide d'une théorie existante sur les rapports de pouvoir, il n'en demeure pas moins que cette piste de recherche apparaît porteuse à la lumière de nos résultats. La présente recherche offre ainsi un soutien empirique au développement de devis futurs qui pourraient prendre en compte la question des rapports de pouvoir au sein des couples qui poursuivent des traitements de PMA.

Sur le plan méthodologique, nous ne saurions passer sous silence l'importance de considérer à la fois le couple dans ses interactions et les perspectives individuelles des participants sur leur relation (Eisikovits et Koren, 2010; Taylor et de Vocht, 2011). L'expérience de la collecte de données effectuée dans le cadre de la présente étude montre sans équivoque la richesse du choix de la combinaison des entrevues conjointes et des entrevues individuelles. Il nous a effectivement semblé que sans l'entrevue conjointe, plusieurs détails à propos de la qualité de l'interaction entre les partenaires nous auraient été inaccessibles. À l'opposé, la possibilité d'approfondir les perspectives individuellement avec les participants aura permis de révéler par la suite tout un spectre de nuances par rapport au récit conjoint, tant en ce qui a trait à l'expérience individuelle de la relation qu'à la compréhension de l'expérience de

•

l'autre partenaire. Le croisement de toutes ces données durant l'analyse représente certes un défi, mais offre une profondeur inégalée à notre avis.

### 5.7.2 Limites

Bien que cette thèse comporte une valeur heuristique susceptible d'apporter une contribution significative au champ de la recherche sur l'expérience du couple face aux traitements de fertilité, elle comporte néanmoins un certain nombre de limites qui se doivent d'être soulignées.

Notons d'emblée le caractère exploratoire du présent devis qualitatif porté par une perspective intersubjective et interprétative. Bien qu'une approche exploratoire offre une ouverture à la complexité du phénomène à l'étude et permette d'accueillir les thèmes inattendus ou moins explorés dans les écrits scientifiques existants, la posture interprétative qui l'accompagnait implique une lecture des données de la recherche inévitablement teintée de l'appréhension théorique du chercheur. Nous reconnaissons ainsi que notre posture intersubjective se reflète dans l'ensemble du processus et offre un certain regard sur l'objet d'étude. Une autre lunette théorique ou posture épistémologique pourrait mener à des pistes de compréhension aussi porteuses.

La taille de l'échantillon et son homogénéité, bien que conformes aux directives de l'API (Smith *et al.*, 2009), représentent aussi un facteur à prendre en compte dans l'appréhension des résultats de la recherche. Ce choix de la profondeur de l'investigation au détriment de la représentativité implique que les pistes ouvertes dans cette thèse devront faire l'objet d'études supplémentaires. Les résultats obtenus ne peuvent être directement généralisés à l'ensemble de la population des patients en PMA. À propos de l'homogénéité de l'échantillon, notre étude se retrouve à ne pas représenter les non-blancs, comme une majorité d'études dans le domaine (Cousineau et Domar, 2007; Greil, 1997). L'effet de l'appartenance ethnique et culturelle dans l'expérience des traitements de PMA devra faire l'objet de davantage d'attention dans

la recherche même si une revue récente des écrits scientifiques suggère peu de différences interculturelles dans l'effet de l'infertilité sur le couple (Luk et Loke, 2015). Cela dit, les rapports entre les hommes et les femmes étant fortement codés culturellement et les différents facteurs de pouvoir entremêlés (statut socioéconomique, appartenance culturelle, genre, etc.) (Griscom, 1992), ces questions devront être prises en compte dans des investigations futures.

D'ailleurs, à propos des différences de genre dans l'étude de l'expérience de l'infertilité et de la PMA, la présente étude en a peu tenu compte à priori puisqu'elle ciblait spécifiquement l'expérience intersubjective. Cependant, il est possible de penser que l'analyse des données aurait pu davantage faire l'objet d'un examen en ce sens, notamment en lien avec l'effet sur le couple du fait que ce sont les femmes qui subissent les traitements les plus invasifs. En ce sens, bien que la décision de ne pas considérer les femmes et les hommes dans deux catégories isolées a nous a permis de nous centrer sur les processus relationnels en jeu, il se peut qu'un examen plus approfondi du récit des femmes en comparaison à celui des hommes à propos de leur relation de couple aurait permis de dégager des pistes de compréhension différentes mais aussi porteuses. Une telle perspective sur les différences de genre et l'expérience conjugale pourrait d'ailleurs être complémentée d'un regard théorique plus spécialisé tel que celui qu'offrent les théories féministes.

Dans un autre ordre d'idée, notons le caractère transversal et rétrospectif de l'étude à titre de limite supplémentaire à considérer. En effet, les participants ont été rencontrés dans une fenêtre de temps limitée au cours de leur parcours, ce qui implique un portrait inévitablement rétrospectif de l'expérience. Il en résulte l'inférence d'un possible futur de la relation de ces couples, plutôt que la description longitudinale de parcours vécus.

De plus, il importe de rappeler que les données ont été recueillies dans la période entourant l'annonce de la fin imminente du programme québécois de couverture des traitements de PMA. Ce contexte d'incertitude et de déception pour les patients en PMA a pu exacerber la tension vécue par les couples rencontrés, teinter le récit des participants et, incidemment, mener à des résultats différents de ceux que nous aurions pu trouver en d'autres circonstances. En ce sens, la transférabilité des résultats de la présente recherche est à envisager avec prudence aussi en raison du contexte particulier dans lequel s'est déroulé la collecte de données.

Par ailleurs, la générosité et la confiance des participants d'avoir accepté les exigeantes conditions de participation ne semble avoir d'égal que la difficulté de recrutement dans un tel contexte. En effet, si une part du recrutement s'est effectuée via appel à tous (c'est-à-dire sans cibler directement et activement des couples susceptibles de correspondre aux critères de recrutement), la collaboration de la clinique ovo pour le recrutement a montré combien la question de la relation du couple qui fait face à de multiples échecs en PMA doit être sensible. En effet, malgré leur considérable volume de patients et les pratiques systématiques de l'équipe de recherche de la clinique qui repérait quotidiennement les couples potentiellement éligibles à partir des dossiers des patients vus en consultation, six mois auront été nécessaires pour recruter trois couples volontaires dans leur clinique. Un participant potentiel qui a répondu à l'appel à tous mais qui s'est avéré inéligible parce que sa conjointe était enceinte des suites de leur troisième cycle a même explicitement dit qu'il ne se serait pas manifesté pour participer avant le résultat positif de leur cycle en raison de l'intensité de leur expérience à ce moment. Les difficultés de recrutement rencontrées par d'autres équipes de recherche qui travaillent sur des objets de recherche similaires font aussi état de la sensibilité de ces questions (Glover *et al.*, 2009; Kroemeke et Kubicka, 2017).

Finalement, le format par article privilégié pour la thèse s'avère lui aussi comporter certaines limites que nous nous devons de souligner. En effet, l'élaboration de l'analyse transversale s'est effectuée en conformité avec un certain format de publication scientifique caractérisé par un cadre qui répond davantage à des impératifs de publication qu'aux besoins du corpus de données qui était à l'étude. Autrement dit, il est possible de penser que les données se seraient peut-être organisées différemment si elles avaient été analysées dans un contexte dépourvu de restrictions associées à des enjeux d'édition. Une posture inductive plus libre aurait possiblement permis davantage de nuances et d'approfondissement, ce qui aurait pu ouvrir la voie à une construction plus intégrée du sens de l'expérience intersubjective d'échecs multiples en PMA. La richesse et l'abondance des données recueillies auraient ainsi pu être développées à travers des thèmes qui ont finalement été laissés de côté faute d'espace et de relation éminemment directe avec les thèmes centraux (par exemple le rapport aux autres – proches et équipes médicales – dans la dynamique du couple en traitement).

### 5.7.3 Pistes pour la recherche future

Néanmoins, notre recherche permet de soulever différentes avenues potentielles pour les études futures. En lien avec la complexité de l'expérience des couples rencontrés, il apparaît essentiel d'encourager le développement de devis longitudinaux qui prennent en compte de multiples variables et leurs effets d'interaction (qu'ils soient qualitatifs, mixtes ou quantitatifs). Pour mieux comprendre à la fois la détresse et les effets d'amélioration conjugale possibles chez les couples qui vivent des échecs multiples en PMA, il importe de recentrer l'attention des chercheurs vers l'étude des processus relationnels possiblement impliqués dans l'expérience des traitements. Les conséquences psychologiques associées à la PMA ayant déjà été passablement étudiées, davantage d'attention devrait être consacrée à l'investigation des facteurs et

processus impliqués dans l'apparition de ces symptômes psychologiques ou de la détresse et l'insatisfaction conjugale en contexte de PMA.

Ainsi, la recherche quantitative devrait privilégier les devis longitudinaux et s'assurer de coupler les mesures d'ajustement utilisées à l'identification de facteurs susceptibles d'être reliés au fonctionnement conjugal (style d'attachement, niveau d'engagement conjugal, équité au sein de la relation, personnalité, différences de genre, etc.). Comme la plupart de ces processus sont souvent implicites, des devis permettant d'accéder à cet implicite par des techniques d'amorçage pourraient être utilisés. De manière générale, il importe de considérer la relation de couple à titre de phénomène qui précède et dépasse l'expérience de la PMA. Ce faisant, sa nature même est probablement aussi susceptible d'influencer le vécu de l'infertilité et de la PMA que d'être transformée par celui-ci.

Du côté de la recherche qualitative, les devis devraient également tenter de suivre les participants sur une longue période. Puisqu'une part des traitements se déroule à domicile, une recherche proche de la clinique mais qui assure un pont entre la vie quotidienne et l'expérience médicale serait souhaitable. Bien entendu, la perspective des deux partenaires doit être prise en compte, tout comme l'ajout d'autres voix pourrait nuancer et bonifier la compréhension des interactions entre les conjoints (médecin, infirmière, famille ou proches du couple). L'inclusion formelle d'une évaluation du style d'attachement pourrait aussi compléter une cueillette de données qualitatives et enrichir le processus d'analyse de données conjugales.

Globalement, les recherches futures se doivent d'investiguer davantage diverses configurations spécifiques associées à l'expérience de l'infertilité et des traitements de PMA. Nous soutenons que le lien entre le facteur d'infertilité et la dynamique conjugale doit faire l'objet de plus de recherche. Il en va de même pour le stade de traitement (c'est-à-dire processus diagnostic, premiers traitements, échecs multiples)

ainsi que le type d'écueils rencontrés et la manière dont ils sont vécus (fausse couche, échecs de fécondation, réactions physiologiques adverses aux traitements, problèmes de santé en général, etc.).

#### 5.7.4 Implications cliniques

En ce qui a trait à la prise en charge des couples, la notion de reconnaissance apparaît centrale dans nos résultats, et ce, dans toutes ses déclinaisons possibles. Qu'il s'agisse du principe voisin de validation de l'expérience, de facilitation de la conciliation travail-traitement ou encore d'accueil empathique, l'état de vulnérabilité des patients qui expérimentent des échecs multiples commande une attention particulière. La clinique de fertilité étant à la fois un lieu d'espoir et de confrontation à certaines limites, le rapport à l'équipe traitante peut devenir complexe pour les patients. Le sentiment d'être adéquatement reconnu dans son expérience personnelle et conjugale dispose du potentiel d'offrir un soulagement là où parfois la médecine se retrouve impuissante.

Quant à la relation plus spécifique du couple qui consulte en PMA, il importe d'entrevoir quels types d'enjeux l'offre de traitement vient soulager. Une attention toute particulière devrait être portée à la manière dont l'engagement entre les partenaires se voit perturbé par l'infertilité et la PMA. Les équipes traitantes ont notamment intérêt à rester attentives à cet enjeu afin de repérer les couples chez qui les interventions pourraient faire écran à des tensions sur le plan de l'engagement. En effet, la PMA, à titre de stresser majeur, survient présumément en préambule d'un autre stresser potentiel majeur, soit la venue d'un enfant (Bouchard, 2017). Éprouvé par la PMA, un engagement conjugal blessé risque de se retrouver davantage mis au défi par la transition à la parentalité.

Finalement, tous les éléments de déséquilibre et d'iniquité entre les partenaires doivent être considérés à risque de générer des tensions ou de l'insatisfaction au sein

de la relation. Notamment, il importe de rester sensible aux effets potentiels d'un diagnostic et de ne pas nier le déséquilibre qu'installe le facteur d'infertilité lorsque celui-ci n'est pas partagé. Le vécu des conjoints à cet égard a tout intérêt à être pris en compte dès le début du suivi et son évolution devrait être appréhendée. À cet égard, nous questionnons la pratique qui semble répandue dans la prise en charge médicale des couples au statut de fertilité discordant d'imposer la perspective que l'infertilité représente un problème de couple. Bien que cette stratégie semble émerger de l'intention bienveillante de ne pas blâmer le partenaire infertile, nous suggérons que de tenter d'apaiser des tensions en réinterprétant unilatéralement l'expérience des patients à l'aide d'une formule passe-partout pourrait potentiellement porter préjudice. En effet, ignorer un possible décalage dans l'expérience des partenaires d'un couple pourrait non seulement s'avérer être une stratégie inefficace, mais elle pourrait de plus alimenter un ressentiment latent chez les deux partenaires tout en invalidant l'expérience implicite du couple. Par exemple, le partenaire fertile pourrait se sentir blâmé pour la frustration avec laquelle il est aux prises et se sentir contraint de la taire. Ce faisant celle-ci pourrait plutôt avoir tendance à augmenter en réaction au vécu d'invalidation. À l'inverse, le partenaire infertile qui sent que son/sa partenaire entretient du ressentiment pourrait tenter de faire implicitement alliance avec le médecin pour reprocher à son/sa partenaire sa frustration désignée comme illégitime par la figure d'autorité. Au-delà de ces deux configurations aperçues dans nos résultats, nous présumons que d'autres effets pervers pourraient découler de cette stratégie et souhaitons attirer l'attention sur les risques qui semblent y être associés. De plus, le vécu des conjoints à l'égard de possibles décalages à propos des questions de désir d'enfant, de moyen alternatif de formation de famille et de rapport aux traitements devrait aussi faire l'objet d'une attention clinique. En ce sens, nous suggérons que le passage en clinique de fertilité soulève des enjeux de négociation qui dépassent son cadre. Une prise en charge centrée sur les patients implique d'accueillir ceux-ci en tenant compte de tout ce que les soins en PMA interpellent.

Les recommandations élaborées ci-dessus concernent plus spécifiquement les intervenants non-psychologues impliqués dans le processus de traitement des patients. Cela dit, si un thérapeute conjugal était impliqué dans le suivi de couples qui vivent des traitements de PMA, l'approche de la thérapie de couple axée sur l'émotion (EFT) paraît spécifiquement indiquée comme méthode d'intervention (voir notamment Brassard et Johnson, 2016 et Lafontaine, Johnson-Douglas, Gingras et Denton, 2008). En effet, avec son fondement enraciné dans la théorie de l'attachement et sa centration sur les émotions associées aux besoins d'attachement dans les interactions conjugales dysfonctionnelles, cette approche offre un cadre compatible sur le plan conceptuel avec les résultats de la présente étude.

## CONCLUSION

Tout travail de recherche est inévitablement partiel. Néanmoins, chaque chercheur espère voir son effort de recherche apporter un maximum de contribution. Implicitement sous-tendue par l'objectif principal d'explorer l'expérience intersubjective de couples qui poursuivent des traitements de FIV malgré de multiples échecs préalables en PMA, la contribution souhaitée du présent projet de recherche consistait à comprendre autrement l'expérience des traitements de fertilité. Ainsi, l'angle de la relation de couple apparaissait non seulement comme une avenue nécessaire en lien avec certaines failles relevées dans les écrits scientifiques existants, mais l'étude de la dimension intersubjective de l'expérience était présumée offrir des pistes porteuses pour la compréhension de l'expérience de l'infertilité et de la PMA. En ce sens, la présente étude phénoménologique s'inscrit dans une tendance plutôt récente dans le domaine de l'infertilité et de la PMA. En effet, le peu d'études à propos du couple en PMA recensées en 2013 lors de la première revue des écrits scientifiques associée à ce projet de thèse ont été significativement bonifiées depuis cinq ans. De manière générale, les publications plus récentes dans le domaine commencent enfin à investiguer davantage les processus relationnels et facteurs existentiels susceptibles d'influencer l'ajustement des individus et des couples à l'infertilité et la PMA. Nous espérons nous aussi avoir minimalement travaillé dans le sens de cette tendance à plus de complexité et plus de spécificité dans l'étude de l'expérience de la PMA.

Pour ce faire, nous avons proposé dans le premier article une articulation de parcours relationnels étroitement reliés à l'expérience du stress des traitements mais qui reflètent aussi des horizons que tout couple est susceptible d'entrevoir à un moment

ou un autre de son histoire. En effet, même en dehors de l'expérience de l'infertilité, les couples voient généralement leur relation s'organiser dans le temps autour de mouvements généraux qui relèvent soit d'une tendance au développement de leur engagement, soit de l'installation de patrons plus dysfonctionnels qui risquent de susciter insatisfaction et, éventuellement, perspective de rupture. En PMA comme dans la vie, la non-linéarité règne et la relation du couple s'enchevêtre de manière complexe entre ces deux pôles. Nos résultats suggèrent différents processus susceptibles de caractériser chaque pôle chez les couples en PMA et montrent notamment comment ils peuvent se manifester en réponse au stress induit par les traitements. Plus spécifiquement, ils soulignent aussi de quelle manière certains couples arrivent à cultiver une dynamique relationnelle fertile devant l'adversité de l'infertilité et de la PMA. Ceux-ci arrivent alors à donner un sens à l'expérience autrement insupportable de la multiplication des échecs en PMA.

Le deuxième article quant à lui porte une valeur heuristique en approfondissant la considération d'un thème très peu abordé dans les écrits scientifiques sur l'infertilité et la PMA, soit celui des rapports de pouvoir. Le décalage entre l'importance dans les résultats de notre étude de ce thème émergent et sa quasi absence dans la recherche scientifique sur l'infertilité et la PMA questionne. Comment les enjeux d'équité et de rapports de pouvoir peuvent-ils avoir été aussi présents dans le discours des participants tout en ayant été quasi ignorés jusqu'à présent dans le champ de la recherche dans ce domaine? Seules des recherches futures pourront appuyer nos conclusions ou fournir une compréhension alternative des processus que nous avons mis en évidence. Dans tous les cas, une attention aux rapports de pouvoir et aux facteurs d'iniquité au sein des couples en traitements de PMA devra faire l'objet d'investigations supplémentaires.

En somme, les grands processus relationnels existentiels que sont l'engagement conjugal, le projet de former une famille, l'attachement, la reconnaissance et le

pouvoir apparaissent comme incontournables pour mieux comprendre la dynamique de couple dans l'expérience des traitements de fertilité. Ils comportent le potentiel d'inscrire l'expérience de la PMA dans l'existence au sens large. Ce faisant, ils ramènent à l'avant-plan l'importance de reconnaître pleinement la complexité de l'expérience relationnelle des individus qui doivent avoir recours à la PMA.

**ANNEXE A**

**GUIDE POUR CONSIGNER LES NOTES RÉFLEXIVES « POST-ENTRETIEN »  
DE COUPLE**



**2) Pistes d'analyse**

a. Libre

b. En lien avec les objectifs

Interactions et communication entre les partenaires

Compréhension mutuelle

Obstacles et difficultés

Lieux de convergence des expériences individuelles

Sens de l'expérience

**3) Cueillette à venir (à prendre en considération lors des entretiens individuels)**

a. avec la conjointe

b. avec le conjoint

**ANNEXE B**

**GUIDE POUR CONSIGNER LES NOTES RÉFLEXIVES « POST-ENTRETIENS »  
INDIVIDUELS**

## Notes réflexives post-entretien individuel

### 1) Impressions

- a. Impressions libres et non censurées sur tout élément qui vient à l'esprit
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- b. Particularités dans le contenu des propos et/ou de l'entretien
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- c. Impressions sur le contact, l'alliance, la relation, le processus de l'entretien, sur les circonstances particulières de l'entretien

### 2) Pistes d'analyse

- a. Libre

b. En lien avec les objectifs

Cohérence avec les propos tenus en couple

Compréhension de l'expérience et du point de vue de l'autre (conjoint.e)

Obstacles et difficultés

Lieux de convergence des expériences individuelles

Sens de l'expérience

**ANNEXE C**

**GRILLE D'ENTRETIEN – COUPLE**

**Question préliminaire :**

Dans l'histoire de votre couple, comment est arrivée l'option des traitements de fertilité?

- Au besoin, explorer l'expérience de l'infertilité : « Avant d'entreprendre des démarches de traitement, de quelle manière l'infertilité a-t-elle été constatée / vécue? »

**Question principale :**

Pouvez-vous me parler de comment ça se passe dans votre couple depuis le début de l'expérience des traitements de fertilité?

- Au besoin, explorer l'expérience des traitements antérieurs : « Vous avez déjà subi des traitements qui se sont avérés infructueux, comment ces expériences ont-elles été vécues ?  
(→ Un exemple concret de comment vos réactions individuelles interagissent entre elles.).

**Questions plus précises, au besoin :**

Dans quelle mesure échangez-vous au sujet de l'expérience des traitements de fertilité ? De quelle manière communiquez-vous vos perspectives?

Est-ce qu'il y a des points de divergence dans vos expériences respectives?

Si oui, lesquels ? Comment ça se passe lorsqu'il y a des divergences?

Comment vous vivez / gérez-vous les divergences?

Quels sont les principaux obstacles rencontrés qui ont eu un impact sur votre relation?

Est-ce qu'il y a des points de convergence dans vos expériences respectives?

Si oui, lesquels?

Quels ont été les éléments facilitants de la démarche qui ont eu une influence positive sur votre relation de couple?

Jusqu'à présent, quelle signification l'expérience de la PMA prend-elle pour vous et pour votre couple?

**Question de clôture :** Recueillir l'impression subjective quant à cette expérience d'entrevue.

Comment avez-vous vécu cet entretien?

(Quelle impression ça vous laisse? Comment c'était de discuter de votre relation de couple dans le contexte de la démarche de PMA?).

**ANNEXE D**

**GRILLE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL**

**Question préliminaire** : Comment avez-vous vécu l'entrevue de couple ?

**Questions d'ouverture** :

Pouvez-vous me parler de votre expérience personnelle des traitements de fertilité ?

- Au besoin, explorer l'expérience de l'infertilité : « Avant d'entreprendre des démarches de traitement, de quelle manière l'infertilité a-t-elle été constatée / vécue pour vous ? »
- Au besoin, explorer l'expérience des traitements antérieurs : « Vous avez déjà subi des traitements qui se sont avérés infructueux, comment ces expériences ont-elles été vécues ? »

Pouvez-vous me parler de comment vous vivez votre relation à votre conjoint(e) depuis le début de l'expérience des traitements de fertilité ?

(S'il y a lieu → Exemples concrets de comment vos réactions individuelles interagissent avec celles de votre conjoint(e)).

**Questions plus précises, au besoin** :

Dans quelle mesure échangez-vous avec votre conjoint(e) au sujet de l'expérience des traitements de fertilité ?

De quelle manière communiquez-vous votre perspective à votre partenaire? De quelle manière votre conjoint(e) vous communique sa perspective?

Est-ce qu'il y a des points de divergences de vos expériences respectives?

Si oui, lesquels ? Comment ça se passe lorsqu'il y a des divergences?

Comment vous vivez / gérez-vous les divergences?

Quels sont les principaux obstacles rencontrés qui ont eu un impact sur votre relation?

Est-ce qu'il y a des points de convergence de vos expériences respectives?

Si oui, lesquels?

Quels ont été les éléments facilitants de la démarche qui ont eu une influence positive sur votre relation à votre conjoint(e)?

Si vous aviez à résumer la perspective de votre conjoint(e), quelle serait-elle? (Comment en êtes-vous arrivé à connaître sa perspective?)

Jusqu'à présent, quelle signification l'expérience de la PMA prend-elle pour vous?

**Question de clôture** : Recueillir l'impression subjective quant à cette expérience d'entrevue.

Comment avez-vous vécu cet entretien?

(Quelle impression ça vous laisse? Comment c'était de discuter de votre relation à votre conjoint(e) dans le contexte de la démarche de PMA?).

ANNEXE E

FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

**Dynamiques dyadiques et co-construction du  
sens dans l'expérience des traitements de  
fertilité**

ID : \_\_\_\_\_

Date de l'entrevue : \_\_\_\_\_

Lieu de l'entrevue : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur les participants

Sexe : FÉMININ	Sexe : MASCULIN								
1. Date de naissance (jj-mm-aaaa) : _____ - _____ - _____	1. Date de naissance (jj-mm-aaaa) : _____ - _____ - _____								
2. Langue maternelle : _____	2. Langue maternelle : _____								
3. Pays d'origine : _____	3. Pays d'origine : _____								
4. Appartenance religieuse : _____	4. Appartenance religieuse : _____								
5. État civil :	5. État civil :								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Marié</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 50%;">Conjoint de fait</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	Marié		Conjoint de fait		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Marié</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 50%;">Conjoint de fait</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	Marié		Conjoint de fait	
Marié		Conjoint de fait							
Marié		Conjoint de fait							
6. Durée de la relation : _____	6. Durée de la relation : _____								
7. Niveau d'éducation :	7. Niveau d'éducation :								
a) Nombre d'années de scolarité complétées : _____ ans b) Niveau le plus élevé de formation académique :	b) Nombre d'années de scolarité complétées : _____ ans b) Niveau le plus élevé de formation académique :								
<b>DEP</b> <input type="checkbox"/> <b>DEC</b> <input type="checkbox"/> <b>BAC</b> <input type="checkbox"/> <b>MAÎTRISE</b> <input type="checkbox"/> <b>DOCTORAT</b> <input type="checkbox"/> <b>AUTRE</b> _____ <input type="checkbox"/>	<b>DEP</b> <input type="checkbox"/> <b>DEC</b> <input type="checkbox"/> <b>BAC</b> <input type="checkbox"/> <b>MAÎTRISE</b> <input type="checkbox"/> <b>DOCTORAT</b> <input type="checkbox"/> <b>AUTRE</b> _____ <input type="checkbox"/>								

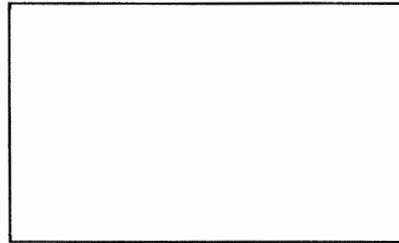


ANNEXE F

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT, VERSION CHUM



APPROUVÉ – CÉR DU CHUM  
DATE : 24 JUILLET 2014  
INITIALES : ca



#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre du projet :** Dynamiques dyadiques et co-construction du sens de l'expérience des traitements de fertilité chez les couples hétérosexuels

**Chercheur principal :** Nicole Reeves, M.A., psychologue, CHUM

**Étudiant-chercheur :** Anne Gendreau, étudiante au doctorat en psychologie, UQAM

**Co-chercheur :** Mélanie Vachon, Ph.D., professeure au département de psychologie, UQAM

**Collaborateurs :** Claudie Giguère, psychologue, CHUM  
Stéphanie Goron, psychologue, CHUM

**Organisme subventionnaire :** FRQS (Fond de recherche du Québec – santé), programme de bourse de formation de doctorat

**No.projet CHUM :** 14.122

---

### **PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous souffrez d'infertilité. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### **NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET**

Pour un couple qui désire concevoir, l'infertilité et ses traitements peuvent perturber plusieurs sphères de la vie, tant aux plans personnel que relationnel. Ancrée dans le système de soin tel que prévu par la loi sur les activités cliniques en procréation assistée, la présente recherche vise à mieux comprendre l'expérience des traitements de fertilité du point de vue du couple, tout en tenant compte de la dimension personnelle, sociale et clinique de l'expérience.

Ainsi, les objectifs de l'étude sont de mieux comprendre :

- l'expérience partagée des partenaires d'un couple qui s'engage dans le 3<sup>e</sup> cycle de traitement de fertilité;
- la dynamique de couple dans le contexte de la poursuite de traitements de fertilité;
- l'interaction entre les expériences individuelles des deux partenaires.

### **NOMBRE DE PARTICIPANTS ET DURÉE DE LA PARTICIPATION**

Cette étude nécessite au total la participation de 6 couples. Trois couples seront recrutés à la clinique de procréation assistée du CHUM – hôpital St-Luc, et 3 couples à la clinique de fertilité ovo à Montréal.

Si vous décidez de participer à cette étude, vous serez invité à parler de votre expérience lors de deux (2) entrevues; une entrevue en couple et une entrevue individuelle chacun.

Chaque entrevue sera d'une durée approximative d'une à deux heures.

### **NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE**

Si vous acceptez de participer à l'étude et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, les entrevues se dérouleront selon vos disponibilités et contraintes liées aux traitements sur une période d'une à deux semaines.

Lors de la première entrevue, vous serez invité à signer deux copies de ce formulaire de consentement et à remplir un court questionnaire sociodémographique. Une copie du formulaire de consentement vous sera remise pour vos dossiers.

Les entrevues se dérouleront en français. Selon votre préférence, elles pourront se tenir à votre domicile, à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) ou à la clinique de fertilité du CHUM.

Les entretiens seront conduites par l'étudiante-chercheuse, étudiante de 4e année au doctorat en psychologie clinique. Les entretiens porteront sur :

- l'expérience du couple en procréation assistée à travers la description de l'expérience personnelle et de la compréhension de l'expérience du partenaire;
- l'exploration du sens attribué au vécu du partenaire;
- la discussion des modes de communication et de partage de l'expérience;
- les obstacles et difficultés individuelles et mutuelles rencontrées.

Enfin, nous vous inviterons à nous parler plus généralement de votre expérience de l'infertilité et des traitements de procréation assistée.

Les entretiens seront enregistrés (audio) afin de conserver leur intégralité. Elles seront par la suite transcrites pour permettre leur analyse. Des notes manuscrites pourraient être prises afin de faciliter la conduite de l'entretien.

Les participants qui le désirent pourront se prévaloir de la possibilité d'effectuer un entretien de recherche bilan individuellement ou en couple avec l'étudiante-chercheuse suite aux entretiens individuelles. Cette modalité optionnelle est mise à la disposition des participants qui désireraient préciser ou rectifier certaines idées ou boucler la réflexion ouverte par les entretiens de recherche. Si une telle entrevue de recherche supplémentaire est réalisée, cette dernière sera également enregistrée et incluse à part entière dans le corpus de données du couple.

#### **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Le fait de participer aux entretiens pourrait vous rendre mal à l'aise, voire accentuer votre stress et engendrer des tensions au sein du couple. La chercheuse responsable et l'étudiante-chercheuse feront leur possible afin de minimiser votre inconfort. Sachez aussi que vous pourrez refuser de répondre à certaines questions.

La chercheuse responsable et l'étudiante-chercheuse seront disponibles pour aborder toute question, inconfort ou inquiétude qui pourrait être soulevé par le processus d'entretiens et discuter avec vous d'une consultation psychologique au besoin. S'il y a lieu, nous pourrions vous référer à une personne-ressource.

#### **AVANTAGES**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel ou conjugal de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

#### **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable et l'étudiante-chercheuse recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre, par exemple, vos coordonnées, des données sociodémographiques telles que votre âge, la durée de votre relation conjugale, votre niveau d'éducation, la nature de votre(vos) diagnostic(s) d'infertilité, les traitements reçus en clinique de fertilité et vos symptômes psychologiques.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable et l'étudiante-chercheuse.

Toute l'information vous concernant, tel que les formulaires de consentement, les enregistrements d'entrevues et les verbatims, seront gardés de façon strictement confidentielle. Tous les dossiers seront gardés dans un endroit sécuritaire sous clé ou/et dans le système informatique avec accès restreint et code confidentiel.

Seule l'équipe de recherche impliquée dans cette étude aura accès à ces dossiers.

Ces données seront conservées pendant 5 ans après la fin de l'étude par le chercheur responsable et l'étudiante-chercheuse.

Les propos tenus lors des entretiens individuels seront confidentiels, aucun contenu de la première entrevue individuelle ne sera divulgué au partenaire qui complètera en deuxième son entrevue individuelle. La même grille d'entretien sera utilisée pour les deux entrevues individuelles.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Elles pourraient aussi servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CHUM ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable et l'étudiante-chercheuse.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable du projet et l'étudiante-chercheuse ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée. Notez que vous aurez seulement accès à votre information, et non à celle de votre conjoint(e).

#### **COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX**

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande au chercheur responsable ou à l'étudiante-chercheuse à la fin de l'étude.

#### **FINANCEMENT DU PROJET**

L'étudiante-chercheuse a reçu un financement du Fond de recherche du Québec – santé (FRQS) sous forme de bourse de doctorat pour mener à bien ce projet de recherche.

### **COMPENSATION**

Vous recevrez une compensation financière pour couvrir vos frais de déplacement ou de stationnement jusqu'à concurrence de 25\$ par individu ou 50\$ par couple par entrevue, avec présentation des pièces justificatives (par ex. : reçu de stationnement).

### **INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DES PARTICIPANTS À LA RECHERCHE**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de votre participation à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉS DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants.

De plus, chaque conjoint est libre de se retirer de l'étude de façon indépendante et confidentielle s'il le désire, auquel cas son/sa partenaire ne sera pas mis(e) au courant du retrait du couple et les données recueillies seront détruites. Vous serez aussi libre de refuser de répondre à n'importe quelle question sociodémographique ou d'entrevue.

Le chercheur responsable du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche du CHUM ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires. En cas de retrait, les enregistrements audio de l'ensemble des entrevues déjà effectuées seront détruits.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

### **PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche ou avec l'étudiante-chercheuse aux numéros suivants :

- Nicole Reeves : 514 890-8000, poste 36277, ou par courriel à nicole.reeves.chum@ssss.gouv.qc.ca
- Anne Gendreau : 514 987-3000, poste 2490, ou par courriel à gendreau.anne@courrier.uqam.ca.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital St-Luc du CHUM au numéro 514-890-8000, poste 36366.

#### **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES**

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

**CONSENTEMENT**

Avant de signer et dater le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés pour la conduite de l'étude ainsi que sur les désagréments, les risques et les effets indésirables qui pourraient y être associés.

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'ai eu l'occasion de discuter de la participation à l'étude avec mon/ma conjoint(e). J'ai pu poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je suis libre de poser d'autres questions à n'importe quel moment. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé et daté. En apposant ma signature sur ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur, l'organisme subventionnaire et l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

**Nom du/de la participant(e) (Majuscules):**

\_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différente du chercheur responsable du projet de recherche**

J'ai expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

\_\_\_\_\_  
Date

**Engagement du chercheur**

Je certifie qu'on a expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant à la recherche avaient à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant à la recherche.

---

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche Date

**SIGNATURE D'UN TÉMOIN**

OUI  NON

La signature d'un témoin est requise pour les raisons suivantes :

- Difficulté ou incapacité à lire - La personne (témoin impartial) qui appose sa signature ci-dessous atteste qu'on a lu le formulaire de consentement et qu'on a expliqué précisément le projet au (à la) participant(e), qui semble l'avoir compris (se).
- Incompréhension de la langue du formulaire de consentement - La personne qui appose sa signature ci-dessous a fait fonction d'interprète pour le ou la participant(e) au cours du processus visant à obtenir le consentement

---

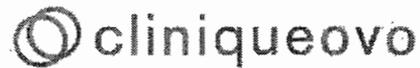
Nom (en lettres moulées) Signature du témoin Date

**Veillez noter :**

Il faut consigner dans le dossier de recherche du (de la) participant(e), le cas échéant, d'autres renseignements sur l'aide fournie au cours du processus visant à obtenir le consentement.

**ANNEXE G**

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT, VERSION OVO**



**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

***Dynamiques dyadiques et co-construction du sens de l'expérience des traitements de fertilité chez les couples hétérosexuels***

***Chercheuse principale : Mélanie Vachon, Ph.D., professeure  
Département de psychologie  
Université du Québec à Montréal***

***Co-chercheur principal local : Dr Jacques Kadoch, clinique ovo  
Étudiante responsable de la recherche : Anne Gendreau  
Candidate au doctorat en psychologie  
Université du Québec à Montréal***

***Co-Investigateurs : Dr François Bissonnette, clinique ovo  
Dr Coralie Beauchamp, clinique ovo  
Dr Wael Jamal, clinique ovo  
Dr Joanne Benoit, clinique ovo  
Dr Bernard Couturier, clinique ovo  
Dr Camille Sylvestre, clinique ovo  
Dr Marie-Hélène Racicot, clinique ovo  
Dr Sylvain Ménard, clinique ovo  
Dr Roland Antaki, clinique ovo  
Dr Louise Lapensée, clinique ovo  
Dr Robert Hemmings, clinique ovo  
Nicole Reeves, psychologue en gynéco-obstétrique au CHUM***

**Organisme subventionnaire:** FRQS (Fond de recherche du Québec – santé), programme de bourse de formation de doctorat

**Institutions : Clinique ovo (ovo r&d et ovo fertilité)**

8000 boul. Décarie, suite 600,  
Montréal, H4P 2S4514-798-2000

**Clinique de procréation assistée du CHUM**

Place Dupuis, 888, boulevard de Maisonneuve Est,  
2<sup>e</sup> étage, Montréal, H2L 4S8  
514-890-8309

**Nombre de participants :** 3 couples (clinique ovo)  
3 couples (clinique du CHUM)

Afin de vous permettre de prendre une décision éclairée au sujet de votre participation à la présente étude, il est important que vous compreniez clairement ses implications, ses risques et ses bénéfices. Ainsi, nous vous invitons à lire attentivement ce formulaire, à poser toutes vos questions relatives à votre participation en communiquant avec l'étudiante responsable de la recherche ou les chercheurs principaux et à discuter de ce projet en couple avant de prendre votre décision.

**INTRODUCTION**

Pour un couple qui désire concevoir, l'infertilité et ses traitements peuvent perturber plusieurs sphères de la vie, tant aux plans personnel que relationnel. Ancrée dans le système de soin tel que prévu par la loi sur les activités cliniques en procréation assistée, la présente recherche vise à mieux comprendre l'expérience des traitements de fertilité du point de vue du couple, tout en tenant compte de la dimension personnelle, sociale et clinique de l'expérience.

**LE BUT DE L'ÉTUDE**

Notre objectif est de mieux comprendre :

- l'expérience partagée des partenaires d'un couple qui s'engage dans le 3e cycle de traitement de fertilité;
- la dynamique de couple dans le contexte de la poursuite de traitements de fertilité;

- l'interaction entre les expériences individuelles des deux partenaires.

Nous espérons que cette étude contribuera à améliorer la qualité des services et du soutien offerts aux couples qui poursuivent des traitements de fertilité.

#### **DURÉE DE L'ÉTUDE ET FAÇON DE PROCÉDER**

Si vous décidez de participer à cette étude, vous serez invité à parler de votre expérience lors de deux (2) entrevues; une entrevue en couple et une entrevue individuelle chacun.

Chaque entrevue sera d'une durée approximative d'une à deux heures et sera enregistrée (audio). Les entrevues se dérouleront en français, et pourront se tenir à votre domicile, à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) ou à la clinique ovo.

De plus, vous serez aussi invité répondre à un court questionnaire sociodémographique et médical.

#### **CONTENU DE L'ENTREVUE**

Les entrevues seront conduites par l'étudiante responsable de la recherche, étudiante de 4e année au doctorat en psychologie clinique. Les entrevues s'intéresseront à l'expérience du couple en procréation assistée à travers la description de l'expérience personnelle et de la compréhension de l'expérience du partenaire; l'exploration du sens attribué au vécu du partenaire; la discussion des modes de communication et de partage de l'expérience; ainsi qu'aux obstacles et difficultés individuelles et mutuelles rencontrées. Enfin, nous vous inviterons à nous parler plus généralement de votre expérience des traitements de fertilité.

Voici des exemples de questions que nous pourrions vous poser en couple et individuellement :

- Dans l'histoire de votre couple, comment est arrivée l'option des traitements de fertilité?
- Dans quelle mesure échangez-vous dans votre couple au sujet de l'expérience des traitements de fertilité ?
- De quelle manière communiquez-vous vos perspectives?
- Est-ce qu'il y a des points de divergence dans vos expériences respectives? Si oui, lesquels?
- Quels ont été les éléments facilitants de la démarche qui ont eu une influence positive sur votre relation de couple?

- Quels sont les principaux obstacles qui ont eu un impact sur votre relation de couple?

Les participants qui le désirent pourront se prévaloir de la possibilité d'effectuer un entretien de recherche bilan, individuellement ou en couple, avec l'étudiante responsable de la recherche suite aux entrevues individuelles. Cette modalité optionnelle est mise à la disposition des participants qui désireraient préciser certaines idées ou boucler la réflexion ouverte par les entretiens de recherche. Si une telle entrevue de recherche supplémentaire est réalisée, cette dernière sera également enregistrée (audio) et incluse à part entière dans les données.

#### **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Le fait de participer aux entrevues pourrait vous rendre mal à l'aise, voire accentuer votre stress et engendrer des tensions au sein de votre couple. L'étudiante responsable de la recherche fera son possible afin de minimiser votre inconfort. Sachez aussi que vous pourrez refuser de répondre à certaines questions.

L'étudiante responsable de la recherche sera disponible pour aborder toute question, inconfort ou inquiétude qui pourrait être soulevé par le processus d'entrevues et discuter avec vous de vos options de consultation psychologique au besoin. S'il y a lieu, nous pourrions vous mettre en contact avec une psychologue de la clinique de fertilité avec votre consentement. D'autres ressources, privées ou à prix modique, préalablement identifiées, pourront aussi vous être fournies.

#### **BÉNÉFICES**

Nous ignorons si la participation à cette recherche vous apportera des bienfaits. Toutefois, il est possible que vous trouviez bénéfique de parler de votre expérience de couple, de mieux comprendre la perspective de votre conjoint(e) et d'y réfléchir individuellement. De plus, vos impressions permettront l'avancement des connaissances dans le domaine du soutien aux couples en procréation assistée.

### COMPENSATION

Le personnel de recherche de la clinique ovo n'a aucun intérêt financier et ne recevra aucun montant d'argent pour conduire cette étude.

Les participants qui devront se déplacer pour prendre part à l'étude seront compensés pour leurs frais de déplacement ou de stationnement jusqu'à concurrence de 25\$ par individu ou 50\$ par couple par entrevue, avec présentation des pièces justificatives (par ex. : reçu de stationnement).

### PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE SE RETIRER

Votre participation à ce projet de recherche est strictement volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de ce projet à tout moment, sans justification. Votre décision de ne pas participer à cette étude ou de vous retirer n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins ou sur les traitements reçus à la clinique ovo ou sur votre relation avec l'équipe de recherche. Les chercheurs responsables de l'étude peuvent vous retirer de l'étude, sans votre consentement, si de nouvelles informations indiquent que votre participation à ce projet de recherche n'est désormais plus dans votre intérêt. En cas de retrait, toutes les données déjà obtenues seront détruites.

De plus, chaque conjoint est libre de se retirer de l'étude de façon indépendante et confidentielle s'il le désire, auquel cas son/sa partenaire ne sera pas mis(e) au courant du retrait du couple et les données recueillies seront détruites. Vous serez aussi libre de refuser de répondre à n'importe quelle question du questionnaire sociodémographique et médical ou d'entrevue.

### RESPONSABILITÉ EN CAS DE PRÉJUDICE

En participant à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux, pas plus que vous ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou ovo r&d où la recherche se déroulera de leurs responsabilités civiles ou professionnelles.

## CONFIDENTIALITÉ

Les informations vous concernant resteront strictement confidentielles dans les limites prévues par la loi.

Afin de protéger votre identité, nous assignerons au couple et à chaque partenaire un code numérique par lequel nous identifierons toutes les données de votre dossier de recherche. Ainsi, aucun document écrit ou enregistrement sonore ne sera associé directement à votre nom.

Les entrevues seront enregistrées (audio) afin de conserver leur intégralité. Elles seront par la suite transcrites pour permettre leur analyse. Les données du questionnaire sociodémographique et médical ainsi que les transcriptions des entrevues seront conservées sous clé au Laboratoire de recherche dirigé par la directrice de recherche, Mme Vachon au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal à l'écart de la liste des codes des participants et des formulaires de consentement signés. Seule la chercheuse principale, le co-chercheur principal local et l'étudiante responsable de la recherche auront accès au code permettant de faire le lien entre votre nom et le dossier contenant vos renseignements personnels.

L'étudiante responsable du projet de recherche observera aussi une stricte confidentialité quant aux propos tenus lors des entretiens individuels. Conséquemment, aucun contenu de la première entrevue individuelle ne sera divulgué au partenaire qui complètera en deuxième son entrevue individuelle. La même grille d'entretien sera utilisée pour les deux entrevues individuelles.

Les résultats de ce projet pourraient être présentés ou publiés, auquel cas l'anonymat de votre participation sera préservé et les informations pouvant permettre de vous identifier seront omises ou masquées dans toute publication ou rapport scientifique.

Les informations vous concernant resteront strictement confidentielles dans les limites prévues par la loi. C'est-à-dire qu'en cas de danger grave et immédiat pour le/la participant(e) ou pour autrui révélé par le processus d'entrevue, l'étudiante responsable de la recherche pourra discuter de la situation avec les co-chercheurs principaux et prendre les actions nécessaires afin de protéger la ou les personnes menacées.

Les renseignements contenus à votre dossier peuvent toutefois être inspectés par l'organisme subventionnaire de l'étude, le comité d'éthique ovo ethix, le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal et le comité d'éthique du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) pour vérifier la gestion de l'étude. En signant ce document vous consentez à une telle revue, inspection et divulgation.

Vous pouvez, en tout temps, demander aux chercheurs responsables du projet de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements que vous avez donnés et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que les chercheurs détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

Les dossiers de recherche seront conservés pendant 5 ans après la fin de l'étude, puis ils seront détruits.

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche (environ 3) qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approché(e) aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de l'étudiante en charge de ce projet et seront autorisés par le comité d'éthique ovo ethix. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet. Ceci n'implique aucune participation additionnelle de votre part.

#### **DIFFUSION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE**

Vous n'aurez pas accès à vos résultats individuels ou de couple. Cependant, à la fin de l'étude, vous serez informé du moment où vous pourrez consulter les résultats généraux de l'étude. Ces résultats apparaîtront sur le site web de la clinique ovo : [cliniqueovo.com](http://cliniqueovo.com). De plus, vous pourrez les obtenir sur demande.

**INFORMATION**

Si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez communiquer avec Anne Gendreau ou Mélanie Vachon par téléphone au 514 987-3000, poste 2490, ou par courriel à [gendreau.anne@courrier.uqam.ca](mailto:gendreau.anne@courrier.uqam.ca).

Si vous avez des questions concernant vos droits à titre de participant au projet de recherche et que vous désirez en discuter avec quelqu'un qui n'a pas de lien avec l'étude, ou bien si vous désirez formuler une plainte, vous pouvez communiquer avec la personne en charge au (514) 798-2000, extension 756. Cette personne transférera vos coordonnées à la présidente du comité d'éthique **ovo ethix**.

**Titre de l'étude : *Dynamiques dyadiques et co-construction du sens de l'expérience des traitements de fertilité chez les couples hétérosexuels***

### CONSETEMENT DU PARTICIPANT - PAGE SIGNATURES

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Après réflexion et discussion avec mon conjoint, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de quelques projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les connaissances dans le domaine :

OUI /  NON

\_\_\_\_\_  
Nom du patient

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
jour / mois / année

Je certifie avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation et que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'étudiante

responsable du projet

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
jour / mois / année

Je certifie que le présent document contient toute l'information nécessaire pour permettre aux patients de prendre une décision éclairée. Je m'engage à superviser le personnel de recherche, suivre les participants tout au long du projet de recherche et conduire cette étude selon le protocole, le formulaire d'information et de consentement et les exigences des bonnes pratiques cliniques.

---

Nom du chercheur	Signature	jour / mois / année
------------------	-----------	---------------------

**ANNEXE H**

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT, VERSION UQAM**



**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

**Titre du projet :** Dynamiques dyadiques et co-construction du sens de l'expérience des traitements de fertilité chez les couples hétérosexuels

**Étudiante-chercheuse :** Anne Gendreau, étudiante au doctorat en psychologie, UQAM

**Co-chercheuse :** Mélanie Vachon, Ph.D., directrice de thèse, professeure au département de psychologie, UQAM

**Organisme subventionnaire :** FRQS (Fond de recherche du Québec – santé), programme de bourse de formation de doctorat

**No. projet UQAM :** FSH-2014-95

---

### PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous souffrez d'infertilité. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET

Pour un couple qui désire concevoir, l'infertilité et ses traitements peuvent perturber plusieurs sphères de la vie, tant aux plans personnel que relationnel. Ancrée dans le système de soin tel que prévu par la loi sur les activités cliniques en procréation assistée, la présente recherche vise à mieux comprendre l'expérience des traitements de fertilité du point de vue du couple, tout en tenant compte de la dimension personnelle, sociale et clinique de l'expérience.

Ainsi, les objectifs de l'étude sont de mieux comprendre :

- l'expérience partagée des partenaires d'un couple qui s'engage dans le 3e cycle de traitement de fertilité;
- la dynamique de couple dans le contexte de la poursuite de traitements de fertilité;
- l'interaction entre les expériences individuelles des deux partenaires.

### NOMBRE DE PARTICIPANTS ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Cette étude nécessite au total la participation de 6 couples. Le recrutement se déroule auprès des patients des cliniques de procréation assistée du CHUM et de la clinique ovo, ainsi que par méthode boule de neige dans la population.

Si vous décidez de participer à cette étude, vous serez invité à parler de votre expérience lors de deux (2) entrevues; une entrevue en couple et une entrevue individuelle chacun.

Chaque entrevue sera d'une durée approximative d'une à deux heures.

### NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Si vous acceptez de participer à l'étude et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, les entrevues se dérouleront selon vos disponibilités et contraintes liées aux traitements sur une période d'une à deux semaines.

Lors de la première entrevue, vous serez invité à signer deux copies de ce formulaire de consentement et à remplir un court questionnaire sociodémographique. Une copie du formulaire de consentement vous sera remise pour vos dossiers.

Les entrevues se dérouleront en français. Selon votre préférence, elles pourront se tenir à votre domicile ou à l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

Les entrevues seront conduites par l'étudiante-chercheuse, étudiante de 4e année au doctorat en psychologie clinique. Les entrevues porteront sur :

- l'expérience du couple en procréation assistée à travers la description de l'expérience personnelle et de la compréhension de l'expérience du partenaire;
- l'exploration du sens attribué au vécu du partenaire;
- la discussion des modes de communication et de partage de l'expérience;
- les obstacles et difficultés individuelles et mutuelles rencontrées.

Enfin, nous vous inviterons à nous parler plus généralement de votre expérience de l'infertilité et des traitements de procréation assistée.

Les entretiens seront enregistrés (audio) afin de conserver leur intégralité. Elles seront par la suite transcrites pour permettre leur analyse. Des notes manuscrites pourraient être prises afin de faciliter la conduite de l'entretien.

Les participants qui le désirent pourront se prévaloir de la possibilité d'effectuer un entretien de recherche bilan individuellement ou en couple avec l'étudiante-chercheuse suite aux entretiens individuels. Cette modalité optionnelle est mise à la disposition des participants qui désireraient préciser ou rectifier certaines idées ou boucler la réflexion ouverte par les entretiens de recherche. Si une telle entrevue de recherche supplémentaire est réalisée, cette dernière sera également enregistrée et incluse à part entière dans le corpus de données du couple.

#### **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Le fait de participer aux entretiens pourrait vous rendre mal à l'aise, voire accentuer votre stress et engendrer des tensions au sein du couple. Les chercheuses responsables de l'étude feront leur possible afin de minimiser votre inconfort. Sachez aussi que vous pourrez refuser de répondre à certaines questions.

Les chercheuses responsables seront disponibles pour aborder toute question, inconfort ou inquiétude qui pourrait être soulevé par le processus d'entretiens et discuter avec vous d'une consultation psychologique au besoin. S'il y a lieu, nous pourrions vous référer à une personne-ressource.

#### **AVANTAGES**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel ou conjugal de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

#### **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre, par exemple, vos coordonnées, des données sociodémographiques telles que votre âge, la durée de votre relation conjugale, votre niveau d'éducation, la nature de votre(vos) diagnostic(s) d'infertilité, les traitements reçus en clinique de fertilité et vos symptômes psychologiques.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements,

vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par les chercheuses responsables de la recherche.

Toute l'information vous concernant, tel que les formulaires de consentement, les enregistrements d'entretiens et les verbatims, seront gardés de façon strictement confidentielle. Tous les dossiers seront gardés dans un endroit sécuritaire sous clé ou/et dans le système informatique avec accès restreint et code confidentiel.

Seule les chercheuses impliquées dans cette étude auront accès à ces dossiers.

Ces données seront conservées pendant 5 ans après la fin de l'étude par les chercheuses responsables de la recherche.

Les propos tenus lors des entretiens individuels seront confidentiels, aucun contenu de la première entrevue individuelle ne sera divulgué au partenaire qui complètera en deuxième son entrevue individuelle. La même grille d'entretien sera utilisée pour les deux entrevues individuelles.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Elles pourraient aussi servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'UQAM, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par les chercheuses responsables de la recherche.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que les chercheuses responsables du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée. Notez que vous aurez seulement accès à votre information, et non à celle de votre conjoint(e).

#### **COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX**

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande aux chercheuses responsables à la fin de l'étude.

#### **FINANCEMENT DU PROJET**

L'étudiante-chercheuse a reçu un financement du Fond de recherche du Québec – santé (FRQS) sous forme de bourse de doctorat pour mener à bien ce projet de recherche.

### **COMPENSATION**

Vous recevrez une compensation financière pour couvrir vos frais de déplacement ou de stationnement jusqu'à concurrence de 25\$ par individu ou 50\$ par couple par entrevue, avec présentation des pièces justificatives (par ex. : reçu de stationnement).

### **INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DES PARTICIPANTS RECHERCHE**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de votre participation à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement d'enseignement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉS DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs responsables du projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les chercheuses responsables du projet.

De plus, chaque conjoint est libre de se retirer de l'étude de façon indépendante et confidentielle s'il le désire, auquel cas son/sa partenaire ne sera pas mis(e) au courant du retrait du couple et les données recueillies seront détruites. Vous serez aussi libre de refuser de répondre à n'importe quelle question sociodémographique ou d'entrevue.

Les chercheuses responsables du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche de l'UQAM ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires. En cas de retrait, les enregistrements audio de l'ensemble des entrevues déjà effectuées seront détruits.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

### **PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec les chercheuses responsables du projet de recherche au numéro suivant :

- Anne Gendreau : 514 987-3000, poste 2490, ou par courriel à [gendreau.anne@courrier.uqam.ca](mailto:gendreau.anne@courrier.uqam.ca).
- Mélanie Vachon : 514 987-3000, poste 2490, ou par courriel à [vachon.melanie@uqam.ca](mailto:vachon.melanie@uqam.ca)

#### **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES**

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPE, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : [bergeron.anick@uqam.ca](mailto:bergeron.anick@uqam.ca).

**CONSENTEMENT**

Avant de signer et dater le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés pour la conduite de l'étude ainsi que sur les désagréments, les risques et les effets indésirables qui pourraient y être associés.

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'ai eu l'occasion de discuter de la participation à l'étude avec mon/ma conjoint(e). J'ai pu poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je suis libre de poser d'autres questions à n'importe quel moment. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé et daté. En apposant ma signature sur ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

**Nom du/de la participant(e) (Majuscules):**

\_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Engagement du chercheur**

Je certifie qu'on a expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant à la recherche avaient à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant à la recherche.

\_\_\_\_\_  
 Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche Date

## RÉFÉRENCES

- Allan, H. (2007). Experiences of infertility: liminality and the role of the fertility clinic. *Nursing Inquiry*, 14(2), 132-139. doi:10.1111/j.1440-1800.2007.00362.x
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- An, Y., Wang, Z., Ji, H., Zhang, Y. et Wu, K. (2011). Pituitary-adrenal and sympathetic nervous system responses to psychiatric disorders in women undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 96(2), 404-408. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.05.092
- Balasch, J. et Gratacos, E. (2011). Delayed childbearing: effects on fertility and the outcome of pregnancy. *Fetal diagnosis and therapy*, 29(4), 263-273. doi:10.1159/000323142
- Bartholomew, K. et Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bateman-Cass, C. S. (2000). *The loss within a loss: Understanding the psychological implications of assisted reproductive technologies for the treatment of infertility* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (304648786)
- Bayley, T. M., Slade, P. et Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*, 24(11), 2827-2837. doi:10.1093/humrep/dep235
- Bell, A. V. (2015). Overcoming (and Maintaining) Reproductive Difference: Similarities in the Gendered Experience of Infertility. *Qualitative Sociology*, 38(4), 439-458. doi:10.1007/s11133-015-9315-2

- Benazon, N., Wright, J. et Sabourin, S. (1992). Stress, Sexual Satisfaction, and Marital Adjustment in Infertile Couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18(4), 273-284. doi:10.1080/00926239208412852
- Benyamini, Y., Gozlan, M. et Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14(1), 1-16. doi:10.1348/135910708x279288
- Berg, B. J. et Wilson, J. F. (1995). Patterns of psychological distress in infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16(2), 65-78.
- Berghuis, J. P. et Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 433-438. doi:10.1037/0022-006x.70.2.433
- Bissonnette, F., Phillips, S. J., Gunby, J., Holzer, H., Mahutte, N., St-Michel, P. et Kadoch, I. J. (2011). Working to eliminate multiple pregnancies: a success story in Quebec. *Reproductive BioMedicine Online*, 23(4), 500-504. doi:10.1016/j.rbmo.2011.05.020
- Bledsoe, C., Guyer, J. I. et Lerner, S. (2000). Introduction. Dans C. Bledsoe, S. Lerner et J. I. Guyer (dir.), *Fertility and the Male Life-Cycle in the Era of Fertility Decline* (p. 1-26). New York, NY: Oxford University Press.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A. et Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506-1512. doi:10.1093/humrep/dem046
- Boivin, J. et Pennings, G. (2005). Parenthood should be regarded as a right. *Archives of disease in childhood*, 90(8), 784-785. doi:10.1136/adc.2004.064485
- Bonner, K. (1994). Hermeneutics and Symbolic Interactionism: The Problem of Solipsism. *Human Studies*, 17(2), 225-249. doi:10.2307/20011040
- Bouchard, G. (2017). Transition parentale. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin (dir.), *Les fondements de la psychologie du couple* (p.263-284). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.

- Brassard, A. et Johnson, S. M. (2016). Couple and Family Therapy: An Attachment Perspective. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications (Third Edition)* (p. 805-823). New York: The Guilford Press.
- Brassard, A., Lussier, Y., Lafontaine, M.-F., Péloquin, K. et Sabourin, S. (2017). Attachement dans les relations de couple. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin (dir.), *Les fondements de la psychologie du couple* (p.53-86). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Brault-Labbé, A., Brassard, A. et Gasparetto, C. A. (2017). Un nouveau modèle d'engagement conjugal: Validation du Questionnaire multimodal d'engagement conjugal. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 49(4), 231-242. doi:10.1037/cbs0000083
- Bretherick, K. L., Fairbrother, N., Avila, L., Harbord, S. H. A. et Robinson, W. P. (2010). Fertility and aging: do reproductive-aged Canadian women know what they need to know? *Fertility and Sterility*, 93(7), 2162-2168. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.01.064
- Buirski, P. et Haglund, P. (2001). *Making sense together: The intersubjective approach to psychotherapy*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Burns, L. H. (2005). Psychological Changes in Infertility Patients. Dans A. Rosen et J. Rosen (dir.), *Frozen dreams: Psychodynamic dimensions of infertility and assisted reproduction* (p. 3-29). New York, NY: The Analytic Press/Taylor & Francis Group; US.
- Burns, L. H. (2006). Sexual counseling and infertility. Dans S. N. Covington et L. H. Burns (dir.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (2<sup>e</sup> éd., p. 212-235). New York, NY: Cambridge University Press.
- Burns, L. H. et Covington, S. N. (2006). Psychology of infertility. Dans S. N. Covington et L. H. Burns (dir.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (2<sup>e</sup> éd., p. 1-19). New York, NY: Cambridge University Press.
- Bushnik, T., Cook, J., Hughes, E., et Tough, S. (2012). *Seeking medical help to conceive* (Rapport de Statistique Canada 82-003-XPE). Récupéré de [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2012/statcan/82-003-x/82-003-x2012004-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/statcan/82-003-x/82-003-x2012004-eng.pdf)

- Bushnik, T., Cook, J. L., Yuzpe, A. A., Tough, S. et Collins, J. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction*, 27(3), 738-746. doi:10.1093/humrep/der465
- Byrne, M. et Carr, A. (2000). Depression and power in marriage. *Journal of Family Therapy*, 22(4), 408-427. doi:10.1111/1467-6427.00161
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Fleck, M. P., Cordova, F. P., Knauth, D. et Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Human Reproduction*, 24(9), 2151-2157. doi:10.1093/humrep/dep177
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D. et Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 31(2), 101-110.
- Charon, J. M. (1989). *Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C., . . . Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 158(2), 235-241. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.04.032
- Clarke, L. H., Martin-Matthews, A. et Matthews, R. (2006). The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 43(1), 95-113. doi:10.1111/j.1755-618X.2006.tb00856.x
- Coëffin-Driol, C. et Giami, A. (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 32(7-8), 624-637. doi:10.1016/j.gyobfe.2004.06.004
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. Récupéré de [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2\\_FINAL\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf).
- Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Organisation mondiale de la santé. Récupéré de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)

- Cousineau, T. M. et Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003
- Covington, S. N. (2005). Miscarriage and Stillbirth. Dans A. Rosen et J. Rosen (dir.), *Frozen dreams: Psychodynamic dimensions of infertility and assisted reproduction* (p. 197-218). New York, NY, US: The Analytic Press/Taylor & Francis Group.
- Dahlberg, K. (2013). The scientific dichotomy and the question of evidence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8, 1-2. doi:10.3402/qhw.v8i0.21846
- Daniluk, J. C. (2001a). "If we had it to do over again...": Couples' reflections on their experiences of infertility treatments. *The Family Journal*, 9(2), 122-133. doi:http://dx.doi.org/10.1177/1066480701092006
- Daniluk, J. C. (2001b). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 439-449.
- Daniluk, J. C. et Koert, E. (2012). Childless Canadian men's and women's childbearing intentions, attitudes towards and willingness to use assisted human reproduction. *Human Reproduction*, 27(8), 2405-2412. doi:10.1093/humrep/des190
- Daniluk, J. C., Koert, E. et Cheung, A. (2012). Childless women's knowledge of fertility and assisted human reproduction: identifying the gaps. *Fertility and Sterility*, 97(2), 420-426. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.11.046
- Daniluk, J. C. et Tench, E. (2007). Long-Term Adjustment of Infertile Couples Following Unsuccessful Medical Intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85(1), 89-100.
- Darwiche, J., Bovet, P., Corboz-Warnery, A., Germond, M., Rais, M., Real del Sarte, O. et Guex, P. (2002). Quelle assistance psychologique pour les couples requerant une aide medicale a la procreation? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 30(5), 394-404.
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, W., . . . Wellings, K. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, 31(9), 2108-2118. doi:10.1093/humrep/dew123

- de Rougemont, D. (1996). *Les mythes de l'amour*. Paris: Albin Michel.
- Donarelli, Z., Kivlighan Jr, D. M., Allegra, A. et Lo Coco, G. (2016). How do individual attachment patterns of both members of couples affect their perceived infertility stress? An actor-partner interdependence analysis. *Personality and Individual Differences*, 92, 63-68.  
doi:10.1016/j.paid.2015.12.023
- Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A. et Allegra, A. (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Human Reproduction*, 27(11), 3215-3225.  
doi:10.1093/humrep/des307
- Drigotas, S. M., Rusbult, C. E. et Verette, J. (1999). Level of commitment, mutuality of commitment, and couple well-being. *Personal Relationships*, 6(3), 389-409.  
doi:doi:10.1111/j.1475-6811.1999.tb00199.x
- Drosdzol, A. et Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3335-3346.  
doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01355.x
- Dugal, C., Bigras, N., Laforte, S., Godbout, N. et Bélanger, C. (2017). Modèles et typologies en psychologie du couple. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin (dir.), *Les fondements de la psychologie du couple* (p.13-52). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Eisikovits, Z. et Koren, C. (2010). Approaches to and Outcomes of Dyadic Interview Analysis. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1642-1655.  
doi:10.1177/1049732310376520
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York, NY: International Universities Press, Inc.
- Eugster, A. et Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*, 48(5), 575-589.  
doi:10.1016/s0277-9536(98)00386-4
- Exley, C. et Letherby, G. (2001). Managing a disrupted lifecourse: Issues of identity and emotion work. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 5(1), 112-132.  
doi:10.1177/136345930100500106

- Fehr, B. (1988). Prototype analysis of the concepts of love and commitment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(4), 557-579. doi:10.1037/0022-3514.55.4.557
- Ford, W. C. L., North, K., Taylor, H., Farrow, A., Hull, M. G. R. et Golding, J. (2000). Increasing paternal age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. *Human Reproduction*, 15(8), 1703-1708. doi:10.1093/humrep/15.8.1703
- Frankl, V. E. (2006). *Découvrir un sens à sa vie*. Montréal, Qc: Les Éditions de l'Homme.
- Galliher, R. V., Rostosky, S. S., Welsh, D. P. et Kawaguchi, M. C. (1999). Power and Psychological Well-Being in Late Adolescent Romantic Relationships. *Sex Roles*, 40(9), 689-710. doi:10.1023/a:1018804617443
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L. et Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652-669. doi:10.1093/humupd/dms031
- Glover, L., McLellan, A. et Weaver, S. M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401-418. doi:10.1080/02646830903190896
- Goldfarb, M. R., Trudel, G., Boyer, R. et Préville, M. (2007). Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 109-126. doi:10.1080/14681990600861040
- Gouvernement du Québec. (2017a). Services de procréation assistée: cadre légal. Récupéré de <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/services-de-procreation-assistee/cadre-legal/>
- Gouvernement du Québec. (2017b). Services de procréation assistée: recourir aux services de procréation assistée. Récupéré de <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/services-de-procreation-assistee/recourir-aux-services-de-procreation-assistee/>
- Gray-Little, B. et Burks, N. (1983). Power and satisfaction in marriage: A review and critique. *Psychological Bulletin*, 93(3), 513-538. doi:10.1037/0033-2909.93.3.513

- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704. doi:10.1016/s0277-9536(97)00102-0
- Greil, A. L., Leitko, T. A. et Porter, K. L. (1988). Infertility: His and Hers. *Gender & Society*, 2(2), 172-199. doi:10.1177/089124388002002004
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M. et Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87-94. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.023
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K. et McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness*, 32(1), 140-162.
- Griscom, J. L. (1992). Women and Power. Definition, Dualism, and Difference. *Psychology of Women Quarterly*, 16(4), 389-414.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Gunby, J., Bissonnette, F., Librach, C. et Cowan, L. (2011). Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2007 results from the Canadian ART Register. *Fertility and Sterility*, 95(2), 542-547. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.05.057
- Halloran, E. C. (1998). The role of marital power in depression and marital distress. *American Journal of Family Therapy*, 26(1), 3-14. doi:10.1080/01926189808251082
- Halstead, V., De Santis, J. et Williams, J. (2016). Relationship power in the context of heterosexual intimate relationships: A conceptual development. *Advances in Nursing Science*, 39(2), E31-E43. doi:10.1097/ANS.0000000000000113
- Hansen, T., Slagsvold, B. et Moum, T. (2009). Childlessness and psychological well-being in midlife and old age: An examination of parental status effects across a range of outcomes. *Social Indicators Research*, 94(2), 319-342. doi:10.1007/s11205-008-9426-1
- Harris, D. L. (2011). Infertility and reproductive loss. Dans D. L. Harris (dir.), *Counting our losses: Reflecting on change, loss, and transition in everyday life* (p. 171-181). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Hazan, C. et Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hutchinson, S. A., Wilson, M. E. et Wilson, H. S. (1994). Benefits of Participating in Research Interviews. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 161-166. doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00937.x
- Imeson, M. et McMurray, A. (1996). Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 1014-1022.
- Injection intracytoplasmique de spermatozoïde. (2018). Dans *Larousse Médical en ligne*. Récupéré de [https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/injection\\_intracytoplasmique\\_de\\_spermatozo%C3%AFde/17133](https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/injection_intracytoplasmique_de_spermatozo%C3%AFde/17133).
- Jaffe, J. et Diamond, M. O. (2011). Impact of reproductive challenges on intimate relationships. Dans J. Jaffe et M. O. Diamond (dir.), *Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients* (p. 113-134). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogstrom, L., Janson, P. O., . . . Hellstrom, A.-L. (2010). Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(5), 683-691.
- Johnson, J.-A. et Tough, S. (2012). Delayed child-bearing. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)*, 34(1), 80-93.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M. (2011). The attachment perspective on the bonds of love: A prototype for relationship change. Dans J. L. Furrow, S. M. Johnson et B. A. Bradley (dir.), *The emotionally focused casebook: New directions in treating couples* (p. 31-58). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Keltner, D., Gruenfeld, D. H. et Anderson, C. (2003). Power, approach, and inhibition. *Psychological Review*, 110(2), 265-284. doi:10.1037/0033-295X.110.2.265
- King, R. B. (2003). Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Social Science & Medicine*, 56(4), 739-751. doi:10.1016/s0277-9536(02)00069-2

- Knudson-Martin, C. (2013). Why Power Matters: Creating a Foundation of Mutual Support in Couple Relationships. *Family Process*, 52(1), 5-18. doi:10.1111/famp.12011
- Knudson-Martin, C. et Mahoney, A. R. (2005). Moving Beyond Gender: Processes that Create Relationship Equality. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 235-258. doi:doi:10.1111/j.1752-0606.2005.tb01557.x
- Kroemeke, A. et Kubicka, E. (2017). Actor and partner effects of coping on adjustment in couples undergoing assisted reproduction treatment. *Health Psychology Report*, 5(4), 296-303. doi:10.5114/hpr.2017.67853
- Lafontaine, M.-F., Johnson-Douglas, S. M., Gingras, N. et Denton, W. (2008). Thérapie de couple axée sur l'émotion. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 277-312). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Lalos, A. (1999). Breaking bad news concerning fertility. *Human Reproduction*, 14(3), 581-585. doi:10.1093/humrep/14.3.581
- Lalos, A., Jacobsson, L., Lalos, O. et von Schoultz, B. (1985). The wish to have a child. A pilot-study of infertile couples. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 72(5), 476-481.
- Lennon, C. A., Stewart, A. L. et Ledermann, T. (2013). The role of power in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(1), 95-114. doi:doi:10.1177/0265407512452990
- Levin, J., Sher, T. et Theodos, V. (1997). The Effect of Intracouple Coping Concordance on Psychological and Marital Distress in Infertility Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4(4), 361-372. doi:10.1023/a:1026249317635
- Levine, H., Jørgensen, N., Martino-Andrade, A., Mendiola, J., Weksler-Derri, D., Mindlis, I., . . . Swan, S. H. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, 23(6), 646-659. doi:10.1093/humupd/dmx022
- Liu, K. et Case, A. (2011). Advanced reproductive age and fertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)*, 33(11), 1165-1175.
- Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*. LQ. (2018). A-5.01. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/A-5.01.pdf>

- Lorber, J. et Bandlamudi, L. (1993). The dynamics of marital bargaining in male infertility. *Gender & Society*, 7(1), 32-49. doi:10.1177/089124393007001003
- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D'Hooghe, T., Buyse, E. et Demyttenaere, K. (2009). Well-being and relationship satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/ intracytoplasmic sperm injection procedure: a multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. *Fertility and Sterility*, 91(2), 387-394. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.11.052
- Luk, B. H.-K. et Loke, A. Y. (2015). The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 610-625. doi:10.1080/0092623X.2014.958789
- Malizia, B. A., Hacker, M. R. et Penzias, A. S. (2009). Cumulative Live-Birth Rates after In Vitro Fertilization. *New England Journal of Medicine*, 360(3), 236-243. doi:doi:10.1056/NEJMoa0803072
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/s0140-6736(01)05627-6
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimaraes, J. et Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83-89. doi:10.1093/humrep/det403
- Matthews, C. et Clark III, R. D. (1982). Marital Satisfaction: A Validation Approach. *Basic & Applied Social Psychology*, 3(3), 169-186.
- Mayenga, J.-M., Plachot, M. et Belaïsch-Allart, J. (2003). Grossesses biochimiques et fausses couches spontanées après cycles de FIV ou ICSI. *La Lettre du Gynécologue*, 30-33.
- McLernon, D. J., Maheshwari, A., Lee, A. J. et Bhattacharya, S. (2016). Cumulative live birth rates after one or more complete cycles of IVF: a population-based study of linked cycle data from 178,898 women. *Human Reproduction*, 31(3), 572-581. doi:10.1093/humrep/dev336
- Mikulincer, M., Horesh, N., Levy-Shiff, R., Manovich, R. et Shalev, J. (1998). The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 71(3), 265-280. doi:doi:10.1111/j.2044-8341.1998.tb00991.x

- Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12(2), 149-168. doi:doi:10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x
- Miller, J. (2003). Mourning the never born and the loss of the Angel. Dans J. Haynes et J. Miller (dir.), *Inconceivable conceptions: Psychological aspects of infertility and reproductive technology* (p. 47-59). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Milne, B. J. (1988). Couples' experiences with in vitro fertilization. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 17(5), 347-352.
- Morreale, M., Balon, R., Tancer, M. et Diamond, M. (2010). The Impact of Stress and Psychosocial Interventions on Assisted Reproductive Technology Outcome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(1), 56-69. doi:10.1080/0092623X.2011.533584
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. doi:10.1037/0022-0167.52.2.250
- Moura-Ramos, M. et Canavarro, M. C. (2018). Was it worth it? Infertile couples' experience of assisted reproductive treatment and psychosocial adjustment one year after treatment. *Psychologica*, 61(1), 107-123. doi:10.14195/1647-8606\_61-1\_6
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M., Soares, I. et Santos, T. (2012). The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology & Health*, 27(5), 533-549.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C. et Soares, I. (2012). Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human reproduction*, 27(2), 496-505.
- Moura-Ramos, M., Santos, T. A. et Canavarro, M. C. (2017). The role of attachment anxiety and attachment avoidance on the psychosocial well-being of infertile couples. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(2), 132-143. doi:10.1007/s10880-017-9496-9

- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I. et Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology*, 21(2), 302-317. doi:10.1111/bjhp.12169
- Nachtigall, R. D., Becker, G. et Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57(1), 113-121. doi:https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)54786-4
- Newton, C. R. (2006). Counseling the Infertile Couple. Dans S. N. Covington et L. H. Burns (dir.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (2<sup>e</sup> ed., p. 143-155). New York, NY: Cambridge University Press.
- Ohl, J., Reder, F., Fernandez, A., Bettahar-Lebugle, K., Rongieres, C. et Nisand, I. (2009). Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité. *Gynécologie, obstétrique & fertilité*, 37(1), 25-32. doi:10.1016/j.gyobfe.2008.08.012
- Olafsdottir, H. S., Wikland, M. et Möller, A. (2012). Nordic couples' decision-making processes in anticipation of contacting a fertility clinic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 180-192. doi:10.1080/02646838.2012.677021
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G. et Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? a cohort study. *Fertility and Sterility*, 81(2), 258-261. doi:10.1016/j.fertnstert.2003.06.029
- Overall, N. C. (2019). Attachment insecurity and power regulation in intimate relationships. *Current Opinion in Psychology*, 25, 53-58. doi: https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.03.004
- Papp, L. M., Kouros, C. D. et Cummings, M. E. (2009). Demand-withdraw patterns in marital conflict in the home. *Personal Relationships*, 16(2), 285-300. doi: 10.1111/j.1475-6811.2009.01223.x
- Parker, L. (2009). Disrupting Power and Privilege in Couples Therapy. *Clinical Social Work Journal*, 37(3), 248-255. doi:10.1007/s10615-009-0211-7
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C. et Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 77(6), 1241-1247. doi:10.1016/s0015-0282(02)03097-2

- Pasch, L. A., Gregorich, S. E., Katz, P. K., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E. et Adler, N. E. (2012). Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 98(2), 459-464. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.05.023
- Pasch, L. A. et Sullivan, K. T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13, 131-135. doi:10.1016/j.copsyc.2016.07.004
- Pawson, M. (2003). The battle with mortality and the urge to procreate. Dans J. Haynes et J. Miller (dir.), *Inconceivable conceptions: Psychological aspects of infertility and reproductive technology* (p. 60-72). New York, NY: Brunner-Routledge; US.
- Péloquin, K., Brassard, A., Arpin, V., Sabourin, S. et Wright, J. (2018). Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(1), 64-72. doi:10.1080/0167482X.2017.1289369
- Pengelly, P., Inglis, M. et Cudmore, L. (1995). Infertility: Couples' experiences and the use of counselling in treatment centres. *Psychodynamic Counselling*, 1(4), 507-524. doi:10.1080/13533339508404151
- Peterson, B. D., Gold, L. et Feingold, T. (2007). The Experience and Influence of Infertility: Considerations for Couple Counselors. *The Family Journal*, 15(3), 251-257. doi:10.1177/1066480707301365
- Peterson, B. D., Newton, C. R. et Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59-70.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. et Schulman, R. S. (2006). Coping Processes of Couples Experiencing Infertility. *Family Relations*, 55(2), 227-239. doi:10.1111/j.1741-3729.2006.00372.x
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Block, J. M. et Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility & Sterility*, 95(5), 1759-1763. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.01.125

- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J. et Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24(7), 1656-1664. doi:10.1093/humrep/dep061
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U. et Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23(5), 1128-1137. doi:10.1093/humrep/den067
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Tucker, L. et Lampic, C. (2012). Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Human Reproduction*, 27(5), 1375-1382. doi:10.1093/humrep/des011
- PL 20: Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. (2014). 1<sup>re</sup> sess., 41<sup>e</sup> lég., Québec. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-20-41-1.html?appelant=MC>
- Platon. (2013). *Le banquet*. Récupéré de <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/platon/cousin/banquet.htm>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. doi:10.1037/0022-0167.52.2.126
- Purcell-Lévesque, C., Brassard, A., Carranza-Mamane, B. et Péloquin, K. (2018). Attachment and sexual functioning in women and men seeking fertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, doi:10.1080/0167482X.2018.1471462
- Reder, F., Fernandez, A. et Ohl, J. (2009). Reste-t-il de la place pour la sexualité lors de la prise en charge en assistance médicale à la procréation? *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 38(5), 377-388. doi:10.1016/j.jgyn.2009.05.002
- Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée. RLRQ, c. A-5.01, a. 30, r. 1. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/A-5.01,%20r.%201>
- Rehman, U. S., Gollan, J. et Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 179-198. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.007

- Reis, H. T. et Aron, A. (2008). Love: What Is It, Why Does It Matter, and How Does It Operate? *Perspectives on Psychological Science*, 3(1), 80-86.  
doi:10.1111/j.1745-6916.2008.00065.x
- Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris: Gallimard.
- Rollins, B. C. et Bahr, S. J. (1976). A theory of power relationships in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 38(4), 619-627. doi:10.2307/350682
- Rusbult, C. E., Coolsen, M. K., Kirchner, J. L. et Clarke, J. A. (2006). Commitment. Dans A. L. Vangelisti et D. Perlman (dir.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (p. 615-635). New York: Cambridge University Press.
- Sabourin, S. et Lefebvre, D. (2008). Conception intégrée des processus psychopathologiques des troubles conjugaux. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 15-97). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Sabourin, S., Lorange, J., Wright, J., Lefebvre, D. et Poitras-Wright, H. (2008). Le diagnostic en psychothérapie de couple. Vers un nouveau dialogue. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 99-195). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec
- Safilios-Rothschild, C. (1976). A Macro- and Micro-Examination of Family Power and Love: An Exchange Model. *Journal of Marriage and Family*, 38(2), 355-362. doi:10.2307/350394
- Sauvé, M.-S., Péloquin, K. et Brassard, A. (2018). Moving forward together, stronger, and closer: An interpretative phenomenological analysis of marital benefits in infertile couples. *Journal of Health Psychology*, 1-11. doi: 10.1177/1359105318764283
- Sayre, G., Lambo, D. et Navarre, H. (2006). On Being a Couple: A Dialogal Inquiry. *Journal of Phenomenological Psychology*, 37(2), 197-215.
- Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V. et Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertility and Sterility*, 90(6), 2107-2111.
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Human Fertility*, 12(1), 14-20. doi:10.1080/14647270802331487

- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U. et Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit?: An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 244-251. doi:10.1016/j.pec.2005.07.015
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 118-137). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Seligman, M. E. (1974). Depression and learned helplessness. Dans R. J. Friedman et M. M. Katz (dir.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Oxford: Wiley.
- Semen, Y. (2010). *La spiritualité conjugale selon Jean-Paul II*. Paris: Presses de la Renaissance.
- Sewall, G. et Burns, L. H. (2006). Involuntary childlessness. Dans S. N. Covington et L. H. Burns (dir.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (2<sup>e</sup> éd., p. 411-427). New York, NY: Cambridge University Press.
- Shaver, P. R. et Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133-161. doi:10.1080/14616730210154171
- Shaw, R. (2010). Embedding Reflexivity Within Experiential Qualitative Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 7(3), 233-243. doi:10.1080/14780880802699092
- Shreffler, K. M., Greil, A. L. et McQuillan, J. (2017). Responding to infertility: Lessons from a growing body of research and suggested guidelines for practice. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 66(4), 644-658. doi:10.1111/fare.12281
- Simpson, J. A., Farrell, A. K., Oriña, M. M. et Rothman, A. J. (2015). Power and social influence in relationships. Dans M. Guha (dir.), *APA handbook of personality and social psychology* (vol. 3, p. 393-420). Washington, DC: American Psychological Association.
- Simpson, J. A. et Rholes, W. S. (2019). Adult attachment orientations and well-being during the transition to parenthood. *Current Opinion in Psychology*, 25, 47-52. doi: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.019>

- Slama, R., Hansen, O. K., Ducot, B., Bohet, A., Sorensen, D., Giorgis Allemand, L., . . . Bouyer, J. (2012). Estimation of the frequency of involuntary infertility on a nation-wide basis. *Human Reproduction*, *27*(5), 1489-1498. doi:10.1093/humrep/des070
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *1*(1), 39-54. doi:10.1191/1478088704qp004oa
- Smith, J. A., Flowers, P. et Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Smith, J. A. et Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. Dans J. A. Smith (dir.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (p. 53-80). London: SAGE.
- Söderberg, M., Christensson, K. et Lundgren, I. (2012). A project for future life - Swedish women's thoughts on childbearing lacking experience of giving birth and parenthood. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *7*. doi:10.3402/qhw.v7i0.17318
- Sprecher, S. (2018). Inequity Leads to Distress and a Reduction in Satisfaction: Evidence From a Priming Experiment. *Journal of Family Issues*, *39*(1), 230-244. doi:10.1177/0192513x16637098
- Sprecher, S. et Felmlee, D. (1997). The balance of power in romantic heterosexual couples over time from "his" and "her" perspectives. *Sex Roles*, *37*, 361-379.
- Sprecher, S., Schmeckle, M. et Felmlee, D. (2006). The Principle of Least Interest: Inequality in Emotional Involvement in Romantic Relationships. *Journal of Family Issues*, *27*(9), 1255-1280. doi:10.1177/0192513x06289215
- Statistique Canada. (2009). Naissances. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/84f0210x/2009000/part-partie1-fra.htm>
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, *93*(2), 119-135. doi:10.1037/0033-295x.93.2.119
- Stewart, L. M., Holman, C. D. A. J., Hart, R., Finn, J., Mai, Q. et Preen, D. B. (2011). How effective is in vitro fertilization, and how can it be improved? *Fertility and Sterility*, *95*(5), 1677-1683. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.01.130

- Strauss, B. (2002). *Involuntary childlessness: Psychological assessment, counseling, and psychotherapy*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Taylor, B. et de Vocht, H. (2011). Interviewing Separately or as Couples? Considerations of Authenticity of Method. *Qualitative Health Research*, 21(11), 1576-1587. doi:10.1177/1049732311415288
- Thompson, C. (2007). *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Thompson, E. H., Woodward, J. T. et Stanton, A. L. (2012). Dyadic goal appraisal during treatment for infertility: How do different perspectives relate to partners' adjustment? *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(3), 252-259. doi:10.1007/s12529-011-9172-7
- Thompson, R. et Lee, C. (2011). Fertile imaginations: young men's reproductive attitudes and preferences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 43-55. doi:10.1080/02646838.2010.544295
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. doi:10.1177/1077800410383121
- Ulbrich, P. M., Coyle, A. T. et Llabre, M. M. (1990). Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 16(3), 147-158. doi:10.1080/00926239008405261
- Umberson, D., Pudrovska, T. et Reczek, C. (2010). Parenthood, childlessness, and well-being: A life course perspective. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 612-629. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00721.x
- Ummel, D. et Achille, M. (2016). How Not to Let Secrets Out When Conducting Qualitative Research With Dyads. *Qualitative Health Research*, 26(6), 807-815. doi:10.1177/1049732315627427
- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P. et Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25(6), 1471-1480.
- Van Yperen, N. W. et Buunk, B. P. (1990). A longitudinal study of equity and satisfaction in intimate relationships. *European Journal of Social Psychology*, 20(4), 287-309. doi:doi:10.1002/ejsp.2420200403

- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W. et Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36. doi:10.1093/humupd/dml040
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., van Minnen, A., Kremer, J. A. M. et Kraaimaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253-2260.
- Volgsten, H., Svanberg, A. S. et Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(10), 1290-1297.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S.-E. et Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598-604. doi:10.1093/humrep/del401
- Wolfe, D. M. (1959). Power and Authority in the Family. Dans D. Cartwright (dir.), *Studies in Social Power* (p. 99-117). Michigan, USA: University of Michigan Press.
- Yalom, I. D. (2003). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York, NY: Harper Perennial.
- Yalom, I. D. (2008). *Staring at the sun: overcoming the terror of death*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Ying, L., Wu, L. H. et Loke, A. Y. (2015). The Experience of Chinese Couples Undergoing In Vitro Fertilization Treatment: Perception of the Treatment Process and Partner Support. *PLoS One*, 10(10), e0139691. doi:10.1371/journal.pone.0139691
- Ying, L., Wu, L. H. et Loke, A. Y. (2016). Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 33(2), 167-179. doi:10.1007/s10815-015-0638-4
- Ying, L. et Loke, A. Y. (2016). An Analysis of the Concept of Partnership in the Couples Undergoing Infertility Treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(3), 243-256. doi:10.1080/0092623X.2015.1010676
- Ying, L. Y., Wu, L. H. et Loke, A. Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1640-1652. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004

- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., . . . Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520-1524. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.009
- Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F. et Vallone, F. (2018). Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: The moderating role of duration of infertility. *Quality of Life Research*, 27(4), 945-954. doi:10.1007/s11136-017-1781-4