

Université de Montréal

Le rôle du soutien conjugal dans la qualité de vie liée aux traitements de fertilité

Par
Shanyce Alyssa Joseph

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire de maîtrise
présenté en vue de l'obtention de la maîtrise (M.Sc.)
sous la direction de Dre Katherine Pélouquin

Avril, 2022

© Shanyce Alyssa Joseph, 2022

Université de Montréal

Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

Le rôle du soutien conjugal dans la qualité de vie liée aux traitements de fertilité

Présenté par

Shanyce Alyssa Joseph

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Marie-Ève Daspe
Président-rapporteur

Katherine Péloquin
Directeur de recherche

Tamsin Higgs
Membre du jury

Résumé

L'infertilité est une problématique importante, puisqu'elle a un impact considérable sur le couple. L'infertilité ainsi que ses traitements peuvent induire un stress important chez les deux partenaires, pouvant ainsi générer de l'insécurité conjugale. Plusieurs chercheurs ont montré que l'infertilité peut réduire la qualité de vie des deux membres du couple. Puisque les conjoints représentent la principale source de soutien pour chacun dans cette épreuve, il apparaît pertinent de considérer le soutien conjugal comme facteur de protection potentiel pour ces couples. L'objectif de l'étude consistait à examiner le lien entre le soutien conjugal (Échelle de soutien dans les relations amoureuses) et la qualité de vie liée aux problèmes de fertilité (FertiQoL) évaluée trois mois plus tard chez les deux partenaires de 83 couples ayant recours à la procréation médicalement assistée. Les partenaires ont complété les questionnaires au temps 1 et au temps 2 (3 mois plus tard). Des analyses acheminatoires basées sur le modèle interdépendance acteur-partenaire ont révélé que la perception de soutien conjugal émotionnel, informationnel et tangible d'une personne est positivement liée à sa propre qualité de vie émotionnelle et relationnelle trois mois plus tard. La perception de soutien physique chez la femme est aussi positivement associée à la qualité de vie relationnelle de son partenaire. Cette étude apporte une contribution significative dans le domaine de l'infertilité par son devis dyadique et longitudinal. Des interventions ciblant le soutien conjugal pourraient permettre de réduire les effets néfastes de l'infertilité et de ses traitements sur la qualité de vie des partenaires.

Mots-clés: Infertilité, procréation médicalement assistée, relation de couple, soutien conjugal, qualité de vie, devis longitudinal, devis dyadique

Abstract

Infertility is an important problem that has a considerable impact on the couple. Infertility and its treatments can place significant stress on both partners, which can lead to relationship insecurity. Several researchers have shown that infertility can reduce quality of life for both members in the relationship. Since the partners represent the main source of support for each other in this challenge, it appears relevant to consider partner support as a potential protective factor for these couples. The objective of this study was to examine the association between partner support (Support in Intimate Relationship Rating Scale) and infertility-related quality of life (FertiQoL) assessed 3 months later among 83 couples using medically assisted reproduction. The partners completed the questionnaires at two time points (baseline and 3 months later). Path analyses using the actor-partner interdependence model revealed that a person's perception of emotional, informational, and tangible partner support is positively linked to their own emotional and relational quality of life three months later. Women's perception of physical support is also positively associated with their partner's relational quality of life. This study makes a significant contribution to the infertility research's field through its dyadic and longitudinal design. Interventions targeting partner support could reduce the negative effects of infertility and its treatments on the infertile couples' quality of life.

Keywords: Infertility, medically assisted procreation, relationship, partner support, quality of life, longitudinal design, dyadic design

Table des matières

Résumé.....	3
Abstract.....	4
Table des matières.....	5
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures.....	7
Liste des sigles et des abréviations.....	8
Remerciements.....	9
Introduction.....	10
Soutien conjugal.....	12
Soutien conjugal et ajustement psychologique.....	14
Objectif et hypothèses de recherche.....	15
Méthodologie.....	16
Participants.....	16
Procédure.....	17
Mesures.....	18
Questions démographiques.....	18
Échelle de soutien dans les relations amoureuses.....	18
Questionnaire sur la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de fertilité.....	19
Résultats.....	21
Analyses préliminaires.....	21
Analyses principales.....	22
Discussion.....	25
Soutien émotionnel et qualité de vie liée aux traitements de fertilité.....	26
Soutien informationnel et qualité de vie liée aux traitements de fertilité.....	27
Soutien tangible et qualité de vie liée aux traitements de fertilité.....	28
Soutien physique et qualité de vie liée aux traitements de fertilité.....	29
Associations dyadiques pour la qualité de vie relationnelle des partenaires.....	30
Forces et limites.....	31
Conclusion.....	32
Références.....	34

Liste des tableaux

Tableau 1 : Moyennes, écart-types et corrélations bivariées entre les variables du soutien conjugal et de la qualité de vie chez les femmes et chez les hommes ($n = 83$ couples)

Liste des figures

Figure 1 : Modèle d'interdépendance acteur-partenaire représentant les liens entre le soutien émotionnel perçu et les différentes sphères de qualité de vie chez les femmes et chez les hommes

Figure 2 : Modèle d'interdépendance acteur-partenaire représentant les liens entre le soutien informationnel perçu et les différentes sphères de qualité de vie chez les femmes et chez les hommes

Figure 3 : Modèle d'interdépendance acteur-partenaire représentant les liens entre le soutien tangible perçu et les différentes sphères de qualité de vie chez les femmes et chez les hommes

Figure 4 : Modèle d'interdépendance acteur-partenaire représentant les liens entre le soutien physique perçu et les différentes sphères de qualité de vie chez les femmes et chez les hommes

Liste des sigles et des abréviations

APIM: Actor-Partner Interdependence Model

FertiQoL: Fertility Quality of Life Tool

T1: Temps 1 (temps de base)

T2: Temps 2 (trois mois plus tard)

Remerciements

Merci à ma directrice de recherche Dre Katherine Péloquin d'avoir accepté de me prendre sous son aile tout au long de mon parcours académique, de m'avoir accueilli chaleureusement dans son laboratoire et de m'avoir lu et relu à plusieurs reprises pour que je puisse remettre un mémoire de maîtrise de qualité.

Merci à Sawsane El Amiri de m'avoir accompagné à travers le monde complexe et obscur des analyses statistiques et merci à Dre Audrey Brassard de m'avoir permis d'utiliser vos données de recherche pour réaliser ce mémoire de maîtrise.

Merci à mon petit frère Malyk, qui est plus grand que moi en taille, pour ta complicité dans nos aventures extraordinaires frère-sœur et pour tes séries japonaises qui nous ont permis de décompresser de nos soirées d'études interminables.

Merci à mon père Eddy d'avoir cru en moi et de m'avoir donné cette passion pour l'écriture, qui a permis la rédaction de nombreux textes, dont ce mémoire de maîtrise.

Merci à mes petites sœurs Amy, Mya et Mayrah ainsi qu'à mon petit frère Davyd pour votre joie de vivre et vos jeux rocambolesques qui m'ont permis de me changer les idées et de me faire rire aux éclats à la suite de longues périodes de rédaction.

Merci à mon beau-père Anderson de m'avoir supporté et d'avoir été patient lorsque j'apprenais à l'anglais à contre-cœur au secondaire, cette langue qui est utilisée par la majorité des articles scientifiques en psychologie.

Merci à ma grand-mère Marie-France et à ma tante Marie-Roosevelt pour votre présence inestimable dans ma vie et pour tous les beaux moments qu'on a pu partager ensemble.

Et un merci tout spécial à Myriam, ma belle maman d'amour, qui m'a tendu son oreille lorsque j'avais besoin de ventiler et de partager mes idées, qui m'a ouvert ses bras quand j'avais besoin de réconfort et qui a tout donné pour que je puisse me rendre aux cycles supérieurs.

Introduction

Au Canada, l'infertilité touche près de 16% des couples (Bushnik et al., 2012) et elle se traduit par l'incapacité d'un couple à concevoir un enfant après 12 mois de relations sexuelles sans l'utilisation de moyens contraceptifs de façon régulière ou à mener une grossesse à terme (World Health Organization, 2002). Les personnes atteintes dépeignent l'infertilité comme étant une crise de vie importante à laquelle elles doivent faire face (Faramarzi et al., 2013) puisqu'elle génère un sentiment de perte d'identité et de contrôle (Chachamovich et al., 2010; Glover et al., 2009; Rockliff et al., 2014; Schmidt, 2006). Ainsi, l'infertilité peut menacer la stabilité psychologique, sociale et relationnelle des individus qui en sont touchés (Yazdani et al., 2017). En outre, les traitements de fertilité comportent des coûts onéreux et peuvent s'étirer sur plusieurs mois voire plusieurs années (Onat et Beji, 2012). D'ailleurs, les visites fréquentes en clinique de fertilité peuvent entrer en conflit avec le travail et la vie sociale, bouleversant ainsi le quotidien des individus (Steuber et Haunani Solomon, 2008). À cela s'ajoute le faible taux de succès des traitements, soit un taux de grossesse clinique d'environ 31% et un taux de naissance d'environ 25% (Gunby et al., 2010).

Ces conditions propices aux hauts niveaux de stress ainsi qu'à l'apparition de symptômes dépressifs (Verhaak et al., 2005, 2007) font que l'infertilité peut avoir un impact considérable et non négligeable sur le couple, puisqu'elle peut amener de la détresse conjugale, de l'insécurité conjugale et des tensions entre les partenaires, pouvant par le fait-même accroître les problèmes conjugaux (Chiaffarino et al., 2011; Drosdzol et Skrzypulec, 2008, 2009; Montazeri, 2007; Mousavi et al., 2013; Sauvé et al., 2018; Steuber et Haunani Solomon, 2008; Verhaak et al., 2010; Wischmann, 2010). D'ailleurs, des chercheurs ont mis de l'avant que le diagnostic d'infertilité ainsi que le stress engendré par les traitements de fertilité peuvent mettre en péril la

relation conjugale (Martins et al., 2014) et réduire la qualité de vie de chacun des conjoints (Boivin et al., 2011; Chachamovich et al., 2010; Huppelschoten et al., 2013; Monga et al., 2004). De manière générale, le stress généré en contexte d'infertilité est associé à un plus faible bien-être psychologique chez les deux partenaires (Abbey et al., 1995; Wright et al., 1989). Cela dit, il y a une grande variabilité dans l'ajustement psychologique et conjugal des couples infertiles face à cette épreuve de vie importante, puisque certains couples éprouvent des difficultés psychologiques et conjugales majeures (Kjaer et al., 2014; Luk et Loke, 2014), alors que d'autres rapportent plutôt se sentir rapprochés par l'infertilité et les traitements de fertilité (Peterson et al., 2011; Sauvé et al., 2018; Schmidt et al., 2005). Quoique le couple et les symptômes psychologiques soient des aspects centraux de la qualité de vie qui sont touchés par l'infertilité, d'autres sphères de qualité de vie sont également affectées, tels que la vie émotionnelle, la santé physique et la vie sociale (Boivin et al., 2011).

Bien que l'on connaisse maintenant bien les impacts négatifs de l'infertilité et des traitements de fertilité sur le bien-être psychologique et conjugal, ainsi que sur les sphères de santé physique et de la vie sociale, les facteurs de protection et de risque doivent être davantage investigués. Ce que l'on connaît à ce jour concerne davantage les facteurs psychologiques individuels, comme l'attachement (Bayley et al., 2009; Lowyck et al., 2009; Mikulincer et al., 1998), la résilience (Herrmann et al., 2011; Peters et al., 2011) et les stratégies d'adaptation (Gourounti et al., 2012; Peterson et al., 2006), mais peu d'études se sont penchées sur des variables propres à la dyade du couple, qui pourraient nous permettre de mieux comprendre l'ajustement ainsi que la qualité de vie liée aux traitements de fertilité de ces individus.

Soutien conjugal

Il est important d'examiner le couple en contexte d'infertilité, puisque les deux conjoints sont affectés par l'infertilité et qu'ils sont la principale source de soutien pour l'un et l'autre (Walen et Lachman, 2000). En effet, la majorité des adultes estiment qu'une relation conjugale est une des plus fortes sources de soutien pour faire face aux diverses situations stressantes de la vie (Sullivan et Davila, 2010). Ainsi, il apparaît très pertinent de considérer le soutien conjugal comme un facteur de protection potentiel en contexte d'infertilité. Le soutien conjugal, qui se définit comme étant la capacité de répondre aux besoins de son partenaire, de lui communiquer sa bienveillance, de valider ses sentiments, sa valeur et ses actions tout en l'assistant dans les problèmes de la vie (Cutrona, 1996), aide les conjoints à s'adapter à des stressors ainsi qu'à des crises de vie importantes, telle l'infertilité (Bradbury et al., 1998; Karney et Bradbury, 1995). Le soutien peut prendre différentes formes, soit le soutien émotionnel, informationnel, tangible et physique (Barry et al., 2009; Bloom, 1986; Helgeson, 2003; Kinsinger et al., 2011). Le soutien émotionnel se traduit par le fait de rassurer et de fournir de l'affection à son partenaire tout en éprouvant de l'empathie à son égard. Le soutien informationnel se rapporte au fait de donner de l'information ainsi que de conseiller son partenaire par rapport à un problème quelconque. Le soutien tangible se comprend comme étant les actions directes ou indirectes qui sont posées pour résoudre ledit problème. Le soutien physique, quant à lui, se distingue par l'émission d'actes physiques, telles des caresses, pour reconforter son partenaire et pour lui témoigner son amour (Barry et al., 2009).

La capacité des conjoints à se soutenir dans diverses situations a un grand impact sur leur relation conjugale (Bradbury et Karney, 2004; Sullivan et al., 2010) ainsi que sur les conflits conjugaux et la détresse conjugale (Campbell et al., 2005; Cutrona, 1996; DeLongis et al., 2004;

Pasch et Bradbury, 1998). En effet, un bon niveau de soutien conjugal est associé à une meilleure santé mentale et physique (Gatien et al., 2021; Kiecolt-Glaser et Newton, 2001), ainsi qu'à une satisfaction conjugale plus élevée (Bradbury et al., 2001; Heffner et al., 2004; Kurdek, 2005). À l'inverse, le manque de soutien entre les partenaires peut amener de la détresse psychologique (Kurdek, 2005; Pasch et Bradbury, 1998), comme la dépression, l'anxiété et la colère (Shrout et al., 2006), ce qui peut également mettre en péril la relation conjugale (Lawrence et al., 2008; Sullivan et al., 2010).

Le rôle bénéfique du soutien conjugal a été identifié dans le contexte de différentes conditions de santé. En effet, des chercheurs ont dénoté un meilleur ajustement psychologique chez les femmes atteintes de cancer du sein ou gastro-intestinal qui rapportaient recevoir davantage de soutien de la part de leur partenaire (Dagan et al., 2011; Gremore et al., 2011; Kayser et Sormanti, 2002; Kayser et al., 1999; Manne et al., 1999). Le soutien conjugal est aussi associé à de meilleurs résultats au niveau de la santé physique et mentale chez les individus atteints de cancer ou d'autres maladies chroniques (Cutrona, 1996; Helgeson et Cohen, 1996). D'ailleurs, le soutien conjugal a été lié positivement à l'activité physique ainsi qu'au sentiment d'efficacité chez les personnes diabétiques, ce qui permettait une meilleure gestion de l'impact des stressors du diabète chez ces individus (Khan et al., 2013; Iida et al., 2010). De la même manière, des patients atteints d'arthrite rhumatoïde mentionnaient ressentir moins de douleur lorsqu'ils rapportaient recevoir plus de soutien de leur partenaire (Pow et al., 2018). Ensemble, ces études soutiennent l'importance du soutien conjugal dans divers contextes de santé ainsi que son effet bénéfique sur les sphères d'ajustement psychologique et physique à la maladie et suggèrent que le soutien conjugal pourrait s'avérer positif en contexte d'infertilité également.

Soutien conjugal et ajustement psychologique

Bien que quelques études corroborent l'effet bénéfique du soutien social en contexte d'infertilité dans la mesure où elles dénotaient une réduction du stress, de la dépression et de l'anxiété en général chez les couples (Lechner et al., 2007; Martins et al., 2013; Verhaak et al., 2005), ces études étudiaient l'impact du soutien social, incluant autant la famille, les amis que les étrangers, sur la personne et sur le couple, plutôt qu'à l'intérieur du couple, soit entre les partenaires. D'autant plus, la majorité des études sur le soutien social et l'infertilité ne tiennent compte que de la perspective de la femme (Martins et al., 2011; Steuber et High, 2015), ont un devis transversal (Gibson et Myers, 2002; Mahajan et al., 2009) et n'utilisent pas de devis dyadique (Lechner et al., 2007; Mahajan et al., 2009; Verhaak et al., 2005). Pourtant, le soutien reçu d'autres sources ne compense pas pour le manque de soutien reçu de son partenaire (Coyne et DeLongis, 1986; Sullivan et Davila, 2010). Ainsi, il apparaît très important de se pencher sur le soutien conjugal, au-delà du soutien social, au sein des couples infertiles qui doivent se soutenir mutuellement dans ce défi.

De ce fait, à notre connaissance, une seule étude s'est intéressée à l'impact du soutien conjugal des couples infertiles en lien avec leur bien-être psychologique (Kroemeke et Kubicka, 2018). Cette étude a montré qu'un haut niveau de soutien conjugal est associé à un niveau plus faible de dépression et à un sens de la vie plus élevé. Cela dit, le caractère transversal de l'étude, l'utilisation d'un questionnaire non spécifique aux couples infertiles pour évaluer l'impact négatif de l'infertilité (c.-à-d., les symptômes dépressifs) et le fait que les chercheurs n'ont pas considéré les différentes formes de soutien conjugal limitent notre compréhension du rôle du soutien conjugal dans diverses sphères de la qualité de vie spécifique à l'infertilité chez les couples ayant recours à la procréation médicalement assistée au fil du temps.

Par ailleurs, un nombre croissant d'études en contexte d'infertilité révèlent que l'ajustement d'un individu est associé à l'ajustement de son partenaire. En effet, des liens ont été identifiés entre des variables telles que le blâme quant au problème de fertilité, les stratégies d'adaptation et l'attachement chez un individu, et l'ajustement psychologique et conjugal de son partenaire (p. ex., Donarelli et al., 2016; Péloquin et al., 2018; Peterson et al., 2006). Certes, puisque l'infertilité touche la dyade et que le soutien conjugal est un facteur central dans le couple, il s'avère pertinent de considérer à la fois les effets du soutien conjugal chez un individu (c.-à.-d., les effets acteurs) et chez son partenaire (c., à.-d., les effets partenaires). Des études sur des patients atteints de cancer et leur conjoint mettent de l'avant que les patients perçoivent de leur partenaire est liée positivement à leur propre qualité de vie ainsi qu'à la qualité de vie de leur partenaire 8 mois plus tard (Julkunen et al., 2009) et 12 mois plus tard (Varner et al., 2019). D'autres chercheurs ont réalisé une étude dyadique entre le soutien conjugal et la qualité de vie de personnes âgées ayant un diagnostic de cancer de la peau où ils ont trouvé des effets acteurs et des effets partenaires allant également dans ce même sens (Butner-Kozimor et Savla, 2021). Il est donc possible de croire que le soutien perçu par un individu puisse être associé à la qualité de vie de son partenaire, mais aucune étude à ce jour n'a investigué cette question en contexte d'infertilité.

Objectif et hypothèses de recherche

Pour pallier les limites méthodologiques des études précédentes, la présente étude longitudinale a évalué le lien entre le soutien conjugal et la qualité de vie spécifique à l'infertilité chez des couples ayant recours à la procréation médicalement assistée. La qualité de vie a été évaluée à travers cinq différentes sphères de fonctionnement qui sont touchées par l'infertilité et les traitements de fertilité, soit (1) la vie émotionnelle, (2) la santé physique, les pensées et les

comportements, (3) la relation conjugale, (4) la vie sociale et (5) les symptômes physiques et psychologiques associés aux traitements. Il était attendu que les personnes qui rapportent recevoir un meilleur soutien (émotionnel, informationnel, tangible et physique) de leur partenaire rapporteraient une meilleure qualité de vie dans chacune des cinq sphères trois mois plus tard (effets acteurs). Les effets partenaires entre les quatre formes de soutien et les cinq sphères de qualité de vie ont été examinées. Les différences de genre potentielles dans les effets acteurs et partenaires ont été investigués de façon exploratoire.

Méthodologie

Participants

La présente étude s'inscrit dans une large étude longitudinale portant sur l'ajustement psychologique et conjugal chez les couples qui ont recours à la procréation médicalement assistée. Pour prendre part à l'étude, les couples devaient recevoir des traitements de fertilité dans une clinique de fertilité et ils devaient parler le français ou l'anglais. Les couples de même sexe ainsi que les femmes célibataires qui avaient recours à des traitements sans partenaire étaient pour leur part non éligibles pour participer à l'étude en raison du devis dyadique de l'étude et parce que leur expérience pourrait différer significativement des couples infertiles hétérosexuels (p. ex., absence de diagnostic médical d'infertilité, stigma).

L'échantillon initial était composé de 102 couples. Puisque la présente étude s'intéressait aux deux partenaires du couple, nous avons exclu 14 couples où un des deux partenaires n'avait pas complété le questionnaire au T1. Étant donné que l'objectif de cette étude était d'examiner la qualité de vie en lien avec l'infertilité, cinq couples ont été exclus puisqu'ils ont vécu une grossesse pendant l'étude et n'ont donc pas complété la mesure de qualité de vie liée à l'infertilité au T2. Le taux d'attrition trois mois plus tard était de 17% (15 couples), ce qui peut

s'expliquer par la difficulté à rejoindre cette population clinique dû au fait que l'infertilité demeure un sujet délicat à aborder pour certains individus. Cela dit, nous avons conservé ces 15 couples dans notre échantillon et leurs données manquantes ont été traitées par une méthode d'imputation simple, qui sera abordée dans la section des résultats. Ainsi, l'échantillon final pour la présente étude est composé de 83 couples de sexes/genres mixtes (femme-homme).

La moyenne d'âge des femmes était de 31 ans ($\acute{E}T = 4,24$; allant de 23 ans à 42 ans), alors que la moyenne d'âge des hommes était de 33 ans ($\acute{E}T = 5,23$; allant de 23 ans à 51 ans). Les femmes de l'échantillon étaient principalement blanches (94%), parlaient le français (82%), avaient complété des études postsecondaires (87%) et gagnaient 69 999\$ ou moins (75%). Pour ce qui est des hommes de l'échantillon, ils étaient majoritairement blancs (90%), parlaient le français (84%), avaient complété des études postsecondaires (68%) et gagnaient 69 999\$ ou moins (67%). Les participants étaient en relation avec leur partenaire depuis 7 ans en moyenne ($\acute{E}T = 3,28$; allant de 1 an à 14 ans) et 41% des couples étaient mariés. Ils étaient suivis dans une clinique de fertilité depuis 2 ans en moyenne ($\acute{E}T = 1,51$; allant de moins de 1 an à 8 ans). La majorité des couples avaient reçu un diagnostic d'infertilité (84%), dont la cause était liée à des facteurs féminins (33%, p. ex., endométriose, troubles ovulatoires, syndrome des ovaires polykystiques), masculins (22%, p. ex., azoospermie, oligo-astheno-téatospermies), mixtes (facteurs féminins et masculins; 10%) ou inexplicables (21%). Les autres couples étaient en procédure d'investigation et en attente d'un diagnostic (16%).

Procédure

Les couples ont été recrutés par l'entremise de publicités affichées dans quatre cliniques de fertilité québécoises et via des annonces distribuées sur les réseaux sociaux et par des associations pour patients infertiles, sollicitant leur participation à une large étude portant sur le

bien-être psychologique et relationnel des couples ayant recours à la procréation médicalement assistée. Un assistant de recherche bilingue du Laboratoire d'étude du couple a contacté chaque participant potentiel afin de vérifier leur éligibilité et de leur expliquer le déroulement de l'étude.

Les partenaires ont rempli un formulaire de consentement, puis ils ont répondu individuellement à des questionnaires, au T1, sur Qualtrics, qui est une plateforme de recherche en ligne sécurisée. Puis, ces couples ont été recontactés trois mois plus tard par l'assistant de recherche afin qu'ils remplissent des questionnaires de suivi comportant les mêmes mesures qu'au T1. À chaque temps de mesure, les conjoints ont complété les mesures individuellement et ont reçu 10\$ chacun pour compenser le temps investi dans l'étude. Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal.

Mesures

Questions démographiques

Les participants pouvaient choisir de compléter les questionnaires en français ou en anglais selon leur préférence. Des informations démographiques (p. ex., âge, durée de la relation) et portant sur l'historique médical des participants ont été récoltées.

Échelle de soutien dans les relations amoureuses

Le Support in Intimate Relationships Rating Scale (SIRRS; Barry et al., 2009) inclut 25 items examinant le soutien perçu de la part du partenaire à l'aide d'une échelle en cinq points allant de 0 = jamais à 4 = presque toujours. Quatre sous-échelles représentent les quatre types de soutien respectivement : 1) émotionnel (p. ex., « Mon/Ma conjoint(e) a pris parti pour moi en discutant d'une situation. »), 2) informationnel (p. ex., « Mon/Ma conjoint(e) a partagé avec moi des faits ou de l'information concernant une situation que je vivais. »), 3) tangible (p. ex., « Mon/Ma conjoint(e) a fait quelque chose pour m'aider indirectement avec ma situation [p.ex., a

offert de faire mes tâches ménagères]. ») et 4) physique (p. ex., « Mon/Ma conjoint(e) m'a serré dans ses bras ou s'est collé(e) contre moi. »). Les items des différentes sous-échelles sont additionnés et des scores élevés pour une sous-échelle signifie que l'individu rapporte recevoir davantage de ce type de soutien de son partenaire. L'échelle de mesure démontre une validité adéquate pour les hommes et les femmes à travers le temps et elle a une bonne cohérence interne pour les différentes sous-échelles (α variant de .86 à .92; Barry et al., 2009). Le questionnaire a été traduit en français, sous le nom d'Échelle de soutien dans les relations amoureuses (ESRA), par le Laboratoire d'étude du couple de l'Université de Montréal selon la méthode de validation transculturelle de Vallerand (1989). Dans la présente étude, la cohérence interne était adéquate pour les sous-échelles de soutien émotionnel (femmes : $\alpha = 0,87$; hommes : $\alpha = 0,88$), informationnel (femmes : $\alpha = 0,87$; hommes : $\alpha = 0,89$), tangible (femmes : $\alpha = 0,85$; hommes : $\alpha = 0,92$) et physique (femmes : $\alpha = 0,85$; hommes : $\alpha = 0,90$).

Questionnaire sur la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de fertilité

Le *Fertility Quality of Life Tool* (FertiQoL; Boivin et al., 2011) consiste en 36 items évaluant la qualité de vie des individus ayant des problèmes de fertilité. Cette mesure contient six sous-échelles dont quatre touchent la qualité de vie associée à diverses sphères de fonctionnement et deux touchent la qualité de vie associée spécifiquement aux traitements: 1) émotionnelle, soit l'impact des problèmes de fertilité sur les émotions négatives (p. ex., « Vos problèmes de fertilité vous font-ils ressentir de la jalousie ou du ressentiment? »), 2) esprit/corps, soit l'impact sur la santé physique, les pensées et les comportements (p. ex., « Vos pensées sur l'infertilité vous posent-elles des problèmes d'attention et de concentration? »), 3) relationnelle, soit l'impact sur la relation de couple et la sexualité (p. ex., « Trouvez-vous difficile d'exprimer à votre compagnon/compagne vos sentiments liés à vos problèmes de fertilité? »), 4) sociale, soit

l'impact sur les interactions avec les autres (p. ex., « Vous sentez-vous gêné(e) d'assister à des réunions de famille ou d'amis, comme des vacances ou des fêtes, à cause de vos problèmes de fertilité? »), 5) environnement, soit l'impact de l'accessibilité et de la qualité des traitements (p. ex., « Vous est-il possible de recourir aux examens et traitements médicaux que vous souhaitez? ») et 6) tolérance, soit l'impact des symptômes psychologiques et physiques des traitements (p. ex., « Le traitement de l'infertilité a-t-il des effets négatifs sur votre humeur? »). Les participants ont répondu aux items en utilisant une échelle de réponse en cinq points allant de 0 = jamais à 4 = presque toujours. Le score de chaque sous-échelle est multiplié par 25 et est divisé par le nombre d'items qu'elle comporte afin de mettre le score sur 100. Ainsi le score total varie entre 0 et 100 où les scores plus élevés indiquent une meilleure qualité de vie. Les échelles et le score global présentent une bonne validité et ont une bonne cohérence interne (α variant de .72 à .92; Boivin et al., 2011). Puisque l'échelle de mesure a été traduite et validée dans plus de 20 langues (Boivin et al., 2011), nous avons également utilisé la version française du questionnaire, portant le nom de Questionnaire sur la qualité des personnes ayant des problèmes de fertilité. Les sous-échelles sur l'environnement et sur la tolérance n'ont pas été utilisées puisqu'elles n'ont pas été administrées dans le cadre de l'étude plus large dans laquelle s'inscrit la présente étude. Ainsi, seules les sous-échelles sur la qualité de vie émotionnelle, esprit/corps, relationnelle et sociale ont été conservées. La cohérence interne dans la présente étude était adéquate pour la qualité de vie émotionnelle (femmes : $\alpha = 0,83$; hommes : $\alpha = 0,86$), esprit/corps (femmes : $\alpha = 0,89$; hommes : $\alpha = 0,81$), relationnelle (femmes : $\alpha = 0,76$; hommes : $\alpha = 0,74$) et sociale (femmes : $\alpha = 0,76$; hommes : $\alpha = 0,76$).

Résultats

Analyses préliminaires

La normalité des variables a été vérifiée. Toutes les variables se distribuaient normalement, puisque les scores d'aplatissement et d'asymétrie ne dépassaient pas les limites de -1 à 1. L'algorithme espérance-maximisation (EM) dans SPSS 26, qui est une méthode d'imputation simple, a été utilisé pour remplacer les données manquantes (13%, données manquantes aléatoirement), puisqu'il maximise la puissance statistique (Widaman, 2006). Ainsi, les couples n'ayant pas répondu aux questionnaires au T2 ont pu être conservés dans la présente étude. Des analyses préliminaires ont été réalisées afin d'identifier des co-variables possibles parmi les variables médicales et sociodémographiques. Les résultats de ces analyses indiquent que l'âge, la prise de médicaments pour la fertilité, la prise de médicaments pour l'humeur, le revenu et la scolarité ne sont pas liées aux variables de qualité de vie mesurées au T2 ni pour la femme ni pour l'homme.

Les statistiques descriptives des variables à l'étude ainsi que les corrélations bivariées entre ces variables sont présentées dans le Tableau 1. La perception de soutien émotionnel, informationnel, tangible et physique de la femme et de l'homme était liée positivement à leur propre qualité de vie relationnelle au T2. Pour la femme, sa perception de soutien informationnel était associée positivement à sa propre qualité de vie émotionnelle au T2, alors que pour l'homme, sa perception de soutien émotionnel était liée positivement à sa propre qualité de vie sociale au T2. La perception de soutien émotionnel et de soutien physique de la femme et de l'homme était associée positivement à la qualité de vie relationnelle au T2 de leur partenaire. Alors qu'aucun lien n'a été trouvé entre la perception de soutien informationnel de la femme et la qualité de vie de l'homme au T2, la perception de soutien informationnel de l'homme était

associée positivement à la qualité de vie relationnelle de la femme au T2. La perception de soutien tangible de la femme et de l'homme n'était pas liée aux sphères de qualité de vie de leur partenaire au T2. Par souci de parcimonie, la sous-échelle esprit/corps du FertiQoL a été retirée des analyses principales puisqu'elle n'était associée à aucune des variables de soutien. Ainsi, les analyses principales ont été effectuées avec les sous-échelles de qualité de vie émotionnelle, relationnelle et sociale.

Analyses principales

Pour évaluer le lien entre le soutien conjugal et la qualité de vie spécifique à l'infertilité, nous avons effectué des analyses acheminatoires basées sur le modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIM; Kenny et al., 2006). Ce modèle traite le couple comme une entité, ce qui permet de tester des effets acteurs (p. ex., le lien entre la perception de soutien émotionnel de la femme et sa propre qualité de vie relationnelle) et des effets partenaires (p. ex., le lien entre la perception de soutien émotionnel de la femme et la qualité de vie relationnelle de l'homme). Afin de maximiser la puissance statistique, les quatre types de soutien ont été examinés dans des modèles distincts à l'aide du logiciel AMOS 26 qui incluaient la perception de soutien au temps 1 ainsi que les variables de qualité de vie au temps 2 de chaque partenaire. Les variables de qualité de vie au temps 1 ont également été incluses dans les modèles à des fins de contrôle.

Pour vérifier les différences de sexe/genre dans les effets acteurs et partenaires, nous avons utilisé un test de distinguabilité des dyades, c'est-à-dire que nous avons comparé un modèle où les paramètres pouvaient varier librement à un modèle où les effets acteurs et partenaires étaient contraints à être égaux entre les femmes et les hommes, à l'aide d'un test de différence de khi carré (Kenny et al., 2006). Enfin, différents indices ont été utilisés afin d'évaluer l'adéquation du modèle statistique (Kline, 2016) : l'indice du *Standardized Root Mean*

Square Residual (SRMR; des valeurs égales ou inférieures à .08 indiquent une bonne adéquation), l'indice comparatif d'ajustement (CFI; des valeurs supérieures à .90 indiquent une adéquation raisonnable; des valeurs proches ou supérieures à .95 indiquent que le modèle représente bien les données) et l'indice de la racine de l'erreur quadratique de l'approximation (RMSEA; des valeurs égales ou inférieures à .06 indiquent une bonne adéquation) et son intervalle de confiance de 90%.

Soutien émotionnel

Étant donné qu'il n'y avait pas de différence significative entre le modèle contraint et le modèle non-contraint pour le soutien émotionnel ($\Delta\chi^2(9) = 11,881, p = 0,220$), nous avons retenu le modèle contraint qui force les liens à être égaux entre les femmes et les hommes, suggérant l'absence de différence de genre dans les effets acteurs et partenaires. Par ailleurs, en inspectant les indices de modification, nous avons identifié un effet partenaire (association positive) entre la qualité de vie relationnelle de la femme au T1 et la qualité de vie relationnelle de l'homme au T2. L'ajout de cet effet partenaire rendait l'adéquation du modèle significativement meilleure, alors nous l'avons conservé pour tous les modèles. L'adéquation du modèle final pour le soutien émotionnel était adéquate, $\chi(59) = 77,494, p = 0,054, CFI = 0,966, RMSEA = 0,062, 90\% CI [0,000, 0,097]$. Les résultats présentés dans la Figure 1 indiquent que la perception de soutien émotionnel plus élevée chez la femme et chez l'homme est liée à leur propre qualité de vie relationnelle plus élevée trois mois plus tard (effets acteurs). Le soutien émotionnel perçu par les femmes et les hommes au T1 n'était pas associé à la qualité de vie de leur partenaire au T2.

Soutien informationnel

En comparant le modèle contraint avec le modèle non-contraint, nous avons vu qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux modèles pour le soutien informationnel, suggérant qu'il n'y avait pas de différence de sexe/genre dans les effets acteurs et partenaires ($\Delta\chi^2(9) = 11,002, p = 0,276$). Ainsi, nous avons retenu le modèle contraint. L'adéquation du modèle final pour le soutien informationnel était bonne, $\chi(60) = 77,968, p = ,059, CFI = 0.966, RMSEA = 0,060, 90\% CI [0,000, 0,096]$. Les résultats présentés dans la Figure 2 indiquent que la perception de soutien informationnel plus élevée chez la femme et chez l'homme est associée à leur propre qualité de vie émotionnelle et relationnelle plus élevées trois plus tard (effets acteurs). Le soutien informationnel perçu par les femmes et les hommes au T1 n'était pas lié à la qualité de vie de leur partenaire au T2.

Soutien tangible

Puisque le modèle contraint ne différait pas du modèle non-contraint ($\Delta\chi^2(9) = 10,144, p = 0,339$), nous avons retenu le modèle contraint, suggérant l'absence de différences selon le sexe/genre pour le soutien tangible. L'adéquation du modèle final pour le soutien tangible était adéquate, $\chi(59) = 74,690, p = ,082, CFI = 0,971, RMSEA = 0,057, 90\% CI [0,000, 0,093]$. Les résultats présentés à la Figure 3 indiquent que la perception de soutien tangible plus élevée chez la femme et chez l'homme est liée à leur propre qualité de vie relationnelle plus élevée trois mois plus tard (effets acteurs). Le soutien tangible perçu par les femmes et les hommes au T1 n'était pas associé à la qualité de vie de leur partenaire au T2.

Soutien physique

Nous avons comparé le modèle contraint selon le genre/sexe des participants et le modèle non-contraint et les résultats suggéraient une absence de différence significative entre les deux

modèles ($\Delta\chi^2(9) = 13,793, p = 0,130$). Toutefois, puisque le modèle non-contraint affichait une meilleure adéquation que le modèle contraint, nous avons retenu le modèle non-contraint.

L'adéquation du modèle final pour le soutien physique était bonne, $\chi(53) = 71,162, p = ,049$, CFI = 0,968, RMSEA = 0,065, 90% CI [0,005, 0,101]. Les résultats présentés à la Figure 4 indiquent que la perception de soutien physique plus élevée chez la femme est associée à la qualité de vie relationnelle plus élevée chez son partenaire trois mois plus tard (effet partenaire). Le soutien physique perçu par les femmes et les hommes au T1 n'était pas lié à leur propre qualité de vie au T2.

Discussion

L'infertilité a un impact sur les deux membres du couple, lesquels représentent la principale source de soutien l'un pour l'autre dans cette épreuve de vie difficile (Walen et Lachman, 2000). Bien que les écrits scientifiques suggèrent que l'infertilité peut réduire la qualité de vie des couples infertiles (Boivin et al., 2011; Chachamovich et al., 2010; Huppelschoten et al., 2013; Monga et al., 2004), les facteurs de risque et de protection liés à l'ajustement psychologique et conjugal des couples ayant recours à la procréation médicalement assistée demeurent méconnus. Ainsi, cette étude dyadique longitudinale visait à examiner le lien entre le soutien conjugal et la qualité de vie spécifique à l'infertilité évaluée trois mois plus tard chez les deux membres de couples ayant recours à des traitements de fertilité. Pour élargir notre compréhension du soutien conjugal, le soutien émotionnel, informationnel, tangible et physique ont été considérés. Globalement, les résultats indiquent que la perception de soutien conjugal d'une personne est associée à sa propre qualité de vie émotionnelle et relationnelle plus élevée trois mois plus tard. Bien qu'aucun lien n'ait été trouvé entre la perception des quatre types de soutien conjugal et la qualité de vie sociale trois mois plus tard, ce résultat n'est pas surprenant

pour autant. En effet, ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la présente étude s'intéressait aux facteurs dyadiques (effets acteurs et partenaires), soit à l'intérieur du couple, et que certains des items de l'échelle de qualité de vie sociale (FertiQoL; Boivin et al., 2011) se rapportaient davantage aux interactions avec les autres et au soutien social de manière plus générale, plutôt qu'au soutien du partenaire (p. ex., « Êtes-vous satisfait (e) du soutien que vous recevez de vos amis au sujet de vos problèmes de fertilité? », « Pensez-vous que votre famille comprend ce que vous vivez? »). En ce sens, il est possible qu'il n'y ait pas de lien entre la perception du soutien reçu du partenaire amoureux et le soutien perçu des autres membres de l'entourage.

Soutien émotionnel et qualité de vie liée aux traitements de fertilité

Les résultats suggèrent que la perception de soutien conjugal émotionnel d'une personne est liée à sa propre qualité de vie relationnelle plus élevée, ce qui confirme notre hypothèse. En ce sens, si une personne perçoit que son partenaire la rassure, lui fournit de l'affection et fait preuve d'empathie à son égard, elle semble moins observer d'impact négatif de l'infertilité sur sa sexualité et sa relation conjugale trois mois plus tard. L'empathie, étant le fait d'être en mesure de comprendre et de partager les émotions d'autrui (Cohen et Strayer, 1996), pourrait jouer un rôle dans l'ajustement conjugal de ces couples. Puisque les traitements de fertilité génèrent beaucoup d'émotions et de stress chez les partenaires, il apparaît important que ceux-ci puissent bien se comprendre ainsi que valider et ressentir la détresse de l'autre afin de pouvoir se soutenir mutuellement dans cette épreuve de vie importante. La recherche démontre d'ailleurs que l'empathie est liée à une meilleure résolution des conflits (Zimmer et al., 1993) et à davantage de satisfaction conjugale (Busby et Gardner, 2008; Davis et Oathout, 1987; Franzoi et al., 1985; Long, 1993; Long et Andrews, 1990; Long et al., 1999), suggérant que l'empathie pourrait être un facteur de protection permettant aux conjoints de mieux gérer ensemble le stress et les

tensions générés dans le contexte de la procréation médicalement assistée. De plus, des études révèlent que les individus qui éprouvent de l'empathie à l'égard de leur partenaire relatent avoir une satisfaction sexuelle plus élevée (Bois et al., 2015; Gadassi et al., 2015; Kleinplatz et al., 2013; Larson et al., 1998), corroborant ainsi nos résultats. D'autres études portant sur la perception de réponse sensible chez le partenaire (*perceived partner responsiveness*) vont également dans le même sens et démontrent que les individus qui perçoivent leur partenaire comme étant plus à l'écoute de leur besoin et sensible à leur ressenti sont aussi plus satisfaits sur les plans relationnels et sexuels (Gable et al., 2006; Gadassi et al., 2016; Merwin et Rosen, 2020; Reis et al., 2004).

Soutien informationnel et qualité de vie liée aux traitements de fertilité

Dans la même lignée, les résultats suggèrent que la perception de soutien informationnel d'une personne est liée à sa propre qualité de vie émotionnelle et relationnelle plus élevées, ce qui confirme aussi notre hypothèse de départ. Ainsi, si une personne perçoit que son partenaire lui communique de l'information concrète et la conseille lorsqu'elle rencontre des problèmes, elle semble moins ressentir l'impact négatif des problèmes de fertilité et des traitements d'un point de vue émotionnelle (p. ex., jalousie, ressentiment, tristesse) et sur sa relation de couple et sa sexualité. Le fait que son partenaire la conseille et lui donne de la rétroaction pourrait indiquer à la personne que son partenaire a porté attention à son besoin d'information et qu'il comprend ses questionnements. Les réponses et les faits donnés par son partenaire lui permettraient possiblement de mieux comprendre l'infertilité et les traitements qui y sont associés, comme les coûts, la durée, la procédure, etc. Étant donné que le contexte d'infertilité peut générer du stress et un sentiment de perte de contrôle (Chachamovich et al., 2010; Glover et al., 2009; Rockliff et al., 2014; Schmidt, 2006), les informations concrètes pourraient également réduire le stress ainsi

que les émotions négatives (p. ex., colère) en plus d'augmenter son impression d'avoir la capacité de faire face à cette épreuve et son sentiment de contrôle. Par ailleurs, la littérature scientifique montre que les conjoints qui discutent ouvertement et qui se partagent de l'information ont une plus grande confiance en leur relation (Sauvé et al., 2018; Schmidt et al., 2005). Ainsi, la perception de recevoir du soutien informationnel de la part de son partenaire pourrait augmenter le sentiment de sécurité dans la relation et renforcer la capacité des conjoints de traverser cette épreuve ensemble (Sauvé et al., 2018). De plus, une étude a exposé que le soutien informationnel est lié à moins de difficultés sexuelles chez des patientes atteintes de cancer du sein (Kinsinger et al., 2011), ce qui va dans le même sens que nos résultats.

Soutien tangible et qualité de vie liée aux traitements de fertilité

Dans le même ordre d'idées, les résultats suggèrent que la perception de soutien tangible d'une personne est liée à sa propre qualité de vie relationnelle plus élevée, ce qui confirme notre hypothèse. Ainsi, lorsqu'une personne rapporte percevoir que son partenaire pose des actions directes et/ou indirectes pour l'aider à résoudre des problèmes ou pour gérer les autres stressors de la vie (p. ex., travail, école, argent), celle-ci semble moins percevoir l'impact négatif des traitements de fertilité sur sa relation de couple et sa sexualité. Puisque que les traitements de fertilité s'accompagnent souvent de nombreux rendez-vous médicaux pouvant bouleverser le quotidien du couple, il semble nécessaire que les partenaires puissent se faire confiance et s'en remettre à l'autre afin de préserver leur relation. Si le partenaire fait des gestes concrets pour que l'autre se sente mieux ou qu'il lui offre de l'aide, la personne pourrait avoir l'impression qu'ils forment une équipe, contribuant ainsi à un meilleur ajustement des partenaires à travers cette épreuve conjugale. Par ailleurs, des études sur la résilience conjugale, qui se traduit comme étant un processus d'ajustement conjugal à base de confiance caractérisé par du respect et de la

mutualité vis-à-vis de la relation (Martin et al., 2014), montrent qu'une dynamique de collaboration entre les partenaires dans des situations adverses est associée à une qualité de vie relationnelle plus élevée et à davantage de satisfaction conjugale (Meier et al., 2011; Ridenour et al., 2009). Le fait que le partenaire participe aux activités journalières du couple peut réduire la détresse conjugale et augmenter le sentiment de sécurité dans la relation, car les deux partenaires décident de rester ensemble afin de vivre le défi qu'est l'infertilité en tant qu'unité de couple. De plus, la division de tâches et de responsabilités entre les partenaires pourrait indiquer à l'autre que son partenaire a le désir de partager le fardeau avec elle (Sauvé et al., 2018), permettant d'alléger le quotidien de chacun. Les conjoints infertiles pourraient avoir davantage d'appréciation pour leur partenaire et estimer que leur relation est assez solide pour surmonter les divers obstacles auxquels ils pourraient faire face à travers le temps.

Soutien physique et qualité de vie liée aux traitements de fertilité

Enfin, les résultats suggèrent que la perception de soutien physique de la femme est liée à une meilleure qualité de vie relationnelle chez son partenaire. Alors, lorsque la femme rapporte qu'elle reçoit des actes physiques (p. ex., baisers, caresses) en guise de soutien de la part de son partenaire, ce dernier semble moins percevoir l'impact négatif des traitements de fertilité sur sa sexualité et sa relation conjugale. En effet, la littérature met en évidence que le toucher affectueux, qui est par définition un contact physique chaleureux et positif communiquant du soutien et de l'amour à une personne (Jabukiak et Feeney, 2017), apporte de nombreux bienfaits au sein de la relation conjugale (Debrot et al., 2013; Gullede et al., 2003; Jolink et al., 2021; Muise et al., 2014), dont un désir de se rapprocher (Ben-Ari et Lavee, 2007), suggérant que les gestes physiques pourraient réduire la détresse conjugale engendrée par les traitements de fertilité et renforcer la relation de couple. D'autre part, l'effet partenaire que nous avons trouvé

en ce qui concerne le soutien physique pourrait s'expliquer par l'utilisation du concept de *perceived partner responsiveness*, se traduisant comme étant le fait qu'une personne perçoit que les réponses de son partenaire à ses besoins sont teintées de validation, de compréhension et de bienveillance (Reis, 2012). Lorsque l'homme perçoit que sa partenaire est réceptive à son besoin de lui donner des actes physiques pour lui montrer son soutien, il percevrait moins l'impact négatif du contexte de fertilité sur sa relation de couple et sur sa sexualité. La recherche montre que le *perceived partner responsiveness* est lié à davantage de satisfaction conjugale (Fekete et al., 2007; Tasfiliz et al., 2018), de satisfaction sexuelle (Bois et al., 2016; Muise et Impett, 2015;) et de désir sexuel (Birnbaum et Reis, 2012; Birnbaum et al., 2006), corroborant par le fait-même nos résultats.

Associations dyadiques pour la qualité de vie relationnelle des partenaires

Par ailleurs, les résultats suggèrent que la qualité de vie relationnelle de la femme est liée à une meilleure qualité de vie relationnelle chez son partenaire trois mois plus tard. Bien que nous n'eussions pas émis cette hypothèse au départ, ce résultat n'est pas étonnant. En effet, plusieurs études révèlent que l'ajustement d'un individu est associé à l'ajustement de son partenaire en contexte d'infertilité (p. ex., Donarelli et al., 2016; Péloquin et al., 2018; Peterson et al., 2006), ce qui expliquerait que la qualité de vie de la femme au temps 1 soit liée à la qualité de vie plus élevée chez son partenaire au temps 2. Dans une étude sur l'attribution du blâme dans la procréation médicalement assistée, des chercheurs ont montré que lorsque la femme prend le blâme pour l'infertilité, l'homme rapporte des symptômes anxieux et dépressifs plus élevés (Péloquin et al., 2018), soulignant l'importance d'examiner les effets partenaires en contexte d'infertilité. Alors, si l'homme perçoit que sa conjointe compose bien avec les stressors associés aux traitements de fertilité, c'est-à-dire qu'elle rapporte moins d'effets négatifs des traitements

sur sa relation de couple, il pourrait avoir davantage confiance en leur capacité de surmonter des défis en tant que couple, ce qui pourrait réduire sa perception que l'infertilité et les traitements entravent leur relation conjugale et, ainsi, expliquer sa propre qualité de vie relationnelle plus élevée trois mois plus tard.

Forces et limites

Cette étude présente plusieurs forces. Tout d'abord, le devis dyadique de l'étude permet de considérer la contribution des deux partenaires du couple et son devis longitudinal permet de mieux comprendre l'adaptation des couples infertiles dans le temps, ce que peu d'études dans ce champ de recherche ont fait jusqu'à présent. Ensuite, cette étude est la première à étudier le lien entre le soutien conjugal et la qualité de vie spécifique en contexte d'infertilité par l'utilisation d'un questionnaire relatant l'expérience des personnes ayant des problèmes de fertilité. Par contre, la petite taille de l'échantillon et le fait que la majorité des participants s'identifiait comme des personnes blanches limitent la généralisation des résultats à d'autres populations, car les résultats ne tiennent pas compte de la diversité culturelle chez les couples qui ont recours à la procréation médicalement assistée. Bien que les données manquantes aient été imputées, le taux d'attrition de l'échantillon consiste tout de même une limite à notre étude. De plus, l'échantillon ne comportait que des couples qui consultent en clinique de fertilité, ce qui pourrait ne pas rendre compte de l'expérience des couples infertiles n'ayant pas recours à des traitements de fertilité.

De plus, les couples de la communauté LGBTQ+ et les femmes célibataires ne sont pas représentés dans l'étude, bien que ceux-ci aient souvent recours à la procréation médicalement assistée pour fonder une famille. La mesure de qualité de vie utilisée dans la présente étude étant propre à l'infertilité médicale et non validée pour les individus ne présentant pas d'infertilité médicale, tel la plupart des couples de la communauté LGBTQ+ et des femmes célibataires, alors

il n'aurait pas été possible de les inclure dans la présente étude. Toutefois, il serait pertinent d'inclure ces couples dans de futures études mesurant leur qualité de vie dans le contexte de la procréation médicalement assistée (c.à.d., excluant l'expérience de l'infertilité médicale) afin de développer une meilleure compréhension de leur vécu spécifique. Ainsi, d'autres études pourraient comparer le parcours des couples de sexes/genres mixtes vivant une infertilité médicale et des couples dont les individus s'identifient comme LGBTQ+ en ce qui a trait à leur expérience en clinique de fertilité. Enfin, le devis corrélationnel de l'étude nous empêche d'établir la causalité entre nos variables. Ainsi, il est difficile de déterminer si le soutien perçu contribue effectivement à augmenter la qualité de vie liée à l'infertilité au fil du temps. Il est possible qu'il soit plus facile de soutenir le partenaire lorsque l'individu ressent personnellement moins de stress et de détresse lié au parcours de fertilité. Des études utilisant des journaux quotidiens pourraient nous permettre d'établir des liens plus proximaux entre le fait de recevoir chaque type de soutien et la perception de stress lié à l'infertilité et aux traitements sur différentes sphères de vie au quotidien.

Conclusion

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que la perception de soutien conjugal chez les femmes et les hommes qui ont recours aux traitements de fertilité est associée à une meilleure qualité de vie relationnelle liée à l'infertilité trois mois plus tard, soulignant ainsi l'importance de s'intéresser aux deux membres du couple autant sur le plan de la recherche que sur le plan clinique. Par ailleurs, des chercheurs pourraient examiner d'autres facteurs de protection propres à la dyade (p. ex., intimité, engagement conjugal, gestion dyadique du stress) afin de mieux cerner ce qui permet aux couples ayant recours à la procréation médicalement assistée d'avoir un meilleur ajustement conjugal dans ce contexte d'adversité.

Cliniquement, les résultats proposent que le fait de se sentir soutenu par son/sa partenaire pourraient possiblement aider à réduire le fardeau émotionnel (p. ex., colère, anxiété, stress) et relationnel des traitements de fertilité, soulignant les bienfaits potentiels des interventions ciblant le soutien conjugal. Ainsi, des cliniciens pourraient évaluer le soutien conjugal chez des couples débutant des procédures de procréation médicalement assistée et fournir à ces couples de l'information sur les différentes formes de soutien afin de les préparer adéquatement pour qu'ils puissent traverser ce défi en éprouvant moins de difficultés conjugales et émotionnelles majeures. Les interventions cliniques pourraient cibler les deux membres du couple, étant donné que l'ajustement de l'un est lié à l'ajustement de son partenaire, ce qui apporterait des bienfaits au sein des deux partenaires de la relation conjugale.

Références

- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(3), 455-469.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.455>
- Barry, R., Bunde, M., Brock, R., Lawrence, E., & Kazak, A. E. (2009). Validity and utility of a multidimensional model of received support in intimate relationships. *Journal of Family Psychology*, *23*(1), 48-57. <https://doi.org/10.1037/a0014174>
- Bayley, T. M., Slade, P., & Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*, *24*(11), 2827–2837. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep235>
- Ben-Ari, A., & Lavee, Y. (2007). Dyadic closeness in marriage: From the inside story to a conceptual model. *Journal of Social and Personal Relationships*, *24*(5), 627–644.
<https://doi.org/10.1177/0265407507081451>
- Birnbaum, G. E., & Reis, H. T. (2012). When does responsiveness pique sexual interest? Attachment and sexual desire in initial acquaintanceships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *38*(7), 946–958. <https://doi.org/10.1177/0146167212441028>
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, *91*(5), 929–943.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.929>

- Bloom J.R. (1986). Social support and adjustment to breast cancer. In: Andersen B.L. (eds) *Women with Cancer*. Contributions to psychology and medicine. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8671-1_6
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., Mayrand, M., Brassard, A., & Sadikaj, G. (2016). Intimacy, sexual satisfaction and sexual distress in vulvodynia couples: An observational study. *Health Psychology, 35*(6): 531–540. <https://doi.org/10.1037/hea0000289>
- Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility, 96*(2), 409-415. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.02.046>
- Bradbury, T. N., Cohan, C. L., & Karney, B. R. (1998). Optimizing longitudinal research for understanding and preventing marital dysfunction. In T. N. Bradbury (Ed.), *The developmental course of marital dysfunction* (p. 279–311). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527814.011>
- Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2004). Understanding and altering the longitudinal course of marriage. *Journal of Marriage and Family, 66*(4), 862-879. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00059.x>
- Bradbury, T. N., Rogge, R., & Lawrence, E. (2001). Reconsidering the role of conflict in marriage. In A. Booth, A. C. Crouter, & M. Clements (Eds.), *Couples in conflict*, (pp. 59-82). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin, 112*(1), 39-63. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.39>

- Bushnik, T., Cook, J., Yuzpe, A., Tough, S., & Collins, J. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction, 27*(3), 738-746.
<https://doi.org/10.1093/humrep/der465>
- Butner-Kozimor, L. M., & Savla, J. (2021). Couples facing skin cancer in old age: A dyadic investigation of partner support and quality of life. *The International Journal of Aging & Human Development, 93*(2), 746–766. <https://doi.org/10.1177/0091415020940193>
- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J., & Kashy, D. A. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: The role of attachment anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(3), 510-531. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.3.510>
- 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 & Gynaecology, 31*(2), 101-110.
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.481337>
- Chiaffarino, F., Baldini, M., 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.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.04.032>
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 454–460. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.454>
- Cutrona, C. E. (1996). *Social support in couples*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Dagan, M., Sanderman, R., Schokker, M. C., Wiggers, T., Baas, P. C., van Haastert, M., & Hagedoorn, M. (2011). Spousal support and changes in distress over time in couples coping with cancer: The role of personal control. *Journal of Family Psychology, 25*(2), 310–318. <https://doi.org/10.1037/a0022887>
- Debrot, A., Schoebi, D., Perrez, M., & Horn, A. B. (2013). Touch as an interpersonal emotion regulation process in couples' daily lives: The mediating role of psychological intimacy. *Personality and Social Psychology Bulletin, 39*(10), 1373–1385. <https://doi.org/10.1177/0146167213497592>
- DeLongis, A., Capreol, M., Holtzman, S., O'Brien, T., & Campbell, J. (2004). Social support and social strain among husbands and wives: A multilevel analysis. *Journal of Family Psychology, 18*(3), 470-479. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.3.470>
- Donarelli, Z., Kivlighan, D. M., Jr., 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. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.023>
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *European J. of Contraception and Reproductive Healthcare, 13*(3), 271-281. <https://doi.org/10.1080/13625180802049187>
- Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine, 6*(12), 3335-3346. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01355.x>

- Faramarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F., Heidary, S., & Afshar, Z. (2013). The effect of the cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy on infertility stress: A randomized controlled trial. *International Journal of Fertility & Sterility*, 7(3), 199–206.
- Fekete, E. M., Stephens, M. A. P., Mickelson, K. D., & Druley, J. A. (2007). Couples' support provision during illness: The role of perceived emotional responsiveness. *Families, Systems, & Health*, 25(2), 204-217. <https://dx.doi.org/10.1037/1091-7527.25.2.204>
- Gable, S. L., Gonzaga, G. C., & Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Supportive responses to positive event disclosures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 904–917. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.904>
- Gadassi, R., Bar-Nahum, L. E., Newhouse, S., Anderson, R., Heiman, J. R., Rafaeli, E., & Janssen, E. (2016). Perceived partner responsiveness mediates the association between sexual and marital satisfaction: A daily diary study in newlywed couples. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 109-120. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0448-2>
- Gatien, C., Too, A., & Cormier, S. (2021). Dimensions of relationship adjustment as correlates of depressive and anxiety symptoms among individuals with chronic pain. *Psychology, Health & Medicine*, 1-12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1936579>
- Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(1), 68-80.
- 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. <https://doi.org/10.1080/02646830903190896>

- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G., Lykeridou, K., Schmidt, L., & Vaslamatzis, G. (2012). Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive Biomedicine Online*, 24(6), 670-679. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.002>
- Gremore, T. M., Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Atkins, D. C., & Keefe, F. J. (2011). Stress buffering effects of daily spousal support on women's daily emotional and physical experiences in the context of breast cancer concerns. *Health Psychology*, 30(1), 20–30. <https://doi.org/10.1037/a0021798>
- Gulledge, A. K., Gulledge, M. H., & Stahmann, R. F. (2003). Romantic physical affection types and relationship satisfaction. *The American Journal of Family Therapy*, 31(4), 233–242. <https://doi.org/10.1080/01926180390201936>
- Gunby, J., Bissonnette, F., Librach, C., & Cowan, L. (2010). Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2006 results from the Canadian ART register. *Fertility and Sterility*, 93(7), 2189–2201. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.03.102>
- Heffner, K., Kiecolt-Glaser, L., Loving, J., Glaser, K., & Malarkey, T. (2004). Spousal support satisfaction as a modifier of physiological responses to marital conflict in younger and older couples. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(3), 233-254. <https://doi.org/10.1023/B:JOBM.0000028497.79129.ad>
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 12(1), 25-31. <https://doi.org/10.1023/A:1023509117524>

- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology, 15*(2), 135-148.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.15.2.135>
- Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction & Genetics, 28*(11), 1111-1117. <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9637-2>
- Huppelschoten, A. G., van Dongen, A. J., Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Kremer, J. A., & Nelen, W. L. (2013). Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Human Reproduction, 28*(8), 2168–2176.
<https://doi.org/10.1093/humrep/det239>
- Iida, M., Stephens, M. A. P., Rook, K. S., Franks, M. M., & Salem, J. K. (2010). When the going gets tough, does support get going? Determinants of spousal support provision to type 2 diabetic patients. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*(6), 780–791.
<https://doi.org/10.1177/0146167210369897>
- Jakubiak, B. K., & Feeney, B. C. (2017). Affectionate touch to promote relational, psychological, and physical well-being in adulthood: A theoretical model and review of the research. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of The Society for Personality and Social Psychology, Inc, 21*(3), 228–252.
<https://doi.org/10.1177/1088868316650307>
- Jolink, T. A., Chang, Y. P., & Algoe, S. B. (2021). Perceived partner responsiveness forecasts behavioral intimacy as measured by affectionate touch. *Personality & Social*

Psychology Bulletin. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1177/0146167221993349>

Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of psychosomatic research*, 66(3), 235–244.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.011>

Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3–

34. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>

Kayser, K., & Sormanti, M. (2002). A follow-up study of women with cancer: Their psychosocial well-being and close relationships. *Social Work in Health Care*, 35(1-2),

391–406. https://doi.org/10.1300/J010v35n01_04

Kayser, K., Sormanti, M., & Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer: The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology of Women Quarterly*,

23(4), 725–739. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1999.tb00394.x>

Kleinplatz, P. J., Ménard, A. D., Paradis, N., Campbell, M., & Dalglish, T. L. (2013). Beyond sexual stereotypes: Revealing group similarities and differences in optimal sexuality.

Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du

Comportement, 45(3), 250–258. <https://doi.org/10.1037/a0031776>

Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). Methodology in the social sciences (David A. Kenny, Series Editor). *Dyadic data analysis*. Guilford Press.

Khan, C. M., Stephens, M. A. P., Franks, M. M., Rook, K. S., & Salem, J. K. (2013). Influences of spousal support and control on diabetes management through physical activity. *Health*

Psychology, 32(7), 739–747. <https://doi.org/10.1037/a0028609>

- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472–503. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.472>
- Kinsinger, S. W., Laurenceau, J.-P., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2011). Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychology & Health*, 26(12), 1571–1588. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533771>
- Kjaer, T., Albieri, V., Jensen, A., Kjaer, S. K., Johansen, C., & Dalton, S. O. (2014). Divorce of end of cohabitation among Danish women evaluated for fertility problems. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 93(3), 269-276. <https://doi.org/10.1111/aogs.12317>
- Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PLoS ONE*, 13(6), e0200124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>
- Kurdek, L. A. (2005). Gender and marital satisfaction early in marriage: A growth curve approach. *Journal of Marriage and Family*, 67(1), 68–84. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2005.00006.x>
- Larson, J. H., Anderson, S. M., Holman, T. B., & Niemann, B. K. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24(3), 193–206. <https://doi.org/10.1080/00926239808404933>
- Lawrence, E., Bunde, M., Barry, R., Brock, R., Sullivan, K., Pasch, L., . . . Adams, E. (2008). Partner support and marital satisfaction: Support amount, adequacy, provision, and solicitation. *Personal Relationships*, 15(4), 445-463. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2008.00209.x>

- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288-294. <https://doi.org/10.1093/humrep/del327>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.11.052>
- Luk, B., & Loke, A. (2014). 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), 1-16. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>
- Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction*, 24(4), 906-912. <https://doi.org/10.1093/humrep/den462>
- Manne, S. L., Pape, S. J., Taylor, K. L., & Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping, and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 111–121. <https://doi.org/10.1007/BF02908291>
- Martin, J., Péloquin, K., Flahault, C., Muise, L., Vachon, M.-F., & Sultan, S. (2014). Vers un modèle de la résilience conjugale des parents d'enfants atteints par le cancer. *Psycho-Oncologie*, 8, 222-229. <https://doi.org/10.1007/s11839-014-0488-9>

- Martins, M., Peterson, B., Almeida, V., & Costa, M. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113-2121. <https://doi.org/10.1093/humrep/der157>
- Martins, M., Peterson, B., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83-89. <https://doi.org/10.1093/humrep/det403>
- Martins, M., Peterson, B., Costa, P., Costa, M., Lund, R., & Schmidt, L. (2013). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(4), 371-388. <https://doi.org/0.1177/0265407512456672>
- Meier, C., Bodenmann, G., Mörgeli, H., & Jenewein, J. (2011). Dyadic coping, quality of life, and psychological distress among chronic obstructive pulmonary disease patients and their partners. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 6, 583–596. <https://doi.org/10.2147/COPD.S24508>
- Merwin, K. E., & Rosen, N. O. (2020). Perceived partner responsiveness moderates the associations between sexual talk and sexual and relationship well-being in individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, 57(3), 351–364. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1610151>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1998.tb00991.x>
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.015>

Montazeri, A. (2007). Infertility and health related quality of life: Minireview of the literature.

Journal of Family & Reproductive Health, 1(2), 55–58.

Mousavi, S. A., Masoumi, S. Z., Keramat, A., Pooralajal, J., & Shobeiri, F. (2013). Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: A systematic review.

Journal of Reproduction & Infertility, 14(3), 110–119.

Muise, A., Giang, E., & Impett, E. A. (2014). Post sex affectionate exchanges promote sexual and relational satisfaction. *Archives of Sexual Behavior, 43*(7), 1391–1402.

<https://doi.org/10.1007/s10508-014-0305-3>

Muise, A., & Impett, E. A. (2015). Good, giving, and game: The relationship benefits of communal sexual motivation. *Social Psychological and Personality Science, 6*(2), 164–

172. <https://doi.org/10.1177/1948550614553641>

Onat, G., & Beji, N. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability, 30*(1), 39-52. [https://doi.org/10.1007/s11195-011-](https://doi.org/10.1007/s11195-011-9233-5)

[9233-5](https://doi.org/10.1007/s11195-011-9233-5)

Pasch, L. A., & Bradbury, T. N. (1998). Social support, conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 219-230.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.219>

Péloquin, K., Brassard, A., Arpin, V., Sabourin, S., & Wright, J. (2018). Whose fault is it?

Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 39*(1), 64-72.

<https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1289369>

- Peters, K., Jackson, D., & Rudge, T. (2011). Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples. *Contemporary Nurse: A Journal for The Australian Nursing Profession*, 40(1), 130-140. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.40.1.130>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 55(2), 227-239. <https://doi.org/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 and Sterility*, 95(5), 1759-1763. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.01.125>
- Pow, J., Stephenson, E., Hagedoorn, M., & DeLongis, A. (2018-Online Publication). Spousal support for patients with rheumatoid arthritis: Getting the wrong kind is a pain. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01760>
- Purcell-Lévesque, C., Brassard, A., Carranza-Mamane, B., & Péloquin, K. (2019). Attachment and sexual functioning in women and men seeking fertility treatment and their partners. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3), 202-210. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1471462>
- Reis, H. T. (2012). Perceived partner responsiveness as an organizing theme for the study of relationships and well-being. In L. Campbell & T. J. Loving (Eds.), *Interdisciplinary research on close relationships: The case for integration* (pp. 27–52). American Psychological Association.

- Reis, H. T., Clark, M. S., & Holmes, J. G. (2004). Perceived partner responsiveness as an organizing construct in the study of intimacy and closeness. In D. J. Mashek & A. P. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 201–225). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, *31*(1), 34–51. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9077-z>
- Rockliff, H. E., Lightman, S. L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U., & Vedhara, K. (2014). A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human Reproduction Update*, *20*(4), 594–613. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmu010>
- Sauvé, M., Péloquin, K., & Brassard, A. (2018-Online Publication). Moving forward together, stronger, and closer: An interpretative phenomenological analysis of marital benefits in infertile couples. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105318764283>
- Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Danish Medical Bulletin*, *53*(4), 390–417.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.015>
- Shrout, P. E., Herman, C. M., & Bolger, N. (2006). The costs and benefits of practical and emotional support on adjustment: A daily diary study of couples experiencing acute

- stress. *Personal Relationships*, 13(1), 115-134. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00108.x>
- Steuber, K. R., & Haunani Solomon, D. (2008). Relational uncertainty, partner interference, and infertility: A qualitative study of discourse within online forums. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(5), 831–855. <https://doi.org/10.1177/0265407508096698>
- Steuber, K. R., & High, A. (2015). Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. *Human Reproduction*, 30(7), 1635-1642. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev093>
- Sullivan, K. T., & Davila, J. (2010). *Support processes in intimate relationships*. Oxford University Press.
- Sullivan, K. T., Pasch, L. A., Johnson, M. J., & Bradbury, T. N. (2010). Social support, problem-solving, and the longitudinal course of newlywed marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 631-644. <https://doi.org/10.1037/a0017578>
- Tasfiliz, D., Selcuk, E., Gunaydin, G., Slatcher, R. B., Corriero, E. F., & Ong, A. D. (2018). Patterns of perceived partner responsiveness and well-being in Japan and the United States. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 32(3), 355–365. <https://doi.org/10.1037/fam0000378>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française [Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662–680. <https://doi.org/10.1037/h0079856>

- Varner, S., Lloyd, G., Ranby, K. W., Callan, S., Robertson, C., & Lipkus, I. M. (2019). Illness uncertainty, partner support, and quality of life: A dyadic longitudinal investigation of couples facing prostate cancer. *Psycho-oncology*, *28*(11), 2188–2194.
<https://doi.org/10.1002/pon.5205>
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W., & Braat, D. D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, *25*(5), 1234–1240. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq054>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaijaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, *13*(1), 27–36.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, *20*(8), 2253–2260.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dei015>
- Walen, H. R., & Lachman, M. E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, *17*(1), 5–30. <https://doi.org/10.1177/0265407500171001>
- Wischmann, T. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*(5), 1868–1876. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x>
- World Health Organization. (2002). Report of a WHO meeting. In E. Vayena, P. J. Rowe, & P. D. Griffin (Eds.), *Current practises and controversies in assisted reproduction*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wright, J., Allard, M., Lecours, A., & Sabourin, S. (1989). Psychosocial distress and infertility:

A review of controlled research. *International Journal of Fertility*, 34(2), 126–142.

Yazdani, F., Elyasi, F., Peyvandi, S., Moosazadeh, M., Samadaee Galekoliaee, K., Kalantari, F.,

... Hamzehgardeshi, Z. (2017). Counseling-supportive interventions to decrease infertile women's perceived stress: A systematic review. *Electronic Physician*, 9(6), 4694–4702.

<https://doi.org/10.19082/4694>

Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication,

emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital*

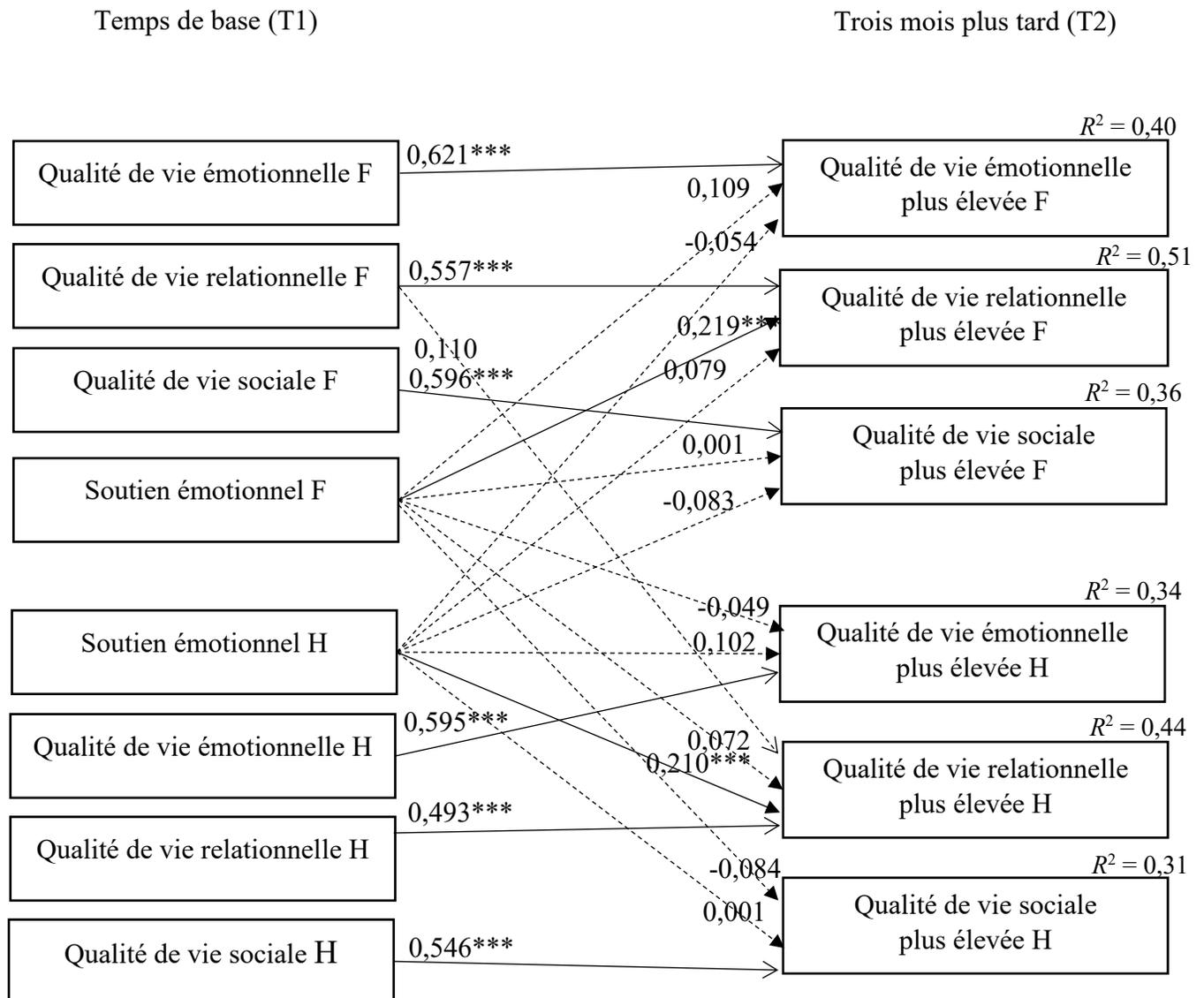
Therapy, 40(4), 275–293. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751072>

Tableau 1. Moyennes, écart-types et corrélations bivariées entre les variables du soutien conjugal et de la qualité de vie chez les femmes et chez les hommes ($n = 83$ couples)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.Soutien émotionnel F		0,73**	0,69**	0,44**	0,11	0,46**	0,02	0,03	0,41**	-0,18	0,32**	0,24*	0,21	0,28**	0,01	0,25*	-0,06	-0,05	0,28*	-0,12
2.Soutien informationnel F			0,69**	0,34**	0,21	0,49**	0,11	0,22*	0,36**	0,01	0,28**	0,22	0,18	0,29**	0,05	0,27*	-0,03	0,06	0,12	-0,01
3.Soutien tangible F				0,38**	0,12	0,32**	0,07	0,00	0,33**	-0,15	0,20	0,13	0,15	0,29**	0,08	0,27*	0,04	-0,03	0,08	-0,10
4.Soutien physique F					0,23*	0,41**	0,08	0,07	0,35**	0,10	0,21	0,24*	0,22*	0,53**	-0,05	0,35**	0,02	0,16	0,47**	0,10
5.Qualité vie émotionnelle (T1) F						0,34**	0,68**	0,62**	0,22*	0,35**	0,15	0,09	0,07	0,27*	0,20	0,24*	0,13	0,17	0,22*	-0,00
6.Qualité vie relationnelle (T1) F							0,21	0,42**	0,73**	0,16	0,28*	0,20	0,25*	0,42**	0,14	0,54**	0,14	0,22*	0,49**	0,11
7.Qualité vie sociale (T1) F								0,39**	0,19	0,59**	0,08	-0,01	0,02	0,13	0,18	0,17	0,19	0,00	0,08	-0,01
8.Qualité vie émotionnelle (T2) F									0,38**	0,61**	0,11	0,14	0,06	0,11	0,08	0,24*	0,07	0,23*	0,17	0,07
9.Qualité vie relationnelle (T2) F										0,16	0,30**	0,26*	0,13	0,39**	0,15	0,42**	0,12	0,16	0,51**	-0,03
10.Qualité vie sociale (T2) F											-0,03	-0,05	-0,12	0,03	-0,01	0,08	0,14	0,03	-0,08	0,08
11.Soutien émotionnel H												0,81**	0,78**	0,54**	-0,09	0,21	0,14	0,19	0,46**	0,23*
12.Soutien informationnel H													0,78**	0,52**	-0,24*	0,16	-0,02	0,07	0,37**	0,10
13.Soutien tangible H														0,50**	-0,09	0,24*	0,15	0,15	0,42**	0,19
14.Soutien physique H															-0,02	0,46**	0,11	0,15	0,50**	0,12

Figure 1

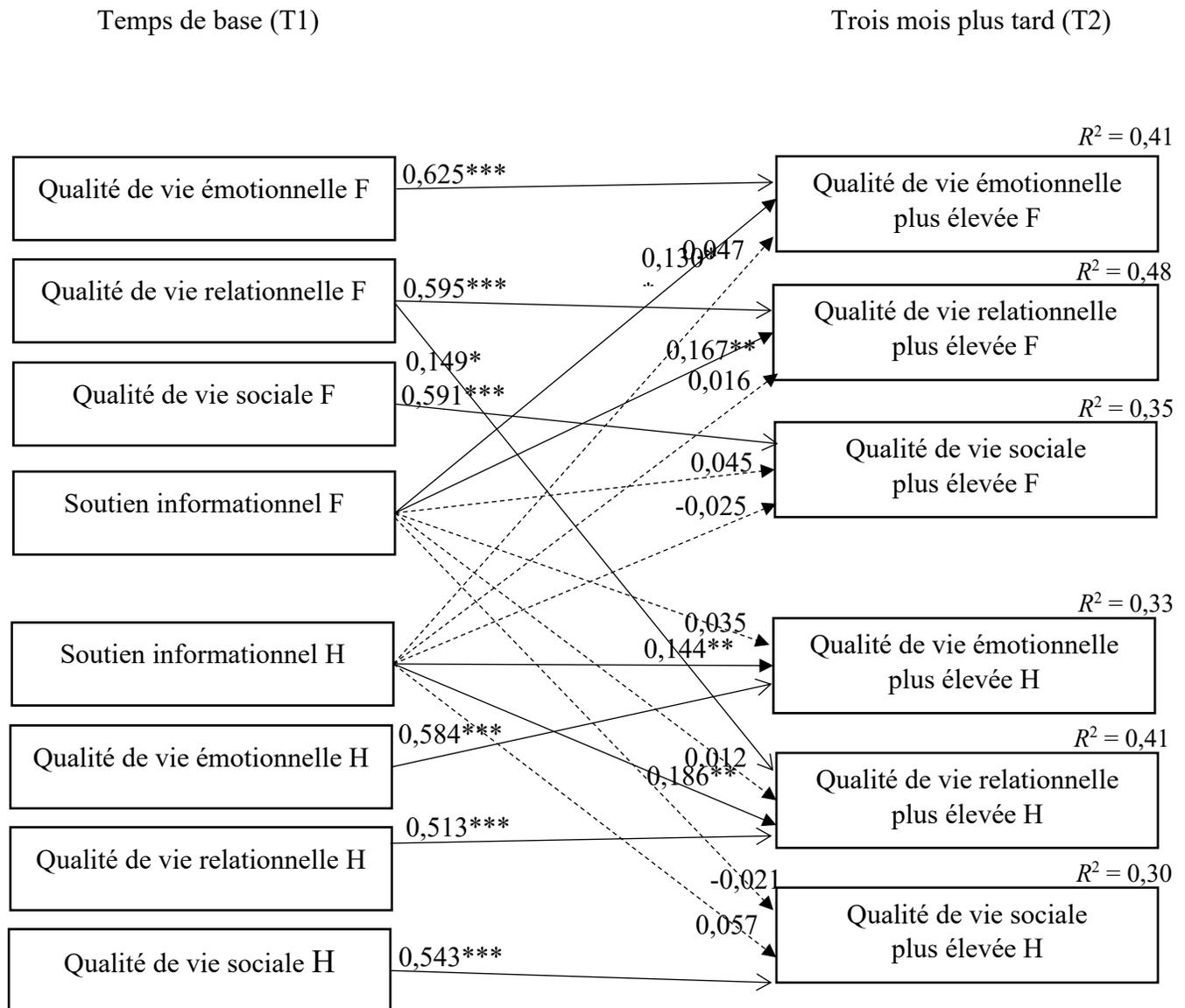
Modèle d'interdépendance acteur-partenaire représentant les liens entre le soutien émotionnel perçu et les différentes sphères de qualité de vie chez les femmes et chez les hommes



Note : F = femme, H = homme ; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Les liens significatifs sont représentés par les flèches pleines et les liens non significatifs sont représentés par des flèches pointillées.

Figure 2

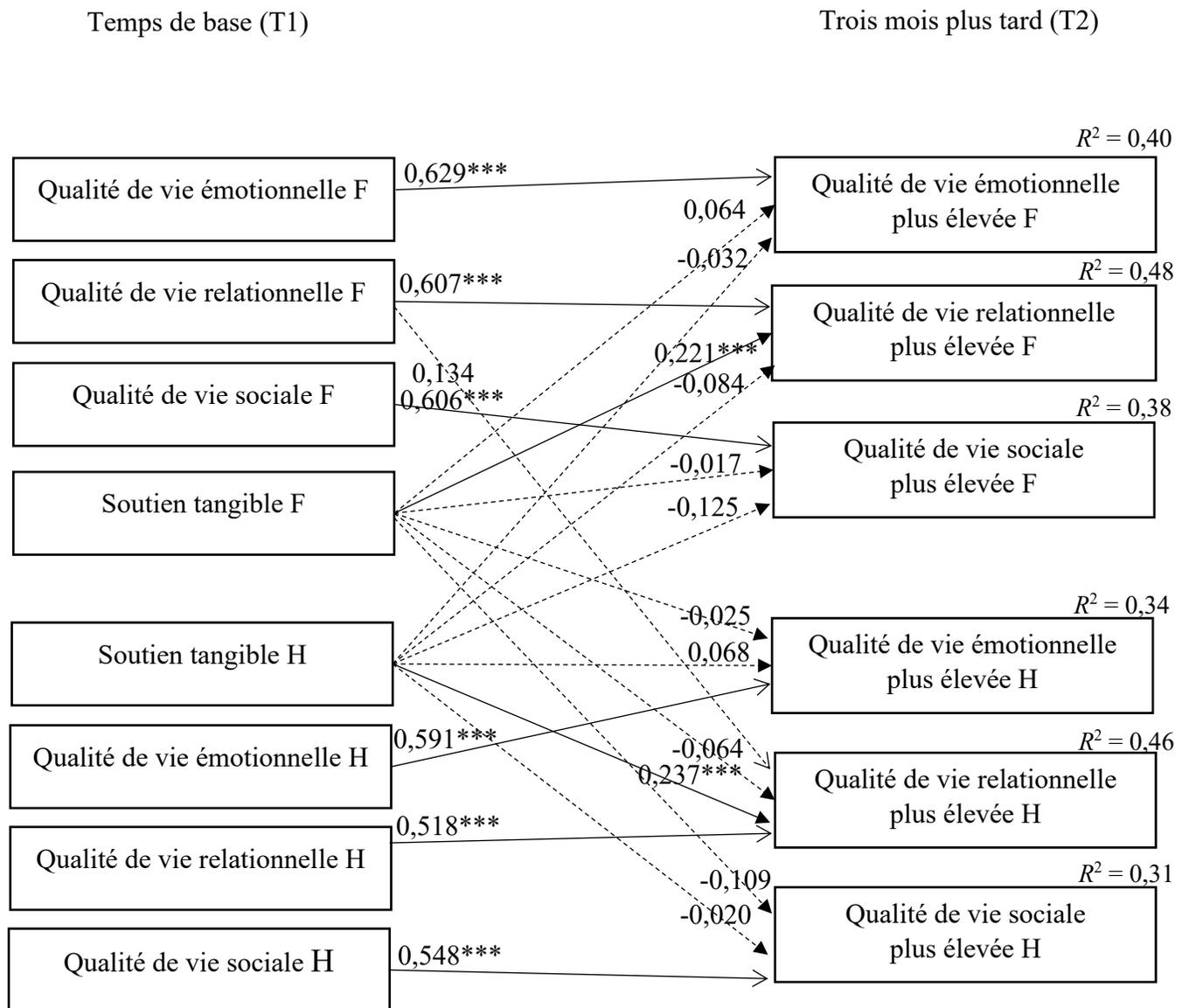
Modèle d'interdépendance acteur-partenaire représentant les liens entre le soutien informationnel perçu et les différentes sphères de qualité de vie chez les femmes et chez les hommes



Note : F = femme H = homme ; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Les liens significatifs sont représentés par les flèches pleines et les liens non significatifs sont représentés par des flèches pointillées.

Figure 3

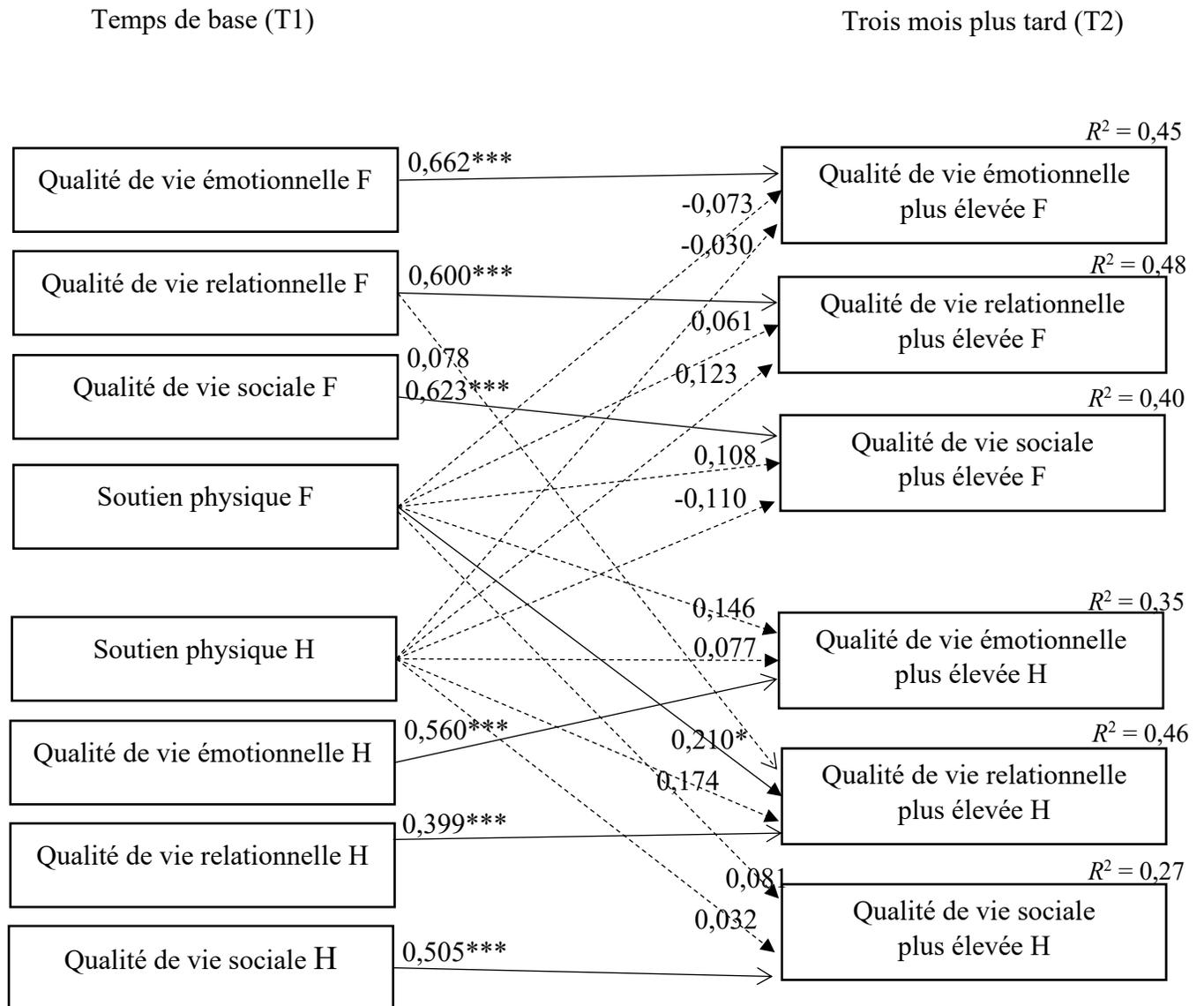
Modèle d'interdépendance acteur-partenaire représentant les liens entre le soutien tangible perçu et les différentes sphères de qualité de vie chez les femmes et chez les hommes



Note : F = femme H = homme ; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Les liens significatifs sont représentés par les flèches pleines et les liens non significatifs sont représentés par des flèches pointillées.

Figure 4

Modèle d'interdépendance acteur-partenaire représentant les liens entre le soutien physique perçu et les différentes sphères de qualité de vie chez les femmes et chez les hommes



Note : F = femme H = homme ; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Les liens significatifs sont représentés par les flèches pleines et les liens non significatifs sont représentés par des flèches pointillées.