

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

PERSPECTIVE BIOÉCOLOGIQUE DE L'EXPÉRIENCE DE PARENTS LORS  
D'UNE GROSSESSE PAR PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE EN  
CONTEXTE D'INFERTILITÉ

THÈSE PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT SUR MESURE (PH. D.) (SCIENCES INFIRMIÈRES), SANTÉ  
FAMILIALE ET DÉFIS DE PROCRÉATION

PAR  
CAROLINE RENÉ

NOVEMBRE 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

DOCTORAT SUR MESURE (PH. D.) (SCIENCES INFIRMIÈRES), SANTÉ  
FAMILIALE ET DÉFIS DE PROCRÉATION

**Direction de recherche :**

---

Francine de Montigny

Directrice de recherche

**Jury d'évaluation :**

---

Valérie Lebel, Ph. D.

Présidente du jury

---

Raphaële Noël, Ph. D.

Membre du jury

---

Audrey Brassard, Ph. D.

Examinatrice externe

Thèse soutenue le 29 août 2025

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 8.11 et 8.12) de l'Université du Québec en Outaouais. Les articles ont été rédigés en cours d'études selon les normes de publication de revues reconnues dans le domaine de la recherche en sciences infirmières. L'étudiante-chercheuse est la première et principale autrice des trois articles inclus dans cette thèse. Les coautrices de chacun des manuscrits, dont la directrice de thèse, ont précisé leur niveau de participation au préalable dans une entente écrite et consentie à l'utilisation des articles dans la thèse (Appendice A).

## **Sommaire**

Lorsqu'un couple décide d'avoir un enfant, il ne s'attend généralement pas à devoir recourir à une aide extérieure pour y parvenir. Pourtant, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne sur six sera confrontée à l'infertilité au cours de sa vie, soit l'incapacité de concevoir après 12 mois ou plus de relations sexuelles régulières non protégées. Ce parcours peut s'accompagner d'une grande détresse émotionnelle et psychologique. Le recours à la procréation médicalement assistée (PMA) représente alors une solution pour plusieurs couples en quête de parentalité, mais cette avenue comporte un certain nombre de défis et d'exigences. Alors que de plus en plus de personnes accèdent à la parentalité après un parcours marqué par l'infertilité, leur expérience unique pendant la période charnière que représente la grossesse demeure peu connue et souvent invisible. Afin de mieux comprendre l'expérience des femmes enceintes et celle de leur partenaire, pendant une grossesse issue d'une PMA liée à l'infertilité, cette thèse s'articule autour de trois études complémentaires. Le chapitre 1 : Couples' experiences of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies: a qualitative meta-synthesis, présente les résultats d'une revue systématique d'études qualitatives portant sur l'expérience des couples lors d'une grossesse découlant de la PMA après un parcours d'infertilité. En plus d'ancrer solidement le contexte théorique de cette thèse, l'analyse thématique a permis de modéliser l'expérience vécue par les couples touchés par l'infertilité lors d'une grossesse découlant d'une procréation assistée. En dégagant les enjeux émotionnels, identitaires et relationnels complexes auxquels ces derniers sont confrontés tout au long de la période prénatale, cette contribution théorique originale constitue le cadre principal du projet de

recherche doctorale. Par ailleurs, les résultats ont également mis en lumière le peu de données disponibles sur l'expérience des partenaires dans ce contexte de conception singulier. Dans la continuité de ce constat, le chapitre 2 : Favoriser la participation des hommes en recherche: une revue narrative des stratégies gagnantes, vise à pallier certains enjeux méthodologiques liés à la recherche impliquant des participants masculins. Plus précisément, cet article rassemble et décrit un ensemble de stratégies ayant démontré leur efficacité pour mobiliser les hommes en recherche, du recrutement à la collecte de données. En cohérence avec le sujet de cette thèse, une attention particulière a été portée aux domaines de recherche traditionnellement féminins, notamment la périnatalité et la parentalité. Ces stratégies ont pu nourrir la méthodologie de la recherche afin de faciliter le recrutement et la collecte de données auprès des deux parents. Finalement, le chapitre 3 : Expecting a child conceived through art in the context of infertility: a qualitative case study of the experience of pregnant women and their partners, présente les résultats d'une étude de cas décrivant l'expérience des femmes enceintes et celle de leur partenaire lors d'une grossesse issue d'une PMA réussie en contexte d'infertilité. En s'appuyant sur la modélisation développée dans le premier article de la thèse, cette étude empirique examine leurs émotions tout au long de la grossesse, la construction de leur identité parentale et les transformations qu'ils ont vécues dans les différentes sphères de leur vie. Les résultats mettent en évidence la complexité des émotions vécues par les femmes enceintes et leur partenaire après une PMA ainsi que les défis liés à la transition vers leur identité parentale. La reconnaissance de leur parcours par leur entourage et les professionnels de la santé joue un rôle clé dans leur adaptation individuelle et leur appropriation de cette nouvelle

identité parentale. En abordant ces connaissances sous le prisme du modèle bioécologique de Bronfenbrenner, cette thèse permet également de situer l'expérience des futurs parents dans une perspective écosystémique et développementale afin de mieux comprendre les interactions entre ces derniers et leurs environnements sociaux. Ainsi, les travaux effectués dans cette thèse viennent enrichir les connaissances en sciences infirmières au niveau théorique, méthodologique et empirique, tout en levant le voile sur la réalité de ces familles dont le parcours est marqué par l'infertilité et la médicalisation de la conception.

**Mots-clés :**

infertilité, procréation médicalement assistée, grossesse, émotions, identité parentale, relation, recherche qualitative, étude de cas

## Summary

When a couple decides to have a child, they do not usually expect to require outside assistance to achieve this goal. However, according to the World Health Organization (WHO), one in six individuals will experience infertility in their lifetime, defined as the inability to conceive after 12 months or more of regular, unprotected sexual intercourse. This journey can be accompanied by significant emotional and psychological distress. Medically assisted reproduction (MAR)<sup>1</sup> then becomes a solution for many couples seeking parenthood, though it comes with a number of challenges and demands. As more people become parents following a path marked by infertility, their unique experience during the pivotal period of pregnancy remains poorly understood and often invisible. To better understand pregnant women and their partner's experiences during a pregnancy resulting from MAR due to infertility, this thesis is structured around three complementary studies. Chapter 1: Couples' Experiences of Pregnancy Resulting from Assisted Reproductive Technologies: A Qualitative Meta-synthesis, presents the findings of a systematic review of qualitative studies on couples' experiences of pregnancy following ART after infertility. In addition to firmly grounding the theoretical context of this thesis, the thematic analysis enabled the modeling of the lived experience of couples affected by

---

<sup>1</sup> Le terme "Medically Assisted Reproduction" (MAR) a été préféré à "Assisted Reproductive Technologies" (ART) après la publication du premier article de la thèse, afin de refléter plus fidèlement la traduction de "procréation médicalement assistée". Cette terminologie est également courante dans la littérature scientifique, utilisée par des organismes de référence tels que l'ESHRE et le gouvernement du Québec.

infertility during an ART-conceived pregnancy. By highlighting the complex emotional, identity-related, and relational challenges they face throughout the prenatal period, this original theoretical contribution forms the main framework of the doctoral research project. The findings also revealed the limited data available on partners' experiences in this unique conception context. Building on this observation, chapter 2: Promoting Men's Participation in Research: A Narrative Review of Successful Strategies aims to address certain methodological challenges related to research involving male participants. Specifically, this article compiles and describes a set of strategies proven effective in engaging men in research, from recruitment to data collection. In line with the thesis topic, particular attention was given to traditionally female-dominated research areas, such as perinatal care and parenting. These strategies informed the research methodology to facilitate recruitment and data collection from both parents. Finally, chapter 3: Expecting a Child Conceived by MAR in the Context of Infertility: A Qualitative Case Study of the Experience of Pregnant Women and their Partners presents the results of a case study describing the experiences of pregnant women and their partners during a successful MAR pregnancy in the context of infertility. Drawing on the model developed in the first article, this empirical study explores their emotions throughout the pregnancy, the construction of their parental identity, and the transformations they experienced in various areas of their lives. The results highlight the complexity of emotions experienced by pregnant women and their partners after MAR, as well as the challenges related to transitioning into their parental identity. Recognition of their journey by their social circle and healthcare professionals plays a key role in their adaptation and in embracing this new family

identity. By examining these insights through Bronfenbrenner's bioecological model, this thesis also situates the experience of future parents within an ecosystemic and developmental perspective to better understand their interactions with their social environments. Thus, the work carried out in this thesis enriches nursing science knowledge at the theoretical, methodological, and empirical levels, while shedding light on the reality of families whose path to parenthood is marked by infertility and medicalized conception.

**Keywords:**

infertility, medically assisted reproduction, pregnancy, emotions, parental identity, relationship, qualitative research, case study

## Table des matières

|                                                                       |      |
|-----------------------------------------------------------------------|------|
| Sommaire .....                                                        | i    |
| Summary .....                                                         | iv   |
| Liste des tableaux .....                                              | xii  |
| Liste des figures .....                                               | xiii |
| Remerciements .....                                                   | xiv  |
| Introduction .....                                                    | 1    |
| Problématique .....                                                   | 2    |
| L’infertilité et ses implications psychosociales.....                 | 3    |
| La procréation médicalement assistée en réponse à l’infertilité ..... | 5    |
| La grossesse après une PMA liée à l’infertilité.....                  | 7    |
| Objectif général de la thèse .....                                    | 9    |
| Contexte théorique .....                                              | 11   |
| Recension des écrits .....                                            | 12   |
| Avant-propos (article 1) .....                                        | 13   |
| Abstract .....                                                        | 14   |
| Résumé.....                                                           | 16   |
| What is Already Known.....                                            | 18   |
| What This Article Adds .....                                          | 18   |
| Introduction.....                                                     | 19   |
| Methods.....                                                          | 21   |
| Research Strategy.....                                                | 22   |
| Eligibility Criteria and Selection of Articles.....                   | 23   |
| Quality Assessment.....                                               | 26   |
| Data Extraction and Synthesis of Results .....                        | 28   |
| Results .....                                                         | 35   |

|                                                                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Study Characteristics.....                                                                                                                            | 35 |
| Certainty of the review findings.....                                                                                                                 | 36 |
| Results of the Thematic Analysis.....                                                                                                                 | 47 |
| Discussion .....                                                                                                                                      | 55 |
| Strengths and Limitations .....                                                                                                                       | 59 |
| Conclusion .....                                                                                                                                      | 60 |
| Implications for nursing and health care professionals.....                                                                                           | 61 |
| Ethical statement .....                                                                                                                               | 62 |
| Declaration of Competing Interest .....                                                                                                               | 62 |
| Acknowledgements .....                                                                                                                                | 62 |
| References .....                                                                                                                                      | 63 |
| Supplementary File 1 .....                                                                                                                            | 69 |
| Modélisation de l'expérience de la grossesse suivant une procréation médicalement<br>assistée réussie chez les couples touchés par l'infertilité..... | 71 |
| Cadre de référence.....                                                                                                                               | 72 |
| Méthode.....                                                                                                                                          | 77 |
| Methodologie et méthodes .....                                                                                                                        | 78 |
| Considérations éthiques .....                                                                                                                         | 79 |
| Recrutement et participants.....                                                                                                                      | 80 |
| Enjeux méthodologiques.....                                                                                                                           | 81 |
| Avant-propos (article 2).....                                                                                                                         | 83 |
| Résumé.....                                                                                                                                           | 84 |
| <i>Abstract</i> .....                                                                                                                                 | 85 |
| Introduction .....                                                                                                                                    | 86 |
| Méthode.....                                                                                                                                          | 87 |
| Résultats .....                                                                                                                                       | 89 |
| Le recrutement .....                                                                                                                                  | 96 |

|                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Le maintien de l'engagement .....                                              | 102 |
| La collecte de données (entretiens de recherche).....                          | 104 |
| Discussion .....                                                               | 108 |
| Perspectives .....                                                             | 111 |
| Sources de financement.....                                                    | 112 |
| Déclaration de conflit d'intérêts.....                                         | 112 |
| Certificat éthique.....                                                        | 112 |
| Références .....                                                               | 113 |
| Stratégies mobiliser pour le recrutement et la rétention des participants..... | 117 |
| Collecte de données.....                                                       | 118 |
| Plan d'analyse .....                                                           | 120 |
| Critères de rigueur scientifique .....                                         | 124 |
| Résultats .....                                                                | 128 |
| Avant-propos (article 3) .....                                                 | 130 |
| Abstract .....                                                                 | 131 |
| Résumé.....                                                                    | 133 |
| Significance Statement.....                                                    | 135 |
| Introduction .....                                                             | 136 |
| Methods.....                                                                   | 138 |
| Research questions .....                                                       | 139 |
| Ethics.....                                                                    | 140 |
| Setting, recruitment, and participants .....                                   | 140 |
| Data collection .....                                                          | 141 |
| Data analysis .....                                                            | 142 |
| Strategies to enhance trustworthiness .....                                    | 142 |
| Researcher characteristics and reflexivity.....                                | 143 |
| Results/findings.....                                                          | 144 |
| Participants' characteristics.....                                             | 144 |

|                                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Synthesis and interpretation .....                                                                                                                                | 146 |
| Discussion .....                                                                                                                                                  | 158 |
| Strengths and limitations.....                                                                                                                                    | 161 |
| Conclusion .....                                                                                                                                                  | 162 |
| Acknowledgement.....                                                                                                                                              | 163 |
| Funding .....                                                                                                                                                     | 163 |
| Conflicts of interest .....                                                                                                                                       | 163 |
| Declaration of Generative AI and AI-assisted technologies in the writing process .....                                                                            | 164 |
| References .....                                                                                                                                                  | 165 |
| Discussion générale.....                                                                                                                                          | 170 |
| Principaux résultats .....                                                                                                                                        | 172 |
| Évolution de la modélisation.....                                                                                                                                 | 178 |
| Perspective bioécologique de l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire au cours de la grossesse après le succès d'une PMA liée à l'infertilité..... | 181 |
| L'ontosystème : les caractéristiques individuelles de la femme enceinte ou de son partenaire.....                                                                 | 182 |
| Le microsystème : les environnements immédiats du futur parent.....                                                                                               | 183 |
| Le mésosystème : les interactions entre les microsystèmes.....                                                                                                    | 187 |
| L'exosystème : les influences indirectes et les structures sociales.....                                                                                          | 188 |
| Le macrosystème : les valeurs sociales, culturelles et les normes sociétales.....                                                                                 | 190 |
| Le chronosystème : l'évolution de l'expérience au fil du temps .....                                                                                              | 192 |
| Forces et limites de la thèse .....                                                                                                                               | 194 |
| Recommandations pour les champs d'activités de la discipline infirmière .....                                                                                     | 197 |
| Conclusion .....                                                                                                                                                  | 204 |
| Références .....                                                                                                                                                  | 208 |
| Appendice A. Lettres d'entente de contribution des coautrices.....                                                                                                | 221 |
| Appendice B. Certificat d'approbation éthique .....                                                                                                               | 226 |

|                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Appendice C. Formulaire d'information et de consentement .....                                                                             | 234 |
| Appendice D. Liste de ressources .....                                                                                                     | 241 |
| Appendice E. Outils de recrutement des participants .....                                                                                  | 243 |
| Appendice F. Questionnaire.....                                                                                                            | 246 |
| Appendice G. Guide d'entretien .....                                                                                                       | 253 |
| Appendice H. Grille de recensement des documents institutionnels et ressources disponibles pour les parents ayant eu recours à la PMA..... | 259 |
| Appendice I. Preuve de publication de l'article 1 .....                                                                                    | 261 |
| Appendice J. Preuve de publication de l'article 2 .....                                                                                    | 263 |
| Appendice K. Preuve de soumission de l'article 3 .....                                                                                     | 265 |

## Liste des tableaux

### *Tableau présenté dans le chapitre Contexte théorique*

#### Tableau

|   |                                                                                                                       |    |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Quality Appraisal of Included Studies Using the Critical Appraisal Skills Program Qualitative Research Checklist..... | 27 |
| 2 | Characteristics of the qualitative primary studies.....                                                               | 29 |
| 3 | Summary of qualitative findings.....                                                                                  | 38 |
| 4 | Search strategy for each database.....                                                                                | 69 |

### *Tableaux présentés dans le chapitre Méthode*

#### Tableau

|   |                                                        |     |
|---|--------------------------------------------------------|-----|
| 1 | Caractéristiques des documents consultés.....          | 91  |
| 2 | Stratégies pour mobiliser les hommes en recherche..... | 96  |
| 3 | Liste des codes a priori.....                          | 121 |

### *Tableau présenté dans le chapitre Résultats*

#### Tableau

|   |                                                       |     |
|---|-------------------------------------------------------|-----|
| 1 | Participants' sociodemographic and clinical data..... | 144 |
|---|-------------------------------------------------------|-----|

## Liste des figures

### *Figures présentées dans le chapitre Contexte théorique*

#### Figure

- 1 Diagram of PRISMA Study Selection Process.....25
- 2 The Experience of Pregnancy Resulting from Assisted Reproductive Technologies in Couples Previously Affected by Infertility.....35
- 3 Modèle bioécologique de Bronfenbrenner.....74

### *Figures présentées dans le chapitre Résultats*

#### Figure

- 1 The case and units of analysis.....139
- 2 The experience of pregnant women and their partners during a pregnancy after infertility-related MAR.....147

### *Figures présentées dans le chapitre Discussion*

#### Figure

- 1 Modèle de l'expérience des futurs parents au cours de la grossesse après le succès d'une PMA liée à l'infertilité .....179
- 2 Perspective bioécologique de l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire lors d'une grossesse par PMA en contexte d'infertilité.....182

## **Remerciements**

Alors que je referme ce chapitre de mon parcours doctoral, je prends un moment pour mesurer le chemin parcouru. Lorsque j'ai entrepris cette aventure, je n'aurais jamais imaginé que l'on puisse avoir du plaisir à faire une thèse. Pourtant, ces cinq années ont été synonymes d'épanouissement et de découvertes. Ce projet, qui au départ me paraissait immense, s'est transformé en une expérience riche et stimulante, rendue possible grâce au soutien de nombreuses personnes que je souhaite remercier ici.

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de thèse, Francine de Montigny, professeure titulaire au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais. Dès le début, elle m'a ouvert les portes de son laboratoire et m'a accueillie avec bienveillance. Son accompagnement a été d'une justesse remarquable, toujours présente au bon moment, avec les mots qu'il fallait pour me faire progresser, me rassurer, m'encourager et, surtout, me laisser faire mes propres choix. Son soutien a été essentiel à mon développement comme chercheuse, et je lui en suis profondément reconnaissante.

Je souhaite aussi remercier profondément Chantal Verdon, professeure titulaire au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais, qui a été ma co-directrice de maîtrise. Elle a été la première à croire en mes capacités et à m'encourager à poursuivre mes études au doctorat. Sans elle, je n'aurais probablement jamais envisagé de continuer après la maîtrise. Son soutien indéfectible et sa confiance en

moi ont joué un rôle fondamental dans mon parcours, et je lui en suis infiniment reconnaissante.

Je tiens également à remercier les membres de mon comité de thèse et du jury d'examen de synthèse : Katherine Péloquin de l'Université de Montréal, Marie-Josée Martel de l'Université du Québec à Trois-Rivières et Célia Matte-Gagné de l'Université Laval. Leur expertise et leurs précieux commentaires ont contribué à enrichir la portée de mon projet et à en affiner la réflexion. Merci à vous trois d'avoir pris le temps d'accompagner ma démarche.

Ce projet doctoral n'aurait pas été possible sans la générosité des parents qui ont accepté de partager avec moi leur parcours, leurs défis et leurs émotions. Merci à chacun et chacune de m'avoir ouvert votre cœur et confié votre expérience. Votre contribution a donné vie à cette thèse et lui a insufflé tout son sens. Un merci tout particulier au Dr Éric Himaya et à l'équipe de la clinique de fertilité OVO, qui ont facilité le recrutement des participants et ont rendu cette étude possible.

Je remercie les organismes qui ont soutenu financièrement ce projet : le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), le programme de bourses doctorales MES-Universités, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), l'Équipe Paternité, famille et société (FRQSC), ainsi

que l'Université du Québec en Outaouais. Leur appui a permis à cette recherche de voir le jour et d'être menée dans les meilleures conditions.

Un immense merci à ma complice de toujours, Isabelle Landry. Nous avons entrepris ce parcours ensemble, en pleine pandémie, et c'est ensemble que nous l'avons traversé, en nous encourageant, en nous soutenant et en nous lançant des défis pour aller toujours plus loin. Nous avons tant appris l'une de l'autre, et je sais que cette aventure n'aurait pas été la même sans toi. C'est grâce à cette alliance précieuse que nous avons pu avoir autant de plaisir.

Enfin, mes derniers mots vont à ceux qui partagent ma vie au quotidien, ma famille. Mon conjoint, Jonathan, dont la patience, la flexibilité et le soutien inconditionnel m'ont permis de mener ce projet à terme sereinement. Merci d'avoir ajusté ton emploi du temps, de m'avoir épaulée sans jamais faillir et d'avoir cru en moi à chaque étape. À mes deux grandes filles, Coralie et Jasmine, qui ont grandi au fil de ces années en comprenant peu à peu ce que représentait ce projet pour leur maman. Merci de m'avoir laissé envahir la maison avec mes innombrables notes et papiers, et surtout, merci d'être mon ancrage, qui m'oblige à maintenir un équilibre, même au cœur des périodes les plus intenses.

À toutes ces personnes, celles nommées ici et celles qui, dans l'ombre, ont contribué de mille et une façons à cette aventure, merci du fond du cœur. Cette thèse est le fruit d'un travail collectif, et je vous en suis infiniment reconnaissante.

## **Introduction**

Pour les couples qui envisagent d'avoir un enfant, l'infertilité représente une épreuve majeure qui vient redéfinir la trajectoire familiale qu'ils avaient imaginée. Aujourd'hui, grâce aux progrès technologiques et médicaux en matière de procréation médicalement assistée (PMA), plusieurs d'entre eux parviendront à devenir parents. Bien que la réussite des traitements marque le début d'un nouveau chapitre dans leur parcours vers la parentalité, l'annonce de la grossesse n'efface pas l'expérience antérieure, parfois longue et douloureuse, de l'infertilité. Ainsi, il est raisonnable de penser que ces futurs parents pourraient vivre différemment cette période de transition que représente la grossesse.

C'est pour mieux comprendre cette réalité particulière que cette recherche doctorale s'intéresse à l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire, lorsqu'ils attendent un enfant à la suite d'une PMA liée à l'infertilité.

### **Problématique**

L'infertilité, c'est-à-dire à l'incapacité de concevoir après 12 mois et plus de relations sexuelles régulières non protégées (OMS, 2024; Zegers-Hochschild et al., 2017), est une condition dont la prévalence est à la hausse. Selon les dernières données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 17,5% de la population adulte mondiale sera confrontée à l'infertilité au cours de sa vie (OMS, 2023a, 2023b). Au

Canada, on estime que le nombre de couples touchés directement ou indirectement par l'infertilité a doublé au cours des quarante dernières années (Gouvernement du Canada, 2019, 2022). Par ailleurs, les dernières estimations de l'OMS montrent que la prévalence de l'infertilité varie peu à travers le monde, oscillant entre 16,5 % pour les pays à revenu moyen inférieur et 17,8 % pour ceux à haut revenu (OMS, 2023a). L'infertilité est d'ailleurs considérée par l'OMS comme un enjeu de santé majeur à l'échelle mondiale. Ainsi, pour un nombre croissant de couples qui souhaitent d'avoir un enfant, l'accès à la parentalité peut se transformer en un parcours particulièrement long et complexe.

### **L'infertilité et ses implications psychosociales**

L'expérience de l'infertilité est parsemée de nombreux défis et, parfois, les couples doivent composer avec plusieurs deuils dont les effets peuvent se traduire par une importante détresse émotionnelle et psychologique (Assaysh-Öberg et al., 2023; Hamzah & Mulud, 2022; James & Singh, 2018; Rooney & Domar, 2018). Les femmes sont particulièrement susceptibles de vivre des difficultés sur le plan psychologique, telles que le stress, l'anxiété et la diminution de l'estime de soi. De plus, ces dernières seraient plus vulnérables à la stigmatisation sociale et feraient face à davantage d'enjeux conjugaux, tels que la violence ou le divorce (OMS, 2024). Sur le plan personnel, l'infertilité s'avère également une épreuve difficile marquée par l'incertitude et la déception pouvant amener certaines femmes à remettre en question le sens même de leur existence (Assaysh-Öberg et al., 2023).

Du côté des hommes, bien que les données scientifiques, tant médicales que sociales, soient moins nombreuses que pour les femmes (Miner et al., 2018), certains enjeux ont également été mis en lumière au cours des dernières années. Sur le plan personnel, certains hommes considèrent l'infertilité comme un échec de leur masculinité pouvant alimenter chez eux un sentiment de honte, mais aussi d'isolement (Abdullahzadeh et al., 2024b; Hanna & Gough, 2020). Sur le plan émotionnel, les hommes rencontrent également des défis souvent liés à la pression sociale et aux tabous entourant l'infertilité masculine (Abdullahzadeh et al., 2024a). La déception, la colère et la frustration qu'ils vivent peuvent s'avérer difficiles à exprimer pour les hommes qui auront souvent tendance à mettre de côté leurs propres besoins émotionnels pour soutenir leur conjointe (Wu et al., 2023).

Les couples confrontés à l'infertilité traversent de nombreux deuils tout au long de leur parcours diagnostique, des traitements et à l'intérieur même de leur relation (de Boer et al., 2020; James & Singh, 2018). Ces deuils ne se limitent pas à l'absence d'enfant, mais incluent aussi le deuil de la reproduction naturelle et de la filiation (Johansson & Berg, 2005). La perte d'un ou plusieurs embryons peut également être une expérience difficile pour les couples, qui perçoivent souvent ces embryons comme une avancée concrète vers la parentalité (Assaysh-Öberg et al., 2023). Cette souffrance peut d'ailleurs être exacerbée par les traitements et les échecs répétés et peut ressembler à la souffrance ressentie après la perte d'un être cher, avec des épisodes d'anxiété, d'insomnie, ainsi qu'une grande détresse émotionnelle (Assaysh-Öberg et al., 2023; Volgstén et al., 2010). Ces deuils

demeurent souvent invisibles aux yeux de l'entourage, contribuant à amplifier le sentiment d'isolement des personnes concernées et pouvant complexifier leur expérience (James & Singh, 2018).

### **La procréation médicalement assistée en réponse à l'infertilité**

De nos jours, la procréation médicalement assistée (PMA) s'avère un moyen de plus en plus accessible pour aider les couples touchés par l'infertilité à concevoir (Ranjbar et al., 2020) et son recours est en croissance dans la plupart des pays industrialisés. De plus, en tenant compte des avancées technologiques rapides et de la diversité des traitements disponibles, tout indique que cette tendance à la hausse se poursuivra dans les prochaines années (ESHRE, 2024; Kuhnt & Passet-Wittig, 2022). Or, entreprendre une telle démarche comporte son lot de contraintes et de défis pouvant profondément marquer le parcours vers la parentalité de ceux qui choisissent d'emprunter cette voie.

Sur le plan personnel, les femmes et les hommes qui s'engagent dans un parcours de PMA décrivent cette expérience comme particulièrement exigeante. L'incertitude face à l'issue des traitements, les longues périodes d'attente ainsi que les échecs répétés peuvent les amener à vivre un grand stress émotionnel (Bourget et al., 2022; Genesse et al., 2020; Hya et al., 2024). De plus, les nombreuses contraintes entourant les traitements peuvent engendrer chez les deux parents un sentiment de perte de contrôle sur leur projet parental (Hasanbeigi et al., 2017). La fréquence des interventions, les différents traitements hormonaux et les délais d'attente entre les cycles peuvent également entraîner

de la fatigue, de l'anxiété, de même que des symptômes dépressifs (Hammarberg, 2003; Hamzah & Mulud, 2022). Par ailleurs, un tel parcours peut venir altérer profondément l'estime et l'image de soi des femmes alors qu'elles perçoivent leur corps comme défectueux (Metz et al., 2020).

Sur le plan conjugal, certains couples parviennent à identifier des bénéfices au niveau de leur relation lorsqu'ils sont à la recherche d'un traitement de fertilité, notamment en ce qui concerne la communication (Sauvé et al., 2020). Cependant, l'expérience de chacun des partenaires est unique et les moyens déployés pour s'adapter varient d'une personne à l'autre, ce qui peut engendrer de la tension ainsi que des conflits au sein du couple (Assaysh-Öberg et al., 2023; Hasanbeigi et al., 2017). De surcroît, certaines préoccupations d'ordre sexuel sont également rapportées, telles qu'une diminution du désir et du plaisir chez l'un ou l'autre des partenaires, souvent en lien avec la planification parfois mécanique des rapports sexuels imposée par les traitements (Assaysh-Öberg et al., 2023; Hasanbeigi et al., 2017).

Sur le plan social, les couples qui s'engagent dans une démarche de PMA rapportent souvent vivre de l'isolement et avoir de la difficulté à partager leur expérience avec leur entourage (Assaysh-Öberg et al., 2023; Hamzah & Mulud, 2022). Malgré les progrès scientifiques et technologiques dans le domaine de la reproduction, l'infertilité demeure un sujet tabou dans de nombreuses cultures. Ainsi, il n'est pas rare que des personnes mentionnent avoir dû composer avec une forte pression sociale en raison de

leur difficulté à concevoir et avoir fait face au jugement de leur entourage lorsqu'ils ont choisi d'avoir recours à la PMA (Hasanbeigi et al., 2017; Obeisat et al., 2012).

Finalement, sur le plan financier, les coûts directs et indirects entourant la PMA, tels que les frais liés aux traitements et les absences du travail, peuvent représenter un fardeau majeur pour les couples, particulièrement lorsque ces derniers ne sont pas admissibles à une couverture publique ou lorsque celle-ci est inexistante (Comité d'éthique de santé publique du Québec, 2022; Redshaw et al., 2007; Wada et al., 2025). Dans ces circonstances, les couples doivent se préparer à devoir déboursier des sommes considérables sans garantie de succès des traitements, ce qui peut entraîner un stress important pour la famille (Hasanbeigi et al., 2017; Mete et al., 2020). D'ailleurs, certains couples finiront par abandonner les traitements en raison de difficultés financières (Kuhnt & Passet-Wittig, 2022; Mete et al., 2020).

### **La grossesse après une PMA liée à l'infertilité**

Selon une vaste étude menée au Danemark, environ trois femmes sur quatre, tous âges confondus, parviennent à avoir un enfant dans les 5 ans après avoir débuté leur parcours en PMA (ESHRE, 2016). Bien que l'annonce d'une grossesse marque la fin d'un parcours souvent long et difficile pour les futurs parents, cette nouvelle étape vers leur parentalité s'accompagne également de nouveaux défis. En effet, après des mois, voire des années de traitements, les futurs parents demeurent profondément marqués par leur expérience de l'infertilité au moment où ils entament cette période de transition que

représente la grossesse (Berger et al., 2013; Boz et al., 2018; Hasanbeigi et al., 2017). Pour les femmes enceintes, l'adaptation à la grossesse au cours du premier trimestre peut s'avérer particulièrement difficile (Başgöl, 2021). Certaines études ont d'ailleurs montré que les femmes enceintes ayant eu recours à la PMA présentent des niveaux d'anxiété spécifique à la grossesse plus élevés que les femmes ayant conçu spontanément (Gourounti, 2016; Hammarberg et al., 2008). Les partenaires, pour leur part, peuvent ressentir une plus grande inquiétude envers leur conjointe enceinte allant jusqu'à adopter des comportements d'hypervigilance pour assurer la santé et le bien-être de la mère et du bébé (Sonego et al., 2016).

Toutefois, du point de vue médical et social, la grossesse après une PMA liée à l'infertilité tend à être perçue comme une alternative de plus en plus accessible pour concevoir un enfant (Allan et al., 2019; Franklin, 2013). Bien que la grossesse après une PMA ne marque pas la fin des défis pour les futurs parents, elle est généralement considérée comme à faible risque, ce qui implique que le suivi prénatal est habituellement similaire à celui des couples ayant conçu spontanément (Gameiro et al., 2015; Ranjbar et al., 2020). Cette idée tend à occulter l'expérience singulière des futurs parents ayant eu recours à la PMA en entretenant une impression de facilité et de réussite. Cette inadéquation apparente entre l'expérience des futurs parents et la normalisation sociale et médicale de la grossesse après PMA souligne l'importance de mieux comprendre les enjeux uniques auxquels ces femmes et ces hommes sont confrontés lorsqu'ils attendent un enfant dans ce contexte particulier. Cette compréhension plus fine permettrait

d'enrichir nos perspectives en matière de santé et de bien-être des deux futurs parents pendant la grossesse.

Sur le plan scientifique, un nombre restreint de chercheurs se sont penchés sur les éléments pouvant moduler l'expérience des parents vivant une grossesse après une réussite de la PMA en contexte d'infertilité. De plus, la plupart de ces études ont porté uniquement sur l'expérience de la mère, offrant une vision incomplète de l'expérience globale du couple. Ainsi, il s'avère essentiel d'approfondir nos connaissances sur l'expérience des deux partenaires lors de cette période de transition souvent normalisée par les professionnels de la santé et peu documentée par les chercheurs.

### **Objectif général de la thèse**

Cette recherche doctorale vise à mieux comprendre l'expérience des futurs parents de la grossesse après une PMA liée d'infertilité. Les études antérieures sur le phénomène étant largement orientées vers l'expérience des femmes enceintes, il s'avère incontournable d'intégrer la perspective des deux parents.

Cette thèse s'organise autour de trois articles scientifiques qui, ensemble, permettent de répondre à cet objectif. Chaque article offre une contribution au travail de recherche effectué en mobilisant des approches théoriques, méthodologiques et empiriques. Ces articles sont présentés dans leur intégralité à l'intérieur de leur chapitre respectif. D'abord, le chapitre « **Contexte théorique** » présente la recension des écrits

(premier article de la thèse), suivie du cadre de référence adopté pour mener l'étude empirique. Le chapitre « **Méthode** » expose ensuite la méthodologie et les méthodes employées pour conduire l'étude de même qu'un ensemble de stratégies permettant de favoriser la participation des hommes en recherche (deuxième article de la thèse). Par la suite, le chapitre « **Résultats** » présente les résultats de l'étude empirique (troisième article de la thèse). Finalement, le chapitre « **Discussion générale** » revient sur les principaux résultats de chacun des articles, discute de leur contribution, fait le point sur les forces et limite de l'ensemble du travail de recherche effectué dans la thèse et propose des recommandations pour les champs d'activité de la discipline infirmière.

## **Contexte théorique**

### **Recension des écrits**

Pour établir l'état des connaissances sur l'expérience des couples lors d'une grossesse rendue possible grâce à la PMA dans un contexte d'infertilité, une revue systématique des écrits de type métasynthèse a été réalisée. Cet examen de la littérature, intitulé *Couples' Experiences of Pregnancy Resulting from Assisted Reproductive Technologies: A Qualitative Meta-synthesis*, constitue le premier article de la thèse et est présenté dans son intégralité dans le présent chapitre. L'analyse thématique réalisée à partir des résultats qualitatifs de 14 études primaires permet d'offrir un fondement théorique solide à la compréhension des défis émotionnels, identitaires et relationnels qui jalonnent cette période de transition. Les résultats révèlent que le passage de la conception à la grossesse, puis à la parentalité, est particulièrement complexes pour les femmes ayant eu recours à la PMA. Si la famille peut représenter une source de soutien pour certains, elle peut également devenir une source d'inquiétude pour d'autres, notamment en raison des tabous persistants entourant l'infertilité. Ces résultats ont permis de développer une modélisation de l'expérience de la grossesse suivant une procréation médicalement assistée réussie chez les couples touchés par l'infertilité.

### **Avant-propos (article 1)**

L'étudiante-chercheuse, Caroline René, est première et principale autrice de cet article. Isabelle Landry, également étudiante et candidate au doctorat sur mesure du département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais, et la professeure Francine de Montigny, directrice de thèse, sont coautrices de ce manuscrit. Mme Landry fut impliquée dans le processus de recherche documentaire, d'extraction et de synthèse des données, dans le respect des exigences requises pour une réaliser une revue systématique de type métasynthèse (au moins deux réviseurs indépendants). L'implication de Dre de Montigny fut principalement centrée sur l'encadrement du processus, la validation des thèmes et la révision finale du manuscrit. Elle a également agi à titre de troisième réviseuse pour résoudre les conflits au cours du processus de sélection des études.

**Titre de l'article :** Couples' Experiences of Pregnancy Resulting from Assisted Reproductive Technologies: A Qualitative Meta-synthesis

**Autrices:** Caroline René, inf., Ph.D. (c); Isabelle Landry, inf., Ph.D. (c); Francine de Montigny, inf., Ph.D.

**Revue de publication :** International Journal of Nursing Studies Advances

**Statut de l'article :** Article publié (voir Appendice I)

### **Abstract**

**Background:** Across the world, a growing number of couples are directly or indirectly affected by infertility. Advances in assisted reproductive technologies are now enabling many of them to plan to have a child. As pregnancies resulting from assisted reproductive technologies are being experienced by a growing number of couples, it is important to better understand their experiences and the difficulties they encounter during the prenatal period.

**Objective:** This literature review aims to synthesize the qualitative results of primary studies in order to better understand couples' experiences of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies, after having experienced infertility.

**Design:** A meta-synthesis was conducted in accordance with the guidelines put forth by Sandelowski and Barroso in order to carry out an integrative analysis of the knowledge resulting from qualitative studies on this phenomenon.

**Data sources:** The literature search was carried out between October and November 2020. Seven electronic databases were searched (CINAHL, Medline, PsycNet, SCOPUS, ScienceDirect, CAIRN, ERUDIT) and 14 eligible articles were selected.

**Review methods:** The data from the "results" and "findings" sections of each of the articles were synthesized through thematic analysis to examine and summarize the topics found in the articles selected and develop the main themes.

**Results:** The thematic analysis is structured around four themes to describe and interpret different aspects of the experience of pregnancy resulting from ART, namely: 1) travelling a long and complex journey; 2) moving on with paradoxical emotions; 3) struggling with

an emerging identity; and 4) reorganizing relationships. These results shed light on the complex issues faced by couples previously affected by infertility during a pregnancy resulting from assisted reproductive technologies.

**Conclusion:** The journey of a pregnancy resulting from assisted reproductive technologies must be recognized in order to offer support in line with the challenges faced by couples. This research will allow for a deeper understanding of women's experience, as well as that of their partner's, in a more specific way, and to better understand the impact on family and loved ones.

**Key words:** Becoming Parents; Infertility; Pregnancy; Reproductive Techniques, Assisted.

## Résumé

**Contexte :** À travers le monde, un nombre grandissant de couples sont touchés directement ou indirectement par l'infertilité. Les avancées en procréation médicalement assistée permettent aujourd'hui à plusieurs d'entre eux de concrétiser leur projet d'avoir un enfant. Ces grossesses étant vécues par un nombre grandissant de couples, il importe de mieux connaître leur vécu et les difficultés qu'ils rencontrent pendant la période prénatale.

**Objectif :** L'objectif de cette revue des écrits est de synthétiser les résultats qualitatifs d'études primaires pour mieux comprendre l'expérience des couples vivant une grossesse découlant de la procréation médicalement assistée après un parcours d'infertilité.

**Méthode :** Une métasynthèse a été menée en suivant les lignes directrices énoncées par Sandelowski et Barroso afin de réaliser une analyse intégrative des connaissances issues d'études qualitatives sur ce phénomène. La recherche bibliographique a été réalisée entre les mois d'octobre et novembre 2020. Sept bases de données électroniques ont été consultées et 14 articles admissibles ont été retenus.

**Résultats :** L'analyse thématique s'articule autour de quatre thèmes permettant de décrire et interpréter différents aspects de l'expérience de la grossesse, soit : 1) parcourir un chemin long et complexe; 2) s'engager dans la grossesse avec des émotions paradoxales; 3) composer avec les défis que pose une identité émergente et 4) réorganiser les relations. Ces résultats permettent de dégager les enjeux complexes auxquels les couples touchés par l'infertilité sont confrontés durant une grossesse découlant d'une procréation médicalement assistée réussie.

**Conclusion :** Le parcours de la grossesse par procréation médicalement assistée doit être reconnu afin d'offrir un accompagnement en adéquation avec les défis rencontrés par les couples. La poursuite de la recherche permettra d'approfondir de façon plus spécifique leur expérience de même que celle du partenaire et de mieux comprendre les répercussions sur la famille et les proches.

**Mots-clés:** Devenir parents; infertilité; grossesse; procréation médicalement assistée.

**What is Already Known**

- The use of ART is growing in most industrialized countries.
- Infertile couples who use ART may experience difficulties in the social, marital and financial spheres.
- Women who become pregnant through ART show a higher level of anxiety related to the preservation of pregnancy and fetal safety.

**What This Article Adds**

- This meta-synthesis provides further evidence of the complex issues facing couples affected by infertility during pregnancy resulting from successful ART.
- The transition from conception, pregnancy and parenthood is much more difficult for women who have become pregnant through ART.
- Relationships with family can be a source of support as well as a source of concern for couples, especially when they fear the stigma surrounding infertility.

## **Introduction**

According to estimates from the World Health Organization, infertility affects at least 48 million couples and 186 million people around the world (WHO, 2020a). Infertility is characterized by a couple's inability to conceive after 12 months of regular, unprotected sex (Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, 2020; WHO, 2020b). The experience of infertility is fraught with many challenges, and sometimes couples have to cope with several losses, the effects of which can lead to significant emotional and psychological distress (Berger et al., 2013; James & Singh, 2018; Rooney & Domar, 2018).

Nowadays, assisted reproductive technologies (ART) are proving to be an increasingly accessible way to help couples affected by infertility to conceive (Ranjbar et al., 2020). However, undertaking such a process comes with its share of demands and challenges. A recent review of scientific literature has also made it possible to determine that couples who resort to ART are likely to encounter difficulties, notably at the social, marital, and financial level (Hasanbeigi et al., 2017). On the social front, women and men report experiencing isolation, communication problems, and being confronted with social concerns and pressures related to infertility. At the marital level, the difficulties mentioned include, among other things, concerns related to sexuality and marital conflicts. On the financial level, the main difficulties encountered are related to the cost of assisted reproductive technology treatments and a significant number of couples report facing a financial crisis (Hasanbeigi et al., 2017).

Despite this, the use of ART is growing in most industrialized countries, and there is every indication that this upward trend will continue over the next few years (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2008). Taking into account this increase, as well as the challenges faced by couples, it is important to consider how potentially traumatic events related to infertility and assisted reproductive treatments (Berger et al., 2013; Hasanbeigi et al., 2017) may influence couples' experience of pregnancy and transition to parenthood. Indeed, studies show that women who have benefitted from ART to become pregnant show a higher level of anxiety related to the preservation of the pregnancy and the safety of the fetus (Hammarberg et al., 2008). Additionally, with attention focused on pregnancy and "becoming parents," couples may neglect to prepare for the changes and disruptions related to the arrival of a newborn (Gameiro et al., 2010). At the same time, from a medical and social point of view, ART is increasingly seen as normative or even naturalized; that is to say, perceived simply as an alternate means of conceiving (Allan et al., 2019; Franklin, 2013). Thus, although the journey to becoming a parent has its share of challenges, pregnancy achieved by ART is considered low risk by health professionals, and in several countries, the future parents have access to the same follow-up as in the case of natural pregnancies (Ranjbar et al., 2020; Warmelink, Meijer, et al., 2016). This idea thus tends to obscure the unique experience of future parents who resort to it while maintaining a perception of accessibility and success, rather than considering ART as the final means of conceiving.

To provide optimal care for those experiencing pregnancies resulting from ART, identifying the difficulties they are experiencing is essential. Little is currently known about the challenges facing couples during this period, making it difficult for healthcare professionals to offer interventions that meet their specific needs.

The increasing use of ART around the world (Ranjbar et al., 2020) as well as the difficulties experienced during pregnancy (Dornelles et al., 2014; Hammarberg et al., 2008; Huang et al., 2019) give rise to the importance of better understanding the experience of expecting parents who conceive using these technologies. However, we note that few recent systematic reviews offer a summary of the subject, and that, most of the time, the studies focus only on the experience of the mother. Thus, the aim of this article is to summarize the qualitative results of primary studies, in order to better understand the experience of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies in women and men affected by infertility. This literature review can help support the improvement of the care and services offered to them by various healthcare professionals.

### **Methods**

Metasynthesis is a structured method of reviewing qualitative literature, allowing an integrative analysis of knowledge from previous studies on a phenomenon (Walsh & Downe, 2005). It is a rigorous process that aims to expose, describe, and explain the nuances of the results of primary studies carried out on a subject, so as to bring new perspectives and produce stronger results (Walsh & Devane, 2012; Walsh & Downe,

2005). The method used for this metasynthesis follows the steps described by Sandelowski et Barroso (2007): 1) formulation of the research question and problem; 2) identification and systematic selection of articles; 3) evaluation of the quality of articles; 4) data extraction; and 5) production of the data synthesis. Thematic analysis is the approach that was chosen to carry out the analysis and synthesis of the collected data (Braun & Clarke, 2006). The recommendations from Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research (ENTREQ) were used to summarize the qualitative synthesis (Gedda, 2017; Tong et al., 2012).

### **Research Strategy**

The literature search was carried out independently by two reviewers (CR; IL) between the months of October and November 2020, using seven electronic databases, five of which are English-language (CINAHL, Medline, PsycNet, SCOPUS, ScienceDirect) and two of which are French-language (CAIRN, ERUDIT). The research strategy was developed from the research question using the Population, Context, Outcome (PCO) method (Butler et al., 2016). Variants of the keywords were used to tailor the search to the specific characteristics of each database. The search was limited to studies published since 2005 in order to paint a picture of the current context in which pregnancy by assisted reproductive technologies has been experienced. No limit was imposed on the country of origin. The bibliographies of selected articles were searched to identify additional relevant studies that were missed by the electronic search.

A set of keywords and synonyms associated with couples, infertility, pregnancy, as well as qualitative research (including terms from the thesauri of the databases which have them, i.e., MeSH, CINAHL descriptors, APA Thesaurus) were used to locate documents. Boolean operators “or”, “and”, and “W/20” were used to distinguish synonyms, to link search terms, and to narrow the scope of the literature on infertility and pregnancy. The following combination was used in the CINAHL database and was adapted according to the particularities of each of the databases: (Couple\* OR Family\* OR Parent\* OR Father\* OR m\*n OR Mother\* OR Wom\*n) AND (Infertil\* OR “Reproducti\* technique\*” OR “Fertilization in vitro” OR “Insemination, artificial”) AND (Pregnan\*) AND (Behavior\* OR “Parental behavior\*” OR attitude\* OR “family attitude\*” OR “Parental attitude\*” OR “Maternal attitude\*” OR “Paternal attitude\*”).

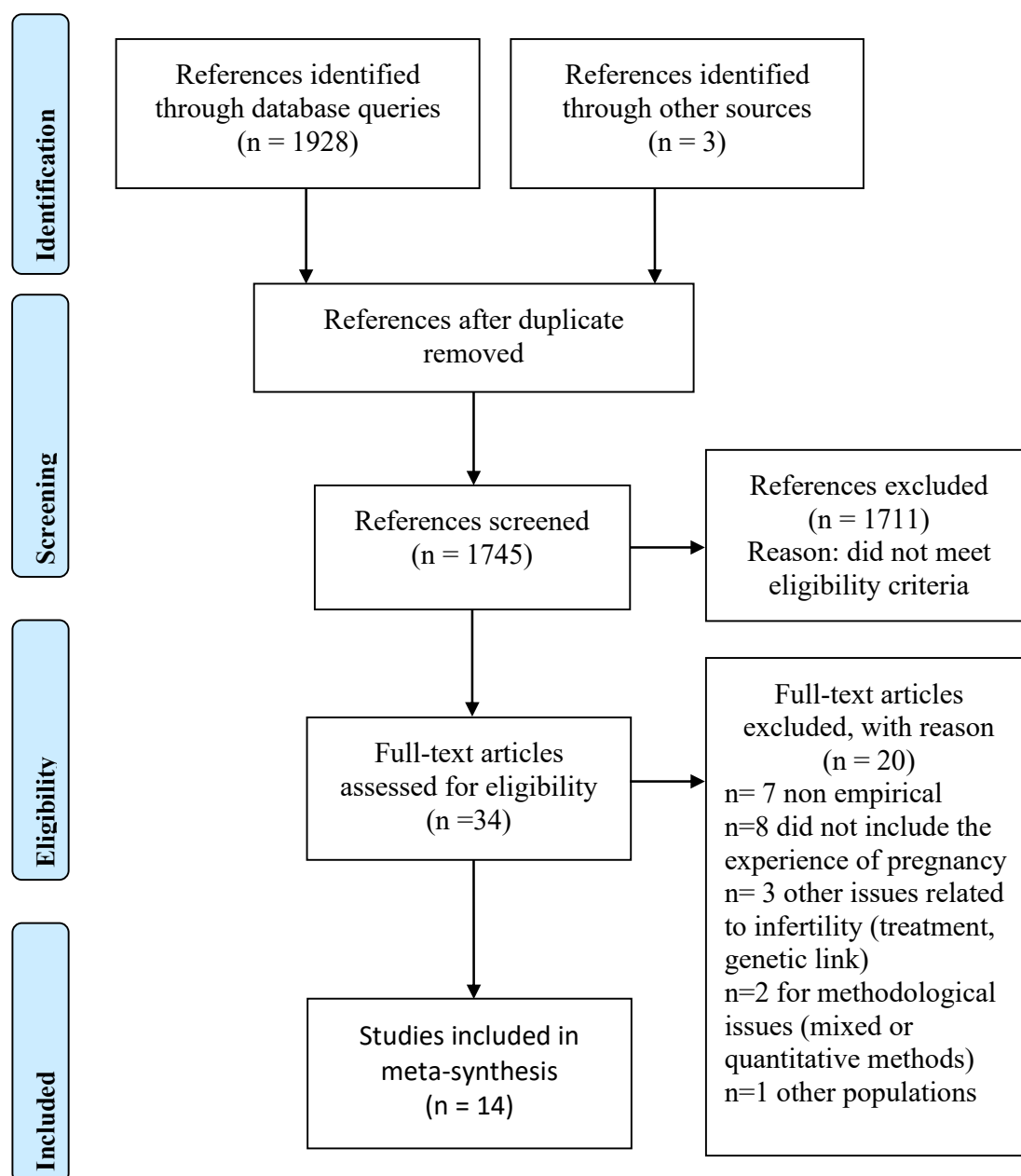
### **Eligibility Criteria and Selection of Articles**

The studies considered for this metasynthesis had to take into account the following criteria: 1) the sample consisted of parents (mothers and/or fathers) previously monitored for fertility and who experienced a pregnancy resulting from assisted reproductive technologies; 2) the pregnancy period was targeted; 3) data were collected and analysed through a qualitative method; 4) articles were published in English or French (languages mastered by the reviewers); 5) and had been peer reviewed. Gray literature was not explored during the screening process.

The selection of articles was carried out using an inter-rater agreement aimed at countering possible judgment biases that could occur during selection by a single reviewer (Butler et al., 2016). The PRISMA diagram (Moher et al., 2009) was used to report on the selection process. The electronic search identified 1,928 articles, to which three articles were added manually after consulting the bibliographies. All of these articles were imported into the EndNote X9 bibliographic management software. After the removal of duplicates, 1,745 articles underwent a primary screening by two independent reviewers (CR; IL). This examination was carried out based on reading the title and abstract, and according to the inclusion and exclusion criteria previously identified. Following this step, 1,711 articles were rejected as they did not meet the eligibility criteria. A total of 34 articles were read in their entirety by two independent examiners (CR; IL). At this stage, 20 articles were excluded since they did not relate to the experience of pregnancy ( $n = 8$ ), did not report an empirical study ( $n = 7$ ), focused on other infertility-related issues ( $n = 3$ ), used a quantitative or mixed methodology with little qualitative data ( $n = 2$ ), or were focused on another population ( $n = 1$ ). At the end of the selection process, 14 original articles were included in this metasynthesis as shown in Figure 1.

**Figure 1**

*Diagram of PRISMA Study Selection Process (Moher et al., 2009)*



### **Quality Assessment**

In order to assess the quality of the studies included in this article, the Critical Appraisal Skills Program (CASP) (Critical Appraisal Skills Programme, 2018) was used. This instrument, composed of 10 questions, made it possible to examine the research objective statement, the relevance of the qualitative methodology, the sampling method, the collection and analysis of data, the relationship between the researcher and the participants, ethical considerations, clarity of the results statements, and impact of results. Two examiners (CR; IL) independently assessed each article by answering the 10 questions (“yes”, “no”, or “I don’t know”). No articles were excluded as a result of the quality assessment; however, the assessment provided information on the robustness and thoroughness of the included studies. Table 1 presents a summary of the evaluation of each of the articles.

**Table 1**

*Quality Appraisal of Included Studies Using the Critical Appraisal Skills Program Qualitative Research Checklist*

| (Author, year)               | Items |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|                              | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| (Allan et al., 2019)         | √     | √ | √ | √ | √ | X | √ | √ | √ | √  |
| (Canneaux, 2020)             | √     | √ | √ | √ | √ | X | X | √ | X | √  |
| (Crespo & Bestard, 2016)     | √     | √ | √ | √ | √ | X | √ | √ | √ | √  |
| (Dornelles et al., 2014)     | √     | √ | √ | √ | √ | X | √ | √ | √ | √  |
| (French et al., 2015)        | √     | √ | √ | √ | √ | X | X | √ | √ | √  |
| (HaCohen et al., 2018)       | √     | √ | √ | √ | √ | X | √ | √ | √ | √  |
| (Huang et al., 2019)         | √     | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √  |
| (Lin et al., 2013)           | √     | √ | √ | √ | √ | X | X | √ | √ | √  |
| (Ranjbar et al., 2015)       | √     | √ | √ | X | √ | √ | √ | √ | √ | √  |
| (Smorti & Smorti, 2012)      | √     | √ | √ | X | √ | X | X | √ | √ | √  |
| (Toscano & Montgomery, 2009) | √     | √ | √ | √ | √ | X | √ | √ | √ | √  |
| (Turgeon et al., 2018)       | √     | √ | √ | X | √ | √ | √ | √ | √ | √  |
| (Walker et al., 2017)        | √     | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √  |
| (Warmelink et al., 2016)     | √     | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √  |

Note: √ Yes; X – I can't say or no

1. Was there a clear statement of the research objectives?
2. Is a qualitative methodology appropriate?
3. Was the research design appropriate for meeting the objectives of the research?
4. Was the recruitment strategy adapted to the objectives of the research?

5. Was the data collected in a way that permits responding to the research problem?
6. Was the relationship between the researcher and participants duly taken into account?
7. Were ethical issues taken into account?
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?
9. Is there a clear statement of conclusions?
10. Does the research make a significant contribution?

**Data Extraction and Synthesis of Results**

The data were first extracted and organized in tabular form by the first author (CR) to examine their relevance to and suitability for the research topic of this metasynthesis. This extraction, which included the country in which the study takes place, the objective of the research, the methodology used, the description of the participants, the sampling method, and the methods of data collection and analysis was then independently verified by a second author (IL). Table 2 presents the characteristics of the 14 studies.

**Table 2**  
*Characteristics of the qualitative primary studies*

| Author, year           | Country | Journal                                           | Goal of Study                                                                                                                                                                                                                                                                            | Methods                                                                            | Sample                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|---------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Allan et al., 2019     | England | Health                                            | To explore the experiences of the transition to early parenthood among infertile heterosexual couples using donor-less IVF. Includes a specific review of men's experiences during this journey.                                                                                         | Unstructured interviews; thematic analysis                                         | n = 16 infertile couples; First child, simple pregnancy; Time since birth: between 3 and 18 months                                                                                                                       |
| Canneaux, 2020         | France  | Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence | To explore the possible peculiarities in the psychological changes in women and men before and during pregnancy, as a result of oocyte donation.                                                                                                                                         | Interviews; content analysis and speech processes; psychodynamic perspective       | n = 10 infertile women and 8 men met with separately, who had resorted to egg donation; Age of pregnancy: 7 to 8 months                                                                                                  |
| Crespo & Bestard, 2016 | Spain   | Reproductive Biomedicine & Society Online         | To evaluate the experience of users of assisted reproductive technologies in Spain in a clinical setting, with a focus on their psychosocial needs after successful assisted reproductive treatment, thus contributing to Spain's knowledge of the growing number of writings on care in | Repeated semi-structured interviews; sampling by informed choice; content analysis | n = 30 pregnant women; n = 21 partners (20 men and 1 woman); Age of participants: between 29 and 47 years; ART technique used: IVF = 21 couples, Intra-uterine insemination = 2 couples, egg donation = 4 couples, sperm |

|                        |         |                                     |  |                                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------|---------|-------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        |         |                                     |  | the context of assisted reproductive treatments.                                                                                                                                |                                                               | donation = 1 same-sex couple and 1 single woman, embryo donation = 1 couple                                                                                                                                                                                                               |
| Dornelles et al., 2014 | Brazil  | Midwifery                           |  | To explore the fears of women during pregnancy after conception via assisted reproductive technologies and comparing these fears to those of women who conceived spontaneously. | Semi-structured interviews; content analysis                  | n = 19 pregnant women; First pregnancy; Age of pregnancy: 3 <sup>rd</sup> trimester; Age of participants: 25 to 44 years; Source of infertility: women = 15, men = 2, both partners = 1, undetermined = 1; ART technique used: IVF = 15, artificial insemination = 3, gamete donation = 1 |
| French et al., 2015    | England | British Journal of General Practice |  | To explore the prenatal experiences of women and men who have successfully conceived thanks to infertility treatment.                                                           | In-depth interviews, thematic analysis by constant comparison | n = 12 pregnant women at 28 weeks and n = 8 male partners First child Age of participants 35 to 39 years Source of infertility: woman = 6 man = 7 woman and man = 2 undetermined = 5                                                                                                      |

|                       |        |                                                                     |    |                                                                                                                                                                          |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|--------|---------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HaCohen et al., 2018  | Israel | Journal of Health Psychology                                        | of | To examine the extent to which infertile women who have become pregnant integrate their past and current state/status into their conception of their identity.           | Interviews; narrative interpretive approach; grounded theorization                                   | n = 12 heterosexual married women;<br>First child;<br>Age of pregnancy: 2 <sup>nd</sup> or 3 <sup>rd</sup> trimester;<br>Age of participants: 25 to 40 years;<br>Source of infertility: woman = 8, undetermined = 4 |
| Huang et al., 2019    | Taiwan | Journal of Health, Population & Nutrition                           | of | To explore the experience of pregnancy and the transition to parenthood of first-time mothers after successful assisted reproductive treatment in Taiwan.                | In-depth semi-structured interviews; sampling by informed choice; Colaizzi phenomenological analysis | n = 12 first-time mothers;<br>Age of participants: 31 to 36 years;<br>Age of child: 8 to 18 weeks                                                                                                                   |
| Lin et al., 2013      | Taiwan | The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families | of | To describe the pregnancy experience of Taiwanese women who have undergone at least three cycles of assisted reproductive techniques over a period of more than 3 years. | In-depth interviews; phenomenological analysis                                                       | n = 15 infertile women;<br>Age of participants: 31 to 44 years;<br>Average duration of treatments: 5.25 years                                                                                                       |
| Ranjbar et al., 2015  | Iran   | Journal of Pregnancy                                                | of | To explore how women make sense of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies in the Iranian culture and context.                                       | In-depth interviews; sampling by informed choice; hermeneutical phenomenology                        | n = 12 infertile women 1 <sup>st</sup> pregnancy;<br>Simple pregnancy                                                                                                                                               |
| Smorti & Smorti, 2012 | Italy  | Procedia - Social and Behavioral Sciences                           |    | To explore the psychological processes that develop in infertile couples who have                                                                                        | Semi-structured autobiographical interviews                                                          | n = 15 couples expecting a first child;                                                                                                                                                                             |

|                            |                                                            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                            |                                                                                                                                                           |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                                                            |                                             | experienced pregnancy through assisted reproductive treatments.                                                                                                                                                                         |                                                                                                            | Average age of women: 36 years;<br>Average age of men: 38 years;<br>Source of infertility: women = 40%, men = 36%, both partners = 4%, undetermined = 20% |
| Toscano & Montgomery, 2009 | USA, Australia, England, Ireland, Canada, Colombia, Borneo | Health Care for Women International         | To explore and describe the lived experiences of pregnancy (including preconception) resulting from IVF; and to identify common themes related to psychological, emotional, and physical health as described in electronic communities. | Electronic publications on the web; phenomenological analysis                                              | n = 26 posts by women after childbirth                                                                                                                    |
| Turgeon et al., 2018       | Canada                                                     | Devenir                                     | To describe and understand the issues of the transition to fatherhood in the context of assisted reproductive technologies (ART).                                                                                                       | Case study, longitudinal perspective (4 measurement times); semi-structured interviews; iterative analysis | n = 1 couple; First-time parents                                                                                                                          |
| Walker et al., 2017        | England                                                    | Journal of Reproductive & Infant Psychology | To explore the qualitative experiences and decision-making processes surrounding physical activity (PA) for pregnant women who have undergone IVF treatment.                                                                            | Semi-structured interviews; sampling by informed choice; interpretative phenomenological analysis          | n = 8 women; Age of participants: 24 to 39 years                                                                                                          |

---

|                        |             |                                                  |                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------|-------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Warmelink et al., 2016 | Netherlands | Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology | To explore the obstetric care needs of couples or women who have conceived thanks to a fertility treatment. | In-depth structured interviews; content analysis; constant comparison/grounded theorization | semi-structured interviews; Age of female participants: 32 to 38 years; Age of male participants: 32 to 35 years; Source of infertility: woman = 2, man = 4, both partners = 1, undetermined = 2 |
|------------------------|-------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

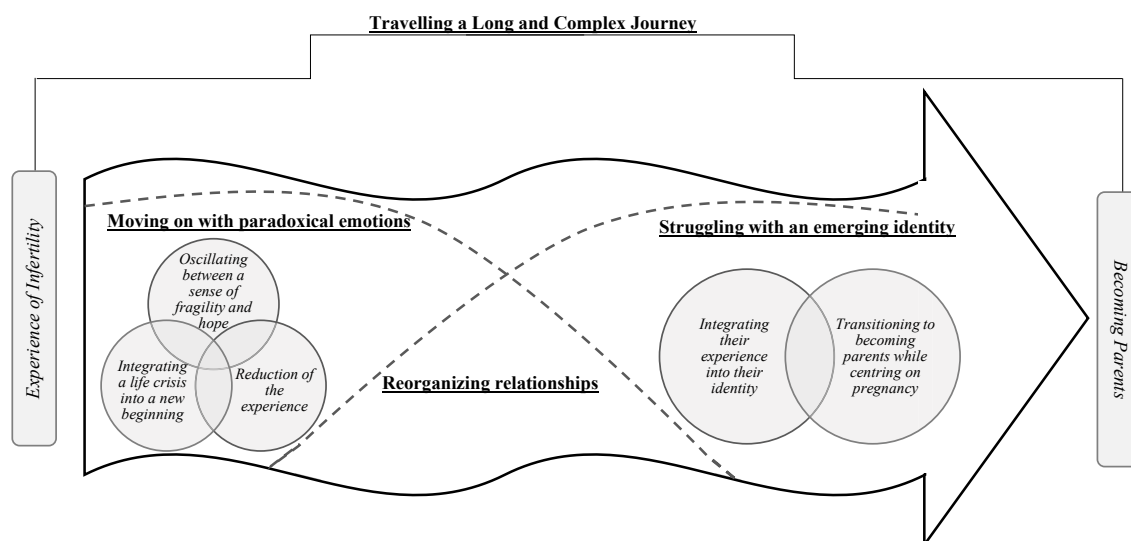
---

In order to guide the synthesis and analysis of data to answer the research question, the Braun et Clarke (2006) thematic analysis was used. This six-step approach consists, first of all, of: 1) familiarizing oneself with the data, 2) generating the initial codes, 3) looking for themes, 4) revising the obtained themes, 5) defining and naming the themes, and 6) producing the final report. Thus, several readings of each of the 14 selected studies were completed by the first author (CR) in order to become familiar with the data. This in-depth reading enabled the initial codes to be generated inductively by the first author and then validated by a co-author (IL). The software for qualitative data analysis Nvivo 20 was used to bring together the data presented as "results" or "findings" from the included studies and facilitate coding. The different codes were sorted and then grouped into potential themes to capture the important elements within the data related to the research question. A reflective approach was adopted throughout the analysis to increase the integrity and reliability of the results (Finlay, 2002). Consistent with this objective, the authors engaged in the analysis of subjective and intersubjective elements that could influence their interpretation of the data. Thus, the authors (CR, IL, FDM) became aware of the influence of their personal and professional experiences on the themes surrounding pregnancy and the issues of conception and constantly questioned their respective interpretation of the data. Several revisions of the coded excerpts under each of the potential themes made it possible to refine the themes so that each of the themes formed a coherent whole. All data were subsequently reviewed by the first author (CR) and then validated by a co-author (IL) in order to consider the accuracy of each of the themes in relation to all of the data. In order to increase the validity of the themes, a third author

(FDM) performed several readings and re-readings of the data to ensure the integrity and consistency of the coding. Disagreements were discussed among members of the research team until a consensus was reached (Bradley et al., 2007). The final themes and subthemes could thus be named and described. Figure 2 illustrates the relationships between the themes and subthemes emerging from this analysis.

**Figure 2**

*The Experience of Pregnancy Resulting from Assisted Reproductive Technologies in Couples Previously Affected by Infertility*



## Results

### Study Characteristics

The studies included in this metasynthesis involved 199 women and 71 partners from 15 different countries: England (n = 4), Canada (n = 2), Taiwan (n = 2), Australia (n = 1), Borneo (n = 1), Brazil (n = 1), Colombia (n = 1), Spain (n = 1), the United States

(n = 1), France (n = 1), Iran (n = 1), Ireland (n = 1), Israel (n = 1), Italy (n = 1), and the Netherlands (n = 1). The majority of the studies used interviews as a method of data collection (n = 8), while others opted for the in-depth interview (n = 5) or online publications (n = 1). Different qualitative approaches were used in the context of these studies, notably phenomenology (n = 5), content analysis (n = 4), grounded theory (n = 3), thematic analysis (n = 1), the interpretive-narrative approach (n = 1), and case studies (n = 1). The quality assessment of the studies indicated that a large majority reported a clear statement of research objectives, used a methodological approach appropriate to those objectives, employed rigorous qualitative data analysis processes, and offered a clear statement of conclusions while highlighting the significant impact of their findings. Two studies did not provide sufficient detail about ethical considerations. In addition, the relationship between the researcher and the participants was not specified in the majority of cases. Information detailing the presentation of each of the studies is set out in Table 2.

### **Certainty of the review findings**

The CerQual approach (Lewin et al., 2015) was used to assess the certainty of the review findings, grading each finding as high, moderate, low, or very low certainty. None of the study results were assessed as high certainty, due to weaknesses in the quality of the studies. Just over half of the findings were rated with moderate certainty because they showed minor concerns with the methodology, relevance, consistency, and adequacy of the data. We also assessed that just under half of the findings were of low certainty due to

concerns primarily about the consistency of the results and the adequacy of the data. The evaluations of each finding are presented in Table 3.

**Table 3***Summary of qualitative findings*

| Review Finding                                                                                                                                                                     | CERQual Assessment of Confidence in the Evidence | Explanation of CERQual Assessment                                                                                                                                                          | Studies Contributing to the Review Finding                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| TRAVELLING A LONG AND COMPLEX JOURNEY                                                                                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                                            |                                                                                         |
| 1. The infertility experience is described as a long preparation to become a parent strewn with difficulties and uncertainties, which can affect confidence and self-esteem.       | Moderate confidence                              | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy.                                         | (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; Turgeon et al., 2018)                      |
| 2. The financial burden of incomplete coverage of assisted reproduction treatment costs adds additional stress on parents' shoulders, sometimes influencing treatment choices.     | Moderate confidence                              | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and moderate concerns regarding adequacy of the data. | (Allan et al., 2019; Ranjbar et al., 2015)                                              |
| 3. The experience of fertility treatments is demanding and painful emotionally, physically and mentally.                                                                           | Low confidence                                   | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and adequacy of data.                                                                           | (Allan et al., 2019; French et al., 2015)                                               |
| 4. The history of infertility and assisted reproduction treatments is not erased with the start of pregnancy and tints the transition to parenthood in future mothers and fathers. | Moderate confidence                              | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy.                                         | (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; French et al., 2015; Turgeon et al., 2018) |

---

MOVING ON WITH PARADOXICAL EMOTIONS

---

*Oscillating between a sense of fragility and hope*


---

|                                                                                                                                                        |                     |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. The experience of infertility has led to a lack of confidence in the parents' ability to conceive and give birth.                                   | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Dornelles et al., 2014; French et al., 2015; Lin et al., 2013)                                                                                                                   |
| 6. Women doubted they were actually pregnant even after a positive pregnancy test result.                                                              | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (French et al., 2015; HaCohen et al., 2018; Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015; Smorti & Smorti, 2012)                                                                        |
| 7. Parents, especially mothers, are inhabited by a sense of fragility and vulnerability throughout the pregnancy which they perceive as being at risk. | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; Dornelles et al., 2014; Huang et al., 2019; Lin et al., 2013; Toscano & Montgomery, 2009)                                            |
| 8. The prenatal period is described as anxiety-provoking and emotionally difficult.                                                                    | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; Dornelles et al., 2014; French et al., 2015; Huang et al., 2019; Lin et al., 2013; Toscano & Montgomery, 2009; Turgeon et al., 2018) |

---

|                                                                                                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Pregnancy is characterized by an ambivalence of emotions where many fears and uncertainties shake the hope and joy of becoming parents.                                                          | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; French et al., 2015; HaCohen et al., 2018; Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015)                                                             |
| 10. Feelings of joy and excitement are quickly held back, tinted by previous experiences related to infertility and fear of losing the baby or giving birth pre-birth.                              | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Dornelles et al., 2014; French et al., 2015; Huang et al., 2019; Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015; Toscano & Montgomery, 2009; Turgeon et al., 2018; Warmelink, Adema, et al., 2016) |
| 11. Sometimes fears surrounding the success of the pregnancy dampened attachment to the fetus, while for others, this sense of attachment was present even before the embryo was implanted.         | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of substantial concerns regarding coherence and adequacy of data.                                | (Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015)                                                                                                                                                    |
| 12. The significant emotional, physical and financial investment nurtured in mothers and their partners adds a pressure to succeed in this pregnancy that they have not been able to achieve alone. | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; Huang et al., 2019; Lin et al., 2013; Walker et al., 2017)                                                                                     |
| 13. Mothers and fathers who conceived through ART feel different from naturally conceived parents and would like this difference to be recognized.                                                  | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (French et al., 2015; Huang et al., 2019; Toscano & Montgomery, 2009;                                                                                                                       |

|                                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                                    |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                                    | Warmelink, Adema, et al., 2016)                                               |
| <i>Integrating a life crisis into a new beginning</i>                                                                               |                     |                                                                                                                                                    |                                                                               |
| 14. Relief of finally being pregnant experienced as the end of a nightmare.                                                         | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of substantial concerns regarding adequacy of data.                                              | (Ranjbar et al., 2015; Smorti & Smorti, 2012)                                 |
| 15. Feeling of gratitude to God and to the medical team.                                                                            | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015; Toscano & Montgomery, 2009)          |
| 16. Parents want to live a normal pregnancy and be treated like everyone else.                                                      | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Crespo & Bestard, 2017; French et al., 2015; Warmelink, Adema, et al., 2016) |
| 17. Parents would have liked to receive special attention from health professionals during pregnancy.                               | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and adequacy of data.                                   | (French et al., 2015; Warmelink, Adema, et al., 2016)                         |
| 18. The quest for normality is opposed in a way, to the medical omnipresence that was necessary to become pregnant.                 | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and adequacy of data.                                   | (Turgeon et al., 2018; Warmelink, Adema, et al., 2016)                        |
| 19. The looks and extra attention paid to pregnant women during pregnancy helped to increase their self-esteem and self-confidence. | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.    | (Ranjbar et al., 2015)                                                        |
| 20. Mothers changed their lifestyle habits during pregnancy by taking time off work, reducing daily activities, adopting a          | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns                                                                           | (Huang et al., 2019; Lin et al., 2013;                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| healthy diet and taking care of their bodies.                                                                                                                                                                                              |                     | regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy.                                                                                                                  | Ranjbar et al., 2015; Walker et al., 2017)                                               |
| 21. Women who considered their pregnancy stable felt more relaxed and enjoyed their pregnancy.                                                                                                                                             | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.                                            | (Lin et al., 2013)                                                                       |
| 22. Resuming "normal" activities such as physical exercise allowed some mothers to regain control of their pregnancy experience.                                                                                                           | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.                                            | (Walker et al., 2017)                                                                    |
| <i>Reduction of the Experience</i>                                                                                                                                                                                                         |                     |                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |
| 23. The journey of infertility and the long wait to become pregnant led, for future parents, the image that pregnancy can only be positive.                                                                                                | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and adequacy of data.                                                                           | (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017)                                             |
| 24. Some parents reported having a lot of trouble letting go and enjoying pregnancy for fear of failure.                                                                                                                                   | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy.                                         | (French et al., 2015; HaCohen et al., 2018; Smorti & Smorti, 2012; Turgeon et al., 2018) |
| 25. Women did not complain about changes in their daily lives, physical changes and discomfort related to pregnancy. They avoided expressing ambivalence, foul mood or other negative feelings during pregnancy, for fear of being judged. | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and moderate concerns regarding adequacy of the data. | (French et al., 2015; Ranjbar et al., 2015)                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                                                                                    |                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26. When signs of depression appeared during the pregnancy they were difficult to recognize.                                                                                                                                                         | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.    | (Allan et al., 2019)                                                                        |
| 27. Even after birth, the mothers' speech presented a more detailed account of their infertile past and assisted reproduction treatments than of childbirth.                                                                                         | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.    | (Toscano & Montgomery, 2009)                                                                |
| STRUGGLING WITH AN EMERGING IDENTITY                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                                                                                                                                    |                                                                                             |
| <i>Integrating their experience in their identity</i>                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                    |                                                                                             |
| 28. Many women experienced painful experiences of stigma related to infertility, even after the success of ART.                                                                                                                                      | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Huang et al., 2019; Ranjbar et al., 2015; Toscano & Montgomery, 2009; Walker et al., 2017) |
| 29. Women dealing with infertility and the use of ART have embarked on a prolonged identity transition where they have felt torn between their infertile identity and their emerging identity as pregnant women.                                     | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Allan et al., 2019; HaCohen et al., 2018; Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015)          |
| 30. The conception of a child that was, or not, genetically linked to them shaped the parents' identity construction. The use of egg donation sometimes gave rise to a fear, among pregnant women, of not being recognized as a mother by the child. | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Canneaux, 2020; Crespo & Bestard, 2017; Lin et al., 2013)                                  |

|                                                                                                                                                                                                              |                     |                                                                                                                                                    |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 31. Physical changes in pregnant women and the presence of fetal movements contributed to the development of the mothers' identity.                                                                          | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.    | (Lin et al., 2013)                                                     |
| 32. Women managed to find peace and give meaning to their reproductive experience, which then became part of their life history.                                                                             | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.    | (HaCohen et al., 2018; Ranjbar et al., 2015)                           |
| 33. Men seemed to experience this identity transition differently, seeing themselves more as observers of their spouse's pregnancy.                                                                          | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Allan et al., 2019; Toscano & Montgomery, 2009; Turgeon et al., 2018) |
| 34. The integration of the upcoming arrival of a baby and the construction of the father's parental identity took place later in the pregnancy.                                                              | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.    | (Turgeon et al., 2018)                                                 |
| 35. The issues related to egg donation were different for future fathers. The men felt that it was easier for them to ignore the donor and they felt somehow helpless in the face of their spouse's sadness. | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.    | (Canneaux, 2020)                                                       |
| <i>Transitioning to becoming parents while centering on pregnancy</i>                                                                                                                                        |                     |                                                                                                                                                    |                                                                        |
| 36. Both women and men described a difficult, anxiety-provoking and often perceived temporary transition to parenthood during pregnancy. They found                                                          | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and adequacy of data.                                   | (Allan et al., 2019; French et al., 2015)                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                                          |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| it difficult to consider birth and parenthood for fear of losing the baby.                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                          |                                                                    |
| 37. Women tended to focus on the ongoing pregnancy rather than considering adaptation and the challenges ahead after birth.                                                                                                                               | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.          | (Dornelles et al., 2014)                                           |
| 38. The difficulties associated with infertility and assisted reproduction treatment have made it easier for some parents to cope with the challenges that come with the birth of a newborn while others felt guilty about finding this period difficult. | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance, coherence, and adequacy of data.                             | (Allan et al., 2019; Turgeon et al., 2018)                         |
| REORGANIZING RELATIONSHIPS                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                          |                                                                    |
| 39. Couples have built a strong relationship to overcome the difficulties of infertility and assisted reproduction treatments.                                                                                                                            | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of no methodological limitations and minor concerns regarding relevance, coherence, and adequacy. | (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; Turgeon et al., 2018) |
| 40. Active presence and support of the spouse played an important role in the mothers' experience.                                                                                                                                                        | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy.       | (Canneaux, 2020; Lin et al., 2013; Turgeon et al., 2018)           |
| 41. For some women, the success of pregnancy has provided a sense of power and security in the face of their marital relationship.                                                                                                                        | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.          | (Ranjbar et al., 2015)                                             |
| 42. The presence and support of family and in-laws was considered essential for many                                                                                                                                                                      | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns                                                                                 | (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard,                             |

|                                                                                                                                                                        |                     |                                                                                                                                                    |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| couples and the success of a pregnancy after years of infertility was experienced as a major family event.                                                             |                     | regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy.                                                                          | 2017; Huang et al., 2019; Lin et al., 2013)                             |
| 43. In communities where ART is taboo, women feared being stigmatized by their in-laws and loved ones if they revealed they resorted to it.                            | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.    | (Ranjbar et al., 2015)                                                  |
| 44. Men and women developed new friendships with couples who had gone through the same ordeals because they understood each other more easily.                         | Low confidence      | This finding was graded as low confidence because of moderate concerns regarding relevance and substantial concerns regarding adequacy of data.    | (Allan et al., 2019)                                                    |
| 45. Several couples sought to help those experiencing similar difficulties. Focus groups and virtual communities made it easier to connect and were a comfort to many. | Moderate confidence | This finding was graded as moderate confidence because of minor concerns regarding methodological limitations, relevance, coherence, and adequacy. | (Ranjbar et al., 2015; Toscano & Montgomery, 2009; Walker et al., 2017) |

## **Results of the Thematic Analysis**

The thematic analysis carried out as part of this metasynthesis is structured around four main themes: 1) travelling a long and complex journey; 2) moving on with paradoxical emotions; 3) struggling with an emerging identity; and 4) reorganizing relationships; as well as five subthemes as presented in Figure 2.

### ***Travelling a Long and Complex Journey***

The experience of infertility preceding pregnancy is an important part of the transition to parenthood for these couples. In fact, some describe this period as a long preparation for becoming a parent (Allan et al., 2019; Turgeon et al., 2018) strewn with difficulties and uncertainties, thereby affecting their confidence and self-esteem (Crespo & Bestard, 2017). At the same time, the financial burden generated by incomplete coverage of the costs associated with different assisted reproductive treatments added additional stress for the parents, even influencing, in some cases, the choice of treatments (Allan et al., 2019; Ranjbar et al., 2015). The parents also point out how demanding and painful the fertility treatment was emotionally, physically, and mentally (Allan et al., 2019; French et al., 2015).

Thus, the history of infertility and assisted reproductive treatments was not erased with the onset of pregnancy and tainted the transition to parenthood for both women and men throughout the whole journey (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; French et al., 2015; Turgeon et al., 2018). This unique journey, which is particularly long and

complex, marked their experience of pregnancy, their identity development, and their relationships with others.

### ***Moving on With Paradoxical Emotions***

The period of pregnancy following infertility is characterized by paradoxical emotions where feelings of fragility and hope overlap, and there is the integration of a crisis period within a new beginning as well as a reduction of the experience throughout the pregnancy.

**Oscillating Between a Sense of Fragility and Hope.** The experience of infertility left parents with a lack of confidence in their ability to conceive and give birth, especially among women who feared their bodies were failing them (Dornelles et al., 2014; French et al., 2015; Lin et al., 2013). This feeling ran so deep that women doubted they were actually pregnant even after a positive pregnancy test result (French et al., 2015; HaCohen et al., 2018; Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015; Smorti & Smorti, 2012). In addition, the parents, especially the mothers, pointed out that they were preoccupied by a feeling of fragility and vulnerability throughout this pregnancy which they perceived as being at risk (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; Dornelles et al., 2014; Huang et al., 2019; Lin et al., 2013; Toscano & Montgomery, 2009). The prenatal period was experienced with anxiety and was described as emotionally difficult by parents (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; French et al., 2015; Huang et al., 2019; Toscano & Montgomery, 2009; Turgeon et al., 2018) especially when there were changes in the condition of the

mother (vomiting, bleeding) or the fetus (decreased movement) (Dornelles et al., 2014; Huang et al., 2019; Lin et al., 2013).

For these couples, the pregnancy was characterized by ambivalence of emotions where many fears and uncertainties jostle the hope and joy of becoming parents (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; French et al., 2015; HaCohen et al., 2018; Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015). Indeed, after such a long wait to become pregnant, the parents expressed feelings of joy and excitement (French et al., 2015; Huang et al., 2019) which were quickly reined in by previous experiences related to infertility, thus fuelling a significant fear of losing the baby during pregnancy, of giving birth prematurely, or even that the baby would not survive at birth (Dornelles et al., 2014; French et al., 2015; Huang et al., 2019; Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015; Toscano & Montgomery, 2009; Turgeon et al., 2018; Warmelink, Adema, et al., 2016). For some women, these fears were an obstacle to attachment to the fetus (Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015) while for others, this feeling of attachment was present even before the implantation of the embryo (Ranjbar et al., 2015).

The significant emotional, physical, and financial investment necessary for their journey fuelled great pressure in mothers and their partners to succeed in this pregnancy that they were not able to achieve on their own (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; Huang et al., 2019; Lin et al., 2013; Walker et al., 2017).

Mothers and fathers who conceived thanks to ART say that they felt different from parents who conceived naturally and would like this difference to be recognized (French et al., 2015; Huang et al., 2019; Toscano & Montgomery, 2009; Warmelink, Adema, et al., 2016).

**Integrating a Life Crisis into a New Beginning.** Women were relieved to finally be pregnant (Ranjbar et al., 2015) and the pregnancy was experienced as the end of a nightmare (Smorti & Smorti, 2012). The parents expressed great gratitude both to God (Ranjbar et al., 2015) and to the medical team (Lin et al., 2013; Toscano & Montgomery, 2009). Despite the feeling of fragility expressed by the parents, they embraced the desire to have a normal pregnancy and to be treated like everyone else (Crespo & Bestard, 2017; French et al., 2015; Warmelink, Adema, et al., 2016). Paradoxically, the parents would also have liked to receive special attention from health professionals during this period (French et al., 2015; Warmelink, Adema, et al., 2016). This quest for normality was sometimes experienced as a search for a new beginning, opposing in some ways the medical omnipresence that was necessary to become pregnant (Turgeon et al., 2018; Warmelink, Adema, et al., 2016).

After making it through the infertility crisis, expectant mothers were delighted with the extra attention paid by society to pregnant women. The consideration they felt they received during pregnancy helped to increase their confidence and self-esteem (Ranjbar et al., 2015). In order to ensure a successful pregnancy, mothers changed their

lifestyles, including taking time off work, reducing their daily activities, adopting a healthy diet, and taking care of their bodies (Huang et al., 2019; Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015; Walker et al., 2017). Women who rated their pregnancy as stable felt more relaxed and reported taking full advantage of this period (Lin et al., 2013). Some looked for ways to regain control of their pregnancy experiences by resuming “normal” activities such as exercise (Walker et al., 2017).

**Reduction of the Experience.** The course of infertility and the long wait to become pregnant seemed to maintain in the future parents the idea that the arrival of the much hoped-for pregnancy could only be positive (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017). However, some of them mentioned having great difficulty letting go and enjoying the pregnancy for fear of failure (French et al., 2015; HaCohen et al., 2018; Smorti & Smorti, 2012; Turgeon et al., 2018). During this time, women did not complain about the dramatic changes they had made in their daily lives since becoming pregnant, nor the physical changes and discomfort associated with pregnancy (Ranjbar et al., 2015). They avoided expressing their ambivalence, foul moods, or other negative feelings during the pregnancy for fear of being judged (French et al., 2015). For some women, it was also difficult to recognize the signs of depression that manifested during the pregnancy that they had wanted so much (Allan et al., 2019). Even after birth, the mothers’ speech presented a more detailed account of their infertile past and assisted reproductive treatments than of childbirth (Toscano & Montgomery, 2009).

### ***Struggling with an Emerging Identity***

During pregnancy, women and men seem to struggle with their infertile identity and their emerging identity as pregnant women and future parents. This identity conflict is marked by a gradual integration of their experience of infertility into their identity as well as a transition to parenthood centered on pregnancy.

**Integrating Their Experience into Their Identity.** Many women have had painful experiences of infertility stigma (Huang et al., 2019; Walker et al., 2017) and this stigma was sometimes maintained after the success of ART when this type of conception was not accepted by their family or their community (Ranjbar et al., 2015; Toscano & Montgomery, 2009). Women coping with infertility and the use of ART embarked on a protracted identity transition where they felt torn between their infertile identity and their emerging identity as pregnant women (Allan et al., 2019; HaCohen et al., 2018; Lin et al., 2013; Ranjbar et al., 2015). The conception of a child linked to them (genetically or not) was also an important element in shaping identity construction (Canneaux, 2020; Crespo & Bestard, 2017; Lin et al., 2013) and the use of egg donation sometimes gave rise to fear among the pregnant women of not being recognized as mother by the child (Canneaux, 2020).

For some pregnant women, the physical changes inherent in the course of pregnancy and the presence of fetal movements contributed to the slow integration of their status as pregnant women and to the development of their identity as a mother (Lin et al.,

2013). The women managed to find peace and make sense of their reproductive experience, which then became a part of their life story (HaCohen et al., 2018; Ranjbar et al., 2015).

For their part, the men seemed to experience this identity transition differently, seeing themselves more as observers of their partner's pregnancy (Allan et al., 2019; Toscano & Montgomery, 2009; Turgeon et al., 2018). The integration of the upcoming arrival of a baby and the construction of the parental identity of the father took place later in the pregnancy (Turgeon et al., 2018). The issues related to egg donation were also different for the future fathers. The men found it easier to disregard the donor and they sometimes felt helpless in the face of their partner's sadness (Canneaux, 2020).

**Transitioning to Becoming Parents While Centering on Pregnancy.** Women and men described a difficult and anxiety-inducing transition to parenthood, often perceived to be temporary during the course of pregnancy (Allan et al., 2019; French et al., 2015). Couples found it particularly difficult to consider birth and parenthood for fear of losing the baby (French et al., 2015). Women also tended to focus more on the current pregnancy than on the adjustment and challenges ahead after birth (Dornelles et al., 2014). For some parents, the challenges of infertility and assisted reproductive treatments made it easier for them to cope with the challenges of having a newborn (Allan et al., 2019) while others felt guilty for finding daily life difficult with this much hoped-for baby (Turgeon et al., 2018).

### ***Reorganizing Relationships***

Couples, faced with a long period of infertility and the challenges encountered during assisted reproductive treatments, built strong relationships to overcome the difficulties (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; Turgeon et al., 2018). The active presence and support of the partner played an important role in the mothers' experiences (Canneaux, 2020; Lin et al., 2013; Turgeon et al., 2018). For some women whose marital relationships had been strained by infertility, the successful pregnancy gave them a sense of power and security (Ranjbar et al., 2015).

The presence and support of family and in-laws were seen as essential for many couples (Allan et al., 2019; Crespo & Bestard, 2017; Lin et al., 2013), and a successful pregnancy after years of infertility was experienced as a major family event (Huang et al., 2019). However, in communities where ART remains taboo, women feared being stigmatized by their in-laws and loved ones if they disclosed that they had resorted to it (Ranjbar et al., 2015).

Through their infertility journey and assisted reproductive treatments, men and women developed new friendships with couples who had experienced the same challenges, because they understood each other more easily (Allan et al., 2019). Several of them also sought to help couples experiencing difficulties similar to theirs (Ranjbar et al., 2015) and this mutual support was facilitated by focus groups and virtual communities,

which proved to be of great comfort to many (Toscano & Montgomery, 2009; Walker et al., 2017).

### **Discussion**

This systematic review of the literature aimed to synthesize the experience of women and men affected by infertility, during a pregnancy resulting from ART. The results obtained during the analysis demonstrate the extent to which these future parents' infertility experiences, as well as the emotionally painful experiences during assisted reproductive treatments, shape and complicate their journey to parenthood. The results are consistent with those of previous studies examining the psychosocial impacts of infertility, which have indicated that the negative experiences undergone by parents during the period of infertility also accompany them during the onset of pregnancy and continue to play an important role even after the birth of the child (Hammarberg et al., 2008; Hjelmstedt et al., 2003; Warmelink, Meijer, et al., 2016). However, a systematic review of women's emotional adaptation to in vitro fertilization points out that the negative emotions they feel seem to be closely related to the threat of treatment failure, and that these emotions tend to disappear at the time of pregnancy (Verhaak et al., 2007).

Our results show that the paradoxical emotions expressed by parents who resorted to ART characterize their experience of pregnancy. The joy of finally being pregnant is often hampered by the fear of losing the long-awaited baby, of giving birth prematurely, or that the child will not survive at birth. Similarly, Gameiro et al. (2010) point out that

women who have conceived by ART see their pregnancy as more rewarding while also perceiving it as riskier than a natural pregnancy. Another study also argued that women affected by infertility experienced conflicting feelings of joy and fear when they became pregnant, and that the pregnancy they envisioned as a happy time was likely to turn into a difficult process for them (Boz et al., 2018).

This metasynthesis shows that infertility represents an unexpected life crisis for couples at the time when they choose to have a child. The end of this long and painful ordeal, marked by the onset of pregnancy, is of great relief for them. For women, the special attention that is paid to them when they become pregnant promotes the improvement of their self-esteem and self-confidence, which had been greatly shaken by their infertility journey. These results are consistent with those of previous studies which reported that self-esteem in women who became pregnant as a result of ART treatments improved as the pregnancy progressed (Cox et al., 2006; Klock & Greenfeld, 2000). In addition, the physical changes in the mother-to-be as well as the changes in life and work habits are generally experienced positively by women who resorted to ART. Similar results were also highlighted by Klock et Greenfeld (2000) who found that pregnant women who resorted to ART are more satisfied with their pregnancy and less concerned about the changes it brings in their daily lives.

Given the hardships they underwent to become pregnant, the women involved in the analyzed studies did not seem to give themselves the right to complain about the

discomforts of pregnancy and the difficulties encountered during this period, as well as after the birth. These results are consistent with those of a previous study which found that parents who resorted to ART tend to express their feelings about their experience less, particularly when the feelings are negative (Ulrich et al., 2004).

This review of the qualitative literature allowed for a better understanding of the intimate struggle that takes place, particularly among women, with regard to their identity representation. Infertility, which has long defined an important part of their identity, is an obstacle to the transition to their emerging identity as a future mother. This transition between conception, pregnancy, and parenthood, considered a normal stage in adult development, is indeed much more difficult for women who have resorted to ART (McMahon, 1999). Although the data are more numerous with regard to the experience of mothers, abandoning this infertility which had become a central element in their lives represents a long-term undertaking for all couples trying to redefine themselves during pregnancy (Sandelowski et al., 1992). Focused on pregnancy, expectant parents tend to idealize parenting and lack the preparation to cope after a course of ART (Hammarberg et al., 2008). For their part, Boz et al. (2018) identified conflicting results on the acquisition of maternal identity in pregnant women previously affected by infertility. They nevertheless pointed out that the difficulty of transitioning from infertility to pregnancy may be linked to a lower coping capacity in motherhood as well as more symptoms of postpartum depression. However, findings from other studies indicate that the occurrence

of postpartum depression in mothers who conceived by ART is not higher than in those who conceived naturally (Amirchaghmaghi et al., 2020; Listijono et al., 2014).

According to the results of the metasynthesis, the experience for women and men previously affected by infertility of having a pregnancy through ART has repercussions at different levels on their relationship as a couple as well as on their relationships with family and loved ones. Although infertility represents a time of crisis for the couple, many mentioned forming a strong team and some women expressed that the success of the pregnancy helped protect their marriage. In a previous study, Sydsjö et al. (2002) have also identified that, although the period before conception was physically and psychologically demanding, this journey seemed to strengthen the marital relationship. Another study also found that couples who had resorted to ART had better relationships than those who had conceived naturally (Fisher et al., 2008).

Finally, the couples also mentioned how their relationships with their family and loved ones were altered by the challenges they faced in conceiving. Depending on the context, relationships with family can be a source of support as well as a source of concern for expectant parents, particularly when they fear being marked by the stigma surrounding infertility. The desire to share and interact with people who understand their experience led to the development of new relationships with other expectant parents undergoing the same challenges. However, Redshaw et al. (2007) noted that women expressed concern about the opinions of others and found it difficult to deal with comments and concerns

from family members and loved ones. The repercussions on relationships with family and loved ones seem to have been studied less than those on the couple, which constitutes an innovative element of the preceding study.

### **Strengths and Limitations**

The main strength of this metasynthesis is that it is one of the first qualitative syntheses of studies on the experience of pregnancy through ART, integrating both the experiences of women and that of men affected by infertility. Indeed, although a few systematic reviews on issues related to pregnancy by ART have been published in recent years, these have presented analyses of quantitative studies (Gourounti, 2016; Hammarberg et al., 2008) and often focused only on the experience of women. A second strength of this metasynthesis relates to the strategies used to increase the validity of the results throughout each stage of the research (Finfgeld-Connett, 2018). The strategies used included, among others: 1) systematically exploring all the literature on the subject throughout the research strategy; 2) using researchers with difference expertise to examine a sample of several studies, allowing the maximization of triangulation; 3) assessing the quality of the studies included in the analysis; 4) adopting a reflective approach during data analysis; and 5) comparing the results obtained with the existing literature.

Despite the use of a research strategy intending to synthesize experiences of the prenatal period in both women and men who conceived through ART, a majority of studies focused only on the experience of women. In addition, among the studies

comprising a sample of future parents (women and partners), men were often under-represented, or the results were presented in such a way as to illustrate their experiences as parents, thus offering little contrast between each person's experience. Thus, although through our own results it was not possible to explore in depth the differences between the lived experiences of the pregnant woman and that of her partner, all data relating to the latter's experience were considered in our analyses. Each finding is presented according to the availability of evidence on mothers, fathers, or both parents.

In addition, certain assisted reproduction techniques such as conception with a sperm or oocytes donor, are likely to raise specific issues affecting the couple's experience. In this sense, the heterogeneity of treatments used by parents across the samples of the different studies analysed may constitute a limitation of this review.

### **Conclusion**

This metasynthesis has made it possible to identify the complex issues that couples affected by infertility face during pregnancy resulting from successful assisted reproductive technologies. The painful experience of infertility and reproductive treatments are not erased by the onset of pregnancy. Although a majority of couples report a strong marital relationship and mutual support, it can be difficult for parents to freely share the feelings and difficulties they have experienced with their family and loved ones. Couples seek to share their experiences of infertility and ART through virtual platforms and through the development of new friendships in order to obtain and offer support.

### **Implications for nursing and health care professionals**

These findings have important implications for nursing practice and that of other health care professionals providing care to couples previously affected by infertility and who have conceived through ART. Indeed, the paradoxical feelings experienced by future parents as well as the issues related to emerging parental identity, noted by this study, highlight the very specific challenges that these couples encounter during pregnancy. To be able to offer them support that aligns with their specific needs, their unique background must first be recognized by practitioners. Thus, it is first important to make professionals aware of the reality experienced by future parents. Then, specific programs could be intended for these couples. For example, adding regular prenatal visits with a nurse early in pregnancy could help reduce parents' worries, especially when fetal movements are not yet noticeable, by providing them with predictable and more frequent access with a healthcare professional. During meetings, the nurse should pay specific attention to the parents' history of infertility and ART when addressing their concerns about the progress of the pregnancy. Prenatal support focused on the experience of the future parents is likely to facilitate their transition to parenthood.

Further research is needed to better understand the complex journey of couples affected by infertility, as well as their transition to parenthood following successful assisted reproductive technologies. Since most of the research is focused on the experience of the pregnant woman, future studies are needed to deepen the understanding of the partner's experience. In addition, the impact on family and loved ones is the subject of a

limited number of studies and requires the attention of researchers. Thus, these recommendations for practice and research are likely to improve care and support during pregnancy for parents who have conceived by assisted reproductive technologies.

**Ethical statement**

The research presented in this manuscript was approved on June 2nd 2021 by the Université du Québec en Outaouais Research Ethics Committee (protocol number 2022-1823).

**Declaration of Competing Interest**

The authors declare that they have no conflicts of interest.

**Acknowledgements**

The authors would like to thank the following granting agencies: the MEES-Universités doctoral scholarship program and that of the Quebec Network on Nursing Intervention Research (RRISIQ), as well as the Quebec Fund for Research in Society and Culture, which funds the Paternity, Family, and Society Team.

## References

- Allan, H., Mounce, G., Culley, L., van den Akker, O., & Hudson, R. (2019). Transition to parenthood after successful non-donor in vitro fertilisation: The effects of infertility and in vitro fertilisation on previously infertile couples' experiences of early parenthood. *Health*, 25(4), 434-453. <https://doi.org/10.1177/1363459319891215>
- Amirchaghmaghi, E., Malekzadeh, F., Chehraz, M., Ezabadi, Z., & Sabeti, S. (2020). A Comparison of Postpartum Depression in Mothers Conceived by Assisted Reproductive Technology and Those Naturally Conceived. *International Journal of Fertility & Sterility*, 13(4), 277-281. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2020.5466>
- Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. (2020). *Infertilité*. [http://www.gynecoquebec.com/sante-femme/infertilite/20-infertilite.html#:~:text=Environ%20330%20000%20couples%20souffrent,homme%20\(absence%20de%20spermatozo%C3%AFdes\)](http://www.gynecoquebec.com/sante-femme/infertilite/20-infertilite.html#:~:text=Environ%20330%20000%20couples%20souffrent,homme%20(absence%20de%20spermatozo%C3%AFdes))
- Berger, R., Paul, M. S., & Henshaw, L. A. (2013). Women's experience of infertility: a multi-systemic perspective. *Journal of International Women's Studies*, 14(1), 54-68. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol14/iss1/4>
- Boz, İ., Özçetin, E., & Teskereci, G. (2018). Becoming a mother after infertility: A theoretical analysis. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 10(4), 496-511. <https://doi.org/10.18863/pgy.382342>
- Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Services Research*, 42(4), 1758-1772. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Butler, A., Hall, H., & Copnell, B. (2016). A guide to writing a qualitative systematic review protocol to enhance evidence-based practice in nursing and health care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 241-249. <https://doi.org/10.1111/wvn.12134>
- Canneaux, M. (2020). Grossesse et don d'ovocytes : remaniements psychiques chez les futurs parents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(5), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.05.006>

- Cox, S. J., Glazebrook, C., Sheard, C., Ndukwe, G., & Oates, M. (2006). Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and Sterility*, 85(1), 84-89. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.07.1287>
- Crespo, E., & Bestard, J. (2017). Psychosocial needs of women and their partners after successful assisted reproduction treatment in Barcelona. *Reproductive BioMedicine & Society Online*, 3, 90-99. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2017.04.001>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Qualitative Checklist*. [https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf)
- Dornelles, L. M. N., Maccallum, F., Lopes, R. d. C. S., Piccinini, C. A., & Passos, E. P. (2014). 'Living each week as unique': maternal fears in assisted reproductive technology pregnancies. *Midwifery*, 30(3), e115-e120. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.005>
- Finfgeld-Connett, D. (2018). *A guide to qualitative meta-synthesis*. Routledge.
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative health research*, 12(4), 531-545. <https://doi.org/10.1177/10497320212912005>
- Fisher, J. R. W., Hammarberg, K., & Baker, G. H. W. (2008). Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertility and Sterility*, 89(5), 1103-1112. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.05.022>
- Franklin, S. (2013). Conception through a looking glass: the paradox of IVF. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(6), 747-755. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.08.010>
- French, L. R., Sharp, D. J., & Turner, K. M. (2015). Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 65(638), e570-e577. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686473>
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2010). Psychosocial adjustment during the transition to parenthood of Portuguese couples who conceived spontaneously or through assisted reproductive technologies. *Research in Nursing & Health*, 33(3), 207-220. <https://doi.org/10.1002/nur.20377>
- Gedda, M. (2017). Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 3(1), 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.01.011>

- Gourounti, K. (2016). Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review. *Women & Health*, 56(1), 98-118. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1074642>
- HaCohen, N., Amir, D., & Wiseman, H. (2018). Women's narratives of crisis and change: Transitioning from infertility to pregnancy. *Journal of Health Psychology*, 23(5), 720-730. <https://doi.org/10.1177/1359105316652465>
- Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., & Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 14(5), 395-414. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn030>
- Hasanbeigi, F., Zandi, M., Vanaki, Z., & Kazemnejad, A. (2017). Investigating the problems and needs of infertile patients referring to assisted reproduction centers: a review study. *Evidence Based Care*, 7(3), 54-70. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.26250.1608>
- Hjelmstedt, A., Widström, A.-M., Wramsby, H., Matthiesen, A.-S., & Collins, A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(2), 152-161. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2003.00040.x>
- Huang, M.-Z., Sun, Y.-C., Gau, M.-L., Puthussery, S., & Kao, C.-H. (2019). First-time mothers' experiences of pregnancy and birth following assisted reproductive technology treatment in Taiwan. *Journal of Health, Population & Nutrition*, 38(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0167-3>
- James, S. S., & Singh, A. K. (2018). Grief and bereavement in infertility and involuntary childlessness. *Journal of Psychosocial Research*, 13(2), 297-305. <https://doi.org/10.32381/JPR.2018.13.02.4>
- Klock, S. C., & Greenfeld, D. A. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 73(6), 1159-1164. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(00\)00530-6](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(00)00530-6)
- Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C. J., Gülmezoglu, M., Noyes, J., Booth, A., Garside, R., & Rashidian, A. (2015). Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS medicine*, 12(10), e1001895. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001895>

- Lin, Y.-n., Tsai, Y.-c., & Lai, P.-h. (2013). The experience of Taiwanese women achieving post-infertility pregnancy through assisted reproductive treatment. *The Family Journal*, 21(2), 189-197. <https://doi.org/10.1177/1066480712466827>
- Listijono, D. R., Mooney, S., & Chapman, M. (2014). A comparative analysis of postpartum maternal mental health in women following spontaneous or ART conception. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35(2), 51-54. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.911281>
- McMahon, C. A. (1999). Does assisted reproduction make an impact on the identity and self-esteem of infertile women during the transition to parenthood? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 16(2), 59. <https://doi.org/10.1023/A:1022508604606>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/67395>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Ranjbar, F., Akhondi, M.-M., Borimnejad, L., Ghaffari, S.-R., & Behboodi-Moghadam, Z. (2015). Paradox of Modern Pregnancy: A Phenomenological Study of Women's Lived Experiences from Assisted Pregnancy. *Journal of Pregnancy*, 2015, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2015/543210>
- Ranjbar, F., Warmelink, J. C., & Gharacheh, M. (2020). Prenatal attachment in pregnancy following assisted reproductive technology: a literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 86-108. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1705261>
- Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22(1), 295-304. <https://doi.org/10.1093/humrep/del344>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 20(1), 41. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. springer publishing company.

- Sandelowski, M., Harris, B. G., & Black, B. P. (1992). Relinquishing Infertility: The Work of Pregnancy for Infertile Couples. *Qualitative Health Research*, 2(3), 282-301. <https://doi.org/10.1177/104973239200200303>
- Smorti, M., & Smorti, A. (2012). Transition to parenthood in infertile couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 527-531. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.05.154>
- Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study. *Human Reproduction*, 17(12), 3242-3250. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.12.3242>
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
- Toscano, S. E., & Montgomery, R. M. (2009). The lived experience of women pregnant (including preconception) post in vitro fertilization through the lens of virtual communities. *Health Care for Women International*, 30(11), 1014-1036. <https://doi.org/10.1080/07399330903159700>
- Turgeon, M., Noël, R., & Bouche-Florin, A. (2018). Transition à la paternité et procréation assistée: Une recherche qualitative exploratoire de type étude de cas. [Transition to fatherhood and assisted procreation: An exploratory qualitative case study.]. *Devenir*, 30(4), 331-356. <https://doi.org/10.3917/dev.184.0331>
- Ulrich, D., Gagel, D. E., Hemmerling, A., Pastor, V. S., & Kentenich, H. (2004). Couples becoming parents: something special after IVF? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 99-113. <https://doi.org/10.1080/17402520400004599>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J. A., Kraaijmaat, F., & Braat, 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>
- Walker, C., Mills, H., & Gilchrist, A. (2017). Experiences of physical activity during pregnancy resulting from in vitro fertilisation: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(4), 365-379. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1313968>

- Walsh, D., & Devane, D. (2012). A metasynthesis of midwife-led care. *Qualitative Health Research*, 22(7), 897-910. <https://doi.org/10.1177/1049732312440330>
- Walsh, D., & Downe, S. (2005). Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 204-211. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03380.x>
- Warmelink, J. C., Adema, W., Pranger, A., & de Cock, T. P. (2016). Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood: A qualitative study in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(1), 12-20. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1106474>
- Warmelink, J. C., Meijer, J. M., Mulder, N., Mulder, S., & van Lohuizen, M. T. (2016). Perception of the psychosocial aspects of subfertility by parents following successful medically assisted conception: A qualitative study. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6(13), 830-845. <https://doi.org/10.4236/ojog.2016.613101>
- WHO, 2020a. Infertility. [WWW document]. Webpage. URL. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- WHO, 2020b. Multiple definitions of infertility [WWW document]. Webpage. URL. <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>

### Supplementary File 1

#### *Search strategy for each database*

| Database<br>(Thesaurus)           | Filters                                                                                                 | Search terms                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Number<br>of articles |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| CINAHL<br>(CINAHL<br>descriptors) | Research in all fields<br>Article in French and English<br>Qualitative research<br>Includes an abstract | (Couple*OR Famil* OR Parent* OR Father* OR m*n<br>OR Mother* OR Wom*n) AND (Infertil* OR<br>“Reproducti* technique*” OR “Fertilization in vitro”<br>OR “Insemination, artificial”) AND (Pregnan*) AND<br>(Behavior* OR “Parental behavior*” OR attitude* OR<br>“family attitude*” OR “Parental attitude*” OR<br>“Maternal attitude*” OR “Paternal attitude*”) | 215                   |
| MEDLINE<br>(MeSH)                 | Research in all fields<br>Article in French and English<br>Qualitative research<br>Includes an abstract | (Couple* OR Famil* OR Parent* OR Father* OR m*n<br>OR Mother* OR Wom*n) AND (Infertil* OR<br>“Reproducti* techni*, assisted” OR “Fertilization* in<br>vitro” OR “In vitro fertilization*” OR “Insemination*,<br>artificial” OR “Artificial insemination*”) AND<br>(Pregnan* OR Gestation) AND (Behavior* OR<br>Parenting OR Attitude*)                        | 711                   |
| PsycNET<br>(APA)                  | Research in all fields<br>Article in French and English<br>Qualitative research<br>Includes an abstract | (Famil* OR Couple*OR Parent* OR Father* OR m*n<br>OR Mother* OR Wom*n) AND (Infertil* OR<br>“Reproducti* technology”) AND (Pregnan*)                                                                                                                                                                                                                          | 129                   |
| Scopus<br>(no thesaurus)          | Search in TITLE-ABS-KEY<br>Article in French and English<br>Document type: article or review            | (Parent* OR Couple* OR Famil* OR Mother* OR<br>Father* OR Wom*n OR M*n) AND (Infertil*) W/20<br>(Pregnan* OR Gestation)                                                                                                                                                                                                                                       | 34                    |

|                                               |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ScienceDirect<br>(no thesaurus)               | Search in TITLE-ABS-KEY<br>Article in French and English<br>Review articles and research<br>articles | (Parents OR Couples OR Mothers OR Fathers) AND<br>(Infertility) AND (Pregnancy OR Post-infertility<br>pregnancy)                                                                                                                                                                                     | 694 |
| CAIRN (French<br>database)<br>(no thesaurus)  | Search in abstract                                                                                   | (Couple* OU Père* OU Mère* OU Parent* OU<br>Homme* OU Femme*) ET (Infertilité) ET<br>(Grossesse*)                                                                                                                                                                                                    | 9   |
| ÉRUDIT (French<br>database)<br>(no thesaurus) | Search by title, abstract, or<br>keyword<br>Scholarly articles<br>Articles<br>In French or English   | (Couple* OU Famille* OU Père* OU Mère* OU<br>Parent* OU Homme* OU Femme*) ET (Infertilité OU<br>« Procréation médicalement assistée » OU «<br>Fécondation in vitro » OU « Insémination artificielle »)<br>ET (Grossesse* OU Gestation*) ET (Expérience* OU<br>Attitude* OU Comportement* OU Besoin*) | 136 |

### **Modélisation de l'expérience de la grossesse suivant une procréation médicalement assistée réussie chez les couples touchés par l'infertilité**

La modélisation développée dans le premier article de la thèse permet ainsi de structurer l'expérience des couples autour de quatre grandes dimensions, soit le temps, les émotions, l'identité et les relations. Plus spécifiquement, elle suggère que le chemin long et complexe de ces couples vers la parentalité est marqué par des émotions paradoxales au cours de la grossesse, des défis au regard d'une nouvelle identité ainsi que des changements à l'intérieur de leurs relations avec les autres.

Bien qu'elle permette de dégager les enjeux complexes auxquels les couples touchés par l'infertilité sont confrontés lors d'une grossesse découlant d'une PMA réussie, cette modélisation a principalement été développée à partir de l'expérience des femmes enceintes. En effet, la moitié des études retenues pour la métasynthèse n'impliquaient que des femmes. En outre, les conclusions actuelles ne permettent pas d'aborder le phénomène de manière systémique, ce qui représente une limite pour pleinement comprendre ce qui peut moduler l'expérience des parents.

Ainsi, cette recherche doctorale souhaite construire de nouvelles connaissances afin de combler ces lacunes. Plus spécifiquement, cette étude vise à décrire l'expérience vécue par les femmes enceintes et celle vécue par leur partenaire en répondant aux questions de recherche suivantes :

- Comment les femmes enceintes et leur partenaire décrivent-ils leurs émotions tout au long de la grossesse?
- Comment se représentent-ils la construction de leur identité parentale?
- Comment décrivent-ils les changements survenus dans différentes sphères de leur vie? (personnelle, conjugale, familiale, sociale, médicale)

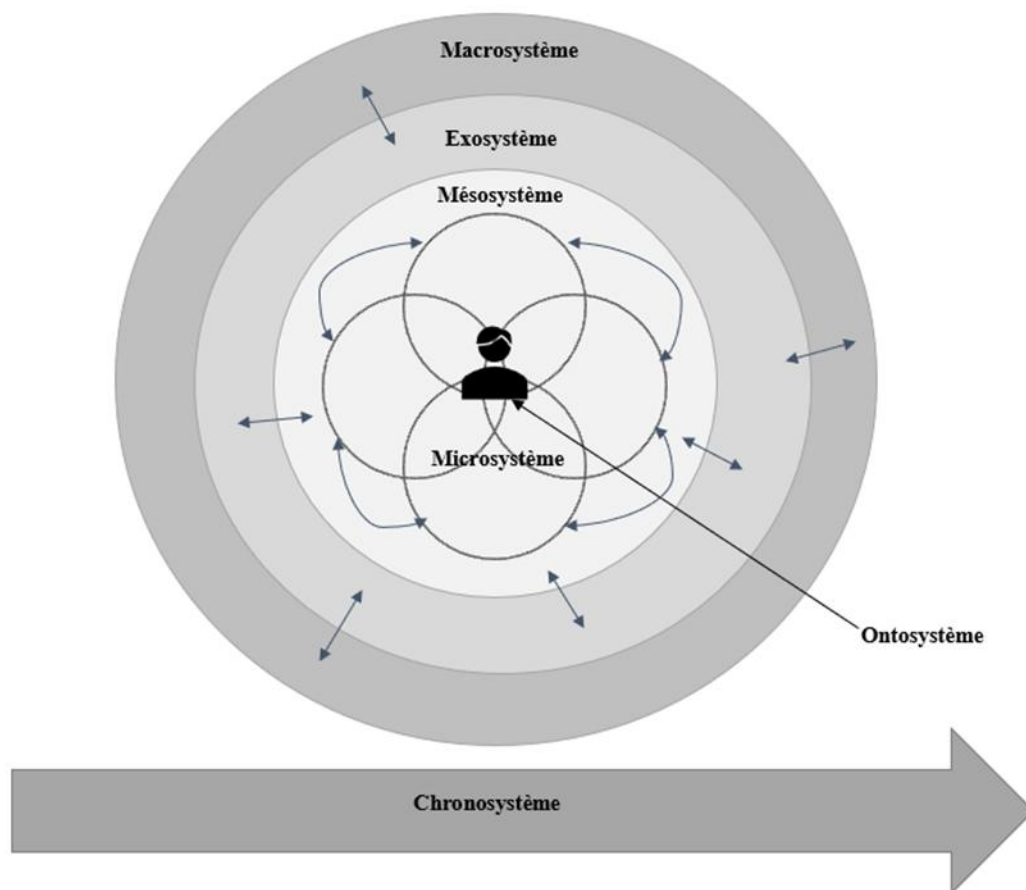
### **Cadre de référence**

La modélisation décrite ci-haut constitue le fondement théorique principal de cette étude doctorale. Elle contribue à décrire l'expérience des futurs parents de manière structurée et les données recueillies dans l'étude empirique (article 3) permettront d'approfondir et de faire évoluer les thèmes déjà identifiés.

Différents modèles et théories auraient pu être mobilisés pour compléter cette perspective. A prime abord, le modèle de Calgary (Shajani & Snell, 2023), une approche systémique en sciences infirmières, a été envisagé. Après examen, il a été écarté, son angle principalement clinique ayant été jugé trop limité pour une thèse. Par la suite, la théorie du parcours de vie (Gherghel & Saint-Jacques, 2013), une approche interdisciplinaire pertinente pour mieux comprendre les trajectoires individuelles en tenant compte du contexte social, historique et familial de la personne, a été considérée. Cependant, bien que cette théorie s'avère utile pour analyser l'influence des transitions et des contextes de vie, elle est souvent utilisée dans une perspective interprétative centrée sur le sens donné aux expériences, alors que le projet actuel vise plutôt une description contextualisée et

l'identification de régularités dans le phénomène. Après avoir exploré ces différents repères théoriques, le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005) s'est imposé pour intégrer la perspective systémique, quasi absente des études recensées dans le premier article de la thèse.

Le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005) permet ainsi de situer l'expérience des futurs parents dans une perspective écosystémique et développementale. En effet, l'apport théorique du modèle bioécologique s'avère particulièrement utile pour mieux comprendre les interactions entre différents éléments pouvant façonner l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire pendant une grossesse consécutive à une PMA en contexte d'infertilité. Ce modèle (Figure 3) s'articule autour d'un ensemble de systèmes interreliés et reconnaît que les relations continues et significatives entre les personnes agissent sur leur développement. Ainsi, l'éclairage apporté par le modèle de Bronfenbrenner permet d'analyser les multiples interactions entre les individus et leur environnement, et ce, à travers différents niveaux d'influence.

**Figure 3***Modèle bioécologique de Bronfenbrenner*

Le premier niveau, l'ontosystème, réfère aux caractéristiques individuelles de la personne qui se trouve au centre du modèle. Dans ce cas-ci, il s'agit des futurs parents. Ces caractéristiques incluent notamment leur histoire d'infertilité, leurs stratégies d'adaptation et leurs attentes face à la parentalité. Le niveau suivant, le microsystème, comprend pour sa part l'ensemble des environnements immédiats dans lesquels la personne évolue et joue un rôle direct, tel que le couple, la famille, les amis, et les interactions avec les professionnels de la santé. Le mésosystème, contrairement aux autres

niveaux d'influences, ne concerne pas un environnement en particulier, mais réfère plutôt aux liens entre les différents microsystèmes, par exemple l'impact du soutien des professionnels de la santé sur la dynamique conjugale ou encore l'influence des échanges avec des pairs ayant vécu une expérience similaire sur l'adaptation des futurs parents pendant la grossesse.

Le niveau de l'exosystème est composé des milieux qui influencent la personne au centre du modèle, mais qu'elle ne fréquente pas directement. On y retrouve entre autres les programmes et les politiques entourant la PMA, ainsi que les caractéristiques du réseau de la santé et des services sociaux. Le macrosystème représente le niveau le plus large du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005). On y retrouve tout ce qui relève des normes culturelles et des valeurs sociétales qui peuvent influencer, notamment les représentations de l'infertilité, de la PMA et de la parentalité. Finalement, le modèle de Bronfenbrenner (2005) tient compte également de l'évolution de ces influences dans le temps. Ce dernier niveau, nommé chronosystème, considère la temporalité sous un angle historique, c'est-à-dire l'époque dans laquelle se situe la personne, ainsi que sous un angle plus personnel, tel que le stade de développement et les périodes de transition de la personne au cœur du modèle.

En somme, la modélisation de l'expérience de la grossesse suivant une PMA réussie chez les couples touchés par l'infertilité (René et al., 2022) et le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005) offrent un fondement théorique solide et

pertinent pour mieux comprendre l'expérience vécue par les futurs parents lorsqu'ils attendent un enfant dans ce contexte particulier en situant cette expérience dans une perspective écosystémique. Cette base conceptuelle a guidé l'élaboration des questions d'entretien, l'analyse des données ainsi que l'interprétation et la discussion des résultats. La compréhension profonde et contextuelle de ce phénomène permet de générer de nouvelles connaissances qui peuvent servir d'ancrage à l'élaboration d'interventions infirmières allant au-delà des soins centrées sur la femme enceinte, à une période où la famille est particulièrement réceptive aux conseils des professionnels de la santé (Dubeau & Devault, 2012).

## **Méthode**

## **Méthodologie et méthodes**

Cette étude doctorale vise à décrire l'expérience vécue par les femmes enceintes et par leur partenaire lorsqu'ils attendent un enfant à la suite d'une PMA liée à l'infertilité et à comprendre comment ces futurs parents se représentent leurs émotions, la construction de leur identité parentale de même que les changements dans différentes sphères de leur vie. Ainsi, la nature du phénomène et des objectifs de ce projet de recherche nécessite une investigation basée sur une approche qualitative descriptive guidée par le paradigme post-positiviste. Sur le plan ontologique, cela suppose que la réalité existe et qu'elle peut être observée. Elle n'est toutefois pas absolue, mais plutôt socialement et culturellement construite (Giddings & Grant, 2007). Sur le plan épistémologique, cette étude repose sur l'idée que le chercheur est distinct de ce qu'il observe. Les connaissances sont construites en se concentrant sur la recherche de régularité et de relations entre divers éléments de la réalité, permettant de fournir une estimation raisonnable de la réponse humaine dans certaines situations de santé (Weiss, 1995). Sur le plan méthodologique, cette recherche vise à décrire et à comprendre un phénomène complexe dans un contexte naturel à l'intérieur duquel il est difficile de le dissocier, en explorant l'expérience vécue par les personnes concernées (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2018).

Cette recherche qualitative descriptive repose sur une conception d'étude de cas telle que décrite par Yin (2018). Le cas est délimité par l'expérience des parents d'attendre un enfant conçu par PMA en contexte d'infertilité et comprend deux unités d'analyse intégrée, soit : 1) les femmes enceintes et 2) les partenaires. L'étude de cas s'avère particulièrement pertinente pour apporter un nouvel éclairage à la modélisation de l'expérience de la grossesse suivant une procréation médicalement assistée réussie chez les couples touchés par l'infertilité développée dans le premier article de la thèse (Barlatier, 2018). Ainsi, cette étude de cas permet de mieux comprendre comment le phénomène (grossesse par PMA en contexte d'infertilité) est vécu en situation sociale (couple, famille, proches, professionnels de la santé) dans un lieu spécifique (au Québec) par les protagonistes (femmes enceintes et partenaires).

### **Considérations éthiques**

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (numéro de certificat : 2023-2431) (voir Appendice B). Aucun risque particulier n'était associé à la participation à l'étude. Le principal inconvénient était lié au temps requis pour remplir le questionnaire et participer à l'entretien. La participation était entièrement libre et volontaire, et les participants pouvaient se retirer à tout moment, sans justification. Aucun participant ne s'est toutefois retiré après avoir consenti à prendre part à l'étude.

Après avoir signé le formulaire de consentement (voir Appendice C), les participants ont été contactés par la chercheuse principale afin de répondre à leurs questions et de planifier l'entretien. Lorsque les deux membres d'un couple prenaient part à l'étude, leurs entretiens étaient menés séparément afin de garantir la confidentialité de chacun au sein du couple (Ummel & Achille, 2016). Les participants avaient également la liberté de ne pas répondre aux questions qui leur causaient un inconfort. Une liste de ressources (voir Appendice D) leur était fournie en même temps que le formulaire d'information et de consentement, afin de leur offrir un soutien au besoin.

Toutes les données recueillies dans cette étude demeurent strictement confidentielles, conformément aux lois et règlements en vigueur au Québec ainsi qu'aux politiques de l'Université du Québec en Outaouais. En respect des directives éthiques, les données seront détruites cinq ans après la fin du projet.

### **Recrutement et participants**

Le recrutement des participants s'est effectué entre février et novembre 2023 en collaboration avec deux cliniques de fertilité québécoises, ainsi que par l'entremise des réseaux sociaux. Plus précisément, des membres du personnel des cliniques ont partagé l'annonce de recrutement (voir Appendice E) sur leur fil d'actualité, ce qui a permis une diffusion organique. La publication a ensuite été relayée dans des groupes privés dédiés aux personnes ayant vécu l'infertilité et à celles attendant un enfant après un parcours de PMA. Cette stratégie d'échantillonnage de convenance, combinée à une méthode boule

de neige pour le recrutement des partenaires, a facilité l'accès aux personnes ciblées par l'étude.

Pour pouvoir participer à l'étude, les parents devaient satisfaire les critères d'inclusion suivants: 1) être âgés de 18 ans ou plus; 2) avoir eu recours à la PMA en raison d'une infertilité médicale chez au moins un des partenaires; 3) être en cours de grossesse, avoir une conjointe enceinte ou avoir donné naissance dans les 12 mois précédant l'étude; 4) être en mesure de parler, comprendre et lire le français, afin de garantir une participation efficace aux entretiens; 5) avoir accès à Internet, un critère essentiel pour assurer la communication et la collecte des données dans un contexte flexible. La participation des deux partenaires du couple n'était pas obligatoire pour joindre l'étude. De plus, afin d'assurer une certaine cohérence dans les expériences étudiées, les parents vivant des grossesses multiples ont été exclus de ce projet de recherche, car celles-ci nécessitent une prise en charge particulière pouvant moduler différemment l'expérience des participants.

### **Enjeux méthodologiques**

Pour répondre aux objectifs de l'étude, il s'avérait essentiel de pouvoir intégrer la perspective des femmes enceintes ainsi que celle des partenaires. Toutefois, il est couramment admis que le recrutement de participants masculins représente un défi en recherche (Butera, 2006; Dunn et al., 2004; Ryan et al., 2019). Pour pallier cet enjeu, une revue narrative portant sur les stratégies gagnantes pour favoriser la participation des hommes en recherche a été réalisée, et fait l'objet du deuxième article de la thèse. Cet

article, dont la version intégrale publiée est présentée ci-après, rassemble et explicite différentes stratégies permettant de favoriser la participation des hommes en recherche, en accordant une attention particulière aux domaines de recherche traditionnellement féminins, comme la périnatalité et la parentalité. L'analyse des publications retenues (n=31) a permis de regrouper ces stratégies selon trois moments clés du déroulement d'une étude, soit le recrutement, le maintien de l'engagement et la collecte de données. Cette revue narrative a ainsi contribué grandement à l'élaboration du présent projet de recherche dans lequel plusieurs des stratégies recensées ont été mobilisées.

### **Avant-propos (article 2)**

L'étudiante-chercheuse, Caroline René, est première et principale autrice de cet article. Isabelle Landry, également étudiante et candidate au doctorat sur mesure du département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais, ainsi que les professeures Francine de Montigny (directrice de thèse), Katherine Péloquin et Marie-Josée Martel (membres du comité de thèse) sont coautrices de ce manuscrit. L'implication des coautrices fut principalement centrée sur la révision critique de l'ensemble du contenu. Toutes les autrices ont révisé et approuvé la version finale du manuscrit.

**Titre de l'article :** Favoriser la participation des hommes en recherche: une revue narrative des stratégies gagnantes (*Promoting Men's Participation in Research: A Narrative Review of Successful Strategies*)

**Auteurs:** Caroline René, inf., Ph.D. (c); Isabelle Landry, inf., Ph.D. (c); Katherine Péloquin, D.Psy., Ph.D., Marie-Josée Martel, inf., Ph.D., Francine de Montigny, inf., Ph.D.

**Revue de publication :** Recherche en soins infirmiers

**Statut de l'article :** Publié (voir Appendice J)

## **Résumé**

**Introduction :** Depuis une vingtaine d'années, les recherches portant sur le vécu des hommes ont particulièrement augmenté. Néanmoins, leur voix demeure sous-représentée dans des domaines comme la reproduction et la parentalité. Cela pose la question de leur réelle disposition à participer aux études qui leur sont destinées ou de l'adéquation des moyens utilisés par les chercheurs pour les rejoindre et les impliquer. Cet article vise à décrire différentes stratégies favorisant l'engagement des hommes en recherche.

**Méthode :** Une revue narrative a été réalisée en consultant les bases de données CINAHL, MEDLINE et CAIRN, ainsi que l'outil de recherche Sofia. Des publications supplémentaires ont été repérées par la méthode boule de neige et le suivi inversé des citations.

**Résultats :** Trente et une (31) publications ont été retenues et analysées. Les stratégies gagnantes auprès des hommes ont été rassemblées et explicitées selon trois moments clés, soit le recrutement, le maintien de l'engagement et la collecte de données.

**Discussion :** Cette revue souligne le peu d'écrits proposant des stratégies méthodologiques concrètes pour anticiper et surmonter les obstacles lors d'études effectuées auprès des hommes. Une transparence accrue des aspects méthodologiques dans les publications futures pourrait améliorer les connaissances et les pratiques pour mobiliser les hommes en recherche.

### ***Abstract***

***Introduction:*** Over the past two decades, research on men's lived experiences has significantly increased. However, their voices remain underrepresented in areas such as reproduction and parenting. This raises questions about their willingness to participate in studies targeting them and the effectiveness of researchers' methods to engage them. This article aims to describe various strategies to enhance men's engagement in research.

***Method:*** A narrative review was conducted by consulting the CINAHL, MEDLINE, and CAIRN databases, as well as the Sofia search tool. Additional publications were identified using the snowball method and reverse citation tracking.

***Results:*** 31 publications were selected and analyzed. Effective strategies for engaging men were gathered and explained according to three key stages: recruitment, maintaining engagement, and data collection.

***Discussion:*** This review highlights the lack of concrete methodological strategies to anticipate and overcome obstacles in studies involving men. Increased transparency of methodological aspects in future publications could improve knowledge and practices for mobilizing men in research.

**Mots clés :** Revue narrative; recherche; participants; hommes; recrutement; collecte de données.

**Key words:** Narrative review; research; participants; men; recruitment; data collection

## Introduction

Il est couramment admis que les hommes sont plus difficiles à impliquer et à maintenir engagés dans la recherche (Butera, 2006; Dunn et al., 2004; Ryan et al., 2019), et cette difficulté tend à s'accroître davantage dans des domaines de recherche traditionnellement féminins, comme la reproduction et la parentalité (Culley et al., 2013; de Lacey, 2014; McKelley & Rochlen, 2016). Par ailleurs, bien que les études sur l'expérience masculine et paternelle se soient multipliées au cours des vingt dernières années, la distinction entre leur réalité du contexte parental et celle des femmes demeurent souvent floues (Devault et al., 2015; Lacharité & Gagnier, 2015), suscitant ainsi des interrogations sur les raisons de leur relative absence dans les résultats de recherche (Law, 2019). Dans ce contexte, plusieurs chercheurs ont soulevé la question de savoir si la réticence des hommes à participer à ces études était réelle ou si elle reflétait plutôt une incapacité des chercheurs à les recruter et à les engager de manière appropriée dans le processus de recherche (Culley et al., 2013; de Lacey, 2014; Preloran et al., 2001).

De ce questionnement découle l'intérêt des chercheurs à identifier les obstacles rencontrés pour rejoindre et recruter des hommes lors d'études les concernant, afin de proposer des solutions adaptées (Onyeze-Joe & Godin, 2022; Ryan et al., 2019; Zielke et al., 2024). Ces obstacles incluent notamment la réticence générale des hommes à participer à des études de santé (Ryan et al., 2019; Zielke et al., 2024), l'inconfort social lié au recrutement (Bryant & Charmaz, 2019), l'inefficacité des méthodes de recrutement traditionnelles (Bryant & Charmaz, 2019; Zielke et al., 2024), les stéréotypes de genre

associés à certains sujets de recherche (Onyeze-Joe & Godin, 2022; Zielke et al., 2024), les contraintes de temps exprimées par les hommes (Bryant & Charmaz, 2019), la méfiance envers la recherche et ses objectifs (Zielke et al., 2024), ainsi que les barrières culturelles, en particulier dans les études liées à la santé reproductive (Onyeze-Joe & Godin, 2022). L'identification de ces obstacles permet aux chercheurs de développer des stratégies plus efficaces pour impliquer les hommes dans la recherche. Cependant, il demeure toujours difficile d'avoir une vue d'ensemble des meilleures pratiques à adopter auprès de cette population. Pour pallier ces enjeux méthodologiques, il s'avère essentiel de recueillir les méthodes ayant connu du succès dans des projets précédents afin de guider les chercheurs lors de la conception de leurs études. Ainsi, le but de cette recherche est de rassembler et d'explicitier différentes stratégies pour mobiliser les hommes en recherche du recrutement à la collecte de données, notamment dans les domaines de recherche où leur participation demeure un enjeu méthodologique, comme la périnatalité et la parentalité. Cet enjeu est important pour les chercheurs en sciences infirmières qui, traditionnellement, cherchent à inclure différents groupes de participants dans leurs études et ainsi assurer une plus grande diversité des expériences de santé des personnes, des familles et des communautés.

### **Méthode**

Pour fournir une synthèse des connaissances sur les meilleures stratégies pour mobiliser les hommes et ainsi relever les défis rencontrés lors du processus de recherche auprès d'eux, une revue narrative a été réalisée. Ce type de revue a été privilégié en raison

de la nature étendue du sujet étudié et de la diversité des sources d'information pertinentes (Gregory & Denniss, 2018; Murphy, 2012). Bien que la revue narrative n'ait pas de structure ou de format prédéfini (Conn & Coon Sells, 2014; Ferrari, 2015), les étapes suivent un processus similaire à celui de toute revue des écrits (Efron & Ravid, 2019).

La recherche documentaire a été réalisée de manière itérative entre les mois de mai et juin 2022, avec une mise à jour en mai 2024. Les bases de données électroniques MEDLINE, CINAHL et CAIRN ont été consultées en utilisant les mots clés “M\*n OR fathers OR males” AND “research methods”, ainsi que leurs équivalents en français. Malgré plusieurs ajustements des mots clés pour raffiner ou élargir la recherche, peu de publications directement axées sur la participation des hommes à la recherche ou sur les méthodologies spécifiques utilisées avec eux ont été identifiées. Face à cette limite, la recherche a été élargie en ayant recours à des méthodes complémentaires souvent employées dans le cadre des revues narratives pour repérer des documents pertinents. La méthode boule de neige a été appliquée, permettant d'identifier des études à partir des références bibliographiques des articles retenus initialement (Horsley, 2019). De plus, le suivi inversé des citations a été utilisé afin de repérer des publications plus récentes citant ces mêmes écrits (Callahan, 2014; Horsley, 2019). Finalement, l'outil de recherche Sofia, une plateforme commune et accessible dans toutes les bibliothèques universitaires québécoises, a également été consulté pour inclure les monographies dans la recherche documentaire. Pour être considérées, les publications devaient répondre aux critères de

sélections suivants : 1) avoir été publiés entre 2000 et 2024 et 2) être rédigés en français ou en anglais.

### **Résultats**

Les publications retenues (n=31), parues entre 2001 et 2024, ont été classées par discipline en fonction de la revue ou de la source de publication principale, ainsi que de l'affiliation disciplinaire des auteurs. Ainsi, elles provenaient principalement des sciences infirmières ou des sciences de la maïeutique (n=8), de la psychologie (n=5), des sciences sociales (n=6), mais aussi d'autres disciplines (n=12) dont la médecine, les sciences de la santé, l'éducation, la santé publique, l'épidémiologie et les sciences de la famille. La nature des documents était variée. Les articles empiriques (n=16) comprenaient des études basées sur la collecte et l'analyse de données primaires, telles que des entretiens, des questionnaires ou des observations. Les articles méthodologiques (n=7) portaient quant à eux sur des réflexions et recommandations concernant les méthodes de recherche, notamment en lien avec le recrutement et la collecte de données auprès des hommes. Les publications retenues comprenaient également des livres et des chapitres de livres (n=3), ainsi qu'un rapport méthodologique (n=1), des articles de discussion (n=3) et un texte éditorial (n=1). Plusieurs documents abordaient plus particulièrement la période périnatale, la paternité ou la reproduction (n=12), alors que d'autres s'organisaient autour de la santé de l'enfant (n=2), concernaient de manière plus générale la recherche conduite avec des hommes ou des pères (n=16) ou portaient spécifiquement sur les méthodes

d'entretien en recherche qualitative (n=1). Le Tableau 1 présente les caractéristiques des documents consultés.

**Tableau 1***Caractéristiques des documents consultés*

| Auteur (année)                                                                    | Titre de la publication                                                                                                        | Discipline                                        | Sujet                       | Type de publication                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------|
| Åhman, A., Lindgren, P., & Sarkadi, A. (2012).                                    | Facts first, then reaction--expectant fathers' experiences of an ultrasound screening identifying soft markers                 | Sciences infirmières et médecine                  | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif, étude naturaliste) |
| Brick, J. M., Hagedorn, M. C., Montaquila, J., Roth, S. B., & Chapman, C. (2006). | Impact of monetary incentives and mailing procedures: An experiment in a federally sponsored telephone survey.                 | Éducation                                         | Recherche auprès des hommes | Rapport méthodologique                            |
| Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015)                                                 | InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing                                                            | Recherche qualitative                             | Méthode d'entretien         | Livre                                             |
| Butera, K. J. (2006).                                                             | Manhunt: The challenge of enticing men to participate in a study on friendship                                                 | Sciences sociales                                 | Recherche auprès des hommes | Article méthodologique                            |
| Culley, L., Hudson, N., & Lohan, M. (2013).                                       | Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility                                 | Sciences sociales                                 | Recherche auprès des hommes | Article méthodologique                            |
| Davison, K. K., Charles, J. N., Khandpur, N., & Nelson, T. J. (2017).             | Fathers' perceived reasons for their underrepresentation in child health research and strategies to increase their involvement | Santé publique et sociologie                      | Santé de l'enfant           | Article empirique (quantitatif, enquête en ligne) |
| de Lacey, S. (2014).                                                              | Recruiting men to research about reproduction: A fruitless goal or a challenge?                                                | Sciences infirmières et sciences de la maïeutique | Recherche auprès des hommes | Texte éditorial                                   |

|                                                                                        |                                                                                                                              |                                     |                             |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|
| Deeney, K., Lohan, M., Spence, D., & Parkes, J. (2012).                                | Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: a critical gender analysis                              | Sciences sociales                   | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif, étude longitudinale) |
| Dunn, K. M., Jordan, K., Lacey, R. J., Shapley, M., & Jinks, C. (2004).                | Patterns of consent in epidemiologic research: Evidence from over 25,000 responders                                          | Épidémiologie                       | Recherche auprès des hommes | Article méthodologique                              |
| Forbes, F., Wynter, K., Zeleke, B. M., & Fisher, J. (2021).                            | Fathers' involvement in perinatal healthcare in Australia: experiences and reflections of Ethiopian-Australian men and women | Santé publique                      | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif, étude exploratoire)  |
| Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C., & St-Arneault, K. (2016).                 | Where fathers fit in Quebec's perinatal health care services system and what they need                                       | Psychologie et sciences infirmières | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif, étude exploratoire)  |
| Harlow, A.F., Zheng, A., Nordberg, J., Hatch, E.E., Ransbotham, S., Wise, L.A. (2020). | A qualitative study of factors influencing male participation in fertility research                                          | Santé reproductive                  | Recherche auprès des hommes | Article empirique (qualitatif)                      |
| Harty, T., Trench, M., Keegan, O., O'Donoghue, K., & Nuzum, D. (2022).                 | The experiences of men following recurrent miscarriage in an Irish tertiary hospital: A qualitative analysis                 | Médecine                            | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif)                      |
| Hofferth, S. L. (2007).                                                                | Improving data collection on fathers: Comments on methods and measurement papers, national fatherhood forum                  | Sciences de la famille              | Recherche auprès des pères  | Article méthodologique                              |
| Jeffery, T., Ki-Yung, L., Kueh, B., Petersen, R. W., & Quinlivan, J. A. (2015).        | Australian fathers' study: What influences paternal engagement with antenatal care?                                          | Médecine                            | Périnatalité                | Article empirique (méthodes mixtes)                 |

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                   |                           |                             |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|
| Johnsen, H., Stenback, P., Halldén, B.-M., Crang Svalenius, E., & Persson, E. K. (2017).                         | Nordic fathers' willingness to participate during pregnancy                                                                                       | Sciences de la maïeutique | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif)                       |
| Law, C. (2019).                                                                                                  | Men on the margins? Reflections on recruiting and engaging men in reproduction research                                                           | Sciences sociales         | Recherche auprès des hommes | Article méthodologique                               |
| Lima, K. S. V., Carvalho, M. M. d. B., Lima, T. M. C., Alencar, D. d. C., Sousa, A. R. d., & Pereira, Á. (2021). | Father's participation in prenatal care and childbirth: Contributions of nurses' interventions                                                    | Sciences infirmières      | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif, étude exploratoire)   |
| McKelley, R. A., & Rochlen, A. (2016).                                                                           | Furthering Fathering: What we know and what we need to know                                                                                       | Psychologie               | Paternité                   | Chapitre de livre                                    |
| Mitchell, S. J., See, H. M., Tarkow, A. K. H., Cabrera, N., McFadden, K. E., & Shannon, J. D. (2007).            | Conducting studies with fathers: Challenges and opportunities                                                                                     | Psychologie               | Recherche auprès des pères  | Article méthodologique                               |
| Onyeze-Joe, C., Godin, I. (2022).                                                                                | Recruiting men for a study exploring first-time father's involvement in pregnancy and childbirth: Reflections from fieldwork conducted in Nigeria | Santé publique            | Recherche auprès des pères  | Article de discussion                                |
| Parent, J., Forehand, R., Pomerantz, H., Peisch, V., & Seehuus, M. (2017).                                       | Father participation in child psychopathology research                                                                                            | Psychologie               | Santé de l'enfant           | Article empirique (quantitatif, étude longitudinale) |

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                             |                             |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Preloran, H. M., Browner, C. H., & Lieber, E. (2001).                                                                    | Strategies for motivating Latino couples' participation in qualitative health research and their effects on sample construction                    | Sciences de la santé        | Recherche auprès des hommes | Article méthodologique                                            |
| Ryan, J., Lopian, L., Le, B., Edney, S., Van Kessel, G., Plotnikoff, R., Vandelanotte, C., Olds, T., & Maher, C. (2019). | It's not raining men: a mixed-methods study investigating methods of improving male recruitment to health behaviour research.                      | Santé publique              | Recherche auprès des hommes | Article empirique (méthodes mixtes)                               |
| Schwalbe, M., & Wolkomir, M. (2001).                                                                                     | The masculine self as problem and resource in interview studies of men                                                                             | Sociologie et anthropologie | Recherche auprès des hommes | Article de discussion                                             |
| Solberg, B., Glavin, K., Berg, R. C., & Olsvold, N. (2022).                                                              | Norwegian fathers' experiences with a home visiting program                                                                                        | Sciences infirmières        | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif, étude descriptive interprétative)  |
| Vikström, A., & Barimani, M. (2016).                                                                                     | Partners' perspective on care-system support before, during and after childbirth in relation to parenting roles                                    | Sciences infirmières        | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif)                                    |
| Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P., & Hammar, L. M. (2015).                                            | 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers                                           | Sciences infirmières        | Périnatalité                | Article empirique (qualitatif, étude descriptive)                 |
| Wong, Y. J., & Horn, A. J. (2016).                                                                                       | Enhancing and diversifying research methods in the psychology of men and masculinities                                                             | Psychologie                 | Recherche auprès des hommes | Chapitre de livre                                                 |
| Yaremych, H. E., & Persky, S. (2023).                                                                                    | Recruiting fathers for parenting research: An evaluation of eight recruitment methods and an exploration of fathers' motivations for participation | Psychologie                 | Recherche auprès des pères  | Article empirique (quantitatif, étude descriptive et comparative) |

---

|                                                                   |                                                                                                                                                                            |                |                                   |                          |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Zielke, J., Morawe, J.<br>M., Aktan, A. N., &<br>Miani, C. (2024) | That sounds to me like you are making this too<br>complicated ...': Reflections on a social media<br>recruitment effort for a study on masculinities<br>and contraception. | Santé publique | Recherche<br>auprès des<br>hommes | Article de<br>discussion |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------------|

---

Les principales stratégies permettant de mobiliser les hommes en recherche ont été rassemblées selon trois moments clés du déroulement d'une étude, soit le recrutement, le maintien de l'engagement et la collecte de données (Tableau 2).

**Tableau 2**

*Stratégies pour mobiliser les hommes en recherche*

| Le recrutement                    | Le maintien de l'engagement                                       | La collecte de données (entretiens de recherche) |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Faire preuve de flexibilité       | Garder le contact                                                 | Établir un climat de confiance                   |
| Cibler explicitement les hommes   | Laisser au participant un certain pouvoir d'agir sur le processus | Éviter la surcharge                              |
| Avoir recours à un tiers          |                                                                   | Redonner du contrôle au participant              |
| Rencontrer les hommes en personne |                                                                   | Utiliser un chemin indirect                      |
| Offrir une compensation           |                                                                   |                                                  |

**Le recrutement**

Le succès d'un projet de recherche repose en grande partie sur l'efficacité du recrutement des participants. Pour mobiliser les hommes de manière optimale, différentes stratégies peuvent être déployées, notamment faire preuve de flexibilité, cibler explicitement les hommes, avoir recours à un tiers, rencontrer les hommes en personne et offrir une compensation.

### *Faire preuve de flexibilité*

Dans les études auprès des hommes, une raison communément mentionnée par les participants potentiels pour décliner l'invitation à joindre un projet de recherche s'avère le manque de temps ou de disponibilité souvent liés à des contraintes professionnelles (Butera, 2006; Davison et al., 2017; Mitchell et al., 2007; Parent et al., 2017; Yaremych & Persky, 2023). Pour contourner cette difficulté, certaines stratégies simples à mettre en œuvre se sont révélées efficaces pour le recrutement des hommes au cours d'études portant sur l'amitié (Butera, 2006) et sur la parentalité (Yaremych & Persky, 2023). Les chercheurs ont entre autres offert des disponibilités en dehors des heures normales de travail. Lorsque les participants masculins manifestaient un intérêt envers leur projet, les chercheurs étaient prêts à les rencontrer rapidement, notamment en ayant avec eux leur matériel de recherche. Ce mode de fonctionnement réactif et flexible leur a permis de saisir toutes les opportunités de collecte de données qui se présentaient (Butera, 2006; Onyeze-Joe & Godin, 2022; Yaremych & Persky, 2023).

Dans une étude portant sur la masculinité et la contraception, Zielke et al. (2024) avaient prévu une flexibilité importante dans leur protocole de recherche pour réaliser leur collecte de données. Leur méthode initiale comprenait des entretiens relationnels, au cours desquels les participants devaient être accompagnés d'un proche. Après plusieurs mois de recrutement infructueux, la marge de manœuvre prévue dans leur protocole leur a permis d'adapter leur méthode en fonction des défis rencontrés. Les modalités d'entretien ont ainsi été modifiées après que certains participants aient demandé la possibilité de

participer aux entretiens sans accompagnateur. Cette souplesse, permettant désormais de réaliser les entretiens seul ou avec un proche, a entraîné une augmentation considérable du nombre de réponses à leur annonce de recrutement.

### ***Cibler explicitement les hommes***

Davison et al. (2017) ont examiné, auprès de 303 pères, les raisons pouvant expliquer leur sous-représentation dans les recherches portant sur la santé de l'enfant. Selon 80% des répondants, l'une des principales raisons de leur absence était qu'ils avaient l'impression de n'avoir tout simplement pas été invités à participer. De plus, Yaremych et Persky (2023) ont noté que les pères avaient tendance à interpréter le mot « parents » comme un synonyme du mot « mères » dans les invitations à joindre un projet de recherche. Cette information est des plus pertinentes, puisque le choix du mot « parents » peut sembler avantageux à première vue pour le chercheur. En effet, il permet d'adopter un langage inclusif tout en allégeant le texte à l'intérieur des communications et des affiches de recrutement. Dans une étude récente, Zielke et al. (2024) ont d'ailleurs reçu de nombreux commentaires sur les médias sociaux suggérant que le langage inclusif utilisé dans leur annonce de recrutement était désorientant et amenait beaucoup de confusion face aux types de répondants qu'ils souhaitaient rejoindre. Dans ce contexte, l'importance accordée au recrutement des hommes devrait faire l'objet d'une attention particulière, et ce, en fonction de l'objectif principal de l'étude, afin de déterminer le vocabulaire adéquat à utiliser (Harlow et al., 2020).

D'ailleurs, des chercheurs s'intéressant à des thèmes, tels que les comportements liés à la santé, la reproduction ou encore à la parentalité, ont eu recours à des publicités utilisant un langage explicitement orienté vers les hommes pour leur recrutement sur les médias sociaux (Law, 2019; Ryan et al., 2019; Yaremych & Persky, 2023). Leur stratégie, qui visait à mettre à profit la motivation unique des hommes, a été couronnée de succès. En outre, Ryan et al. (2019) ont constaté que le choix de l'illustration dans les annonces de recrutement semblait encore plus important que le message lui-même pour susciter l'engagement des répondants. Les auteurs soulignent que leur publicité la plus efficace mettait en avant le leadership masculin. L'image, accompagnée d'un message bref et positif, montrait un homme debout, souriant et bras croisés devant un groupe de personnes.

### *Avoir recourt à un tiers*

Une autre méthode avantageuse souvent utilisée pour recruter les hommes, et ce, tant dans la recherche en général que lors d'études entourant la période périnatale, consiste à transiter par un tiers déjà connu du participant potentiel. De cette manière, les chercheurs s'efforcent de faire connaître leur intention et leur projet à des personnes qui leur sont accessibles comme des amis, des membres de la famille, des collègues ou encore des participants déjà engagés dans l'étude, afin que ces personnes invitent des hommes de leur entourage à participer (Butera, 2006; Law, 2019; Onyeze-Joe & Godin, 2022; Ryan et al., 2019). Dans les études portant plus spécifiquement sur la reproduction ou la parentalité, ce sont souvent les conjointes qui ont été sollicitées comme intermédiaires pour faciliter le recrutement des hommes (Harlow et al., 2020; Jeffery et al., 2015; Mitchell et al., 2007;

Preloran et al., 2001). Cependant, des chercheurs ont parfois été confrontés à la réaction inverse où les femmes ont plutôt contribué à restreindre l'accès à leur partenaire (Harlow et al., 2020). Le plus souvent, les femmes ayant agi de cette manière l'ont fait en raison de circonstances familiales difficiles, et la plupart du temps inconnues du chercheur, telles que le temps limité dont elles disposent avec leur conjoint, les relations tendues avec celui-ci ou encore les situations de violence conjugale (Mitchell et al., 2007).

Lors de recherches ciblant la période périnatale, des informatrices clés, comme les infirmières ou les sages-femmes ont souvent été mises à contribution afin de faciliter le recrutement des hommes. Cette approche a d'ailleurs été utilisée avec succès dans plusieurs projets (Deeney et al., 2012; Harty et al., 2022; Johnsen et al., 2017; Vikström & Barimani, 2016; Widarsson et al., 2015). Ces professionnels de la santé, qui côtoient les parents dans le cadre de leurs fonctions, ont représenté d'excellentes ressources pour collaborer avec les équipes de recherche et informer les pères lorsqu'une étude en cours souhaitait rejoindre des participants masculins. Outre les professionnels de la santé, les partenaires communautaires ou encore les éducateurs et éducatrices en centre de la petite enfance ont également été de précieux alliés facilitant le contact avec les pères et augmentant le recrutement de ce groupe de participants (Davison et al., 2017; Forbes et al., 2021; Gervais et al., 2016; Mitchell et al., 2007).

### ***Rencontrer les hommes en personne***

Dans certaines situations, il est possible pour le chercheur d'envisager de rencontrer les participants potentiels en face à face. Cette approche plus personnelle constitue une occasion pour le chercheur de décrire lui-même son projet auprès des participants potentiels en mettant l'emphase sur les bénéfices de participer à l'étude, ainsi que sur la valeur inestimable des informations pouvant être recueillies grâce à leur contribution (Butera, 2006; Mitchell et al., 2007; Yaremych & Persky, 2023). Cette option s'est avérée une stratégie gagnante pour recruter des hommes, particulièrement lorsqu'elle était effectuée dans un contexte où ces derniers se sentaient à l'aise comme dans les pubs, lors d'évènements communautaires ou encore via des sites internet rejoignant leurs intérêts (Davison et al., 2017; Mitchell et al., 2007; Onyeze-Joe & Godin, 2022; Yaremych & Persky, 2023).

### ***Offrir une compensation***

Proposer une compensation monétaire pour le temps consacré à l'étude peut également s'avérer rentable et permettre au chercheur d'économiser un temps considérable dans la recherche de participants (Butera, 2006). D'ailleurs, Hofferth (2007) a suggéré d'avoir recours à différents incitatifs de nature financière pour stimuler la coopération des pères à la recherche, comme en remboursant les frais de gardiennage encourus par leur contribution ou encore en leur proposant une somme d'argent substantielle. Toutefois, Brick et al. (2006) ont noté qu'offrir une rétribution plus importante ne contribuait pas nécessairement à un taux de participation plus élevé. Ainsi,

certaines chercheurs ont choisi de déterminer la somme allouée en fonction du temps prévu dans le protocole de recherche pour la participation au projet et le montant a parfois été majoré sur la base de critères particuliers de la population cible (ex. : familles à faible revenu) (Davison et al., 2017; Mitchell et al., 2007).

### **Le maintien de l'engagement**

Au-delà du recrutement, d'autres stratégies doivent être mises en place pour maintenir l'engagement des hommes tout au long de l'étude, soit : de garder le contact et de laisser au participant un certain pouvoir d'agir.

#### ***Garder le contact***

L'implication des participants dans un projet de recherche peut varier, entre autres, en fonction de la nature de l'étude et de la méthode de collecte des données. Ainsi, le maintien de l'engagement des personnes recrutées peut poser un défi, surtout dans les projets qui nécessitent une implication à long terme (Ryan et al., 2019).

Dans cette optique, Onyeze-Joe et Godin (2022) recommandent aux chercheurs d'investir du temps au sein de leur communauté pour interagir directement avec les hommes. Une présence active et régulière dans l'environnement des participants favorise leur engagement en maintenant un contact continu avec eux. De leur côté, Mitchell et al. (2007) ont également encouragé les chercheurs à maintenir un lien avec leurs participants tout au long de l'étude. En outre, ils ont mentionné qu'il s'avère gagnant que le contact

soit toujours fait par la même personne afin de mettre le participant en confiance et ainsi favoriser son engagement (Mitchell et al., 2007). D'autres équipes de recherche ont d'ailleurs choisi d'établir le contact directement entre le chercheur principal et le participant, ce qui s'est révélé être une stratégie efficace pour stimuler l'adhésion des hommes (Gervais et al., 2016; Harty et al., 2022).

Mitchell et al. (2007) ont aussi proposé d'autres méthodes efficaces pour maintenir le contact avec les pères et favoriser leur engagement au projet de recherche, tel que l'envoi de cartes à des moments clés comme les vacances, la fête des Pères ou l'anniversaire du participant. Une autre option soutenant l'implication à plus long terme est de remettre aux participants des objets du quotidien personnalisés avec le thème de l'étude, comme un calendrier ou un aimant pour le réfrigérateur, sur lesquels se trouvent les coordonnées pour joindre le chercheur principal (Mitchell et al., 2007).

### ***Laisser au participant un certain pouvoir d'agir sur le processus***

Une autre approche gagnante mobilisée par des chercheurs dans les études sur la période périnatale a été d'aborder les pères de manière à leur donner une forme de pouvoir d'agir sur le processus de la recherche. Une façon simple était de leur proposer de choisir eux-mêmes le lieu ainsi que le moment de la rencontre avec le chercheur (Deeney et al., 2012; Preloran et al., 2001). Dans le même ordre d'idées, Vikström et Barimani (2016) ont choisi d'offrir aux pères qui participaient à un projet en période postnatale d'amener leur enfant au moment de l'entretien. Cette stratégie a contribué également à redonner du

contrôle au participant et a favorisé leur rétention en proposant que ce soit le chercheur qui s'adapte à la réalité de ces participants et non l'inverse.

### **La collecte de données (entretiens de recherche)**

Une collecte de données réussie repose en grande partie sur l'engagement et la coopération des participants. Pour favoriser une participation optimale des hommes, des stratégies telles qu'établir un climat de confiance, éviter la surcharge, redonner du contrôle au participant et utiliser un chemin indirect peuvent être mobilisées.

#### ***Établir un climat de confiance***

L'entretien de recherche est une méthode de collecte de données couramment utilisée dans les études qui adoptent une approche qualitative. En plus de représenter une précieuse source de renseignements, l'entretien permet de mettre en place une expérience interpersonnelle et une conversation entre deux collaborateurs (Brinkmann & Kvale, 2015). Dans tous les cas de figure, pour que la démarche soit couronnée de succès, le chercheur doit parvenir à établir un contact avec le participant, et ce, de manière à ce qu'il se sente suffisamment à l'aise pour parler librement et partager son récit à un étranger (Brinkmann & Kvale, 2015; Onyeze-Joe & Godin, 2022). Bien que ces enjeux de confiance puissent concerner les femmes selon les thématiques abordées, les études s'intéressant spécifiquement aux hommes soulignent des barrières particulières qui nécessitent des ajustements méthodologiques. Par exemple, dans les études sur l'expérience des hommes dans des contextes de vulnérabilité, certains auteurs soulignent

que ces derniers peuvent être moins enclins à verbaliser leurs émotions et leurs expériences personnelles (Schwalbe & Wolkomir, 2001; Wong & Horn, 2016). Des questions d'ouverture plus générales peuvent alors faciliter la mise en confiance et permettre d'aborder progressivement des sujets plus sensibles.

Bien que l'entretien soit reconnu comme une source de données éclairante, certains participants, particulièrement les hommes, peuvent trouver difficile de parler en profondeur de sujets plus sensibles (Schwalbe & Wolkomir, 2001; Wong & Horn, 2016). Dans ce contexte, Wong et Horn (2016) ont recommandé aux chercheurs interrogeant des hommes dans des situations plus vulnérables de prévoir d'autres méthodes de collecte de données dans leur protocole de recherche, tel que les récits écrits ou les observations directes. De cette manière, il s'avère possible de trianguler les données, ce qui contribue à augmenter la fiabilité des résultats produits (Wong & Horn, 2016).

### ***Éviter la surcharge***

Les hommes mentionnent souvent manquer de temps pour s'engager dans un projet de recherche. Ainsi, pour diminuer l'attrition des participants, Hofferth (2007) suggère d'éviter de les surcharger avec un entretien trop long. Dans plusieurs études portant sur la période périnatale, le temps consacré aux entretiens individuels auprès des hommes se situait entre 15 et 60 minutes (Åhman et al., 2012; Johnsen et al., 2017; Lima et al., 2021; Widarsson et al., 2015). Certains chercheurs sont toutefois parvenus à réaliser

avec succès des entretiens pouvant aller jusqu'à 90 minutes (Deeney et al., 2012; Gervais et al., 2016; Solberg et al., 2022).

### ***Redonner du contrôle au participant***

Différents défis peuvent être rencontrés par le chercheur lors d'entretiens avec les hommes. Ces derniers peuvent avoir de la difficulté à s'abandonner au processus d'entretien et peuvent adopter des comportements de contrôle compensatoires pouvant être assez déstabilisants pour le chercheur. Ces comportements prennent diverses formes, comme répondre de manière minimale à toutes les questions posées ou encore adopter une attitude de flirt avec la personne qui conduit l'entretien lorsqu'il s'agit d'une femme (Onyeze-Joe & Godin, 2022). À cet effet, Schwalbe et Wolkomir (2001) proposent certaines stratégies qu'ils ont eux-mêmes utilisées afin de pallier différents défis rencontrés lors d'entretien avec les hommes dans le cadre de leurs travaux. Par exemple, une méthode très simple à laquelle le chercheur peut recourir lorsqu'il anticipe cette lutte pour le contrôle est de laisser le participant poser lui-même la première question de l'entretien (Schwalbe & Wolkomir, 2001). Une autre approche ayant été suggérée par Schwalbe et Wolkomir (2001) consiste à formuler les questions de la manière suivante : « Pouvez-vous m'aider à comprendre comment... ». Cette formulation permet ainsi de positionner le participant comme un expert du sujet et peut s'avérer bénéfique pour ouvrir la discussion et recueillir des données pertinentes.

### *Utiliser un chemin indirect*

Selon la nature du phénomène à l'étude, l'entretien de recherche peut être avantageux pour obtenir de l'information sur les émotions vécues par les participants au cours de situations singulières. Toutefois, les hommes peuvent se montrer réticents à s'engager dans cette direction et s'avérer particulièrement inexpressifs et imperturbables face aux questions des chercheurs qui tentent de découvrir ce qu'ils pensent ou ressentent (Schwalbe & Wolkomir, 2001).

Ainsi, pour recueillir des données sur des sujets chargés en émotions, il peut s'avérer gagnant d'utiliser un chemin indirect. Un moyen simple proposé par Schwalbe et Wolkomir (2001) consiste à rapporter d'abord ce que d'autres hommes ont dit sur le sujet de la manière suivante : « Un autre homme m'a parlé d'une expérience similaire. Il avait ressenti ... ». Cette approche permet de normaliser ce que le participant ressent et peut être utile pour aborder la complexité émotionnelle de son expérience (Schwalbe & Wolkomir, 2001).

Une autre stratégie d'entretien permettant aux hommes de se sentir plus à l'aise de parler de leurs émotions consiste à leur demander de raconter leur histoire à propos d'un sujet, et ce, avant de leur poser des questions sur ce qu'ils ressentent maintenant (Schwalbe & Wolkomir, 2001). En effet, il peut être plus facile pour les hommes de parler d'une émotion passée que de s'exprimer sur leurs émotions actuelles. De plus, Schwalbe et Wolkomir (2001) ont mentionné qu'il est important que le chercheur évite d'insister

lorsque le participant a du mal à approfondir sa réponse, puisqu'il demeure toujours possible de revenir sur la question plus tard au cours de l'entretien.

### **Discussion**

La synthèse présentée dans cet article apporte une contribution significative aux connaissances, particulièrement utile pour les chercheurs qui envisagent de réaliser une étude impliquant des hommes. En rassemblant diverses méthodes permettant de faciliter le recrutement et l'engagement des participants masculins tout au long de la recherche et de la collecte de données, cet article offre des orientations pratiques pour la recherche.

Au moment du recrutement, les stratégies ciblant explicitement les hommes dans les invitations à participer à l'étude, les contacts directs avec les hommes ou via un tiers (conjointe, ami, collègue, autres participants, professionnel de la santé) et l'offre de compensation sont recommandés pour mobiliser les hommes en recherche.

Par ailleurs, maintenir un contact régulier avec les participants entre le moment du recrutement et celui de la collecte de données est essentiel pour conserver leur engagement. En outre, offrir une certaine flexibilité, telle que la possibilité pour les participants de choisir le lieu et le moment des rencontres, ou encore de permettre que leurs enfants soient présents, peut s'avérer bénéfique.

Enfin, la réussite des entretiens de recherche avec des hommes peut être facilitée en tenant compte de leurs contraintes. Ainsi, accorder une attention particulière à la durée des entretiens, offrir un sentiment de contrôle au participant et adopter une approche indirecte pour les questions émotionnellement chargées sont autant d'éléments clés à considérer pour une collecte de données riche.

Toutefois, cette revue narrative met également en évidence la rareté des écrits méthodologiques offrant des stratégies tangibles pour favoriser la participation des hommes en recherche. En effet, en consultant le manuel de l'American Psychological Association sur les hommes et la masculinité, on constate que les experts de ce domaine préconisent peu de méthodes concrètes pour rejoindre les hommes et maintenir leur engagement dans le processus de la recherche (Wong & Horn, 2016). Ainsi, plutôt que de proposer des solutions, ils recommandent généralement d'anticiper les défis de recrutement et de diversifier les sources de données afin d'éviter de faire face à une insuffisance de preuves à la fin du projet (Wong & Horn, 2016).

D'autre part, nous avons pu constater que les études empiriques manquent souvent de détails sur les obstacles rencontrés pendant leur déroulement et sur les solutions mises en œuvre pour les résoudre le cas échéant. Cette absence relative de recommandations constitue un défi majeur pour les chercheurs qui souhaitent prévoir et contourner les écueils en ayant recours à des approches éprouvées pour mobiliser les hommes aux différents moments clés du processus de la recherche. À l'instar d'autres auteurs, nous

croyons qu'il serait bénéfique que les chercheurs soient plus explicites et publient davantage sur les aspects méthodologiques de leurs recherches (Law, 2019; Onyeze-Joe & Godin, 2022). Cette transparence contribuerait à l'avancement des connaissances méthodologiques et empiriques, susceptibles d'influencer la conception d'études futures. Elle permettrait ainsi de combler, du moins en partie, le manque d'écrits traitant spécifiquement de la participation des hommes à la recherche, notamment dans les domaines dominés par les études sur les femmes, comme la périnatalité et la parentalité. D'ailleurs, certains chercheurs ont entrepris, parallèlement à leur étude principale, d'interroger les hommes sur ce qui les motivait ou les freinait à participer aux études qui les concernaient (Harlow et al., 2020; Law, 2019; Ryan et al., 2019), une démarche qui constitue également une voie prometteuse pour accroître le corpus de connaissance sur le sujet.

Cette revue narrative révèle que les stratégies identifiées pour mobiliser les hommes en recherche sont cohérentes avec les écrits sur les interventions auprès des hommes. Ces stratégies soulignent notamment l'importance d'une invitation explicite à participer, la nécessité de créer un espace de confiance pour se raconter, et le besoin de maintenir un certain contrôle sur la situation (Deslauriers et al., 2022). Pour les chercheurs, en particulier en sciences infirmières, une compréhension approfondie des modes de socialisation des hommes serait bénéfique pour leur permettre de mobiliser des stratégies gagnantes à leur égard.

### **Perspectives**

L'absence de rapports détaillés sur les défis rencontrés et les solutions mises en œuvre limite la capacité des chercheurs à s'appuyer sur des approches éprouvées pour rejoindre cette population. À l'avenir, des recherches pourraient explorer de manière plus systématique les expériences des hommes face à la participation à la recherche, notamment en interrogeant directement leurs motivations et leurs réticences. De plus, une attention accrue aux considérations méthodologiques dans les publications scientifiques permettrait d'enrichir le corpus de connaissances sur les meilleures pratiques de recrutement et de collecte de données. Ces avancées contribueraient non seulement à améliorer la représentativité des hommes dans les études, mais aussi à approfondir la compréhension de leur vécu dans des domaines encore largement dominés par les recherches centrées sur les femmes.

*Note:* le masculin est utilisé uniquement pour ne pas alourdir la lecture.

**Sources de financement**

Bourse d'études doctorales du programme MES-Universités.

Bourse de soutien à la rédaction – Partenariat du Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

Bourse doctorale de l'Équipe Paternité, famille et société (FRQSC).

**Déclaration de conflit d'intérêts**

Les autrices déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

**Certificat éthique**

Aucun certificat éthique n'était requis pour réaliser cette revue narrative.

## Références

- Åhman, A., Lindgren, P., & Sarkadi, A. (2012). Facts first, then reaction--expectant fathers' experiences of an ultrasound screening identifying soft markers. *Midwifery*, 28(5), e667-e675. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.008>
- Brick, J. M., Hagedorn, M. C., Montaquila, J., Roth, S. B., & Chapman, C. (2006). Impact of monetary incentives and mailing procedures: An experiment in a federally sponsored telephone survey. Methodology Report. NCES 2006-066. *National Center for Education Statistics*.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3e éd.). Sage Publications.
- Butera, K. J. (2006). Manhunt: The challenge of enticing men to participate in a study on friendship. *Qualitative Inquiry*, 12(6), 1262-1282. <https://doi.org/10.1177/1077800406288634>
- Callahan, J. L. (2014). Writing Literature Reviews: A Reprise and Update. *Human Resource Development Review*, 13(3), 271-275. <https://doi.org/10.1177/1534484314536705>
- Conn, V. S., & Coon Sells, T. G. (2014). Is It Time to Write a Review Article? *Western Journal of Nursing Research*, 36(4), 435-439. <https://doi.org/10.1177/0193945913519060>
- Culley, L., Hudson, N., & Lohan, M. (2013). Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. *Reproductive Biomedicine Online*, 27(3), 225-235. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.009>
- Davison, K. K., Charles, J. N., Khandpur, N., & Nelson, T. J. (2017). Fathers' perceived reasons for their underrepresentation in child health research and strategies to increase their involvement. *Maternal and Child Health Journal*, 21(2), 267-274. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2157-z>
- de Lacey, S. (2014). Recruiting men to research about reproduction: A fruitless goal or a challenge? *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 22(5), 43. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.688311774883773>
- Deeney, K., Lohan, M., Spence, D., & Parkes, J. (2012). Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: A critical gender analysis. *Social Science & Medicine*, 75(6), 1106-1113. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.018>

- Deslauriers, J.-M., Tremblay, G., Dufault, S. G., Desgagniers, J.-Y., & Blanchette, D. (2022). *Regards sur les hommes et les masculinités 2e édition: Comprendre et intervenir*. Presses de l'Université Laval.
- Devault, A., Dubeau, D., & Forget, G. (2015). *Fathering: Promoting positive father involvement*. University of Toronto Press.
- Dunn, K. M., Jordan, K., Lacey, R. J., Shapley, M., & Jinks, C. (2004). Patterns of consent in epidemiologic research: Evidence from over 25,000 responders. *American Journal of Epidemiology*, 159(11), 1087-1094. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh141>
- Efron, S. E., & Ravid, R. (2019). *Writing the literature review : a practical guide*. Guilford Publications.
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230-235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Forbes, F., Wynter, K., Zeleke, B. M., & Fisher, J. (2021). Fathers' involvement in perinatal healthcare in Australia: Experiences and reflections of Ethiopian-Australian men and women. *BMC Health Services Research*, 21(1029), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07058-z>
- Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C., & St-Arneault, K. (2016). Where fathers fit in Quebec's perinatal health care services system and what they need. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/a0039558>
- Gregory, A. T., & Denniss, A. R. (2018). An Introduction to Writing Narrative and Systematic Reviews - Tasks, Tips and Traps for Aspiring Authors. *Heart Lung Circ*, 27(7), 893-898. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.03.027>
- Harlow, A. F., Zheng, A., Nordberg, J., Hatch, E. E., Ransbotham, S., & Wise, L. A. (2020). A qualitative study of factors influencing male participation in fertility research. *Reproductive Health*, 17(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01046-y>
- Harty, T., Trench, M., Keegan, O., O'Donoghue, K., & Nuzum, D. (2022). The experiences of men following recurrent miscarriage in an Irish tertiary hospital: A qualitative analysis. *Health Expectations*, 25(3), 1048-1057. <https://doi.org/10.1111/hex.13452>
- Hofferth, S. L. (2007). Improving data collection on fathers: Comments on methods and measurement papers, national fatherhood forum. *Applied Developmental Science*, 11(4), 247-248. <https://doi.org/10.1080/10888690701762175>

- Horsley, T. (2019). Tips for Improving the Writing and Reporting Quality of Systematic, Scoping, and Narrative Reviews. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 39(1), 54-57. <https://doi.org/10.1097/ceh.0000000000000241>
- Jeffery, T., Ki-Yung, L., Kueh, B., Petersen, R. W., & Quinlivan, J. A. (2015). Australian fathers' study: What influences paternal engagement with antenatal care? *Journal of Perinatal Education*, 24(3), 181-187. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.181>
- Johnsen, H., Stenback, P., Halldén, B.-M., Crang Svalenius, E., & Persson, E. K. (2017). Nordic fathers' willingness to participate during pregnancy. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 35(3), 223-235. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1297890>
- Lacharité, C., & Gagnier, J.-P. (2015). Agir auprès des pères en situation de vulnérabilité: une invitation au dialogue et à la réflexion. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), 81-105. <https://doi.org/10.3917/ctf.054.0081>
- Law, C. (2019). Men on the margins? Reflections on recruiting and engaging men in reproduction research. *Methodological Innovations*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/2059799119829425>
- Lima, K. S. V., Carvalho, M. M. d. B., Lima, T. M. C., Alencar, D. d. C., Sousa, A. R. d., & Pereira, Á. (2021). Father's participation in prenatal care and childbirth: Contributions of nurses' interventions. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 39(2), 189-197. <https://doi.org/10.17533/udea.ice.v39n2e13>
- McKelley, R. A., & Rochlen, A. (2016). Furthering Fathering: What we know and what we need to know. Dans Y. Wong, & S. R. Wester (Éds.), *APA Handbook of Men and Masculinities* (pp. 525-550). American Psychological Association.
- Mitchell, S. J., See, H. M., Tarkow, A. K. H., Cabrera, N., McFadden, K. E., & Shannon, J. D. (2007). Conducting studies with fathers: Challenges and opportunities. *Applied Developmental Science*, 11(4), 239-244. <https://doi.org/10.1080/10888690701762159>
- Murphy, C. M. (2012). Writing an Effective Review Article. *Journal of Medical Toxicology*, 8(2), 89-90. <https://doi.org/10.1007/s13181-012-0234-2>
- Onyeze-Joe, C., & Godin, I. (2022). Recruiting Men for a Study Exploring First-Time Father's Involvement in Pregnancy and Childbirth: Reflections From Fieldwork Conducted in Nigeria. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.1177/16094069221075436>

- Parent, J., Forehand, R., Pomerantz, H., Peisch, V., & Seehuus, M. (2017). Father participation in child psychopathology research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(7), 1259-1270. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0254-5>
- Preloran, H. M., Browner, C. H., & Lieber, E. (2001). Strategies for motivating Latino couples' participation in qualitative health research and their effects on sample construction. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1832-1841. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1832>
- Ryan, J., Lopian, L., Le, B., Edney, S., Van Kessel, G., Plotnikoff, R., Vandelanotte, C., Olds, T., & Maher, C. (2019). It's not raining men: a mixed-methods study investigating methods of improving male recruitment to health behaviour research. *BMC Public Health*, 19(1), 814. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7087-4>
- Schwalbe, M., & Wolkomir, M. (2001). The masculine self as problem and resource in interview studies of men. *Men and Masculinities*, 4(1), 90-103. <https://doi.org/10.1177/1097184X01004001005>
- Solberg, B., Glavin, K., Berg, R. C., & Olsvold, N. (2022). Norwegian fathers' experiences with a home visiting program. *Public Health Nursing*, 39(1), 126-134. <https://doi.org/10.1111/phn.12995>
- Vikström, A., & Barimani, M. (2016). Partners' perspective on care-system support before, during and after childbirth in relation to parenting roles. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.008>
- Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P., & Hammar, L. M. (2015). 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 1059-1068. <https://doi.org/10.1111/jocn.12784>
- Wong, Y. J., & Horn, A. J. (2016). Enhancing and diversifying research methods in the psychology of men and masculinities. Dans *APA Handbook of Men and Masculinities*. (pp. 231-255). American Psychological Association.
- Yaremych, H. E., & Persky, S. (2023). Recruiting fathers for parenting research: An evaluation of eight recruitment methods and an exploration of fathers' motivations for participation. *Parenting*, 23(1), 1-32. <https://doi.org/10.1080/15295192.2022.2036940>
- Zielke, J., Morawe, J. M., Aktan, A. N., & Miani, C. (2024). 'That Sounds to Me Like You Are Making This Too Complicated ...': Reflections on a Social Media Recruitment Effort for a Study on Masculinities and Contraception. *Qualitative Health Research*, 34(4), 280-286. <https://doi.org/10.1177/10497323231203631>

### **Stratégies mobilisées pour le recrutement et la rétention des participants**

Différentes stratégies identifiées dans cette revue narrative ont été mobilisées afin de favoriser le recrutement et la rétention des deux parents. Tout d'abord, puisqu'un incitatif monétaire peut s'avérer rentable lors de la recherche de participants (Butera, 2006; Hofferth, 2007), une compensation sous forme de carte-cadeau de 20 \$ a été offerte à chaque personne rencontrée lors de l'entretien. Les femmes enceintes ayant rapidement répondu à l'invitation ont également été mises à contribution afin de recruter leur partenaire. En effet, cette stratégie a été fréquemment utilisée par les chercheurs afin de faciliter l'accès et la participation des pères (Jeffery et al., 2015; Mitchell et al., 2007; Preloran et al., 2001). Enfin, la chercheuse a maintenu un contact par courriel avec les participants entre le recrutement et la réalisation des entretiens afin d'assurer un suivi régulier et diminuer le nombre d'abandons. La prise de contact initiale et son maintien ont toujours été effectués par la chercheuse principale, puisque cette approche s'est avérée gagnante lors d'études précédentes auprès des pères (Gervais et al., 2016; Harty et al., 2022).

Au total, 21 personnes, issues de neuf régions du Québec (Canada), ont pris part à l'étude. Parmi elles, sept femmes étaient toujours enceintes lors de l'entretien, tandis que six avaient accouché dans l'année précédant leur participation. Quant aux partenaires (cinq hommes et trois femmes), quatre attendaient un enfant et quatre étaient devenus parents au cours de la dernière année.

## **Collecte de données**

Différentes sources de données ont été collectées dans le cadre de cette étude de cas. Ces données permettent de mieux saisir l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire après la réussite d'une PMA en contexte d'infertilité.

Tout d'abord, un questionnaire en ligne, hébergé sur la plateforme Lime Survey, a été administré au début de la participation afin de recueillir des données factuelles sur l'historique d'infertilité, les traitements de PMA reçus, les caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi que les informations relatives à la grossesse en cours et aux soins prénataux (voir Appendice F). Cette première étape visait à dresser un portrait général des participants.

Par la suite, un entretien semi-dirigé a été réalisé avec chaque participant. Celui-ci s'est tenu entre le dernier mois de la grossesse et les 12 mois suivants la naissance afin de pouvoir inclure les participants dont l'enfant était né au moment du recrutement. Ce choix méthodologique a permis d'explorer, au cours d'un seul entretien, différents moments clés de la période prénatale et d'obtenir un regard rétrospectif sur l'ensemble du parcours des femmes enceintes et de leur partenaire après une PMA liée à l'infertilité. Le guide d'entretien, inspiré des cadres théoriques et s'appuyant sur la méthode décrite par Brinkmann et Kvale (2015), s'est articulé autour de plusieurs thèmes, soit: l'expérience de l'infertilité et des traitements de PMA, les réactions et émotions vécues à différentes étapes de la grossesse, la construction de l'identité parentale et les changements observés

dans les relations interpersonnelles et familiales (voir Appendice G). Avant d'amorcer la collecte de données, une version préliminaire du guide d'entretien a été testée auprès d'une femme dont le profil était semblable à celui des personnes ciblées par l'étude. Cette étape a permis d'ajuster la formulation des questions afin d'éviter les répétitions et permettre d'assurer une plus grande fluidité des échanges lors des entretiens.

Ces entretiens, d'une durée de 60 et 120 minutes (moyenne de 89 minutes), ont été menés par la chercheuse principale en personne ou à distance via différentes plateformes (Zoom, FaceTime, TEAMS), selon la préférence des participants. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un support audionumérique, puis retranscrit intégralement sous forme de verbatim et anonymisé afin de garantir la confidentialité des propos. De plus, des notes de terrain ont été rédigées afin de documenter le contexte des entretiens, les comportements des personnes participantes, ainsi que les impressions et les réflexions de la chercheuse à la suite de la rencontre.

Pour compléter ces données primaires, une recherche documentaire a été réalisée afin de repérer les documents institutionnels et les ressources disponibles pour les parents ayant eu recours à la PMA. Les documents ont été recensés en consultant divers sites web (Gouvernement du Québec, CISSS et CIUSSS, cliniques de fertilité, associations de soutien aux couples infertiles) ainsi qu'en discutant avec des informateurs clés, notamment des professionnels des cliniques de fertilité qui ont collaboré au recrutement pour la présente étude. De plus, les participants ont été invités à partager la documentation

reçue à différentes étapes de leur parcours (début de grossesse, suivi prénatal, préparation à la naissance) (voir Appendice H). Cette recherche documentaire visait à valider certains éléments rapportés par les participants au cours de l'entretien, notamment en ce qui concerne la quasi-absence d'informations sur la grossesse après une PMA.

Enfin, pour maintenir le contact avec les participants, un courriel de courtoisie leur a été acheminé entre huit et 12 semaines suivant la complétion de leur questionnaire pour faire un suivi et planifier l'entretien semi-dirigé. Cette approche a permis de favoriser un engagement continu des participants, tout en respectant leur rythme et leur disponibilité tout au long de leur implication dans l'étude.

### **Plan d'analyse**

L'analyse des données a été effectuée en respectant l'approche décrite par Miles et al. (2020) qui proposent une méthode systématique et rigoureuse qui s'applique bien à l'étude de cas. Cette approche implique que la collecte et l'analyse des données soient réalisées simultanément avec de multiples aller-retour entre les deux activités (Miles et al., 2020). Sur la base d'une démarche abductive, les données ont été analysées en tenant compte des principaux concepts issus des cadres théoriques qui sous-tendent ce projet de recherche, tout en demeurant ouverts à l'émergence de nouveaux concepts issus des récits des participants.

Les entretiens retranscrits et anonymisés, comme décrit ci-haut, ont été importés dans le logiciel NVivo 14 (Lumivero, 2023) afin de faciliter le traitement et la condensation des données. Tout au long du processus d'analyse, les notes de terrain ont été utilisées afin de confronter les impressions recueillies par la chercheuse avec les données des entretiens, ce qui a permis d'affiner l'interprétation des résultats.

Le processus de codage s'est déroulé en plusieurs étapes. Dans un premier temps, 41 codes *a priori* (Tableau 3) ont été définis par la chercheuse principale (CR) en s'appuyant sur les fondements théoriques de l'étude (Bronfenbrenner, 2005) ainsi que sur les thèmes dévoilés lors de la revue systématique des écrits (René et al., 2022). Cette structure de départ a ainsi permis d'amorcer le codage des données d'entretien.

**Tableau 3**

*Liste des codes a priori*

|                                 |                                                          |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Ontosystème                     | 1. Caractéristiques individuelles                        |
|                                 | 2. Mode de vie (niveau individuel)                       |
| Long chemin pour devenir parent | 3. Valorisation sociale de la parentalité (macrosystème) |
|                                 | 4. Incertitudes face à l'issue des traitements           |
|                                 | 5. Accès à la PMA                                        |
| Macrosystème                    | 6. Culture                                               |
|                                 | 7. Valeurs sociales                                      |
|                                 | 8. Politiques                                            |
|                                 | 9. Mode de vie (niveau social)                           |
| Exosystème                      | 10. Réglementation                                       |
|                                 | 11. Liste d'attente                                      |
|                                 | 12. Enjeux financiers                                    |

|                                                            |                                                                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                                                            | 13. Couverture par RAMQ                                            |
|                                                            | 14. Caractéristiques des cliniques de fertilité                    |
|                                                            | 15. Distance entre le domicile et la clinique                      |
|                                                            | 16. Fréquence des rendez-vous                                      |
| Exigence des traitements                                   | 17. Émotionnelle                                                   |
|                                                            | 18. Physique                                                       |
|                                                            | 19. Mentale                                                        |
| Émotions au cours de la grossesse                          | 20. Doute (ne pas y croire)                                        |
|                                                            | 21. Soulagement                                                    |
|                                                            | 22. Anxiété                                                        |
|                                                            | 23. Peur                                                           |
|                                                            | 24. Se sentir normal                                               |
|                                                            | 25. Se sentir différent                                            |
| Construire son identité parentale (Ontosystème)            | 26. Persistance de l'identité infertile                            |
|                                                            | 27. Se sentir mère/père avant même la grossesse                    |
|                                                            | 28. Se sentir mère/père dès que le test de grossesse est positif   |
|                                                            | 29. Se sentir mère/père à partir de la naissance                   |
|                                                            | 30. Ce qui aide à construire son identité de parent                |
|                                                            | 31. Ce qui nuit à la construction de son identité de parent        |
| Changement dans différentes sphères de vie (microsystèmes) | 32. Personnelle                                                    |
|                                                            | 33. Conjugale                                                      |
|                                                            | 34. Familiale                                                      |
|                                                            | 35. Sociale                                                        |
|                                                            | 36. Professionnelle                                                |
|                                                            | 37. Expérience des soins et services pendant la grossesse          |
| Mésosystème                                                | 38. Interaction entre les microsystèmes                            |
| Exosystème                                                 | 39. Caractéristique du réseau de la santé                          |
| Chronosystème                                              | 40. Social (époque)                                                |
|                                                            | 41. Personnel (stade de développement, période de transition, etc) |

Tout au long du processus d'analyse, des codes émergents ont également été ajoutés afin de refléter les éléments nouveaux ou inattendus provenant du récit des participants. Les codes *a priori* qui n'ont pas trouvé d'ancrage dans les données ont été écartés progressivement au cours du processus d'analyse. À la fin du processus de codage, les différents codes ont été examinés et regroupés en thèmes et sous-thèmes provisoires, permettant de refléter les éléments significatifs en lien avec les questions de recherche.

Des rencontres régulières entre la chercheuse principale (CR) et une doctorante en sciences infirmières possédant une expertise en périnatalité (IL) ont été organisées afin de raffiner l'analyse, confronter les interprétations et atteindre un consensus sur l'organisation des thèmes et sous-thèmes. Par la suite, l'ensemble des résultats ont été discutés avec la directrice de thèse (FdM) afin d'augmenter la validité des thèmes et des sous-thèmes. Ce processus a permis de renforcer la cohérence et la rigueur de l'analyse, de diminuer les biais d'interprétation, d'assurer un meilleur alignement des résultats avec les objectifs de recherche.

De plus, les notes de terrain rédigées après les entretiens se sont avérées un outil de réflexion particulièrement utile. Elles ont notamment permis de confronter les observations recueillies par la chercheuse avec les données des entretiens tout au long du processus d'analyse, ce qui a permis d'enrichir l'interprétation des résultats.

Les données issues du questionnaire en ligne ont pour leur part été analysées de manière descriptive afin de présenter le portrait sociodémographique des participants. Ces informations ont permis de mieux situer le contexte dans lequel les participants ont vécu leur expérience.

Finalement, bien que les documents institutionnels recensés de même que les ressources disponibles pour les parents n'aient pas fait l'objet d'analyse à proprement parler, ils ont été examinés afin de corroborer certains propos des entretiens. Aucune contradiction n'a été relevée, renforçant ainsi la validité des conclusions tirées de l'analyse qualitative.

Cette approche de triangulation des sources de données a permis d'assurer une représentation riche et nuancée de l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire lorsque la grossesse est issue d'une PMA liée à l'infertilité, ainsi que des interactions qui se produisent dans leur environnement immédiat (conjugal, familial, social et soins de santé).

### **Critères de rigueur scientifique**

Le respect des critères de rigueur scientifique, reconnus en recherche qualitative, a été maintenu tout au long de cette étude, conformément aux recommandations de Miles et al. (2020).

### ***Confirmabilité***

Plusieurs stratégies mises en place permettent d'observer le critère de confirmabilité, notamment, la description des méthodes et des procédures générales de l'étude ainsi que l'élaboration d'un registre de ces méthodes et procédures pour le tracé des choix méthodologiques. De plus, la rédaction rigoureuse de mémos analytiques permettant de consigner les réflexions et les perceptions du chercheur tout au long de la collecte et de l'analyse des données, ainsi que la manière dont ils peuvent entrer en jeu dans l'étude s'ajoute aux stratégies de confirmabilité.

### ***Fiabilité***

Différentes mesures ont également été adoptées pour assurer la fiabilité de l'étude. Tout d'abord, le protocole de recherche a été soumis à une évaluation par les pairs. Des critères d'inclusion clairs et cohérents avec l'objectif de l'étude ont été appliqués afin de recueillir des données appropriées auprès de participants et les entretiens ont tous été enregistrés de manière à garantir la fidélité des transcriptions. Par ailleurs, la fin du processus d'analyse a été déterminée par l'atteinte d'un consensus interjuge entre les membres de l'équipe de recherche (CR, IL et FdM). Ce consensus, basé sur des discussions lors de réunions d'équipe, a permis d'examiner les divergences et ainsi de renforcer la rigueur de l'interprétation des données.

### ***Crédibilité***

Différentes approches ont par ailleurs été mobilisées afin d'assurer la crédibilité des résultats. Tout d'abord, une triangulation des données a permis de croiser les informations issues des entretiens, des questionnaires en ligne, des notes de terrains ainsi que des documents et ressources disponibles aux futurs parents. De plus, l'exploration d'explications concurrentes tout au long du processus d'analyse a permis de renforcer la robustesse des conclusions. Les résultats sont soutenus par les données et présentés de manière claire et cohérente dans le troisième article de la thèse.

### ***Transférabilité***

La transférabilité des résultats a été rendue possible par une description détaillée des caractéristiques des participants et du contexte spécifique de l'étude, ainsi qu'un compte-rendu approfondi des résultats obtenus. Ceci permet d'offrir aux lecteurs suffisamment d'information pour évaluer dans quelle mesure les résultats peuvent être appliqués à d'autres contextes ou populations.

### ***Utilisation des connaissances***

Enfin, le critère d'utilisation des connaissances est respecté en diffusant les résultats de manière compréhensible, notamment par la présentation de ces résultats lors de plusieurs congrès scientifiques (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (2021), Association internationale de formation et de recherche en éducation familiale (2022), Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace

francophone (2022, 2025), Conseil international des infirmières (2025), Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses (2024)), en plus des articles inclus dans cette thèse. Ces échanges ont permis de partager les découvertes de l'étude avec des professionnels et des chercheurs du domaine, tout en favorisant la discussion et l'application pratique des nouvelles connaissances. Par ailleurs, afin de guider les interventions cliniques futures, des recommandations claires ont été formulées pour la pratique clinique, en particulier en ce qui concerne les défis et les besoins des parents après une PMA.

Le prochain chapitre présente les résultats de l'étude empirique qui explore l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire après une PMA liée à l'infertilité, en examinant leurs émotions, la construction de leur identité parentale et les transformations au niveau de leurs relations. Ces résultats sont présentés sous la forme d'un article scientifique qui a été soumis pour publication.

## Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude empirique de la thèse sous la forme d'un article scientifique intitulé *Expecting a child conceived by MAR in the context of infertility: a qualitative case study of the experience of pregnant women and their partners*. Ces résultats ont mis en évidence l'intensité et la fluctuation des émotions vécues par les femmes enceintes et par leur partenaire pendant la grossesse, oscillant entre joie, peur et soulagement. Ils montrent également que la construction de leur identité parentale s'inscrit dans un cheminement marqué par l'attente, l'espoir et une transition centrée sur la grossesse et l'infertilité. Ce parcours transforme également leurs relations conjugales, familiales et sociales, et définit une nouvelle dynamique avec les professionnels de la santé.

### **Avant-propos (article 3)**

L'étudiante-chercheuse, Caroline René, est première et principale autrice de cet article. Isabelle Landry, également étudiante et candidate au doctorat sur mesure du département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais et la professeure Francine de Montigny, directrice de thèse, sont coautrices de ce manuscrit. Mme Landry fut impliquée dans l'analyse des données et l'élaboration des thèmes. L'implication de Dre de Montigny fut principalement centrée sur l'encadrement du processus, la validation des thèmes et la révision critique de l'ensemble du contenu. Toutes les autrices ont révisé et approuvé la version finale du manuscrit.

**Titre de l'article :** Expecting a child conceived by MAR in the context of infertility: a qualitative case study of the experience of pregnant women and their partners

**Autrices:** Caroline René, inf., Ph.D. (c); Isabelle Landry, inf., Ph.D. (c); Francine de Montigny, inf., Ph.D.

**Revue de publication :** Sexual and Reproductive Healthcare

**Statut de l'article :** Article soumis à nouveau après révision (voir Appendice K)

### **Abstract**

**Background:** Infertility affects around one in six people worldwide. Technological advances and changes in legislation in medically assisted reproduction (MAR) are helping more people achieve parenthood after a journey marked by infertility. Yet the unique experience of women who become pregnant after MAR, and of their partners, remains little known.

**Aim:** To describe the experience of pregnant women and their partners during a pregnancy resulting from infertility-related MAR by examining their emotions throughout the pregnancy, their parental identity construction, and transformations experienced in various spheres of their life.

**Methods:** We conducted an integrated case study using a descriptive qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with 21 participants from Quebec (Canada), including 13 pregnant women and eight partners (five men, three women) who had conceived by infertility-related MAR. The data were analysed abductively.

**Findings:** The pregnant women and their partners experienced intense emotions throughout the pregnancy, oscillating between joy, fear, and relief. Parental identity construction was marked by expectation, hope, and a transition centred on pregnancy and infertility. They also transformed their relationships, adapting as a couple, redefining family and social ties, and entering a new normal with healthcare professionals.

**Conclusion:** For pregnant women and their partners, pregnancy after infertility-related MAR is fraught with paradoxical emotions and marked by challenging parental identity construction. Social and family recognition of their journey influences how they navigate

the transitional period of pregnancy and project themselves into their parental role. Personalised, empathetic support from healthcare professionals is essential to support them during pregnancy and facilitate their transition to parenthood.

**Keywords:** Medically assisted reproduction; Post-infertility pregnancy; Emotions; Parenting; Relationship; Qualitative research

## Résumé

**Contexte:** L'infertilité, considérée comme un enjeu de santé majeur par l'Organisation mondiale de la santé, touche environ une personne sur six à travers le monde. Grâce aux avancées technologiques et aux changements législatifs en procréation médicalement assistée (PMA), de plus en plus de personnes accèdent à la parentalité après un parcours marqué par l'infertilité. Toutefois, l'expérience unique des femmes qui deviennent enceintes après une PMA, ainsi que celle de leur partenaire, demeure peu connue et souvent invisible.

**Objectif:** Décrire l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire lors d'une grossesse issue d'une PMA réussie en contexte d'infertilité en examinant leurs émotions tout au long de la grossesse, la construction de leur identité parentale et les transformations vécues dans leurs différentes sphères de vie.

**Méthode:** Une étude de cas intégrée a été menée, adoptant une approche qualitative descriptive. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de 21 participants québécois (Canada), soit 13 femmes enceintes et huit partenaires (5 hommes et 3 femmes) confrontés à l'infertilité et ayant conçu par PMA. Les données ont été analysées de manière abductive selon la méthode décrite par Miles et al. (2020).

**Résultats:** Les femmes enceintes et leur partenaire vivent des émotions intenses et fluctuantes tout au long de la grossesse, oscillant entre joie, peur et soulagement. Ils construisent leur identité parentale à travers un long cheminement marqué par l'attente, l'espoir et une transition identitaire centrée sur la grossesse et l'infertilité. Leur parcours transforme également leurs relations, les amenant à s'adapter en couple, à redéfinir leurs

liens familiaux et sociaux, et à s'engager dans une nouvelle normalité avec les professionnels de la santé.

**Conclusion:** Pour les femmes enceintes et leur partenaire, la grossesse après une PMA liée à l'infertilité représente une expérience chargée d'émotions paradoxales et marquée par des défis dans la construction de leur identité parentale. La reconnaissance sociale et familiale de leur parcours façonne la manière dont ces futurs parents traversent cette période de transition qu'est la grossesse et se projettent dans leur rôle parental. Un accompagnement personnalisé et empathique par les professionnels de la santé est essentiel pour soutenir ces parents pendant la grossesse et faciliter leur transition à la parentalité.

**Mots-clés:** Procréation médicalement assistée; grossesse post-infertilité; émotions; parentalité; relations; recherche qualitative

**Significance Statement*****Problem***

The experience of pregnant women and their partners after successful infertility-related medically-assisted reproduction (MAR) remains poorly known. Perceived impacts on family and social relationships remain insufficiently studied.

***What is already known***

Pregnancy after MAR is marked by conflicting emotions, along with challenges linked to parental identity construction.

***What this paper adds***

This study deepens our understanding of the emotional and identity journeys of both parents during pregnancy after infertility-related MAR. It highlights family and social transformations occurring during this period. Finally, it offers useful recommendations for the clinical practice of nurses and midwives who work with these parents during pregnancy.

## **Introduction**

When a couple decides to have a child, they do not usually expect to need outside help to make it happen. Yet, according to the World Health Organization (WHO), one in six people will experience infertility in their lifetime (OMS, 2023a, 2023b), defined as the inability to conceive after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse (OMS, 2024; Zegers-Hochschild et al., 2017). These women and men face a variety of challenges and sometimes many bereavements (Assaysh-Öberg et al., 2023; James & Singh, 2018). The experience of infertility can cause great emotional and psychological distress, particularly in the form of stress, anxiety, and depression (Hamzah & Mulud, 2022).

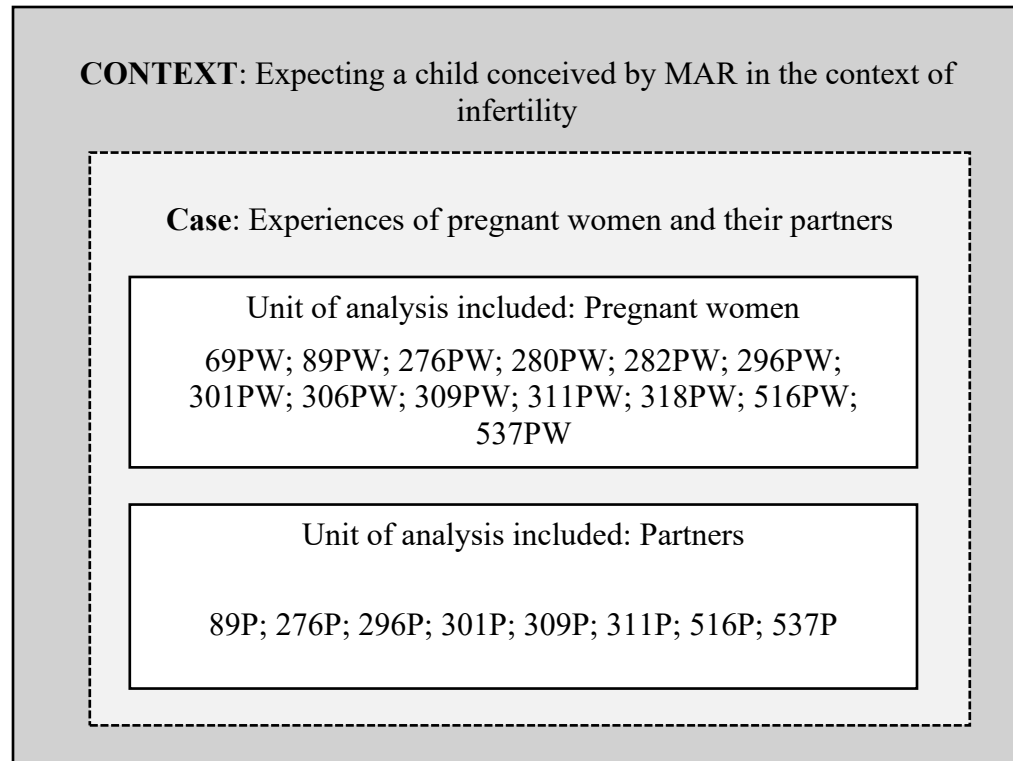
Medically assisted reproduction (MAR) is emerging as a solution for many couples seeking parenthood (Ranjbar et al., 2020). However, while MAR tends to be perceived as increasingly accessible and socially normalised (Allan et al., 2019; Franklin, 2013), it also presents demands and challenges, on both on the individual and relational levels (Bourget et al., 2022; Hya et al., 2024). While some couples see benefits in their relationship during fertility treatments (Sauvé et al., 2020), others encounter difficulties, particularly regarding sexuality (5) and marital conflict (Hasanbeigi et al., 2017). Socially, women and men often experience isolation, communication problems, and increased social pressure related to infertility (Assaysh-Öberg et al., 2023; Hamzah & Mulud, 2022; Hasanbeigi et al., 2017). The cost of MAR is also significant, and many couples experience financial crises due to the expenses incurred (Hasanbeigi et al., 2017; Mete et al., 2020).

Beyond its physical and logistical demands, MAR has profound emotional and relational repercussions, which often extend well beyond successful treatment. A recent metasynthesis highlighted the multiple challenges these couples face during pregnancy (René et al., 2022). Women who have gone through infertility can experience ambivalent feelings, oscillating between the joy of being pregnant and the fear of complications, transforming what they had imagined would be a happy time into an emotionally demanding experience (Boz et al., 2018). The transition from assisted conception to pregnancy and parenthood appears to be a particularly fragile stage for women who have undergone MAR (Allan et al., 2019).

While parenthood usually involves two persons, research into the experience of expecting a child after infertility-related MAR has mainly explored the experience of pregnant women. Similarly, the impact on family and social relationships, while sometimes mentioned, remains insufficiently studied. To fill these gaps, it is essential to examine in depth the experience of pregnant women and their partners after successful MAR, by exploring the emotional, identity, and relational dimensions of their parenthood journey. Accordingly, our aim in this study was to describe the experience of pregnant women and their partners during a pregnancy resulting from successful infertility-related MAR.

## **Methods**

This descriptive qualitative study is based on a case study methodology (Yin, 2018) integrating two units of analysis: 1) the experience of pregnant women, and 2) that of their partners, during a pregnancy resulting from infertility-related MAR (figure 1). This approach is particularly useful for examining a complex phenomenon in its natural context, where it is difficult to dissociate it from its environment. We examined the case, i.e., the experience of expecting a child conceived by MAR in the context of infertility, from a post-positivist perspective. This perspective assumes the researcher is distinct from the phenomenon under study and emphasises the search for patterns and relationships among different elements of the situation to generate nuanced knowledge in a given context (Weiss, 1995). With this in mind, we aimed to identify tendencies and links between the experiences of pregnant women and of their partners, highlighting their mutually interactive influences within a journey marked by infertility-related MAR. To structure and present this study, we followed the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) guidelines (O'Brien et al., 2014).

**Figure 1***The case and units of analysis***Research questions**

- 1) How do pregnant women and their partners describe their emotions throughout the pregnancy?
- 2) How do they represent the construction of their parental identity?
- 3) How do they describe the changes that have occurred in the different spheres of their life?

## **Ethics**

The Research Ethics Board of the Université du Québec en Outaouais authorised this study (certificate number: 2023-2431). After participants provided consent, the principal investigator contacted them to answer questions and plan the interview. When both partners of a couple participated, their interviews were conducted separately to preserve confidentiality (Ummel & Achille, 2016).

## **Setting, recruitment, and participants**

This study was conducted in Canada, in the province of Quebec, where access to MAR is facilitated by a public program covering a range of services for eligible individuals. This program broadens access to MAR for those who might not otherwise have had the financial means to afford the cost of treatment (Gouvernement du Québec, 2024).

Recruitment was carried out in collaboration with two Quebec fertility clinics and via social networks on the basis of convenience sampling and a snowball method. This sampling method, combined with the following selection criteria, aimed to capture a variety of experiences amongst individuals expecting a child conceived through MAR. To be eligible, women and men had to: 1) be 18 years of age or older; 2) have undergone MAR due to medical infertility in at least one of the partners; 3) be pregnant, have a pregnant partner, or have given birth in the past 12 months; 4) be able to speak, understand, and read French; and 5) have access to the Internet. Same-sex couples meeting these

criteria were also eligible to participate in the study. Since the relevant analytical distinction was primarily based on whether or not the individual had carried the child, data from female partners were included within the analytical unit “partner”. To meet the study’s objectives, we interviewed participants during the last month of pregnancy or after the birth for an overall picture of their pregnancy experience.

### **Data collection**

We collected data from various sources between February and November 2023. We used a Lime Survey questionnaire to collect data on infertility history, MAR treatments, and current pregnancy, as well as sociodemographic data. Subsequently, CR conducted semi-structured individual interviews lasting between 60 and 120 minutes ( $\bar{x}$  of 89 minutes), which were carried out either online via various videoconferencing platforms (Zoom, Teams, FaceTime, with the camera on) or in person. We developed the interview guide based on four key themes identified in a metasynthesis (16) on the subject: the experience of infertility and MAR; reactions and emotions experienced at different moments of pregnancy; the construction of parental identity; and changes in relationships with others in various spheres of life. We tested the guide with one woman corresponding to the profile of participants sought and subsequently made adjustments. We transcribed the digital audio recordings of each interview verbatim and then anonymised them. Finally, we wrote field notes after each interview to describe the context in which they were conducted, as well as observations of participants’ reactions and nonverbal cues whether perceived online or in person.

## **Data analysis**

We analysed the data abductively, using the descriptive qualitative analysis method of Miles, Huberman (Miles et al., 2020). We used NVivo software (Lumivero, 2023) to collate the anonymised interview transcripts and facilitate coding. CR initially identified 41 *a priori* codes based on the theoretical underpinnings of the interview guide (Bronfenbrenner, 2005; René et al., 2022). By alternating processes of data collection and analysis, we generated new codes from the data. This iterative process allowed for refinement of the coding. It also indicated that sufficient information power (Malterud et al., 2016) had been achieved to justify ending data collection, given the richness of the empirical material, its relevance to the research questions, and the diversity of participants' profiles. The different codes were sorted and grouped into themes to capture key elements in relation to the research questions and then eliminated unused *a priori* codes.

## **Strategies to enhance trustworthiness**

CR and IL held team meetings to refine the analysis, discuss discrepancies, reach consensus, and develop final themes and subthemes, which FdM then validated. This form of researcher triangulation strengthened the accuracy and reliability of the results.

The field notes served as a tool for reflection throughout the analysis. We used them to compare impressions and observations (context, reactions, non-verbal information) with interview data, in order to enrich our interpretation and validate certain

key elements. Finally, we analysed the data from the online questionnaire descriptively, to draw a portrait of the sample and contextualise the results. Data triangulation made it possible to integrate the information obtained from the interviews, online questionnaires, and field notes in order to ensure the credibility of the results.

### **Researcher characteristics and reflexivity**

The authors adopted a reflexive approach throughout the research process to strengthen results integrity and reliability (Finlay, 2002). Using this approach, the researchers were able to take into account their personal attributes and experiences while minimising potential biases. The authors each have two children. CR, a doctoral student in nursing, has expertise in qualitative interviewing and professional experience as a nurse working with young families. She conducted the interviews with empathy, aware of the potential influence of her own background on the data interpretation. IL, also a doctoral student, has extensive experience as a birthing unit nurse. Her clinical practice and personal experience enriched the research approach. FdM has extensive expertise in the psychosocial health of families during perinatal experiences. She played a key role in analysing results, bringing an objective and rigorous perspective. The authors held regular discussions among themselves to compare views, minimise bias, and enrich the analysis.

## Results/findings

### Participants' characteristics

Twenty-one people from nine regions of Quebec (Canada) participated in the study. Twenty-eight had initially expressed interest., of which six withdrew without providing a reason and one was excluded as inclusion criteria were not met. Among the participants, seven women were pregnant at the time of the interview and six had given birth in the past 12 months. Of the partners (five men, three women), four were expecting a child and four had become parents in the past 12 months. All but one were first time parents; one participant presented with secondary infertility. Participants' ages ranged from 29 to 44 years ( $\bar{x}$ : 35 years). Time taken to conceive ranged from 2 to 10 years ( $\bar{x}$ : 4.3 years), and duration of fertility follow-up ranged from 2 to 7 years ( $\bar{x}$ : 3.9 years). Of the participants, ten were directly affected by infertility, five had a partner affected by this condition, and six could not or did not wish to specify which member of the couple was affected. Table 1 presents the sociodemographic and clinical data.

**Table 1**

*Participants' sociodemographic and clinical data*

|                       | <b>Participants= 21</b> |             |
|-----------------------|-------------------------|-------------|
|                       | <b>PW= 13</b>           | <b>P= 8</b> |
| Sociodemographic data |                         |             |
| Age                   |                         |             |
| 25-29 years           | 2                       | 1           |
| 30-34 years           | 5                       | 2           |
| 35-39 years           | 4                       | 3           |
| 40-44 years           | 2                       | 1           |

|                                               |              |             |
|-----------------------------------------------|--------------|-------------|
| No response                                   |              | 1           |
| Gender                                        |              |             |
| Woman                                         | 13           | 3           |
| Man                                           | -            | 5           |
| Non-binary                                    | -            | -           |
| Status at time of interview                   |              |             |
| Pregnant or spouse pregnant                   | 7            | 4           |
| Gave birth within the past 12 months          | 6            | 4           |
| Marital status                                |              |             |
| Married                                       | 2            | 2           |
| Cohabiting                                    | 10           | 6           |
| Other                                         | 1            | -           |
| Occupation                                    |              |             |
| Student                                       | -            | -           |
| Full-time worker                              | 10           | 7           |
| Stay-at-home parent                           | 2            | 1           |
| Other                                         | 1            | 1           |
| Household income (in Canadian dollars)        |              |             |
| Less than \$39, 999                           | 1            | 1           |
| \$40, 000 - \$79, 999                         | 3            | -           |
| \$80, 000 - \$119, 999                        | 2            | 3           |
| More than \$120, 000                          | 7            | 1           |
| Highest education level                       |              |             |
| Secondary incomplete (7–10 years)             | 1            | 1           |
| Secondary completed (11 years)                | 1            | -           |
| College                                       | 4            | 2           |
| University certificate (14 years)             | 1            | 1           |
| University diploma (bachelor's degree)        | 2            | 2           |
| Graduate and post-graduate university studies | 4            | 1           |
| No response                                   | -            | 1           |
| Clinical data                                 |              |             |
| Person affected by infertility                |              |             |
| Participant only                              | 4            | 1           |
| Spouse only                                   | 2            | 2           |
| Participant and spouse                        | 4            | 1           |
| Undetermined                                  | 3            | 1           |
| No response                                   |              | 3           |
| Years to conception                           |              |             |
| Range                                         | 2 à 10 years | 2 à 7 years |
| Mean                                          | 4.7 years    | 3.67 years  |
| Years followed for fertility treatment        |              |             |
| Range                                         | 2 à 7 years  | 2 à 6 years |
| Mean                                          | 4.47 years   | 3.17 years  |
| Treatment cycles                              |              |             |

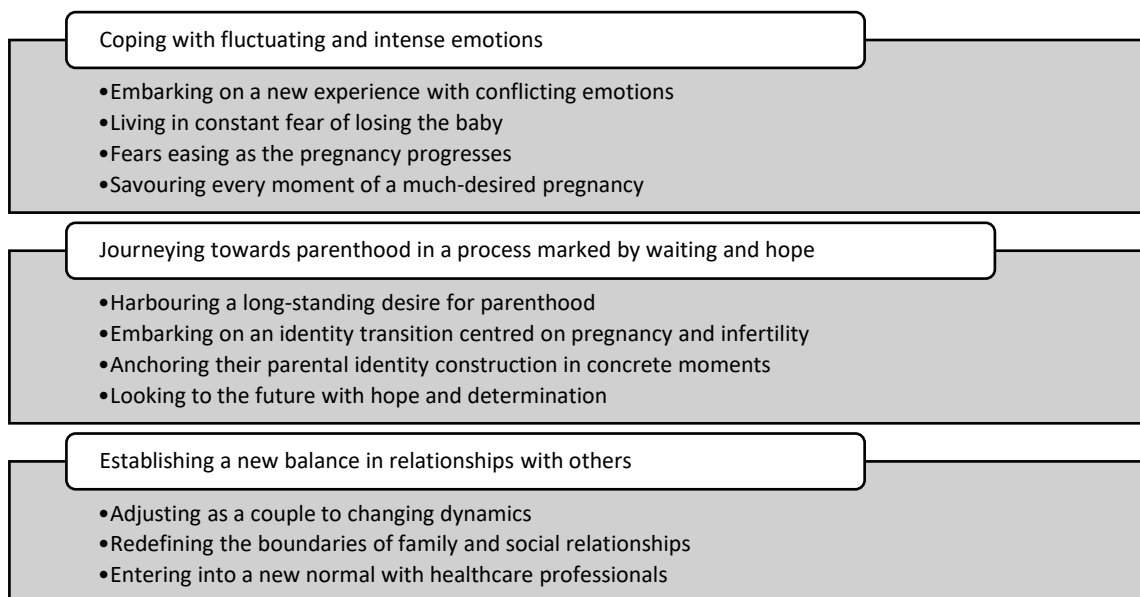
|                                         |              |             |
|-----------------------------------------|--------------|-------------|
| Range                                   | 1 à 9 cycles | 1 à 9cycles |
| Mean                                    | 4.22 cycles  | 3.2 cycles  |
| Type of treatment received              |              |             |
| Ovarian stimulation                     | 8            | 5           |
| Artificial insemination                 | 10           | 6           |
| In-vitro fertilisation (IVF)            | 12           | 7           |
| Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) | 7            | 3           |
| Sperm donation                          | 4            | 2           |
| Egg donation                            | -            | -           |
| Embryo donation                         | 1            | 1           |
| Other                                   | 1            |             |

### Synthesis and interpretation

In the data analysis, we identified three main themes, involving 11 subthemes: 1) coping with fluctuating and intense emotions; 2) journeying towards parenthood in a process marked by waiting and hope; and 3) establishing a new balance in relationships with others. We describe each theme and subtheme below, supported by the interview data, taking care to highlight the nuances between the experiences of pregnant women (PW) and partners (P). Figure 2 presents the themes and subthemes.

**Figure 2**

*The experience of pregnant women and their partners during a pregnancy after infertility-related MAR*



### ***Coping with fluctuating and intense emotions***

Throughout pregnancy, pregnant women and their partners experience intense and often paradoxical emotions, often compared to a roller-coaster ride. These emotional states were subdivided into four subthemes: 1) embarking on a new experience with conflicting emotions; 2) living in constant fear of losing the baby; 3) fears easing as the pregnancy progresses; and 4) savouring every moment of a much-desired pregnancy.

**Embarking on a new experience with conflicting emotions.** After dreading the moment of the pregnancy test, the pregnant women and their partners welcomed the news

of their long-awaited pregnancy with great joy. For many, the happiness and relief were accompanied by doubt and mistrust regarding the result.

*On the morning of March 23 I had my first-ever positive pregnancy test; I'd never had a positive test in ten years. I'm telling you this, and I still have trouble, sometimes I feel like I've been dreaming all this, but then, finally it happened... But all through my pregnancy, I felt like I was dreaming. It was hard to believe it was finally my turn. (280PW- 39 years old)*

Some pregnant women also felt guilty for not loving every moment of their pregnancy. They often lived through this situation, described as uncomfortable, in silence.

*I feel like talking about it because I'm not well, but in another sense, I feel guilty because I'm lucky, that's what I wanted... It's a bit contradictory, but I haven't talked about it that much. We don't talk about these things. (301PW- 35 years old)*

**Living in constant fear of losing the baby.** The pregnant women and their partners felt particularly vulnerable during the first weeks of pregnancy, which they described as stressful and anxiety-provoking. Their fear of losing the baby, intensified by the onerous conception process, sometimes dominated this period, which some described as a nightmare.

*I think the fears are doubled, quadrupled. If something doesn't work, first of all, it's super sad. And you can't just try again the next day. You have to get back on the lists and wait again. So this idea of scarcity is there even stronger. (282PW- 35 years old)*

For reassurance, some couples requested additional tests or ultrasounds, which offered them peace of mind, albeit often short-lived: *'In fact, it reassured us for 24 hours'* (301P- man, 39 years old). Some pregnant women bought a Doppler so they could listen to their baby's heartbeat regularly: *'I admit it, I bought myself a little Doppler. I listened to the heart every week'* (69PW- 29 years old).

**Fears easing as the pregnancy progresses.** As weeks passed, seeing visible signs of the pregnancy's progress, feeling the baby's movements, and reaching the stage of viability in the event of premature birth all gradually allayed the near-paralysing fears experienced by many participants during the first trimester. The pregnant women and their partners also perceived ultrasound scans as milestones that reinforced their sense of progress and reduced their stress.

*At 24 weeks, I told myself that if something happened, well, she now was viable. They could take her out, and there would be less risk of me really losing her. I kind of felt like I started breathing a bit again.* (306PW- 40 years old)

Partners sometimes described the final weeks of pregnancy as stressful, expressing their sense of losing control over the course of events. *'That was hard for me to deal with, because you lose control, really. The baby can be born any moment... So, losing control over an event is stressful. That was the part I found hard'* (311P- man, 32 years old).

**Savouring every moment of a much-desired pregnancy.** Several women confided that they had experienced a happy pregnancy, despite the difficulties, and some even expressed deep pride in being pregnant: *'It's really what I highlight. I want everyone to see I'm pregnant'* (296PW- 32 years old). Many described this period as a magical experience and sought to enjoy every moment: *'It really gives me time to savour everything I'm experiencing, every moment, to really enjoy it'* (276PW- 43 years old).

The pregnant women and their partners were grateful for the privilege of expecting a child. Some partners also expressed deep gratitude towards their spouses: *'I think she gave me the greatest gift of my life'* (537P- woman, 44 years old).

### ***Journeying towards parenthood in a process marked by waiting and hope***

While the first theme captured the variation in emotions experienced by pregnant women and their partners following infertility-related ART, this second theme describes how they perceived the construction of their parental identity through four subthemes: 1) harbouring a long-standing desire for parenthood; 2) embarking on an identity transition centred on pregnancy and infertility; 3) anchoring their parental identity construction in concrete moments; and 4) looking to the future with hope and determination.

**Harbouring a long-standing desire for parenthood.** For some pregnant women and their partners, becoming parents was the culmination of a long journey, fuelled by a deep-seated desire for a child.

*I couldn't imagine my life without children. It was as if everything in my life had been temporary. I felt that my real life was finally about to begin. (296PW-32 years old)*

Some women reported that, before becoming pregnant, they felt excluded from the “select club of parents”, which was sometimes hard to bear. While some participants felt they were parents from the moment the pregnancy was announced, a few women said the emotional and physical investment required by the fertility treatments had already shaped their perception of themselves as mothers.

*I felt like a mother on day 0... on the day of the injections... I was in [ovarian] stimulation for 13 days, four injections a day. I was doing it to become a mother. I was doing it because I wanted a child, and wanted to become a mother. (280PW-39 years old)*

**Embarking on an identity transition centred on pregnancy and infertility.** In the MAR context, the pregnant women and their partners described pregnancy as a period of complex identity transition, often marked by the persistent weight of infertility. Even though a baby was conceived, several experienced this transition with a mixture of pride and acrimony. While the long-awaited pregnancy was a milestone—‘*it's a small miracle*’ (276P-man, 31 years old)—they also recalled that outside help had been needed: ‘*it worked, but not on my own*’ (89PW-29 years old). This bittersweet feeling towards what they nevertheless considered a privilege was sometimes accompanied by a sense of injustice: ‘*It's as if we had to work harder to get to the same place as everyone else*’ (516PW- 36 years old).

This pregnancy, described as precious, was sometimes difficult to integrate fully for some of the pregnant women, who saw themselves as imposters. Many said they were unable to project themselves beyond the pregnancy and had difficulty imagining a child.

*I have a hard time even thinking of this child as a real person, and I have the sense that it's still a matter of self-protection. I'm protecting myself a lot. I can't name it, I can't bring myself to name it. (301PW- 35 years old)*

Several participants spoke of challenges related to the intangible side of pregnancy. Some women confided that they didn't feel truly pregnant for several weeks, especially in the absence of any noticeable symptoms. The partners experienced this period as theoretical and especially long: *'Waiting is long... I found it long, 9 months'* (89P- man, age not provided).

Among lesbian couples, the scrutiny of others during this waiting period was sometimes an obstacle to the construction of the partner's parental identity. This barrier was not limited to the experience of infertility, but also encompassed the social dynamics surrounding parental recognition.

*When you see a pregnant woman, you don't automatically assume the other [woman] will be the other parent. People often talk to my partner and ask her questions about the baby, and I know that, on that subject, I'm non-existent. And I didn't anticipate this would happen... But yes, it's an obstacle. (516P- woman, 35 years old)*

**Anchoring their parental identity construction in concrete moments.** Many partners stressed the importance of being present for their pregnant partner and taking care of her. They described their investment in concrete actions, such as preparing the baby's room or managing the logistics of daily life: *'I plan everything in advance'* (301P- man, 39 years old). For some of the pregnant women and their partners, preparing for parenthood also included attending prenatal classes and reading.

*My whole vision, my whole life converged on this child's arrival. Shopping, getting things ready, reading, starting to think about what kind of education we wanted to give him... I wanted to make it as concrete as possible. I couldn't just wait for his arrival.* (296PW- 25 years old)

For some, the baby's presence became tangible when they felt the first movements, as one pregnant woman described: *'When I started to feel her move, that's when it happened—ah, that's my baby'* (89PW- 29 years old). Several others, however, reported that they did not perceive themselves as mother or father before the birth.

*During the pregnancy yes, you are [a father], but it's not concrete, it takes a little longer, maybe, for us to realise it, but when she came out, and she took her first breath—there I said okay, she's mine, she belongs to me.* (89P- man, age not provided)

**Looking to the future with hope and determination.** The pregnant women and partners said that imagining themselves in the future with their baby had helped them see themselves as gradually becoming a family. This anticipation of parenthood, charged with

excitement and impatience, had led them to imagine the kind of parents they wanted to be, often inspired by those around them. They felt ready to take on the challenges of the first few weeks, seeing this transition period as a change they had actively chosen.

*I had chosen to have a child so all these changes, I had chosen them, and I was looking forward to them. (296PW- 32 years old)*

The participants also stressed that, while their fertility journey had been difficult, it also had positive spin-offs, enabling them to learn and grow. They saw the ordeal as an integral part of their unique and precious family history.

*It's our story, you know. That's how we experienced it, and it's a beautiful story, too. Every family, every couple has their story, and this is ours. We're proud of our story, too. (276P- man, 31 years old)*

### ***Establishing a new balance in relationships with others***

The participants described changes in different areas of their lives through three subthemes: 1) adjusting as a couple to changing dynamics; 2) redefining the boundaries of family and social relationships; and 3) entering into a new normal with healthcare professionals.

**Adjusting as a couple to changing dynamics.** From the start of the pregnancy, the pregnant women and their partners had to contend with their sometimes divergent emotional reactions. While some went through a period of tension in their relationship,

most said they had managed to maintain good communication as a couple. Several stressed that the ordeals of the MAR had strengthened the partnership that enabled them to go through the pregnancy together. The pregnant women especially spoke of mutual support and described how beneficial their partner's support had been to them: *'My partner is really supportive. I'm really lucky'* (309PW- 32 years old)

The pregnant women and their partners also described a gradual transformation in the pace of their lives as they took on new responsibilities. Several also spoke of changes in their conjugal intimacy. Some noted an improvement in their sexual relations, freed from the constraints imposed by MAR, while others adapted their moments of intimacy: *'It's a little different, but we manage'* (69PW- 29 years old). However, several mentioned having put their sex life on pause during the pregnancy, due to the physical and emotional adjustments they were experiencing.

*During the pregnancy the sexual side was put on hold, it was difficult for her at that time. Both emotionally and even just in terms of desire.* (311P- man, 32 years old)

**Redefining the boundaries of family and social relationships.** Several pregnant women and partners said pregnancy had brought them closer to those around them, especially family and friends with children. Some women explained that being pregnant had enabled them to reconnect with friends, now that they were free of the distress associated with infertility.

*When I got pregnant, I got closer to people, my friends, and things improved. Before, I found it difficult, [interacting with] all those who were pregnant. So it really improved my relationships. (318PW- 30 years old)*

While most pregnant women and partners reported receiving significant support from their families and loved ones during the pregnancy, several also noted a lack of understanding of their experience during this period as one of the most difficult challenges. For some, the pregnancy rekindled old family tensions, leading them to redefine relationship boundaries. In stepping back from certain people, they created new connections, establishing deep bonds with people who shared a similar journey, while distancing themselves from relationships less aligned with their new reality.

*Sure, everyone was happy for us, but most of those around us haven't experienced it, so yes, they're happy, but they can't know how uncool it can be... if you haven't been through it, you don't know what it is, so don't tell me things will work out or that everything will be fine. Especially if you don't know. (89P- man, age not provided)*

**Entering into a new normal with healthcare professionals.** After a long period of dealing with the close medical supervision and strict requirements of MAR, most of the pregnant women received regular follow-up care during their pregnancies. Some of them, and several partners, felt relieved by this new-found normality, now that they were being treated like everyone else.

*Seeing it as a pregnancy made it more normal. It removed the medical aspect somewhat... At that point, you were a pregnant woman, it didn't matter how you go there, you were pregnant. (311P- man, 32 years old)*

Paradoxically, pregnant women and partners also felt the need for healthcare professionals to recognise the complexity of their journey, emphasising how it coloured their experience during pregnancy: *'Their sensitivity to our situation makes all the difference'* (516PW- 36 years old). Some women expressed a desire to distance themselves from the medical approach during pregnancy and at the birth, to mark a break with the medicalisation of their conception journey: *'I've had so many medications to create this child, that I don't want any to give birth'* (69PW- 29 years old).

The pregnant women and partners also stressed their constant need for reassurance from professionals about the progress of their pregnancy.

*I needed lots of reassurance. I think I was so afraid there would be a complication, and then having to start all over again with a process that's heavy on medical treatments and time, you just don't feel like going through that again. (311PW- 31 years old)*

Others found it difficult to deal with conflicting messages from healthcare professionals about risks associated with conception by MAR for the woman's health and her pregnancy. They expressed the need for more coherent and detailed information.

*The doctors wouldn't talk with me about it, but I'd raise it, and I'd get so many different answers it made me dizzy. Some said I should be worried. For some it was, like, who cares? You could see how little medical consensus there is on the subject... but yeah, it affected my experience negatively because it stressed me out. (537PW- 30 years old)*

### **Discussion**

This study underscores the complexity of emotions experienced by pregnant women and their partners following MAR for infertility, as well as the challenges in negotiating their parental identity. Recognition of their journey by both their social network and healthcare professionals is pivotal to the integration of this new identity. Pregnant women who conceived by MAR reported living both a dream and a nightmare, a paradoxical experience also identified by other authors (Hadavibavili et al., 2024; Huang et al., 2019). For instance, in a qualitative study grounded in a phenomenological approach, Hadavibavili et al. (2024) described how women undergo emotional rollercoasters, where the joy of pregnancy can swiftly give way to anxiety and uncertainty. Our study sheds new light by showing that these intense and conflicting emotions are not exclusive to pregnant women, but are also experienced by partners, who take on a certain responsibility for their spouse's well-being. While many pregnant women gradually manage to enjoy their pregnancy, the fear of losing the baby, shared by both partners, leads them to adopt a cautious posture and engage in the pregnancy with restraint. Our results showed that fear of losing the baby tends to diminish as the weeks go by, but that for some pregnant women, this fear persists throughout the pregnancy. Previous studies

(Başgöl, 2021; Hadavibavili et al., 2024) also found that fears around losing the baby were often less apparent in the partners (Foyston et al., 2023). These findings underscore the importance for healthcare professionals of considering the couple's emotional experience together, to support both parents during this vulnerable period.

For pregnant women and their partners, their long wait to become parents shapes the construction of their parental identity. Many expressed a sense of injustice towards couples who were able to conceive without difficulty. Consistent with other studies (Maehara et al., 2022; Morrison et al., 2024; Sirevičiūtė & Jarašiūnaitė-Fedosejeva, 2022), our results showed that the transition to parenthood after infertility can be transformative, but is often marked by unresolved losses and latent grief, which can affect self-image. Women who become pregnant after MAR may maintain a negative self-image linked to infertility or question their identity and abilities as future mothers (Maehara et al., 2022). However, our results showed that, for some women, the sacrifices required to become pregnant instead consolidated their identity as mothers from the start of treatment. Partners, on the other hand, referred more often to the intangible aspect of pregnancy to explain their difficulties in self-identifying as parents at this stage. Our results did not allow us to determine to what extent infertility influences their transition to parenthood, an ambiguity also raised in previous studies on fatherhood after infertility (Morrison et al., 2024). Some data suggest that men who have gone through infertility experience similar parenting transitions to those who conceived spontaneously (Vänskä et al., 2017), while others indicate they may experience a persistent identity of infertility, with their

transition to parenthood becoming more concrete after birth, as they begin to share parenting responsibilities with the mother (Allan et al., 2019). However, those studies only involved male partners (Allan et al., 2019; Morrison et al., 2024; Vänskä et al., 2017), whereas our study included partners of different genders, thereby shedding new light on partners' transition to parenthood after MAR. These findings highlight the importance of recognising and supporting the specific needs of pregnant women and their partners, to facilitate a smoother transition and strengthen their ability to perceive themselves as parents after an infertility experience.

For the pregnant women and their partners, relational adjustments were needed in different areas of life to achieve balance after successful MAR. On the marital level, some data suggest that pregnant women after MAR feel less able to provide support to their partner and in return perceive more limited support from them (Darwiche et al., 2019), but our results revealed, on the contrary, strong mutual support and solid partnership construction. Several studies have also highlighted the importance of partner support in women's adjustment to a MAR pregnancy (Canneaux, 2020; Hadavibavili et al., 2024). Regarding family and social dimensions, our results are in line with other studies showing that relationships with family and close friends can be a source of both support and concern during a MAR pregnancy (René et al., 2022). Our study participants did, however, express the need to establish new boundaries with those around them, highlighting a little-explored aspect of the psychosocial adjustments associated with pregnancy after an infertility experience.

In the healthcare sphere, pregnant women and their partners appreciated an apparent return to normality, while expressing a constant need for reassurance and recognition of their journey. Although the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) considers the needs of pregnant women after fertility treatment to be similar to those of women who conceived spontaneously, adapting support to the specific concerns of both partners is advisable (Gameiro et al., 2015). This paradox, also highlighted in other studies (French et al., 2015; Warmelink et al., 2023), underscores the need for prenatal care that is better adapted to the realities of couples who have undergone MAR.

### **Strengths and limitations**

This study has several strengths. The sample size and diversity offer varied perspectives on the experience of expecting a child after infertility-related MAR. The inclusion of pregnant women and their partners (men and women) as two distinct units of analysis in this case study is a notable strength, enabling in-depth exploration of the emotional, identity, and relational dimensions that shape their parenthood journey in this singular context. Data collection, carried out by a researcher (CR) with no prior link to the participants, continued until sufficient information power was reached, to strengthen results reliability (Malterud et al., 2016). Finally, adopting a reflexive approach and involving co-authors in data analysis and theme validation reinforced methodological rigour and minimised bias (Houghton et al., 2013).

Nevertheless, this study presents certain limitations. The recruitment via social networks and infertility groups encouraged female participation. Despite various strategies adopted to encourage the recruitment of men (René et al., 2025), their low participation rate may limit the diversity of male perspectives in the study. That interviews were conducted online is another potential limitation of our study. While this made it possible to include participants from different geographical regions, it may have made it more difficult for the interviewer, with reduced immersion in their environment, to perceive non-verbal cues, such as tone of voice, posture, and body language (Khan & MacEachen, 2022). Finally, the lack of information regarding the reasons for participant dropout during the study also constitutes a limitation, as it precludes identifying what might have been done differently to reduce attrition. Moreover, as with any qualitative research, the findings should be interpreted in light of the specific context in which they were generated, in order to assess the extent to which they are transferable to other settings.

### **Conclusion**

Our findings reveal the complexity of emotions experienced by pregnant women and their partners following a MAR journey, as well as the difficulty some encounter in projecting themselves beyond pregnancy and imagining the arrival of a child. By including partners' perspectives, our study provides novel insights, showing that they too navigate paradoxical emotions, often accompanied by a sense of responsibility for their pregnant partner's wellbeing. For many couples, this long-awaited pregnancy does not

automatically dispel the concerns associated with their experience of infertility. As the results indicated, expectant parents frequently feel vulnerable, particularly during the first weeks following pregnancy confirmation. These findings highlight the need for tailored support by healthcare professionals throughout pregnancy. Nurses, physicians, and midwives can support these expectant parents by adopting a caring approach centred on their unique experiences and attentive to the complex challenges they face during pregnancy.

### **Acknowledgement**

The authors wish to acknowledge Mrs Donna Riley, editor and translator, for her assistance in translating the manuscript into English.

### **Funding**

This work was supported by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC), the MES-Universités doctoral fellowship program, the Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), and the Fonds de recherche du Québec - Société et culture, which funds the Paternity, Family, and Society research team.

### **Conflicts of interest**

The authors declare no conflict of interest.

**Declaration of Generative AI and AI-assisted technologies in the writing process**

Nothing to declare.

## References

- Allan, H., Mounce, G., Culley, L., van den Akker, O., & Hudson, R. (2019). Transition to parenthood after successful non-donor in vitro fertilisation: The effects of infertility and in vitro fertilisation on previously infertile couples' experiences of early parenthood. *Health*, 25(4), 434-453. <https://doi.org/10.1177/1363459319891215>
- Assaysh-Öberg, S., Borneskog, C., & Ternström, E. (2023). Women's experience of infertility & treatment – A silent grief and failed care and support. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100879. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100879>
- Başgöl, Ş. (2021). Psychosocial Adjustment, Depression, Anxiety, and Stress in Pregnancy Following Assisted Reproductive Treatment and Spontaneous Conception. *Bezmialem Science*, 9(4), 457-464. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2020.5106>
- Bourget, F., El Amiri, S., Brassard, A., & Péloquin, K. (2022). Perceived Injustice and Psychological Well-Being in Couples Seeking Fertility Treatment. *Journal of Family Issues*, 44(9), 2333-2354. <https://doi.org/10.1177/0192513X221087724>
- Boz, İ., Özçetin, E., & Teskereci, G. (2018). Becoming a mother after infertility: A theoretical analysis. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 10(4), 496-511. <https://doi.org/10.18863/pgy.382342>
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human : bioecological perspectives on human development*. Sage Publications.
- Canneaux, M. (2020). Grossesse et don d'ovocytes : remaniements psychiques chez les futurs parents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(5), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.05.006>
- Darwiche, J., Milek, A., Antonietti, J.-P., & Vial, Y. (2019). Partner support during the prenatal testing period after assisted conception. *Women and Birth*, 32(2), e264-e271. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.006>
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative health research*, 12(4), 531-545. <https://doi.org/10.1177/10497320212912005>
- Foyston, Z., Higgins, L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). Parents' experiences of life after medicalised conception: a thematic meta-synthesis of the qualitative literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 520. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05727-x>

- Franklin, S. (2013). Conception through a looking glass: the paradox of IVF. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(6), 747-755. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.08.010>
- French, L. R., Sharp, D. J., & Turner, K. M. (2015). Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 65(638), e570-e577. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686473>
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T., & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff†. *Human Reproduction*, 30(11), 2476-2485. Repéré le 1/21/2025 à <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Gouvernement du Québec. (2024). *Medically assisted reproduction program*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-parentalite/procreation-assistee/programme-procreation-medicalement-assistee>
- Hadavibavili, P., Hamlaci Başkaya, Y., Bayazit, G., & Cevrioğlu, A. S. (2024). Women's emotional roller coasters during pregnancy as a consequence of infertility: a qualitative phenomenological study. *Current Psychology*, 43(28), 24138-24148. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06158-3>
- Hamzah, F., & Mulud, Z. A. (2022). Psychological Distress and Quality of Life Among Childless Couples Undergoing Infertility Treatment: A Narrative Review. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, 18. <https://doi.org/10.47836/mjmhs18.s15.52>
- Hasanbeigi, F., Zandi, M., Vanaki, Z., & Kazemnejad, A. (2017). Investigating the problems and needs of infertile patients referring to assisted reproduction centers: a review study. *Evidence Based Care*, 7(3), 54-70. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.26250.1608>
- Houghton, C., Casey, D., Shaw, D., & Murphy, K. (2013). Rigour in qualitative case-study research. *Nurse researcher*, 20(4), 12-17. <https://doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.12.e326>
- Huang, M.-Z., Sun, Y.-C., Gau, M.-L., Puthussery, S., & Kao, C.-H. (2019). First-time mothers' experiences of pregnancy and birth following assisted reproductive technology treatment in Taiwan. *Journal of Health, Population & Nutrition*, 38(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0167-3>
- Hya, K. M., Huang, Z., Chua, C. M. S., & Shorey, S. (2024). Experiences of men undergoing assisted reproductive technology: A qualitative systematic review.

- International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 165(1), 9-21.  
<https://doi.org/10.1002/ijgo.15082>
- James, S. S., & Singh, A. K. (2018). Grief and bereavement in infertility and involuntary childlessness. *Journal of Psychosocial Research*, 13(2), 297-305.  
<https://doi.org/10.32381/JPR.2018.13.02.4>
- Khan, T. H., & MacEachen, E. (2022). An Alternative Method of Interviewing: Critical Reflections on Videoconference Interviews for Qualitative Data Collection. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 1-12. Repéré le 2025/02/21 à <https://doi.org/10.1177/16094069221090063>
- Lumivero. (2023). *NVivo* (version 14). [www.lumivero.com](http://www.lumivero.com)
- Maehara, K., Iwata, H., Kimura, K., & Mori, E. (2022). Experiences of transition to motherhood among pregnant women following assisted reproductive technology: a qualitative systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 20(3).  
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00545>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Mete, S., Fata, S., & Aluğ Tokat, M. (2020). Feelings, opinions and experiences of Turkish women with infertility: A qualitative study. *Health Informatics Journal*, 26(1), 528-538. <https://doi.org/10.1177/1460458219839628>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook* (Fourth edition.). SAGE.
- Morrison, S., Bryanton, J., Murray, C., & Foley, V. (2024). Lived Experiences of Fatherhood After Infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 53(3), 245-254. Repéré le 2025/01/29 à <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2023.12.002>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>
- OMS. (2023a). *1 in 6 people globally affected by infertility: WHO*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>

- OMS. (2023b). *Infertility prevalence estimates, 1990-2021* World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf>
- OMS. (2024). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Ranjbar, F., Warmelink, J. C., & Gharacheh, M. (2020). Prenatal attachment in pregnancy following assisted reproductive technology: a literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 86-108. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1705261>
- René, C., Landry, I., & de Montigny, F. (2022). Couples' Experiences of Pregnancy Resulting from Assisted Reproductive Technologies: A Qualitative Meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100059>
- René, C., Landry, I., Péloquin, K., Martel, M.-J., & de Montigny, F. (2025). Favoriser la participation des hommes en recherche : une revue narrative des stratégies gagnantes. *Recherche en soins infirmiers*, 160(1), 71-81. <https://doi.org/10.3917/rsi.160.0071>
- Sauvé, M.-S., Péloquin, K., & Brassard, A. (2020). Moving forward together, stronger, and closer: An interpretative phenomenological analysis of marital benefits in infertile couples. *Journal of health psychology*, 25(10-11), 1532-1542. <https://doi.org/10.1177/1359105318764283>
- Sirevičiūtė, A., & Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G. (2022). Transition to Parenthood after Unexplained Infertility: Interpretative Phenomenological Analysis. *The Family Journal*, 30(4), 638-643. <https://doi.org/10.1177/10664807211061817>
- Ummel, D., & Achille, M. (2016). How Not to Let Secrets Out When Conducting Qualitative Research With Dyads. *Qualitative Health Research*, 26(6), 807-815. <https://doi.org/10.1177/1049732315627427>
- Vänskä, M., Punamäki, R.-L., Tolvanen, A., Lindblom, J., Flykt, M., Unkila-Kallio, L., Tulppala, M., & Tiitinen, A. (2017). Paternal mental health trajectory classes and early fathering experiences: Prospective study on a normative and formerly infertile sample. *International Journal of Behavioral Development*, 41(5), 570-580. <https://doi.org/10.1177/0165025416654301>
- Warmelink, J. C., Marissink, L., Kroes, L., Ranjbar, F., & Henrichs, J. (2023). What are antenatal maternity care needs of women who conceived through fertility treatment?: a mixed methods systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1), 2148099. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2022.2148099>

- Weiss, S. J. (1995). Contemporary Empiricism. Dans A. Omery, C. E. Kasper, & G. G. Page (Éds.), *In search of nursing science*. Sage.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : design and methods* (6th edition.). SAGE.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & Van Der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Human Reproduction*, 32(9), 1786-1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>

## **Discussion générale**

Cette thèse avait pour objectif général de mieux comprendre l'expérience des futurs parents au cours de la grossesse lorsqu'ils ont eu recours à la PMA en contexte d'infertilité en répondant plus spécifiquement à trois questions de recherche:

- Comment les femmes enceintes et leur partenaire décrivent-ils leurs émotions tout au long de la grossesse?
- Comment se représentent-ils la construction de leur identité parentale?
- Comment décrivent-ils les changements survenus dans différentes sphères de leur vie? (personnelle, conjugale, familiale, sociale, médicale).

Dans cette étude, une attention particulière a été portée au recrutement des partenaires afin d'obtenir la perspective des deux parents au regard des enjeux émotionnels, identitaires et relationnels qu'ils traversent alors qu'ils attendent un enfant après un parcours marqué par l'infertilité et la médicalisation de la conception. Les résultats obtenus s'inscrivent ainsi dans la continuité des connaissances existantes face à l'expérience singulière de ces couples au cours de la grossesse.

Le présent chapitre établit des liens entre les résultats des trois articles de cette thèse. Il met en évidence les contributions à l'avancement des connaissances sur l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire lors de la grossesse après une PMA liée à l'infertilité en présentant une version renouvelée et approfondit de la

modélisation développée dans le premier article de la thèse. Par la suite, en adoptant une perspective bioécologique inspirée du modèle de Bronfenbrenner (2005), ce chapitre aborde les divers niveaux d'influence qui façonnent cette expérience complexe. L'objectif de ce chapitre est d'intégrer et de contextualiser les résultats de l'ensemble du travail de recherche, afin de mieux comprendre l'expérience vécue par ces futurs parents, d'identifier les forces et les limites de l'étude et de proposer des recommandations.

### **Principaux résultats**

Tout d'abord, le premier article de la thèse a apporté de nouvelles perspectives face à l'expérience des couples lors d'une grossesse découlant de la PMA après un parcours d'infertilité en synthétisant les résultats qualitatifs de 14 études primaires sur le sujet (René et al., 2022). Les résultats de l'analyse thématique ont mis en évidence quatre dimensions centrales de l'expérience de ces femmes et de ces hommes, dont le projet parental a été marqué par les enjeux de l'infertilité et de la PMA, soit : 1) parcourir un chemin long et complexe; 2) s'engager dans la grossesse avec des émotions paradoxales; 3) composer avec les défis que pose une identité émergente et 4) réorganiser les relations. Cette métasynthèse a notamment révélé que la transition entre la conception, la grossesse et la parentalité s'avère particulièrement difficile pour les femmes enceintes. Par ailleurs, la famille peut représenter à la fois une source de soutien et une source de préoccupation pour les futurs parents, particulièrement lorsque les préjugés entourant l'infertilité persistent. Les résultats de cette analyse approfondie des enjeux qui caractérisent l'expérience des couples qui attendent un enfant à la suite d'une PMA liée à l'infertilité

ont permis de proposer une modélisation qui a par la suite servi d'assise au travail de recherche effectué dans cette thèse.

Les résultats de la métasynthèse ont également identifié une lacune importante dans les publications scientifiques existantes. Bien que l'expérience des couples vivant une grossesse après une PMA liée à l'infertilité ait fait l'objet d'un certain nombre d'études, la perspective des partenaires demeure largement sous-documentée. L'ensemble des participants des 14 études empiriques incluses comprenait 199 femmes et seulement 71 partenaires, la moitié des études portant exclusivement sur l'expérience des femmes enceintes. Alors que la conception et la parentalité impliquent habituellement les deux membres d'un couple, il semblait nécessaire de tenter d'approfondir la compréhension de l'expérience des partenaires afin d'obtenir un portrait plus complet des enjeux lorsque la grossesse survient à la suite d'une PMA liée à l'infertilité.

Toutefois, le recrutement et l'implication des hommes en tant que participants dans un projet de recherche représentent un enjeu récurrent, en particulier dans des domaines traditionnellement associés aux femmes, comme la périnatalité et la parentalité (Culley et al., 2013; de Lacey, 2014; McKelley & Rochlen, 2016; Ryan et al., 2019). Certains chercheurs s'étant interrogés sur les raisons de leur faible participation ont soulevé l'hypothèse que cette absence relative des hommes pourrait découler de méthodes de recrutement et de collecte de données mal adaptées à leur réalité et à leurs modes de socialisation (Law, 2019; Preloran et al., 2001). Cependant, le manque de publication

faisant état des défis, mais également des solutions pouvant être mises en œuvre pour que les hommes se sentent interpellés par les projets de recherche qui les concernent, limite la possibilité pour les chercheurs de recourir à des approches éprouvées.

Cet enjeu méthodologique a motivé la rédaction du deuxième article de la thèse, qui, sur la base d'une revue narrative, a rassemblé et explicité différentes approches plus efficaces pour favoriser la participation des hommes en recherche. Ces approches ont été regroupées autour de trois moments clés du processus de recherche, soit le recrutement, le maintien de l'engagement et la collecte de données. Les stratégies qui facilitent la participation des hommes en recherche incluent notamment un recrutement explicitement dirigé vers eux, ainsi qu'une grande flexibilité dans l'organisation de la collecte de données. D'ailleurs, dans une étude portant sur les raisons du faible engagement des hommes dans les discussions entourant la fertilité et la santé reproductive, Grace et al. (2019) ont aussi constaté que les méthodes de recrutement traditionnelles, telles que les publicités dans les journaux, s'avéraient moins efficaces auprès des hommes. Des approches plus ciblées dans des revues de santé masculine ou situées dans des environnements fréquentés par les hommes, comme les salles de sport ou les arénas, semblent plus prometteuses (Grace et al., 2019; Holmberg, 2022). En proposant des orientations pratiques, ce second article a contribué à répondre à un besoin important, puisqu'il existe encore peu d'écrits détaillant des stratégies concrètes pour anticiper et surmonter les obstacles liés à la participation des hommes. Plusieurs de ces propositions

ont pu être intégrées dans la méthodologie de recherche de l'étude de cas (3e article de la thèse).

Outre ces considérations méthodologiques, d'autres études ont par ailleurs mis en évidence un aspect social pouvant expliquer la faible représentation des hommes dans les domaines liés à la reproduction (Roudsari et al., 2023; Slauson-Blevins & Johnson, 2016). Ces chercheurs ont constaté que de nombreux hommes ont l'impression de ne pas avoir leur mot à dire dans cet espace qu'ils considèrent réservé aux femmes. Selon Grace et al. (2019) la réticence des hommes à s'exprimer sur la santé reproductive s'explique également par le contexte de ces échanges, qui mettent principalement l'accent sur l'expérience des femmes. En d'autres termes, la mobilisation des hommes en recherche ne se limite pas à un défi technique qui peut être résolu par la mise en œuvre de stratégies spécifiques, comme celles décrites dans le deuxième article de cette thèse. Elle dépend également des considérations sociales plus larges concernant le rôle des hommes dans des domaines comme la reproduction et la parentalité.

À ce titre, en intégrant simultanément le point de vue des femmes enceintes et celui de leur partenaire, le troisième article a apporté un éclairage approfondi sur la réalité des futurs parents au moment de la grossesse après la réussite d'une PMA liée à l'infertilité. Cette étude de cas qualitative a permis de décrire ainsi que de nuancer l'expérience de ces femmes et de ces hommes en s'attardant plus spécifiquement à leurs émotions pendant la grossesse, à la construction de leur identité parentale, ainsi qu'aux transformations de leurs

relations dans différentes sphères de leur vie. Les données ont été recueillies auprès de 21 participants québécois, soit 13 femmes enceintes et huit partenaires ( $n = 5$  hommes et  $n = 3$  femmes), puis analysées selon une démarche abductive combinant des codes *a priori* issus des cadres théoriques et des codes émergents provenant du récit des participants.

Les résultats ont montré que l'intensité et la fluctuation des émotions vécues pendant la grossesse sont caractérisées par une alternance entre la joie d'attendre un enfant et la peur persistante de le perdre, mais aussi entre le soulagement et le doute d'être réellement enceinte. La construction de leur identité parentale s'est inscrite dans un cheminement marqué par l'attente et l'espoir, où la grossesse est demeurée étroitement liée au parcours d'infertilité. Ce parcours singulier pour concevoir a façonné la relation des futurs parents entre eux, mais également les relations qu'ils entretiennent avec les membres de leur famille, avec leurs proches ainsi qu'avec les professionnels de la santé. Ces résultats mettent en évidence l'importance d'un accompagnement adapté, particulièrement de la part des infirmières et des autres professionnels de la santé, afin de mieux répondre aux défis spécifiques rencontrés par les futurs parents.

Ainsi, la complémentarité des travaux effectués dans cette thèse approfondit notre compréhension de la transition vers la parentalité de ces femmes et de ces hommes après une PMA liée à l'infertilité, tout en illustrant la nécessité de prendre en compte l'expérience des deux partenaires. Les résultats de la revue narrative exposant diverses stratégies pour favoriser la participation des hommes en recherche (article 2), font directement écho aux

constats de la métasynthèse (article 1) montrant la sous-représentation des partenaires dans les études portant sur la grossesse après une PMA liée à l'infertilité. À cet égard, l'identification d'approches méthodologiques mieux adaptées pour cette population apparaît comme une réponse nécessaire afin de combler cette lacune et favoriser une meilleure compréhension de l'expérience des deux parents. Par ailleurs, plusieurs de ces stratégies ont été mobilisées dans la réalisation de l'étude empirique (article 3), mais malgré tout, le taux de participation des hommes est demeuré plus faible que celui des femmes. Ce constat rejoint les conclusions de Meunier et al. (2025, soumis) qui illustrent que, bien que des ajustements méthodologiques soient nécessaires pour favoriser la participation des hommes, ils ne suffisent pas à eux seuls à renverser les obstacles qui tendent à marginaliser leur voix dans les études qui traitent de sujets sensibles ou traditionnellement centrés sur les femmes. Cela souligne l'importance de poursuivre la réflexion sur les conditions à mettre en œuvre pour une recherche plus inclusive.

Pour les chercheurs en sciences infirmières, qui ont historiquement tenté d'inclure divers groupes dans la recherche en santé, une meilleure connaissance à la fois des approches méthodologiques et des enjeux sociaux susceptibles d'améliorer ou de freiner la participation de certaines populations en recherche, s'avère essentielle afin d'assurer une compréhension optimale des expériences familiales et parentales.

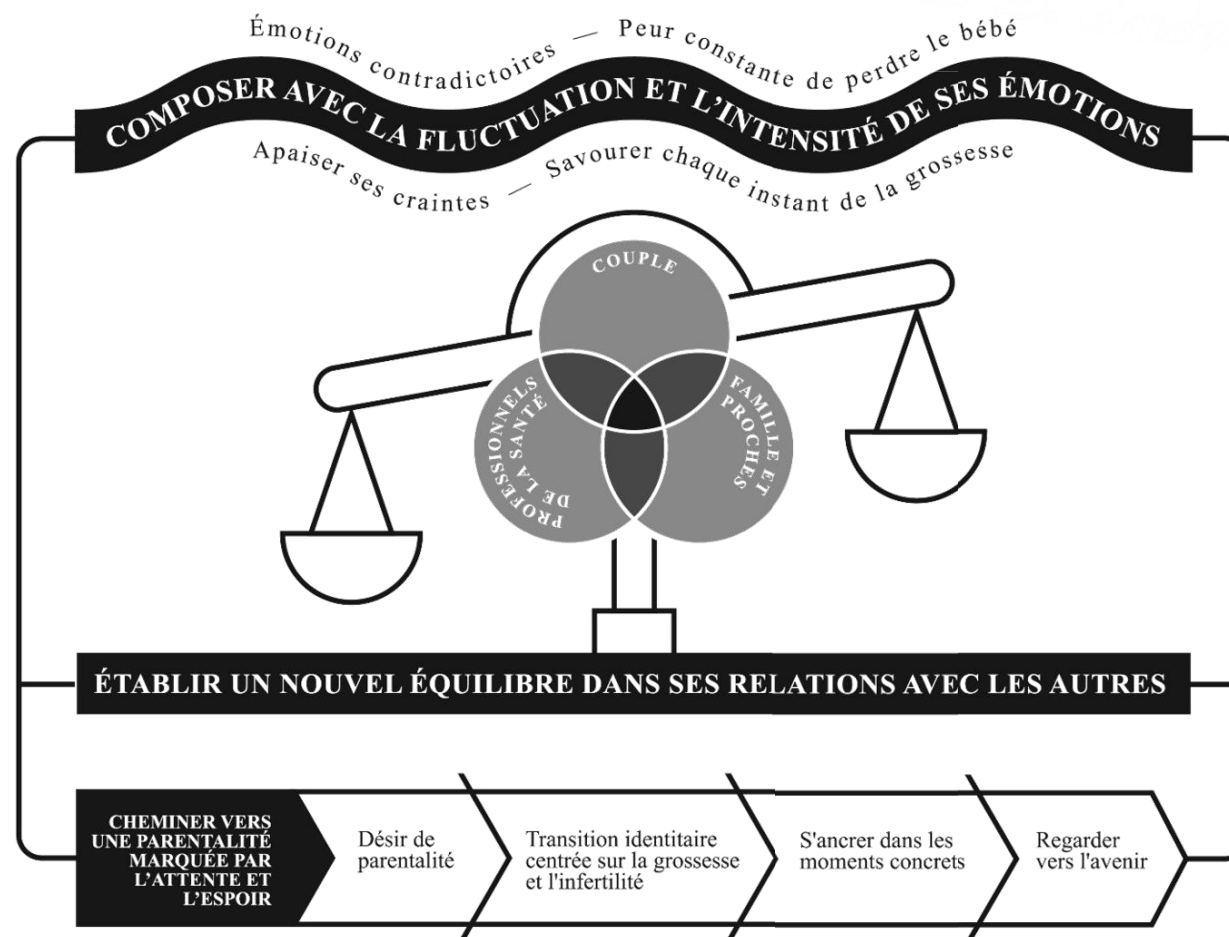
### **Évolution de la modélisation**

En s'appuyant sur les connaissances existantes issues des écrits scientifiques, la modélisation développée dans le premier article de la thèse a rendu visibles les émotions paradoxales, de même que les enjeux identitaires et relationnels auxquels les couples font face lorsque la grossesse découle d'une PMA liée à l'infertilité. L'étude empirique, présentée dans le troisième article de la thèse, a permis d'approfondir la compréhension de ces enjeux et de faire progresser la modélisation en y intégrant la dimension temporelle du parcours parental. Ce changement marque ainsi le passage d'une représentation plus statique orientée sur la grossesse, à une représentation plus évolutive et inclusive orientée sur l'expérience de transition vécue par les futurs parents.

Le modèle de l'expérience des futurs parents au cours de la grossesse après le succès d'une PMA liée à l'infertilité (René, 2025) montre que, si la période de la grossesse est parfois vécue comme un rêve, elle est souvent teintée d'inquiétudes persistantes liées à l'infertilité. L'intégration de la perspective des partenaires a révélé que ces derniers, tout comme les femmes enceintes, éprouvent des émotions intenses et souvent contradictoires. Ainsi, les partenaires oscillent entre la joie et le doute, particulièrement en début de grossesse, alors que cette transition demeure plutôt intangible pour eux. À cet égard, cette nouvelle version du modèle (Figure 1) illustre la fluctuation des émotions vécues par les futurs parents au cours de cette période. Par ailleurs, on constate que la peur constante de perdre le bébé a souvent pu être apaisée au fil du temps, de sorte que les futurs parents ont pu apprécier cette grossesse tant attendue.

Figure 1

*Modèle de l'expérience des futurs parents au cours de la grossesse après le succès d'une PMA liée à l'infertilité ©*



Au niveau identitaire, cette étude a contribué au développement de la modélisation initiale. Le modèle révisé montre ainsi que la construction de l'identité parentale est façonnée, après le succès d'une PMA liée à l'infertilité, par l'attente et l'espoir. Après avoir nourri pendant longtemps un désir de parentalité, les marques laissées par l'expérience de l'infertilité se répercutent sur la manière dont les futurs parents perçoivent leur identité et s'engagent dans cette transition souvent axée sur la grossesse. De plus, les changements physiques liés à la grossesse ainsi que les préparatifs en vue de l'arrivée du nouveau-né contribuent à renforcer la construction identitaire de ces futurs parents et leur permettent de regarder vers l'avenir avec détermination.

Finalement, les résultats empiriques ont révélé des changements dans les relations avec les autres au fil de la grossesse après une PMA, une dimension moins élaborée dans la modélisation initiale. Ainsi, le modèle actuel illustre les changements survenant dans différentes sphères de vie des futurs parents, qui tentent d'établir un nouvel équilibre dans leurs relations avec les autres. Dans la sphère conjugale, l'expérience de la grossesse après une période d'infertilité peut amener les partenaires à redéfinir leurs rôles, le soutien mutuel contribuant souvent à consolider leur relation. Dans les sphères familiale et sociale, les futurs parents doivent négocier de nouvelles frontières avec leur entourage. Alors que certains vont chercher du réconfort auprès de leurs proches, d'autres préfèrent prendre du recul, notamment lorsqu'ils font face à un manque de compréhension ou à des réactions parfois mal adaptées. Enfin, avec les professionnels de la santé, les futurs parents vivent un paradoxe. Bien qu'ils apprécient un retour à une certaine normalité pendant la

grossesse, ils expriment aussi le besoin que leur parcours de PMA soit reconnu par les professionnels de la santé.

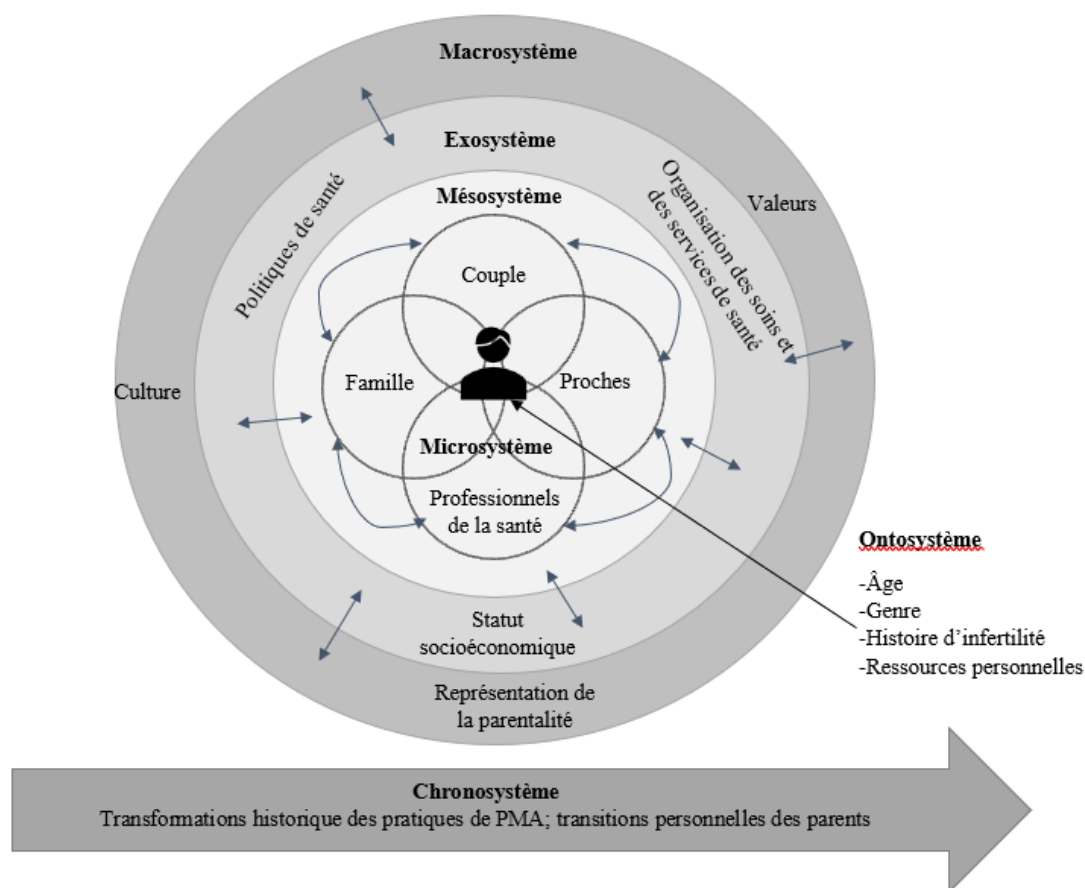
En somme, cette évolution de la modélisation illustre de manière plus approfondie les enjeux complexes et souvent invisibles auxquels les femmes enceintes et leur partenaire sont confrontés lorsqu'ils attendent un enfant après une PMA liée à l'infertilité en tenant compte de la dimension temporelle de leur parcours. L'expérience vécue par ces futurs parents est également influencée à divers niveaux par leurs caractéristiques personnelles ainsi que par les milieux proximaux et distaux qui composent leur environnement.

### **Perspective bioécologique de l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire au cours de la grossesse après le succès d'une PMA liée à l'infertilité**

Le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005) permet de situer l'expérience vécue par les futurs parents au cours d'une grossesse issue d'une PMA liée à l'infertilité, dans une perspective écosystémique et développementale. En effet, l'éclairage offert par le modèle bioécologique (Figure 2) permet de mieux saisir les interactions complexes entre la personne, dans ce cas-ci la femme enceinte ou son partenaire, et les divers environnements sociaux dans lesquels elle évolue. Il met en évidence ces éléments par le biais de cinq niveaux systémiques, soit l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème, ainsi que d'une dimension temporelle, le chronosystème.

**Figure 2**

*Perspective bioécologique de l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire lors d'une grossesse par PMA en contexte d'infertilité*



### **L'ontosystème : les caractéristiques individuelles de la femme enceinte ou de son partenaire**

Dans le modèle bioécologique, l'ontosystème est le niveau qui réfère aux caractéristiques individuelles de la personne qui se trouve au centre du modèle (Bronfenbrenner, 2005). Dans le cas présent, il s'agit de la femme enceinte ou de son partenaire. En plus des caractéristiques, telles que l'âge et le genre, la condition

particulière d'infertilité (infertilité primaire ou secondaire, personne directement touchée ou non), de même que les ressources personnelles que chaque personne possède peuvent affecter ses réactions et sa capacité à s'adapter à cette période de transition unique que représente la grossesse après une PMA (Gourounti, 2016). À cet égard, les travaux effectués dans le premier et le troisième article de cette thèse montrent que, malgré les défis rencontrés dans leur parcours de conception, certaines personnes parviennent à jouir de cette grossesse tant attendue, alors que d'autres traversent cette période dans la peur et l'appréhension. Alors que, pour certaines, devenir enceinte après une PMA symbolise une victoire sur l'infertilité et renforce le sentiment d'accomplissement personnel, pour d'autres, cette grossesse est plutôt perçue comme fragile ou conditionnelle, alimentant parfois des craintes liées à leurs capacités à assumer le rôle de parent. Ces constats mettent en évidence les répercussions que peuvent avoir les caractéristiques individuelles sur la perception de la grossesse, mais également sur la perception de soi comme futur parent et sur les attentes vis-à-vis de la parentalité, des aspects importants de l'adaptation psychosociale à la parentalité (Hammarberg et al., 2008). Au-delà de la sphère de l'ontosystème, ces caractéristiques façonnent également les relations qu'entretient le futur parent dans ces environnements de vie immédiats.

### **Le microsystème : les environnements immédiats du futur parent**

Le niveau du microsystème se compose de différents milieux ou environnements de vie dans lesquels la personne entretient des interactions directes et significatives. Dans cette thèse, ces environnements comprennent principalement le couple, la famille, les

proches, ainsi que les professionnels de la santé. Les interactions au sein de ces environnements sont marquées par la proximité et l'intimité, et façonnent particulièrement la manière dont les femmes enceintes et leur partenaire traversent cette période que représente la grossesse.

Les résultats obtenus dans le premier et le troisième article de cette thèse illustrent que l'environnement conjugal occupe une place centrale dans l'expérience des futurs parents pendant la grossesse après une PMA liée à l'infertilité. Certains participants ont ainsi décrit un équilibre fragile entre leur volonté de protéger l'autre et leur besoin d'exprimer leurs propres inquiétudes, ce qui illustre toute la complexité de cette adaptation au sein du couple. Darwiche et al. (2019) soutiennent que, dans le contexte d'une grossesse après une PMA, certaines femmes enceintes ont davantage de difficultés à apporter du soutien à leur partenaire et perçoivent également un soutien plus limité de leur part. À l'opposé, les résultats des travaux effectués dans cette thèse soulignent la présence d'un soutien mutuel important entre les partenaires. Dans une perspective bioécologique, ce soutien régulier et soutenu réfère à un processus proximal et peut jouer un rôle essentiel dans le développement de la personne (Dubeau & Devault, 2012). D'ailleurs, d'autres études réalisées notamment en France et en Turquie ont montré que la présence de ce soutien mutuel entre les partenaires peut faciliter l'adaptation à la grossesse après une PMA liée à l'infertilité (Canneaux, 2020; Hadavibavili et al., 2024).

La famille et les proches représentent également des environnements importants du microsystème dans le contexte d'une grossesse après une PMA liée à l'infertilité. Les résultats obtenus dans cette thèse montrent que le soutien fonctionnel ou affectif reçu par les futurs parents à l'intérieur de ces environnements de vie proximaux peut faciliter leur transition à la grossesse. Toutefois, à l'instar de Redshaw et al. (2007), ces résultats révèlent également que les relations au sein de ces environnements peuvent devenir une source de tension lorsque les attentes de l'entourage ne correspondent pas à l'expérience vécue par les futurs parents pendant la grossesse. Ainsi, la nécessité de redéfinir les frontières avec la famille et les proches, et de prendre parfois du recul pour protéger son intimité, éclairent sur la complexité des relations dans ces milieux de vie. Sous l'angle du modèle bioécologique, le soutien de la famille tout comme celui des proches, représentent des processus proximaux significatifs dans le développement des futurs parents lorsqu'ils attendent un enfant après une PMA liée à l'infertilité.

Enfin, les professionnels de la santé, qui réfèrent habituellement à un environnement plus distal, s'inscrivent ici dans le microsystème en tant qu'environnement immédiat en raison des interactions significatives et régulières qu'ils entretiennent avec les futurs parents pendant la grossesse. Ainsi, ces échanges avec les professionnels de la santé peuvent influencer sur leur perception de la grossesse ainsi que sur leur transition vers la parentalité. En effet, les résultats dévoilés dans le troisième article de la thèse révèlent que la sensibilité et l'expertise des professionnels de la santé face au parcours de conception des futurs parents peuvent contribuer à apaiser les craintes liées à la grossesse

et à faciliter la transition, en particulier pour les femmes enceintes, à cette nouvelle étape. En revanche, le manque de reconnaissance de certains professionnels ainsi que les messages contradictoires entourant la grossesse par PMA que les futurs parents ont parfois reçus de leur part peuvent venir exacerber certaines vulnérabilités psychosociales et alimenter le stress chez les futurs parents. Par ailleurs, ces difficultés rencontrées par les futurs parents, telles que le manque de réassurance, mais aussi la discontinuité des soins entre ceux offerts par les cliniques de fertilité et ceux offerts lors du suivi de grossesse, pointent vers certaines limites dans la capacité des professionnels à adapter leurs pratiques aux besoins spécifiques des parents ayant vécu une expérience d'infertilité (French et al., 2015; Warmelink et al., 2023).

Ainsi, le prisme du microsysteme permet de comprendre les répercussions de ces échanges répétés avec des personnes significatives au sein des environnements proximaux sur le développement des futurs parents pendant la grossesse après une PMA liée à l'infertilité. Ces interactions complexes, marquées par le soutien, les attentes et parfois les tensions, soulignent l'importance de s'intéresser aux dynamiques spécifiques à chaque environnement proximal constituant le microsysteme. Toutefois, l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire ne se limite pas à des interactions isolées dans chacun de ces environnements, elle s'inscrit également dans un réseau d'interconnexions plus larges, abordé à travers le mésosysteme.

### **Le mésosystème : les interactions entre les microsystèmes**

Dans le modèle de Bronfenbrenner (2005), le mésosystème désigne l'ensemble des relations entre les différents microsystèmes ou environnements proximaux dans lesquels évolue la personne au centre du modèle représentée ici par la femme enceinte ou encore par son ou sa partenaire. Les travaux effectués dans le troisième article de cette thèse apportent un éclairage principalement sur les interactions entre les microsystèmes du couple, de la famille et des professionnels de la santé.

Les résultats montrent que les interactions entre le microsystème du couple et celui de la famille sont particulièrement marquées par les divergences ou convergences de valeurs. Certains participants ont ainsi rapporté des tensions lorsque les opinions ou les attentes des membres de la famille ou de la belle-famille ne correspondent pas à leurs perceptions ou à leurs choix concernant la relation conjugale elle-même, leur souhait de devenir parents, le recours à la PMA, ou encore leur manière d'envisager la grossesse et la parentalité. À l'inverse, lorsque les valeurs et les attentes de la famille sont davantage en phase avec celles négociées à l'intérieur du couple, notamment en ce qui concerne la grossesse et la parentalité, cela peut contribuer à renforcer le sentiment de légitimité des futurs parents dans leur démarche et permettre d'atténuer certaines inquiétudes. Selon Bronfenbrenner (2005), cette cohérence dans les interactions entre les microsystèmes peut agir comme un facteur de protection pour la personne placée au cœur du modèle et ainsi favoriser son développement.

Par ailleurs, les résultats issus du troisième article de la thèse apportent un éclairage intéressant au niveau des interactions entre le microsysteme du couple et celui des professionnels de la santé. En effet, certains participants ont souligné différents défis liés à l'intégration du partenaire lors des consultations prénatales et se sont sentis relégués en marge du suivi de grossesse. Toutefois, dans une perspective bioécologique, les différents microsystemes ne fonctionnent pas en vase clos, mais s'influencent mutuellement (Bronfenbrenner, 2005). Ainsi, le peu de pratiques inclusives des partenaires par les professionnels de la santé peut se poser en contradiction avec leur engagement à l'intérieur du microsysteme conjugal et potentiellement entraver leur développement à titre de futurs parents. D'ailleurs, selon Watanabe et Hohashi (2023), le soutien limité des professionnels de la santé envers les partenaires en contexte de PMA peut contraindre leur capacité d'adaptation et engendrer des répercussions négatives sur le fonctionnement familial.

### **L'exosystème : les influences indirectes et les structures sociales**

Outre les interactions directes à l'intérieur des milieux de vie proximaux, d'autres environnements, cette fois plus distaux et dans lesquels la personne au centre du modèle n'interagit pas directement, peuvent également exercer une influence sur celle-ci. Dans la perspective bioécologique, ce prochain niveau systémique est représenté par l'exosystème (Bronfenbrenner, 2005). Dans le contexte de thèse, ces environnements qui touchent indirectement la femme enceinte ou son partenaire incluent notamment les politiques de santé, l'organisation des soins et des services de santé, ainsi que les conditions socioéconomiques.

Au Québec, le Programme de procréation médicalement assistée, disponible depuis le 15 novembre 2021, permet d'offrir aux personnes admissibles, un remboursement par la Régie de l'assurance maladie du Québec, de certaines interventions en fertilité (Gouvernement du Québec, 2024). Une fois la grossesse confirmée, c'est le réseau de la santé et des services sociaux qui offre la plupart des soins et des services. Cette offre de soins est guidée par le Plan d'action en périnatalité et petite enfance qui vise à assurer des services dès le début de la grossesse (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2024). Ces politiques posent ainsi des balises pouvant influencer sur le parcours des personnes touchées par l'infertilité et qui attendent un enfant à la suite d'une PMA réussie. À cet égard, les résultats du troisième article de la thèse mettent en lumière le manque de continuité entre les services offerts par les cliniques de fertilité et le réseau de la santé, soulevant certaines limites sur le plan des politiques et des programmes entourant la PMA et la grossesse en ce qui concerne l'accompagnement des futurs parents. À titre d'exemple, les participants ont rapporté que les informations reçues des cliniques de fertilité étaient souvent insuffisantes pour les soutenir adéquatement une fois la grossesse confirmée. Cette situation, loin d'être unique au Québec, a également été rapportée par d'autres études qui ont montré que l'absence de suivi par la plupart des cliniques de fertilité après la réussite des traitements a fréquemment laissé les futurs parents dans l'incertitude et complexifié leur adaptation à la grossesse (Darwiche et al., 2013; French et al., 2015; Warmelink et al., 2023).

Les conditions socioéconomiques du couple représentent une autre composante de l'exosystème pouvant avoir un impact sur leur vie dans un contexte de PMA. D'ailleurs, les enfants issus de la PMA sont plus susceptibles de naître dans une famille à statut socioéconomique élevée que les enfants issus d'une conception naturelle (Imrie et al., 2023). En effet, le niveau socioéconomique s'avère un déterminant majeur de l'accès à la PMA, notamment en raison du coût élevé des traitements (Comité d'éthique de santé publique du Québec, 2022; Hasanbeigi et al., 2017). Pour les futurs parents, la charge financière que peut représenter la couverture partielle ou inexistante de la PMA peut alimenter une grande pression face à la grossesse (Ranjbar et al., 2015). Alors que les conditions socioéconomiques pèsent lourdement sur leur parcours en les exposant parfois à des sacrifices financiers importants ainsi qu'un accès inégal aux soins (Hasanbeigi et al., 2017; Redshaw et al., 2007), aucune étude ne semble s'être attardée sur leurs répercussions au cours de la grossesse elle-même.

### **Le macrosystème : les valeurs sociales, culturelles et les normes sociétales**

Le niveau systémique le plus distal du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005), c'est-à-dire le macrosystème, englobe pour sa part les valeurs sociales et culturelles de même que les normes sociétales. Les éléments qui composent le macrosystème n'affectent pas directement la vie quotidienne de la personne au centre du modèle, mais peuvent exercer une influence plus large sur cette dernière. Dans le contexte de cette thèse, les constructions sociales dominantes entourant l'infertilité, la PMA, la grossesse et la parentalité forment le macrosystème. Ces constructions sociales façonnent

à la fois les perceptions individuelles et collectives face à ce parcours de conception singulier, et se reflètent au niveau des attentes et des interactions sociales des futurs parents (Don, 2025; Kuug et al., 2023; Lindheim et al., 2014; Sahin & Gursoy, 2021; Vu et al., 2022).

Les valeurs culturelles entourant la famille, les rôles parentaux, de même que la perception sociale de la PMA et de l'infertilité, qui sont souvent marquées par des stigmates et des tabous, peuvent se répercuter sur l'expérience des femmes enceintes et celle de leur partenaire (Pakpahan et al., 2023; Ranjbar et al., 2015; Taebi et al., 2021). Dans cette étude doctorale, certains participants ont d'ailleurs rapporté avoir ressenti de la gêne ou de la réticence à parler ouvertement de leur parcours, de peur d'être jugés ou mal compris par leur entourage. La pression sociale associée à l'idéal de la « grossesse naturelle » a également été soulevée dans les résultats du premier et du troisième article de la thèse. Selon Sahin et Gursoy (2021), cette norme implicite selon laquelle la grossesse devrait être spontanée, sans assistance médicale, peut amener un sentiment d'illégitimité ou de dévalorisation chez les femmes ayant eu recours à la PMA pour devenir enceinte. Les futurs parents peuvent également se sentir isolés dans leur expérience, en raison du décalage entre ce qu'ils vivent et les représentations dominantes de la grossesse comme un événement naturel (Genesse et al., 2020; Rozée & Mazuy, 2012; Sahin & Gursoy, 2021).

Dans le troisième article de la thèse, certains partenaires ont par ailleurs exprimé le sentiment de ne pas avoir leur place lors des rencontres avec les professionnels de la santé pour le suivi de grossesse. Ainsi, malgré l'évolution des modèles familiaux dans la plupart des sociétés occidentales (Ball & Daly, 2012), les constructions traditionnelles de la masculinité ont encore tendance à reléguer les hommes à un rôle secondaire dans l'expérience périnatale (Muraoka et al., 2024; Pakpahan et al., 2023). Cette absence relative des partenaires lors du suivi de grossesse fait d'ailleurs écho aux réflexions émises dans le deuxième article de la thèse. Celui-ci soulignait la sous-représentation des hommes dans les recherches sur la périnatalité et la parentalité, et mettait de l'avant l'importance de s'intéresser davantage à leurs modes de socialisation afin d'approfondir la compréhension de leur vécu dans ces domaines.

### **Le chronosystème : l'évolution de l'expérience au fil du temps**

Outre les cinq niveaux systémiques précédents, le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005) comprend également une dimension temporelle nommée chronosystème. Cette dimension tient compte à la fois de l'influence du temps sur le plan sociohistorique, c'est-à-dire la période au sens large dans laquelle la personne évolue, et sur un plan plus personnel qui considère le stade de développement et les différentes transitions de vie de la personne au centre du modèle, mais aussi le passage du temps lui-même.

Dans le contexte de cette thèse, le niveau sociohistorique inclut notamment l'évolution des politiques liées à la santé reproductive, des normes sociales et des avancées technologiques en matière de procréation assistée. Ces transformations ont eu un impact direct sur la trajectoire de nombreuses personnes touchées par l'infertilité, de même que sur leur possibilité de devenir parents. À cet égard, certains parents ont exprimé, dans le premier article de la thèse, une profonde reconnaissance envers les avancées scientifiques qui ont permis la concrétisation de leur projet parental. Ces avancements survenus au fil du temps ont rendu plus facilement accessibles ces technologies pour ceux qui en bénéficient, tout en changeant leur perception sociale (Chaumont, 2019; Courduriès & Herbrand, 2014).

Sur le plan personnel du chronosystème, les résultats du troisième article montrent que le passage du temps durant la grossesse a entraîné des changements dans les émotions vécues par les femmes enceintes et leur partenaire. Ainsi, plusieurs d'entre eux ont expliqué que le stress et le sentiment de vulnérabilité, particulièrement intense au cours des premières semaines, se sont apaisés graduellement au fil de l'évolution de la grossesse. Ces observations sont cohérentes avec les résultats de Simoni et al. (2022) qui, dans une étude prospective incluant trois temps de mesure, ont constaté une diminution progressive des symptômes d'anxiété chez les femmes enceintes ayant eu recours à la PMA. Par ailleurs, nos résultats soutiennent que la construction de l'identité parentale chez ces femmes enceintes et leur partenaire est marquée par l'attente et l'espoir, illustrant l'impact du chronosystème sur le développement des futurs parents après une PMA liée à

l'infertilité. L'expérience des parents au cours de la grossesse n'est donc pas vécue de manière isolée, elle s'inscrit plutôt dans une temporalité impliquant des interactions complexes entre le passé infertile, le présent de la grossesse et la projection vers la parentalité.

Ainsi, l'application du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005) permet de mieux saisir les interactions entre les différents éléments qui façonnent l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire après une PMA liée à l'infertilité. Cette expérience, qui a précédemment été décrite et modélisée, peut ainsi être située dans une perspective écosystémique et développementale. Cette représentation offre une compréhension profonde et multidimensionnelle de la réalité des femmes et des hommes dont la transition vers la parentalité est façonnée par la médicalisation de la conception.

### **Forces et limites de la thèse**

Il est essentiel de pouvoir situer cette recherche dans ses forces et ses limites pour permettre d'en apprécier pleinement la portée et les retombées. Ainsi, les travaux effectués dans cette thèse apportent une contribution significative aux connaissances sur l'expérience des femmes enceintes et celle de leur partenaire lors d'une grossesse après une PMA liée à l'infertilité. Cette thèse se distingue par une contribution originale alliant une métasynthèse des écrits scientifiques, une réflexion méthodologique et une étude empirique. L'une des principales forces de cette thèse repose sur l'attention particulière accordée à la perspective des deux parents, ainsi qu'à la recherche de moyens concrets

afin de favoriser leur participation à l'étude. La diversité des profils des participants ainsi que des expériences qui ont été partagées a permis d'appréhender de manière plus riche et nuancée les enjeux émotionnels, identitaires et relationnels auxquels les futurs parents sont confrontés lors d'une grossesse après une PMA liée à l'infertilité.

Sur le plan méthodologique, une grande force de cette thèse réside dans la rigueur employée à chaque étape du travail, ce qui a notamment contribué à renforcer la fiabilité des résultats. La métasynthèse a été réalisée en suivant une démarche transparente et exhaustive, assurant ainsi une base théorique solide à la thèse. La collecte de données de l'étude empirique a été entièrement réalisée par l'étudiante et s'est poursuivie jusqu'à l'atteinte d'une puissance d'information suffisante de manière à accroître la fiabilité des résultats (Malterud et al., 2016). De plus, l'approche réflexive adoptée dans l'analyse des données et la triangulation des expertises de l'équipe de recherche ont contribué à renforcer la crédibilité et la confirmabilité des résultats. Une autre force de cette thèse concerne la réflexion sur les défis méthodologiques liés au recrutement et à l'engagement des hommes en recherche. En identifiant des stratégies pour favoriser leur participation, il fut possible d'ouvrir des pistes concrètes pour améliorer les prochaines études portant sur des thématiques où ils sont traditionnellement moins représentés.

Cette thèse présente également certaines limites qu'il est important de noter. Tout d'abord, le travail de recherche effectué avait pour objectif d'intégrer la perspective des deux parents au moment où ils attendent un enfant dans un contexte de PMA liée à

l'infertilité. Or, la littérature scientifique se concentre principalement sur l'expérience des femmes enceintes, et les données sur l'expérience spécifique des partenaires, particulièrement celles des hommes, sont encore très limitées. Malgré la mise en place de diverses stratégies pour favoriser leur recrutement et leur implication dans cette étude, leur taux de participation est demeuré plus faible que celui des femmes enceintes. Ce constat met en évidence les défis persistants liés à la participation des hommes dans les recherches portant sur la reproduction et la parentalité. Cette question a été abordée dans le deuxième article de cette thèse, où des solutions possibles ont été proposées. Bien qu'elles n'aient pas été testées empiriquement dans cette thèse, il serait judicieux que des recherches ultérieures se penchent sur l'efficacité de ces méthodes afin d'améliorer le recrutement et l'implication des hommes dans les projets de recherche qui s'intéressent à leur expérience.

Une autre limite à considérer concerne la diversité des parcours de PMA des participants de cette étude. En effet, la PMA comprend un éventail d'approches et de techniques et, selon les défis de fertilité qu'ils rencontrent, les couples ont accès à différentes options. Certaines, telles que le don de gamètes, peuvent ainsi susciter des préoccupations particulières qui n'ont pas été abordées en détail dans cette étude. Cette diversité de parcours enrichit la compréhension des expériences vécues par les futurs parents, mais elle implique également que certains enjeux n'ont pas pu être abordés de manière exhaustive, ouvrant la voie à de prochaines études.

## **Recommandations pour les champs d'activités de la discipline infirmière**

Cette thèse met en évidence l'expérience unique des femmes enceintes et de leur partenaire lors d'une grossesse après une PMA liée à l'infertilité. En cohérence avec le centre d'intérêt de la discipline infirmière, qui se concentre sur le soin dans ses diverses expressions et sur l'accompagnement des personnes, des familles et des communautés vivant des expériences de santé (Pepin et al., 2024), cette recherche propose plusieurs recommandations. Celles-ci ciblent les cinq champs d'activité de la discipline infirmière, soit la pratique du soin, la recherche, la gestion, la formation et le politique (Pepin et al., 2024).

### ***Pour la pratique du soin***

La grossesse après une PMA liée à l'infertilité s'accompagne de défis particuliers qui nécessitent d'être considérés lors du suivi prénatal. En effet, pour bon nombre de couples, cette grossesse tant attendue ne signifie pas automatiquement la fin des inquiétudes liées à leur expérience d'infertilité. Comme les résultats de cette thèse l'ont révélé, les futurs parents se sentent souvent vulnérables, particulièrement au cours des premières semaines suivant la confirmation de la grossesse. Les infirmières peuvent accompagner les futurs parents à travers les défis qu'ils rencontrent en adoptant une approche de soins qui reconnaît explicitement les enjeux entourant la grossesse après une PMA liée à l'infertilité et qui se centre sur l'expérience singulière des futurs parents. Ces défis peuvent inclure l'anxiété persistante liée à la peur de perdre le bébé, les émotions contradictoires vis-à-vis de la grossesse, les difficultés à se projeter vers la parentalité,

ainsi que le besoin accru de validation du bon déroulement de la grossesse par les professionnels de la santé. Des outils cliniques comportant une évaluation systématique des besoins psychosociaux de ces familles pourraient être développés. Ces outils, intégrés au suivi prénatal, pourraient notamment inclure des grilles d'évaluation de l'anxiété spécifique à la grossesse (Hadfield et al., 2022) et des préoccupations parentales.

Les participants de cette étude ont par ailleurs exprimé le besoin de recevoir davantage d'informations au sujet de la grossesse par PMA. À cet égard, il est recommandé d'élaborer des dépliants informatifs pour les parents, abordant à la fois les aspects médicaux de la grossesse après une PMA et certains défis psychosociaux auxquels peuvent faire face les femmes enceintes et leur partenaire, tels que les fluctuations émotionnelles ou la persistance de l'anxiété pendant la grossesse. En étant remises et expliquées par les infirmières, ces brochures pourraient s'avérer un outil précieux pour faciliter la communication avec les futurs parents tout en normalisant leur expérience. L'infirmière pourrait, lors de cette rencontre, créer un cadre propice à une conversation approfondie à travers laquelle les futurs parents auraient l'occasion d'exprimer leurs préoccupations et de recevoir du soutien. De plus, en étant remise aux parents, la brochure pourrait devenir pour eux une source de référence à consulter et un déclencheur d'échanges tout au long de la grossesse. Par ailleurs, cette recherche a révélé que l'expérience spécifique des partenaires comporte aussi des défis qui méritent d'être pris en considération. Ainsi, il s'avère essentiel d'intégrer ces derniers de manière proactive dans le suivi prénatal en leur offrant un espace pour exprimer leurs propres

préoccupations, en les questionnant sur leur expérience et en adaptant les interventions à leur réalité spécifique.

### ***Pour la recherche***

Les travaux menés dans cette thèse ont permis d'approfondir la compréhension de l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire, lorsqu'ils attendent un enfant après une PMA réussie dans un contexte d'infertilité. Cependant, plusieurs pistes de recherche restent à explorer afin d'améliorer l'accompagnement de ces futurs parents.

D'une part, l'expérience des partenaires demeure sous-étudiée alors que, la plupart du temps, ce parcours vers la parentalité se construit à deux. D'autres recherches sont donc nécessaires afin de mieux comprendre leurs enjeux particuliers, ainsi que les stratégies d'adaptation qui leur sont propres. Les résultats de ces nouvelles études permettraient de mieux cerner leurs besoins spécifiques et de proposer des solutions pour y répondre. En outre, les constats de l'article 2 mettent en évidence l'importance de repenser nos approches de recherche afin de favoriser l'engagement et la participation des hommes. Des études interrogeant directement les hommes sur leur expérience à différents moments clés d'une recherche, comme le recrutement ou la collecte de données, aideraient à mieux comprendre ce qui peut limiter ou faciliter leur engagement.

D'autre part, les résultats obtenus dans le troisième article de la thèse montrent que le vécu de la grossesse peut varier considérablement après un parcours en PMA. Pour

certaines personnes, cette grossesse est vécue comme un cauchemar du début à la fin, alors que pour d'autres, elle est plutôt vécue comme un moment précieux duquel il faut profiter. Ainsi, il est recommandé de poursuivre la recherche afin de mieux comprendre les facteurs de risque et de protection qui sont associés à l'adaptation des couples pendant la grossesse. Des études longitudinales, qui incluraient des mesures prises avant, pendant et après la grossesse, permettraient de déterminer et d'explorer les facteurs susceptibles d'expliquer l'expérience des futurs parents à différents moments de leur cheminement. L'adoption d'approches dyadiques pour examiner les interactions entre les expériences des deux membres du couple et leur influence mutuelle sur l'adaptation à la grossesse et à la parentalité est aussi recommandée. En étant en mesure de dépister les couples pour qui l'adaptation à la grossesse est plus problématique, ainsi qu'en mettant en évidence les facteurs contribuant à cette expérience plus difficile, des interventions plus ciblées et adaptées à leurs besoins spécifiques pourront être développées.

### ***Pour la gestion***

Cette thèse montre qu'il y a souvent une discontinuité dans l'organisation des soins et dans la gestion des services en périnatalité après la confirmation de la grossesse. Ce constat met en évidence la manière dont le suivi des familles est souvent segmenté en fonction des spécialités médicales (par exemple, fertilité vs suivi de grossesse). Dans ce contexte, il est recommandé d'engager une démarche collaborative avec tous les intervenants, qu'ils soient directement ou indirectement concernés par le parcours de ces familles, en vue de concevoir une trajectoire de soins plus intégrée pour les personnes

ayant recours à la PMA. Cette trajectoire assurerait une meilleure continuité des services et optimiserait la coordination des soins entre les cliniques de fertilité, les professionnels de la santé responsables du suivi de grossesse, ainsi que les ressources en matière de soutien psychosocial. Dans cette perspective, le renforcement de la collaboration interdisciplinaire entre les médecins, les sages-femmes, les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux favoriserait une prise en charge plus cohérente et mieux adaptée aux réalités de ces familles.

### ***Pour la formation***

Cette étude doctorale apporte de nouvelles connaissances sur les enjeux psychosociaux rencontrés par les parents lors d'une grossesse après une PMA liée à l'infertilité. Ces connaissances contribueront à améliorer la formation des professionnels de la santé. Actuellement, les curriculums en sciences infirmières abordent peu les défis de procréation et leurs répercussions dans la vie des familles, ce qui peut limiter la préparation des infirmières à les accompagner de manière adaptée. L'ajout de contenus spécifiques sur l'infertilité et sur la PMA dans la formation initiale et continue est une avenue à explorer afin de mieux outiller les infirmières dans leur pratique auprès de ces familles. Ces contenus pourraient inclure, entre autres, les répercussions émotionnelles et psychologiques de l'infertilité, les manifestations de l'anxiété au cours de la grossesse après une PMA, ainsi que les enjeux identitaires et relationnels propres à ces parcours. Plus largement, une sensibilisation accrue à la diversité des expériences familiales, incluant les parcours de fertilité, contribuerait à mieux former les professionnels de la

santé pour qu'ils puissent accompagner, avec assurance et bienveillance, une variété de trajectoires parentales.

### *Pour le politique*

L'absence d'un continuum de soins structuré, tel que mis en évidence dans cette thèse, peut engendrer des disparités dans les pratiques professionnelles et se répercuter sur l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire. Il est donc recommandé de soutenir le développement de lignes directrices cliniques pour répondre aux besoins particuliers des familles ayant eu recours à la PMA dans un contexte d'infertilité, y compris ceux des partenaires, afin d'offrir des soins plus inclusifs, continus et adaptés aux enjeux psychosociaux identifiés. En ce sens, les infirmières peuvent s'engager activement en faveur d'une meilleure intégration des services entre les cliniques de fertilité et le réseau de la santé afin d'offrir une meilleure continuité des soins pour les familles ayant traversé un parcours d'infertilité. Les infirmières, grâce à leur relation privilégiée avec les familles et à leur rôle central dans les soins prénataux, occupent une position stratégique pour influencer sur l'organisation des soins. Elles peuvent ainsi contribuer de manière importante à une meilleure reconnaissance des besoins des parents, lorsque la grossesse s'inscrit dans un parcours de fertilité.

Dans l'ensemble, cette thèse contribue de manière significative à l'avancement des connaissances entourant l'expérience des futurs parents lors d'une grossesse après une PMA liée à l'infertilité, en combinant des perspectives théoriques et empiriques. En

adoptant une perspective bioécologique, ce chapitre de discussion permet de mieux saisir les différentes sources d'influence qui façonnent l'expérience des femmes enceintes et de leur partenaire au cours de cette période de transition particulière. Les réflexions soulevées ont permis de mettre en lumière certains angles morts dans le continuum de soins des futurs parents après la confirmation de la grossesse. Les limites identifiées, loin de restreindre la portée du travail, ouvrent plutôt la voie à de nouvelles avenues de recherche, notamment sur les conditions favorisant une plus grande participation des partenaires, ainsi que sur les enjeux plus spécifiques de certains parcours de PMA. Enfin, les recommandations formulées pour les cinq champs d'activité de la discipline infirmière offrent des pistes concrètes pour améliorer l'expérience des familles qui attendent un enfant après une PMA liée à l'infertilité.

## **Conclusion**

Cette recherche doctorale visait à mieux comprendre l'expérience des futurs parents lorsqu'ils attendent un enfant à la suite d'une PMA liée à l'infertilité. À travers une approche intégrée combinant de manière complémentaire une métasynthèse, une revue narrative et une étude de cas qualitative, les travaux réalisés dans cette thèse apportent de nouvelles connaissances sur cette réalité souvent gardée sous silence par les protagonistes, en dépit de la complexité des défis émotionnels, identitaires et relationnels qu'ils doivent affronter.

Un premier modèle de l'expérience des couples qui vivent une grossesse après une PMA liée à l'infertilité fut élaboré faisant état de quatre dimensions clés : le parcours long et complexe vers la parentalité, les émotions paradoxales qui accompagnent la grossesse, les enjeux de la transition identitaire, ainsi que la réorganisation des relations. Cette modélisation a contribué à poser les bases conceptuelles de l'étude empirique subséquente. Par ailleurs, la rareté des données portant sur l'expérience des partenaires a mis en lumière la nécessité d'inclure leur perspective dans cette thèse, alors que celle-ci demeure négligée dans la recherche sur la reproduction et la parentalité.

Sur le plan méthodologique, différentes stratégies inspirées d'une revue narrative sur ce thème ont été mises en place afin de promouvoir la participation des hommes et ainsi mieux répondre aux objectifs de la recherche. Par ailleurs, les résultats de

cette revue narrative offrent des orientations concrètes pour des recherches futures plus inclusives et adaptées à différents groupes de participants.

Enfin, les résultats de l'étude de cas qualitative ont révélé une expérience marquée par des émotions intenses et fluctuantes, oscillant entre la joie, la peur et le soulagement. L'identité parentale de ces femmes et de ces hommes s'est développée au fil d'un processus long et complexe, nourri par l'attente, l'espoir et les souvenirs persistants de leur parcours de fertilité. Cette période de transition est également marquée par des changements au niveau de leurs relations conjugale, familiale, sociale, ainsi qu'avec les professionnels de la santé.

Ces conclusions ont contribué à faire évoluer le modèle initial en introduisant une dimension temporelle qui offre une représentation plus dynamique de l'expérience des futurs parents au cours de la grossesse après le succès d'une PMA liée à l'infertilité. De plus, le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005) a permis d'ancrer cette expérience dans une perspective écosystémique et développementale, facilitant ainsi la compréhension des relations complexes entre les futurs parents et différents niveaux de leur environnement.

En somme, cette thèse offre un éclairage inédit sur l'expérience des futurs parents pendant une grossesse issue d'une PMA liée à l'infertilité. En intégrant à la fois la perspective des femmes enceintes et celle de leur partenaire, elle met en évidence les

nuances entre leurs vécus respectifs pendant la grossesse, de même que les enjeux multidimensionnels qui façonnent leur parcours vers la parentalité. Cette recherche contribue à enrichir les connaissances sur ces trajectoires parentales encore trop peu reconnues et ouvre la voie à des pratiques de soins plus sensibles, inclusives et adaptées à la diversité des parcours de conception. Les résultats soulignent par ailleurs l'importance de repenser l'accompagnement périnatal en intégrant ces réalités familiales singulières dans la formation des infirmières, les politiques de santé et les pratiques cliniques.

## Références

- Abdullahzadeh, M., Vanaki, Z., Mohammadi, E., & Mohtashami, J. (2024a). Exploring men's struggles with infertility: A qualitative content analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 80(5), 2018-2026. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.15958>
- Abdullahzadeh, M., Vanaki, Z., Mohammadi, E., & Mohtashami, J. (2024b). A Grounded Theory Approach to Understanding Men Confronting Infertility. *Journal of Holistic Nursing*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/08980101241275201>
- Allan, H., Mounce, G., Culley, L., van den Akker, O., & Hudson, R. (2019). Transition to parenthood after successful non-donor in vitro fertilisation: The effects of infertility and in vitro fertilisation on previously infertile couples' experiences of early parenthood. *Health*, 25(4), 434-453. <https://doi.org/10.1177/1363459319891215>
- Assaysh-Öberg, S., Borneskog, C., & Ternström, E. (2023). Women's experience of infertility & treatment – A silent grief and failed care and support. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100879. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100879>
- Ball, J., & Daly, K. J. (2012). Father Involvement in Canada: A Transformative Approach. Dans J. Ball, & K. J. Daly (Éds.), *Father involvement in Canada diversity, renewal, and transformation* (pp. 1-25). UBC Press.
- Barlatier, P.-J. (2018). Chapitre 7. Les études de cas. Dans *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 126-139). EMS Éditions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0126>
- Başgöl, Ş. (2021). Psychosocial Adjustment, Depression, Anxiety, and Stress in Pregnancy Following Assisted Reproductive Treatment and Spontaneous Conception. *Bezmialem Science*, 9(4), 457-464. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2020.5106>
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. <https://doi.org/https://doi.org/10.46743/2160-3715/2008.1573>
- Berger, R., Paul, M. S., & Henshaw, L. A. (2013). Women's experience of infertility: a multi-systemic perspective. *Journal of International Women's Studies*, 14(1), 54-68. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol14/iss1/4>
- Bourget, F., El Amiri, S., Brassard, A., & Péloquin, K. (2022). Perceived Injustice and Psychological Well-Being in Couples Seeking Fertility Treatment. *Journal of Family Issues*, 44(9), 2333-2354. <https://doi.org/10.1177/0192513X221087724>

- Boz, İ., Özçetin, E., & Teskereci, G. (2018). Becoming a mother after infertility: A theoretical analysis. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 10(4), 496-511. <https://doi.org/10.18863/pgy.382342>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3e éd.). Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human : bioecological perspectives on human development*. Sage Publications.
- Butera, K. J. (2006). Manhunt: The challenge of enticing men to participate in a study on friendship. *Qualitative Inquiry*, 12(6), 1262-1282. <https://doi.org/10.1177/1077800406288634>
- Canneaux, M. (2020). Grossesse et don d'ovocytes : remaniements psychiques chez les futurs parents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(5), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.05.006>
- Chaumont, A. a. (2019). D'un Accès Pour Tous à un Accès Restreint: L'évolution Des Services de Procréation Assistée au Québec. *Interdisciplinary Journal of Health Sciences*, 8(1), 21-23. <https://ruor.uottawa.ca/server/api/core/bitstreams/9304f994-c5c0-40e0-8b6c-b4071752d42f/content>
- Comité d'éthique de santé publique du Québec. (2022). *Avis sur le Plan de surveillance de la santé des personnes qui ont eu recours ou qui ont été conçues par la procréation médicalement assistée*. Gouvernement du Québec. Institut national de la santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2900>
- Courdurières, J., & Herbrand, C. (2014). Genre, parenté et techniques de reproduction assistée : bilan et perspectives après 30 ans de recherche. *Enfances, Familles, Générations*, (21), i-xxvii. Repéré le 10 juin 2025 10:37 à <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1025956ar>
- Crespo, E., & Bestard, J. (2017). Psychosocial needs of women and their partners after successful assisted reproduction treatment in Barcelona. *Reproductive BioMedicine & Society Online*, 3, 90-99. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2017.04.001>
- Culley, L., Hudson, N., & Lohan, M. (2013). Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. *Reproductive Biomedicine Online*, 27(3), 225-235. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.009>

- Darwiche, J., Maillard, F., Germond, M., Favez, N., Lancaster, D., De Roten, Y., Guex, P., & Despland, J.-N. (2013). The transition of care from fertility specialists to obstetricians: maternal adjustment and postpartum depressive symptoms. *Women's Health*, 9(1), 109-118. <https://doi.org/10.2217/WHE.12.60>
- Darwiche, J., Milek, A., Antonietti, J.-P., & Vial, Y. (2019). Partner support during the prenatal testing period after assisted conception. *Women and Birth*, 32(2), e264-e271. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.006>
- de Boer, M. L., Bondevik, H., & Solbraekke, K. N. (2020). Beyond pathology: women's lived experiences of melancholy and mourning in infertility treatment. *Medical Humanities*, 46(3), 214. <https://doi.org/10.1136/medhum-2018-011586>
- de Lacey, S. (2014). Recruiting men to research about reproduction: A fruitless goal or a challenge? *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 22(5), 43. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.688311774883773>
- Don. (2025, 2025/03/26). How Culture Shapes Your Parenting (And Why It Matters for Your Child's Well-being). *Parental Guidance and Family Dynamics*. <https://www.kidsmentalhealth.ca/2025/03/02/how-culture-shapes-your-parenting-and-why-it-matters-for-your-childs-well-being/>
- Dornelles, L. M. N., Maccallum, F., Lopes, R. d. C. S., Piccinini, C. A., & Passos, E. P. (2014). 'Living each week as unique': maternal fears in assisted reproductive technology pregnancies. *Midwifery*, 30(3), e115-e120. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.005>
- Dubeau, D., & Devault, A. (2012). Le modèle bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner. Dans F. de Montigny, A. Devault, & C. Gervais (Éds.), *La naissance de la famille : accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp. 62-77). Chenelière éducation.
- Dunn, K. M., Jordan, K., Lacey, R. J., Shapley, M., & Jinks, C. (2004). Patterns of consent in epidemiologic research: Evidence from over 25,000 responders. *American Journal of Epidemiology*, 159(11), 1087-1094. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh141>
- ESHRE. (2016). Three in four women starting fertility treatment will have a baby within five years. *ScienceDaily*. Repéré le 11 avril 2025 à [www.sciencedaily.com/releases/2016/07/160704082702.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2016/07/160704082702.htm)
- ESHRE. (2024). *IVF and IUI treatment cycles increase across Europe, along with stable pregnancy rates*. <https://www.eshre.eu/ESHRE2024/Media/2024-Press-releases/EIM>

- Franklin, S. (2013). Conception through a looking glass: the paradox of IVF. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(6), 747-755. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.08.010>
- French, L. R., Sharp, D. J., & Turner, K. M. (2015). Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 65(638), e570-e577. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686473>
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T., & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff†. *Human Reproduction*, 30(11), 2476-2485. Repéré le 1/21/2025 à <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Genesse, D., Bécotte, K., Brassard, A., Purcell-Lévesque, C., & Péloquin, K. (2020). L'expérience psychologique masculine et féminine de l'infertilité: différences et similitudes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38(3), 135-150. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2019-014>
- Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C., & St-Arneault, K. (2016). Where fathers fit in Quebec's perinatal health care services system and what they need. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/a0039558>
- Gherghel, A., & Saint-Jacques, M.-C. (2013). *La théorie du parcours de vie (life course) : une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*. Presses de l'Université Laval.
- Giddings, L. S., & Grant, B. M. (2007). A Trojan horse for positivism?: A critique of mixed methods research. *Advances in nursing science*, 30(1), 52-60. <https://doi.org/10.1097/00012272-200701000-00006>
- Gourounti, K. (2016). Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review. *Women & Health*, 56(1), 98-118. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1074642>
- Gouvernement du Canada. (2019). *Fertilité*. Agence de la santé publique. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/fertilite.html>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Une simple analyse de sang peut-elle révéler de manière précoce une altération de la fertilité due à des produits toxiques?* <https://grdi.canada.ca/fr/reussites/simple-analyse-sang-peut-elle-reveler-maniere-precoce-alteration-fertilite-due-produits-toxiques>

- Gouvernement du Québec. (2024). *Programme de procréation médicalement assistée*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-parentalite/procreation-assistee/programme-procreation-medicalement-assistee>
- Grace, B., Shawe, J., Johnson, S., & Stephenson, J. (2019). You did not turn up... I did not realise I was invited...: understanding male attitudes towards engagement in fertility and reproductive health discussions. *Hum Reprod Open*, 2019(3), hoz014. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoz014>
- HaCohen, N., Amir, D., & Wiseman, H. (2018). Women's narratives of crisis and change: Transitioning from infertility to pregnancy. *Journal of Health Psychology*, 23(5), 720-730. <https://doi.org/10.1177/1359105316652465>
- Hadavibavili, P., Hamlaci Başkaya, Y., Bayazit, G., & Cevrioğlu, A. S. (2024). Women's emotional roller coasters during pregnancy as a consequence of infertility: a qualitative phenomenological study. *Current Psychology*, 43(28), 24138-24148. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06158-3>
- Hadfield, K., Akyirem, S., Sartori, L., Abdul-Latif, A.-M., Akaateba, D., Bayrampour, H., Daly, A., Hadfield, K., & Abihiro, G. A. (2022). Measurement of pregnancy-related anxiety worldwide: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 331. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04661-8>
- Hammarberg, K. (2003). Stress in assisted reproductive technology: Implications for nursing practice. *Human Fertility*, 6(1), 30-33. <https://doi.org/10.1080/1464770312331368963>
- Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., & Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 14(5), 395-414. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn030>
- Hamzah, F., & Mulud, Z. A. (2022). Psychological Distress and Quality of Life Among Childless Couples Undergoing Infertility Treatment: A Narrative Review. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, 18. <https://doi.org/10.47836/mjmhs18.s15.52>
- Hanna, E., & Gough, B. (2020). The social construction of male infertility: a qualitative questionnaire study of men with a male factor infertility diagnosis. *Sociology of Health & Illness*, 42(3), 465-480. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13038>
- Harty, T., Trench, M., Keegan, O., O'Donoghue, K., & Nuzum, D. (2022). The experiences of men following recurrent miscarriage in an Irish tertiary hospital: A

- qualitative analysis. *Health Expectations*, 25(3), 1048-1057. <https://doi.org/10.1111/hex.13452>
- Hasanbeigi, F., Zandi, M., Vanaki, Z., & Kazemnejad, A. (2017). Investigating the problems and needs of infertile patients referring to assisted reproduction centers: a review study. *Evidence Based Care*, 7(3), 54-70. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.26250.1608>
- Hofferth, S. L. (2007). Improving data collection on fathers: Comments on methods and measurement papers, national fatherhood forum. *Applied Developmental Science*, 11(4), 247-248. <https://doi.org/10.1080/10888690701762175>
- Holmberg, J. R. (2022). Recruiting Perinatal Fathers to Interventions and Research: A Conceptual Model of Engagement and Integrative Review of Barriers Encountered and Strategies Used. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 7(3), 1-18. <https://doi.org/10.21926/obm.icm.2203041>
- Huang, M.-Z., Sun, Y.-C., Gau, M.-L., Puthussery, S., & Kao, C.-H. (2019). First-time mothers' experiences of pregnancy and birth following assisted reproductive technology treatment in Taiwan. *Journal of Health, Population & Nutrition*, 38(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0167-3>
- Hya, K. M., Huang, Z., Chua, C. M. S., & Shorey, S. (2024). Experiences of men undergoing assisted reproductive technology: A qualitative systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 165(1), 9-21. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15082>
- Imrie, R., Ghosh, S., Narvekar, N., Vigneswaran, K., Wang, Y., & Savvas, M. (2023). Socioeconomic status and fertility treatment outcomes in high-income countries: a review of the current literature. *Human Fertility*, 26(1), 27-37. <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1957503>
- James, S. S., & Singh, A. K. (2018). Grief and bereavement in infertility and involuntary childlessness. *Journal of Psychosocial Research*, 13(2), 297-305. <https://doi.org/10.32381/JPR.2018.13.02.4>
- Jeffery, T., Ki-Yung, L., Kueh, B., Petersen, R. W., & Quinlivan, J. A. (2015). Australian fathers' study: What influences paternal engagement with antenatal care? *Journal of Perinatal Education*, 24(3), 181-187. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.181>
- Johansson, M., & Berg, M. (2005). Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 58-63. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00319.x>

- Kuhnt, A. K., & Passet-Wittig, J. (2022). Families formed through assisted reproductive technology: Causes, experiences, and consequences in an international context. *Reprod Biomed Soc Online*, 14, 289-296. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2022.01.001>
- Kuug, A. K., James, S., & Sihaam, J. B. (2023). Exploring the cultural perspectives and implications of infertility among couples in the Talensi and Nabdam Districts of the upper east region of Ghana. *Contracept Reprod Med*, 8(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s40834-023-00225-z>
- Law, C. (2019). Men on the margins? Reflections on recruiting and engaging men in reproduction research. *Methodological Innovations*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/2059799119829425>
- Lin, Y.-n., Tsai, Y.-c., & Lai, P.-h. (2013). The experience of Taiwanese women achieving post-infertility pregnancy through assisted reproductive treatment. *The Family Journal*, 21(2), 189-197. <https://doi.org/10.1177/1066480712466827>
- Lindheim, S. R., Coyne, K., Ayensu-Coker, L., O'Leary, K., Sinn, S., & Jaeger, A. S. (2014). The impact of assisted reproduction on socio-cultural values and social norms. *Advances in Anthropology*, 4(04), 227. <https://doi.org/10.4236/aa.2014.44025>
- Lumivero. (2023). NVivo (version 14). [www.lumivero.com](http://www.lumivero.com)
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- McKelley, R. A., & Rochlen, A. (2016). Furthering Fathering: What we know and what we need to know. Dans Y. Wong, & S. R. Wester (Éds.), *APA Handbook of Men and Masculinities* (pp. 525-550). American Psychological Association.
- Mete, S., Fata, S., & Aluş Tokat, M. (2020). Feelings, opinions and experiences of Turkish women with infertility: A qualitative study. *Health Informatics Journal*, 26(1), 528-538. <https://doi.org/10.1177/1460458219839628>
- Meunier, S., Hénault, S., Bédard-Lévesque, M., Lauzier, M., Verdon, C., Noël, R., Zeghiche, S., de Montigny, F., & Coulombe, S. (2025, soumis). Obstacles et leviers à la participation des hommes dans les études sur le deuil. *Études sur la mort*.

- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook* (Fourth edition.). SAGE.
- Miner, S. A., Daumler, D., Chan, P., Gupta, A., Lo, K., & Zelkowitz, P. (2018). Masculinity, Mental Health, and Desire for Social Support Among Male Cancer and Infertility Patients. *American Journal of Men's Health*, 13(1), 1557988318820396. <https://doi.org/10.1177/1557988318820396>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2024). *Revenir à l'essentiel: Plan d'action en périnatalité et en petite enfance 2023-2028*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-918-37W.pdf>
- Mitchell, S. J., See, H. M., Tarkow, A. K. H., Cabrera, N., McFadden, K. E., & Shannon, J. D. (2007). Conducting studies with fathers: Challenges and opportunities. *Applied Developmental Science*, 11(4), 239-244. <https://doi.org/10.1080/10888690701762159>
- Muraoka, Y., Kokado, M., & Kato, K. (2024). The Role of Male Consent in Assisted Reproductive Technology Procedures: an Examination of Japanese Court Cases. *Asian Bioeth Rev*, 16(2), 165-183. <https://doi.org/10.1007/s41649-023-00274-1>
- Obeisat, S., Gharaibeh, M. K., Oweis, A., & Gharaibeh, H. (2012). Adversities of being infertile: the experience of Jordanian women. *Fertility and Sterility*, 98(2), 444-449. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.04.036>
- OMS. (2023a). *1 in 6 people globally affected by infertility: WHO*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
- OMS. (2023b). *Infertility prevalence estimates, 1990-2021* World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf>
- OMS. (2024). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Pakpahan, C., Ibrahim, R., William, W., Kandar, P. S., Darmadi, D., Khaerana, A. S. A., & Supardi, S. (2023). "Am I Masculine?" A metasynthesis of qualitative studies on traditional masculinity on infertility. *F1000Res*, 12, 252. <https://doi.org/10.12688/f1000research.131599.1>
- Pepin, J., Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2024). *La pensée infirmière* (5e édition. Édition 30e anniversaire). Chenelière Éducation.

- Preloran, H. M., Browner, C. H., & Lieber, E. (2001). Strategies for motivating Latino couples' participation in qualitative health research and their effects on sample construction. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1832-1841. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1832>
- Ranjbar, F., Akhondi, M.-M., Borimnejad, L., Ghaffari, S.-R., & Behboodi-Moghadam, Z. (2015). Paradox of Modern Pregnancy: A Phenomenological Study of Women's Lived Experiences from Assisted Pregnancy. *Journal of Pregnancy*, 2015, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2015/543210>
- Ranjbar, F., Warmelink, J. C., & Gharacheh, M. (2020). Prenatal attachment in pregnancy following assisted reproductive technology: a literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 86-108. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1705261>
- Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22(1), 295-304. <https://doi.org/10.1093/humrep/del344>
- René, C. (2025). *Modèle de l'expérience des futurs parents au cours de la grossesse après le succès d'une PMA liée à l'infertilité* [Document inédit].
- René, C., Landry, I., & de Montigny, F. (2022). Couples' Experiences of Pregnancy Resulting from Assisted Reproductive Technologies: A Qualitative Meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100059>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 20(1), 41. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>
- Roudsari, R. L., Sharifi, F., & Goudarzi, F. (2023). Barriers to the participation of men in reproductive health care: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Public Health*, 23(1), 818. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15692-x>
- Rozée, V., & Mazuy, M. (2012). L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et « gestion » de l'échec. *Sciences sociales et santé*, 30(4), 5-30. <https://doi.org/10.3917/sss.304.0005>
- Ryan, J., Lopian, L., Le, B., Edney, S., Van Kessel, G., Plotnikoff, R., Vandelanotte, C., Olds, T., & Maher, C. (2019). It's not raining men: a mixed-methods study investigating methods of improving male recruitment to health behaviour research. *BMC Public Health*, 19(1), 814. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7087-4>

- Sahin, B. M., & Gursay, E. (2021). The social and psychological consequences of women getting pregnant with fertility treatment: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 463-472. <https://doi.org/10.1111/ppc.12641>
- Sauvé, M.-S., Péloquin, K., & Brassard, A. (2020). Moving forward together, stronger, and closer: An interpretative phenomenological analysis of marital benefits in infertile couples. *Journal of health psychology*, 25(10-11), 1532-1542. <https://doi.org/10.1177/1359105318764283>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2023). *Wright & Leahey's nurses and families : a guide to family assessment & intervention* (Eight edition). F.A. Davis.
- Simoni, M. K., Gilstad-Hayden, K., Naqvi, S. H., Pal, L., & Yonkers, K. A. (2022). Progression of depression and anxiety symptoms in pregnancies conceived by assisted reproductive technology in the United States. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 43(2), 214-223. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2021.1971193>
- Slauson-Blevins, K., & Johnson, K. M. (2016). Doing Gender, Doing Surveys? Women's Gatekeeping and Men's Non-Participation in Multi-Actor Reproductive Surveys. *Sociological Inquiry*, 86(3), 427-449. <https://doi.org/10.1111/soin.12122>
- Smorti, M., & Smorti, A. (2012). Transition to parenthood in infertile couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 527-531. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.05.154>
- Taebi, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Alavi Majd, H. (2021). Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *Int J Fertil Steril*, 15(3), 189-196. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2021.139093.1039>
- Toscano, S. E., & Montgomery, R. M. (2009). The lived experience of women pregnant (including preconception) post in vitro fertilization through the lens of virtual communities. *Health Care for Women International*, 30(11), 1014-1036. <https://doi.org/10.1080/07399330903159700>
- Turgeon, M., Noël, R., & Bouche-Florin, A. (2018). Transition à la paternité et procréation assistée: Une recherche qualitative exploratoire de type étude de cas. [Transition to fatherhood and assisted procreation: An exploratory qualitative case study.]. *Devenir*, 30(4), 331-356. <https://doi.org/10.3917/dev.184.0331>
- Ummel, D., & Achille, M. (2016). How Not to Let Secrets Out When Conducting Qualitative Research With Dyads. *Qualitative Health Research*, 26(6), 807-815. <https://doi.org/10.1177/1049732315627427>

- Volgsten, H., Svanberg, A. S., & 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. <https://doi.org/10.3109/00016349.2010.512063>
- Vu, M. H., Nguyen, A. A., & Alur-Gupta, S. (2022). Asian Americans and infertility: genetic susceptibilities, sociocultural stigma, and access to care. *F S Rep*, 3(2 Suppl), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.xfre.2021.12.004>
- Wada, A., Yamada, M., Shirasawa, H., Jwa, S. C., Kuroda, K., Harada, M., & Osuga, Y. (2025). Impact of insurance coverage on access to assisted reproductive technology: A nationwide survey in Japan (the IZANAMI project). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 51(4), e16292. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jog.16292>
- Walker, C., Mills, H., & Gilchrist, A. (2017). Experiences of physical activity during pregnancy resulting from in vitro fertilisation: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(4), 365-379. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1313968>
- Warmelink, J. C., Adema, W., Pranger, A., & de Cock, T. P. (2016). Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood: A qualitative study in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(1), 12-20. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1106474>
- Warmelink, J. C., Marissink, L., Kroes, L., Ranjbar, F., & Henrichs, J. (2023). What are antenatal maternity care needs of women who conceived through fertility treatment?: a mixed methods systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1), 2148099. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2022.2148099>
- Watanabe, M., & Hohashi, N. (2023). Support from Healthcare Professionals for Couples/Partners Undergoing Assisted Reproductive Technology in Japan: A Literature Review. *Open Journal of Nursing*, 13(12), 875-889. <https://doi.org/10.4236/ojn.2023.1312058>
- Weiss, S. J. (1995). Contemporary Empiricism. Dans A. Omery, C. E. Kasper, & G. G. Page (Éds.), *In search of nursing science*. Sage.
- Wu, W., La, J., Schubach, K. M., Lantsberg, D., & Katz, D. J. (2023). Psychological, social, and sexual challenges affecting men receiving male infertility treatment: a systematic review and implications for clinical care. *Asian Journal of Andrology*, 25(4).

[https://journals.lww.com/ajandrology/fulltext/2023/25040/psychological\\_social\\_and\\_sexual\\_challenges.2.aspx](https://journals.lww.com/ajandrology/fulltext/2023/25040/psychological_social_and_sexual_challenges.2.aspx)

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : design and methods* (6th edition.). SAGE.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & Van Der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Human Reproduction*, 32(9), 1786-1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>

## **Appendice A**

Lettres d'entente de contribution des coautrices



## Entente de contribution des autrices

**Article:** *Couples' Experiences of Pregnancy Resulting from Assisted Reproductive Technologies: A Qualitative Meta-synthesis*

**Publié dans :** *International Journal of Nursing Studies Advances*

**Date de publication :** 2022 (Disponible en ligne 17 décembre 2021)

Nous, soussignées, déclarons avoir pris connaissance de la version finale du manuscrit susmentionné et consentons à son inclusion dans la thèse de doctorat de madame **Caroline René**, étudiante-chercheuse au programme de doctorat sur mesure en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais.

Nous reconnaissons également la répartition des contributions à la rédaction de cet article, telle que décrite ci-dessous :

- **Caroline René**, étudiante au doctorat sur mesure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, est la première et principale autrice de cet article. Elle a initié, dirigé et réalisé l'ensemble du processus de recherche, incluant la formulation de la question de recherche, la stratégie de recension des écrits, l'analyse et la synthèse des données, ainsi que la rédaction du manuscrit.
- **Isabelle Landry**, étudiante au doctorat sur mesure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, a contribué à la recherche documentaire, à l'extraction et à la synthèse des données, conformément aux exigences méthodologiques d'une revue systématique de type métasynthèse, notamment en tant que seconde réviseuse indépendante.
- **Francine de Montigny**, professeure titulaire au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais et directrice de thèse de l'étudiante-chercheuse, a supervisé le processus de recherche et de rédaction. Elle a contribué à la validation des thèmes issus de l'analyse, a assuré la révision critique du manuscrit final, et a agi à titre de troisième réviseuse en cas de divergence dans le processus de sélection des études.

Nous confirmons que cette contribution reflète fidèlement notre implication dans ce travail, que nous avons lu et approuvé la version finale de l'article, et que nous autorisons son utilisation dans le cadre de la thèse de madame Caroline René.

**Caroline René**

Première autrice

Signature : 

Date : 2025-05-13

**Isabelle Landry**

Coautrice

Signature : 

Date : 2025-05-13

**Francine de Montigny**

Coautrice et directrice de thèse

Signature : 

Date : 2025-05-13

## Entente de contribution des autrices

**Article :** *Favoriser la participation des hommes en recherche : une revue narrative des stratégies gagnantes*

**Publié dans :** *Recherche en soins infirmiers*

**Date de publication :** Accepté pour publication le 25 mars 2025

Nous, soussignées, déclarons avoir pris connaissance de la version finale du manuscrit susmentionné et consentons à son inclusion dans la thèse de doctorat de madame **Caroline René**, étudiante-chercheuse au programme de doctorat sur mesure en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais.

Nous reconnaissons également la répartition des contributions à la rédaction de cet article, telle que décrite ci-dessous :

- **Caroline René**, étudiante au doctorat sur mesure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, est la première et principale autrice de cet article. Elle a élaboré la problématique et les objectifs, réalisé la recension des écrits, structuré et rédigé le manuscrit, et effectué les révisions successives.
- **Isabelle Landry**, étudiante au doctorat sur mesure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, a contribué à la révision critique du manuscrit, en formulant des commentaires sur le fond et la clarté des idées.
- **Francine de Montigny**, professeure titulaire au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais et directrice de thèse, a révisé le manuscrit de manière critique, en assurant la cohérence scientifique du texte.
- **Katherine Péloquin**, professeure titulaire au département de psychologie de l'Université de Montréal et membre du comité de thèse, a révisé le manuscrit de manière critique et proposé des ajustements visant à améliorer la rigueur et la précision du texte.
- **Marie-Josée Martel**, professeure titulaire au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières et membre du comité de thèse, a révisé le manuscrit de manière critique et proposé des ajustements visant à améliorer la rigueur et la précision du texte.

Nous confirmons que cette contribution reflète fidèlement notre implication dans ce travail, que nous avons lu et approuvé la version finale de l'article, et que nous autorisons son utilisation dans le cadre de la thèse de madame Caroline René.

**Caroline René**

Première autrice

Signature :

Date : 2025-05-13

**Isabelle Landry**

Coautrice

Signature :

Date : 2025-05-13

**Francine de Montigny**

Coautrice et

Signature : 

Date : 2025-05-13 

**Dre Katherine Péloquin**

Coautrice

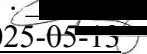
Signature 

Date : 2025-05-14 

**Dre Marie-Josée Martel**

Coautrice

Signature : 

Date : 2025-05-15   
Marie-Josée Martel



### Entente de contribution des autrices

**Article :** *Expecting a Child Conceived by MAR in the Context of Infertility: A Qualitative Case Study of the Experience of Pregnant Women and Their Partners*

**Revue :** *Women and Birth*

**Statut :** Soumis pour publication le 8 mai 2025

Nous, soussignées, déclarons avoir pris connaissance de la version finale du manuscrit susmentionné et consentons à son inclusion dans la thèse de doctorat de madame **Caroline René**, étudiante-chercheuse au programme de doctorat sur mesure en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais.

Nous reconnaissons également la répartition des contributions à la rédaction de cet article, telle que décrite ci-dessous :

- **Caroline René**, étudiante au doctorat sur mesure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, est la première et principale autrice de cet article. Elle a conçu l'étude, mené la collecte des données, réalisé l'analyse, formulé les résultats, rédigé le manuscrit, et effectué les révisions successives.
- **Isabelle Landry**, étudiante au doctorat sur mesure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, a participé à l'analyse des données, à l'élaboration des thèmes issus de l'étude, et a réalisé une révision critique de l'ensemble du contenu du manuscrit.
- **Francine de Montigny**, professeure titulaire au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais et directrice de thèse, a assuré l'encadrement général du processus de recherche, a contribué à la validation des thèmes d'analyse, et a réalisé une révision critique de l'ensemble du contenu du manuscrit.

Nous confirmons que cette contribution reflète fidèlement notre implication dans ce travail, que nous avons lu et approuvé la version finale de l'article, et que nous autorisons son utilisation dans le cadre de la thèse de madame Caroline René.

**Caroline René**

Première autrice

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

Date : 2025-05-13

**Isabelle Landry**

Coautrice

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

Date : 2025-05-13

**Francine de Montigny**

Coautrice et

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

Date : 2025-05-13

## **Appendice B**

Certificat d'approbation éthique



Le 19 décembre 2022

À l'attention de :

Caroline René

Étudiante, Université du Québec en Outaouais

**Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche**

**Projet #:** 2023-2431

**Titre du projet de recherche :** Perspective écosystémique de l'expérience de parents de la grossesse par procréation médicalement assistée en contexte d'infertilité

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 19 décembre 2022. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

**19 décembre 2023.**

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



### Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Perspective écosystémique de l'expérience de parents de la grossesse par procréation médicalement assistée en contexte d'infertilité**

Numéro(s) de projet : **2023-2431**

Formulaire : **F9-15154**

Identifiant Nagano : **ÉCO-PMA**

Date de dépôt initial du formulaire :  
**2024-11-29**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Caroline René**

Date de dépôt final du formulaire : **2024-11-29**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-12-19**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

#### Suivi du BCER

1. *OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE*

2.

*Statut de la demande:*

Demande approuvée

**À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.**

*Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:*

2025-12-19

**RENOUVELLEMENT ANNUEL:** Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

**MODIFICATION:** Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, **AVANT** la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

**FIN DE PROJET:** Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

*La demande a été traitée par :*

Caroline Tardif

**date de traitement:**

2024-11-29

### Section A: Identification

1. **Veuillez indiquer le titre complet du projet de recherche.**

*Quel est le titre du projet?*

Perspective écosystémique de l'expérience de parents de la grossesse par procréation médicalement assistée en contexte d'infertilité

2. **Veillez indiquer le nom du (de la) chercheur(e) responsable du projet à l'UQO. (L'article 3.1 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains précise qu'un(e) « chercheur(e) » inclut, aux fins des présentes, les professeur(e)s, les étudiant(e)s aux cycles supérieurs ou au premier cycle, ou toute personne impliquée dans les activités de recherche couvertes par la présente Politique.)**

*Qui est le (la) chercheur(e) principal(e) de ce projet à l'UQO?*

René, Caroline

3. *En plus du (de la) chercheur(e) principal(e), y a-t-il d'autres personnes dans votre équipe de recherche?*

Oui

| Détails cochercheur(e)s | Type de cochercheur                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------|
| de Montigny, Francine   | Autre<br>Précision co-chercheur (autre)<br>Directrice de thèse |

4. **Veillez sélectionner le type de chercheur(e) qui correspond à la situation du (de la) chercheur(e) principal(e).**

*Le (la) chercheur(e) principal(e) est :*

Étudiant(e) de 3e cycle

#### Validation fin de projet

1. **Est-ce que votre projet de recherche est terminé?**

Non

#### Section B: Directeur(s)

1. **Veillez indiquer le nom de votre directeur(trice) de recherche ou des codirecteur(e)s de votre projet. Si un(e) codirecteur(trice) n'est pas professeur(e) de l'UQO, veuillez seulement indiquer son nom ici en l'ajoutant comme contact. Seuls les professeur(e)s de l'UQO peuvent être ajoutés comme utilisateur(trice)s à un projet.**

*Saisir les premières lettres du nom d'abord*

de Montigny, Francine

### Section C: Déroulement des travaux

1. **Veillez préciser le statut actuel de la collecte de données en indiquant votre choix ci-dessous.**

*Quel est le statut actuel de la collecte de données?*

- ☐ Débutera dans les 12 prochains mois  
☐ Débutera dans plus d'une année  
☐ Est en cours  
☒ Est terminée  
☐ Le projet n'implique pas de collecte de données, mais plutôt l'utilisation de bases de données impliquant des sujets humains.

2. **Veillez indiquer si des participant(e)s se sont retirés du projet ou si vous avez dû retirer des participant(e)s du projet? Si oui, indiquez pour quelles raisons.**

*Est-ce que des participant(e)s se sont retirés du projet ou avez-vous dû retirer des participant(e)s du projet?*

Oui

*Veillez préciser.*

3 participants qui avait consenti à participer au projet et qui avait rempli le questionnaire n'ont pas participé à l'entrevue. Les participants n'ont simplement pas répondu à l'invitation par courriel ni au rappel qui les invitaient à participer à cette étape du projet. Les raisons de l'arrêt de leur participation sont inconnues.

3. **Veillez indiquer si des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients? Si oui, veuillez les décrire et nous indiquer comment il vous a été possible d'y remédier.**

*Est-ce que des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients?*

Non

4. **Veillez indiquer si vous avez rencontré des situations où la confidentialité a été compromise? Si oui, dans quelles circonstances et qu'avez-vous pu y faire?**

*Avez-vous rencontré des situations où la confidentialité a été compromise?*

Non

5. **Veillez indiquer si vous avez rencontré d'autres difficultés. Si oui, précisez lesquelles.**

*Avez-vous rencontré d'autres difficultés?*

Non

### Section D: Financement

1. **Veillez indiquer la ou les sources de financement du projet**

- ☒ Aucun financement
- ☐ FRQNT
- ☐ FRQSC
- ☐ FRQS
- ☐ MITACS
- ☐ CRSH
- ☐ CRSNG
- ☐ IRSC
- ☐ Chaire institutionnelle
- ☐ Démarrage de projet
- ☐ Dépannage
- ☐ Contribution institutionnelle (regroupement)
- ☐ Équipes
- ☐ Fonds de recherche (cours en appoint)
- ☐ Fonds de recherche (DFCP)
- ☐ Centre de recherche
- ☐ Autre ministère ou organisme fédéral
- ☐ Autre ministère ou organisme provincial
- ☐ Autre

2. **Veillez fournir l'unité budgétaire (si disponible).**

### Section E: Modifications au projet

1. **Est-ce que votre projet de recherche s'est déroulé comme prévu lors de l'approbation éthique initiale ou en fonction des modifications préalablement apportées et approuvé par le CER?**

Oui

2. **Veillez indiquer si vous envisagez apporter des modifications à votre projet de recherche.**

*Avez-vous l'intention d'apporter des modifications à votre projet de recherche?*

Non

### Section F: Projet sous la responsabilité d'un autre CÉR

1. **Si votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation par un autre comité d'éthique que celui de l'UQO. Veillez déposer le document qui démontre que le certificat d'éthique a été renouvelé par l'autre établissement (ex. autres universités, CISSS, etc).**

### Section H: signature du directeur/ codirecteur(s)

1. **Seuls le (la) directeur(trice) ou les codirecteurs(trices) peuvent signer à cet endroit. LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ. N'oubliez pas de déposer le formulaire une fois complété.**

*IMPORTANT : Avant de signer et déposer ce formulaire, veuillez vous assurer de bien lire les réponses de l'étudiant(e), car vous partagez la responsabilité du projet avec l'étudiant(e).*

**AVIS AUX ÉTUDIANT(E)S : LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ LE FORMULAIRE. Seul le (la) directeur(trice) ou codirecteur(trice) peut remplir cette section. Si vous signez à la place de votre directeur(trice) OU QUE VOUS DÉPOSÉ LE FORMULAIRE SANS LA SIGNATURE DU (DE LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE, vous ne ferez que retarder le traitement de votre dossier.**

*Signature électronique du (de la) directeur(trice) ou du (de la) codirecteur(trice) :*

Professeur(e) :  
Francine de Montigny  
2024-11-29 08:45

## **Appendice C**

Formulaire d'information et de consentement

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

|                                                      |                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Titre du projet de recherche:</b>                 | Perspective écosystémique de l'expérience de parents de la grossesse par procréation médicalement assistée en contexte d'infertilité |
| <b>Numéro de protocole:</b>                          | 2023-2431                                                                                                                            |
| <b>Chercheur responsable du projet de recherche:</b> | Caroline René, Inf., Ph.D (c), Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais.                              |
| <b>Directrice de recherche:</b>                      | Francine de Montigny, Inf., Ph.D., psychologie, professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais.              |

|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Organismes subventionnaires bourses d'études doctorales:</b> | Programme de bourses doctorales MES-Universités<br>Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)<br>Fonds québécois de recherche en société et culture, qui finance l'Équipe Paternité, famille et société |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **1. INTRODUCTION**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche qui s'intéresse à l'expérience des parents qui attendent un enfant ayant été conçu par procréation médicalement assistée en contexte d'infertilité. Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet, ou aux membres du personnel affecté au projet de recherche, et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## **2. OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE**

Cette étude vise à mieux comprendre l'expérience des mères et des pères lors d'une grossesse découlant d'une procréation médicalement assistée réussie en contexte d'infertilité. Pour y arriver, nous souhaitons comparer l'expérience des mères et celle des pères pour comprendre comment ces expériences se recoupent et se distinguent afin de pouvoir améliorer les soins et services offerts aux deux parents et favoriser un développement individuel et parental optimal.

Nous recruterons 20 mères et 20 pères qui attendent un enfant conçu par procréation médicalement assistée en raison de l'infertilité d'au moins un des deux parents.

## **3. DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Si vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, votre participation consistera à :

Remplir un questionnaire en ligne visant à recueillir des informations sur l'historique d'infertilité et de sa prise en charge, sur la grossesse, les services et les soins prénataux reçus ainsi que sur le plan sociodémographique. Vous pourrez le compléter à votre domicile, au moment qui vous convient. Le temps prévu pour remplir le questionnaire est d'environ 10 minutes.

Participer à une entrevue individuelle d'environ 60 à 90 minutes afin de partager votre expérience de l'infertilité, de la grossesse, de devenir parent, des changements vécus dans différents environnements de vie et des soins et services pendant la grossesse. Cette entrevue se déroulera en personne ou en mode virtuel selon votre préférence.

Vous recevrez une compensation de 20\$ sous forme de carte-cadeau, pour votre participation à l'entrevue dans le cadre de ce projet.

#### **4. RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Il n'y a pas de risque particulier associé aux procédures prévues dans le cadre de la présente étude. Toutefois, outre les inconvénients liés au temps requis pour participer au projet, vous pourriez éprouver un inconfort vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Vous ne devez pas hésiter à en faire mention afin que l'on puisse vous apporter le soutien nécessaire en vous référant aux différentes ressources appropriées selon votre situation. Vous êtes aussi libre de ne pas répondre aux questions qui vous mettent mal à l'aise. Il s'agit des seuls inconvénients prévisibles pouvant résulter de votre participation à cette étude. La liste des ressources est disponible à la fin du questionnaire et vous sera remise à nouveau au moment de l'entrevue.

#### **5. AVANTAGES ET BÉNÉFICES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Les bénéfices directs anticipés sont la contribution à l'avancement des connaissances face aux éléments qui se recoupent et qui se distinguent dans l'expérience des mères et des pères au cours d'une grossesse découlant de la procréation médicalement assistée en contexte d'infertilité. Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, en termes de réflexions sur votre situation, mais nous ne pouvons vous l'assurer.

#### **6. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT 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, ni faire connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des collaborateurs. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'entraînera aucune conséquence pour vous quant aux services que vous recevez actuellement ou que vous recevrez dans le futur. En cas de retrait, les données recueillies seront détruites.

#### **7. CONFIDENTIALITÉ**

Au cours de votre participation à l'étude, nous recueillerons des données de manière électronique à partir d'un questionnaire en ligne et vos réponses à l'entrevue individuelle seront enregistrées sur un support audionumérique ou vidéonumérique. La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera

assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos informations personnelles, vous serez identifié par un numéro de code. Advenant que vous partagiez votre adresse courriel, seule la chercheuse responsable du projet de recherche sera en mesure de lier votre adresse et votre code. Les données seront entreposées à l'Université du Québec en Outaouais pour une durée de 5 ans après la fin de l'étude; les données électroniques seront conservées sur un serveur sécurisé avec un mot de passe dans un local verrouillé. Les données électroniques seront détruites avec un logiciel de destruction de données.

À des fins de surveillance et de contrôle et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

## **8. FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Les organismes suivants ont octroyé des bourses d'études doctorales permettant la réalisation de ce projet de recherche: le Programme de bourses doctorales MES-Universités, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et le Fonds québécois de recherche en société et culture, qui finance l'Équipe Paternité, famille et société.

## **9. CONFLIT D'INTÉRÊTS**

Les chercheurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

## **10. PARTAGE DES RÉSULTATS DE RECHERCHE**

Les résultats de cette étude seront présentés dans le cadre de conférences et d'articles publiés dans des revues. Ils pourront influencer sur l'amélioration des services aux parents qui attendent un enfant conçu par procréation médicalement assistée en contexte d'infertilité.

## **11. PERSONNE-RESSOURCE**

Si vous souhaitez avoir accès verbalement aux données que vous avez transmises, si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes que vous pensez être liés à votre participation au projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable, Mme Caroline René au 1-800-567-1283, poste 2248 (UQO, Gatineau) en laissant un message, ou par courriel, à [caroline.rene@uqo.ca](mailto:caroline.rene@uqo.ca).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec :

- Le président du Comité d'Éthique de la Recherche à l'Université du Québec en Outaouais, M. André Durivage au 1-800-567-1283, poste 1781.

## **12. EXAMEN DES ASPECTS ÉTHIQUES DE L'ÉTUDE**

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais a approuvé ce projet de recherche et est responsable d'en assurer le suivi.

## **13. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE**

Désirez-vous obtenir un résumé des résultats de cette recherche?

☐ Oui

Courriel pour l'envoi du résumé : \_\_\_\_\_

☐ Non

## **14. UTILISATION SECONDAIRE DES DONNÉES**

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans le domaine de la périnatalité, sous la responsabilité de la chercheuse principale du projet pour lequel vous êtes aujourd'hui invité à participer ou de sa directrice de recherche. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet de recherche. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de 5 ans après la fin du présent projet et seront ensuite détruites.

### **CONSENTEMENT À UNE UTILISATION SECONDAIRE :**

- ☐ J'accepte que mes données soient conservées pour une utilisation secondaire.
- ☐ Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

## **15. CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE :**

Avant de cliquer sur le bouton « je consens » du présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur l'étude. J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus. J'ai eu l'occasion de 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.

En cliquant sur le bouton « je consens », je reconnais avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche et j'accepte librement d'y participer. Je ne renonce cependant à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur et le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle. Je reconnais avoir 18 ans ou plus.

- ☐ Je consens
- ☐ Je ne désire pas participer

*Cliquez ici pour télécharger une copie du formulaire d'information et de consentement*

## **16. ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE**

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

Je m'engage, avec ma directrice de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

## **Appendice D**

Liste de ressources

**Si au terme de ce questionnaire, vous vous inquiétez pour votre grossesse, votre bébé ou à propos des soins que vous recevez, veuillez parler à votre sage-femme ou à votre médecin.**

Vous pouvez aussi communiquer avec les organismes suivants pour recevoir du soutien ou de l'information :

- **Naitre et Grandir** – source d'information validée par des professionnels de la santé qui soutient les parents dans le développement de leur enfant <https://naitreetgrandir.com/fr/>
- **Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans** – Guide pratique qui offre une information appuyée scientifiquement sur la grossesse, l'accouchement et les deux premières années de vie de l'enfant. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>
- **Écoute Entraide** – service d'écoute téléphonique et de référence pour tout le Québec. Ouvert 7 jours sur 7, de 8 h à minuit au 1-855- EN LIGNE (365-4463) <https://www.ecoute-entraide.org/ligne-decoute/>

Si vous souhaitez parler avec une infirmière ou si vous vivez de la détresse et que vous avez besoin de parler avec un intervenant social, vous pouvez contacter le [811](#) pour rejoindre les services [Info-Santé](#) et [Info-Social](#). Des professionnels vous offriront du soutien, de l'information et des conseils selon vos besoins.

## **Appendice E**

Outils de recrutement des participants

### **Message réseaux sociaux**

Une étudiante au doctorat en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais conduit une étude qui vise à mieux comprendre l'expérience des mères et des pères qui ont vécu un parcours d'infertilité et attendent maintenant un enfant conçu par procréation médicalement assistée.

Si vous souhaitez participer ou avoir plus d'informations au sujet de cette étude, vous pouvez cliquer sur le lien suivant : <https://sondages.uqo.ca/index.php/427582?lang=fr>

ou scanner le code QR que vous trouverez sur l'invitation à participer.

SVP, nous vous demandons de ne pas identifier (tagger) de potentiels participants sous ce message afin de respecter la confidentialité.

### **Message courriel**

Objet : Projet de recherche Attendre un enfant conçu par PMA

Bonjour \_\_\_\_\_,

Je vous remercie d'accepter d'être contactée pour avoir de l'information sur ce projet de recherche qui vise à mieux comprendre l'expérience des mères et des pères qui ont vécu un parcours d'infertilité et attendent maintenant un enfant conçu par procréation médicalement assistée.

Je souhaiterais communiquer avec vous par téléphone afin de pouvoir vous expliquer le projet et répondre à vos questions. Si vous acceptez de participer, je vous enverrai un court questionnaire en ligne à compléter (environ 10 minutes) et nous pourrions prendre rendez-vous à un moment qui vous convient pour un entretien. En remerciement pour votre contribution à ce projet, une carte cadeau de 20\$ vous remise à la suite de l'entretien.

Est-ce que vous pouvez m'indiquer quel est le meilleur moment pour communiquer avec vous par téléphone?

Cordialement,

# FUTURS PARENTS RECHERCHÉS

Vous et votre partenaire avez connu l'infertilité?

Vous attendez maintenant un enfant grâce à la procréation médicalement assistée?

Nous voulons connaître votre expérience!

Pour participer vous devez :

- Être âgé de 18 ans ou plus
- Être en mesure de parler, comprendre et lire le français
- Avoir accès à internet
- Ne pas attendre de jumeaux

Des questions?

Communiquez avec Caroline René, infirmière, candidate au doctorat en sciences infirmières et chercheuse principale

Directrice de recherche : Francine de Montigny, inf., Ph. D.



CENTRE D'ÉTUDES ET  
DE RECHERCHE EN  
INTERVENTION  
FAMILIALE



Paternité  
Famille  
Société

Vous aurez à :

- Remplir un questionnaire en ligne d'environ 10 minutes
- Prendre part à une entrevue individuelle d'environ 60 à 90 minutes

Une carte cadeau de 20\$ sera remise à chaque participant au moment de l'entrevue.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO (2023-2431).

Vous souhaitez participer à l'étude :



*Nous invitons les deux parents à venir partager leur expérience, mais il ne s'agit pas d'un critère obligatoire pour participer.*

## **Appendice F**

### Questionnaire

**1. Quel est l'énoncé qui vous décrit le mieux ?**

1. Je suis la future maman
2. Je suis le futur papa
3. Je suis la future maman qui ne porte pas l'enfant

**2. Quelle est votre année de naissance ?**

**3. Au moment où vous répondez à ce questionnaire, à combien de semaines en est la grossesse ? \_\_\_\_\_**

**4. À quel moment avez-vous obtenu la confirmation de la grossesse?  
(aaaa/mm/jj)**

**5. Par quel moyen avez obtenu la confirmation de la grossesse?**

1. Test urinaire en vente libre
2. Test urinaire chez le médecin
3. Prélèvement sanguin
4. Échographie
5. Autres : \_\_\_\_\_

**6. Quelle est la date prévue d'accouchement? (aaaa/mm/jj)**

**7. S'agit-il d'une grossesse multiple (jumeaux, triplés, etc.)**

1. Oui (*si oui question 7.1*)
2. Non

**7.1** En raison du suivi plus étroit requis par les grossesses multiples, il ne sera pas possible pour vous de participer à ce projet. Nous vous remercions grandement de l'intérêt porté à cette étude et nous vous souhaitons de vivre de beaux moments au cours de cette période.

**8. Dans votre couple, qui est touché par l'infertilité**

1. Je suis la personne touchée par l'infertilité
2. Mon/ma partenaire est la personne touchée par l'infertilité
3. Nous sommes tous les deux touchés par l'infertilité
4. Il n'a pas été possible de déterminer qui est la personne touchée par l'infertilité dans notre couple

**9. Est-ce que des membres de votre famille ou de votre belle-famille sont touchés par l'infertilité?**

1. Oui, précisez : \_\_\_\_\_
2. Non

**10. Depuis combien d'années/mois essayez-vous de concevoir? \_\_\_\_\_**

**11. Depuis combien d'années/mois êtes-vous suivi en fertilité? \_\_\_\_\_**

**12. Combien de cycles de traitement ont été nécessaires pour concevoir cette grossesse? \_\_\_\_\_**

**13. Depuis le début de votre suivi en fertilité, quels sont les traitements que vous ou votre partenaire avez reçus? Cochez les traitements reçus et le nombre de fois dans la case appropriée.**

1. Stimulation ovarienne
2. Insémination artificielle
3. Fécondation in vitro (FIV)
4. L'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)
5. Don de gamètes

**14. Est-ce que pour vous, personnellement, il s'agit d'une première grossesse (incluant votre vécu avec des partenaires antérieurs(es)) ?**

1. Non
2. Oui

**15. (si oui à la question précédente) Cela nous serait utile de savoir combien de fois, lors de grossesses précédentes, vous avez vécu les événements suivants.**

*Cochez les événements vécus et le nombre de fois dans la case appropriée.*

1. Fausse-couche (avant 20 semaines de grossesse) \_\_\_\_\_
2. Décès in utéro (après 20 semaines) \_\_\_\_\_
3. Grossesse ectopique ou molaire \_\_\_\_\_
4. Avortement /Interruption volontaire de grossesse (IVG) \_\_\_\_\_
5. Interruption médicale de grossesse (IMG) \_\_\_\_\_
6. La naissance d'un enfant vivant : \_\_\_\_\_
7. Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

**15.1** (si répond 1 ou 2 à la question 15) **À combien de semaines de grossesse cela s'est-il produit?** \_\_\_\_\_ *Nous vous remercions d'avoir partagé cette information avec nous.*

**16. Le suivi de grossesse est/sera fait par : (sélectionnez tous les choix qui s'appliquent)**

1. L'équipe de la clinique de fertilité
2. Médecin de famille
3. Gynécologue-obstétricien (autre que celui de la clinique de fertilité)
4. Sage-femme
5. Infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPS)
6. Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

**17.** Nous aimerions connaître ce qui vous inquiète ou vous préoccupe le plus à propos de vivre une grossesse découlant de la procréation médicalement assistée. SVP, choisissez la réponse qui représente le mieux vos inquiétudes ou vos préoccupations.

|                                                                                  | Pas du tout | Rarement | Modérément | Souvent | Très souvent | Incertain(e) |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|------------|---------|--------------|--------------|
| Ma propre santé                                                                  |             |          |            |         |              |              |
| La santé de mon bébé à naître                                                    |             |          |            |         |              |              |
| La santé de mon/ma partenaire                                                    |             |          |            |         |              |              |
| Le suivi de grossesse (ex. échographies, visite médicale, cours prénataux)       |             |          |            |         |              |              |
| Le travail et la naissance                                                       |             |          |            |         |              |              |
| Le retour à la maison avec notre bébé                                            |             |          |            |         |              |              |
| La charge financière découlant du recours à la procréation médicalement assistée |             |          |            |         |              |              |
| Autre (spécifiez)                                                                |             |          |            |         |              |              |

**18. À quel genre vous identifiez-vous ?**

1. Féminin
2. Masculin
3. Non-binaire

**19. Quel est le genre de votre partenaire ?**

1. Féminin
2. Masculin
3. Non-binaire

**20. Quel est votre pays de naissance ? \_\_\_\_\_****21. Dans quelle région administrative du Québec habitez-vous?**

1. Bas-Saint-Laurent
2. Saguenay-Lac-Saint-Jean
3. Capitale nationale
4. Mauricie
5. Estrie
6. Montréal
7. Outaouais
8. Abitibi-Témiscamingue
9. Côte-Nord
10. Nord-du-Québec
11. Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
12. Chaudière-Appalaches
13. Laval
14. Lanaudière
15. Laurentides
16. Montérégie
17. Centre-du-Québec

**22. Quelle est votre langue maternelle ?**

1. Français
2. Anglais
3. Autre (laquelle)

**23. À quelle religion vous identifiez-vous? (Veuillez cocher une seule réponse.)**

1. Bouddhisme.
2. Christianisme.
3. Hindouisme
4. Islam.

5. Judaïsme.
6. Autre, précisez : \_\_\_\_\_
7. Je ne m'identifie à aucune religion

**24. Pratiquez-vous cette religion?**

1. Oui
2. Non
3. Ne s'applique pas

**25. Quelle est votre relation avec l'autre parent de l'enfant ?**

1. Marié(e)
2. Union de fait (couple cohabitant)
3. Je suis en couple, mais ne vis pas avec l'autre parent de l'enfant

**26. Depuis combien d'années êtes-vous en relation avec l'autre parent de l'enfant? \_\_\_\_\_ans**

**27. Quel est le certificat ou le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?**

1. Aucun
2. Primaire (6 ans d'études)
3. Secondaire incomplet (7-10 ans)
4. Secondaire complété (11 ans)
5. Études collégiales (CÉGEP général ou technique) (13 ans-14 ans ; Bac français général ou technologique)
6. Certificat universitaire (14 ans)
7. Diplôme universitaire (16 ans, baccalauréat de 1<sup>er</sup> cycle universitaire ou licence)
8. Études de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles universitaires (18 ans et plus, DESS, maîtrise/master, doctorat, postdoctorat)

**28. Quelle est votre occupation actuelle?**

1. Sans emploi
2. Étudiant(e)
3. Travailleur(se) à temps complet
4. Travailleur(se) à temps partiel
5. Travailleur(se) autonome
6. Travailleur(se) et étudiant(e)
7. Bénévole
8. Parent à la maison

- 9. Retraité(e)
- 10. En congé de maladie/invalidité
- 11. Autre : spécifiez ( \_\_ texte \_\_\_\_\_ )

**29. Quel est votre revenu familial avant impôt?**

- 1. Moins de 39 999\$
- 2. 40 000\$ à 59 999\$
- 3. 60 000\$ à 79 999\$
- 4. 80 000\$ à 99 999\$
- 5. 100 000 à 119 999\$
- 6. 120 000 à 139 999\$
- 7. Plus de 140 000\$

**30. En général, votre santé est :**

- 1. Excellente
- 2. Très bonne
- 3. Bonne
- 4. Moyenne
- 5. Pauvre

**31. Quelle est votre principale source d'information fiable à propos de la grossesse ?**

- 1. Professionnels de la santé
- 2. Familles et amis
- 3. Réseaux sociaux
- 4. Médias (en ligne, télévision, journaux)
- 5. Site Web
- 6. Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

**32. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec nous à propos de votre expérience de l'infertilité et de la procréation médicalement assistée?**

\_\_\_\_\_ (texte libre)

\*\*\*\*\*

*Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.*

**Si au terme de ce questionnaire, vous vous inquiétez pour votre grossesse, votre bébé ou à propos des soins que vous recevez, veuillez parler à votre sage-femme ou à votre médecin.**

## **Appendice G**

### **Guide d'entretien**

## **Canevas d'entrevue de pères et mères ayant vécu l'expérience d'une grossesse par procréation médicalement assistée en contexte d'infertilité**

☎ La **prise de rendez-vous par téléphone** pour l'entrevue est le premier contact que vous avez avec la personne interviewée. Ce **premier contact** est **essentiel** et doit se faire **directement avec la personne**. Veuillez parler à celle-ci pour vous assurer de sa disponibilité et de son intérêt à participer.

Quelques éléments pour **faciliter le contact** par téléphone :

- Dès la première minute vérifiez la disponibilité de la personne, annoncez la durée de l'appel (3-4 minutes ou 10 minutes) et la respecter !! Si vous dépassez le temps fixé, revérifiez la disponibilité de la personne.
- Sachez vous présenter, qui vous êtes comme personne.
- Restez simple.
- Expliquez brièvement à quoi va servir l'entrevue.
- Répondez de manière claire et concise aux questions de la personne, tout en lui assurant que celles-ci pourront être explorées plus en profondeur lors de la rencontre.

Après l'entretien téléphonique, **prendre des notes** :

- Comment me rendre chez la personne ?
- Était-elle réceptive, intéressée ?
- Présence d'enfants lors de la rencontre ?

**Avant même de commencer l'entrevue :**

- La durée de l'entrevue devrait être d'**environ une heure**.
- L'**accueil** de la personne est essentiel, c'est de lui que va dépendre la qualité et la réussite de l'entrevue. Il est nécessaire de préparer votre matériel à l'avance pour que, quand vous arrivez chez la personne, vous soyez déjà prêt. Il importe de prendre le temps d'entrer en contact avec la personne avant d'installer le matériel.
- Le **texte** présenté ici n'est qu'un **exemple**. Il ne doit pas être suivi à la lettre. Adaptez votre présentation à votre propre personnalité ainsi qu'à celle de votre interlocuteur. Ajustez votre langage à celui de la personne que vous rencontrez. Soyez calme, prenez des temps d'arrêts et répétez les explications si nécessaires.
- Le **canevas d'entrevue** ne doit pas être suivi à la lettre, cependant n'hésitez pas à vous arrêter pour le regarder et à en informer la personne. Le canevas est là pour vous guider, vous et votre interlocuteur. Vous pouvez le regarder ensemble, pour voir où vous en êtes.

### Objectifs de l'entrevue :

Nous vous avons contacté, car vous avez manifesté votre intérêt pour participer à une entrevue. Nous voulons connaître votre expérience d'attendre un enfant conçu par procréation médicalement assistée en contexte d'infertilité. Nous invitons les deux parents à participer à cette étude, mais la participation d'un seul parent est aussi acceptée. Les informations qui seront recueillies contribueront à améliorer les soins et services offerts aux deux parents dans ce contexte particulier.

**Si les deux partenaires participent :** Les informations que vous partagerez avec nous sont confidentielles et rien ne sera partagé avec votre partenaire lors de son entretien. C'est à vous et à vous seul(e) que revient le choix de partager ou non les éléments dont nous allons discuter.

| Entrevue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Commentaires                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Le contexte familial</u></b><br>1- Pourriez-vous brièvement vous présenter et me présenter votre famille?<br>2- Comment est arrivé le désir d'enfant ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Le nom de votre conjoint (e). Quels sont l'âge et le nom des autres enfants (si applicable)?                                                                                                                                                                                                             |
| <b><u>L'expérience de l'infertilité et des traitements de PMA</u></b><br><i>L'entretien va principalement se concentrer sur l'expérience que vous vivez depuis le début de la grossesse, mais je trouve important <b><u>de prendre quelques minutes</u></b> pour que vous me parliez de votre parcours avant la grossesse.</i><br>3- En quelques mots, comment avez-vous vécu la période entre le moment où vous avez décidé d'avoir un enfant et le moment où vous avez consulté en fertilité?<br>4- Comment vous a-t-on annoncé que votre couple était touché par l'infertilité?<br>5- Qu'est ce qui était le plus difficile? le plus facile ? | <b>Sous-questions possibles</b><br><br>a. Comment avez-vous réagi à ce moment-là?<br>b. Qui était présent au moment de l'annonce?<br>c. Comment votre partenaire a-t-il réagi?<br>-Pourriez-vous me raconter comment vous avez vécu la période où vous étiez suivi en procréation médicalement assistée? |
| <b><u>L'annonce de la grossesse</u></b><br>6- Comment avez-vous appris que vous attendiez un enfant? (test en vente libre, prise de sang, échographie?)<br>7- Quelles ont été vos réactions au moment de l'annonce de la grossesse? Celles de votre partenaire? De vos proches?<br>8- Comment se sont déroulées les premières semaines?                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

---

**S'engager dans la grossesse**

- 9- Qu'est-ce que cette grossesse représente pour vous?
- 10- Comment se déroule la grossesse jusqu'à maintenant?  
Physiquement? Émotionnellement?
  - a. Est-ce que ces émotions ont changé au cours de la grossesse? Comment?
- 11- Qu'est-ce qui est (ou a été) le plus difficile pour vous? Et pour votre partenaire?
- 12- Qu'est-ce qui est (ou a été) le plus facile pour vous? Et pour votre partenaire?

---

**La construction de l'identité parentale**

- 13- Que signifie la maternité (paternité) pour vous?
- 14- Avez-vous l'impression de vous sentir mère ? père ?
  - a. Si oui, à partir de quel moment vous êtes-vous senti mère ou père?
  - b. Sinon, qu'est-ce qui fait que vous ne vous sentez pas mère ou père en ce moment?
- 15- Comment envisagez-vous la naissance?
- 16- Comment envisagez-vous les premières semaines/mois avec votre enfant?

---

**Les relations dans différentes sphères de vie**
**Conjugale**

- 17- Comment décririez-vous votre relation de couple depuis le début de la grossesse? (intimité, sexualité, communication)

**Familiale**

- 18- Comment décririez-vous vos relations avec les membres de votre famille depuis le début de la grossesse? (parents/frères et sœurs) De votre belle-famille? (beaux-parents/ beaux-frères et belles-sœurs)

---

**Sous-questions possibles :**

- a. Est-ce que certaines choses ont changé?
- b. Qu'est-ce qui a changé?
- c. Comment?

Sociale

- 19- Comment décririez-vous vos relations sociales depuis le début de la grossesse (amis, entourage, activité, réseaux sociaux, changement dans le réseau, rapprochement, éloignement)

Professionnelle

- 20- Comment décririez-vous votre vie professionnelle ou vos relations au travail depuis le début de la grossesse?

Synthèse des relations

- 21- Dans l'ensemble de ces relations que nous venons d'aborder, qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous? Qu'est-ce qui est plus facile?
- 22- Depuis l'annonce de la grossesse jusqu'à maintenant, quelles sont les personnes qui vous ont le plus aidés?
- 23- Comment ces personnes vous aident-elles? *Donner des exemples concrets* (avec la grossesse? Avec l'arrivée prochaine du bébé? Dans votre rôle de parent? Dans d'autres dimensions de votre vie?)

**Les soins et services pendant la grossesse**

- 24- Comment se déroule le suivi de grossesse?
- Quel(s) professionnel(s) consultez-vous (avez-vous consulté) depuis le début de la grossesse
  - Le professionnel qui suit la grossesse a-t-il changé? Qu'est-ce qui vous a amené à consulter un autre professionnel (le cas échéant)?
- 25- Avez-vous assisté à des cours prénataux ? Si oui, quelle a été votre expérience ? Sinon, pour quelle raison ?
- 26- Est-ce que les professionnels abordent votre parcours d'infertilité et de PMA avec vous?
- Qui le fait ?
  - Comment le font-ils?
  - À quel moment?

- d. Comment auriez-vous aimé être reconnu dans votre expérience?
- 27- Y a-t-il quelque chose que vous avez particulièrement apprécié des soins et services reçus?
- 28- Y a-t-il quelque chose que vous avez trouvé particulièrement difficile dans les soins et services reçus?
- 29- Qu'est-ce que vous aimeriez dire aux professionnels de la santé qui vous accompagnent (vous ont accompagné) pendant la grossesse?
- 30- Si vous pouviez changer quelque chose en lien avec les soins et services que vous et votre partenaire avez reçus depuis le début de la grossesse que changeriez-vous?
- a. Comment votre parcours teinte-t-il votre suivi de grossesse?
- b. Est-ce que les professionnels ouvrent la porte à discuter des conséquences du parcours d'infertilité sur la grossesse (stress, anxiété, etc)?

### **Synthèse de l'expérience**

- 31- Avec ce que nous avons abordé au cours de cet entretien, qu'est-ce qui vous apparaît le plus important face à votre expérience ?
- 32- Comment croyez-vous que l'infertilité et les traitements de PMA ont teinté votre expérience de la grossesse ?

### **Clôture et remerciement.**

**Exemple de texte :** *Je tiens à vous remercier vivement pour votre participation à cet entretien. Je suis reconnaissante que vous ayez accepté de me consacrer de votre temps. Soyez assuré que je respecte grandement l'ouverture avec laquelle vous avez partagé vos expériences personnelles. Si toutefois cet entretien vous bouleverse ou si d'autres questions surgissent, n'hésitez pas à me contacter, mes coordonnées se trouvent sur le formulaire de consentement que vous avez signé.*

**Si le partenaire participe :** *Comme vous et votre partenaire participez tous les deux à l'étude, il est important de ne pas discuter de l'entretien avant que les deux entretiens aient été réalisés pour ne pas influencer les réponses de l'autre. Par la suite, c'est à vous et à vous seul (e) de faire le choix de partager ou non le contenu de votre entretien avec votre partenaire. Avez-vous d'autres choses à ajouter concernant votre expérience? Merci encore et bonne journée.*

## **Appendice H**

Grille de recensement des documents institutionnels et ressources disponibles pour les  
parents ayant eu recours à la PMA

## Grille de recensement des documents institutionnels et ressources disponibles pour les parents ayant eu recours à la PMA

| Source                         | Type de document                                  | de   | Titre/Description                                            | Contenu principal                                             | Accès (public/restreint) | Commentaires                                                                                  |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gouvernement du Québec</b>  | Page web                                          |      | Programme de procréation assistée                            | Informations sur l'admissibilité, les services couverts, etc. | Public                   | Informations générales, peu de détails sur le suivi post-traitement                           |
| <b>CISSS/CIUSSS</b>            | Brochure, web                                     | page | Suivi prénatal                                               | Informations sur les soins offerts aux femmes enceintes       | Public                   | Peu de spécificités pour les couples ayant vécu l'infertilité                                 |
| <b>Cliniques de fertilité</b>  | Page web                                          |      | Services offerts                                             | Processus de traitement, étapes du parcours                   | Public                   | Peu de suivi après confirmation de grossesse                                                  |
|                                | Documentation interne                             |      | Documents remis aux patients                                 | Informations sur l'infertilité et la PMA                      | Restreint (patients)     | Collecte via discussions avec professionnels, peu de détails sur la grossesse post traitement |
| <b>Associations de soutien</b> | Documentation en ligne                            |      | Vivre une grossesse après l'infertilité                      | Témoignages et conseils                                       | Public                   | Ressource utile pour le soutien                                                               |
| <b>Participants</b>            | Divers (livrets, courriels, fiches d'information) |      | Suivi de grossesse; vaccination; mieux vivre avec son enfant | Informations reçues à différentes étapes du parcours          | Variable                 | Peu de spécificités pour les couples ayant vécu l'infertilité                                 |

## **Appendice I**

Preuve de publication de l'article 1



Contents lists available at ScienceDirect

## International Journal of Nursing Studies Advances

journal homepage: [www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-nursing-studies-advances](http://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-nursing-studies-advances)



# Couples' experiences of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies: A qualitative meta-synthesis

Caroline René<sup>a,\*</sup>, Isabelle Landry<sup>a</sup>, Francine de Montigny<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Department of Nursing, Université du Québec en Outaouais, 283, boulevard Alexandre-Taché, Gatineau, Québec J9A 1L8, Canada

<sup>b</sup> Director Paternity, Family and Society Research Team, Full Professor, Department of Nursing, Université du Québec en Outaouais, 283, boulevard Alexandre-Taché, Gatineau, Québec J9A 1L8, Canada

## ARTICLE INFO

### Keywords:

Becoming parents  
Infertility  
Pregnancy  
Reproductive techniques  
Assisted

## ABSTRACT

**Background:** Across the world, a growing number of couples are directly or indirectly affected by infertility. Advances in assisted reproductive technologies are now enabling many of them to plan to have a child. As pregnancies resulting from assisted reproductive technologies are being experienced by a growing number of couples, it is important to better understand their experiences and the difficulties they encounter during the prenatal period.

**Objective:** This literature review aims to synthesize the qualitative results of primary studies in order to better understand couples' experiences of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies, after having experienced infertility.

**Design:** A meta-synthesis was conducted in accordance with the guidelines put forth by Sandelowski and Barroso in order to carry out an integrative analysis of the knowledge resulting from qualitative studies on this phenomenon.

**Data sources:** The literature search was carried out between October and November 2020. Seven electronic databases were searched (CINAHL, Medline, PsycNet, SCOPUS, ScienceDirect, CAIRN, ERUDIT) and 14 eligible articles were selected.

**Review methods:** The data from the "results" and "findings" sections of each of the articles were synthesized through thematic analysis to examine and summarize the topics found in the articles selected and develop the main themes.

**Results:** The thematic analysis is structured around four themes to describe and interpret different aspects of the experience of pregnancy resulting from ART, namely: 1) travelling a long and complex journey; 2) moving on with paradoxical emotions; 3) struggling with an emerging identity; and 4) reorganizing relationships. These results shed light on the complex issues faced by couples previously affected by infertility during a pregnancy resulting from assisted reproductive technologies.

**Conclusion:** The journey of a pregnancy resulting from assisted reproductive technologies must be recognized in order to offer support in line with the challenges faced by couples. This research will allow for a deeper understanding of women's experience, as well as that of their partner's, in a more specific way, and to better understand the impact on family and loved ones.

\* Correspondence author at: Université du Québec en Outaouais, Département des sciences infirmières, 283, boulevard Alexandre-Taché, Bureau C-1819, Gatineau, Québec J9A 1L8, Canada.

E-mail address: [Caroline.rene@uqo.ca](mailto:Caroline.rene@uqo.ca) (C. René).

<https://doi.org/10.1016/j.ijnua.2021.100059>

Received 11 August 2021; Received in revised form 9 December 2021; Accepted 15 December 2021

Available online 17 December 2021

2666-142X/© 2021 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## **Appendice J**

Preuve de publication de l'article 2

## Favoriser la participation des hommes en recherche : une revue narrative des stratégies gagnantes

Caroline René, Isabelle Landry, Katherine Péloquin, Marie-Josée Martel, Francine de Montigny

DANS **RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS** 2025/1 N° 160, PAGES 71 À 81  
ÉDITIONS **ASSOCIATION DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS**

ISSN 0297-2964

DOI 10.3917/rsi.160.0071

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2025-1-page-71?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



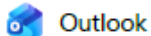
Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2025-1-page-71?lang=fr).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

## **Appendice K**

Preuve de soumission de l'article 3



---

## Decision on submission to Sexual & Reproductive Healthcare

---

De [REDACTED]  
de la part de  
Sexual & Reproductive Healthcare <[REDACTED]>  
Date Dim 2025-10-26 09:40  
À René, Caroline [REDACTED]

**Attention** L'émetteur de ce courriel est externe à l'Université du Québec en Outaouais.  
CC: iwi@du.se, ingela.wiklund@ki.se

Manuscript Number: **SRHC-D-25-00367R1**

Expecting a child conceived by medically assisted reproduction in the context of infertility: a qualitative case study of the experience of pregnant women and their partners

Dear Mrs René,

Thank you for submitting your manuscript to Sexual & Reproductive Healthcare.

I have completed my evaluation of your manuscript. The reviewers recommend reconsideration of your manuscript following **minor revision** and modification. I invite you to resubmit your manuscript after addressing the comments below. Please resubmit your revised manuscript by **Nov 09, 2025**. Failure to submit your revision or notify the editorial office of delays within 90 days will lead to an **automatic withdrawal** of your manuscript.

When revising your manuscript, please consider all issues mentioned in the reviewers' comments carefully:

- Please outline every change made in response to their comments and provide suitable rebuttals for any comments not addressed.
- **Please mark your revisions in a different color in the manuscript, but kindly make sure that you do not use track changes.**

Please do note that your revised submission may need to be re-reviewed.

To submit your revised manuscript, please log in as an author at <https://www.editorialmanager.com/srhc/>, and navigate to the "Submissions Needing Revision" folder under the Author Main Menu.

Sexual & Reproductive Healthcare values your contribution and I look forward to receiving your revised manuscript.

Kind regards,



## Confirming submission to Sexual & Reproductive Healthcare

De [REDACTED]  
de la part de  
Sexual & Reproductive Healthcare [REDACTED]  
Date Mar 2025-11-04 14:59  
A René, Caroline [REDACTED]

Attention L'émetteur de ce courriel est externe à l'Université du Québec en Outaouais.

\*This is an automated message.\*

Manuscript Number: **SRHC-D-25-00367R2**

Expecting a child conceived by medically assisted reproduction in the context of infertility: a qualitative case study of the experience of pregnant women and their partners

Dear Mrs René,

We have received the above referenced manuscript you submitted to Sexual & Reproductive Healthcare.

To track the status of your manuscript, please log in as an author at <https://www.editorialmanager.com/srhc/>, and navigate to the "Revisions Being Processed" folder.

Thank you for submitting your revision to this journal.

Kind regards,  
Sexual & Reproductive Healthcare

### Have questions or need assistance?

For further assistance, please visit Elsevier Support Center for [Author Support](#). Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions, and learn more about Editorial Manager via interactive tutorials.

You can also talk to our customer support team 24/7 by [live chat](#), [email](#) and [phone](#).

#AU\_SRHC#

To ensure this email reaches the intended recipient, please do not delete the above code

*In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. ([Remove my information/details](#)). Please contact the publication office if you have any questions.*