


**de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**



**Ministère
République du Mali**
Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO - STOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2010/2011

N°.....

THESE

**INFERTILITE DU COUPLE :
ASPECTS PSYCHOSOCIAUX CHEZ LA FEMME
AU CENTRE HOSPITALIER MERE-ENFANT:
LE < LUXEMBOURG>.**

**Présentée et soutenue publiquement le --/--/2011 devant
la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

Par M. Mahamadou DIABATE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)**

JURY

Président : Pr. Salif DIAKITÉ
Membre : Pr. Souleymane COULIBALY
Co- Directeur : Dr. El Hadj Seydou DIARRA
Directrice : Pr. SY Assitan SOW

***Au nom d'Allah, le Clément, le
Miséricordieux, le Très Miséricordieux, je
te remercie de m'avoir donné la force et le
courage pour réaliser ce travail.***

Louange à Dieu, Seigneur des mondes, et que
bénédiction et salut soient accordés au sceau et dernier
des prophètes, notre maître Muhammad (PSL) ainsi
qu'au reste des prophètes.

***JE DEMANDE PARDON ET PROTECTION AU TOUT
PUISSANT ALLAH.***

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011

ADMINISTRATION :

DOYEN : Anatole TOUNKARA – Professeur

1er ASSESSEUR : Boubacar TRAORE – Maître de conférences

2ème ASSESSEUR : Ibrahim I MAIGA – Maître de conférences

SECRETAIRE PRINCIPAL : Idrissa Ahmadou CISSE – Maître de conférences

AGENT COMPTABLE : Mme COULIBALY Fatoumata TALL – Contrôleur des finances

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	Ophtalmologie
M. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Yaya FOFANA	Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
M. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
M. Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
M. Abdoullaye Ag Rhaly	Médecine Interne
M. Boulkassoum HAIDARA	Législation
M. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Massa SANOGO	Chimie Analytique
M. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
M. Sanoussi KONATE	Santé Publique
M. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
M. Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Issa TRAORE	Radiologie
M. Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
M. Kalilou OUATTARA	Urologie
M. Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
M. Alhousseni Ag MOHAMED	ORL
M. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale, Chef de D E R
M. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
M. Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
M. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
M. Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Reanimation
M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
M. Mohamed KEITA	Oto- Rhino- Laryngologie
M. Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto- Rhino- Laryngologie
M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
M. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –réanimation
M. Bouraima MAIGA	Gynéco- Obstétrique
M. Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
M. Zanafon OUATTARA	Urologie
M. Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	Urologie
M. Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Souleymane TOGORA	Odontologie
M. Lamine TRAORE	Ophtalmologie
M. Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Youssouf SOW	Gynéco- Obstétrique
M. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Reanimation
M. Moustapha TOURE	Gynécologie
M. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
M. Boubacary GUINDO	ORL
M. Moussa A OUATTARA	Chirurgie Générale
M. Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
M. Bréhima Coulibaly	Chirurgie Générale
M. Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
M. Adegné TOGO	Chirurgie Générale
M. Lassana KANTE	Chirurgie Générale
M. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
M. Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
M. Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
M. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Reanimation
M. Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Reanimation

M. Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
M. Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
M. Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy Tall	Anesthésie Réanimation
M. Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
M. Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
M. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
M. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et cardio-Vasculaire
M. Tioukany THERA	Gynécologie
M. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
M. Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
M. Seydou BAKAYAKO	Ophtalmologie
M. sidi Mohamed COULIBAL	Ophthalmologie
M. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatoumata KONANDJI	Ophtalmologie
M. Hamidou Baba SACKO	ORL
M. Siaka SOUMAORO	ORL
M. Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
M. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
M. Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
M. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
M. Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
M. Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Amadou DIALLO	Biologie
M. Moussa HARAMA	Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	Immunologie
M. Bakary M. CISSE	Biochimie
M. Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
M. Adama DIARRA	Physiologie
M. Mamadou KONE	Physiologie
M. Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Amadou TOURE	Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	Parasitologie, Chef de D E R
M. Mahamadou CISSE	Biologie
M. Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie Virologie
M. Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
M. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
M. Moctar DIALLO	Biologie Parasitologie

M. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar TRAORE	Parasitologie/Mycologie
M. Mounirou BABY	Hématologie
M. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Kaourou DOUCOURE	Biologie
M. Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
M. Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
M. Souleymane DIALLO	Bactériologie/Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bouréma KOURIBA	Immunologie
M. Mahamadou DIAKITE	Immunologie/Genetique
M. Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
M. Bakary MAIGA	Immunologie
M. Bokary Y. SACKO	Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Mahamane MAIGA	Néphrologie
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie,
M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie /Hépatologie
M. Somita KEITA	Dermato-Leprologie
M. Boubakar DIALLO	Cardiologie
M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
M. Mamady KANE	Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	Radiologie Chef de D.E.R.
M. Soungalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie /Dermatologie

M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
M. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Mahamadou GUINDO	Radiologie
M. Ousmane FAYE	Dermatologie
M. Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
M. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
M. Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
M. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
M. Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
M. Mahamadou DIALLO	Radiologie
M. Adama Agoussa DICKO	Dermatologie
M. Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
M. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
M. Salia COULIBALY	Radiologie
M. Ichaka MENTA	Cardiologie
M. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
M. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique,
M. Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Elimane MARIKO	Pharmacologie Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Drissa DIALLO	Matières Médicales
M. Alou KEITA	Galénique
M. Benoit Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
M. Aboubacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
M. Saïbou MAIGA	Législation

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Yaya KANE	Galénique
M. Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
M. Yaya COULIBALY	Législation

M. Abdoulaye DJIMDE
M. Sékou BAH
M. Loséni BENGALY

Microbiologie /Immunologie
Pharmacologie
Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamadou Sounalo TRAORE
M. Jean TESTA
M. Massambou SACKO
M. Alassane A. DICKO
M. Seydou DOUMBIA
M. Samba DIOP
M. Hamadoun SANGHO

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie
Anthropologie Médicale
Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

M. Adama DIAWARA
M. Hammadoun Aly SANGO
M. Akory AG IKNANE
M. Ousmane LY
M. Cheik Oumar BAGAYOKO
M. Fanta SANGHO

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Informatique Médecine
Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

M. Oumar THIERO
M. Seydou DIARRA
M. Abdrahamane ANNE

Biostatistique
Anthropologie Médicale
Bibliothéconomie- Bibliographie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA
M. Bouba DIARRA
M. Zoubeirou MAIGA
M. Boubacar KANTE
M. Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
M. Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
M. Mahamadou TRAORE
M. Lassine SIDIBE
M. Cheick O. DIAWARA
M. Ousmane MAGASSY

Botanique
Bactériologie
Physique
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du milieu
Génétique
Chimie Organique
Bibliographie
Biostatistique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Boubacar FAYE
Pr Amadou Papa DIOP
Pr. Lamine GAYE
Pr. Pascal BONNABRY

Pharmacodynamie
Biochimie
Physiologie
Pharmacie Hospitalière

DEDICACES

- **A DIEU** le Tout Puissant et le Miséricordieux, pour sa grâce. Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine. Amen.

Oh ! Allah

Donne à mes yeux, la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur, la compassion et la compréhension ;

Donne à mes oreilles, la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres, les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit, le désir de partager ;

Donne-moi Allah, le courage et surtout le temps nécessaire, pour accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen.

- **Au prophète Mohamed** salut et paix sur lui.

Nous sommes très heureux d'être un élément de votre communauté. Vous m'avez guidé vers le droit chemin, le chemin de la religion musulmane. Que Dieu vous récompense.

- **A ma mère Fatimata Guissé:**

Maman, je te décerne ce modeste travail, car tu n'as ménagé aucun effort pour le voir aboutir. Que ce travail, fruit de ton engagement, me rende digne de toi. Les

mots me manquent adorable maman pour te qualifier. Tes conseils et tes bénédictions m'ont toujours aidé dans les instants les plus durs de la vie. Tu es une maman exemplaire, courageuse qui a toujours été à nos côtés (mes frères, sœur et moi). Ta souffrance nous a permis de réussir. Chère mère trouve ici un motif de consolation, d'espérance et aussi un témoignage de mon amour pour toi. Mère irréprochable, ta simplicité, ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde font de toi une femme admirée et respectée de tous. Tes innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants et il va de soi que tu en récoltes les fruits. Ce travail en est un, qu'il réjouisse ton cœur maman. Qu'Allah le Tout Puissant te garde encore longtemps parmi nous.

➤ **A mon père Sékou Diabaté :**

Connu par ton grand amour pour le travail, que tu as su inculquer en moi m'a beaucoup aidé dans mes études. Homme de principe, de décision, de soumission et très véridique ; valeurs qui nous serviront de guide et repère, tu as consenti beaucoup d'efforts pour la réussite de tes enfants. Ta philosophie de la vie est une référence pour nos emprunts de courage, de générosité et de simplicité. Ce moment est le fruit de ton éducation, tout ce qui vient de moi est de toi. Ton sens du travail, du courage, et surtout les sacrifices consentis pour notre éducation sont et resteront pour mes frères, ma sœur et moi la voie de l'honneur et de la dignité. Je te remercie de m'avoir mis à l'école. Que Dieu te garde encore très longtemps près de nous.

➤ **A mes frères et sœur : Moussa, Nabi, Ahmadou, Thierno Hady et Maïmouna**

Pour l'estime et la considération que vous avez pour moi. En témoignage des liens qui nous unissent, trouvez dans cette œuvre le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard et l'expression de mon profond attachement à la famille soudée.

➤ **A Cheickna Barry et famille :**

Votre sympathie, votre soutien tant financier que matériel, et vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut durant tout le long de mon cycle supérieur. Ce travail est aussi le vôtre. Trouvez ici, l'expression de ma reconnaissance et ma profonde gratitude. Que l'Eternel Dieu vous accompagne partout et vous donne la baraka.

REMERCIEMENTS

➤ **A Dieu** le Tout Puissant, le Clément, le très Miséricordieux de m'avoir donné la vie, le courage et les potentialités nécessaires pour accomplir ce travail.

➤ **A mes enseignants de l'école fondamentale et secondaire**

Vous nous avez enseigné les règles sociales de conduite. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous. Puisse DIEU vous donner longévité et vous bénir.

➤ **A tous mes enseignants de la F.M.P.O.S**

Je suis heureux de l'occasion qui m'est offert de pouvoir vous exprimer mes sentiments de gratitude. L'enseignement que vous nous avez dispensé avec dévouement restera un précieux souvenir qui guidera notre vie professionnelle.

Veillez mes chers maîtres, agréer l'expression de mes sentiments de gratitude et de ma respectueuse reconnaissance.

➤ **A tout le personnel du CHME le Luxembourg, du CM MAFOUD, de la clinique AICAZ** : Pour la collaboration sans faille,

➤ **Remerciement particulier au Dr DIARRA El Hadj Seydou** :

Je vous suis gré d'avoir spontanément mis votre temps à ma disposition dans votre service. Homme de science, sociable, généreux, vous m'avez accepté auprès de vous pour me former sans ménager votre peine, soyez assuré cher maître de ma gratitude infinie. Vous avez été pour moi pas seulement un maître

mais aussi un père. Merci pour votre encadrement de qualité et votre aide aussi bien matérielle que financière, ma reconnaissance est éternelle.

➤ **A mes amis et camarades** : Dr Hamadoun TRAORE, Dr Abdramane DJIRE, Dr Amadou A. Koné, Daouda A. TRAORE, Dr Benoit KAMATE, Harouna SANOGO, Dr Djibril C. SOUMARE, Ismaël DEMBELE, Boubacar COULIBALY, Dr Moussa N. COULIBALY, Dr Barry B. SANGARE, Dr Souleymane D. Coulibaly, Amadou DIARRA, Dr Kadiatou BANE, DR Fatoumata CAMARA, Dr Adissa COULIBALY, Amadou B. DIALLO, Bakous TRAORE, Seydou TRAORE, José S. KEITA, Alassane DIARRA, Demba COULIBALY, Idrissa NIAMBELE, Hassim TALL, Pape K. Ouattara, Tidiane DIABY, Chiaka TRAORE, Dr Famady KEITA : pour le grand intérêt que vous portez à l'amitié, acceptez ce travail en témoignage de ma très grande reconnaissance. Je vous remercie tous pour votre soutien matériel et moral.

A mes amies : Aicha TOURE et Hawa CISSE : les mots me manquent pour vous apprécier à juste titre. Compagnes vertueuses, modestes, dociles et raffinées, vous avez été pour moi des conseillères, des guides. Cette thèse vous donnera toute ma tendresse, tout mon amour. Qu'Allah Le Tout Puissant nous donne une longue vie et exhausse tous nos vœux.

➤ **A mes grands-parents** : je n'ai pas eu la chance de vous connaître tous, mais je suis fier de vous. Que la terre vous soit légère.

- **A mes tantes :** Vous m'avez toujours accordé votre confiance, votre soutien, votre affection et vos encouragements m'ont été d'un appui inestimable tout au long de mon cycle universitaire. Ce travail est aussi le vôtre. Acceptez-le comme le témoignage de mon affection et de ma gratitude.
 - **A mes tontons :** En vous, j'ai retrouvé l'amour d'un père, que vous en soyez remerciés. Ce travail est le vôtre, et soyez rassurés de ma totale disponibilité et à ma soumission absolue.
 - **A mes cousins et cousines :** pour vous dire courage et persévérance. A cœur vaillant rien d'impossible. Que les vœux de solidarité familiale qu'ont toujours faits nos parents, servent d'exemple en chacun de nous, afin que nous soyons soudés pour toujours. Ce travail est aussi le vôtre.
 - **A l'A.E.S.A.C.K (Association des Etudiants en Santé ressortissants du Cercle de Koutiala et Sympathisants) et à l'A.D.E.R.S (Amicale Des Etudiants ressortissants de la Région de Sikasso) :** merci pour l'accueil chaleureux que vous nous avez réservés à notre arrivée à la FMPOS, les conseils et les cours donnés pour notre formation.
 - **A l'état major les BATTISSEURS de la FMPOS :** merci pour notre hébergement au sein du campus et des documents fournis pour notre réussite. Je me rappelle encore des luttes syndicales qu'on a menées ensembles pour l'amélioration des conditions de vie et d'étude des étudiants de la FMPOS.
-
-

- **A tous les couples infertiles** : que Dieu nous aide dans la prise en charge.
- **A tous ceux** qui n'ont pas été cités et qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail qu'ils soient vivants ou morts. Merci infiniment.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Salif Diakité,

Professeur honoraire de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMPOS.

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse.

Vos cours bien éloquents et élégants en amphithéâtre nous ont permis de faire nos premières armes en gynécologie et en obstétrique.

Nous avons découvert en vous une qualité scientifique indiscutable, une chaleur humaine exceptionnelle et un désir ardent à transmettre vos connaissances. Votre modestie, votre courtoisie, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité, votre combat de tous les jours dans la lutte contre la mortalité maternelle et fœtale, et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration.

Nous sommes fiers d'être vos élèves et nous manifestons le désir de continuer à demeurer auprès de vous pour apprendre la médecine. Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de vos bienfaits et vous accorde une vie longue et heureuse.

A notre Maître et Membre du Jury :

Professeur Souleymane COULIBALY,

Maître de conférences de Psychologie Médicale à la FMPOS,

Praticien hospitalier au CHU du Point-G,

Responsable de cours de Psychologie Médicale à la FMPOS.

Cher Maître,

Nous remercions le ciel d'avoir croisé votre chemin, tout en nous glorifiant d'avoir bénéficié de votre savoir. En acceptant de juger ce travail, vous nous faites un grand honneur et vos contributions ne feront que l'enrichir. Votre disponibilité avec laquelle vous nous avez accueillis rend compte de l'importance que vous accordez à la formation des étudiants. Homme ouvert et pragmatique, vos connaissances encyclopédiques et particulièrement en psychologie médicale, votre rigueur scientifique, la clarté de votre enseignement, votre sympathie, votre sens de l'humour font de vous une personnalité internationale et un maître admiré de tous. Veuillez trouver ici, cher maître, notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude pour l'assistance précieuse que nous avons trouvée auprès de vous.

Que Dieu vous accorde une longévité avec une santé meilleure.

A notre Maître et Co-Directeur de Thèse :

Docteur El Hadj Seydou DIARRA,

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique,

Chef de Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Mère-Enfant : le << Luxembourg >>.

Cher Maître,

Nous ne saurions jamais vous témoigner avec exactitude ce que nous ressentons. Nous avons été témoins des qualités exceptionnelles d'un homme modeste, simple, mais rigoureux, soucieux de notre bonne formation, du travail bien fait et aussi en quête permanente de la perfection.

Vous resterez pour nous le modèle de combattant de nos populations à travers l'amélioration et le rehaussement du statut de la femme. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire nous de bons médecins. Cher maître nous ne trouverons certainement pas la formule pour vous exprimer notre reconnaissance et notre gratitude. Nous prions l'Eternel, pour

qu'il vous donne longue vie. Enfin nous vous témoignons de notre constante disponibilité pour tout.

A notre Maître et Directrice de Thèse :

Professeur SY Assitan SOW,

Professeur honoraire de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMPOS,

Présidente de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),

Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Cher Maître,

Vous êtes parmi les premiers maîtres fondateurs de gynécologie de cette faculté.

Vous nous avez honorés en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Femme de science réputée et admirée par tous, nous avons été séduits par votre disponibilité, votre souci pour la cause des étudiants et de la formation médicale.

L'immensité de votre savoir, votre compétence, la clarté de votre enseignement, votre humilité et surtout votre rigueur dans la démarche médicale font de vous

une des plus belles fleurs nationales et internationales. Vos critiques et suggestions ne feront qu'améliorer la qualité de ce travail. Votre titre résume

toute l'importance que vous occupez dans cette faculté. Chère grande mère, veuillez accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux et de notre

attachement fidèle.

Puisse le tout Puissant vous donner une longue vie, afin que nous profitons le plus possible de la légende vivante que vous êtes.

LISTE DES ABREVIATIONS

GEU= grossesse extra utérine

IVG= interruption volontaire de grossesse

FCS= fausse couche spontanée

PMA= procréation Médicalement assistée

FIVETE= fécondation in vitro et transfert d'embryon

FIV= fécondation in vitro

IAD= insémination artificielle avec sperme du donneur

IAC= insémination artificielle avec sperme du conjoint

ICSI= intracytoplasmatic spermatozoïd injection

HSG= hystérosalpingographie

ATCD= antécédents

EMC= encyclopédie médico-chirurgicale

IST= infection sexuellement transmissible

DDR= date des dernières règles

HTA= hypertension artérielle

OMS= organisation mondiale de la santé

CHME= centre hospitalier mère-enfant

CHU= centre hospitalier et universitaire

IEC= information, éducation, communication

FMPOS= faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

SOMMAIRE

I- Introduction :	1
II- Objectifs :	5
II-1 Objectif général.....	5
II-2 Objectifs spécifiques.....	5
III- Généralités :	6
III-1- Définition.....	6
III-2- Fréquence.....	8
III-3- Importance de l'enfant dans le couple.....	11
III-4- Troubles psychologiques liés à l'infertilité.....	12
III-5- Approche globale de l'infertilité.....	14
III-6- Intervention thérapeutique de l'infertilité.....	28
IV- Méthodologie :	33
V- Résultats :	37
VI- Commentaires et discussion :	69
VII- Conclusion :	85
VIII- Recommandations :	86
IX- Références bibliographiques :	89

X- Annexes :.....98

I- INTRODUCTION

Se reproduire, fonder une famille sont des besoins naturels qui canalisent une grande part de l'énergie vitale. L'impossibilité d'y parvenir peut provoquer une véritable crise existentielle [22].

La stérilité se définit comme une impossibilité définitive de concevoir, déterminée après une longue période d'infertilité. Elle est primaire lorsque aucune grossesse ne s'est déclarée dans le couple et secondaire dans les cas contraires quelque soit l'issue de cette grossesse.

Les habitudes sociales et même médicales font prévaloir l'usage du terme de «stérilité» sur celui d'«infertilité», qui de part sa définition serait plus adaptée pour notre étude. Nous avons cependant choisi d'employer tout au long de notre étude le terme d'«Infertilité» pour désigner l'ensemble des problèmes de conception et de procréation retrouvés chez nos patientes.

Pour un groupe d'experts de l'OMS, l'infécondité comprend aussi bien l'impossibilité de concevoir que celle d'amener le produit de conception jusqu'à la naissance.

Cette infécondité touche aussi bien l'homme que la femme partout dans le monde. Sa prévalence, bien que difficilement estimable, varie d'une région à l'autre.

L'infertilité a été et demeure un problème préoccupant pour de nombreux couples surtout dans les pays africains. C'est un réel problème de santé publique

tant pour la démographie que pour le bonheur d'une partie de la population. Cependant selon l'organisation mondiale de la santé 50 à 80 millions d'individus de part le monde ont un problème de fertilité qui peut être à l'origine de perturbation de la vie du couple. Environ deux (2) millions de nouveaux couples consultent chaque année pour infécondité et l'OMS signale la hausse de la prévalence de l'infertilité dans le monde entier [5].

Selon les statistiques de l'OMS l'infertilité affecte 12-14% des couples [1].

Les responsabilités sont partagées : 1/3 pour l'homme, 1/3 pour la femme, 1/3 pour le couple.

Dans plusieurs pays d'Afrique au sud du Sahara (Cameroun, Gabon, République Centrafricaine, Zaïre), la fréquence de l'infécondité peut atteindre des chiffres supérieurs à 30% alors que dans le reste du monde, la fréquence du couple infécond est en moyenne de 5% [12].

Il n'est pas habituel d'entendre parler de l'infertilité comme problème prioritaire de santé publique. Cependant selon l'OMS « la santé est un état de bien être physique, mental, moral et non l'absence d'une maladie ou d'une infirmité ».

Il ressort que l'infertilité est un sujet de préoccupation, aussi bien pour le couple qui en souffre que pour le médecin chargé de la prise en charge car elle est source de problèmes tant au plan physique, social, psychologique, moral qu'au plan économique. De nos jours, le problème de l'infertilité se pose de plus en plus avec acuité : 5% en France et 17% au Mali [1].

Cette infécondité demeure un problème socioculturel très important quand on sait qu'en Afrique en général et particulièrement au Mali le but principal du mariage reste la procréation. La naissance d'un enfant dans un foyer est source de joie, et contribue plus ou moins au maintien d'une certaine harmonie dans le ménage. Par contre l'infécondité dans un foyer sans enfant est source de divorce et de désintégration familiale.

Selon l'OMS 80 % des infertilités féminines en Afrique sont d'origine tubaire [5]. La recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) souvent non ou mal traitées, les avortements clandestins compliqués d'infections, les infections du post partum en sont les principales causes.

Si dans les pays industrialisés l'infertilité interpelle le couple tout entier, en Afrique, la responsabilité féminine demeure souvent la seule évoquée. Cette responsabilité se fonde sur la logique : « Puis qu'elle n'est pas enceinte, c'est elle qui est infertile ».

En dépit des discordances statistiques, nombreux sont les auteurs qui estiment entre 20 à 50% la part de responsabilité de l'homme dans l'infertilité du couple.

A Strasbourg il a été retrouvé que l'infertilité respectivement d'origine féminine était de 30% ; masculine 20% et mixte 40%. L'infertilité restait inexplicquée dans moins de 10% des cas [4].

Cette participation masculine dans l'infertilité du couple est niée, refusée ou difficilement acceptée par l'homme. Ce refus est manifesté par l'homme quelque

soit son niveau d'alphabétisation et ceci par méconnaissance de la physiologie de la reproduction ou par refus de la vérité vécue comme une culpabilité.

S'appuyant sur une tradition qui est la soumission aux ordres de son mari, la femme africaine accepte et porte la charge de cette infécondité. Vivant sous la pression de la belle famille notamment des belles sœurs, accusée d'être infidèle ou prostituée ou incapable de continuer la lignée familiale, la femme inféconde se voit marginalisée dans son foyer conjugal.

Très souvent répudiée, ridiculisée par la coépouse ayant des enfants, et dans le pire des cas divorcée, ne bénéficiant d'aucun soutien de la famille conjugale, elle devient la proie des charlatans. N'ayant pas eu satisfaction, son dernier recours est la médecine moderne dont le coût élevé entraîne des cas d'abandon en cours de traitement.

L'essor de nouvelles techniques de procréation médicalement assistée telles que : la fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE) n'est pas encore à la portée du plus grand nombre des patientes. L'infertilité est une crise très profonde dont les aspects psychologiques sont souvent ignorés et non traités.

Par cette étude, nous voulons dans le cadre de la pratique gynécologique courante faire le point par rapport à la répercussion psychosociale chez des patientes consultant pour infertilité conjugale au Centre Hospitalier Mère-Enfant : « le Luxembourg » et dégager des propositions concrètes compatibles avec nos moyens. Ainsi nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

II- OBJECTIFS

II-1 Objectif Général :

Etudier la répercussion psychosociale de l'infertilité conjugale chez les femmes consultant au Centre Hospitalier Mère-Enfant : « le Luxembourg ».

II-2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'infertilité conjugale dans le service de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier Mère-Enfant : « le Luxembourg » ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant consulté pour infertilité conjugale au Centre Hospitalier Mère-Enfant : « le Luxembourg » ;
- Evaluer les aspects psychosociaux de l'infertilité conjugale chez les femmes consultant au service de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier Mère-Enfant : « le Luxembourg ».

III - GENERALITES

III-1- Définition

L'infertilité est difficile à définir et à démontrer autrement qu'en référence à un couple et non à un individu. La complexité du problème rend difficile cette définition. Il est habituel de différencier l'infécondité de l'infertilité bien que ces deux états conduisent à la même situation : l'absence de progéniture.

Pour un groupe d'experts de l'OMS, l'infécondité comprend aussi bien l'incapacité de concevoir que celle d'amener le produit de conception jusqu'à la naissance vivante [5].

PALMER et MADELENAT parlent d'infécondité confirmée après un délai de 2 (deux) ans [23].

Les épidémiologistes définissent l'infécondité comme l'absence involontaire de conception après un certain délai de recherche de grossesse, le plus souvent 1(une) année. Un couple fécond est un couple qui a conçu et un couple infécond qui n'a pas (encore) conçu. L'infécondité peut être soit primaire, le couple n'ayant jamais eu d'enfant, soit secondaire après une ou plusieurs grossesses que celles-ci aient ou non abouti à un enfant. La fécondité est un état c'est le fait d'avoir procréé.

Pour le démographe, un couple infertile est un couple qui se trouve dans l'incapacité de procréer (c'est-à-dire d'obtenir une naissance vivante, incapacité qui resterait définitive en l'absence d'intervention médicale efficace). Un couple

est réputé infertile s'il n'est pas parvenu à concevoir après un certain nombre de mois avec des rapports sexuels non protégés ; dans ce cas les démographes parlent d'infécondité (absence involontaire d'enfant).

La stérilité se définit comme une impossibilité définitive de concevoir, déterminée après une longue période d'infertilité. Elle est primaire lorsque aucune grossesse ne s'est déclarée dans le couple et secondaire dans les cas contraires quelle que soit l'issue de cette grossesse.

Un couple fertile est un couple apte à concevoir, un couple infertile est un couple qui ne peut concevoir.

Le délai d'appréciation de l'infertilité est beaucoup plus court chez les Anglo-saxons : NOVAK et WHITELOW cités par Dolo T [1] l'admettent respectivement pour un (1) an et pour six (6) mois. Nous retiendrons que :

L'infertilité du couple est l'incapacité pour le couple de procréer après un délai de 2 ans de rapports réguliers normaux sans contraception.

Elle est primaire lorsqu'il n'y a jamais eu de grossesse. Lorsqu'après une ou plusieurs grossesses (quelle qu'en soit son évolution, accouchement, avortement ou GEU), il y a une pause gestationnelle chez une femme en période génitale active, elle est dite secondaire. Bien que cette définition soit habituellement admise elle n'est pas adaptée à un pays pro nataliste comme le Mali, notre société s'attend à un enfant ou au moins à une grossesse dès la première année du mariage.

III-2- Fréquence

La fréquence des couples qui après deux ans de rapports sexuels réguliers et complets n'ont pas eu de grossesse, même interrompue est supérieure à 10% quel que soit le pays considéré [2]. De nombreux travaux ont démontré que dans 30% des cas le problème vient de l'homme seulement, dans 30% des cas le problème vient de la femme seulement, dans 30% des cas le problème vient des 2 personnes, et dans 10% des cas, il n'y a pas de problème physique qui empêcherait la fécondation.

A Strasbourg il a été retrouvé que l'infertilité respectivement d'origine féminine était de 30% ; masculine 20% et mixte 40%. Elle restait inexplicée dans moins de 10% des cas [4]. L'espèce humaine a une fécondité moyenne peu élevée.

C'est ainsi que pour un couple normal ayant des rapports 2 à 3 fois par semaine, la grossesse ne survient le premier mois que dans 20% des cas, dans les 6 premiers mois que dans 50% des cas et dans la première année que dans 90% des cas [17].

Quinze pour cent (15%) de couple ont mis plus de temps qu'ils ne l'auraient souhaité pour obtenir une grossesse et 4% n'ont pas d'enfants à la fin de leur vie productive alors qu'ils souhaiteraient en avoir un. Il est également nécessaire de préciser que l'infertilité du couple n'est pas forcément imputable à la seule femme. L'absence d'enfant dans un foyer peut être uniquement imputable à l'homme.

Si dans les pays industrialisés l'infertilité est considérée comme une affaire du couple, en Afrique le mythe de la responsabilité féminine demeure encore vivace. Dans presque toutes les campagnes en Afrique, la richesse d'une famille est liée en partie au nombre de ses enfants, car ils sont essentiels pour les travaux champêtres et comme soutien des parents dans leur vieillesse [9].

Victor Hugo lui-même disait :

<<Que Dieu me préserve d'une maison sans enfants>>.

C'est dire que l'infertilité du couple a toujours été préoccupante pour les sociétés et cela depuis la nuit des temps.

Dans le monde entier il semblerait que l'infertilité du couple en Afrique Sub-saharienne soit la plus élevée : elle serait de 10-21% [9].

Ce fort taux d'infertilité est du à la sous médicalisation [18].

De nos jours, le problème d'infertilité se pose de plus en plus avec acuité : 5% en France et 17% au Mali [1].

En France : 400000 couples sont formés tous les ans, 5% d'entre eux seront inféconds après plusieurs années d'essai infructueux [3].

Beaucoup plus (10-15%) des couples consulteront car ils n'ont pas conçu alors qu'ils le désirent depuis plusieurs mois [3].

Dans les années 2000 environ 13% de femmes souffraient d'infertilité aux USA selon les statistiques de l'OMS.

Au Mali :

En 1975 Keïta B [10] a estimé la fréquence de l'infertilité à 25%. Il a trouvé pour l'infertilité féminine 27% de causes tubaires, 80% de causes hormonales, 46% dues à une anomalie de la glaire.

En 1979 Kouriba I [27] lors de son étude à la PMI de Niarela a trouvé 300 cas d'infertilité féminine dont 114 cas d'infertilité secondaire, soit 38%.

En 1987, Diakité A [2] a réalisé une étude sur dossier distribué dans les services de santé de Bamako, 139 dossiers d'infertilité féminine ont été sélectionnés dont 100 cas d'infertilité secondaire, soit 71,9% des cas.

En 1988, Samaké H [9] à l'HPG a trouvé 170 cas d'infertilité féminine dont 114 cas d'infertilité secondaire soit, 67,1% des cas.

En 1990, Keïta M [26] a réalisé une étude à Kolondiéba, l'infertilité primaire a été estimée à 3,6% et l'infertilité secondaire à 6,5%.

En 1997, Dolo T [1] a réalisé une étude à l'HPG, la fréquence de l'infertilité était de 17% dont 11,36% pour l'infertilité secondaire.

En 2008, Timbely F [21] a trouvé 10,0%

En 2008, Traoré Y [28] avait trouvé une fréquence de 15%

En 2008, Omgoiba A [8] avait trouvé 14,9%

A travers les chiffres des études précédemment faites nous ne pouvons pas affirmer la fréquence de l'infertilité au Mali. Il s'agit d'études hospitalières qui seront difficilement représentatives de la population malienne.

III-3- Importance de l'enfant dans le couple:

L'enfant n'est-il pas très souvent à la base de toute union libre ou conjugale ? Quand il est absent dans un foyer, les éléments du couple entretiennent des rapports tantôt tendus, tantôt bons ; le couple a souvent un sentiment de culpabilité commune ; s'accuse mutuellement [52]. Cette tension au sein du couple amène certains maris à divorcer leur femme ou à se remarier.

Pour la même raison, un couple sans enfant est peu valorisé par sa communauté. Cette communauté accuse souvent le couple de <<mécréants>>, de << sorcières >>, de << maudits de Dieu >>. Victimes de diverses accusations, le couple s'adonne à des soins médicaux, à des consultations de devins, à des promesses ou offrandes aux divinités ou à des pèlerinages aux lieux saints. Ces lieux représentent des tombeaux des grands marabouts tels que Sidi Modibo Kane à Dili au Mali ou Kankou Sékouba à Kankan en Guinée. A ces lieux s'ajoutent soit la Mecque, soit les différents lieux de pèlerinage des chrétiens notamment à Kita au Mali ou au Vatican à Rome en Italie [52].

Après ces différentes démarches, si l'enfant ne vient toujours pas, le couple se sent malheureux et trouve son avenir sombre sans l'héritier issu de son union conjugale. Cette frustration peut amener certains maris à divorcer leur femmes ou à se remarier.

Nous comprenons que toutes ces démarches traduisent l'importance de l'enfant. Cette importance exprime le fait que c'est l'enfant qui raffermis les liens

conjugaux, fait l'harmonie du couple, il est le point d'union dans le couple, il est le facteur d'entente, d'équilibre pour le couple. Pour l'enfant les éléments du couple acceptent de se supporter les uns les autres durant toute la vie. Il est, en outre, le « prince héritier » et un garant pour assurer la relève des parents. Dans nos sociétés l'enfant est considéré comme un signe de fortune, ainsi la vraie pauvreté pour eux, c'est plutôt le manque d'enfant que l'absence des biens matériels au sein du couple. Son grand nombre constitue une abondante main d'œuvre dans le champ agricole et sur le champ de bataille. Voilà donc un nouvel axe d'investigation qu'il serait intéressant de voir explorer par d'autres recherches d'étudiants à l'avenir.

III-4- Troubles psychologiques liés à l'infertilité

Les écrits cliniques traitant de l'infertilité montrent que celle-ci est associée à une configuration précise de répercussions psychologiques négatives:

1) une chute de l'estime de soi (Bell, 1981; Seward et al, 1965) provoquée, d'une part, par la transgression d'une norme sociale répandue « tout homme/ femme normal(e) devrait concevoir au moins un enfant dans sa vie » et, d'autre part, par le caractère parfois humiliant que revêtent, dans l'esprit du patient, les procédures médicales liées au diagnostic et au traitement du problème (Menning, 1980);

2) l'apparition de troubles dépressifs caractérisés par une baisse d'énergie, un manque de satisfaction personnelle et une idéation négative; troubles déclenchés par les difficultés professionnelles et financières engendrées par le traitement,

l'absence de gratification du désir d'enfant (Lalos et al, 1986; Mc Grade et Tolor, 1981) et l'inefficacité du traitement (Lalos et al, 1986);

3) l'accroissement du stress et de l'anxiété (O' Moore et al, 1983; Platt et al, 1973) lié à des craintes que les traitements ne puissent pas avoir les effets escomptés ou qu'ils puissent être dangereux pour le patient et/ou le fœtus (Klein, 1989);

4) une augmentation des sentiments d'hostilité envers soi, dans le cas où le patient a contracté une IST qui contribue à l'infertilité, contre un conjoint qui ne participe pas aux traitements et/ou contre des médecins qui manquent de tact et qui n'arrivent pas à identifier la cause ou le remède au problème (Menning, 1980)

5) une insatisfaction accrue vis-à-vis du soutien social reçu du partenaire, des membres de la famille, des amis ou des membres de l'équipe médicale (Klein, 1989; Lalos et al, 1986);

6) une forte tendance à minimiser ou à nier l'importance du problème et les séquelles émotives associées (Chatel, 1988; O' Moore et al, 1983);

7) une augmentation des problèmes de communication (Shapiro, 1982) et **une diminution de l'attrait exercé par le partenaire**, surtout chez les couples qui sont encore infertiles après 2 ans de traitement (Lalos et al, 1986);

8) enfin, un accroissement des problèmes sexuels (perte de la libido, baisse de la satisfaction, perte d'érection, éjaculation retardée et anorgasmie) liés à la

nécessité des rapports sexuels programmés sur demande (lors de l'ovulation) et des tests post-coïtaux (Keye, 1984; Lalos et al, 1986; Ouellet, 1982).

III-5- Approche globale de l'infertilité

L'infertilité constitue l'une des crises les plus profondes du couple. Elle menace tous les aspects de la vie à deux: elle n'affecte pas uniquement les relations entre les deux partenaires, mais touche également chacun individuellement, en affectant le sens du moi, les rêves d'avenir, les relations avec les parents, amis et collègues. Peu de crises mettent en question autant d'aspects psychologiques et sont aussi accablantes.

Pourtant, l'attention se concentre généralement sur les aspects physiologiques de l'infertilité. Les conséquences psychologiques sont souvent ignorées et non traitées. Il en résulte pour la plupart des patients une souffrance intense et solitaire, qui augmente d'autant le stress et peut avoir une influence néfaste sur le résultat du traitement.

L'infertilité est un problème médico-social dans nos contrées. La découverte d'infertilité est toujours un traumatisme psychologique pour le couple et surtout pour la femme ; les conséquences peuvent être multiples : état dépressif, le stress, la jalousie par rapport aux personnes ayant un bébé, culpabilité, abandon, troubles sexuels, sexualité extra conjugale..., bref une crise d'identité.

Pour les femmes de nombreux pays en développement, l'incapacité d'avoir des enfants peut aboutir à la stigmatisation et à l'abandon de la femme par son époux.

L'Africaine traditionnelle éduquée dès le bas âge à la soumission et considérant son mari comme le seul maître, accepte et porte seule le fardeau de cette stérilité conjugale.

Gardienne des valeurs traditionnelles et chargée de leur pérennité, la femme africaine perd tous ses droits dès lors qu'elle ne possède pas la faculté de procréer.

« Mon infertilité est une gifle à mon estime de moi, une violation de ma privauté, un assaut à ma sexualité, un test ultime à ma capacité à ' faire face ', un pénible rappel que rien ne peut être pris pour acquis. C'est une rupture dans la continuité de la vie ; c'est par-dessus tout, une blessure à mon corps, à mon âme ».

Ce témoignage d'une femme souffrant d'infertilité exprime de façon éloquente le drame que représente le fait d'être ou de se sentir privé d'un pouvoir fondamental : celui de concevoir et de reproduire.

De tout temps et de façon universelle, avoir des enfants a été la norme générale ; il s'agit d'une condition essentielle à la survie de l'espèce et un ensemble de raisons biologiques, psychologiques, religieuses, socioculturelles et politico-économiques contribuent à cette réalité.

Geneviève Delaisi de Parseval(1983) précise que l'enfant est non seulement « symbole de pérennité de l'espèce humaine mais aussi celui de l'identité sexuelle, de l'intégrité physique et de l'intégration sociale de l'individu et du couple ». Il n'est donc pas étonnant que la personne infertile contre son gré se heurte à une

réalité extrêmement pénible. Afin d'en saisir l'ampleur et la signification, il faut tenir compte de l'étroite interaction de chacun des facteurs qui y participent :

- **Contexte socioculturel**

Le contexte socioculturel dans le lequel s'inscrit une expérience d'infertilité joue un rôle majeur dans la façon dont celle-ci est vécue et intégrée. La majorité des gens ont grandi avec la conviction profonde qu'ils pourraient répondre à leur désir d'enfant lorsqu'ils choisiraient de l'actualiser. Quand ils s'inquiétaient au sujet de ce pouvoir, c'était davantage par rapport à leur capacité de se trouver un partenaire de vie et de parentalité que relativement à leur capacité de se reproduire biologiquement. Depuis quelques décennies un très grand nombre de personnes ont ainsi eu recours à la contraception pendant des périodes plus ou moins longues, dans l'attente du moment jugé favorable de devenir parent. Jusqu'à très récemment en effet, le problème de la contraception était au centre des préoccupations individuelles et sociales en matière procréative. Les passions et les contradictions soulevées par le droit à la contraception puis à l'avortement laissaient peu de place à l'expérience de la minorité de couples sans enfant. Il n'est pas encore très loin le temps où ceux-ci devraient vivre leur drame dans l'ombre, la pitié ou même la réprobation. Le silence qui entourait la stérilité ouvrait la porte à tous les fantasmes et, dans la mesure où la fertilité était intimement associée à la virilité, à la féminité et à la sexualité, ce sujet restait tabou et les infertiles marginalisés.

- **Expérience psychologique de l'infertilité**

La privation de la capacité procréative non seulement place la personne en cause hors de la norme générale, mais elle la rejoint dans un désir qui a des racines biologiques et psychologiques très profondes.

Découvrir que l'on n'a pas le pouvoir de se reproduire, constitue un véritable choc. Se retrouver infertile sans en avoir fait le choix, c'est être aux prises avec un sentiment intense d'échec et de perte de maîtrise sur sa vie, c'est habituellement aussi souffrir d'une importante blessure narcissique. Être infertile comme conséquence d'une stérilisation volontaire, qu'une personne désire annuler sans pouvoir y parvenir suscite aussi des réactions intenses. Il en est de même de l'infertilité déterminée, non pas par une absence de pouvoir biologique, mais par un choix lié en grande partie à une situation sociale ou relationnelle particulière (par exemple l'absence d'un partenaire ou le refus d'enfant de la part d'un conjoint dont on ne veut pas se séparer) ou par un choix moral (par exemple refuser de mettre au monde un enfant exposé à un risque jugé trop grand de maladie héréditaire).

L'histoire propre à chaque situation d'infertilité en colore différemment l'expérience intérieure, mais cet état, dans la mesure où il n'est pas souhaité, réveille une angoisse profonde enracinée dans tout le développement psychodynamique de qui la vit. Elle rejoint cette personne à des stades infantiles où subsistent, à des degrés très divers, certains sentiments de toute-puissance et

d'impuissance, de persécution et d'abandon. Elle met à rude épreuve la force du moi et les capacités d'intégration du soi.

La majorité des gens touchés négocient difficilement cette expérience très anxiogène, qui les confronte aux limites de la vie et à leur propre mort.

La façon de réagir à l'infertilité varie toutefois en fonction du jeu complexe de plusieurs facteurs : l'intensité et la signification du désir d'enfant, la structure de la personnalité de la personne concernée, son potentiel et son équilibre personnel et relationnel, le contexte socioculturel, etc. La nature et l'intensité des motivations à être enceinte ou à avoir un enfant jouent un rôle déterminant.

Certaines, plus ou moins conscientes, trouvent leur ancrage dans des besoins très primitifs. L'enfant souhaité non seulement apparaît alors souvent comme un moyen de conjurer la mort, mais il exprime le désir de réparer sa propre enfance, de retrouver la fusion originelle, d'assurer sa sécurité, de retrouver son identité.

Une privation ou une menace à des niveaux aussi profonds fait appel à toute la force de celui ou celle qui cherche une solution. Toutes les ressources personnelles et conjugales devront être mises à contribution pour arriver à dépasser cette expérience.

Hommes et femmes peuvent souffrir de façon dramatique de la privation du potentiel procréatif. Toutefois les femmes sont particulièrement concernées.

Selon une étude de Freeman et collaborateurs, (1985) auprès de 200 couples, 48% des femmes et 15% des hommes rapportaient que l'infertilité était l'expérience la

plus dramatique ou affligeante de leur vie. De façon générale les femmes ressentent davantage le besoin d'en parler.

Une étude de Link et Darling (1986) démontre que les membres féminins de couples infertiles font preuve d'un degré de satisfaction concernant la vie qui est inférieur à celui de leur conjoint. De plus les femmes dont les conjoints refusaient de participer aux démarches faites en vue de résoudre le problème d'infertilité, vivaient une détresse psychologique ainsi qu'une insatisfaction maritale, sexuelle et générale supérieures à celles des femmes qui se sentaient engagées dans une démarche du couple.

Se superposant au substrat génétique et physiologique, le système de contrôle social assure que la femme intériorise le fait de porter un enfant comme condition à la construction d'une image positive d'elle-même favorisant ainsi l'expression de son identité générique à travers la maternité. De plus l'infertilité non seulement bouscule chez elle sa capacité d'être femme, mais elle ravive souvent les aspects conflictuels de la relation avec sa propre mère. Il s'agit d'une remise en question essentielle dont Alice Miller (1983) donne un aperçu quand elle écrit que : «< l'idéalisation de l'amour maternel est un des tabous qui ont survécu à tous les courants de démythification de notre époque>>».

Quelque que soit le sexe toutefois, une infertilité non souhaitée représente une perte grave qui, dans bien des cas, réactive d'autres deuils majeurs non complétés. Le deuil de la fertilité s'avère d'autant plus difficile que l'objet de la

perte est intangible. On ne pleure pas la perte d'un bébé réel, mais celle de l'enfant rêvé, fantasmé, de l'enfant d'un désir dont la valeur symbolique est énorme et souvent inconsciente. Comme dans tout processus de deuil, la personne infertile doit traverser différentes étapes pendant lesquelles pourront se développer, se mêler et se résoudre de nombreuses réactions émotives : négation, révolte, envie, colère, culpabilité, anxiété, dépression etc....

Plusieurs autres pertes accompagnent celle de l'enfant désiré, menaçant une image et une estime de soi déjà fortement atteintes : perte d'un certain statut, d'une identification à un rôle conforme à la norme sociale prévalente, perte de relations interpersonnelles significatives. L'équilibre du couple est aussi toujours ébranlé par cette expérience. Certains y trouvent une force additionnelle, mais l'incapacité de se reproduire mène d'autres à la séparation ou réveille, à tout moins, la peur que leur couple ne puisse survivre à ce drame. Parfois, ce sont des parents ou des amis, qui acceptent mal la situation, qui s'éloignent ou de qui la personne ou le couple se distancie pour diverses raisons : sentiment de n'être pas compris, remarques inadéquates, tentatives maladroites de soutien, intolérance à l'égard de la différence. Ajoutons enfin que l'infertilité a aussi souvent des répercussions dans le milieu de travail. Certaines voient ainsi menacée la sécurité qu'ils y cherchaient. Passer de nombreuses heures dans des cliniques de fertilité, investir temps, argent et espoir dans les diverses solutions proposées entraînent en

effet inévitablement une réorganisation et un stress accru, qui ne sont pas dans bien des cas sans influencer sur le rendement ou l'avancement au travail.

- Le contexte médical et la relation demandeur médecin

Quel rôle attribuer au contexte médical dans lequel se situent l'évaluation et le traitement des problèmes de stérilité? Contribue-t-il de façon significative à l'anxiété et aux diverses réactions somatiques et psychologiques observées chez les personnes infertiles? Considérons d'abord le fait qu'un bilan diagnostique dans une clinique de fertilité exige de nombreux examens parfois éprouvants à bien des égards.

Être branché sur le thermomètre ou dépendre de l'amour à heures fixes n'ont rien de réjouissant. En outre, certaines pharmacothérapies ne sont pas sans effet secondaires de même qu'une chirurgie ne s'avère jamais anodine. Enfin, le temps qui écoule entre le début et la fin d'une investigation peut s'étirer et parfois s'étendre sur plusieurs années. Les périodes d'espoir et de déception se succèdent et se multiplient. La femme en particulier guette anxieusement, chaque mois, le déroulement de son cycle. Pendant tout ce temps, l'équilibre du couple et sa capacité de communication sont soumis à plus d'un test. Les réactions sont nombreuses : désir et crainte de connaître la cause, de déterminer le responsable de l'infertilité, tentatives pour protéger l'autre, agressivité plus ou moins reconnue, culpabilité, retrait, confusion, remise en question des valeurs et des attentes respectives. La situation particulière de chaque couple est pour beaucoup

dans la façon dont est vécue l'investigation. Les facteurs d'infertilité peuvent exister chez un seul des conjoints ou chez les deux. De plus, l'importance respective de ces facteurs est variable de sorte que certaines personnes infertiles à l'intérieur d'un couple donné ne le seraient pas avec d'autres partenaires. Des perturbations du désir ou de la réponse sexuelle, tout en n'étant pas habituellement à l'origine de l'infertilité, en découlent fréquemment. Il n'est pas rare en effet que la difficulté à vivre l'infertilité et tout ce qui y est associé provoque l'apparition de troubles du désir, de l'excitation ou de l'orgasme chez l'un ou l'autre conjoint. La difficulté à faire face au stress de la quête d'enfant peut enfin se manifester sur d'autres plans somatiques et l'on assiste alors chez certains à l'apparition des symptômes divers : fatigue, nausées, étourdissements, maux de ventre, insomnie etc.

L'approche médicale des problèmes de fertilité nous place devant un phénomène nouveau : la procréation n'est plus exclusivement une affaire du couple. Le désir d'enfant personnel et conjugal perd de son intimité pour être en quelque sorte exposé sur la place publique. Le pouvoir de vivre une grossesse ou de faire un enfant est maintenant partagé par une tierce partie, qui le complexifie de ses propres attentes et de ses propres réactions émotives. D'une part, l'offre scientifique et la pression publicitaire contribuent à amener certaines personnes à considérer le recours médical comme la seule et dernière issue possible. D'autre part, la relation qui s'installe entre la personne infertile et son médecin donne lieu

à de nombreuses réactions et émotions chez chacune des parties. L'illusion fréquente, chez les demandeurs, d'une puissance médicale quasi illimitée se conjugue parfois à celle, chez le médecin, de croire que son désir d'aider et de réussir peut justifier une forme d'acharnement thérapeutique. Cette relation demandeur –médecin se répercute habituellement sur la situation infertile. Ainsi dans certains cas elle exacerbe le désir de grossesse ou campe les personnes en cause dans une position qui fait obstacle au dénouement de l'ambivalence présente dans tout désir d'enfant (Châtel, 1987). Quelle que soit l'intensité du désir, il existe toujours maintes raisons pour lesquelles il peut être inquiétant de réaliser ce rêve. Le rôle du médecin est ici prépondérant : en étant de l'écoute autant de son propre désir de vie et de puissance que de l'histoire globale du client qui le consulte, il augmente les chances de faire face à l'infertilité de façon adéquate. Ceci implique que les solutions médicales ne soient pas présentées hâtivement, c'est-à-dire avant même que le deuil du projet initial d'enfant ne soit pas amorcé et sans que ne soit suffisamment comprise la totalité de l'expérience vécue.

-Le système biopsychosocial : Les croyances populaires autant que l'attitude médicale prévalente jusqu'à aujourd'hui reflètent trop souvent un clivage entre <<infertilité organique>> et <<infertilité psychogène>>. La personne qui consulte un médecin parce qu'elle n'arrive pas à concevoir un enfant est habituellement partagée entre, d'une part, la crainte que l'on trouve une cause

physique qui ne puisse être traitée et, d'autre part, la peur qu'aucune cause médicale ne soit mise en évidence et que l'on appose l'étiquette d'infertilité psychologique. Cette deuxième crainte est habituellement plus forte que la première. Combien de femmes ont senti leur anxiété, ou leur agressivité, monter une flèche en entendant les <<Vous êtes trop anxieuse>>, les <<Tu y penses trop>>, les <<C'est psychosomatique>> signifiant c'est psychologique. Phrases qui trop fréquemment équivalent, pour la personne concernée, à une sorte de constat d'impuissance ou de verdict de culpabilité. De là à souhaiter avoir une vraie raison, il n'y a qu'un pas. Ne vit-on pas dans une société où, de façon générale, un diagnostic de maladie physique est reçu avec plus de sympathie et considéré plus acceptable que des difficultés classifiées comme psychologiques. Environ 10 à 15% des cas d'infertilité sont qualifiés de psychogènes parce qu'inexpliqués par aucune cause médicale connue. Des interprétations de ce diagnostic d'exclusion pourraient laisser entendre que tous les autres cas sont purement organiques ou que la mise en évidence de facteurs psychologiques encore non découverts permettrait d'offrir des traitements médicaux à toute infertilité non souhaitée. Or il est essentiel de comprendre l'infertilité comme un problème bio- psychosocial et de pouvoir l'aborder au moyen d'une approche globale qui tienne compte de l'ensemble des composantes qui déterminent le développement de même que le comportement humain et qui influent sur eux.

Un bon nombre d'études permettent de mettre en relief l'influence de divers facteurs (émotion, stress, habitudes de vie, etc.) sur l'organisme et sur le fonctionnement reproducteur. L'infertilité non désirée ne peut être évaluée ou traitée de façon adéquate que par rapport à l'histoire propre à chaque personne et à chaque couple. Reboul (1982) avance qu'il est certes plus rassurant et apparemment plus logique d'enfermer un symptôme dans un cadre nosographique. Or, selon cet auteur, il existe des situations où une impossibilité primaire inconsciente peut entraîner des lésions somatiques réelles et la situation de femme stérile par les perturbations psychologiques qu'elle entraîne peut entretenir l'infertilité. Imaginons aussi l'impact que peut avoir chez une femme la découverte d'une anomalie physique telle que l'absence congénitale d'utérus. Les réactions psychologiques et parfois somatiques qui s'ensuivent dans ces circonstances sont toujours vives, mais la capacité de faire face à cet événement sera conditionnée par l'histoire personnelle de cette femme de même que par son contexte familial et social. De nombreux autres exemples pourraient ainsi illustrer le fait que toute perturbation physique, psychologique ou sociale à l'intérieur du système psyché-soma-environnement a des répercussions sur la totalité de ce dernier.

L'expérience clinique tout autant que l'information anecdotique indiquent que des infertilités, de longue date dans plusieurs cas, se résolvent miraculeusement sans explication possible par une intervention médicale antérieure. Il peut s'agir

par exemple de grossesses survenues après adoption d'un premier enfant ou à la suite de la seule décision de consulter en clinique de fertilité, ou encore au moment où la personne ainsi guérie assume enfin son infertilité et redonne sens à sa vie.

La recherche confirme le rôle des facteurs non médicaux en ce qui a trait à l'accentuation du potentiel reproducteur. Une étude publiée dans le New England Journal of médecine (Collins et Coll., 1983) a comparé le taux de grossesses chez deux groupes de couples présentant des problèmes de fertilité (597 couples avec traitement et 548 sans traitement). L'incidence de grossesse chez les deux groupes ne différait pas de façon significative et 61% de toutes les grossesses étaient regroupées dans la catégorie <<grossesses indépendantes du traitement>>. De nombreuses causes peuvent contribuer à ces guérisons spontanées : temps, baisse du degré de stress, dénouement d'un conflit, etc.

Le rapport psyché-soma se manifeste de plusieurs façons, comme en témoignent ces situations où s'installent, consécutivement à une décision ambivalente ou anxiogène d'insémination ou de fertilisation in vitro ou in vivo, des changements ovulatoires notables chez des femmes jusque là très régulières dans leur cycle. Plusieurs auteurs (Walker, 1978 ; Seibel et Graves, 1983 ; Seibel et Taymor, 1982 ; O' Moore et Coll., 1983 ; Mozley et Coll., 1983 ; Sarrel et Cherney, 1985) rapportent l'incidence du stress, de l'anxiété et de différents facteurs psychologiques sur le fonctionnement hormonal général, la fréquence ovulatoire,

les avortements spontanés, l'apparition de spasmes tubaires empêchant la conception de même que sur la production et la qualité spermatique. Les recherches démontrent aujourd'hui l'étroite interrelation des mécanismes neurochimiques du système reproducteur et du fonctionnement psychique de l'être humain. Mozley (1983) affirme que, dans les situations d'infertilité, les <<facteurs psychogènes devraient être évalués de façon complète et routinière autant que les facteurs cervicaux, tubaires ou endocriniens>>. Il ajoute que les <<les données actuelles suggèrent fortement deux choses : premièrement que des anomalies structurelles, physiologiques ou chimiques, seront éventuellement démontées dans tous les cas d'infertilité et, deuxièmement, qu'un nombre significatif de ces anomalies sont causées par des facteurs émotionnels transformés par différentes parties du système limbique, la plus importante étant l'hypothalamus>>.

La présence et le rôle de facteurs psychologiques ne signifient pas qu'il existe des troubles émotionnels plus grands chez les femmes et les couples infertiles que dans l'ensemble de la population, ni que ces personnes correspondent à un profil de personnalité particulier. Une étude de Garcia et collaborateurs (1985) effectuée auprès de 49 femmes infertiles anovulatoires comparait l'effet d'un traitement hormonal à celui d'un traitement placebo. Selon les conclusions de cette recherche, il y avait une réponse placebo à la fois quant à l'ovulation et quant à la grossesse. Toutefois, l'issue du traitement n'était pas associée aux facteurs du

comportement émotifs et de personnalité tels qu'ils avaient été évalués au moyen de plusieurs instruments de mesure psychologique prétraitement. D'autres recherches ont tenté d'établir un lien entre l'infertilité et les problèmes émotifs ou les types de personnalités, mais d'importantes lacunes méthodologiques en rendent les données peu fiables. Dans l'ensemble, les conclusions des études sur ce sujet sont partagées. Toutes s'accordent cependant pour reconnaître que l'expérience de l'infertilité est source de stress et de réactions émotives intenses.

Dans la mesure où l'infertilité n'est pas désirée, elle provoque une crise importante dans la vie d'une personne ou d'un couple. Une approche globale qui tienne compte des aspects bio- psychosociaux de cette expérience peut en soulager la souffrance et ouvrir de nouvelles ouvertures vers la santé. Une réflexion collective s'impose aussi quant aux solutions actuelles offertes par la science et la médecine afin d'éviter de nouveaux drames, que pourrait qualifier d'iatrogènes mais dont la responsabilité incomberait à l'ensemble de la société.

III-6- Intervention thérapeutique de l'infertilité

Il faut dédramatiser la situation, l'infertilité est vécue par les couples comme un véritable handicap social, il existe lors de la première consultation un poids émotif très important. _

Dans la mesure où l'infertilité est souvent perçue comme un problème principalement médical, des traitements de toutes sortes sont préconisés par la science et la médecine, et expérimentés auprès des femmes et hommes infertiles.

Un certain nombre de ces traitements visent à corriger une cause organique tandis que d'autres techniques ne constituent qu'une solution palliative, une restauration qu'on pourrait qualifier de médico-sociale selon l'expression de G.Desaili et Parseval (1985). Ces dernières mesures ne corrigent en effet pas l'infertilité du sujet ou du couple, mais elles permettent, à travers l'IAD ou la maternité de remplacement, de satisfaire un besoin d'enfant. Or, il importe de se demander si c'est nécessairement par la naissance d'un enfant que doit se guérir la souffrance de l'infertilité. Le succès de l'intervention médicale ne peut en effet être interprété à la seule lumière de l'obtention d'une grossesse. Des exemples de femmes ayant présenté des épisodes psychopathologiques importants ou ayant réclamé un avortement à la suite d'un traitement<<réussi>> en clinique de fertilité témoignent de la complexité du problème. Certains médecins sont de plus en plus conscients aujourd'hui de la nécessité d'une approche diagnostique et thérapeutique plus globale de ces situations. Une plus grande sensibilisation aux multiples facettes de la relation thérapeutique elle-même ajouterait une dimension cruciale à leur action. Par ailleurs, une approche globale doit être multidisciplinaire et exige, pour arriver à maturité, non seulement la collaboration du milieu médical mais aussi celle du gouvernement et de la société qui lui donne pouvoir. Toutes les parties en cause, quand il s'agit de naissance d'enfant, devraient pouvoir bénéficier d'un éclairage et d'un soutien psychosocial (résultats des recherches, participation aux groupes de réflexion et comités d'éthique,

consultation auprès de l'équipe médicale, services directs à la population infertile).

L'intervention psychosociale auprès des personnes qui consultent pour un problème de fertilité doit s'effectuer en première ligne. Tout d'abord, elle en est une mesure d'accompagnement et de clarification. L'aide supplémentaire qui peut être offerte par la suite est fonction de l'évaluation de la personne ou du couple infertile et de leur milieu. Ainsi, pour qui possède des ressources émotives suffisantes et une bonne capacité adaptative, l'infertilité est à l'origine d'une période de crise que l'on peut considérer comme <<normale>>. Une aide de consultation et un soutien adéquat leur permettent de mieux vivre l'attente et l'incertitude, et de mener à terme le processus de deuil dans les situations où le traitement médical reste infructueux. Dans d'autres cas l'infertilité déclenche ou accentue une dépression ou des problèmes psychologiques relativement bien contrôlés jusque-là et qui, sans être majeurs, réclament néanmoins une aide psychothérapeutique particulière. Il existe enfin un petit nombre de situation où l'infertilité figure parmi de sévères difficultés émotives et des troubles du comportement.

Le degré d'intervention et le type d'approche (analytique, cognitive, behavioriste, humaniste, systémique ou éclectique) peuvent varier en fonction du thérapeute et de chaque situation. Les interventions thérapeutiques visent principalement à instaurer ou à renforcer les sentiments d'estime de soi et de compétence

personnelle. La psychothérapie peut aussi aider à surmonter la culpabilité quelque fois associée à des actions ou à des comportements antérieurs : avortements volontaires, contraception, IST pouvant être à l'origine de l'infertilité, etc. Elle sert à libérer les affects, à dénouer des conflits et à retracer certaines des origines du désir d'enfant. Le développement d'une identité positive permet, s'il y a renoncement à l'enfant, de trouver de nouvelles façons de satisfaire des besoins fondamentaux ou, si le choix d'enfant demeure et devient possible, de mieux assumer la parentalité quel que soit le moyen par lequel ce désir a pu se réaliser. Ce travail exige que le demandeur d'aide accepte de ne pas s'accrocher au simple trouble fonctionnel. Selon la situation et l'orientation théorique du thérapeute, diverses stratégies peuvent être envisagées : outre l'écoute active et l'empathie, toujours essentielles, la verbalisation des affects et des idées, l'auto-observation des pensées négatives et irrationnelles, la structuration cognitive, la mentalisation et la clarification des conflits intrapsychiques de même que diverses méthodes de relaxation visant à modifier la réponse au stress, s'avèrent, parmi d'autres, des moyens efficaces.

La compréhension et la communication à l'intérieur du couple s'améliorent aussi fréquemment par des entrevues de couple au cours desquelles chacun des conjoints apprend à exprimer ses réactions et ses attentes ainsi qu'à développer de meilleures habiletés de communication.

Les groupes d'entraide peuvent apporter un soutien social de première importance. Ceux-ci, de même que la lecture de témoignages d'autres personnes aux prises avec des difficultés comparables, aident les personnes infertiles à se sentir moins seules et isolées, et à partager leur expérience. Dans ces rencontres, chacun doit pouvoir exprimer ses espoirs, ses craintes et ses interrogations. Une information complète et non biaisée en réponse aux multiples questions reliées aux solutions envisagées ouvrira de nouvelles voies à la réflexion, favorisant ainsi des choix plus adéquats.

Sur un plan social plus général, des changements importants d'attitude et de comportement sont nécessaires de façon à ce que les personnes et les couples infertiles puissent traverser moins péniblement cette étape de leur vie. Un changement des mentalités permettra peut-être, sans privilégier ni banaliser l'apport biologique, de redonner aux notions de maternité et de paternité un sens plus profond et plus authentique, tout en fournissant de nouvelles bases à l'identité et à la valorisation personnelle de même qu'à des rapports sains entre les femmes et les hommes. _____

IV- METHODOLOGIE

1- CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été menée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Mère –Enfant le << Luxembourg >>.



Édifié à l'extrême nord du quartier d'Hamdallaye en commune IV du district de Bamako, le centre hospitalier mère et enfant le "Luxembourg" est une structure sanitaire **de la Fondation pour l'Enfance**.

Établissement hospitalier privé à but non lucratif rendant du service public, l'hôpital mère enfant le "Luxembourg" a une vocation fortement humanitaire.

Il est financé essentiellement par la fondation pour l'enfance à travers l'appui principal de la fondation Follereau luxembourgeoise.

2- PERIODE D'ETUDE :

Notre étude s'est étendue sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2010.

3- TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive ; pour cela nous avons interrogé à huis clos après information puis accord express des patientes ayant consulté pour infertilité dans notre service du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2010.

4- POPULATION D'ETUDE :

Femmes en âge de procréer ayant consulté dans le service de gynécologie-obstétrique du CHME pendant la période d'étude.

5- ECHANTILLONNAGE :

5-1- CRITERES D'INCLUSION :

Ont été incluses dans l'étude les patientes en âge de procréer, ayant consulté dans le service pendant la période d'étude pour infertilité du couple.

5-2- CRITERES DE NON INCLUSION :

- Femmes de moins de 15 ans et de plus de 45 ans,
 - Femmes dont la durée d'infertilité n'atteint pas 2 ans,
 - Femmes ayant consulté pour autre motif que l'infertilité,
 - Femmes ne désirant pas faire partie de notre étude.
-
-

6- ETHIQUE DE L'ETUDE :

- Accord du chef de service,
- Le consentement éclairé des patientes enquêtées,
- Interrogatoire à huis clos.

7- SUPPORTS DE DONNEES :

L'enregistrement des données se faisait sur une fiche d'enquête préétablie.

8- PLAN D'ANALYSE :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS 12.

Le texte a été saisi avec Microsoft Word 2003 sur Windows Vista.

9- DIFFICULTE DE L'ENQUETE :

La non collaboration de certaines consultantes.

10- VARIABLES ETUDIEES :

Pour mener à bien notre étude, chaque cas a été apprécié selon :

- les caractéristiques sociodémographiques : âge, statut matrimonial, régime matrimonial, ethnie, profession, résidence ;
 - les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux ;
 - le type d'infertilité ;
 - la durée de l'infertilité ;
 - l'évaluation du couple : durée du mariage, rang du mariage, différence d'âge avec le conjoint, qualité des relations avec le conjoint ;
-
-

- les répercussions psychosociales : anxiété, troubles du sommeil, troubles du comportement sexuel, mauvais traitement physique, situations conflictuelles, expérience de séparation du couple, survenue de divorce, sentiment d'infériorité, syndrome dépressif, réaction à l'annonce d'une naissance, peur de la solitude à l'âge de vieillesse, expression de la jalousie, pression familiale, sentiment de culpabilité, sentiment d'amertume, réprimande, répudiation par le mari ou la belle famille, marginalisation aux prises de décision dans la famille et/ou dans la société, stigmatisation dans la société, répugnance, humiliation et ridiculisation par la coépouse, absentéisme scolaire et/ou professionnelle, absence scolaire et/ou professionnelle, espoir d'avoir un enfant, idée d'adoption, sentiment d'être de vraie femme, tentative de se valoriser autrement, refus de son infertilité, non coopération du mari dans la prise en charge, sacrifice et/ou pèlerinage en lieux sains.

V- RESULTATS :

1-Fréquence : Sur 4476 consultations faites au service de gynéco-obstétrique du CHME: le Luxembourg, du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2010, 447 femmes avaient été consultées pour infertilité du couple soit une fréquence de 9,9%, parmi lesquelles nous avons choisi 134 cas répondant à nos critères d'inclusion.

2-Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

Tableau I: répartition des patientes selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	7	5,2
20-24 ans	20	14,9
25-34 ans	68	50,7
35-45 ans	39	29,1
Total	134	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était de 25-34 ans avec 50,7%.

Tableau II: répartition des patientes selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Maliennne	120	89,6
Etrangère	14	10,4
Total	134	100,0

Dans notre étude, 89,6% des patientes étaient de nationalité maliennne.

Tableau III: répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
En cours de 1^{er} Mariage	95	70,9
En cours de 2 ^{ème} Mariage et plus	28	20,9
Divorcée 1 fois	7	5,2

Divorcée 2 fois et plus	4	3,0
Total	134	100,0

Les femmes en cours de 1^{er} mariage prédominaient avec 70,9%.

Tableau IV: répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Commune I	9	6,7
Commune II	9	6,7
Commune III	8	6,0
Commune IV	49	36,6
Commune V	16	11,9
Commune VI	10	7,5
Autres régions du Mali	28	20,9
Autres pays du monde	5	3,7
Total	134	100,0

La commune IV était la résidence la plus représentée avec 36,6%.

Tableau V: répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	46	34,3
Commerçante	19	14,2
Elève/Étudiante	14	10,4
Enseignante	10	7,5
Secrétaire	8	6,0
Couturière	6	4,5
Agent de santé	6	4,5
Comptable	8	6,0
Autres	17	12,7
Total	134	100,0

Les ménagères étaient les plus représentées avec 34,3%.

Autres : Teinturière, Policière, Douanière, Juriste, Ingénieur.

Tableau VI: répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	39	29,1
Malinké	26	19,4
Sarakolé	14	10,4
Peulh	14	10,4
Dogon	7	5,2
Minianka	8	6,0
Senoufo	6	4,5
Sonrhai	5	3,7
Maures	4	3,0
Autres	11	8,2
Total	134	100,0

Les patientes d'ethnie Bambara étaient majoritaires avec 29,1%.

Autres : Bozo, Bobo, Soninké, Dafing, Mossi.

3- Répartition des patientes selon les antécédents

Tableau VII: répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	10	7,4
Diabète	6	4,4
Salpingite	3	2,2
Autres	25	18,6
Sans ATCD médicaux	90	67,1
Total	134	100,0

Autres : gastropathies, asthme, drépanocytose, cardiopathie, bilharziose.

Tableau VIII: répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Kystectomie ovarienne	8	6,0
Césarienne	6	4,5
Myomectomie utérine	6	4,5
Plastie tubaire	10	7,5
Autres	8	6,0
Sans ATCD chirurgicaux	96	71,6
Total	134	100,0

Autres : GEU, appendicectomie, cœlioscopie.

Tableau IX : répartition des patientes selon la gestilité

Gestilité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	59	44,0
Primigeste	38	28,4
Paucigeste	12	23,9
Multigeste	5	3,7
Total	134	100,0

Dans notre étude, 44,0% des patientes étaient nulligestes.

Tableau X : répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	85	63,4
Primipare	33	24,7
Paucipare	15	11,2
Multipare	1	0,7
Total	134	100,0

Les nullipares étaient les plus représentées avec un taux de 63,4% des patientes.

Tableau XI : répartition des patientes selon le nombre d'avortement spontané

Nombre de FCS	Effectif	Pourcentage
Néant	106	79,1
1 seul	21	15,7
Plusieurs	7	5,2
Total	134	100,0

Dans notre étude, 106 patientes soit 79,1% n'avaient jamais fait de FCS.

Tableau XII : répartition des patientes selon le nombre d'avortement provoqué

Nombre d'IVG	Effectif	Pourcentage
Néant	114	85,1
1 seul	15	11,2
Plusieurs	5	3,7
Total	134	100,0

Les femmes n'ayant jamais fait d'IVG étaient les plus représentées avec 85,1%.

Tableau XIII : répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant

Nombre d'enfant vivant	Effectif	Pourcentage
Néant	92	68,7
1 seul	32	23,9
Plusieurs	10	7,4
Total	134	100,0

La plupart (68,7%) des patientes n'avaient pas d'enfant.

Tableau XIV: répartition des patientes selon le nombre d'enfant décédé

Nombre d'enfant décédé	Effectif	Pourcentage
Néant	122	91,0
1 seul	11	8,2
Plusieurs	1	0,7
Total	134	100,0

La quasi-totalité (91,0%) des patientes n'avaient pas eu de décès infanto-juvénile.

Tableau XV: répartition des patientes selon l'existence de difficulté au dernier accouchement

Existence de difficulté au dernier accouchement	Effectif	Pourcentage
Néant	43	32,1
Travail prolongé	4	3,0
Hémorragie	2	1,5
Total	49	36,6

Dans notre étude, 43 patientes parmi celles ayant déjà accouché n'avaient pas eu de difficulté au dernier accouchement soit 32,1% de l'échantillon étudié.

Tableau XVI : répartition des patientes selon l'âge du dernier enfant

Age du dernier enfant	Effectif	Pourcentage
0-3 ans	3	2,2
4-10 ans	26	19,4
11-20 ans	10	7,5
Plus de 20 ans	3	2,2
Total	42	31,3

Selon l'âge du dernier enfant, la tranche d'âge de 4-10 ans était la plus représentée avec 19,4%.

Tableau XVII: répartition des patientes selon la régularité du cycle menstruel

Cycle menstruel	Effectif	Pourcentage
Aménorrhée	7	5,2
Réguliers	84	62,7
Spanioménorrhée	31	23,1
Pollakiménorrhée	12	9,0

Total	134	100,0
-------	-----	-------

Les patientes ayant des cycles menstruels réguliers prédominaient avec 62,7%.

Tableau XVIII: répartition des patientes selon les menstruations

Menstruations	Effectif	Pourcentage
Normales	73	54,5
Oligoménorrhée	28	20,9
Hypoménorrhée	14	10,4
Hyperménorrhée	11	8,2
Polyménorrhée	7	5,2
Ménorragie	1	0,7
Total	134	100,0

La majorité (54,5%) de nos des patientes avaient des menstruations normales.

Tableau XIX : répartition des patientes selon la date des dernières règles

Date des dernières règles	Effectif	Pourcentage
Moins de 1 mois	84	62,7
1-2 mois	29	21,6
Plus de 2 mois	21	15,7
Total	134	100,0

Dans notre étude, 62,7% des patientes avaient une DDR de moins d'1 mois.

Tableau XX: répartition des patientes selon la durée des règles

Durée des règles	Effectif	Pourcentage
Moins de 3 jours	32	23,9
3-7 jours	94	70,1
Plus de 7 jours	8	6,0
Total	134	100,0

La durée des règles de 3-8 jours était la plus représentée avec 70,1%.

Tableau XXI : répartition des patientes selon l'existence de dysurie

Existence de dysurie	Effectif	Pourcentage
Oui	24	17,9
Néant	110	82,1
Total	134	100,0

La majorité (82,1%) de nos patientes ne présentaient pas de dysurie.

Tableau XXII : répartition des patientes selon l'existence de dysménorrhée

Existence de dysménorrhée	Effectif	Pourcentage
Primaire	61	45,5
Secondaire	23	17,2
Néant	50	37,3
Total	134	100,0

Les patientes ayant une dysménorrhée primaire étaient les plus représentées avec un taux de 45,5% de notre échantillon.

Tableau XXIII : répartition des patientes selon l'existence de dyspareunie

Existence de dyspareunie	Effectif	Pourcentage
Vaginale	29	21,6
Profonde	42	31,3
Néant	63	47,0
Total	134	100,0

Les patientes ne présentant pas de dyspareunie prédominaient avec 47,0% de notre échantillon.

Tableau XXIV : répartition des patientes selon l'existence de leucorrhée

Existence de leucorrhée	Effectif	Pourcentage
Oui	80	59,7
Néant	54	40,3
Total	134	100,0

Les leucorrhées étaient présentes chez 80 patientes soit 59,7% de nos cas.

Tableau XXV : répartition des patientes selon l'existence de prurit vulvaire

Existence de prurit vulvaire	Effectif	Pourcentage
Oui	70	52,2
Néant	64	47,8
Total	134	100,0

Plus de la moitié (52,2%) des patientes présentaient un prurit vulvaire.

Tableau XXVI : répartition des patientes selon l'utilisation de contraception

Utilisation de contraception	Effectif	Pourcentage
Oui	0	0,0
Néant	134	100,0
Total	134	100,0

Aucune de nos patientes ne pratiquaient une méthode contraceptive.

Tableau XXVII : répartition des patientes selon l'existence de galactorrhée

Existence de galactorrhée	Effectif	Pourcentage
----------------------------------	-----------------	--------------------

Oui	43	32,1
Néant	91	67,9
Total	134	100,0

La majorité (67,9%) de nos patientes ne présentaient pas de galactorrhée.

4- Evaluation du couple infertile

Tableau XXVIII: répartition des patientes selon le type de l'infertilité

Type d'infertilité	Effectif	Pourcentage
Primaire	59	44,0
Secondaire	75	56,0
Total	134	100,0

L'infertilité secondaire était le type le plus fréquent et retrouvée chez 56,0% de notre échantillon.

Tableau XXIX: répartition des patientes selon la durée de l'infertilité

Durée d'infertilité	Effectif	Pourcentage
2-5 ans	59	44,0
6-10 ans	44	32,8
11-20 ans	22	16,4
Plus de 20 ans	9	6,7
Total	134	100,0

La majorité des patientes (44,0%) avaient une durée d'infertilité comprise entre 2 et 5 ans.

Tableau XXX : répartition des patientes selon la durée du mariage

Durée du mariage	Effectif	Pourcentage
0-3 ans	35	26,1
4-10 ans	67	50,0
11-20 ans	17	12,7
Plus de 20 ans	4	3,0
Total	123	91,8

La moitié (50,0%) des patientes avaient une durée de mariage comprise entre 4 et 10 ans.

Tableau XXXI : répartition des patientes selon le rang du mariage

Rang du mariage	Effectif	Pourcentage
1er Mariage	95	70,9
2ème Mariage	25	18,7
3ème Mariage	2	1,5
4ème Mariage et plus	1	0,7
Total	123	91,8

Les patientes en cours de 1^{er} mariage étaient les plus représentées avec 70,9% de l'échantillon étudié.

Tableau XXXII : répartition des patientes selon la différence d'âge avec le mari

Différence d'âge avec le conjoint	Effectif	Pourcentage
0-3 ans	16	11,9

4-10 ans	68	50,7
11-20 ans	32	23,9
Plus de 20 ans	7	5,2
Total	123	91,7

Selon la différence d'âge avec le conjoint, la tranche d'âge de 4-10 ans était la plus représentée avec 50,7%.

Tableau XXXIII: répartition des patientes selon la qualité des relations avec le mari

Qualité des relations avec le conjoint	Effectif	Pourcentage
Bonne	31	23,1
Assez bonne	80	59,7
Passable	11	8,2
Mauvaise	1	0,7
Total	123	91,7

Les patientes ayant des relations assez bonnes avec leur conjoint prédominaient avec 59,7% de nos cas.

Tableau XXXIV: répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant du couple

Nombre d'enfant vivant du couple	Effectif	Pourcentage
Plusieurs	7	5,2
1seul	17	12,7
Néant	99	73,9
Total	123	91,8

Les patientes n'ayant aucun enfant du couple étaient les plus représentées avec

un taux de 73,9%.

5- Répartition des patientes selon les répercussions psychosociales

Tableau XXXV : répartition des patientes selon l'existence de l'anxiété

Existence de l'anxiété	Effectif	Pourcentage
Oui	106	79,1
Néant	28	20,9
Total	134	100,0

Dans notre étude, 79,1% des patientes présentaient une anxiété.

Tableau XXXVI: répartition des patientes selon l'existence de troubles du sommeil

Existence de Troubles de sommeil	Effectif	Pourcentage
Insomnie	80	59,7
Somnolence	6	4,5
Autres	8	6,0
Néant	40	29,8
Total	134	100,0

Les patientes présentant l'insomnie prédominaient avec 59,7%.

Autres : cauchemar, rêve, sommeil léger.

Tableau XXXVII: répartition des patientes selon le comportement sexuel

Troubles du comportement sexuel	Effectif	Pourcentage
Frigidité	40	29,8
Autres	13	9,7
Néant	81	60,4
Total	134	100,0

Plus de la moitié (60,4%) des patientes n'ont présenté aucun trouble du comportement sexuel.

Autres : perte de libido, perte d'érection.

Tableau XXXVIII: répartition des patientes selon le mauvais traitement physique

Mauvais traitement physique	Effectif	Pourcentage
De la part du mari	7	5,2
De la part de la coépouse	10	7,4
De la part de la belle famille	12	9,0
Néant	105	78,4
Total	134	100,0

Les patientes n'ayant jamais subi de mauvais traitement physique étaient les plus représentées avec 105 cas soit 78,4% de notre échantillon.

Tableau XXXIX: répartition des patientes selon l'existence de situation conflictuelle

Existence de situation conflictuelle	Effectif	Pourcentage
Avec le mari	10	7,5

Avec la coépouse	38	28,3
Avec la propre famille	7	5,2
Avec la belle famille	44	32,8
Néant	35	26,2
Total	134	100,0

Les patientes ayant eu des conflits avec la belle famille étaient les plus représentées avec 32,8%.

Tableau XL: répartition des patientes selon l'expérience de séparation conjugale

Expérience de séparation conjugale	Effectif	Pourcentage
Oui	29	21,6
Néant	105	78,4
Total	134	100,0

Dans notre étude 78,4% de nos cas n'ont jamais connu de séparation conjugale.

Tableau XLI: répartition des patientes selon la survenue de divorce

Survenue de divorce	Effectif	Pourcentage
Oui	35	26,1
Néant	99	73,9
Total	134	100,0

Dans notre étude 99 de nos patientes soit 73,9% de l'échantillon n'ont jamais connu de divorce malgré l'infertilité de leur couple.

Tableau XLII: répartition des patientes selon l'existence de sentiment d'infériorité

Existence de sentiment d'infériorité	Effectif	Pourcentage
Oui	72	53,7
Néant	62	46,3
Total	134	100,0

Les patientes présentant un sentiment d'infériorité prédominaient avec 53,7%.

Tableau XLIII: répartition des patientes selon l'existence de syndrome dépressif

Existence de syndrome dépressif	Effectif	Pourcentage
Oui	50	37,3
Néant	84	62,7
Total	134	100,0

La majorité des patientes n'avaient présenté aucun syndrome dépressif (62,7%).

Tableau XLIV: répartition des patientes selon la réaction à l'annonce d'une naissance

Réaction à l'annonce d'une naissance	Effectif	Pourcentage
Oui	114	85,1
Néant	20	14,9
Total	134	100,0

La quasi totalité (85,1%) des patientes avaient réagi à l'annonce d'une naissance.

Tableau XLV: répartition des patientes selon l'existence de la peur de solitude à l'âge de vieillesse

Peur de la solitude à l'âge de vieillesse	Effectif	Pourcentage
Oui	51	38,1

Néant	83	61,9
Total	134	100,0

Celles n'ayant pas eu peur de la solitude à la vieillesse prédominaient avec 61,9%

Tableau XLVI: répartition des patientes selon l'expression de la jalousie

Expression de la jalousie	Effectif	Pourcentage
Oui	74	55,2
Néant	60	44,8
Total	134	100,0

La jalousie a été exprimée par 55,2% des patientes enquêtées.

Tableau XLVII: répartition des patientes selon l'existence de pression familiale

Existence de pression familiale	Effectif	Pourcentage
Oui	117	87,3
Néant	17	12,7
Total	134	100,0

La pression familiale a été retrouvée chez 87,3% des patientes enquêtées.

Tableau XLVIII: répartition des patientes selon l'existence de sentiment de culpabilité

Existence de sentiment de culpabilité	Effectif	Pourcentage
Oui	42	31,3
Néant	92	68,7
Total	134	100,0

Le sentiment de culpabilité n'a pas été retrouvé chez la majorité avec 68,7% des patientes.

Tableau XLIX: répartition des patientes selon l'espoir d'avoir un enfant

Espoir d'avoir un enfant	Effectif	Pourcentage
Oui	134	100,0
Néant	0	0,0
Total	134	100,0

La totalité des femmes avaient l'espoir d'avoir un enfant soit un taux de 100%.

Tableau L: répartition des patientes selon l'existence de sentiment d'amertume

Existence de sentiment d'amertume	Effectif	Pourcentage
Oui	100	74,6
Néant	34	25,4
Total	134	100,0

La majorité des patientes avaient un sentiment d'amertume avec 74,6%.

Tableau LI: répartition des patientes selon le sentiment d'être de vraie femme

Sentiment d'être de vraie femme	Effectif	Pourcentage
Oui	120	89,5
Néant	14	10,5
Total	134	100,0

Dans notre étude, 120 patientes soit 89,5% se sentaient comme de vraie femme.

Tableau LII: répartition des patientes selon l'accomplissement de sacrifices et/ou pèlerinage aux lieux saints

Sacrifice et/ou pèlerinage aux lieux saints	Effectif	Pourcentage
Oui	134	100,0
Néant	0	0,0
Total	134	100,0

Toutes nos patientes avaient fait des sacrifices et/ou pèlerinage aux lieux saints.

Tableau LIII: répartition des patientes selon la tentative de se valoriser autrement

Tentative de se valoriser autrement	Effectif	Pourcentage
Oui	69	51,4
Néant	65	48,6
Total	134	100,0

Dans notre étude 69 patientes (51,4%) ont tenté de se valoriser autrement que par la maternité.

Tableau LIV: répartition des patientes selon le refus de leur infertilité

Refus de son infertilité	Effectif	Pourcentage
Oui	15	11,2
Néant	119	88,8
Total	134	100,0

Les patientes n'ayant pas refusé leur infertilité prédominaient avec 88,8%.

Tableau LV: répartition des patientes selon l'idée d'une éventuelle adoption

Idée d'adoption	Effectif	Pourcentage
Oui	4	3,0
Néant	130	97,0
Total	134	100,0

La quasi totalité (97,0%) des patientes n'ont pas l'idée d'une éventuelle adoption.

Tableau LVI: répartition des patientes selon la marginalisation aux prises de décision dans la famille et/ou dans la société

Marginalisation aux prises de décision	Effectif	Pourcentage
Oui	18	13,4
Néant	116	86,6
Total	134	100,0

Tableau LVII: répartition des patientes selon la stigmatisation dans la société

Stigmatisation dans la société	Effectif	Pourcentage
Oui	16	12,0
Néant	118	88,0
Total	134	100,0

Tableau LVIII: répartition des patientes selon la coopération du mari dans la prise en charge

Coopération du mari dans la prise en charge	Effectif	Pourcentage
Oui	78	58,2
Néant	56	41,8
Total	134	100,0

Les femmes ayant leur mari engagé dans le traitement prédominaient avec 58,2%

Tableau LIX: répartition des patientes selon la répudiation

Répudiation par le mari et/ou la belle famille	Effectif	Pourcentage
Oui	27	20,1
Néant	107	79,9
Total	134	100,0

Tableau LX: répartition des patientes selon l'humiliation et/ou ridiculisation par la coépouse

Humiliation et/ou ridiculisation par la coépouse	Effectif	Pourcentage
Oui	39	29,1
Néant	95	70,9
Total	134	100,0

Tableau LXI: répartition des patientes selon l'absentéisme scolaire et/ou professionnelle

Absentéisme scolaire et/ou professionnelle	Effectif	Pourcentage
Oui	20	14,9
Néant	114	85,1
Total	134	100,0

Tableau LXII: répartition des patientes selon l'absence scolaire et/ou professionnelle

Absence scolaire et/ou professionnelle	Effectif	Pourcentage
Oui	10	7,4
Néant	124	92,6
Total	134	100,0

Tableau LXIII: répartition des patientes selon l'existence de réprimande

Existence de réprimande	Effectif	Pourcentage
Oui	21	15,7
Néant	113	84,3
Total	134	100,0

Tableau LXIV: répartition des patientes selon l'existence de répugnance

Existence de répugnance	Effectif	Pourcentage
Oui	55	41,0
Néant	79	59,0

Total	134	100,0
-------	-----	-------

Tableau LXV: Récapitulatif de l'ensemble des troubles psychologiques rencontrés

Ensemble des troubles psychologiques rencontrés	Effectif	Pourcentage
Réaction à l'annonce d'une naissance	114	85,1
Existence de l'anxiété	106	79,1
Existence de troubles de sommeil	94	70,1
Expression de la jalousie	74	55,2
Sentiment d'infériorité	72	53,7
Troubles du comportement sexuel	53	39,6
Peur de la solitude à l'âge de la vieillesse	51	38,1
Existence de syndrome dépressif	50	37,3
Sentiment de culpabilité	42	31,3
Sentiment d'amertume	100	74,6
Espoir d'avoir un enfant	134	100,0
Idée d'une éventuelle adoption	4	3,0
Sentiment d'être de vraie femme	120	89,5
Tentative de se valoriser autrement	69	51,4
Refus de son infertilité	15	11,2
Sacrifice et/ou pèlerinage en lieux sains	134	100,0

Tableau LXVI: récapitulatif de l'ensemble des troubles sociaux rencontrés

Ensemble des troubles sociaux rencontrés	Effectif	Pourcentage
Existence de pression familiale	117	87,3
Situations conflictuelles avec le mari	10	7,4
Situations conflictuelles avec la coépouse	38	28,3
Situations conflictuelles avec la propre famille	7	5,2
Situations conflictuelles avec la belle famille	44	32,8
Survenue de divorce	35	26,1
Mauvais traitement physique	29	21,6
Expérience de séparation du couple	29	21,6
Absentéisme scolaire et/ou professionnelle	20	14,9
Absence scolaire et/ou professionnelle	10	7,4
Humiliation et ridiculisation par la coépouse	39	29,1
Marginalisation aux prises de décision dans la famille et/ou dans la société	18	13,4
Stigmatisation dans la société	16	12,0
Répudiation par le mari ou la belle famille	27	20,1
Existence de réprimande	21	15,7
Existence de répugnance	55	41,0
Non coopération du mari dans la prise en charge	78	58,2

Tableau LXVII : la qualité des relations avec le conjoint selon le nombre d'enfant vivant du couple

Qualité des relations avec le conjoint

		Bonne	Assez bonne	Passable	Mauvaise	Total
Nombre d'enfant vivant du couple	Néant	23	68	7	1	99
	1 seul	5	9	3	0	17
	Plusieurs	3	3	1	0	7
Total		31	80	11	1	123

Selon que la femme ait 1 ou plusieurs enfants, la qualité des relations est plus meilleure avec son mari.

Tableau LXVIII: la qualité des relations avec le conjoint selon la durée de l'infertilité

		Qualité des relations avec le conjoint				
		Bonne	Assez bonne	Passable	Mauvaise	Total
Durée de l'infertilité	2-5 ans	18	41	0	0	59
	6-10 ans	11	26	3	0	40
	11-20 ans	2	11	2	0	15
	Plus de 20 ans	0	2	6	1	9
Total		31	80	11	1	123

Plus la durée de l'infertilité est longue, plus la qualité des relations avec le mari est moins bonne.

Tableau LXIX : l'existence de pression familiale selon la durée de l'infertilité

		Existence pression familiale
Durée de l'infertilité	2-5 ans	8
	6-10 ans	19
	11-20 ans	39
	Plus de 20 ans	51
Total		117

Plus la durée de l'infertilité est longue, plus la pression familiale s'accroît.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Fréquence :

Sur un total de 4476 consultations faites au service de gynécologie-obstétrique du CHME, le Luxembourg, du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2010 soit 12 mois, 447 avaient consulté pour infertilité du couple soit une fréquence de 9,9%. Sur ces 447 patientes on a sélectionné 134 cas selon nos critères d'inclusion.

Ce taux de 9,9% est comparable à celui de Timbely F: 10,0% [21] mais inférieur à ceux de certains auteurs tels que:

* Diadhiou F : 12,5%. [14]

* Hodonou A :14,6% [7]

* Omgoiba A: 14,9% [8]

* Traoré Y: 15% [28]

* Godjo 16,32% [6]

* Dolo T : 17% [1]

Il existe une disparité entre les taux européens et africains, les derniers étant plus élevés. Cette prévalence de l'infertilité en Afrique pourrait s'expliquer par une recrudescence de l'infection surtout les IST, les infections du post partum et du post aburtum non ou mal traitées.

2- Caractéristiques sociodémographiques :

2-1- Âge :

La majorité de nos patientes avaient l'âge compris entre 25 et 34 ans avec 50,7%.

La majorité des patientes d'autres auteurs maliens avaient un âge compris :

- entre 20-35 ans pour Omgoiba A [8] et Traoré Y [28] ;
- entre 21-30 ans pour Sogodgo B [19] ;
- entre 22-32 ans pour Diakité A : [2] ;
- entre 25-29 ans pour Traoré K. [63],
- entre 26-30 ans pour Samaké H, [9].

Ces résultats sont proches de ceux d'autres auteurs africains et occidentaux:

* pour Coulibaly K et coll la majorité des patientes avaient un âge compris entre 25-29 ans [24],

* pour Diadhiou F : entre 20-29 ans [33],

* pour Darbois Y cité par Keïta M : entre 26-30 ans [50],

* pour Body et coll : 29,3 ans [9].

L'âge a beaucoup d'influence sur le résultat thérapeutique et le pronostic de la grossesse ultérieure. Après 35 ans la plupart des études ont montré une baisse significative de la fertilité. La fertilité de la femme atteint son maximum entre 20 et 30 ans et par la suite décline progressivement jusqu'à la ménopause.

2-2- Statut matrimonial :

Les femmes en cours de 1er mariage prédominaient avec 70,9%, suivies de celles en cours de 2ème mariage avec 18,7%, les femmes en cours de 3ème mariage et plus représentaient 2,2%, celles divorcées 1 fois étaient au nombre de 7 soit 5,2% et enfin 3,0% pour celles divorcées 2 fois et plus.

2-3- Régime matrimonial :

La majorité (51,5%) de nos patientes enquêtées étaient monogames contre 40,3% de polygames.

Les femmes divorcées 1 fois représentaient 5,2% de notre échantillon sélectionné, tandis que celles divorcées plusieurs fois ont représentées 3,0% des patientes.

Cette prédominance de la monogamie a été aussi rapportée par : Omgoiba A avec 80,4% [8], Dolo T avec 67% [1], Timbely F avec 63,4% [21].

2-4- Profession :

Toutes les professions étaient représentées avec une prédominance des ménagères avec 34,3% comme l'attestaient aussi certains auteurs : Timbely F avec 62,8%

[21], Omgoiba A avec 64,5% [8], Sogodogo B avec 62% [19], Traoré Y avec 57,5% [28]. Cette répartition est conforme à celle de la population générale au Mali. L'absence de revenu de la plupart des femmes, le coût élevé des explorations et des produits pharmaceutiques expliquent sans doute l'abandon de beaucoup de patientes en cours de traitement.

2-5- Ethnie :

La plupart des ethnies du pays étaient représentées. L'ethnie dominante était le Bambara avec 29,1% comme l'attestaient aussi : Timbely F avec 40% [21], Traoré Y avec 41,2% [28]. Cela est dû au fait que c'est l'ethnie majoritaire à Bamako. Cependant, nous n'avons pas analysé statistiquement la liaison entre l'ethnie et l'infertilité.

2-6- Nationalité :

Dans notre étude 89,6% des patientes étaient de nationalité malienne ; les étrangères ont représenté 10,4% de notre population d'étude. Ces 10,4% étaient composées de guinéenne, ivoirienne, sénégalaise, burkinabé, nigérienne. Pour dire que le Mali est un pays d'hospitalité et d'intégration africaine.

2-7- Résidence :

Toutes les communes de Bamako étaient représentées avec une prédominance de la commune IV avec 36,6% car c'est le site de notre étude.

Cinq (5) de nos patientes soit 3,7% résidaient à l'extérieur du Mali, surtout en Guinée. Ceci s'explique par le niveau élevé de la médecine malienne surtout en gynécologie avec des éminents spécialistes dans ce domaine.

3- Les antécédents

3-1- Médicaux :

Plus de la moitié de nos patientes (67,1%) n'ont signalé aucun antécédent médical. Cependant, l'HTA, le diabète, la bilharziose et la salpingite ont été les antécédents médicaux les plus souvent retrouvés. Ces maladies se justifient par les habitudes alimentaires et hygiéniques des maliens en général.

3-2- Chirurgicaux :

La majorité des patientes n'avaient jamais été opérées avec un taux de 71,6%.

La plastie tubaire (7,5%), la kystectomie ovarienne (6,0%) et la myomectomie (4,5%) ont été les antécédents chirurgicaux les plus retrouvés. Toutes ces interventions peuvent être responsables d'adhérences sur l'appareil génital, et qui pourraient perturber la fécondation et / ou la nidation entraînant ainsi l'infertilité.

3-3- Cycle menstruel :

Plus de la moitié (62,7%) des patientes avaient un cycle régulier comme l'attestaient beaucoup d'autres auteurs. Cependant les irrégularités étaient essentiellement représentées par les spanioménorrhées avec un taux de 23,1%.

3-4- Dysménorrhée :

La majorité des patientes présentaient une dysménorrhée primaire soit 45,5% ; la dysménorrhée secondaire a été retrouvée chez 17,2% des patientes. Cette dysménorrhée peut s'inclure dans un contexte d'insuffisance lutéale (dystrophie ovarienne) et/ou dans un contexte de myomatose utérine, d'endométriose ou d'infection génitale haute. En plus elle rejoint les dyspareunies à amplifier l'impact de l'infertilité (tolérance, conflits conjugaux).

3-5- Leucorrhée :

Les leucorrhées ont été retrouvées chez 59,7% de nos patientes. Ce taux est inférieur à ceux de Traoré Y qui a trouvé 65,0% [28], de Dolo T qui a trouvé 66,8% [1], et supérieur à ceux de Sogodogo B qui avait trouvé 54,0% [19], Samaké A qui trouva 51,2% [9], d'Omgoiba A qui avait trouvé 43,7% [8], de Diakité A qui a trouvé 34,2% [2], Erny qui a trouvé 30% [20], et de l'OMS qui a trouvé 11,7% [5]. Ce taux malien trop élevé peut s'expliquer tant par les conditions socioéconomiques précaires de la plupart de la population malienne que par les influences socioculturelles pouvant entraîner une dépravation des mœurs, un accès difficile au traitement, un recours à la médecine traditionnelle ou parallèle pas toujours offerte dans de bonnes conditions, synonyme d'infection par le biais des IST. Le rôle des infections sexuellement transmissibles dans l'étiologie de l'infertilité féminine est indéniable, car avec leur recrudescence, il y a une augmentation du taux d'infertilité d'origine tubaire.

3-6- Contraception :

Aucune de nos patientes ne pratiquait des méthodes contraceptives, ceci s'explique par le fait qu'elles cherchaient toutes une grossesse depuis au moins 2 ans (critère d'inclusion).

3-7- Galactorrhée :

Elle a été retrouvée chez 32,1% des patientes contre 67,9% qui n'en produisaient pas. La galactorrhée avec hyperprolactinémie est incriminée comme cause de stérilité féminine.

3-8- Gestilité :

Nous avons constaté que moins les patientes ont contracté de grossesse, plus le pourcentage de consultation était élevé, ainsi pour les :

Nulligestes : nous avons eu 59 cas soit 44,0% ;

Primigestes : 38 cas soit 28,4% ;

Paucigestes : 12 cas soit 23,9% ;

Multigestes : 5 cas soit 3,7%.

Notre taux de 28,4% de primigestes est inférieur à ceux de:

Omgoiba A qui avait trouvé 33,1% [8] ;

Dolo T qui a trouvé 33,7%, [1] ;

Diakité A rapportait 45% [2].

Dans nos sociétés l'enfant est considéré comme un signe de fortune, ainsi la vraie pauvreté pour eux, c'est plutôt le manque d'enfant que l'absence des biens matériels au sein du couple.

Son grand nombre constitue une abondante main d'œuvre dans le champ agricole et sur le champ de bataille.

3-9- Parité :

De même que la gestilité nous avons constaté pour:

La nulliparité : 63,4% ;

La primiparité : 24,6% ;

La pauciparité : 11,1% ;

La multiparité : 0,7%.

3-10- Nombre d'enfant vivant du couple :

Le nombre de consultation est inversement proportionnel au nombre d'enfant vivant du couple. Connaître le nombre d'enfant vivant du couple permet d'apprécier la motivation de ce dernier. La majorité des patientes n'avaient aucun enfant vivant du couple avec un taux de 73,9%; 12,7% avaient 1 enfant vivant du couple et 5,2% avaient plusieurs enfants vivants du couple. Quand l'enfant est absent dans un foyer, les éléments du couple entretiennent des rapports tantôt tendus, tantôt bons ; le couple a souvent un sentiment de culpabilité commune ; s'accuse mutuellement [52]. Cette tension au sein du couple amène certains maris à divorcer leur femme ou à se remarier. Pour la même raison, un couple sans enfant est peu valorisé par sa communauté. Cette communauté accuse souvent le couple de <<mécréants>>, de <<sorciers>>, de <<maudits de Dieu>>. Victimes de diverses accusations, le couple s'adonne à des soins médicaux, à des

consultations de devins, à des promesses ou offrandes aux divinités ou à des pèlerinages aux lieux saints.

Nous comprenons que toutes ces démarches traduisent l'importance de l'enfant. Il est le <<prince héritier>> et un garant pour assurer la relève des parents.

3-11- Nombre d'avortement provoqué :

Dans notre étude, nous avons trouvé 14,9% d'IVG, ce taux est inférieur à ceux de

- Omgoiba A qui avait trouvé 16,7% [8],
- Samaké H qui avait trouvé 17,1% [9],
- Sogodogo B qui a trouvé 29,2% [19].

Notre taux est supérieur à ceux de :

- * Timbely F qui avait trouvé 6,9% [21],
- * Traoré Y qui avait trouvé 7,5% [28].

Les avortements prennent une bonne part dans la preuve de l'infertilité (infection, synéchies ...).

3-12- Age du dernier enfant :

L'âge du dernier enfant était:

- compris entre 4 et 10 ans pour 19,4% des patientes,
- compris entre 11 et 20 ans pour 7,5% des patientes,
- de plus de 20 ans pour 2,2% des patientes,
- de moins de 4 ans pour 2,2% des patientes.

4- Evaluation du couple infertile

4-1 Type de l'infertilité :

L'infertilité secondaire prédominait avec 56,0% comme l'attestaient les taux de la quasi-totalité des auteurs maliens:

- Diakité A avec 65,0% [2],
- Sogodogo B avec 56,7% [19],
- Omgoiba A avec 69,9% [8],
- Traoré K avec 62,6% [11],
- Keita B avec 67,0% [10].

Cette prédominance de l'infertilité secondaire a aussi été évoquée par certains auteurs africains: Alihonou E et coll avec 58,0% [12], Coulibaly K et coll avec 64,0% [13], Godjo avec 75,9% [6].

Devant cette prédominance des infertilités secondaires certains auteurs évoquent la responsabilité de l'avortement clandestin, fait dans des conditions septiques et confirmé par notre taux de 14,9% d'IVG et les infections du post partum

4-2- Durée de l'infertilité conjugale:

Les patientes ayant une durée d'infertilité comprise entre 2 et 5 ans étaient les plus représentées avec 44,0%.

Notre taux de 44,0% de patientes ayant une durée d'infertilité inférieure à 5 ans se rapproche de ceux de: Traoré Y qui a trouvé 39,5% [28], Keita M qui a trouvé 45,5% [15].

Notre taux de 44% est inférieur à ceux de : Dolo T qui avait trouvé 57,0% [1], Sogodogo B qui avait trouvé 59,0% [19], Omgoiba A qui avait trouvé 57,6% [8].

La majorité (56,0%) de nos patientes avaient une durée d'infertilité de plus de 5ans ceci peut s'expliquer aisément par le fait que la majorité de nos patientes du fait de leur ignorance ou de la méconnaissance des pratiques médicales modernes se confiaient volontiers d'abord aux thérapeutes traditionnels. Ce n'était qu'en cas d'échec de ce premier recours qu'elles étaient vues par la médecine moderne. Parfois elles nous arrivaient après passage chez d'autres collègues, ce qui était très fréquent chez les couples infertiles qui "naviguaient" entre les médecins ayant bonne presse.

La durée de l'infertilité est un facteur pronostic du traitement.

4-3- Durée du mariage :

La moitié (50,0%) des patientes avaient une durée de mariage comprise entre 4 et 10 ans ; 26,1% étaient mariées depuis 2 à 3 ans ; 15,7% avaient une durée de mariage de plus de 10 ans.

4-4- Rang du mariage :

La majorité (70,9%) des patientes étaient en cours de leur 1er mariage ; 18,7% en cours de leur seconde union et 2,2% en cours de leur 3ème ou 4ème mariage.

4-5- Qualité des relations avec le mari :

Plus de la moitié des patientes avaient des relations assez bonnes avec leur conjoint soit 59,7% ; 23,1% avaient de bonnes relations avec leur mari ; 11 patientes (8,2%) avaient des relations passables avec leur conjoint.

La qualité des relations conjugales dépend surtout de l'existence ou non d'enfant du couple. L'enfant raffermi les liens conjugaux, fait l'harmonie du couple, il est le point d'union dans le couple, il est le facteur d'entente, d'équilibre pour le couple. Pour lui les éléments du couple acceptent de se supporter les uns les autres durant toute la vie.

5- Répercussions psychosociales de l'infertilité

5-1- Anxiété :

Elle a été rapportée par la majorité des patientes avec un taux de 79,1% contre 20,9% qui n'en rapportaient pas.

Cette anxiété était liée à des craintes que les traitements ne puissent pas avoir les effets escomptés ou qu'ils puissent être dangereux pour la patiente et/ou le fœtus (Klein, 1989). Les questions demeurent surtout quand l'enfant tarde à venir après un long temps de mariage, on se demande si l'on est à mesure d'accomplir son devoir de femme, si l'on a raison d'être, si l'on n'a pas transgressé des règles sociales ou divines et tout se passe comme si Dieu réservait ce sort pour nous punir.

5-2- Troubles du sommeil :

La majorité (70,1%) des patientes présentaient des troubles de sommeil dus à l'infertilité du couple. Ces troubles étaient essentiellement représentés par l'insomnie avec 59,7% de nos cas ; les autres troubles étaient : la somnolence, le rêve, le cauchemar, le sommeil léger.

5-3 Troubles du comportement sexuel :

Ils ont été retrouvés chez 39,6% contre la majorité (60,4%) qui n'en présentaient pas. Ces troubles (perte de la libido, baisse de la satisfaction, perte d'érection, éjaculation retardée et anorgasmie) étaient liés à la nécessité des rapports sexuels programmés sur demande (lors de l'ovulation) et des tests post-coïtaux.

5-4- Mauvais traitement physique :

Environ une sur cinq soit 21,6% des patientes ont subi un mauvais traitement physique contre la majorité (78,4%) qui n'en ont pas subi ; Ces mauvais traitements étaient donnés par son mari lui-même ou sa coépouse ou ses belles-sœurs.

5-5- Situations conflictuelles :

Conflits conjugaux : ont été rapportés par 10 patientes soit 7,4% de nos cas;

Conflits avec la coépouse : chez 38 patientes soit 28,3% de notre échantillon ;

Conflits avec la propre famille : chez 7 patientes soit 5,2% de nos cas ;

Conflits avec la belle famille : chez 44 patientes soit 32,8% de notre échantillon.

L'expérience a prouvé que dans certains cas, la survenue d'une grossesse peut facilement permettre la résolution de ces différends, et cela, pour plusieurs raisons :

- l'idée d'accoucher bientôt d'un enfant rend la femme docile et utile aux yeux de son mari, de sa propre famille, de sa belle famille ainsi que de la communauté,
- l'espoir fondé sur l'enfant attendu pousse le mari à avoir les égards pour la femme,
- la compassion de l'homme aux souffrances de la grossesse et de l'accouchement atténue souvent les tensions.

5-6- Expérience de séparation du couple :

Environ une sur cinq soit 21,6% des patientes ont été victime de séparation temporaire à la suite de la découverte de l'infertilité de leur couple.

5-7-Survenue de divorce :

Environ une sur quatre soit 26,1% des patientes avaient été victimes de divorce à cause de l'infertilité de leur couple.

Après plusieurs années de mariage, si l'enfant ne vient toujours pas, le couple se sent malheureux et trouve son avenir sombre sans l'héritier issu de son union conjugale.

Cette frustration peut amener certains maris à divorcer leur femme ou à se remarier.

5-8- Sentiment d'infériorité :

Plus de la moitié de l'échantillon avaient présenté un sentiment d'infériorité avec un taux de 53,7%. Ceci s'explique par le caractère parfois humiliant que revêtent, dans l'esprit de la patiente, les procédures médicales liées au diagnostic et au traitement du problème (Menning, 1980).

5-9- Syndrome dépressif :

Le syndrome dépressif a été retrouvé chez 37,3% des patientes. Caractérisé par une baisse d'énergie, il s'explique par un manque de satisfaction personnelle et une idéation négative. C'est un trouble déclenché par les difficultés professionnelles et financières engendrées par le traitement, l'absence de gratification du désir d'enfant et l'inefficacité du traitement. Des ruminations négatives liées à l'effondrement de soi, le sentiment de désespoir avec thème de deuil anticipé, conduisent ces patients à un isolement social croissant.

5-10- Réaction à l'annonce d'une naissance étrangère :

Dans notre étude, 85,1% des patientes ont réagi à l'annonce d'une naissance étrangère. Cette réaction est provoquée par la transgression d'une norme sociale répandue «tout homme/femme normal(e) devrait concevoir au moins un enfant dans sa vie».

5-11- Peur de la solitude à l'âge de la vieillesse :

Environ 38,1% des patientes ont eu peur d'être solitaires à l'âge de la vieillesse. Cette peur était surtout fréquente chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants.

5-12- L'expression de la jalousie :

Elle a été retrouvée chez plus de la moitié (55,2%) des patientes.

5-13- Pression familiale :

La pression familiale surtout de la part de la belle famille a été rapportée par 117 patientes avec un taux de 87,3%.

5-14- Sentiment de culpabilité :

Un tiers (31,3%) des patientes avaient un sentiment de culpabilité surtout dans le cas où la patiente avait contracté une IST qui contribuait à l'infertilité, contre un conjoint qui ne participait pas aux traitements et/ou contre des médecins qui manquaient de tact et qui n'arrivaient pas à identifier la cause ou le remède au problème (Menning, 1980).

5-15- Espoir d'avoir un enfant :

La totalité de nos patientes avaient l'espoir d'avoir un enfant avec un taux de 100,0%, raison pour laquelle elles nous ont consultés.

Le désespoir est difficile pour les femmes car l'enfant est un bien trop précieux pour renoncer à le porter un jour quel que soit le prix. Dans l'expression de foi religieuse, les femmes vivent cette infertilité comme la volonté divine de telle sorte que personne ne peut l'enjamber, et dont il faut prier aux lieux saints, faire des offrandes. Ainsi au nom de cette croyance religieuse, beaucoup de difficultés trouvent assez facilement des solutions, notamment les crises au sein du foyer conjugal.

5-16- Tentative de se valoriser autrement :

Dans notre étude, 69 patientes (51,4%) ont entrepris des actions afin de se valoriser.

Etant donné que les couples sans enfants sont peu valorisés dans la société, ils s'adonnent à des actions de bienveillances afin de se valoriser et soignant ainsi leur image dans la société.

5-17- Sentiment d'être une vraie femme :

Ce sentiment a été affirmé par la grande majorité de nos patientes soit un taux de 89,7%. Le désir d'être mère revêt un tout autre aspect de la vie de femme. Le fait d'enfanter est son privilège car cela permet de se valoriser dans la société. Depuis des générations, l'idée qui hante la femme : être mère, pour elle c'est être une vraie femme, un être humain complet.

La maternité qui a sa part de valorisation sociale, fait qu'il est difficile aujourd'hui pour la femme infertile de se définir autrement que comme mère.

5-18- Refus de son infertilité :

Dans notre étude, 15 patientes soit 11,2% de l'échantillon n'ont pas accepté leur infertilité. Pour ces femmes, le fait de ne pas pouvoir porter un enfant et aussi reproduire ce que leur mère a fait, c'est-à-dire la création de vie, les montre ici leur incapacité d'engendrer et les amène à ne pas accepter leur infertilité. Vivant dans un sentiment de culpabilité et d'amertume elles remettent souvent en question le principe de leur existence.

VII- Conclusion

L'infertilité du couple à cause de ses répercussions psychologiques, familiales, sociales et financières doit être considérée dans les services de santé, comme un problème prioritaire. Sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 Décembre 2010, nous avons eu : 447 cas d'infertilité sur un total de 4476 consultations soit une fréquence globale de 9,9%. Notre étude n'a porté que sur 134 cas qui répondaient à nos critères d'inclusion.

Elle nous a permis d'aboutir à la conclusion suivante :

- L'infertilité secondaire était plus fréquente avec un taux de 56,0%,
- La majorité des femmes avaient des relations assez bonnes avec le mari (59,7%)
- Les répercussions psychosociales les plus fréquentes étaient : l'anxiété persistante, les troubles du sommeil, les conflits conjugaux, la pression familiale, le sentiment d'infériorité, l'expression de la jalousie, la réaction à l'annonce de naissance, sentiment d'amertume, sentiment d'être de vraie femme etc. Ces troubles étaient présentés généralement par les femmes dont les conjoints n'étaient pas engagés dans la démarche thérapeutique et celles qui n'avaient jamais eu d'enfants.

Dans la stabilité du foyer d'un couple infertile, l'entourage joue un grand rôle. L'intérêt que révèle une telle étude est la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire (gynécologique, psychologique et sociale) de l'infertilité pour éviter que les couples ne soient victimes d'un fatalisme sans précédent.

VIII- Recommandations

Facteurs de conflits conjugaux, familiaux et de déséquilibres psychoaffectifs, l'infertilité du couple mérite une meilleure prise en charge. Nous préconisons :

1. A l'endroit des autorités sanitaires et politiques du pays:

- Formation des spécialistes compétents et en nombre suffisant ;
- Equipement des laboratoires surtout hospitaliers et de recherches en matériels performant et en personnels qualifiés ;
- Accompagner les structures privées dans leurs prises en charge pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans l'équilibre sanitaire de la population, surtout dans le domaine de la procréation ;
- Création et équipement des structures spécialisées pouvant couvrir les besoins de PMA selon les normes internationales ;
- Assurer une meilleure organisation de l'adoption ;
- Financer et encourager de telles études qui pourront avoir une contribution de taille dans la compréhension des aspects psychosociaux de l'infertilité conjugale ;
- Faire comprendre à la population à travers I.E.C que l'infertilité est une affaire du couple et non de la femme seule ;
- Accentuer les efforts de lutte contre la discrimination à l'égard des couples infertiles.

2. A l'endroit de la Direction du CHME le Luxembourg

- Renforcement du plateau technique ;
- Equipement du laboratoire en matériels performants et en personnels qualifiés permettant de faire des examens complémentaires dont les résultats seront disponibles et fiables à des coûts supportables pour les populations en général et les couples infertiles en particulier ;
- Motivation en vue d'encourager le personnel pour la bonne marche de l'hôpital ;
- Amélioration de la capacité de prise en charge adéquate de l'infertilité au sein de l'hôpital par la création d'un centre de PMA ;
- Recrutement d'un psychologue pour la prise en charge psychologique des couples infertiles consultants au CHME.

3. A l'endroit du personnel sanitaire :

- Mener des études similaires en vue d'approfondir les connaissances par rapport à la répercussion psychosociale de l'infertilité conjugale;
 - Bien tenir les dossiers de consultation pour faciliter leur exploitation ;
 - Instaurer une collaboration systématique entre gynécologue, psychologue et biologiste en vue de faire face au caractère polyvalent de l'infertilité conjugale par une prise en charge globale ;
 - Pratiquer des interrogatoires minutieux de toute femme ou tout couple se plaignant de leucorrhées ou algies pelviennes à la recherche du vrai motif de consultation ;
-
-

- Créer un climat de confiance avec le couple et rester à leur écoute pour mieux connaître leur état psychologique ;
- Orienter les couples infertiles vers l'adoption si aucune solution n'est possible.

4. A l'endroit de la population :

- Eviter surtout l'automédication ;
- Consulter le médecin le plus rapidement possible devant tout problème d'infertilité pour un traitement efficace et adéquat ;
- Accepter de se confier pleinement au médecin lors de l'interrogatoire ;
- Faire un changement favorable de comportement concernant la santé de la reproduction et mettre l'accent sur l'importance de la communication dans le foyer ;
- Comprendre que l'infertilité est une affaire du couple dont la prise en charge nécessite la participation des deux partenaires ;
- Accepter les couples infertiles dans la société et faciliter leur réinsertion ;
- Faire recours à l'adoption qui est légalisée au Mali, si aucune n'est possible.

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Dolo T

Etude de la stérilité conjugale dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital National du Point « G » (à propos de 208 cas).

Thèse médecine, Bamako, 1997, n°17.

[2] Diakité A

Bilan de stérilité conjugale et aspects socioéconomiques (à propos de 139 cas).

Thèse médecine, Bamako, 1988, n°13.

[3] Lansac J, Lecomte P

Gynécologie pour Le Praticien, Paris 1999 5^e éditions, 560, p 339-359

[4] ULP F67000 Strasbourg, Faculté de Médecine

Module de la conception à la naissance Strasbourg : 2004-2005.

[www.ulpmed](http://www.ulpmed.u-strasbourg.fr/med/cours_en_ligne/) u-strasbourg.fr /med / cours en ligne/

e-cours/gyneco/stérilite-couple.pol. 2005-2006 (site consulté le 01/02/2011)

[5] OMS

Stérilité féminine, ce que les agents de santé doivent savoir.

OMS, Genève, 1994, 36p ,21cm

[6] Godjo Armande H

La stérilité chez l'homme et la femme à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) et à la clinique d'urologie du CNHU de Cotonou.

Thèse médecine, Cotonou, 1994, n° 601.

[7] Hodonou A et Coll

La stérilité conjugale en milieu africain au CHU de Lomé. Ses facteurs étiologiques à propos de 976 cas.

Médecine d'Afrique noire, 1983, 30, p 531- 543.

[8] Omgoiba A

Stérilité du couple dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Thèse médecine, Bamako, 2008, n°395.

[9] Samake H

Contribution à l'étude de la stérilité féminine à propos de 170 cas, à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse médecine, Bamako, 1989, n°35.

[10] Keïta B

Stérilité à Bamako – Limites du Bilan et causes (à propos de 248 dossiers).

Thèse médecine, Bamako, 1975, n°3.

[11] Traoré K

Cœlioscopie et stérilité (à propos de 265 cas).

Thèse médecine, Bamako, 1985, n°20.

[12] Alihonou E, Aguessi B, Perin et coll

Stérilités conjugales.

Sages femmes, 1987, 11, 2, p 7-8.

[13] Coulibaly K, Gnebeir, Diarra S, Awassi A, Meyer J et Zinsou L

Bilan à propos de 150 cas de stérilité féminine.

Médecine d'Afrique noire, 1980, 27 (11), p 301 – 306.

[14] Diadhiou F, Ngom A, Diallo FB, Cissé CT, Gueye M, Maïga A, Correa P

Profil épidémiologique et coût de la stérilité conjugale au CHU de Dakar (à propos de 281 cas collectés en 5 ans de Janvier 1983 à Décembre 1987).

Acte du 1^{er} Congrès de gynécologie et d'obstétrique du Bénin et du Togo, 24-25 et 26 Mars 1988, p 342-345.

[15] Keïta Marie D

Etude clinique des stérilités tubaires dans le service de Gynéco-Obst de l'HNPG.

Thèse médecine, Bamako, 1991, n°65.

[16] Cabau A, Krulik D, Reboul J

La femme stérile, le médecin et le temps. Taux de grossesse spontanée chez les patientes atteintes de stérilité fonctionnelle.

Journal de Gynécologie-Obstétrique, Biologie reproduction, 1990, 19, p 102-106.

[17] Guerleu et Boumeville ©

Stérilités tubo-Péritonéales.

EMC, Paris, Gynécologie, 1988, 750 A10, 11, p 165.

[18] PALMER R

Stérilités tubaires : indications opératoires.

Actualités gynécologiques, 1975, p 218 – 220.

[19] Sogodogo B

Etude de la stérilité féminine à la polyclinique «LAC TELE» à propos de 236 cas.

Thèse médecine, Bamako, 2008, n°328.

[20] Erny R, Gamberre M et Felce A

Fréquence de l'étiologie infectieuse dans le bilan de stérilité.

Infection – Fécondité, Edition Masson, 1977, p 189 – 197.

[21] Timbely F

La stérilité du couple dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 145 cas.

Thèse médecine, Bamako, 2008, n°136.

[22] Buvat J, Herbaut M

L'abord du couple infertile.

EMC, Paris, Gynécologie, 1990, 739A10, p 8.

[23] Guerlend D, Spira A, Leridon H

Epidémiologie de la fertilité.

EMC, Paris, Gynécologie, 1994, 738C10, p 1-6.

[24] OMS

La stérilité et les maladies sexuellement transmissibles : un problème de santé publique.

Population reports, série L, n°4, Septembre, 1984.

[25] Leridon H

La stérilité : concepts et mesure : le point de vue du démographe.

Contraception Fertilité Sexe, 1992, 20 (7-8), p 159-163.

[26] Keïta M

Etude de la stérilité dans le cercle de Kolondiéba (Région de Sikasso).

Thèse médecine, Bamako, 1990, n°30.

[27] Kouriba I

Contribution à l'étude de la stérilité féminine.

Thèse médecine, Bamako, 1979, n°8.

[28] Traoré Y

Prise en charge de la stérilité féminine secondaire dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako.

Thèse médecine, Bamako, 2008, n°356.

[29] Zossou LT

Aspects psychosociaux de la stérilité conjugale (A propos de 140 cas) observés au CHU de Cotonou.

Thèse médecine, Cotonou, 1988, n°421.

[30] Ahognissé O

La stérilité conjugale au CHU de Cotonou : étude étiologique à propos de 1135 cas recensés de 1984 à 1986.

Thèse médecine, Cotonou, 1986, n°260.

[31] Merger R, Levy J et Melchior J

Précis d'obstétrique, Masson (Paris), 6^e Edition, 1995, p 4-597.

[32] Rezigua H, Zouaghi C, Bouguisen S et al

Stérilité conjugale : étude analytique à propos de 430 cas.

Tunisie médicale, 1994, vol 72, n°12, p 681- 685.

[33] Rougerie G et Vidal R

La stérilité : problème majeur en consultation gynécologique au Gabon: étude prospective à propos de 7412 cas.

Médecine d'Afrique noire, 1980, 27, p 8-9.

[34] Thonneau P

Infécondité : le point de vue de l'épidémiologiste.

Contraception Fertilité Sexe, 1992, 20, p 164-173.

[35] Palmer R, Cohen J

La stérilité.

Cahiers Sandoz, 1973, 26, p 103-128.

[36] Belaisch Allart J

Traitement de la stérilité y- a-t-il un âge limite pour la femme ?

Contraception Fertilité Sexe, 1996, 24, p 980-983.

[37] Bouteville Claude

Quand parler de la stérilité inexplicquée ?

Lettre du gynécologue, 1990, 118, p 9.

[38] Baudet JH, Seguy B

Exploration d'un couple stérile.

Révision accélérée en gynécologie, 2^{ème} édition, Paris, 1981, p165 – 177.

[39] Body G, Lepors K, Cornec A, Tariel D, Boizon Y, Lansac J

Influence de l'étiologie de la stérilité sur les résultats de la microchirurgie tubaire.

Journal de Gynécologie-Obstétrique, Biologie reproduction, 1986, 15, p 901-907.

[40] Belaisch J, Papiernik E

La stérilité : Impact médecine.

Les dossiers du praticien n°113

[41] Cohen J

Quelle est la place des PMA dans le traitement des stérilités féminines ?

Contraception Fertilité Sexe, 1994, 22, p 267- 274.

[42] Seguy B et Martin N

Stérilité conjugale.

Manuel de Gynécologie Praticien, p 371 – 398.

[43] David D

Qu'est ce qu'un couple stérile? Que devient-il ? Le point de vue du Psychiatre.

Contraception Fertilité Sexe, 1992, 20, p 174-181.

[44] David G

L'inexpliqué est-il toujours inexplicable?

Lettre du gynécologue, janvier 1990, n°118, p 9.

[45] David G, Gernigon CL

Stérilité conjugale.

Presse médicale, 1983, 20, p 1265 – 1267.

[46] Do Rego N

La stérilité conjugale et prophylaxie (A propos de 834 cas).

Thèse médecine, Cotonou, 1997, n°14.

[47] Emperaire JC, Audebert A

L'infertilité du couple.

Sud-ouest médecine, 1996, 11, p 3.

[48] Germond M, Senn A, De Grandi P

Devenir d'un couple admis dans le programme de traitement par fécondation in vitro et transfert d'embryons (FIVETE) au CHUV entre 1985 et 1990.

Médecine Hygiène, 1992, 50, p 1260 – 1266.

[49] Hedon B, Boulot P

Les résultats de la prise en charge de la stérilité. Le point de vue du gynécologue
Obstétricien.

Contraception Fertilité Sexe, 1992, 20, p 129-135.

[50] Netter A

CAT devant une stérilité conjugale.

EMC, Paris, Gynécologie, 1990, 739, 10, 3, p 981.

[51] Koné M

Analyse psychosociologique de la stérilité : à propos de 50 femmes en consultation gynécologique au CHU Gabriel Touré.

Mémoire FLASH, Bamako, 2005, n° : S104, p 1- 48.

[52] Dembélé VT

Analyse qualitative des comportements affectifs des couples face au problème de procréation : le cas de deux communautés du cercle de San (les minyankas de Karaba et les bwa de Kimparana).

Mémoire ENSUP, DER PPP, Bamako, 1997, n°6, p 1- 48.

[53] Châtel A

Une approche globale de l'infertilité.

Revue québécoise de Psychologie, 1988, 9, 3, p 126-137.

FICHE D'ENQUETE

N° /...../

A | Renseignements Généraux

Nom..... Prénom

Age Statut matrimonial

Profession..... Ethnie

Nationalité.....

Adresse.....Médecin traitant.....

Type d'infertilité : Primaire /...../ Secondaire /...../

Durée d'infertilité :

B | Antécédents

1) Médicaux :

HTA /___/ Diabète /___/ Bilharziose /___/

Tuberculose /___/ Salpingite /___/ Névrose /___/

Psychose /___/ Autres /_____/

2) Chirurgicaux :

G.E.U /___/ Kystectomie /___/ Césarienne /___/

Appendicectomie /___/ Autre /_____/

3) Gynécologiques

-Cycle : Régulier/..../ Irrégulier/.../ Spanioménorrhée/...../

Pollakiménorrhée /...../

Aménorrhée /...../

- Règles : × DDR × Durée.....jours
- × Normales/...../ × Anormales/.../
- Hyperménorrhée /.../
 - Polyménorrhée /.../
 - Hypoménorrhée/.../
 - Oligoménorrhée/.../
- Dysménorrhée : Non /...../ Oui /... /
- Dyspareunie : Non /...../ Oui /... /
- Vaginale /...../
 - Profonde/...../
- Dysurie : Non /...../ Oui /..... /
- Leucorrhée : Non /...../ Oui /..... /
- Prurit vulvaire : Non /...../ Oui /..... /
- Contraception : Non /...../ Oui /..... /
- Galactorrhée: Non /...../ Oui /..... /

4) Obstétricaux :

- Nombre de grossesse /..... /
- Nombre de parité /...../
- Nombre d'enfants vivants
- Dans l'absolu /...../
 - Dans le couple actuel /...../
- Nombre d'enfants décédés /...../
- Nombre d'avortements : /...../
- Spontané /...../
 - Provoqué/ ... /

Difficulté au dernier accouchement : Non /... /

Oui /.../ Hémorragique/.... /

Forceps /.... /

Mort né /.... /

Autre /..... /

Age du dernier enfant

C | **Evaluation du couple**

Durée du mariage /...../

Rang de mariage /...../

Différence d'âge avec le conjoint /...../

Régime matrimonial | Monogamie /...../

| Polygamie /...../

| Divorce | 1 fois /...../

| | ≥2 fois /..../

Qualité des relations avec le conjoint Bonne /...../

Assez bonne /...../

Passable /...../

Mauvaise /...../

D | **Répercussions psychosociales**

NON **OUI**

Anxiété /...../ /...../

Troubles de sommeil /...../ /...../

Troubles comportement sexuel	/...../	/...../
Mauvais traitement physique	/...../	/...../
Situations conflictuelles	/...../	/...../
Expérience de séparation conjugale	/...../	/...../
Survenue de divorce	/...../	/...../
Sentiment d'infériorité	/...../	/...../
Syndrome dépressif	/...../	/...../
Réaction à l'annonce d'une naissance	/...../	/...../
Peur de la solitude à l'âge de la vieillesse	/...../	/...../
Marginalisation dans le foyer et/ou dans la société	/...../	/...../
Stigmatisation dans la société	/...../	/...../
Sentiment d'amertume	/...../	/...../
Répugnance/Réprimande	/...../	/...../
Humiliation/ Ridiculisation par la coépouse	/...../	/...../
Répudiation par la belle famille	/...../	/...../
Non coopération du mari dans la prise en charge	/...../	/...../
Espoir d'enfant un enfant	/...../	/...../
Sacrifices et/ou pèlerinage aux lieux saints	/...../	/...../
Sentiment d'être une vraie femme	/...../	/...../
Refus de son infertilité	/...../	/...../
Tentative de se valoriser autrement	/...../	/...../

FICHE SIGNALITIQUE

Auteur : Mahamadou Diabaté **Age :** 12- 09- 1984 **Pays d'origine:** Mali

Adresse : msdiabate@yahoo.fr **Tel :** 0022376034895

Titre : Infertilité du couple : aspects psychosociaux chez la femme au CHME

Le << LUXEMBOURG >>.

Année universitaire : 2010- 2011

Ville de soutenance: Bamako

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la FMPOS de Bamako.

Intérêt de l'étude : Gynécologique et Psychologique

Résumé de l'étude : notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010. C'est une étude prospective réalisée au service de gynéco-obstétrique du CHME. Pendant cette période nous avons consulté 4476 patientes dont 447 cas d'infertilité soit 9,9%, mais compte tenu des critères d'inclusion nous n'avons retenu que 134 cas d'infertilité conjugale. C'est une étude clinique afin de déterminer les répercussions psychosociales de l'infertilité du couple chez la femme. A la fin, on a eu les résultats suivants :

- L'infertilité secondaire était plus fréquente avec un taux de 56,0%,
- La majorité des femmes avaient des relations assez bonnes avec le mari (59,7%)
- Les répercussions psychosociales les plus fréquentes étaient : l'anxiété, les troubles du sommeil, les conflits conjugaux, la pression familiale, le sentiment d'infériorité, l'expression de la jalousie, la réaction à l'annonce de naissance...

Mots clés : infertilité, couple, aspects psychosociaux.

SIGNALITIC CARD

Author: Mahamadou Diabaté **Date of Birth:** 12/ 09/ 1984 **Country:** Mali

E-mail: msdiabate@yahoo.fr **Phone:** 0022376034895

Title: Infertility of the couple: psychosocial aspects at the woman in the CHME

<<LUXEMBOURG>>.

Academic year: 2010 - 2011 **City of oral examination for thesis:** Bamako

Place of deposit: Library of the FMPOS from Bamako.

Interest of the survey: Gynaecological and Psychological

Summary of the survey: our survey took place on one period of 12 months going from January 1st, 2010 to December 31, 2010. It is a prospective survey achieved to the service of gynaecology and obstetrics of the CHME. During this period we consulted 4476 patients of which 447 cases of infertility are 9,9%, but considering the criteria of inclusion we kept 134 cases of conjugal infertility only. It is a survey clinic in order to determine the psychosocial repercussions of the infertility of the couple at the woman. At the end, one had the following results:

- The secondary infertility was more frequent with a rate of 56,0%,
- The majority of the women had relations of middle quality with the husband,
- The most frequent psychosocial repercussions were: the obstinate anxiety, the unrests of the sleep, the conjugal conflicts, the domestic pressure, the complex of inferiority, the jealousy, the reaction to the foreign birth announcement...

Key words: infertility, couple, psychosocial aspects.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant l'effigie d'**Hippocrate**, je promets et je jure, au nom de l'**Etre** suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes **maîtres**, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE
