

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

Université des sciences Techniques et
des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B)



Faculté de Médecine, Et
d'Odontostomatologie (FMOS)

Année Universitaire 2021 – 2022

N°/2022

**IMPACT DE L'INFERTILITE DU COUPLE SUR
L'ETAT PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES A
L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13 /10 /2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie Par :

Mme. MINATA DOUMBIA

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

JURY

Président : Pr Youssouf TRAORE

Membres : Dr Souleymane dit Papa COULIBALY

: Dr Amadou BOCOUM

Co-directeur : Dr Mahamadou DIASSANA

Directeur : Pr Tioukani THERA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS



DEDICACES :

Je dédie ce travail :

➤ **A mon beau pays le Mali**, Terre d'hospitalité, ensemble unis dans la foi nous ferons de toi et de l'Afrique comme le disait l'autre : « la plus belle, la plus enviée, une terre d'accueil, une terre de rencontre, une terre de fraternité... ». Merci pour tout ce que tu nous as donné. Que ce modeste travail soit une pierre que t'apporte un de tes fils pour l'avancement de la politique sanitaire ! Un grand hommage à nos victimes de guerre que Dieu les accueille dans son humble paradis.

➤ A Toutes les femmes infertiles surtout celles qui n'ont pas eu la chance d'être mère.

➤ **A Ma mère Sitan Traoré**

Être ta fille est une fierté. Très tôt tu as su m'inculquer l'importance du travail bien fait, le sens du devoir et tu m'as toujours incité à aller au bout de moi-même. Tu m'as tout donnée, tu as consacré ta vie à prendre soins de tes enfants et à faire d'eux des Hommes droits et justes. Tu as toujours tout fait pour que nous soyons heureux. Tant de souffrances endurées, de sacrifices consentis pour ta famille ! Tu es une mère exemplaire, combattante, et aimable. Les mots sont très petits pour te rendre hommage. Je ne pourrai jamais t'être suffisamment reconnaissant quoi que je dise et quoi que je fasse. L'honneur de ce travail te revient puisqu'il ne peut être qu'un de tes vœux les plus ardents. Je te dois tout.

Merci, que le Tout Puissant te garde longtemps auprès de nous.

Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Amen

➤ **A mon Père Siaka Doumbia**

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 toi le plus patient et courageux des hommes, mon cher epoux Ousmane Z Tangara

Si c'était avec des lignes qu'on pouvait exprimer l'amour, le dévouement, le respect, et l'affection, tout l'encre du monde ne me suffirait pas pour traduire mes sentiments envers toi, je te remercie pour ton amour, ton soutien inconditionnel, tes nombreux conseils avisés pour la confiance que tu me portes, pour les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et mon bien être.

A mes enfants bien aimés

Adama Tangara, Mohamed Tangara, Kadidiatou dite Ina Tangara, Bassitan Tangara

Pendant que les autres enfants de votre age se réjouissaient de la présence de leurs mères, vous avez su comprendre et rester dans la solitude car vous avez voulu voir maman réussir. Ce travail est le fruit de votre sacrifice. Trouvez ici mes sentiments les plus joviales qu'Allah vous accord sa grâce.

A ma belle 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'Éternel Dieu vous accompagne partout et vous donne la baraka.

REMERCIEMENTS :

➤ **A Allah**, le Tout Puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je te rends grâce de m'avoir donné la force et la détermination pour la réalisation de ce travail.

➤ **A son Prophète** (paix et salut sur lui)

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

A tout le corps professoral à la FMOS, ce travail est avant tout le vôtre pour la qualité de l'enseignement.

A toute la 10ème promotion du numerus clausus. Ce travail est le vôtre
Mes remerciements vont à l'endroit de tout le personnel de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Mes sincères remerciements à mes encadreurs :

A Dr Ballan Macalou,

Tu es pour moi un encadreur, un frère, un ami, un confident, me voir médecin a été un de tes souhaits. Ton souci du travail bien fait m'a beaucoup éclairé dans la réalisation de ce travail, qui est aussi le tien. Je vous présente mes sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous avez offert. Que Dieu t'ouvre les portes de la connaissance et du succès.

A Dr Sitapha Dembélé,

Tu es pour moi un encadreur, ton apport au cours de ma formation a été inestimable. Je vous présente mes sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous avez offert.

A Mr Ibrahima Dembourou SOW : Tu m'as accueilli et m'a traité comme une soeur, ton apport a été inestimable. Ce travail est le tien

A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes : vous vous êtes investies, en mettant votre dynamisme, votre compétence et chaleur humaine au service des stagiaires.

A la famille Tangara

Je voudrai vous signifier toute ma reconnaissance et mon profond attachement. Sachez que je serai toujours là pour vous. Votre hospitalité, votre humanisme ont été sans faille, vous m'avez beaucoup admiré. Accordez-moi l'occasion d'exprimer ma reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mon tuteur tonton Alou Djiré

Homme généreux, respectueux, attentionné, je vous remercie pour votre soutien et sacrifice en réunissant toutes les conditions nécessaires pour ma réussite. Je suis fier d'avoir un tonton comme vous. Vous êtes pour moi un exemple de bonté et d'humanisme. Trouvez, vous ainsi que l'ensemble des membres de la famille Djiré, ici mon affectueux attachement à vous. Que Dieu vous bénisse.

A mes Tontons

Feu Bourama Touré, Adama Touré Feu Drissa Touré, Balla Touré, Mory Touré, je vous remercie pour votre accompagnement et vos soutiens indéfectibles durant ce parcours. Que le tout puissant vous accorde longue vie.

A mes tantes

Rokia Coulibaly, Sitan Djiré Mah Coulibaly, Djènèba Bah, Setou Ballo Awa Sogoba , Awa Traoré ; vous avez été pour moi comme des secondes mères. Merci pour vos bénédictions.

A mes Frères et Sœurs :

Pour le réconfort moral et le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'études. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, je suis sûr qu'elle reste toujours sacrée entre nous.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons toujours unis et soyons à la hauteur de l'attente de nos parents.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

A mes aînés Docteur :

Koita Bakary, Jean pierre Koné, Adama Tangara, Bréhima Traoré, Kantara Daou, Salimou Issa Diarra, Bah Sidibé, Salif Bocoum, Faly Niang, Souleymane Baye, Issiaka Dolo, Adama Konaté, Mamadou C Diallo, Mahamadou Baldé, Salif Kanouté, Falaye Fassirima Keita. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

À tous les internes et étudiants de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :

Douda K Fomba, Ibrahim Coulibaly.

À mes cadets du service : Issa Daou, Robert Diarra, Mahamadou Diakité, Ramata Traoré, Ousmane Dia, Alpha Oumar Diallo, courage et bonne chance.

À mes amies et amis

Dr Awa Karim Diarra, Dr Kouma Gasiré, Dr Keita Kadi. Les bons comme les mauvais moments qu'on a partagés ensemble n'ont fait que consolider nos liens. Que Dieu vous bénisse mes frères d'autres mères.

Impact de l'infertilité du couple sur l'état psychologique des femmes au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur YOUSOUF TRAORE

- **Professeur Titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère –Enfant du VIH (PTME),**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthode de Recherche Clinique » de Bordeaux I,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthode de Recherche Clinique et Épidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Vice Président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO),**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA),**
- **Membre de African Federation of Obstetrics and Gynecology (AFOG),**
- **Titulaire d'un certificat « Cancer and prevention course » de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)**
- **Enseignant chercheur,**

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme président de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de présider ce travail. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie -obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher Maître, Soyez rassuré de notre sincère reconnaissance

À Notre Maître et Juge de thèse :

Docteur Souleymane dit Papa COULIBALY

- **Maître-assistant à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de psychiatrie du CHU point G**
- **Chef de service de psychiatrie du CHU point G**
- **Membre de la société africaine de santé mentale**
- **Membre de la société malienne de santé mentale**

Cher Maître,

Vos qualités humaines et scientifiques, votre modestie et votre amour du travail bien faits-nous laisse sans mots.

Nous avons été marqués par la qualité de votre démarche diagnostique qui font de vous un homme de qualité exceptionnelle. Apprendre à vos côtés fut un immense honneur. Acceptez ici cher maître, toute notre reconnaissance

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Amadou BOCOUM

➤ **Maître-assistant /Chargé de Recherche en gynécologie obstétrique à la FMOS.**

➤ **Praticien hospitalier au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE.**

➤ **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France.**

➤ **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire de cœlioscopie en gynécologie en France.**

➤ **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie obstétrique de l'université Paris Descartes.**

➤ **Membre de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO).**

➤ **Secrétaire général adjoint de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO).**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de nous aider dans l'élaboration de ce travail.

Homme ouvert et pragmatique, votre compétence, vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

En plus de vos connaissances scientifiques ; votre sens élevé de la vie humaine mérite le respect.

Nous gardons de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ces élèves.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Mahamadou DIASSANA

- **Spécialiste en gynécologie et obstétrique ;**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ;**
- **Chef de service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou ;**
- **Chargé de cours de gynéco-obstétrique à l'INFSS de Kayes ;**
- **Maitre de recherche.**
- **Chef de la filière sage-femme à l'INFSS annexe Kayes**
- **Président de l'antenne régional de la SOMAGO de Kayes**

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Nous avons été très touchés par votre accueil, votre abord facile, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Malgré vos multiples occupations, vous nous avez acceptés et dirigé ce travail avec amour et respect scientifique dans votre service. Plus qu'un maître, vous êtes pour nous un modèle. Merci pour les journées et les soirées consacrées à l'amélioration de ce travail. Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Professeur Théra Tioukani

- **Chef de Service de Gynécologie Obstétrique au CHU du Point G,**
- **Maître de conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique,**
- **Attestation de Formation Spécialisée en Gynécologie Obstétrique :**
- **Université Claude Bernard Lyon (France),**
- **Diplôme d'étude universitaire en Thérapeutique de la stérilité : Université Paris IX(France),**
- **Diplôme d'étude universitaire d'échographie Gynécologique et Obstétricale : université Paris IX(France),**
- **Diplôme Européen d'Endoscopie opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France),**
- **Diplôme d'étude universitaire en Colposcopie et pathologie cervico-vaginales Angers (France),**
- **Président de la commission médicale d'établissements du CHU du Pt G.**

Cher maître ;

Vous nous faites l'insigne honneur de diriger ce jury malgré vos occupations professionnelles. Votre disponibilité constante et votre rigueur scientifique nous ont toujours fasciné et font de vous un maître admiré de tous. Veuillez trouver ici cher Maître l'expression de nos sentiments respectueux.

ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATIONS

ATCD= Antécédents

CHU= Centre Hospitalier et Universitaire

GEU= Grossesse Extra Utérine

GO= Gynéco-Obstétrique

FIVETE= Fécondation In Vitro et Transfert d'Embryon

FIV= Fécondation In Vitro

FMOS= Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

HFDK= Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

HTA= Hypertension Artérielle

IAC= Insémination Artificielle avec Sperme du Conjoint

IAD= Insémination Artificielle avec Sperme du Donneur

IEC= Information, Education, Communication

IMC= Indice de Masse Corporelle

IST= Infection Sexuellement Transmissible

IVG= Interruption Volontaire de Grossesse

OMS= Organisation Mondiale de la Santé

PMA= Procréation Médicalement Assistée

SOMAGO= Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique

TABLES DES ILLUSTRATIONS

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial	36
Figure 2 : Répartition des patientes selon la profession.....	36
Figure 3 : Répartition des patientes selon le régime matrimonial.....	38
Figure 4 : Répartition des patientes selon la notion de remariage.....	39
Figure 5 : Répartition des patientes selon le type de l'infertilité.....	40
Figure 6 : Répartition selon la personne infertile dans le couple.....	40
Figure 7 : Répartition selon l'existence de l'anxiété.....	41
Figure 8 : Répartition selon la notion de stigmatisation dans la société.....	42
Figure 9 : Répartition selon la durée de l'infertilité.....	43
Figure 10 : Répartition selon la coopération du conjoint dans la prise en charge.....	46

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	35
Tableau II : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux.....	37
Tableau III : Répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques..	38
Tableau IV : Répartition des patientes selon l'âge du dernier enfant.....	39
Tableau V : Répartition des patientes selon la durée du mariage.....	41
Tableau VI : Répartition des patientes selon le type du syndrome dépressif...	42
Tableau VII : Répartition des patientes selon le type du trouble de sommeil...	43
Tableau VIII : Qualité de relation avec le conjoint.....	44
Tableau IX : Répartition selon la notion de violence émotionnelle.....	44
Tableau X : Répartition selon la notion de l'existence de pression familiale...	45
Tableau XI : Répartition selon le ressenti personnel.....	45
Tableau XII : Répartition selon les troubles de comportement sexuel.....	46
Tableau XIII : Relation entre la durée de l'infertilité et l'anxiété.....	47
Tableau XIV : Répartition des patientes selon les soins prodigués.....	48

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
Objectif général	3
Objectifs spécifiques :	3
GÉNÉRALITÉS	5
METHODOLOGIE	29
RESULTATS	34
DISCUSSION	48
CONCLUSION	55
RECOMMANDATIONS	57
REFERENCES	59
ANNEXES	64

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'infertilité est une maladie du système reproducteur, définie comme « l'incapacité à concevoir une grossesse clinique après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés » [1].

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), 50 à 80 millions d'individus de par le monde ont un problème de fertilité qui peut être à l'origine de perturbation de la vie du couple. Environ deux millions de nouveaux couples consultent chaque année pour infécondité. Si dans les pays industrialisés, l'infécondité interpelle le couple tout entier, en Afrique, la responsabilité féminine demeure seule entière. [1]. Cette responsabilité se fondait sur la logique primaire « puisqu'elle n'est pas enceinte, c'est qu'elle est stérile ». Ces idées sont depuis longtemps révolues puisque dans 20 à 70% des cas, une composante masculine serait en cause. [2] Cette responsabilité masculine dans l'infertilité du couple est niée, refusée ou difficilement acceptée par l'homme. Ce refus est manifesté par l'homme quel que soit son niveau d'alphabétisation. En dépit des discordances statistiques, en Afrique nombreux sont les auteurs qui estiment entre 10 à 40%, la part de la responsabilité de l'homme dans l'infécondité conjugale [3-6].

Cette infertilité demeure un problème socioculturel très important quand on sait qu'en Afrique en général plus particulièrement au Mali le but principal du mariage reste la procréation.

Ainsi sont confrontés souvent les couples infertiles à une crise de type existentielle remettant en question leurs propre intégrités psychique et physique, la relation du couple et le sens de l'existence [7,8].

Dans la littérature plusieurs études soulignent la présence significative de symptômes anxieux et dépressifs chez les femmes infertiles. Plusieurs facteurs

pourraient y associés tels que l'âge, le contexte socio-économique, la durée de l'infertilité, l'échec antérieure à des traitements en procréation assistée, etc.

Toutefois peu d'études se sont attardées aux symptômes de nature psychologique chez les femmes souffrant spécifiquement d'infertilité.

C'est pourquoi la détresse et les répercussions émotionnelles s'expriment la plupart du temps sous la forme de ressentis tels que l'impuissance, la colère et / ou la frustration [9].

Ainsi nous voulons dans le cadre de la pratique gynécologique courante faire le point par rapport à la répercussion psychologique chez des patientes consultantes pour infertilité au service de Gynécologie-Obstétrique à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes en nous fixant comme objectifs :

Objectif général

-Evaluer l'impact de l'infertilité du couple sur l'état psychologique des femmes dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence de l'infertilité du couple dans le service de gynéco-obstétrique de l'HFDK ;

-Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant consulté pour infertilité du couple dans le service de gynéco-obstétrique de l'HFDK ;

-Évaluer les aspects psychologiques de l'infertilité du couple chez les femmes consultantes dans le service de gynéco-obstétrique de l'HFDK.

GÉNÉRALITÉS

GÉNÉRALITÉS

1 Définitions

- L'infertilité est définie selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) par absence de grossesse après 12 mois de rapports sexuels réguliers et sans contraception. [10].
- L'état psychologique est défini selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter des tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. [11].

2-Historique

En 1962, le Dr Donald Robert Johnson rédigea un discours solennel sur « l'histoire de la stérilité humaine ». Écrit à peine seize ans avant que le premier bébé naisse par procréation assistée, le témoignage du Dr Johnson montre à quel point la médecine peut évoluer en quelques années, et ce, sans parler du chemin parcouru depuis la nuit des temps.

En déclarant que l'infertilité « occupait l'esprit des hommes dès l'Antiquité », le Dr Johnson explique ensuite la manière dont le monde du XXe siècle considérait l'infertilité. Il s'agissait alors d'un problème inhérent aux femmes, et que seuls les hommes étaient capables de résoudre.

On comprend ainsi à quel point l'approche unifiée du problème est nouvelle, et comment nos esprits et nos sociétés se sont développés en si peu de temps. Cela, bien sûr, sans parler de nos sciences. Dans les temps anciens, l'infertilité était considérée comme une malédiction envoyée par les dieux, et qui s'abattait uniquement sur les femmes. En fait, ce n'est qu'à la fin des années 1800 que la fécondation et la reproduction sexuée ont été pleinement comprises. Pendant des millénaires, les tribus et les cultures ont estimé que toute difficulté de conception était entièrement imputable à la condition féminine. Sans aucune

considération du rôle crucial que jouent les hommes dans la reproduction ou les difficultés liées à la maladie, au traumatisme et au préjudice personnel.

Au cours des 10 dernières années, de multiples options de traitement, allant de la FIV à la gestation pour autrui (GPA), ont aidé des couples du monde entier à construire la famille dont ils ont toujours rêvé. En effet, la médecine comprend maintenant que le problème n'est pas uniquement « féminin ».

Les progrès quotidiens en matière de traitements et de possibilités sont devenus beaucoup plus accessibles. Grâce à une gamme de traitements et d'examens disponibles et destinés aux deux futurs parents, le taux de réussite a connu une amélioration fulgurante.

3-Epidémiologie :

3-1-Fréquence : Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS), l'infertilité touche environ 80 millions de personnes dans le monde et environ un couple sur six est confronté à une infertilité primaire ou secondaire. [12] Le taux d'infertilité varie d'un pays à l'autre, allant de 5 à 8% dans les pays développés et de 5,8 à 44,2 % dans les pays en développement [13].

Au mali l'infertilité est de plus en plus fréquente avec une fréquence de 12,7% selon une étude faite au CHU Gabriel Touré de 2003 à 2012 [14].

3-2-Facteurs de risque :

3-2-1-Chez la femme : Les trois facteurs pronostiques principaux ayant une influence sur sa fertilité sont l'âge, le poids et le tabagisme.

- L'âge de la femme est un des facteurs pronostiques les plus importants car la réserve ovarienne en follicules ovariens diminue de façon physiologique avec l'âge et entraîne une diminution de fertilité de la femme. Ainsi, la fertilité d'une femme est maximale avant 25ans, commence à diminuer des 26-30 ans et chute après 35 ans pour devenir presque nulle après 45 ans.

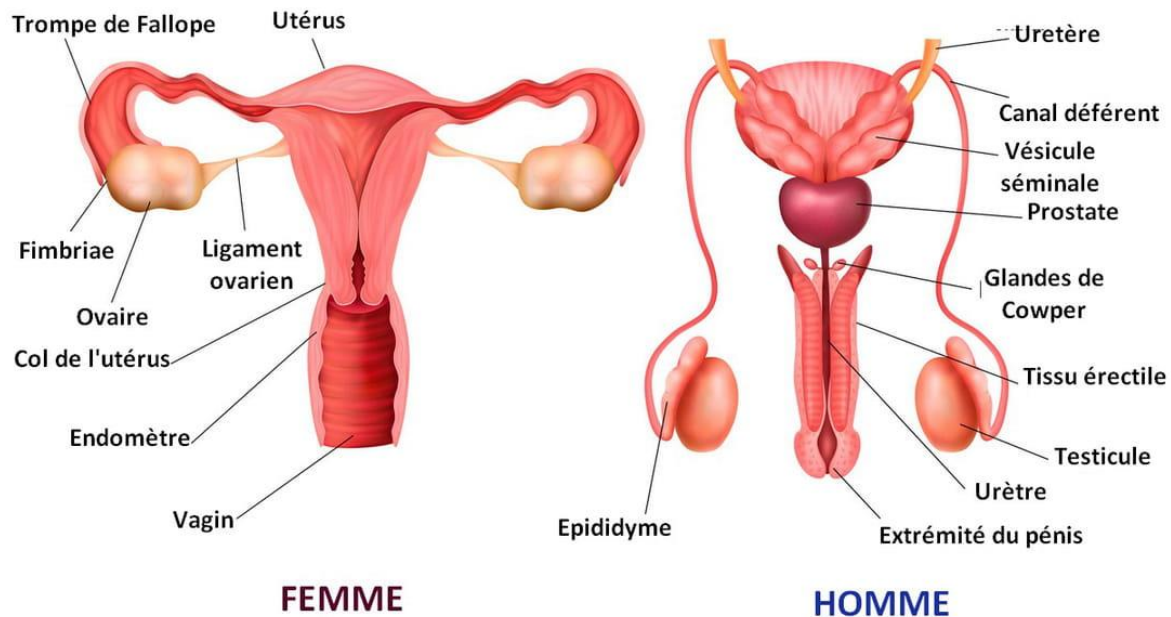
- Le poids a une influence sur la fertilité. Un indice de masse corporelle (IMC) supérieure à 30 diminue par 4 les chances de grossesse par rapport à une femme ayant un IMC normal. De la même façon, un IMC trop bas aussi diminue la fertilité en entraînant des troubles de l'ovulation
- Le tabac diminue les chances de grossesse de façon dose-dépendante en augmentant le délai moyen pour concevoir, tout en augmentant les risques obstétricaux : risque d'avortement spontané précoce, de grossesse extra-utérine, de retard de croissance intra-utérin, d'hématome-retro placentaire, de mort fœtale in utero.

3-2-2-Chez l'homme : les facteurs de risque d'infertilité masculine sont très divers : on peut citer :

- Le tabagisme,
- La surexposition aux rayons x, aux pesticides et aux champs électromagnétiques
- L'obésité, le surpoids
- Le stress
- Une surconsommation d'alcool et de cannabis
- L'exposition prolongée à certains métaux comme le plomb ou le mercure

4 Étiologie : les causes de l'infertilité peuvent être multiples. Elles sont d'origine féminine ou masculine, et mixtes pour beaucoup de couples.

Système reproducteur humain



4-1-Chez la femme, certaines pathologies gynécologiques ou endocriniennes peuvent être des causes d'infertilité :

- **L'âge** : Plus l'âge augmente, plus les chances de réussite diminuent. La prise en charge médicale d'une infertilité après 42 ans est discutable [15].
- **Anomalies de l'ovulation** : peuvent être dues à des causes suivantes :
 - Causes psychogènes (anorexie mentale par exemple) ;
 - Carence nutritionnelle ;
 - Anomalies de l'hypophyse ou de l'hypothalamus (tumeur ou malformation) ;
 - Syndrome des ovaires poly kystiques (dystrophie ovarienne, Stein Leventhal) ;
 - Tumeurs ovariennes (kystes par exemple) ;
 - Anomalie chromosomiques (syndrome de Turner : 45XO par exemple) ;
 - Pré-ménopause précoce ;
 - Pseudohermaphrodisme masculin.

➤ **Anomalies de l'utérus :**

- Malformations utérines congénitales (utérus cloisonné, utérus bicorne ou unicorne ...) ;
- Malformations vaginales (cloisons verticales, diaphragme transversaux, aplasie vaginale) ;
- Adénomyose ;
- Fibromes (myomes) ou polypes ;
- Synéchies (traumatique, tuberculeuse) ;
- Exposition in utero au Distilbène ;
- Infections (cervicites) ;
- Antécédent de conisation (ablation du col pour une dysplasie cervicale).

➤ **Anomalies tubaires :**

- Lésions tubaires (obstructions tubaires, lésions péritonéales ...)
- Stérilisation tubaire ;
- Infertilité tubaire d'origine inflammatoire ; endométriose ; polype tubaire, malformations tubaires.

➤ **Anomalies de la glaire cervicale**

La glaire cervicale peut devenir imperméable au passage des spermatozoïdes dans la cavité utérine. Cela peut être dû à :

- Un déficit ou déséquilibre hormonal ;
- La présence d'anticorps anti-spermatozoïdes ;
- Une trop grande acidité de la glaire.

Troubles du comportement sexuel (fausses infertilités) : peuvent être :

- Le vaginisme ;
- L'absence de rapports sexuels.

➤ **Causes idiopathiques**

4-2-Chez l'homme :

La responsabilité de l'homme dans l'infertilité est une notion plus difficile à cerner. On peut l'estimer, mais on ne peut pas quantifier avec certitude le pouvoir fécondant du sperme [16]. L'infertilité masculine dépend de plusieurs causes qui sont :

➤ **Atteinte de l'axe l'hypothalamo-hypophysaire.**

L'atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire peut parfois se traduire par un infantilisme génital et des taux hormonaux diminués (testostérone surtout, mais aussi FSH et LH) :

- Quand FSH est élevée, l'origine est testiculaire et définitive ;
- Quand FSH est diminuée, elle doit être complétée par celui de LH, testostérone et la prolactinémie, ainsi nous distinguons :

➤ **Hypogonadisme hypo gonadotrope (FSH et LH sont diminuées)**

C'est l'insuffisance de fonctionnement du testicule dû à un trouble de son contrôle hormonal. Les causes sont :

- ✓ Déficits congénitaux en LHRH (GnRH) qui est normalement fabriquée par l'hypothalamus ;
- ✓ Facteurs psychiques et nutritionnels ;
- ✓ Syndromes poly malformatifs ;
- ✓ Maladies générales chroniques ;
- ✓ Tumeurs, infections ou traumatismes du système nerveux central ;
- ✓ Causes iatrogènes (chirurgicales, pharmacologiques, chimiothérapie, radiothérapie).

➤ **Insuffisance testiculaire : anomalies de la production des spermatozoïdes**

- ✓ Anomalies chromosomiques : syndrome de Klinefelter par exemple (47XXY) ;
 - ✓ Tumeurs testiculaires (tumeurs bénignes et cancers) ;
 - ✓ Cryptorchidie (anomalie de position du testicule qui n'est pas au fond de la bourse) ;
 - ✓ Orchite (infection du testicule par le virus des oreillons par exemple) ;
 - ✓ Torsion du cordon spermatique entraînant une nécrose ischémique testiculaire ;
 - ✓ Varicocèle (dilatation de veines autour du testicule) ;
 - ✓ Traumatismes testiculaires (coup de pied, accident de vélo ou de voiture) ;
 - ✓ Infection généralisée virale ou bactérienne ;
 - ✓ Antécédent de radiothérapie ou de chimiothérapie ;
 - ✓ Exposition aux toxiques : insecticides, métaux lourds, herbicides ;
 - ✓ Exposition professionnelle à la chaleur (sidérurgiste, boulanger) ;
 - ✓ Exposition professionnelle aux radiations ionisantes ;
 - ✓ Tabagismes, alcoolisme, consommation de stupéfiants).
- **Anomalies du transport des spermatozoïdes** : obstruction ou absence des voies spermatiques sont :
- ✓ Malformations congénitales : absence des canaux déférents associés à des anomalies rénales ;
 - ✓ Anomalies génétiques avec agénésie des canaux déférents (gène de la mucoviscidose) ;
 - ✓ Séquelles d'infections génitales ou urinaires ;
 - ✓ Tumeurs des voies excrétrices ;
 - ✓ Antécédent de chirurgie ou de radiothérapie pelvienne ;
 - ✓ Infections de la prostate et des vésicules séminales ;
 - ✓ Tumeurs de la prostate (bénigne ou maligne).

- **Production d'anticorps anti-spermatozoïdes**
- **Troubles du comportement sexuel (fausses infertilités)**

- ✓ Troubles de l'érection (impuissance) ;
- ✓ Anéjaculations (absence d'éjaculation) ;
- ✓ Éjaculation rétrograde (présence de spermatozoïdes dans les urines);
- ✓ Éjaculation prématurée ante portas (éjaculation avant pénétration).

4-3-Les causes mixes sont l'association des causes féminines aux causes masculines au sein du couple.

5-Impact psychologiques des femmes lié à l'infertilité du couple :

Depuis plusieurs années il est reconnu que l'infertilité a des conséquences psychologiques importantes pour les couples.

Selon les résultats d'une étude citée dans « Harvard Mental Health Letter_ » et réalisée auprès de 488 femmes américaines infertiles, l'intensité des symptômes de nature anxieuse et dépressive rapportés par ces femmes à l'aide d'un questionnaire psychologique standard se comparait à celle des femmes atteintes de cancer, de maladie cardiaque et du virus d'immunodéficience humaine (VIH).(17) Les écrits cliniques traitant de l'infertilité montrent que celle-ci est associée à une configuration précise de répercussions psychologiques négatives :

- **Une chute de l'estime de soi** 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 liées au diagnostic et au traitement du problème ;
- **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 et l'inefficacité du traitement.

- **L'accroissement du stress et de l'anxiété** lie a des craintes que les traitements ne puissent pas avoir les effets escomptes ou qu'ils puissent être dangereux pour le patient et/ou le fœtus ;
- **Une augmentation des sentiments d'hostilité envers soi**, dans le cas où le patient a contracté une infection sexuellement transmissible 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 ;
- **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 ;**
- **Enfin, un accroissement des problèmes sexuels** (perte de la libido, baisse de la satisfaction, perte d'érection, éjaculation retardée et anorgasmie) lies à la nécessité des rapports sexuels programmés sur demande (lors de l'ovulation) et des tests post-coïtaux. 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. 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 devaient 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 démystification 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 prévalent 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 leurs anxiétés, ou leurs agressivités, 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 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 émotifs 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 émotifs 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 émotif 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.

6-La prise en charge des troubles psychologiques liées à 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 émotionnel 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 de soutien peut aussi aider à surmonter la culpabilité quelque fois associée à des actions ou à des comportements antérieurs : avortements volontaires, contraception, infection sexuellement transmissible 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.

MÉTHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre et Lieu d'étude :

L'étude a eu lieu dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

1.1. Fonctionnement du service de garde :

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée du gynécologue-obstétricien, un étudiant en année de thèse, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une matrone et un manoeuvre.

L'équipe dispose de :

- Trois salles d'opérations fonctionnelles
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

Il s'agit de kit de laparotomie (GEU, torsion d'annexe etc.), kit d'urgence pour la gestion des hémorragies du post-partum immédiat, éclampsie et un kit de césarienne. Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

2.Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

3. Population d'étude

La population d'étude était constituée par l'ensemble des patientes qui ont consulté dans le service de gynécologie obstétrique de l'HFD de Kayes pendant la période d'étude.

5.Échantillonnage : nous avons un échantillonnage exhaustif prenant en compte tous les cas répondant à notre critère d'inclusion

5-1-Critères d'inclusion :

Étaient incluses dans l'étude toutes les femmes en âge de procréer admises dans le service pour infertilité du couple et consentantes pour l'étude.

5. 2. Critères de non inclusion :

- Les femmes non consentantes pour l'étude
- Les femmes qui ont consultées pour autres motifs que l'infertilité du couple

6. Déroulement de l'étude

L'interrogatoire se faisait à huit clôt dans un bureau spécialement aménager pour l'étude en renseignant une fiche d'enquête pré établi

7. Variables

1. Variables qualitatives : régime matrimonial, cause de l'infertilité, l'ensemble des troubles psychologiques (anxiété, syndrome dépressif, trouble du sommeil et du comportement sexuel)
2. Variables quantitatives : Fréquence, âge, durée du mariage

7. Aspect éthique :

L'anonymat a été réservé.

La conservation du secret médical.

Le consentement éclairé du patient a toujours été trouvé avant l'interrogatoire

8. Traitement et analyse des données

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Microsoft Office Word 2019 sur Windows10

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS statistique 20, et les tests de Fischer

Les troubles psychologiques ont été mesuré par un outil de l'OMS

9. Définitions opérationnelles :

L'infertilité est dite primaire lorsqu'il n'y a jamais eu de grossesse et secondaire après une ou plusieurs grossesses.

L'infécondité est l'incapacité d'amener une grossesse à son terme quel que soit l'issue de cette grossesse.

La fécondabilité est la probabilité d'un couple à pouvoir concevoir un enfant aux différents moments du cycle menstruel

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

La parité est le nombre d'accouchement

La santé mentale il s'agit d'un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (OMS 2001) [11].

Les troubles psychologiques En 2001, l'OMS définit les troubles mentaux et du comportement comme des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de la réflexion, de l'humeur ou du comportement associé à une détresse psychique et /ou à une altération des fonctions mentales.

L'état psychologique est l'état de santé mentale d'une personne qui ; perturbé peut entraîner de nombreux troubles psychologiques surtout chez une femme infertile. Parmi lesquelles on a :

L'anxiété qui est une crainte imprécise d'un danger de source inconnue ;

La dépression qui est un trouble de l'humeur qui se caractérise par une profonde tristesse, un désespoir, un manque de désir de vivre, un repli de soi, une perte d'intérêt et de motivation pour les activités de tous les jours, un changement de comportement, ralentissement psychique et moteur.

Le trouble de sommeil et de comportement sexuels, sentiment d'amertume de culpabilité et d'infériorité.

Qualité de relation avec le conjoint : c'est la garantie d'un savoir-vivre collectif, fondé sur l'attention aux autres, la courtoisie et le respect des règles communes. Elle peut être bonne lorsque la relation est basée sur l'attention, le respect des règles communes puis la courtoisie, passable lorsqu'il existe des violences émotionnelles ou mauvaise lorsqu'il y a la présence de violence émotionnelle associé à la stigmatisation.

Un couple est dit infertile lorsque l'homme et la femme sont tout le deux infertile (voir l'étiologie).

Le ressenti personnel c'est une impression personnelle liée à la manière dont on perçoit une situation.

RÉSULTATS

RESULTATS

1 Fréquence : sur un total de 3476 consultations faites dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, du 1er Janvier au 31 Décembre 2020, 408 femmes avaient consulté pour infertilité du couple soit une fréquence de **11,7%** parmi les quelles 150 patientes avaient répondu à nos critères d'inclusion.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
Inf. à 19 ans	9	6
20-29 ans	102	68
30-35 ans	30	20
Sup à 35 ans	9	6
Total	150	100

La moyenne d'âge est estimée à 26,6 avec des extrême de 17 et 43 ans

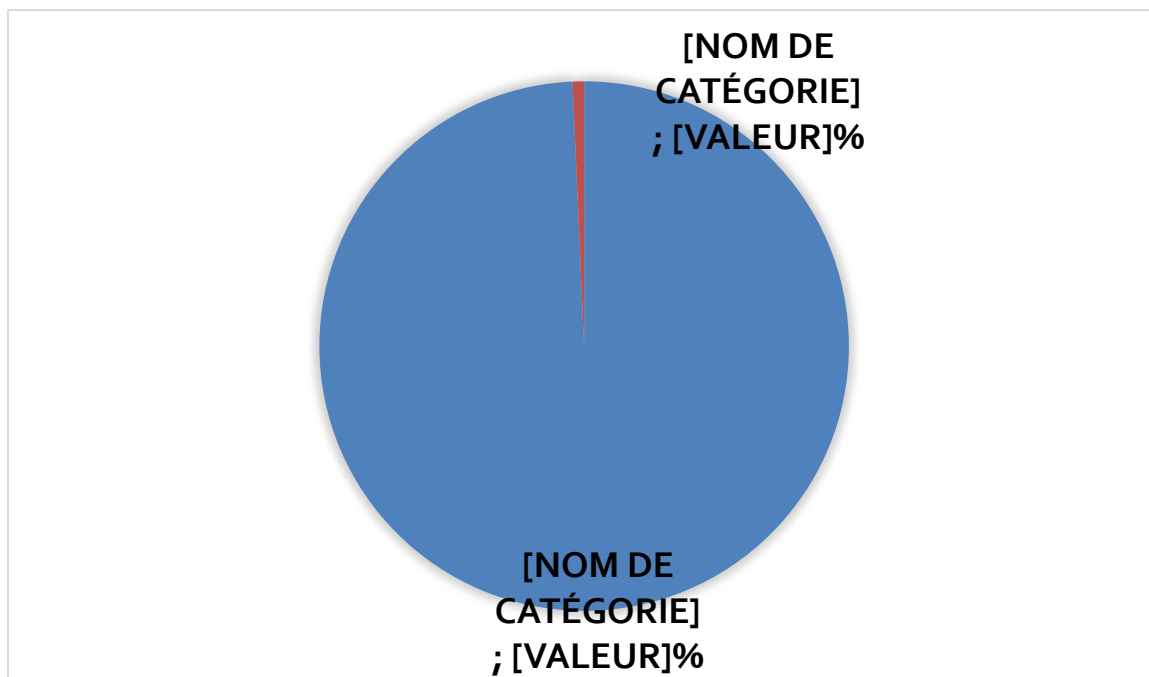


Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

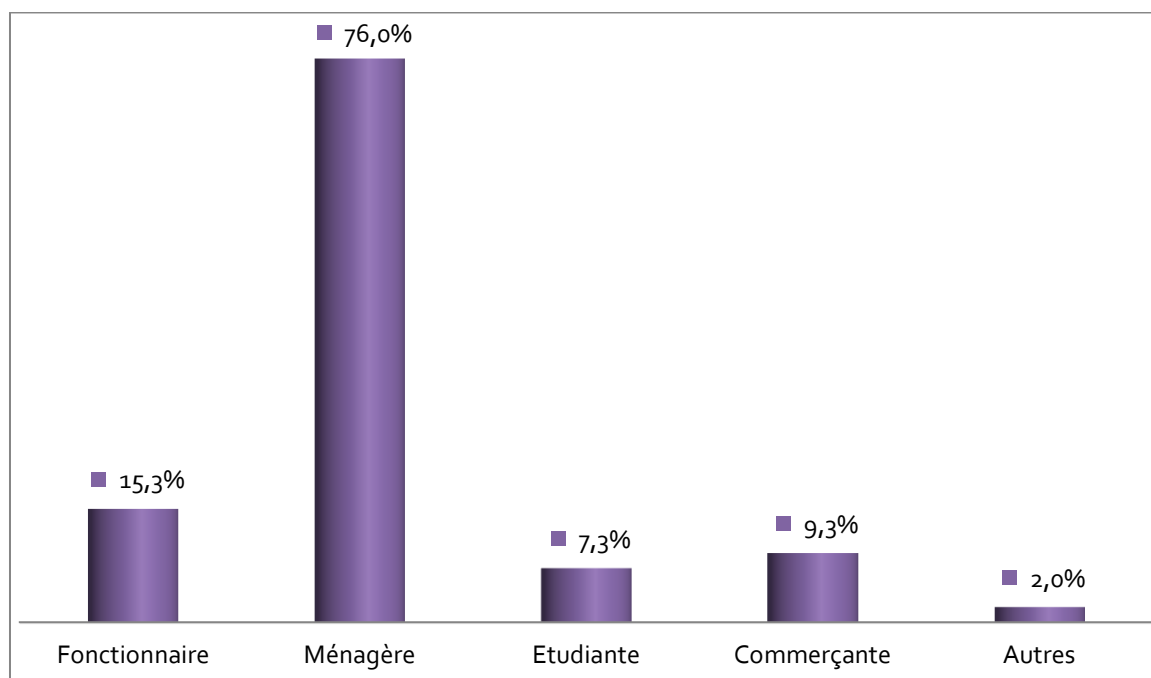


Figure 2 : Répartition des femmes selon la profession

Tableau II : Répartition des femmes selon les antécédents obstétricaux

Antécédent	Effectifs	Pourcentage
Gestité		
Nulligeste	48	32,0
Primigeste	58	38,7
Paucigeste	31	20,7
Multigeste	13	8,7
Parité		
Nullipare	65	43,3
Primipare	65	43,3
Paucipare	16	10,7
Multipare	4	2,7
Vivant		
1 à 3	59	39,3
Néant	91	60,7
Décédé		
1-2	17	11,3
Sup à 2	3	2,0
0	130	86,7
Avortement		
1à 2	36	24,0
Sup à 2	8	5,3
0	106	70,7

La gestité moyenne était 2,5 avec des extrêmes de 0 et 4

La parité moyenne était 2 avec des extrêmes de 0 et 4

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge du dernier enfant

Age	Effectifs	Pourcentage
3 à 5ans	12	8,0
6 à 10ans	54	36,0
≤ 11ans	38	25,3
Aucun	46	30,7
Total	150	100,0

La moyenne d'âge était de 6,5ans et des extrêmes de 3 et 11 ans

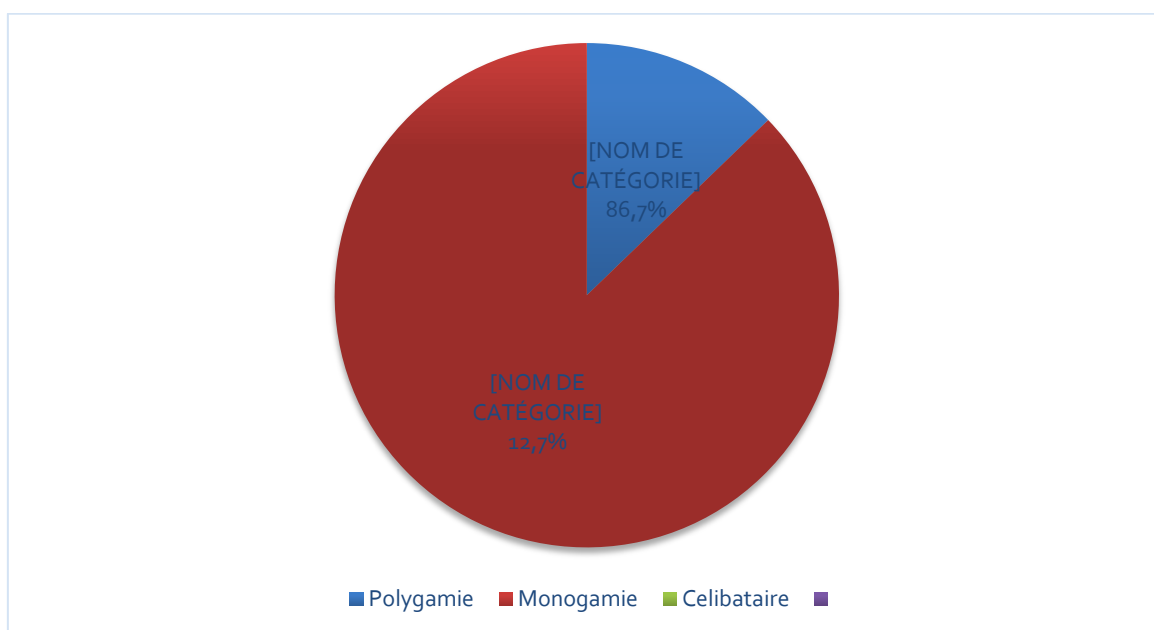


Figure 3 : Répartition selon le régime matrimonial

Tableau IV : Répartition des patientes selon la durée du mariage

Durée du mariage	Effectifs	Pourcentage
2 – 5ans	21	14,0
6 -10ans	77	51,3
11 ans et plus	51	34,0
Total	149	99,3

La durée moyenne était de 7,66 ans et des extrêmes de 2 et 19 ans

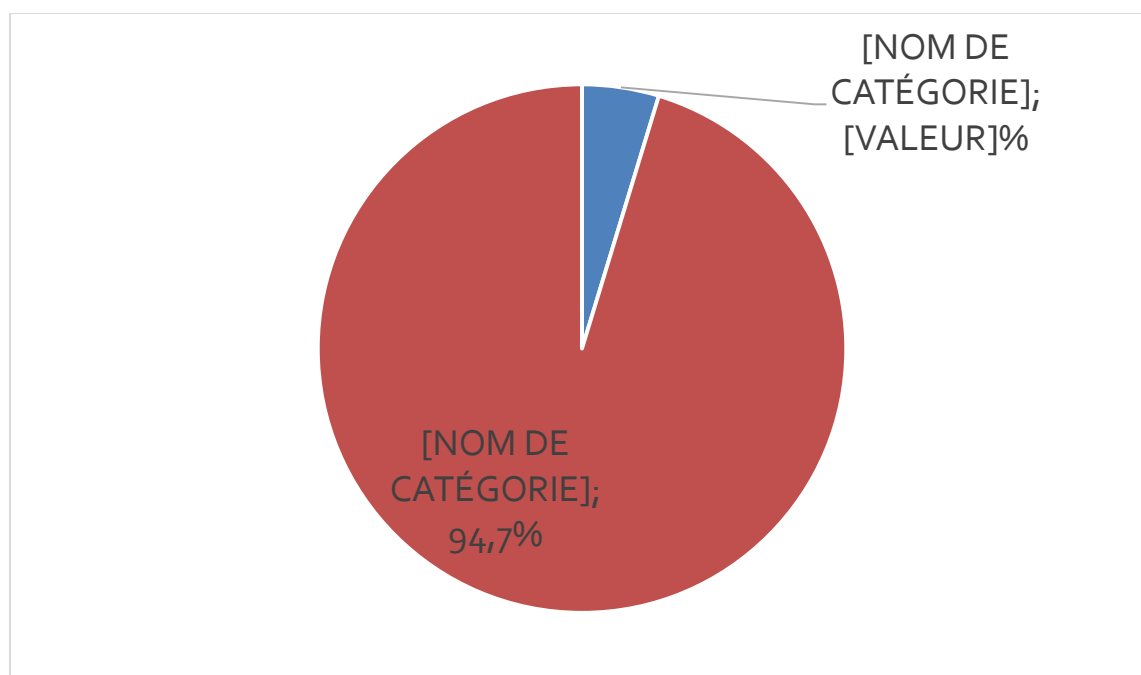


Figure 4 : Répartition des patientes selon la notion de remariage

3-Aspects cliniques

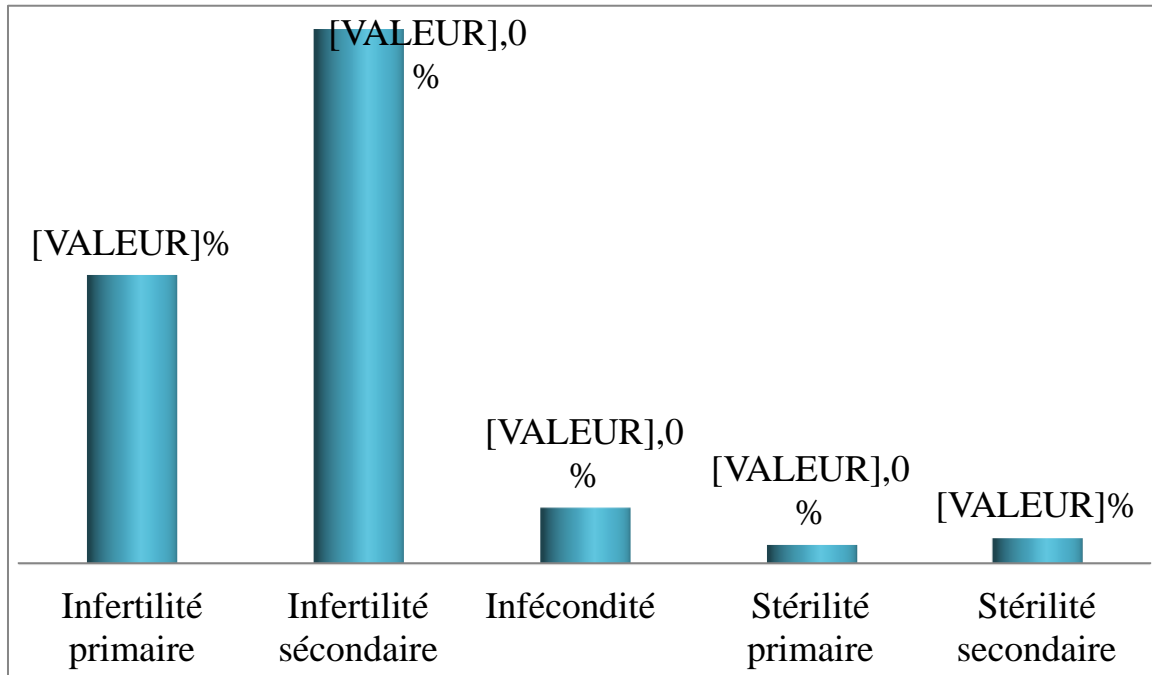


Figure5 : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

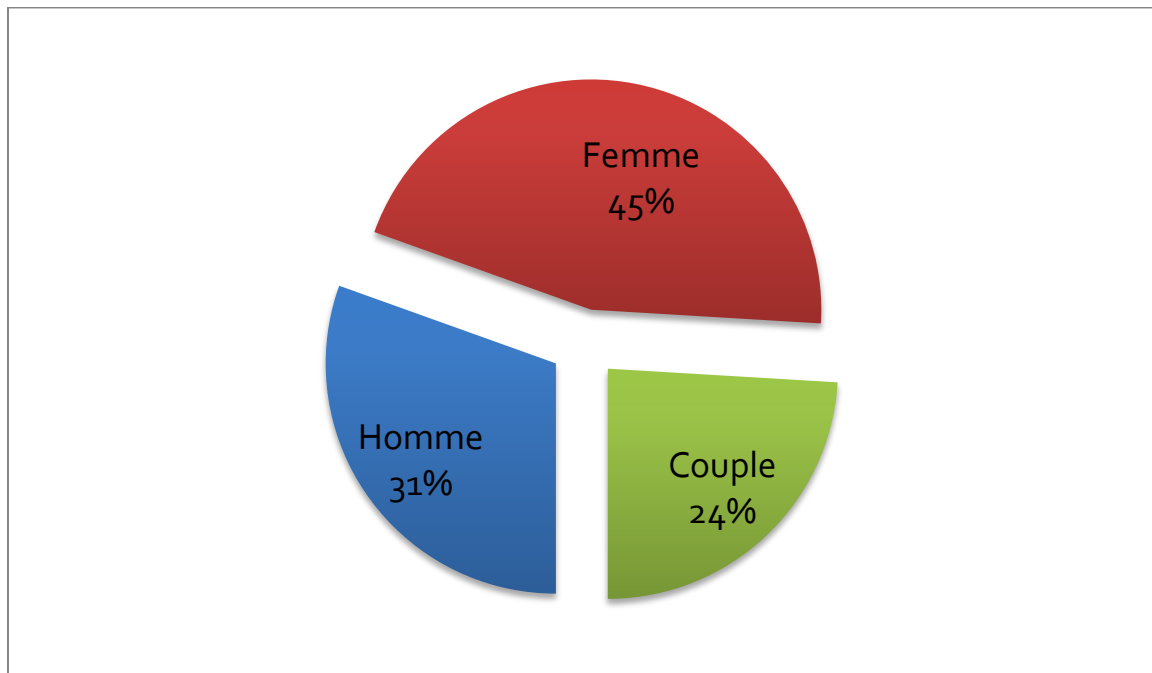


Figure VI : Répartition selon la personne infertile dans le couple

Tableau V : Répartition des patientes selon le type de syndrome dépressif

Type de Syndrome dépressif	Effectifs	Pourcentage
Baisse d'énergie	58	34,7
Sentiment de désespoir	29	19,3
Néant	69	46,0
Total	150	100,0

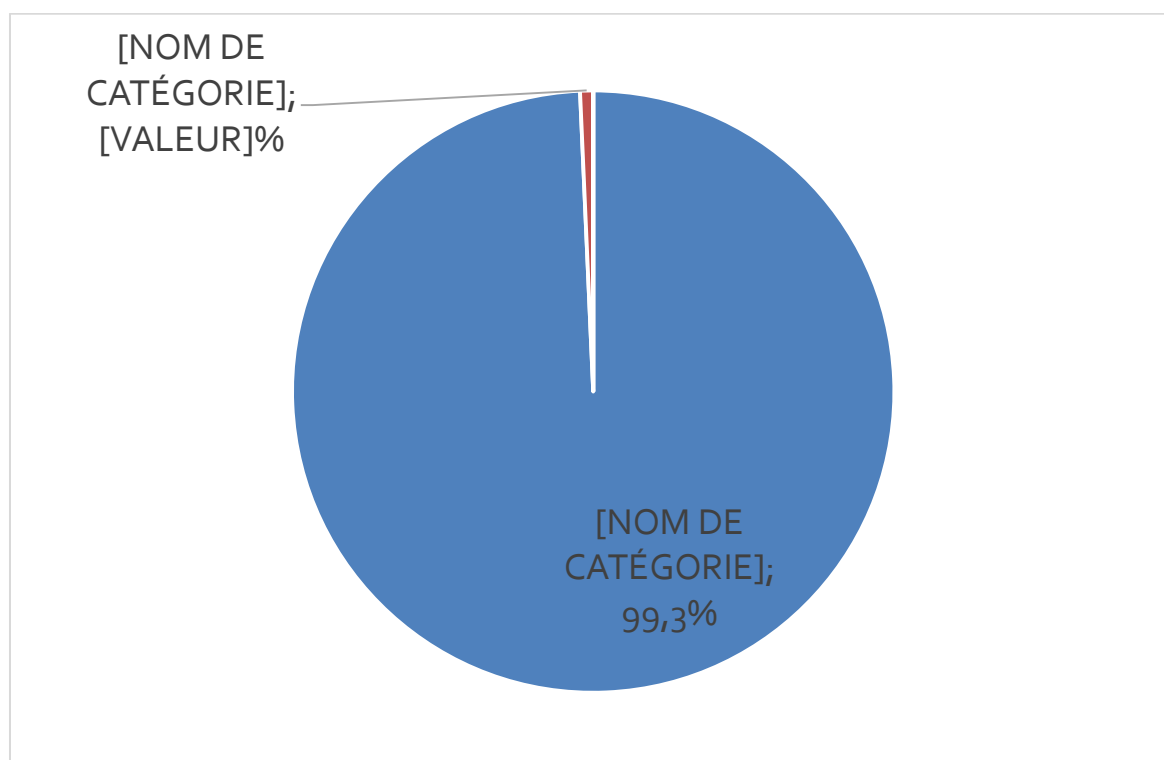


Figure7 : Répartition des patientes selon l'existence de l'anxiété

Tableau VI : Répartition des patientes selon le type de trouble de sommeil

Type de Trouble du sommeil	Effectifs	Pourcentage
Insomnie	131	87,3
Cauchemars	11	7,4
Néant	8	5,3
Total	150	100,0

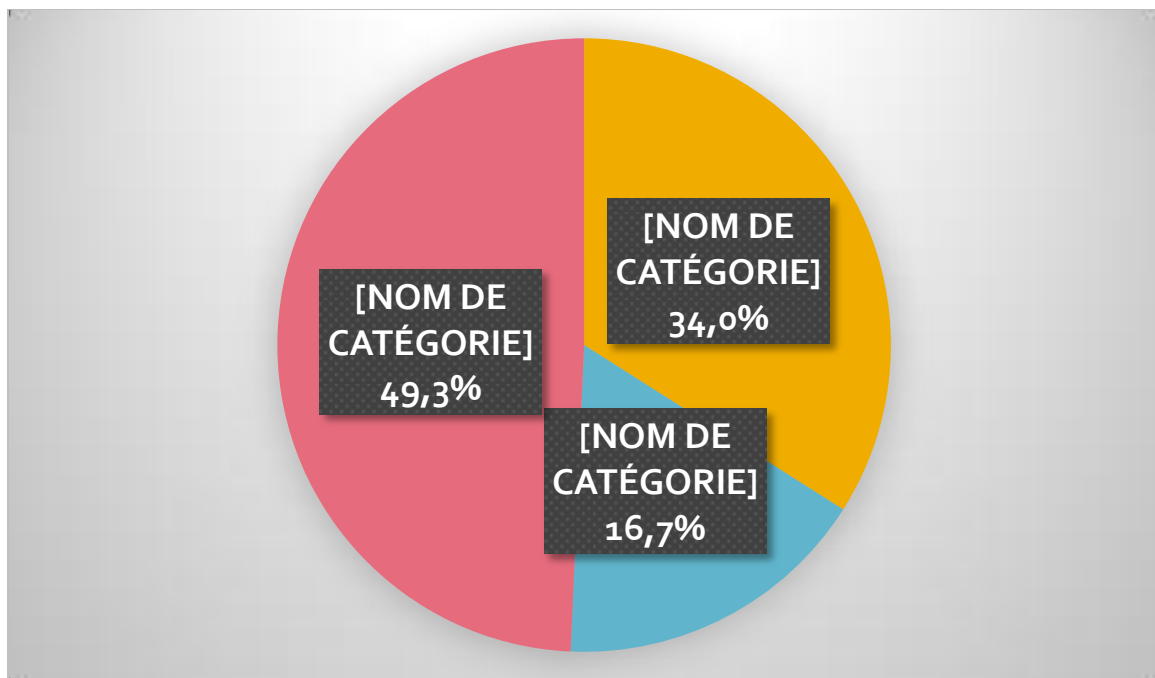
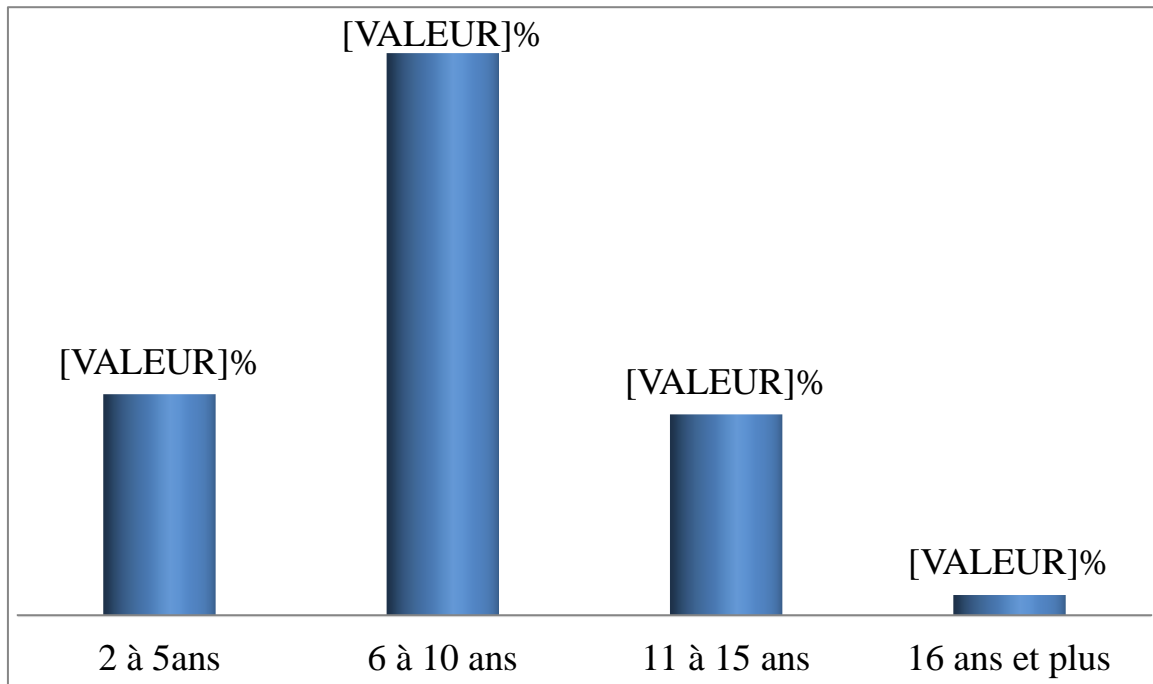


Figure 8 : Répartition selon les patientes victimes ou non des propos de stigmatisation dans la société



La durée moyenne de l'infertilité était de 9,75ans et des extrêmes de 2 et 18ans

FIGURE 9 : Répartition des patientes selon la durée de l'infertilité

Tableau VII : Qualité de la relation avec le conjoint

Qualité de relation	Effectifs	Pourcentage
Bonne	96	64,0
Passable	37	24,7
Mauvaise	17	11,3
Total	150	100,0

Tableau VIII : Répartition selon l'auteur de violence émotionnelle

Auteur de la violence émotionnelle	Effectifs	Pourcentage
Mari	8	5,3
Belle-famille	55	36,7
Coépouse	21	14,0
Néant	66	44,0
Total	150	100,0

Tableau IX : Répartition selon l'auteur de pression familiale

Auteur de pression	Effectifs	Pourcentage
Belle-famille	62	41,3
Mari	43	28,7
Néant	45	30,0
Total	150	100,0

Tableau X : Répartition des patientes selon le ressenti personnel

Ressenti personnel	Effectifs	Pourcentage
Sentiment d'infériorité		
Oui	84	56,0
Non	66	44,0
Sentiment de culpabilité		
Oui	68	45,3
Non	82	54,7
Sentiment d'amertume		
Oui	112	74,7
Non	38	25,3
Tentative de se valoriser autrement		
Oui	62	41,3
Non	88	58,7
Perte de l'estime de soi		
Non	70	46,7
Oui	80	53,3

Tableau XI : Répartition selon les troubles de comportement sexuel

Trouble de comportement sexuel	Effectifs	Pourcentage
Frigidité	9	6,0
Baisse de la libido	39	26,0
Néant	102	68,0
Total	150	100,0

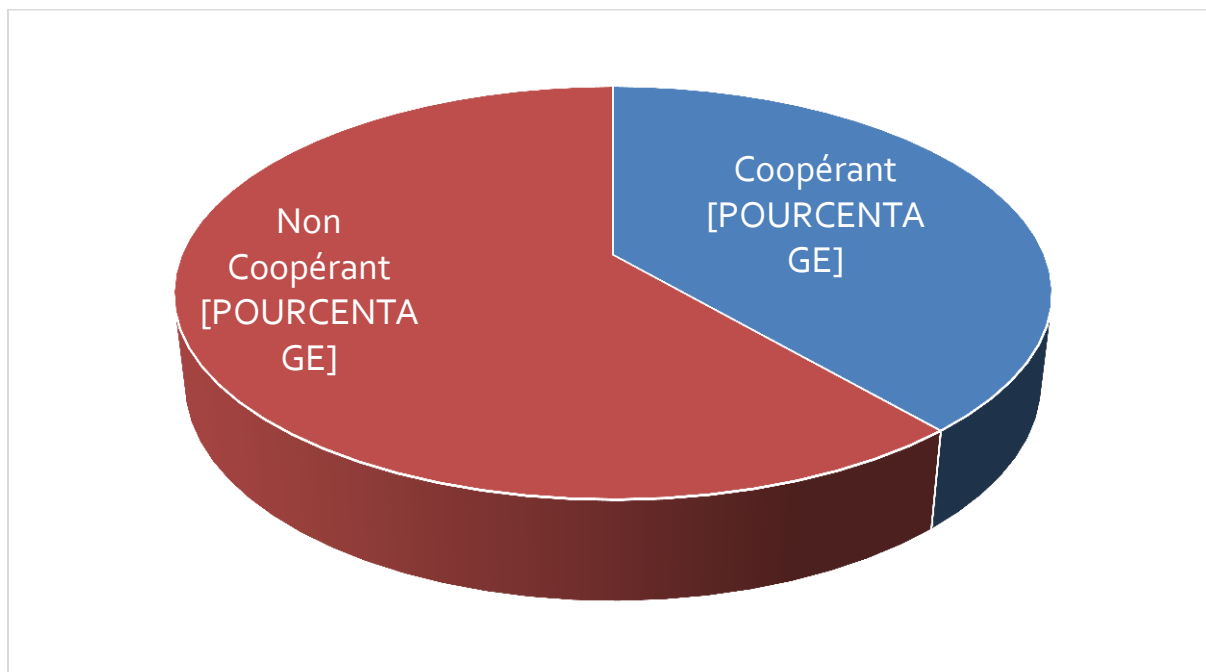


Figure 10 : Répartition selon la coopération du conjoint dans la prise en charge

Tableau XII : Relation entre la durée de l'infertilité et l'anxiété

	Anxieuse	Non anxieuse	Total
Durée de l'infertilité	n	n	n
2 à 5 ans	33	0	33
6 à 10 ans	83	1	84
11 à 15 ans	30	0	30
16 et plus	3	0	3
Total	149	1	150

Test exact de Fisher =3,281 P= 1

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les soins prodigués

Soins prodigués	Effectifs	Pourcentage
Psychothérapie de soutien seule	123,0	82,0
Anxiolytique et PS	17,0	11,3
Anti dépresseur et PS	9,0	6,7
Total	150,0	100,0

PS :Psychothérapie de soutien

DISCUSSION

DISCUSSION

1. Approche méthodologique :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes concernant 150 femmes qui ont consulté pour infertilité du couple

Les difficultés rencontrées au cours de l'étude ont été :

- La peur des patientes de se confier
- La méconnaissance des langues locales.

Les conséquences sur le résultat furent :

- La méconnaissance du parcours thérapeutique et même ces antécédents
- Faire recours à la médecine traditionnelle

2. **Fréquence** : Au cours de notre étude l'infertilité du couple représenté 11,7% des admissions. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par d'autres études réalisées dans la même structure en 2008 [20], 2011 [3], 2012 [18] et en 2018 [19] respectivement 12,6% ; 20,38%, 14% et 23%. Car avec la pauvreté et l'ignorance les couples infertiles consultent plus les tradipraticiens que la médecine moderne

3. Caractéristiques sociodémographiques :

La majorité de nos patientes avaient l'âge compris entre 20 et 29 ans avec 68% suivie de celle de 30-35ans avec 20% ayant une moyenne d'âge de 26,6 ans inférieur à celle de la littérature africaine qui rapporte une moyenne d'âge variant entre 28,2 et 33,8 ans [19-21]. 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 par la suite décline progressivement jusqu'à la ménopause.

87.3 % de nos patientes enquêtées étaient monogames contre 12.7 % de polygames. Cette prédominance de la monogamie a été aussi rapportée par Foumsou L et collaborateurs qui trouve 60,7 [22].

Toutes les professions étaient représentées avec une prédominance des ménagères 76%. Cette répartition est conforme à celle de la population générale au Mali.

Plus de la moitié de nos patientes (84,7%) n'ont signalé aucun antécédent médical. Cependant, l'HTA 5,3% et la salpingite 6% ont été les antécédents médicaux les plus souvent retrouvés. Ces maladies se justifient par les habitudes alimentaires et hygiéniques des maliens en général. Plus de la moitié (70,7%) 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 11,3%.

38 de nos patientes soit 25,3% avaient au moins pratiqué une méthode de contraception dans sa vie.

Pendant l'enquête 25,3% de nos patientes avaient une notion antérieure d'utilisation de contraception, car pour elles avoir une grossesse hors mariage c'est comme porté atteinte à leurs réputations familiales.

Nous avons constaté que moins les patientes ont contracté de grossesse, plus le pourcentage de consultation était élevé, ainsi pour les : Primigeste : nous avons eu 58 cas soit 38,7% ; Nulligeste : 48 cas soit 32% ; Paucigeste : 31 cas soit 20,7% ; Multigeste : 13 cas soit 8,7%.

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.

Nous avons constaté une égalité entre : Les primipares et les nullipares avec un taux de 43,3% chacun ; Les paucipares : 10,7% ; La multipares : 2,7%.

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 60,7%. 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. 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 < mécréant >, de < sorciers >, de < maudits de Dieux >. 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.

L'âge du dernier enfant était compris entre 6 à 10 ans pour 36% des patientes, L'infertilité secondaire prédominait avec 58,0% comme l'attestait le taux de Founsou L et collaborateurs avec 61% [22]. Devant cette prédominance des infertilités secondaires certains auteurs évoquent la responsabilité de l'avortement clandestin, fait dans des conditions septiques et les infections du post partum.

Les patientes ayant une durée d'infertilité comprise entre 2 et 5 ans étaient représentées par un taux de 22,0%, contrairement à celle de Bydlowski qui soulignent une durée d'infertilité de 1-3 ans [7]. 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 consultées 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.

Plus de la moitié (52,0%) des patientes avaient une durée de mariage comprise entre 6 et 10 ans ; 14 % étaient mariées depuis 2 à 5 ans ; 34 % avaient une durée de mariage de plus de 11 ans.

Plus de la moitié des patientes avaient des bonnes relations avec leur conjoint soit 64% ; 24,7% avaient des relations passables avec leur mari ; 11,3% avaient des mauvaises relations 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.

4-Répercussions psychosociales de l'infertilité :

L'anxiété a été rapportée par la majorité des patientes avec un taux de 99,3% contre 0,7% 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.

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.

87,3% des patientes présentaient des troubles de sommeil comparable à ceux de Diabaté M qui a trouvé 70,1% [23]. Dus à l'infertilité du couple. Ces troubles étaient essentiellement représentés par l'insomnie, le cauchemar.

Environ 56% de nos patientes ont subi de violence émotionnelle de la part de leurs conjoints.

Le syndrome dépressif a été retrouvé chez 54% des patientes inférieur au résultat de Diabaté M qui a trouvé 37,3% [23]. 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, conduise ces patients à un isolement social croissant.

Troubles du comportement sexuel a été retrouvé chez 32% comparable à celui de Diabaté M qui a trouvé un taux de 39,6% [23]. Ces troubles (baisse de la libido, frigidité) étaient liés à la nécessité des rapports sexuels programmés sur demande (lors de l'ovulation) et des tests post-coïtaux.

Plus de la moitié de l'échantillon avaient présenté un sentiment d'infériorité avec un taux de 56%. Ce taux est comparable à ceux de Diabaté M qui a trouvé 53,7% [23]. 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.

Pression familiale, surtout de la part de la belle-famille a été rapportée par 81 patientes avec un taux de 54% inférieur à ceux de Diabaté M qui a trouvé 87,3% [23].

Plus de la moitié (51,3%) des patientes avaient un sentiment de culpabilité surtout dans le cas où le conjoint avait eu des enfants avec la coépouse.

Dans notre étude, (41,3%) des patientes ont entrepris des actions afin de se valoriser. Étant 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. Dans notre étude la psychothérapie de

soutien était le seul traitement de référence avec 82%, cela est dû à l'insuffisance de soutien psycho-social des femmes infertiles par son entourage ;11, 3% de nos patientes en plus de la psychothérapie était sous anxiolytiques et 6, 7 % sous antidépresseurs. Ce faible taux d'utilisation des médicaments est dû à l'absence de trouble majeur psychologique rencontré pendant l'étude. À noter qu'il n'y a pas eu de référence à la psychiatrie.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'infertilité à cause de ses répercussions psychologiques chez la femme doit faire l'objet d'une étude sur la prise en charge de ses troubles psychologiques pour éviter que les femmes ne soient victimes d'un fatalisme sans précédent et faire savoir à la communauté que l'infertilité concerne les deux membres du couple et non la femme elle seule car pas d'infertilité sans le couple.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

1. À l'endroit de la population :

- 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 ;
- 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 ;
- Faire recours à l'adoption qui est légalisée au Mali, en cas de stérilité.

2. À l'endroit du personnel sanitaire :

- Archiver les dossiers de consultation pour les couples suivis pour infertilité ;
- Instaurer une collaboration entre gynécologue, psychologue et biologiste en vue de faire face au caractère polyvalent de l'infertilité couple ;
- 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.

3. À l'endroit des autorités sanitaires et politiques du pays :

- Financer et encourager de telles études qui pourront avoir une contribution de taille dans la compréhension des aspects psychosociaux de l'infertilité du couple ;
- Subventionner la PMA pour donner la chance à la couche démunie de réaliser leur souhait de procréation ;
- Faire comprendre à la population à travers I.E.C que l'infertilité est une affaire du couple et non de la femme seule.

REFERENCES

REFERENCES

1. **Zegers -Hochschil Adamson GD, de Mouzon J.** International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. 2009;(92) :1520-4.
2. **Agarwal A, Mulgund A, Hamada A and Chyatte M R.** A unique view on male infertility around the globe Reproductive Biology and Endocrinology. 2015 ;13(37).
3. **Nana PN, Wandji JC, Fomulu JN, Mbu RE, Leke RJI et Woubinwou MJ.** Aspect psycho-sociaux chez patients infertiles à la maternité principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun. Clinics in Mother and Child Health. 2011 ;8 :5pages.
4. **Somé N E, Boncougou J and Noël P J.** Prevalence of the infertility among couples in Ouagadougou (Burkina Faso) : a population-based survey. The Open Public Health Journal. 2016;(9) :88-97.
5. **Osama G E, Mohamed A, Suliman O S, Iena I Y and Ishag A.** Epidemiology of infertility and characteristics of infertile couples requesting assisted reproduction in a lower-source setting in Africa, Sudan. Fertility Research and Practice. 2019 ;5(7).
6. **Mérodie V B, Christine W.** Fertility and infertility : Definition and Epidemiology. Clinical Biochemistry. 2018 ;62 :2-10.

7. **Bydlowski**. Les maux de l'assistance médicale à la procréation : quelle place pour la souffrance psychique ? Gynécologie Obs. Fertil. 2014;(42) :816-4.
8. **Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillanJ**. The experience of infertility : A reviewof recent literature. Social Health Illn. 2010;(42) :861-4.
9. **Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KDi**. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic Hum Reprod. 2004;(19) :2313-8.
10. **Organisation mondiale de la Santé(OMS)**. International Classification of Diseases,11thRevision(ICD-11). Geneva : WHO 2018 ;
11. **Organisation mondiale de la santé(OMS)**. Rapport sur la santé dans le monde,2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. En ligne.2001 [Internet]. [Cité 20 déc. 2015]. Disponible sur : <http://www.who.int/whr/fr>
12. **LE Goff S, Ledee N, Bader G**. Obésité et reproduction revu de la littérature GynecolObstetFertil. 2008 ;36 :543-50.
13. **Meng Q, Ren A, Zhang L, Liu J, LI Z, Yang Y et al**. Incidence of infertility and risk factors of impaired fecundity among newly married couples in aChinese population.

Reproductive BioMedicine Online.PubMed/Google Scholar. janv. 2015 ;30(1) :92-100.

14. **DEMBELE S.** Infertilité du couple dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel de 2003 A 2012 [Mémoire de médecine]. [Bamako] ; 2019.
15. **Roupa Z, Polikandrioti M, Sotiropoulou P, Faros EKoulouri A and coll.** Causes of infertility in women at reproductive age. Health Science Journal. In 2009. p. 80-7.
16. **Boehm U, Bouloux PM, Mehul T, Richard Q, Young J.** Infertilité masculine : mécanismes, causes et exploration. Nature reviews endocrinology. In 2016. p. 547-64.
17. **Harv Ment Health Lett.** The psychologie impact of infertility and its treatment. Medical interventions May exacerbate anxiety, depression, and stress. 2009 ;25(11) :1-3.
18. **Fiadjoe MK, Adjenou V Kolani JC, Egah KK.** Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Infertilité tubaire en afrique. CNGOF, 2012 ;641-56.
19. **Abbasse A.** La prise en charge de l'infertilité secondaire chez la femme tchadienne [Thèse médecine]. Université de N'Diamena ; 2018.
20. **Moreira P, Fall C, Dieng T, Fall A, Diouf A, Moreau J.C.** Assistance médicale à la procréation : indications et perceptions par

les couples présentant une infertilité au Centre Hospitalier Universitaire de Dakar. Mali Médical. 2008 ;23(1) :30-6.

21. **Dia B, Faye O, Fall P, Diallo AS, Ndoye AK, Afoutou M.** Profil spermiologique de l'époux dans les couples infertiles en milieu négro-africain au Sénégal. Andrologie. 2006 ;16(3) :247-52.
22. **Foumsou L, Damtheou S, Gabkika BM, Dangar D, Djongali S, Hissein A.** Prévalence et profil des couples pris en charge pour l'infertilité du couple à l'Hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena. Kisangani méd. (En ligne) ;8(1) :314-318, 2018.tab.
23. **DIABATE M.** Infertilité du couple : Aspects psychosociaux chez la femme au CHME le « Luxembourg » [Thèse médecine]. [Bamako] : FMOS ; 2011.
24. **J.Achim , M.Benoit et M.M Terradas .** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*(5th ed.). Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc., et du DC: 0-3R (2013). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. 2014.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE d'enquête

Date/...../N° /...../

A Renseignements Généraux

- 1) Age _____
- 2) Statut matrimonial
- 3) Profession_____
- 4) Nationalité_____
- 5) Adresse_____
- 6) Régime matrimonial
- 7) Coopération du mari dans la prise en charge/...../...../

B Antécédents

1)Gynécologiques :

a) Cycle :

Régulier/.... /

Irrégulier/.../

Spanioménorrhée/...../

Pollakiménorrhée /...../

Aménorrhée /...../

Oligomenorrhée :

b) Utilisation ultérieure de la Contraception :

Non /...../

Oui /.... /

3) Obstétricaux :

Nombre de grossesse /.... /

Nombre de parité /...../

Nombre d'enfants vivants Dans le couple /...../

Nombre d'enfants décédés /...../

Nombre d'avortements : /...../

Nombre de mort-né /... /

Age du dernier enfant

4) Personne infertile dans le couple :

Femme/... /

Homme/... /

Couple/... /

5) Le diagnostic retenu est :

Infertilité primaire/... /

Infertilité secondaire/... /

Infécondité/... /

Stérilité primaire /... /

Stérilité secondaire /... /

6) Régime matrimonial

a) Monogamie /...../

b) Polygamie /...../

7) Notion de remariage:/...../...../

8) Qualité de relation avec le conjoint

Bonne /.../

Assez bonne /.../

Passable /.../

Mauvaise /.../

9) Répercussions psychologique :

Anxiété /...../ /...../

Troubles de sommeil :

Cauchemar/...../

Insomnie/...../

Néant/...../

Troubles de comportement sexuel

Baisse de la libido /...../ /...../

Frigidité /...../ /...../

Néant/...../ /...../

Type de syndrome dépressif

Baisse d'énergie/...../

Sentiment de désespoir/...../

Propos de stigmatisation dans la société

Sorcière /...../ /...../

Maudites femmes/...../ /...../

Sentiment d'infériorité/...../ /...../

Sentiment de culpabilité /...../ /...../

Sentiment d'amertume /...../ /...../

Auteur de pression familiale

Mari/...../ /...../

Belle-famille /...../ /...../

Coopération du mari dans la prise en charge /...../ /...../

Perte de l'estime soi /...../ /...../

C Les soins prodigués :

- a) La psychothérapie de soutien seule
- b) Les anxiolytiques +Psychothérapie
- c) Les antidépresseurs +Psychothérapie

Adaptation du *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*, Version 1.0, de l'Organisation mondiale de la santé

Troubles observés chez les enfants, les adolescents et les adultes

Dépression (La présence d'au moins 2 des critères suivants est nécessaire)

- DEP1 : Humeur dépressive, tristesse persistante
- DEP2 : Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans la pratique d'activités auparavant intéressantes
- DEP3 : Perte d'énergie ou fatigue
- DEP4 : Problèmes de sommeil
- DEP5 : Problèmes d'appétit
- DEP6 : Agitation ou ralentissement psychomoteur
- DEP7 : Difficultés de concentration ou d'exécution des activités habituelles
- DEP8 : Pensées récurrentes concernant la mort ou désir de mourir
- DEP9 : Autres symptômes (p. ex., retrait social, symptômes somatiques). SVP précisez :

En plus des symptômes précédents, la dépression chez l'enfant et l'adolescent peut se manifester par :

- DEP10 : Hypersensibilité, irritabilité et accès de colère
- DEP11 : Absence de prise de poids attendue en fonction du développement normal
- DEP12 : Ennui
- DEP 13 : Autre, SVP précisez :

Dépression postnatale

- DEPP 1 : Les symptômes de dépression doivent survenir dans les premières semaines suite à l'accouchement

- DEPP 2 : Désintérêt à l'égard du bébé
- DEPP 3 : Ruminant pessimiste à l'égard du rôle de mère
- DEPP 4 : Autres manifestations pouvant être observées (p. ex., pensées ou gestes infanticides). SVP précisez : _____

Trouble bipolaire

- TB1 : Alternance de symptômes maniaques (euphorie anormale, trop d'énergie, flot de paroles excessif, irritabilité, réduction du temps de sommeil, comportements imprudents récurrents) et de symptômes dépressifs

Psychose (la présence des critères PSY2 ou PSY3 ou PSY4 est nécessaire)

- PSY1 : Comportement anormal ou désorganisé (discours incohérent ou hors propos, apparence inhabituelle, négligence de soi, apparence peu soignée)
- PSY2 : Délires (croyances erronées fermement soutenues, divergeant de la norme et non-fondées culturellement)
- PSY3 : Hallucinations (perceptions sensorielles de choses qui n'existent pas –par ex : voix, vision- qui n'ont pas d'explication culturelle)
- PSY4 : Catatonie (immobilité pouvant alterner avec une agitation excessive sans but apparent, résistance active aux tentatives de mobilisation, mutisme)
- PSY5 : Dysfonctionnement marqué au plan social ou des activités, perte de volonté
- PSY6 : Autres symptômes (p. ex., agressivité verbale ou physique inhabituelle). SVP précisez : _____

Psychose postnatale

- PSYP 1 : Les symptômes de psychose doivent survenir dans les premières semaines suite à l'accouchement
- PSYP 2 : Autres manifestations pouvant être observées (p. ex., délire somatique lié à la transformation du corps). SVP précisez : _____

Troubles liés à la consommation d'alcool (la présence du critère TCA 1 est nécessaire)

- TCA1 : Personne sous l'influence de l'alcool (p. ex., odeur d'alcool, difficultés d'élocution, difficultés de coordination motrice, comportements agressifs) de façon récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres
- TCA2 : Symptômes somatiques associés à la consommation d'alcool : insomnie, fatigue, anorexie, nausées, vomissements, indigestion, diarrhée, céphalées
- TCA3 : Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

Troubles liés à la consommation de drogues (la présence du critère TCD 1 est nécessaire)

- TCD1 : Personne sous l'effet d'une drogue (p. ex., manque d'énergie, agitation, incapacité à se tenir tranquille, langage inarticulé) de façon récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres
- TCD2 : Signes indiquant l'utilisation de drogues (p. ex., marques d'injections, infections cutanées,

apparence peu soignée)

- TCD3 : Demandes répétées de prescription de médicaments sédatifs (p. ex., somnifères, opioïdes)
- TCD4 : Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

Stress post-traumatique (la présence du critère SPT 1 est nécessaire ainsi qu'au moins un autre critère)

- SPT 1 : Réactions à un (ou plusieurs) événement(s) passé(s) ayant suscité un sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance en raison d'une menace pour sa vie ou celle d'autres personnes
- SPT2 : Événements constamment revécus: souvenirs répétitifs et envahissants, cauchemars, flashbacks (revivre la scène comme si on y était encore), détresse importante liée à des indices évoquant l'événement passé
- SPT 3 : Dissociation : sentiment d'être absent à soi ou à l'extérieur de soi et détaché des autres
- SPT4 : Tentative d'évitement persistant de tout ce qui peut rappeler l'événement passé et/ou incapacité de s'en rappeler
- SPT5 : Difficultés de sommeil, irritabilité ou colère, difficultés de concentration, hyper vigilance et sursauts exagérés
- SPT6 : Sentiment de ne plus avoir de rêves ou d'aspirations ou de ne plus pouvoir faire de projets pour l'avenir
- SPT 7 : Autres symptômes (p. ex., croyances négatives persistantes liées au mauvais sort, esprits). SVP précisez : _____

En plus des symptômes précédents, le stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent peut se manifester par :

- SPT8 : Comportements désorganisés ou agités ; détresse physiologique
- SPT9 : Jeu répétitif avec thèmes liés au trauma
- SPT10 : Perturbation du développement normal
- SPT 11 : Autre, SVP précisez : _____

Anxiété (la présence du critère ANX 1 ou de ANX 2 est nécessaire)

- ANX 1 : Anticipation et/ou peur liées à une ou plusieurs situations perçues comme menaçantes (distinguer du stress post-traumatique où la menace est passée)
- ANX2 : Symptômes physiques possibles : Tension musculaire, sensation de boule dans la gorge, tremblements, accélération du rythme cardiaque, nervosité
- ANX3 : Difficultés de sommeil
- ANX4 : Difficultés de concentration
- ANX 5 : Autre, SVP précisez : _____

Conduites autoagressives/suicidaires

- CAS1 : Présence d'idées, de scénarios, de projets ou de gestes visant à se faire du mal ou à se tuer

Troubles des conduites

- TC 1 : Comportements ne respectant pas les droits d'autrui ou les normes sociales (p. ex., délinquance, viol, vol, exhibitionnisme, mensonge, fugue). SVP précisez : _____

Difficultés d'adaptation liées à l'histoire ou contexte de vie

- DAD 1 : Précisez et rapportez dans le registre (p. ex., problèmes familiaux ou de couple, violence conjugale, abus sexuel ou physique, problèmes de santé, pauvreté extrême, rejet ou exclusion sociale, conflit socio-politique) :

Autres plaintes importantes ou médicalement inexplicables

- API 1 : Précisez et rapportez dans le registre:

Troubles spécifiquement observés à l'enfance et à l'adolescence

Troubles du développement (un seul critère est nécessaire)

- TD1 : Retard de développement : apprentissage nettement plus lent que celui des autres enfants de même âge, des activités telles que sourire, s'asseoir, se tenir debout, marcher, parler/communiquer, ou dans d'autres

domaines de développement tels que la lecture et l'écriture

- TD2 : Anomalies dans la communication ; comportement limité ou répétitif
 TD3 : Difficultés dans l'exécution des activités quotidiennes normales à cet âge

Troubles de l'attention et hyperactivité

- TAH1 : Inattention et distraction excessives
 TAH2 : Interruption répétée de tâches avant leur achèvement
 TAH3 : Hyperactivité : l'enfant a de très grandes difficultés à rester assis ; il bavarde ou gigote de façon excessive
 TAH4 : Impulsivité excessive
 TAH 5 : Autre, SVP précisez :

Troubles du comportement

- TCT 1 : Manifestations répétées et persistantes de comportements dérangeants (colères fréquentes et graves, comportement cruel, désobéissance persistante et grave, vol). SVP précisez : _____

©Adaptation du *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*, Version 1.0, de l'Organisation mondiale de la santé, effectuée par J. Achim, M. Benoit et M.M. Terradas (2014). Cette adaptation tient compte des critères du American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc., et du DC: 0-3R (2013). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.

Fiche signalétique

Nom: Doumbia

Prénom: Minata

Email: doumbiaminata191@gmail.com

Titre de la these: Impact de l'infertilité du couple sur l'état psychologique des femmes à l'hospital Fousseyni Daou de Kayes.

Pays d'origine: Mali

Ville de soutenance: Bamako

Année de soutenance: 2022

Lieu de depot: Bibliothèque de la FMOS/FAPH de Bamako

Secteur d'interet: Gynécologie-obstétrique, Psychiatrie

Résumé:

L'infertilité est une pathologie fréquente dans les pays en developpement et pose un problème psychologique très profond chez la femmes. L'objectif était d'évaluer son impact sur l'état psychologique des femmes consultant pour infertilité du couple à l' hospital Fousseyni daou de kayes.

Nous avons mené une étude transversale descriptive portant sur les femmes en age de procréer admises dans le service et consentantes pour l'étude du janvier au décembre 2020. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquete elaborée pour l'occasion, puis saisies et analysées à l'aide de Microsoft office Word version 2019 et de SPSS version 20.0 .Sur un total de 3476 consultations, 408 avaient consultees pour infertilité du couple soit une fréquence de 11,7%. Elle nous a permi d'obtenir les resultats suivants:

La tranche d'age de 20 à 29 ans était majoritairement représenté avec 68%

Dans la majorité du cas la durée de l'infertilité était de 6 à 10 ans (56%),

50,7%, des femmes étaient victime des propos de stigmatisation dans la société,

-Le syndrome dépressif à prédominance de baisse d'énergie et sentiment de désespoir, trouble du comportement sexuel et l'anxiété étaient les troubles psychologiques majoritairement représentés

Parmi les ressentis personnels retrouvé, le sentiment d'amertume était le plus représenté avec 74,7%.

L'infertilité à cause de ses répercussions psychologiques chez la femme doit faire l'objet d'une étude sur la prise en charge de ses troubles psychologiques pour éviter que les femmes ne soient victimes d'un fatalisme sans précédent et faire savoir à la communauté que l'infertilité concerne les deux membres du couple et non la femme elle seule car pas d'infertilité sans le couple.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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'Être 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE