

UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR  
UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ



ANNÉE : 2023

N° 96

**VÉCU PSYCHOLOGIQUE DE L'INFERTILITÉ DU COUPLE : A PROPOS  
DE 100 PATIENTES SUIVIES AU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-  
OBSTÉTRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL  
DALAL JAMM DE DAKAR**

**THÈSE**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**(DIPLÔME D'ÉTAT)**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**Le 30 novembre 2023**

**PAR**

**Mansata DIÉDHIOU**

**Née le 6 juillet 1992 à Kagnobon (SÉNÉGAL)**

**MEMBRES DU JURY**

---

<b>Président :</b>	M. Alassane	DIATTA	Professeur Titulaire
<b>Membres :</b>	M. Boubacar	FALL	Professeur Titulaire
	M. Serigne Modou Kane	GUEYE	Professeur Titulaire
<b>Directeur de Thèse :</b>	M. Serigne Modou Kane	GUEYE	Professeur Titulaire
<b>Co-directeur de thèse :</b>	M. Adama	KOUNDOUL	Maître de Conférences assimilé

**RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL**  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



**UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)**  
**UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE**  
**DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)**



**DIRECTION ET ADMINISTRATION**

<b>Directeur</b>	<b>M. Noël Magloire</b>	<b>MANGA</b>
<b>Vice-Directeur</b>	<b>M. Ansoumana</b>	<b>DIATTA</b>
<b>Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles</b>	<b>M. Chérif</b>	<b>AIDARA</b>
<b>Chef du département de Chirurgie et Spécialités chirurgicales</b>	<b>M. Boubacar</b>	<b>FALL</b>
<b>Chef du département de Médecine et Spécialités médicales</b>	<b>M. Yaya</b>	<b>KANE</b>
<b>Cheffe des Services Administratifs</b>	<b>Mme Aïo Marie Anne Béty</b>	<b>MANGA</b>

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE  
LA SANTE - UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

**ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2022**

**PROFESSEURS TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Assane	NDIAYE	Anatomie
M. Serigne Modou kane Gueye Gynécologie-obstétrique		

**PROFESSEURS ASSIMILES**

M. Chérif	AIDARA	Imagerie Médicale
M. Cheikh	Diouf	Chirurgie pédiatrique
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Yaya	KANE	Néphrologie
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie
M. Issa	WONE	Santé Publique

**MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses

M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
M. Habibou	SARR	Bactériologie virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie générale
Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro-entérologie

### MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

PRENOM(S)	NOM	SPECIALITES
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Ange Lucien	DIATTA	Histologie Embryologie Cytogénétique
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Alioune Badara	DIOUF	Orthopédie-traumatologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Niokhor Ndane	DIOUF	Biochimie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie

† In Memoriam

(1) UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

(2) UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

(3) UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

(4) BENIN

(5) MALI

(6) UADB : Université Amadou Diop Bambey

(7) EISMV

(8) UT : Université de Thiès

♦ Associé

**II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE UNIVERSITAIRE**  
**ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2022**  
**PROFESSEURSTITULAIRES**

<b>PRENOM(S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. Codé	BA	Neurochirurgie
<sup>1</sup> M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>(7)</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>2</sup> M. Chérif	BALDE	Chimie
† <sup>1</sup> M. Fallou	CISSE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
<sup>2</sup> M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
<sup>1</sup> M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
<sup>1</sup> M. Saliou	DIOP	Hématologie
<sup>1</sup> M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
<sup>3</sup> Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
<sup>1</sup> M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
<sup>2</sup> M. Kobor	DIOUMA	Physique
<sup>1</sup> M. Mamadou	FALL	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Babacar	FAYE	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie
<sup>3</sup> M. Adama	KANE	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Assane	KANE	Dermatologie-Vénérologie

<sup>1</sup> M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
<sup>3</sup> M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
<sup>4</sup> M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
<sup>1</sup> M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale
<sup>1</sup> M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
<sup>1</sup> Mme Maïmouna	NDOUR	Médecine Interne
<sup>1</sup> M. Oumar	NDOYE	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
<sup>1</sup> M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
<sup>1</sup> Mme Anna	SARR	Médecine interne
<sup>1</sup> M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
<sup>1</sup> M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
<sup>5</sup> M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

### **PROFESSEURS ASSIMILES**

<b>PRENOM(S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>7</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> Mme Marie Louis	BASSENE	Hépatogastro-Entérologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie

<sup>1</sup> M. William	DIATTA	Botanique
<sup>1</sup> M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique
<sup>1</sup> Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
<sup>1</sup> M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
<sup>8</sup> Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
<sup>1</sup> Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
<sup>3</sup> M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
<sup>8</sup> Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mohamed	SOUMAH	Médecine Légale
<sup>1</sup> M. Ibou	THIAM	Anatomie pathologique

### **MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>2</sup> M. Magatte	CAMARA	Chimie
<sup>2</sup> Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
<sup>1</sup> M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
<sup>2</sup> M. Abel	DIATTA	Informatique
<sup>1</sup> Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Demba	DIEDHIOU	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie

<sup>2</sup> M. Babacar	DIOP	Anglais
<sup>1</sup> M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique
<sup>1</sup> M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Doudou	DIOUF	Oncologie
<sup>1</sup> Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
<sup>2</sup> Mme Fatoumata	HANNE	Socio-Anthropologie médicale
<sup>1</sup> M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
<sup>2</sup> M. Clément	MANGA	Mathématiques
<sup>2</sup> M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
<sup>6</sup> M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
<sup>2</sup> M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
<sup>2</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Informatique
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	NDIOUCK	Epistémologie médicale
<sup>1</sup> Mme Sokhna	SECK	Psychologie
<sup>1</sup> M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
<sup>2</sup> M. Moustapha	THIAM	Physique
<sup>2</sup> M. Modou	TINE	Physique
<sup>1</sup> M. Aminata	TOURE	Toxicologie

### **MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES**

<b>PRENOM(S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> Mme Fatimata	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique
<sup>1</sup> M. Jean pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
<sup>3</sup> M. Amadou Cambel	DIENG	Management



### III. ENSEIGNANTS VACATAIRES

<b>PRENOM(S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

† In Memoriam

<sup>(1)</sup>UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

<sup>(2)</sup>UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

<sup>(3)</sup>UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

<sup>(4)</sup>BENIN

<sup>(5)</sup>MALI

<sup>(6)</sup>UADB : Université Amadou Diop Bambey

<sup>(7)</sup>EISMV

<sup>(8)</sup>UT : Université de Thiès

◆ Assoc

# **DÉDICACES**

# **À ALLAH**

## **SOURATE 1 : AL-FĀTIYA**

**1. AU NOM D'ALLAH, LE TOUT MISÉRICORDIEUX, LE TRÈS MISÉRICORDIEUX.**

**2. LOUANGE À ALLAH, SEIGNEUR DE L'UNIVERS.**

**3. LE TOUT MISÉRICORDIEUX, LE TRÈS MISÉRICORDIEUX,**

**4. MAÎTRE DU JOUR DE LA RÉTRIBUTION.**

**5. C'EST TOI (SEUL) QUE NOUS ADORONS, ET C'EST TOI (SEUL) DONT NOUS IMPLORONS SECOURS.**

**6. GUIDE-NOUS VERS LE DROIT CHEMIN,**

**7. LE CHEMIN DE CEUX QUE TU AS COMBLÉ DE FAVEUR, NOS PAS DE CEUX QUI ONT ENCOURU TA COLÈRE, NI DES ÉGARÉS.**

**AMINE.**

**ALHAMDOULILAH, POUR M'AVOIR PERMIS D'ARRIVER À CE NIVEAU, POUR M'AVOIR DONNÉ LA PATIENCE ET LA CAPACITÉ DE FAIRE CE TRAVAIL.**

**AU PROPHÈTE MUHAMMAD PAIX ET SALUT SUR LUI (PSL) : NOTRE RÉFÉRENCE ET GUIDE RELIGIEUX.**

## **À mes parents**

**Mon père Salif Diédhiou**, merci pour l'éducation et les valeurs que vous nous avez transmises. Tu n'as pas manqué de nous éduquer dans la vérité qui est devenue d'ailleurs en nous une habitude, sans oublier la rigueur et la persévérance dans le travail.

Tu es pour moi une référence et une source d'inspiration pour ta qualité humaine, l'amour que tu portes à ta famille, ta religion et à ton entourage. Ton courage et ton ambition, ton dévouement pour la cause de l'islam et pour tes proches est pour moi un exemple à suivre. Tu prônes toujours pour l'union et non pour la division. Malgré tes nombreuses charges, car étant le seul salarié de la famille, tu as su nous mettre à l'école et nous payer des encadreurs privés. Je ne pourrai jamais te remercier assez. Que Dieu t'accorde encore la santé et te laisse vivre longtemps à nos côtés *ak moudjou bou rafete*. Je t'aime papa.

**À ma mère Binta Diédhiou**, aucun mot ne pourra être à la hauteur de la reconnaissance que je porte en toi. Tu as su m'éduquer, m'encourager dans mes projets. Je retiendrais toujours *Incha Allah* tes paroles : « *le travail ne tue jamais quelqu'un* ». Cela pour dire qu'il faut être endurant, toujours travailler comme tu le disais : « *tout fini un jour* ». Une telle expression pour dire qu'il faut toujours savoir supporter les épreuves de la vie : « *ne compter que sur soi-même* » le disais-tu. Il faut être indépendante même de ton mari, savoir observer les gens, les connaître pour pouvoir mieux les appréhender : tels sont aussi tes mots pris dans un style indirect. Ta gentillesse et tes qualités humaines font de toi une bonne

mère. Travailleuse, courageuse, ouverte, ambitieuse. Merci infiniment. Que Dieu t'accorde encore une longue vie accompagnée de santé à nos côtés *ak moudjou bou rafete*. Je t'aime Yaye Boy.

**À mon mari, Mamina Diédhiou mon amour comme je l'appelle**, merci pour ton soutien et tes encouragements. Tu es toujours présent à mes côtés, prêt à me secourir. Tu ne t'es jamais opposé à mes projets. Je suis consciente de l'amour que tu portes pour moi. Que Dieu fortifie cet amour et nous unisse jusqu'au-delà. Que Dieu t'aide dans tes projets, te facilite la réussite dans cette vie et dans le haut delà.

**À mes enfants, Soungarou Taibou et Mouhammad Salif Diédhiou** Que Dieu vous accorde une longue vie minée de santé et qu'Il vous lègue la force nécessaire pour une réussite dans ce monde d'obstacles et dans l'au-delà.

**À mes frères et sœurs Mamadou Lamine, Aminata (Ndeye Ami), Binta (Niaci), Ibrahima Solo, Demba, Souadou Téranga et Aliou** pour votre patience, aide, amour et soutien. Que Dieu vous guide dans le droit chemin.

**À mon grand frère Youba Diédhiou**, tu as su m'encadrer à travers tes enseignements depuis toute petite. Aujourd'hui encore tu es présent dans les moments décisifs de ma vie. Merci pour l'amour que tu portes à ma modeste personne, que Dieu te donne une longue vie, la santé et un *moudjou bou rafete*.

**À mes collègues de promotion**, « *la fraternité notre force* » tel est le slogan de notre promotion. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble. J'ai beaucoup appris de vous. J'ai reçu de vous des leçons qui resteront toujours

gravées dans ma mémoire. Que Dieu nous assiste dans nos projets, qu'Il nous guide dans le droit chemin, qu'Il fasse de nous des médecins au service du peuple et que la médecine reste toujours notre passion.

**À toutes ces personnes dont je ne trouve pas de qualificatifs pour les qualifier**

**Dr Fatimétou Kane**, merci pour les bons moments passés ensemble Tu as toujours été présente pour m'écouter, apaiser mes souffrances et peines par ta présence physique, financière et tes bons conseils. Je ne pense pas pouvoir faire autant. Que Dieu m'aide à garder ces souvenirs. Qu'Il t'accorde une longue vie accompagnée de santé, raffermie ta foi. Qu'Il t'aide à garder la joie de vivre et à avoir la force de lutter contre tous les obstacles de la vie. Considère chaque situation comme une épreuve et un conseil de Dieu. Merci encore infiniment. Je t'aime.

**Dr Séna Naderge Zounfa**, madame Z, notre ressemblance dans le rang de la fratrie a fait de nous des personnes qui se comprenaient. On avait les mêmes soucis, la même façon de penser. Je me rappelle toujours des moments pendant lesquels nous étions sous les arbres de l'université pour apprendre nos leçons. Quand je venais chez toi, il y'avait toujours de la bonne nourriture qui m'attendait. Merci à toi pour tous ces moments de joie. J'espère qu'on gardera toujours de bonnes relations. Que Dieu t'accorde un succès total dans tes projets et te guide vers le droit chemin.

**Dr Tahibou Balia Diallo (Madame Koulibaly)**, je ne regrette pas d'avoir donné ton prénom à ma fille. Ta gentillesse, ton sourire, ta détermination, ta capacité à comprendre et aider ton prochain sont des qualités que j'aime chez toi. Ne les change pas. Que Dieu te donne une longue vie de bonne santé. Je remercie aussi toute ta famille.

**Mariama Diallo**, je ne pourrais oublier ce que tu as fait pour moi. Tu m'as sauvé dans tant de situations. Certes je ne pourrais pas faire autant, mais je souhaite longue vie et bonne santé à toi ainsi qu'à toute ta famille. Merci et sache que je te porte toujours dans mon cœur.

**Dr Romziath Kappo** la première Béninoise que j'ai connue à l'université. Merci pour les bons moments qu'on a eu à passer ensemble. Pardonne-moi pour toute maladresse que j'aurais faite à ton endroit. Que Dieu te donne une longue vie, te guide dans le droit chemin.

**Dr Khadidiatou Mballo**, on s'appelait mon cœur à cause d'une blague et un jour on a fait le même rêve. Merci pour tous les moments de paix, de joie, et de soutien qu'on a passés ensemble.

**Dr Aissatou Philomen Diédhiou** qui m'a maquillé lors de mon mariage et qui m'a aussi assuré les CPN lors de ma 2<sup>e</sup> grossesse. Un grand merci à toi. Que Dieu te donne la main facile dans la spécialité que tu as choisie, qu'il t'accorde aussi une longue vie pleine de santé.

**Au Dr Diariétou Seck, Dr Geneviève Sarr.**

**Au personnel de la BU : Ousseynou et Fostin** pour leur aide inestimable apportée pour la réussite de ce travail.

**Aux vigiles** qui me gardaient mes jus pour le commerce et me facilitaient l'accès aux clients.

**À Marème Samb** et aux enfants du quartier qui venaient garder mon premier enfant, je vous dis tous un grand merci.

**Au personnel du centre de santé de Cambérène**

Depuis le médecin-chef (Dr Cheickh Sadibou Diop), au médecin-chef adjoint (Dr Adji Ndiaye), le major (Haby Tall) jusqu'aux infirmières et vigiles et le personnel administratif, je vous remercie tous pour votre générosité et votre empathie. Merci de m'avoir intégré dans votre vie et de m'avoir considéré comme membre à part entière de votre belle équipe, dynamique, travailleuse et avec un bon savoir-faire.

Je remercie aussi mes collègues de service : Dr Abdoulaye Yaba Mbaye, Dr Fatima Abou Gaye, Dr Mouhamet Seye, Dr Babacar Mbeugue, Dr Babacar Hanne, Dr Labou, Dr Thierno Seydou Diallo.

**À mes maîtres et enseignants depuis l'école primaire, jusqu'à l'université en passant par le moyen et le secondaire** qui ne cessent de s'enquérir de mes nouvelles.



**À ma belle-famille** pour le soutien et l'amour que vous me portez. Je ne vous remercierais jamais assez. Je vous aime. Que Dieu vous accorde une bonne vie accompagnée de bonne santé et qu'Il vous guide dans le droit chemin.

**À mes oncles et tantes maternels et paternels.**

**Aux voisins et voisines du quartier Néma 2**

**À mes cousines : Dr Siré Sonko** toujours présente dans mes moments de joie comme de peine, **Maimouna Diédhiou (Major), Mounace Sarr, Ta Haby, Mariama (Asome Mama)**

**À mes cousins : Oumar Dabo Sonko** pour sa participation pour la réussite de document, **Mouhamed Chinois Badji, Bacary.....**

**Aux amis de mon père : Tonton Bodian, Tonton Abdou Diédhiou, Tonton Chérif, Tonton Yaya Mané, Famalang Sonko, et tant d'autres** pour leurs conseils qui me servent dans la vie de tous les jours.

**Aux amies de mon mari : Malang Diédhiou, Bacari Mané, Elias, Saloum Diémé** pour votre aide, soutien et amour. Trouver en ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

**À ma famille** alpoular du quartier ; la famille de Mamadou Saliou Diallo et ses épouses Fatoumata Binta et Mariama Diallo ainsi que tous ces enfants. Vous m'avez toujours accueilli les bras ouverts et vous m'avez toujours considéré comme membre de votre famille. Que l'amitié qui tisse nos deux familles puisse demeurer éternellement. Je remercie également votre fille aînée, **Aïssatou Billy**

**Diallo** ; c'est travers elle que j'ai intégré votre famille. Une sœur, une amie, une confidente, merci d'être toujours présente dans mes moments de joies comme de peine. Tu es d'une grande générosité. Que Dieu t'accorde beaucoup de baraka ; une longue vie pleine de santé, te guide dans le droit chemin ainsi que toute ta famille.

**À Modou Coly**, l'informaticien qui a fait le traitement de mes données. Merci pour ta disponibilité et ton professionnalisme. Que Dieu fortifie ton entreprise, t'accorde une longue vie pleine de santé ainsi qu'à toute ta famille.

**À** toute personne qui a participé de près ou de loin à la réussite de ce travail.

# **REMERCIEMENTS**

## Mes remerciements :

**Au** professeur Alassane Diatta, premier directeur de l'URF santé

**Au** professeur Sérigne Modou Kane Gueye

**Au** feu professeur Fallou Cissé

**À** mon co-directeur Dr Adama Koundoul

**Au** professeur Lalaye

**Au** professeur Pouye

**Au** professeur Noël Manga, Simon Manga, Cheickh Diouf

**À** Dr Kalidou Diallo

**À** tout le personnel administratif de l'URF santé sans oublier notre secrétaire dame de fer Jinette.

Mes remerciements à toutes ces dames braves qui ont accepté de m'ouvrir leur cœur et de me confier leur vécu ;

**À** tout le personnel du service de gynécologie-obstétrique du CHNDJ ;

**Au** personnel de roi Baudoin où j'ai fait mon stage rural ;

**Au** Dr Vénus Niang qui me confiait son cabinet médical. Merci pour la confiance.

**À** mon maître coranique Yahya Camara et ses femmes et toute son équipe

**Aux** infirmiers, sages-femmes et aides-soignants de tous les services où je suis passé dans le cadre de ma formation ;

À Modou Coly, l'informaticien et ami de mon mari qui a bien voulu traiter et analyser les données de ce travail.

À toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à ma formation et ceci sur tous les plans.

# **À NOS MAÎTRES ET JUGES**

*À notre Maître et président de jury,*

*Monsieur le Professeur Alassane DIATTA*

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Vous avez donné corps et âme pour l'avancement de cette institution dont vous êtes le père fondateur. Vous nous avez toujours incité à vouloir l'excellence pour être d'excellent médecin. Vous nous allez considérer comme vos propres enfants à travers les leçons de morale. Trouvez en ce travail l'expression de notre profonde gratitude. Que Dieu vous accorde une longue vie pleine de santé.

*À notre maître et juge,*

*Monsieur le professeur Boubacar FALL*

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail. Votre modestie, votre rigueur professionnelle et le respect que vous accordez à l'être humain font de vous une référence. Trouvez en ce travail l'expression de notre profonde gratitude. Que Dieu vous accorde une longue vie et une très bonne santé.

*À notre Maître et Directeur de thèse,*

*Monsieur le Professeur Serigne Modou Kane GUEYE.*

Les mots nous manquent Professeur, rien de ce que nous pourrions dire sur votre personne ne saurait être fidèle à notre pensée, merci.

Vous êtes pour nous un exemple à suivre.

Votre amour pour le travail et la transmission du savoir, faites de vous une référence. Les leçons de vos enseignements ne cessent de me raisonner. Surtout pendant le TP sur l'hémorragie du post-partum au moment duquel vous m'aviez remis de l'argent pour acheter des serviettes pour l'illustration du cours. Vous êtes le modèle parfait du gynécologue. Vous nous demandez toujours de bien comprendre les patientes en essayant de nous mettre à leur place, de bien les accueillir et d'être humaniste. Vous disiez également que la femme qui vient pour accoucher est un être en souffrance. Elle est entre la vie et la mort. On doit alors la rassurer et compatir à sa douleur.

J'ai toujours aimé la gynécologie et vous avoir connu n'a fait que renforcer cet amour. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous souhaite une longue vie accompagnée de bonne santé et une réussite dans vos projets.



*À notre maître,*

*Monsieur le Professeur Philippe Marc MOREIRA*

Merci de nous avoir ouvert les portes de votre service. Dès mon arrivée vous m'avez tout de suite mise dans de bonnes conditions et vous avez facilité l'accès aux patientes en me permettant d'assister vos consultations. Ces moments passés dans votre service m'ont permis d'apprécier votre personne (pausé, respectueux, rigoureux, humble...). Vous avez l'amour de la transmission du savoir, ce qui a fait que vous ne cessiez de me les transmettre durant ces consultations. Trouvez en ce travail, l'expression de ma profonde gratitude. Que Dieu vous donne une longue vie accompagné d'une très bonne santé.

*À notre maître et co-directeur de thèse,*

*Monsieur le Docteur Adama KOUNDOUL*

Merci d'avoir accepté sans aucune hésitation à co-diriger ce travail. Vous êtes un homme avec tant de qualités : bon, travailleur, serein.

L'amour et le respect que vous accordez à votre travail font de vous une référence. Pendant mes stages cliniques dans votre structure, vous nous aviez beaucoup appris et vous étiez toujours disponible à répondre à nos questions et à nous enseigner à travers les nombreux CAT que vous organisiez.

Vous êtes toujours disponible pour répondre aux appels, me guider et pour corriger ce travail. Encore une fois merci, que Dieu vous guide, vous donne du succès dans vos projets.

« Par délibération, l'UFR-2S a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>Ac</b>	: Anticorps
<b>ADN</b>	: Acide Désoxyribonucléique
<b>AMP</b>	: Assistance médicale à la procréation
<b>BU</b>	: Bibliothèque Universitaire
<b>CAT</b>	: Conduite-à-tenir
<b>CFTR</b>	: <i>Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator</i>
<b>CHN</b>	: Centre Hospitalier National
<b>CIVETE</b>	: Culture intra-Vaginale Et Transfert d'Embryon
<b>CPN</b>	: Consultation prénatal
<b>DES</b>	: Diplôme d'études spécialisées
<b>DSM IV</b>	: Diagnostic and statistical Manual-Revision4
<b>E2</b>	: Estradiol
<b>EDS</b>	: Enquête démographique et de santé
<b>FIV</b>	: Fécondation <i>in vitro</i>
<b>FSH</b>	: Hormone folliculo-stimulante
<b>GEU</b>	: Grossesse extra-utérine
<b>GIFT</b>	: Gamete intra fallopian transfert
<b>GnRH</b>	: Gonadotrophin-Releasing Hormone
<b>IMC</b>	: Indice de masse corporelle
<b>IRM</b>	: Imagerie par raisonnance magnétique
<b>LH</b>	: Hormone Luteinisante
<b>LHRH</b>	: Luteinizing Hormone Releasin Hormone
<b>MFIU</b>	: Mort foetal intra-utérine
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>PMA</b>	: Procréation médicalement assistée
<b>POST</b>	: Peritoneal Ovocyte and Spermatozoa Transfert
<b>TET</b>	: Tubal Embryo Transfert
<b>TP</b>	: Travaux pratiques
<b>TSH</b>	: Thyroide stimulating hormone
<b>WIFI</b>	: Fidélité sans fil (accès sans fil à l'internet)
<b>ZIFT</b>	: Zygote Intra-FallopiaTransfert

# LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Annexes (ovaires) et ligament rond droit de l'utérus (vue cœlioscopie).....	6
Figure 2 : Organes génitaux internes de la femme .....	7
Figure 3 : Rapport du vagin (coupe sagittale médiale) .....	8
Figure 4 : Vulve (lèvres écartées) .....	9
Figure 5 : Scrotum et cordon spermatique gauche ouvert.....	10
Figure 6 : Trajet du conduit déférent.....	11
Figure 7 : Toucher rectal combiné au palper suprapubien (Installé sur table d'examen) .....	12
Figure 8 : Glande prostatique et conduits éjaculateurs .....	13
Figure 9 : Prostate et glande bulbo-urétrale (coupe frontale, vue antérieure) .....	14
Figure 10 : Répartition des patientes selon le nombre d'années de cohabitation avec le conjoint .....	47
Figure 11 : Répartition des patientes selon l'initiateur de la décision de consulter .....	48
Figure 12 : Répartition des patientes selon le type d'intermédiaire .....	48
Figure 13 : Répartition de la responsabilité de l'infertilité .....	50
Figure 14 : Répartition des patientes selon les traitements prescrits par le tradipraticien .....	51
Figure 15 : Relations avec la belle famille .....	57
Figure 16 : Répartition des patientes selon les effets de l'infertilité sur leur vie professionnelle .....	58
Figure 17 : Relation avec le personnel médical .....	60

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon l'origine géographique .....	44
Tableau II : Répartition des patientes selon leur tranche d'âge .....	44
Tableau III : Répartition des patientes selon leur niveau d'étude .....	45
Tableau IV: Répartition des patientes selon leur profession.....	45
Tableau V : Répartition des patientes selon l'appartenance ethnique .....	46
Tableau VI : Répartition des patientes selon le délai d'attente avant de consulter un gynécologue .....	47
Tableau VII : Répartition des raisons de non-participation des conjoints aux explorations....	49
Tableau VIII : Répartition des motifs de rupture du suivi médical.....	50
Tableau IX : Explications de l'infertilité selon les tradipraticiens.....	51
Tableau X : Répartition selon l'état actuel des démarches .....	52
Tableau XI : Explications données à l'infertilité .....	52
Tableau XII : Représentations psycho-sociales de l'enfantement .....	53
Tableau XIII : Avantages de la maternité selon les femmes .....	54
Tableau XIV : Répartition des réactions à l'annonce du diagnostic .....	55
Tableau XV : Retentissement de l'infertilité sur la vie du couple .....	56
Tableau XVI : Répartition des patientes selon leur relation avec l'entourage .....	57
Tableau XVII : Répartition des patientes selon les manifestations psycho-affectives dues à l'infertilité.....	59
Tableau XVIII : Répartition des mécanismes d'autodéfense des patientes .....	59
Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type d'aide souhaité .....	60

# SOMMAIRE

DÉDICACES .....	i
REMERCIEMENTS .....	x
À NOS MAÎTRES ET JUGES.....	xiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	xviii
LISTE DES FIGURES .....	xix
LISTE DES TABLEAUX .....	xx
SOMMAIRE .....	xxi
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	4
I. GÉNÉRALITES .....	5
I.1. DÉFINITION .....	5
I.1.1. Infertilité... ..	5
I.1.2. Autres concepts .....	5
I.2. RAPPELS .....	5
I.2.1. Anatomie de l'appareil reproducteur .....	5
I.2.1.1. Chez la femme .....	5
I.2.1.2. Chez l'homme .....	9
I.2.2. Conditions d'une fertilité normale .....	14
I.2.3. La place de l'enfant dans le couple en Afrique.....	15
II. ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'INFERTILITÉ .....	16
II.1. ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE.....	16
II.1.1. Dans le monde .....	16
II.1.2. En Afrique .....	16
II.1.3. Au Sénégal.....	16
II.2. ÉPIDÉMIOLOGIE ANALYTIQUE .....	17
II.2.1. Facteurs de risque chez la femme .....	17
II.2.2. Facteurs de risque masculins .....	17
II.2.3. Facteurs de risque liés au couple .....	18
III. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE .....	19
III.1. L'INTERROGATOIRE .....	19
III.2. EXAMEN PHYSIQUE .....	19
III.3. EXAMENS PARACLINIQUES .....	20
III.3.1. Examen de première intention.....	20
III.3.2. Examen de deuxième intention .....	21
III.3.3. Examen de troisième intention .....	22
III.4. ÉTIOLOGIES .....	22
III.4.1. Étiologies organiques .....	22
III.4.1.1. Chez la femme.....	22
III.4.1.2. Chez l'homme .....	23
III.4.2. Causes psycho-somatiques .....	25
III.4.2.1. Le stress .....	25
III.4.2.2. Traumatisme psychologique .....	25
III.4.2.3. Fixation névrotique .....	26
III.4.2.4. Explications socio-culturelles de l'infertilité .....	27

III.4.3. L'infertilité inexpliquée .....	28
IV. MANIFESTATIONS PSYCHOLOGIQUES DE L'INFERTILITÉ .....	28
IV.1. VÉCU DE L'ANNONCE .....	28
IV.2. MANIFESTATIONS AIGUËS .....	29
IV.3. MANIFESTATIONS CHRONIQUES .....	30
IV.4. MÉCANISMES D'AUTODÉFENSE.....	30
IV.5. LE PARCOURS DE SOLUTIONS .....	32
V. PRISE EN CHARGE .....	33
V.1. BUTS.....	33
V.2. MOYENS .....	34
V.2.1. Moyens curatifs .....	34
V.2.1.1. Mesures hygiéno-diététiques .....	34
V.2.1.2. Médicaux et chirurgicaux.....	34
V.2.1.3. La psychothérapie.....	35
V.2.1.4. Autres méthodes .....	36
V.3. INDICATIONS .....	36
V.4. LA PRÉVENTION.....	37
DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE .....	38
I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	39
I.1. OBJECTIF PRINCIPAL.....	39
I.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES .....	39
II. MÉTHODOLOGIE .....	39
II.1. CADRE DE L'ÉTUDE .....	39
II.1.1. Le Centre Hospitalier National Dalal Jamm.....	39
II.1.2. Le service de gynécologie-obstétrique du CHNDJ .....	40
II.2. TYPE ET PÉRIODE D'ÉTUDE .....	42
II.3. PATIENTES ET METHODES .....	42
II.3.1. Critères d'inclusion.....	42
II.3.2. Critères de non-inclusion et d'exclusion .....	42
II.3.4. Variables étudiées .....	42
II.3.5. Recueil et analyse de données .....	43
II.4. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	43
II.5. DÉROULEMENT DE L'INTERVIEW .....	43
III. RÉSULTATS .....	44
III.1. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE .....	44
III.1.1. Origine géographique .....	44
III.1.2. Âges des patientes .....	44
III.1.3. Niveau d'instruction.....	45
III.1.4. Profession des patientes .....	45
III.1.5. Ethnie .....	46
III.1.6. Appartenance religieuse .....	46
III.1.7. Situation matrimoniale .....	46
III.1.8. Antécédent de grossesse .....	47
III.2. PARCOURS DE SOINS .....	47
III.2.1. Délai de consultation.....	47
III.2.2. Intention de consulter un gynécologue.....	48

III.2.3. Recours à un intermédiaire .....	48
III.2.4. Participation du conjoint aux explorations .....	49
III.2.5. Responsabilité de l'infertilité .....	49
III.2.6. Continuité des soins .....	50
III.2.7. Consultation chez le tradipraticien .....	51
III.2.8. Traitements reçus chez les tradipraticiens.....	51
III.2.9. Situation actuelle .....	52
III.3. EXPLICATIONS DE L'INFERTILITÉ .....	52
III.4. REPRÉSENTATIONS DE L'ENFANTEMMENT .....	53
III.4.1. Représentation psycho-sociale de l'enfement .....	53
III.4.2. Avantages de la maternité .....	53
III.5. RÉACTIONS À L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC .....	54
III.6. RÉACTIONS PSYCHO SOCIALES DE LA FEMME FACE À L'INFERTILITÉ.....	55
III.6.1. Retentissement de l'infertilité sur la vie du couple .....	55
III.6.2. Relations avec la belle famille .....	56
III.6.3. Relations avec l'entourage .....	57
III.6.4. Retentissement sur la vie professionnelle .....	58
III.6.5. Manifestations chroniques.....	58
III.7. MÉCANISMES D'AUTODÉFENSE.....	59
III.8. APPRÉCIATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	60
III.8.1. Relation avec le personnel médical.....	60
III.8.2. Prise en charge psychologique .....	60
III.9. TYPES D'AIDES SOUHAITES .....	60
IV. DISCUSSION .....	61
IV.1. LIMITES ET CONTRAINTES DE NOTRE ÉTUDE .....	61
IV.2. PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES PATIENTES .....	61
IV.3. ANTÉCÉDENTS DE GROSSESSE .....	65
IV.4. PARCOURS DE SOINS.....	65
IV.5. EXPLICATION DONNÉES À L'INFERTILITÉ.....	70
IV.9. AUTO-DEFENSE ET MESURES DE RÉSILIENCE .....	76
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	77
RÉFÉRENCES.....	77
ANNEXES .....	77



# **INTRODUCTION**

L'infertilité est définie comme l'absence de grossesse spontanée après au moins un an de rapports sexuels réguliers sans aucune forme de contraception [1]. C'est un problème de santé publique auquel plusieurs couples sont confrontés. L'infertilité touche 80 millions de personnes dans le monde soit un couple sur dix [2].

En Afrique l'objectif premier du mariage est généralement rattaché à la reproduction. Ce qui signifie que la prière la plus formulée envers un jeune couple est : « Que Dieu vous accorde beaucoup d'enfants ». Donner à son conjoint un enfant a toujours été la plus belle preuve d'amour pour bon nombre de femmes et d'hommes.

Au Sénégal, le fait d'avoir un enfant confère au couple une stabilité sociale. L'infertilité est vue comme un indicateur de développement négatif dont beaucoup de couples sénégalais souffrent [3]. L'enquête Demographic and Health Surveys faite au Sénégal et publiée en 2012, estime que l'infertilité primaire au Sénégal n'est pas très élevée et concerne 2,5 % des femmes en union et 4,8 % pour l'ensemble des femmes [3]. L'enquête démographique et de santé (l'EDS-Continue) faite en 2016, révèle que 4 % des femmes âgées entre 35 et 49 ans en union n'ont jamais eu d'enfant et peuvent être donc considérées comme infertiles [4].

L'infertilité est perçue différemment chez les personnes selon leur appartenance religieuse, continentale, raciale et ethnique sans oublier les perceptions individuelles et les catégories générationnelles.

Le problème de l'infertilité a toujours été un sujet préoccupant dans beaucoup de sociétés surtout africaines. L'homme a toujours essayé de trouver des explications à ce phénomène. Des dieux, des déesses, des temples, étaient confiés au temps pour cette tâche[5]. Pendant longtemps, l'infertilité était considérée comme liée à la femme; c'est seulement après la Deuxième Guerre mondiale que le terme d'infertilité masculine a commencé à être utilisé [5].

Sans doute ce constat est dû au fait qu'on assimilait la reproduction à la féminité. Et pourtant le concept de féminité est multidimensionnel : anatomique, comportemental (passivité), reproductive...[6,7]. Ce concept de femme plus homme égal reproduction est vu comme un résultat normal. Ce qui fait que les couples confrontés à l'infertilité voient leur identité de soi menacée. Ils se demandent ; qui ils sont, à quoi servent-ils [5] ?

Dans une société où l'enfant a une place aussi importante, il est évident que les couples qui n'en ont pas, vivent une situation difficile. Des manifestations psychologiques comme l'anxiété, la dépression sont observées chez les femmes infertiles. Ces souffrances sont comparées à celle des patientes souffrant de cancer, de VIH [1].

Fort de ce constat, nous avons jugé opportun d'aller au service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Dalal Jamm de Dakar à la rencontre des femmes qui sont confrontées à l'infertilité afin de d'évaluer leur vécu psychologique et le retentissement psychosocial de l'infertilité dans leur quotidien.

Pour aborder ce travail, nous allons, dans un premier temps faire une revue sur les aspects épidémiologiques, diagnostiques, psychopathologiques, et thérapeutiques de l'infertilité. La deuxième partie de notre travail portera sur ses objectifs, sa méthodologie, les résultats observés et la discussion qui en découle.

**PREMIÈRE PARTIE : REVUE  
DE LA LITTÉRATURE**

# I. GÉNÉRALITÉS

## L1. DÉFINITION

### I.1.1. Infertilité

L'infertilité est définie comme l'absence de grossesse spontanée après au moins un an de rapports sexuels réguliers sans aucune forme de contraception [1]. Il faut distinguer l'infertilité primaire où le couple n'a jamais eu de grossesse, de l'infertilité secondaire dans lequel le couple a déjà eu une grossesse antérieure [8].

### I.1.2. Autres concepts

**La fécondité** est le fait d'avoir procréé, c'est-à-dire d'avoir mis au monde un enfant né vivant[9].

**La fertilité** est la capacité de concevoir, c'est-à-dire de débiter une grossesse [9].

**L'infécondité** se définit comme l'incapacité de mener une grossesse à son terme [1].

**L'hypofertilité** se définit comme étant une absence de grossesse après six mois de rapport sexuel régulier sans contraception [2].

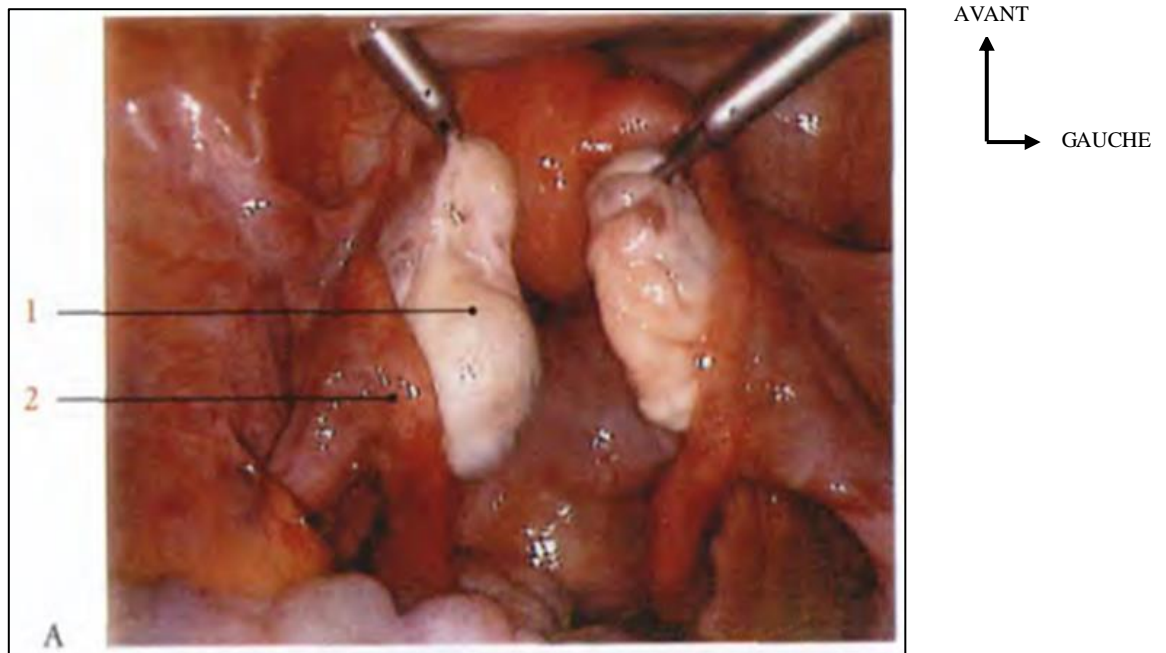
## I.2. RAPPELS

### I.2.1. Anatomie de l'appareil reproducteur [10]

#### I.2.1.1. Chez la femme

L'appareil reproducteur féminin comprend : les ovaires, les trompes, l'utérus, le vagin et la vulve.

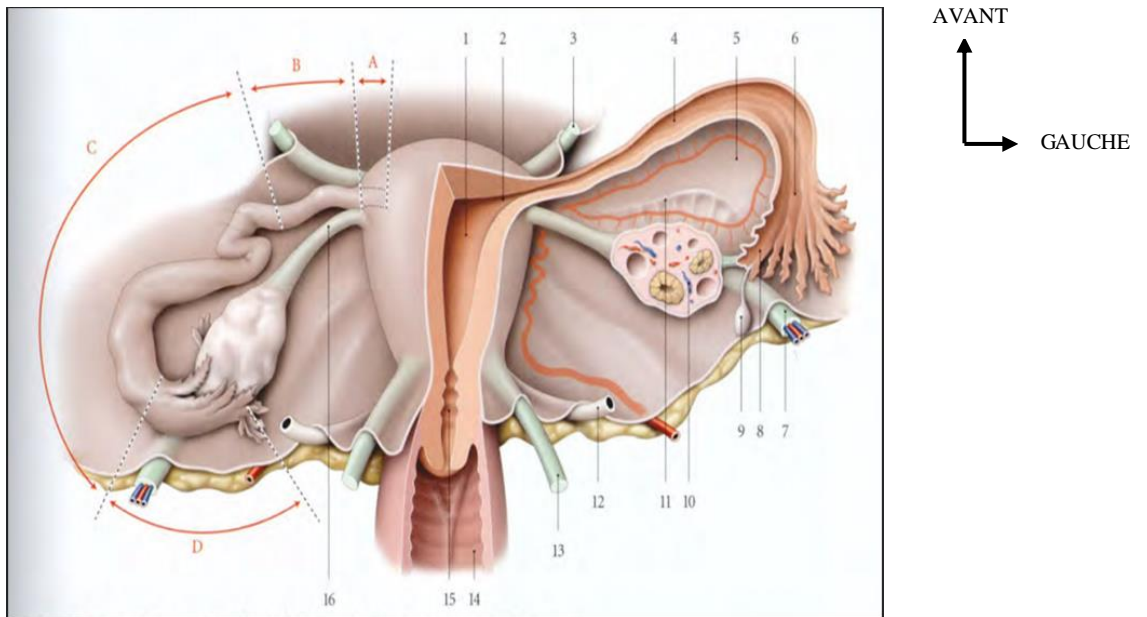
- ✓ Les ovaires sont des glandes sexuelles paires de la femme situées dans les fosses ovariques, et fixées à la face postérieure du ligament large. La vascularisation artérielle est assurée par l'artère ovarique et l'artère utérine ; et le drainage veineux est assuré par le plexus pampiniforme. Leur innervation provient du plexus ovarique. Ils ont pour fonction la production d'ovocytes et la sécrétion d'hormones sexuelles (les estrogènes, la progestérone) (figure 1).



1-Ovaire droit ; 2-Trompe droite.

**Figure 1 : Annexes (ovaires) et ligament rond droit de l'utérus (vue cœlioscopie) [10]**

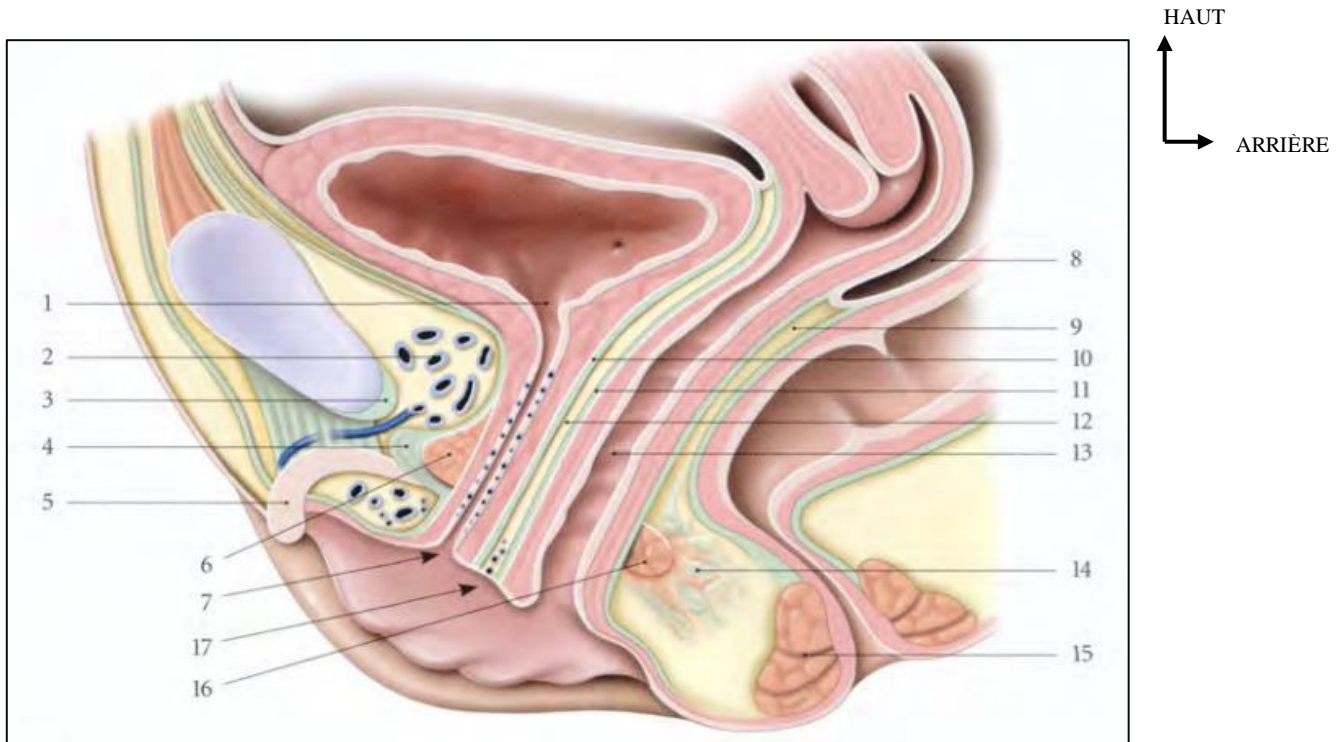
- ✓ Les trompes sont deux conduits musculo-membraneux d'environ 10 à 12 cm de long situés dans le mésosalpinx ; vascularisés par l'artère tubaire essentiellement et le drainage veineux se fait par l'arcade veineuse infratubaire qui se draine vers les veines ovariennes et utérines. Elles sont innervées par le plexus ovarien et utérin. Elles assurent la migration et la survie des spermatozoïdes depuis la cavité utérine jusqu'au lieu de la fécondation au niveau de son tiers distal. Elles acheminent l'œuf fécondé vers l'utérus grâce aux mouvements ciliaires et aux contractions de la musculature. Elles nourrissent l'œuf par la sécrétion des cellules glandulaires (figure 2).



1-Cavité utérine ; 2-Ostium utérin de la trompe ; 3-ligament rond de l'utérus ; 4-Cavité tubaire ; 5-Mésosalpinx ; 6-ostium abdominal; 7-ligament suspenseur de l'ovaire ; 8-Frange ovariique ; 9-Appendicevésiculeux ; 10-Ovaire ; 11-Mésovarium ; 12-Urètre ; 13-Ligament utéro-sacral ; 14-Vagin ; 15-Canal cervical ; 16-Ligament propre de l'ovaire.

**Figure 2 : Organes génitaux internes de la femme [10]**

- ✓ L'utérus est un organe musculaire lisse, creux, contractile situé dans la loge viscérale moyenne du pelvis. Il est vascularisé essentiellement par l'artère utérine et le drainage veineux se fait par les plexus veineux utérins qui se jettent dans la veine utérine et les veines vaginales. L'innervation est assurée par le plexus hypogastrique inférieur.  
L'utérus est destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser à la fin de la grossesse.
- ✓ Le vagin est l'organe féminin de la copulation, c'est un conduit musculo-membraneux épais et résistant qui est vascularisé par les artères utérines, vaginales, et rectales moyennes. Le drainage veineux est assuré par le plexus veineux vaginal qui se jette dans la veine utérine postérieure, vaginale et rectale moyenne. Il est innervé par le plexus hypogastrique inférieur (figure 4).



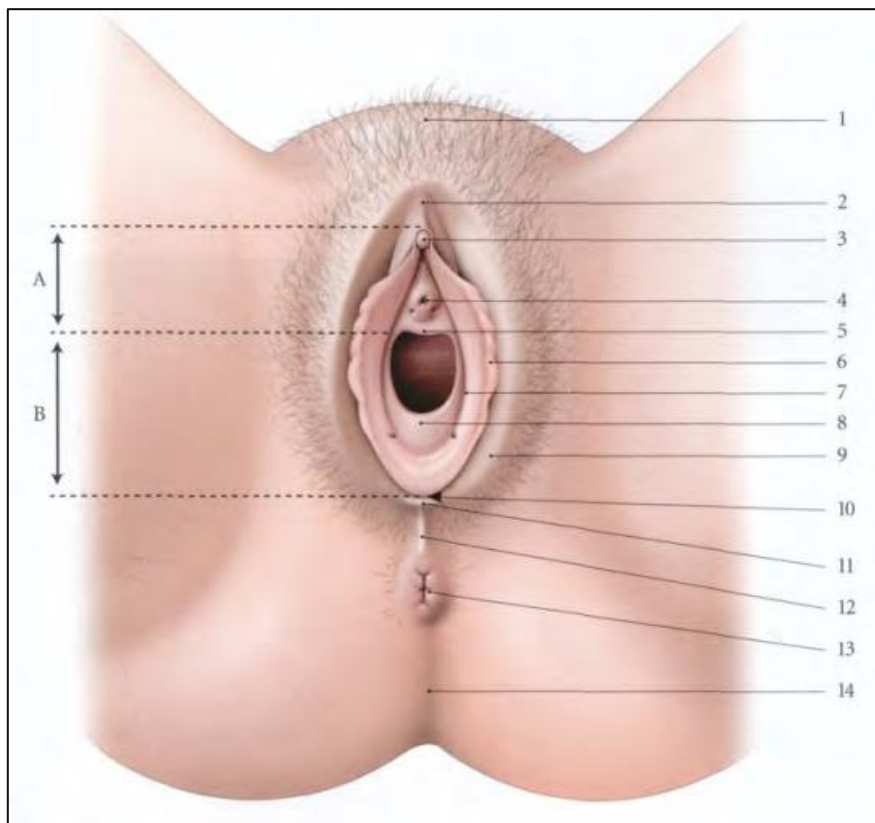
1-Ostium interne de l'utérus ; 2-Espace retropubien ; 3-Ligament arqué du pubis ; 4-Ligament transverse du pubis ; 5-Clitoris ; 6-Muscle sphincter de l'utérus ; 7-Ostium externe de l'utérus ; 8-Cul de sac recto-utérin ; 9-Septum recto-vaginal ; 10-Fascia vésical et urétral ; 11-Fascia vaginal ; 12-Septum uréthro-vaginal ; 13-Vagin ; 14-Corps périnéal ; 15-Spincter externe de l'an ; 16-Muscle transverse profond ; 17-Vestibule vaginal.

**Figure 3 : Rapports du vagin (coupe sagittale médiale) [10]**

- ✓ La vulve ou organe génital externe féminin correspond en superficie au plan cutané érogène recouvrant le pubis et le périnée uro-génital, et en profondeur, à l'espace superficiel du périnée uro-génital qui contient les organes érectiles féminins. Elle comprend : le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires. La vascularisation artérielle de la vulve est assurée par l'artère pudendale externe supérieure et inférieure, et l'artère pudendale interne. Le drainage veineux est satellite des artères. L'innervation provient du nerf pudendal et les branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral.

La vulve intervient dans trois fonctions : la miction, l'accouchement et le coït (figure4).





**A-Partie urétrale du vestibule ;                      B-Partie humérale du vestibule**

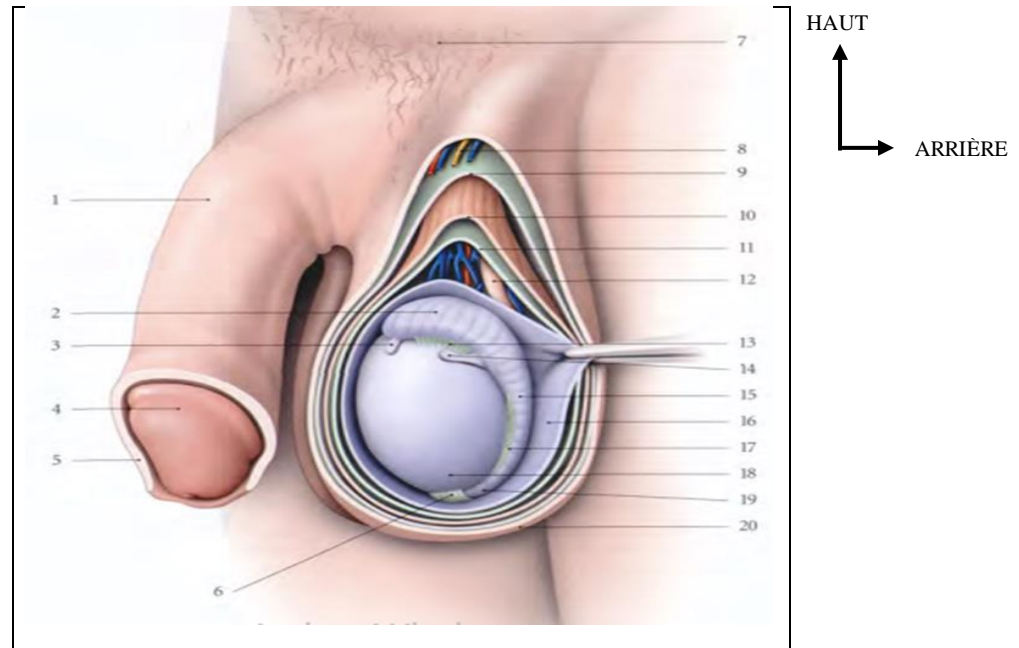
1-Mont du pubis ; 2-Prépuce du clitoris ; 3-Gland du clitoris ; 4-Ostium externe de l'utérus ; 5-Carina urétrale du vagin ; 6-Petit lèvre ; 7-Sillon vestibulaire ; 8-Humen ; 9-Grande lèvre ; 10-Fossette du vestibule du vagin ; 11-Frein des lèvres ; 12-Commissure postérieure des lèvres ; 13-Anus ; 14-Sillon interfessier.

**Figure 4 : Vulve (lèvres écartées) [10]**

### **I.2.1.2. Chez l'homme [10]**

L'appareil reproducteur de l'homme comprend : les testicules, les épидидymes, les canaux déférents, le canal éjaculateur, l'urètre, le pénis et les annexes (les glandes bulbo-urétrales, la prostate, les vésicules séminales).

- ✓ Les testicules sont les glandes génitales principales masculines situées dans le scrotum. Ils sont vascularisés par l'artère testiculaire essentiellement et le drainage veineux est assuré par la veine testiculaire qui se jette au niveau du plexus pampiniforme. L'innervation provient du plexus testiculaire. Les testicules sont destinés à sécréter les hormones sexuelles et à produire les spermatozoïdes (figure 5).



1-Dos du pénis ; 2-Tête de l'épididyme ; 3-Appendice de l'épididyme ; 4- Gland du pénis ; 5-Prépuce ; 6-Ligament scrotal; 7-Pubis ; 8-Rameaux scrotal du nerf génito-fémoral ; 9-Fascia spermatique externe ; 10-Fascia crémasterique ; 11-Fascia spermatique interne ; 12-Conduit déférent, vaisseaux du testicule et du déférent ; 13-Ligament épидидymaire supérieur ; 14-Appendice du testicule ; 15-Corps de l'épididyme ; 16-Vaginale du testicule ouverte ; 17-Ligament épидидymaire inférieur ; 18-Testicule ; 19-Queue de l'épididyme ; 20-Peau du scrotum.

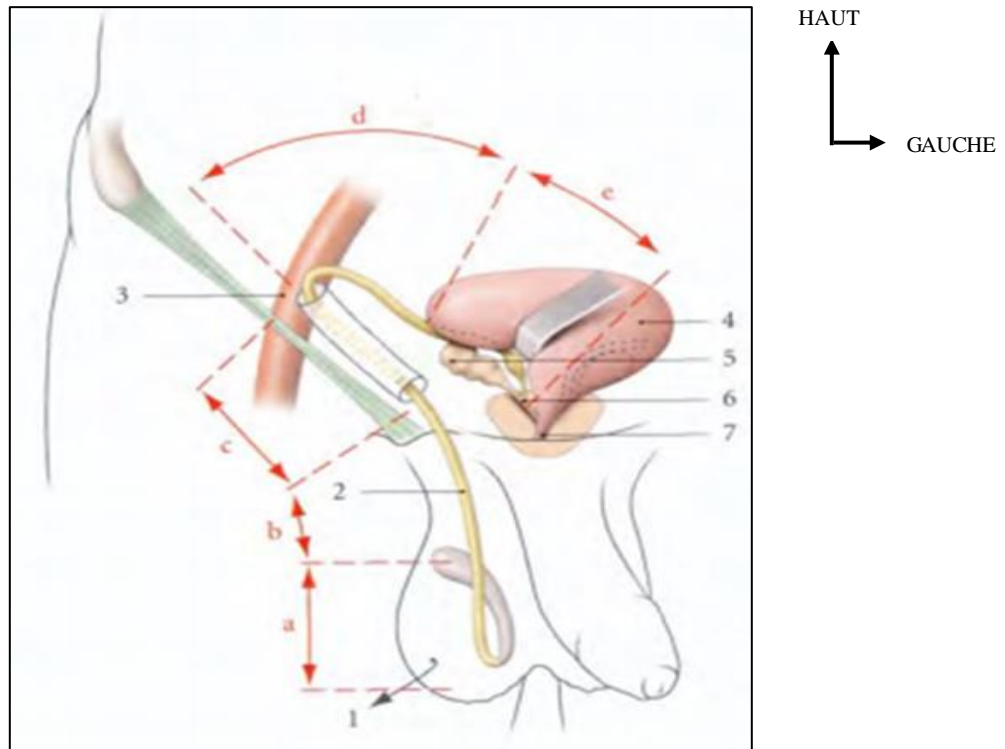
### **Figure 5 : Scrotum et cordon spermatique gauche ouvert [10]**

- ✓ L'épididyme recouvre le bord postérieur du testicule, il comprend : la tête, le corps et la queue. Il est recouvert par la vaginale. Il est vascularisé par l'artère testiculaire essentiellement et le drainage veineux est assuré par la veine testiculaire et crémasterique. L'innervation provient du plexus testiculaire.

Il permet au spermatozoïde de condenser sa chromatine, d'acquérir sa mobilité et son pouvoir fécondant. Cette maturation des spermatozoïdes va se faire graduellement le long du trajet épидидymaire puis ils sont stockés dans la queue de l'épididyme.

- ✓ Les canaux déférents sont des conduits cylindriques qui font suite à la queue de l'épididyme et se terminent dans la prostate en s'anastomosant avec le conduit de la glande séminale pour former le canal éjaculateur. Ils

sont vascularisés par l'artère vésico-prostatique et la veine prostatique. L'innervation provient du plexus hypogastrique inférieur. Les canaux déférents assurent le transport et le stockage des spermatozoïdes entre les éjaculations et probablement, assurent leur maturation (figure 6).

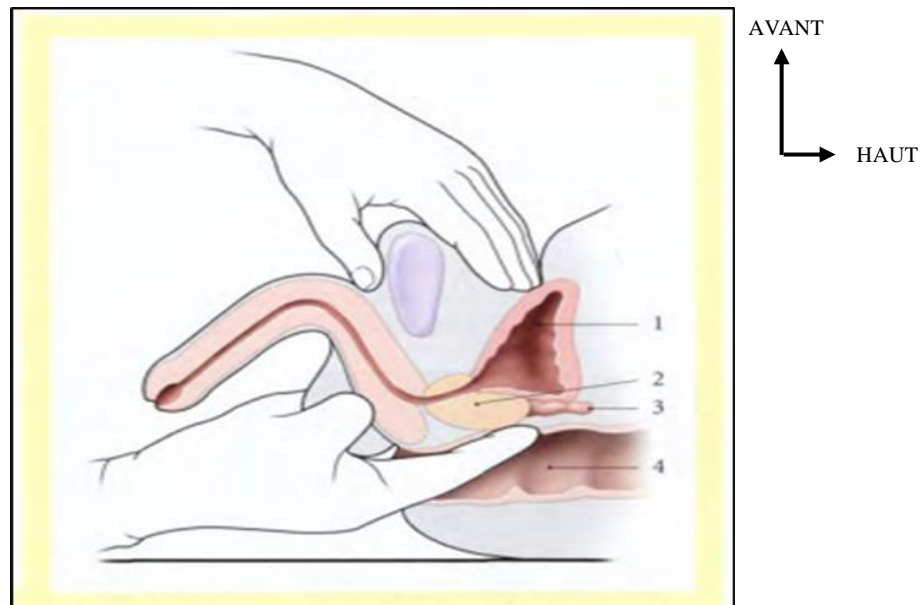


a-Segment scrotal ; b-Segment funiculaire ; c-Segment inguinal ; d-Segment pelvien ; e-Segment retrovésical.  
 1-Testicule récliné ; 2-Conduit déférent ; 3-Artère iliaque externe ; 4-Vessie ; 5-Glande séminale ; 6-Conduit éjaculateur ; 7-Urètre.

**Figure 6 : Trajet du conduit déférent [10]**

- ✓ Le canal éjaculateur naît de la réunion du conduit déférent avec le col de la vésicule séminale. Il est vascularisé par l'artère vésico-prostatique et la veine prostatique. L'innervation provient du plexus hypogastrique inférieur. Le canal éjaculateur assure le transport des spermatozoïdes à travers la prostate vers l'urètre (figure 6).
- ✓ L'urètre est un conduit musculo-membraneux permettant d'expulser le sperme, mais aussi l'excrétion des urines. La vascularisation artérielle est

assurée par l'artère vésicale inférieure, l'artère rectale moyenne, l'artère du bulbe du pénis et l'artère profonde et dorsale du pénis. L'innervation est assurée par le plexus hypogastrique inférieur (figure 7).

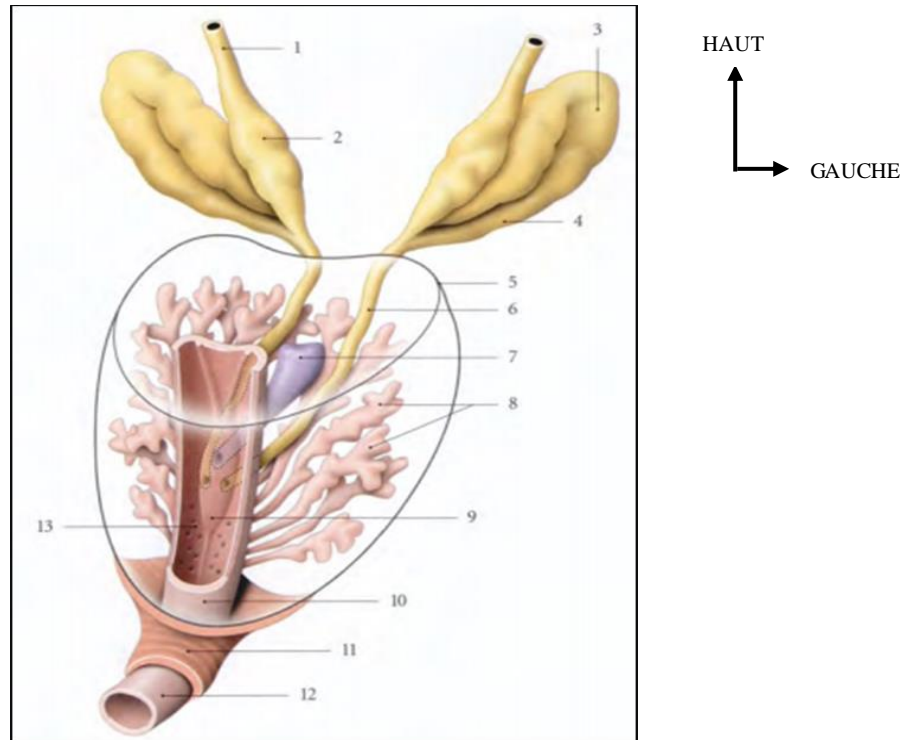


1-Vessie ; 2-Prostate ; 3-Glande séminale ; 4-Rectum.

**Figure 7 : Toucher rectal combiné au palper suprapubien  
(Installé sur table d'examen) [10]**

- ✓ Le pénis est l'organe masculin de la copulation. Cette fonction sexuelle s'effectue grâce aux propriétés érectiles des corps caverneux, contenant de nombreux vaisseaux sanguins qui se remplissent de sang lors de l'érection. L'artère pudendale interne et externe assure la vascularisation artérielle ; et la veine dorsale profonde et superficielle du pénis assure le drainage veineux. L'innervation est double, somatique et autonome. L'innervation somatique est assurée par le nerf dorsal du pénis, le nerf périnéal, le nerf ilio-inguinal et génito-fémoral. L'innervation autonome est assurée par le nerf caverneux (figure 6).
- ✓ La vésicule séminale est une glande plaquée sur la face postérieure de la vessie, en avant du rectum et au-dessus de la prostate. C'est un réservoir musculo-membraneux dans lequel le sperme s'accumule entre les

éjaculations. La vascularisation artérielle est assurée par les artères vésicales inférieures essentiellement et par l'artère rectale moyenne accessoirement. Le drainage veineux se fait vers le plexus vésical et prostatique. Le plexus hypogastrique inférieur assure l'innervation (figure 8).

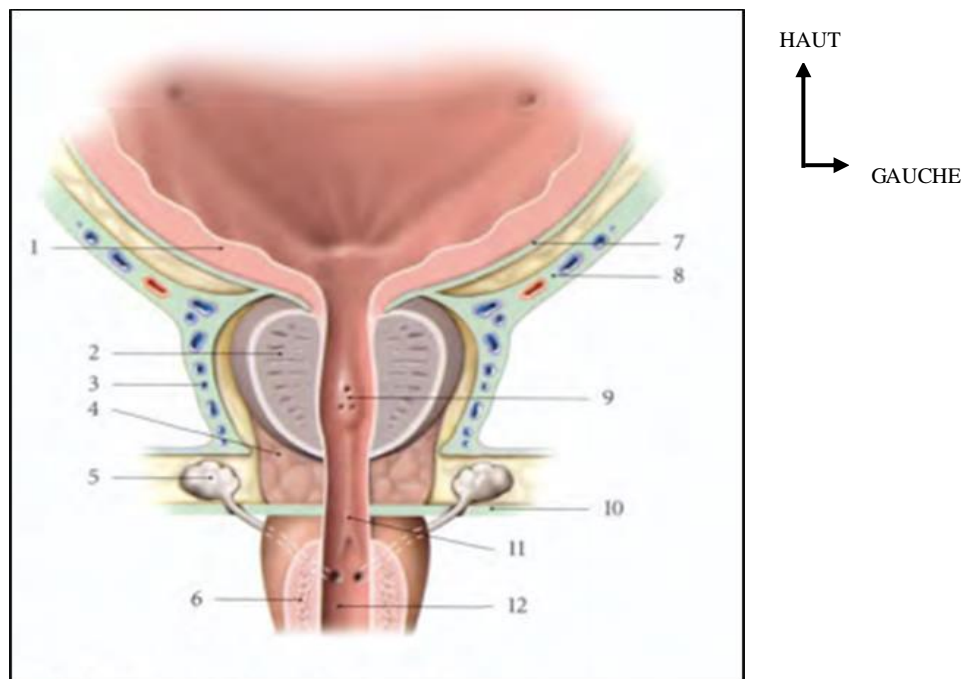


1-Conduit déférent ; 2-Ampoule du conduit déférent ; 3-Glande séminale ; 4-Conduit de la glande séminale ; 5-Conduit de la prostate ; 6-Conduit éjaculateur ; 7-Utricule prostatique ; 8-Glandes prostatiques ; 9-Colliculus séminal ; 10-Urètre prostatique ; 11-Sphincter de l'urètre ; 12-Urètre spongieux ; 13-sinus prostatique.

### Figure 8 : Glande prostatique et conduits éjaculateurs

- ✓ La prostate est une glande située au carrefour des voies génito-urinaires. Elle est vascularisée par l'artère vésicale inférieure et antérieure, l'artère pudendale interne, l'artère du conduit déférent et l'artère rectale moyenne. Le drainage veineux est assuré par la veine prostatique. L'innervation provient du plexus hypogastrique inférieur. La prostate est responsable d'une sécrétion acide, riche en zinc, magnésium, acide citrique et phosphatases acides. Ces sécrétions comme celles des vésicules séminales possèdent des propriétés antibactériennes et antioxydants (figure 8). Les glandes bulbo-urétrales, au nombre de deux, sont placées de chaque côté et au-dessus du bulbe spongieux. Elles sont entourées par le muscle

sphincter de l'urètre. Elles produisent, durant la stimulation érotique et le coït, une substance mucoïde riche en glycosaminoglycanes assurant la lubrification des voies génitales (figure 9) [10].



1-Vessie ; 2-Prostate ; 3-Fascia prostatique ; 4-Muscle sphincter de l'urètre ; 5-Glande bulbo-urétrale ; 6-Bulbe spongieux ; 7-Fascia vésical ; 8-Fascia ombilico-prévésical ; 9-Colliculus séminal ; 10-Fascia inférieure du diaphragme uro-génital ; 11-Urètre membranacé ; 12-Urètre spongieux.

**Figure 9 : Prostate et glande bulbo-urétrale (coupe frontale, vue antérieure)**

### I.2.2. Conditions d'une fertilité normale

La fertilité naturelle exige pour sa mise en œuvre 3 facteurs [11] :

- ✓ des organes sains ;
- ✓ des gamètes sains ;
- ✓ des conditions psychiques favorables. Chacun de ces trois facteurs est essentiel, aucun n'est suffisant.

#### ➤ Pour la femme :

Les conditions suivantes sont importantes pour une bonne fertilité chez la femme :

- ✓ être en âge de procréer ; la meilleure période se situe entre 20 et 35 ans, car avant 20 ans le cycle est souvent irrégulier et après 35 ans les chances diminuent considérablement [9] ;
- ✓ avoir des ovaires qui secrètent de bons ovocytes ;

- ✓ des trompes perméables ;
- ✓ un utérus réceptif à la nidation ;
- ✓ une glaire cervicale normale.

➤ **Pour l'homme :**

- ✓ L'âge n'a pas trop d'influence comme chez la femme ; mais il est noté qu'après 50 ans, il y a un risque d'altération des spermatozoïdes, et qu'après 60 ans, il y a un risque d'anomalie chromosomique ;
- ✓ il doit avoir un appareil génital intact afin de produire du sperme en quantité suffisante ayant des spermatozoïdes de bonne qualité et en quantité suffisante [9].

➤ **Pour le couple :**

Il doit vivre ensemble pendant au moins un an ; faire des rapports sexuels réguliers sans contraception.

### **I.2.3. La place de l'enfant dans le couple en Afrique**

L'obtention d'un enfant est le but principal du mariage en Afrique. Les raisons de son désir sont diverses, qu'on peut regrouper en trois catégories selon Laurence Charton et Joseph J. Lévy [12] ; il s'agit:

- du désir de sécurité sociale où les enfants sont considérés comme essentiels pour assurer la survie de la famille à travers le soutien financier et domestique (travail et aide aux parents âgés) ;
- du désir de prestige et de pouvoir social où les enfants sont considérés comme une ressource essentielle à cette fin, tant pour les hommes que pour les femmes qui ne peuvent atteindre leur plein statut social que par l'accomplissement d'un projet de procréation ;
- du désir de perpétuité sociale associé aux besoins d'assurer la continuité des groupes sociaux et familiaux et de transmettre les mémoires sociales ou les identités ethnoculturelles, nationales et religieuses, en particulier lorsque celles-ci sont perçues comme menacées.

## **II. ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'INFERTILITÉ**

### **II.1. ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE**

#### **II.1.1. Dans le monde**

L'infertilité touche 80 millions de personnes dans le monde, un couple sur dix est confronté à une infertilité primaire ou secondaire [2].

En France, la prévalence de l'infertilité est estimée à 15 %, ce qui signifie qu'un couple sur six consulte au moins une fois dans sa vie pour une difficulté à procréer et que 2 % à 4 % des couples restent sans enfant sans le désirer [2].

Au Canada, selon les études réalisées en 2011, 8,5 % des couples sont infertiles [13].

En Amérique du Nord, la proportion de couples infertiles varie entre 12 et 20 % [14].

En Italie en 1998, la prévalence variait entre 10 % et 15 %. Cette prévalence de l'infertilité est vraisemblablement sous-estimée, car un grand nombre de patients avec de nombreux problèmes de fertilité ne consultent pas pour des raisons éthiques, personnelles ou religieuses [15].

#### **II.1.2. En Afrique**

L'infertilité est un problème de santé publique. En Afrique, 20 % à 30 % des ménages en sont touchés [16]. Les pourcentages varient d'un pays à l'autre.

Au Congo, d'après l'institut médical chrétien du Kasai 11 % des ménages en sont confrontés [17].

En Afrique du Sud, on l'estime entre 15 à 20 % [18], au Cameroun entre 20 à 30 % [15,16].

#### **II.1.3. Au Sénégal**

Il n'y a pas encore de données nationales sur l'ampleur de l'infertilité au Sénégal. L'enquête démographique et de santé (l'EDS-Continue), faite en 2016, affirme que 4 % des femmes âgées entre 35 et 49 ans sont infertiles [4].



## II.2. ÉPIDÉMIOLOGIE ANALYTIQUE

### II.2.1. Facteurs de risque chez la femme

Les facteurs de risque chez la femme sont :

✓ Âge maternel

La fertilité féminine passe par un maximum entre 20 et 30 ans, puis devient presque nulle à 45 ans. On constate que les femmes repoussent de plus en plus le projet d'enfant pour faire de longue carrière professionnelle et cela ne peut se faire sans conséquence [9].

✓ Obésité (un IMC > 30)

Elle divise les chances de grossesse par 2 en comparaison avec des patientes à IMC normal. Par ailleurs, notons que la maigreur (IMC < 18) est un facteur de stress résultant en une infertilité par trouble de la maturation folliculaire et de l'ovulation [9]. L'obésité entraîne une perturbation du cycle menstruel, un allongement du délai de conception [2]. Le risque d'avortement spontané est 3 fois plus élevé chez le sujet obèse [19, 20]. Une étude réalisée en Tunisie sur 40 femmes obèses témoigne que 20 % de ces femmes ont eu des antécédents d'avortement spontané [21].

✓ Tabac

Il entraîne une diminution de la fertilité en donnant des altérations ovariennes qui se répercutent sur la qualité des ovocytes avec comme résultats des fausses couches spontanées. La ménopause survient deux fois plus précocement chez la fumeuse [9].

### II.2.2. Facteurs de risque masculins

Il est noté que 20 % des infertilités sont d'origine masculine.

Les facteurs de risques observés chez l'homme sont :

✓ Âge

Il intervient de façon moins importante que chez la femme. L'altération des spermatozoïdes commence à s'observer en général à partir de 50 ans, avec

un risque accru d'anomalies chromosomiques au-delà de 60 ans. La loi de la sélection naturelle aimerait que ça soit des spermatozoïdes de bonne qualité qui vont féconder l'ovocyte [9]. L'âge diminue le taux de testostérone biodisponible, la spermatogenèse, la vascularisation testiculaire, augmente la fibrose tissulaire [22].

✓ Tabac

Il entraîne une diminution de la qualité du sperme chez les fumeurs [9].

✓ Consommation d'alcool

Elle réduit la quantité de spermatozoïdes et augmente la quantité de spermatozoïdes anormaux [9].

✓ Stress oxydant

C'est une agression des cellules par des radicaux libres a été impliqué dans les facteurs étiologiques de l'infertilité masculine, en particulier d'origine idiopathique. Ces radicaux libres agressent les spermatozoïdes et entraînent une altération de leur ADN nucléaire, une réduction de leur mobilité et une atteinte de l'intégrité de leur membrane [9].

✓ Ondes WiFi du portable

Elles réduiraient la mobilité des spermatozoïdes, mais aussi le fait de travailler avec un ordinateur portable sur les genoux ou mettre les téléphones mobiles à proximité des organes sexuels pourrait diminuer la fertilité masculine [9].

### **II.2.3. Facteurs de risque liés au couple**

La fréquence faible des rapports sexuels ; l'exposition à des facteurs chimiques, physiques ; la consommation de cannabis; sont entre autres des facteurs qui influencent la fertilité du couple [9].

Une étude réalisée par une équipe anglaise sur l'influence du mode de vie sur la fertilité, montre qu'il y a un effet cumulé pour la consommation de tabac (plus de 15 cigarettes par jour), de l'alcool (plus de 20 unités par semaine), de thé et de

café (plus de 6 tasses par jour) ainsi qu'un surpoids avec un IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>. Une présence d'au moins 4 facteurs négatifs diminue considérablement la fertilité [23].

### **III. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE**

#### **III.1. L'INTERROGATOIRE [24]**

Il nous permettra de préciser l'âge de chaque partenaire, les antécédents de paternité ou de grossesse débutée dans le couple actuel ou avec des partenaires différents.

Chez l'homme, on recherchera une notion d'exposition à des facteurs pouvant altérer la spermatogenèse. Tels que les facteurs chimiques (plomb, mercure, herbicides, pesticides) ; les facteurs physiques (radiations ionisantes, le travail dans les milieux surchauffés, les habitudes de vie telles que les bains chauds prolongés, le port de vêtements moulants) ; les antécédents chirurgicaux (cure de cryptorchidie dans l'enfance, cure de varicocèle, cure de hernie inguinale dans l'enfance en raison du risque de lésion du déférent) ; les antécédents médicaux (IST, épididymite, prostatite, radio ou chimiothérapie, troubles de l'érection ou de l'éjaculation). On doit également rechercher un diabète.

Chez la femme on précisera les antécédents gynéco-obstétricaux (âge de la puberté, la durée et la régularité des cycles, l'utilisation d'une contraception, les antécédents de salpingite), antécédents médicaux de tuberculose uro-génitale, d'IST, d'infection génitale haute, de chirurgie pelvienne, de notion d'avortement et celle de traitement par curetage.

#### **III.2. EXAMEN PHYSIQUE [9,24]**

##### **➤ Chez la femme**

L'examen gynécologique, au niveau des seins on recherchera une galactorrhée pouvant révéler une hyperprolactinémie ; l'examen de la vulve doit rechercher une pilosité trop importante évoquant un dérèglement hormonal, une malformation vaginale ; la pause du spéculum en période pré ovulatoire permet d'apprécier la qualité et la quantité de la glaire, mais aussi l'aspect du col. On fera

également un toucher vaginal. On précisera le poids, l'existence ou non de trouble de la répartition des graisses. On fera également l'examen de la thyroïde.

#### ➤ **Chez l'homme**

L'examen permet de suspecter un certain nombre d'étiologies et d'orienter au mieux le bilan paraclinique. Il doit être fait dès la première consultation pour infertilité. Il comprend un examen général qui précisera la taille, la pilosité, une gynécomastie et une attention plus particulière sur les organes génitaux (verge, testicules, épидидyme, cordons spermatiques) ; on mesurera la taille des testicules pour apprécier une possible hypotrophie à l'aide d'un orchidomètre de Prader. La palpation des canaux déférents pour vérifier leur présence. Le diagnostic d'agénésie bilatérale des déférents se fait souvent sur le simple examen clinique. La palpation des épидидymes à la recherche d'une dilatation laissant présager un obstacle en aval. L'examen scrotal recherchera une varicocèle.

### **III.3. EXAMENS PARACLINIQUES**

#### **III.3.1. Examen de première intention**

##### ➤ **Chez la femme**

Les examens de première intention chez la femme sont :

✓ La courbe ménothermique

C'est un examen simple effectué sur au minimum 2 cycles. Elle nous renseigne sur le jour de l'ovulation et la durée du corps jaune [9].

✓ Le monitoring de l'ovulation

C'est un examen écho-biologique. Il permet de suivre à l'échographie l'évolution d'un follicule dominant et il sera corrélé aux dosages de l'œstradiol et de la LH [9].

✓ L'hystérosalpingographie

Elle étudie la cavité utérine, la perméabilité des trompes et le brassage du produit de contraste qui doit se faire en péritonéal libre. C'est un examen réalisé dans la première partie du cycle après les règles et en dehors d'une infection [9].

✓ Le Tests post-coïtal de Hunher

Il évalue le comportement des spermatozoïdes dans la glaire cervicale, permet de faire une étude quantitative et qualitative de la glaire et des spermatozoïdes [25].

➤ **Chez l'homme**

Les explorations de première intention chez l'homme sont classées comme suite :

✓ Le spermogramme

Il est l'examen de première intention chez l'homme. Il présente des limites, car 30 % des hommes ayant des paramètres spermatiques normaux au spermogramme ont des spermatozoïdes déficients donc cela nécessite d'autres investigations [26].

✓ Le spermoculture recherche de germes banals ou spécifiques [9].

### **III.3.2. Examen de deuxième intention**

Elles sont déroulées selon les résultats obtenus dans l'examen de première intention.

➤ **Chez la femme**

On demandera :

✓ Les dosages hormonaux ; on dosera le E2, FSH, LH, Prolactine, TSH entre le 2<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> jour du cycle. La progestéronémie sera dosée à la 2<sup>e</sup> phase du cycle. Il permet d'objectiver une dysovulation[9].

✓ L'échographie pelvienne ; elle recherchera une pathologie des organes du pelvis [24].

✓ La coéloscopie ; elle est l'examen endoscopique du pelvis. Elle permet de visualiser les anomalies détectées ou non par l'hystérosalpingographie [9].

✓ L'hystérocopie ; elle est l'examen endoscopique de la cavité pelvienne et permet de visualiser les anomalies de la muqueuse utérine [9].

- ✓ Le caryotype ; il est fait devant des manifestations d'insuffisance ovarienne précoce ou d'une infertilité idiopathique ou devant des anomalies du morphotype qui attire l'attention du médecin traitant [9].

#### ➤ **Chez l'homme**

Il faudra réaliser :

- ✓ Les dosages hormonaux

Il s'agira de la FSH, la LH et de la testostérone. Ce dosage permettra de préciser l'origine centrale ou périphérique d'une altération sévère du spermogramme [9].

- ✓ Le caryotype

Il est indiqué devant une altération importante du spermogramme ou en cas d'infertilité idiopathique ou devant des anomalies du morphotype.

- ✓ Le test de fragmentation de l'ADN spermatique

C'est un test de plus en plus utilisé. Il mesure le taux de fragmentation de l'ADN spermatique qui montre souvent un taux de fragmentation plus élevé chez les sujets infertiles par rapport aux sujets fertiles [27].

### **III.3.3. Examen de troisième intension**

La radiographie et IRM de la selle turcique [9], les tests immunologiques (Ac anticardiolipide, Ac anti-phospholipide, recherche d'anticoagulant circulant) [24] sont entre autres les bilans demandés selon l'orientation étiologique

## **III.4. ÉTIOLOGIES**

### **III.4.1. Étiologies organiques**

#### **III.4.1.1. Chez la femme**

On les classe en anomalies de l'ovulation, pathologies des trompes, anomalies utérines, anomalies cervicales et de la glaire [28].

#### ➤ **Anomalies de l'ovulation** [29]

Il s'agit des anovulations et des dysovulations qui peuvent être secondaires :

- à un syndrome des ovaires polymicrokystiques ;
- à une hyperprolactinémie ;
- une insuffisance ovarienne primitive avec FSH élevée et estradiol bas ;

- un déficit gonadotrope avec FSH et LH basses ;
- une dysthyroïdie ;
- une hyper androgénie surrénalienne.

#### ➤ **Pathologie des trompes**

Il constitue la première cause d'infertilité en Afrique. Il s'agit souvent des infections sexuellement transmissibles, les infections post-abortum et post-partum, endométrioses. Ces infections sont responsables d'obstruction des trompes ou des adhérences pelviennes [9].

#### ➤ **Anomalies utérines**

On peut citer, les fibromes, les synéchies, l'adénomyose, les endométrioses, les malformations [9].

#### ➤ **Anomalies cervicales et de la glaire: [9]**

Les anomalies cervicales et de la glaire sont entre autres :

- une insuffisance de la glaire qui peut être quantitative ou qualitative ;
- des malformations du col ;
- des cervicites.

### **III.4.1.2. Chez l'homme**

Les causes qu'on peut retrouver chez l'homme sont :

- ✓ L'insuffisance testiculaire primaire hyper ou normogonadotrope. On peut citer dans ce groupe : [9]
  - la varicocèle : c'est la cause la plus fréquente. Selon une étude réalisée à l'hôpital de Fann à Dakar(Sénégal) sur 492 hommes infertiles, les 64,6 % étaient porteurs de varicocèle [30] ;
  - la torsion du cordon spermatique ;
  - l'orchite ;
  - les anomalies chromosomiques (syndrome de Klinefelter, mosaïque, etc.) ;
  - le syndrome polymalformatif ;
  - la cryptorchidie ;

- les tumeurs testiculaires ;
  - les causes iatrogènes (chirurgicales, pharmacologie, radiothérapie) ;
  - l'exposition professionnelle et environnementale (herbicides, insecticide, radiation ionisante, chaleur) ;
  - la consommation excessive d'alcool, de drogue ou de tabac ;
  - Les facteurs environnementaux comme l'obésité sont responsables d'hypogonadisme central et périphérique [31].
- ✓ L'hypogonadisme hypogonadotrope dans lequel on a :
- déficit congénital en GnRH ;
  - syndrome polymalformatif ;
  - maladies générales chroniques ;
  - tumeurs, infections ou traumatisme du système nerveux central ;
  - causes iatrogènes telles que la chirurgie, certains médicaments, la radiothérapie.
- ✓ Les anomalies des spermatozoïdes telles que :
- anomalies spécifiques de la tête spermatique telle que la globozoospermie, la microcéphalie ;
  - anomalies structurales du flagelle tel que le syndrome des cils immobiles.
- ✓ Les causes obstructives que sont :
- les anomalies congénitales de la voie séminale ;
  - l'infection de l'appareil génital (épididymite, déférentite, vésiculite, prostatite, urétrite) ;
  - tumeurs de l'épididyme ;
  - causes iatrogènes chirurgicales.
- ✓ Les pathologies prostatato-vésiculaires comme :
- les infections ;
  - les malformations congénitales ;
  - les tumeurs.



- ✓ L'auto-immunisation ; il s'agit de production d'anticorps anti spermatozoïdes.
- ✓ Les microdélétions du chromosome Y et les mutations du gène CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) [32].

### **III.4.2. Causes psycho-somatiques**

Le développement de la science sur la prise en charge de l'infertilité fait que le praticien a tendance à oublier l'aspect psychopathologique de celle-ci. Pourtant toutes les infertilités ne nécessitent pas forcément un traitement par assistance médicale. Et d'autres types d'infertilité ne se résolvent pas par la survenue d'enfant [33]. La compréhension du mécanisme de survenue de l'infertilité est capitale pour le suivi correct des couples. Beaucoup d'auteurs ont travaillé sur la psychopathologie de l'infertilité expliquant ainsi les infertilités psychogènes. Ces explications portent sur le développement psychoaffectif de l'individu, depuis son enfance jusqu'à l'âge adulte en passant par ses traits de caractère.

#### **III.4.2.1. Le stress**

Le stress en est un exemple. En effet les études ont montré que le stress aurait les effets suivants [9] :

- ✓ **Chez la femme**, le stress entraînerait des troubles du cycle allant jusqu'à entraîner une anovulation avec aménorrhée.
- ✓ **Chez l'homme**, le stress aurait pour conséquence, des altérations de l'ADN nucléaire des spermatozoïdes, une réduction de leur mobilité et une atteinte de l'intégrité de leur membrane.

#### **III.4.2.2. Traumatisme psychologique**

Certaines femmes ayant vécu des antécédents traumatiques comme une perte de grossesse que ce soit par fausse couche, une MFIU, une GEU ; ou autres pathologies obstétricales, inhiberaient leur fécondité ultérieure dans l'optique de se protéger d'une catastrophe potentielle que provoquerait une autre grossesse [11].

### **III.4.2.3. Fixation névrotique**

L'infertilité par fixation névrotique est une approche psychopathologique qui serait secondaire à un arrêt du développement psychoaffectif et/ou psychosexuel de la fille au moment de l'Œdipe ou bien autour du lien d'identification à sa propre mère [11]. Des explications sur cette théorie psychologique ont été apportées par Sylvie Faure-Pragier [11] à travers ses cinq conceptions que sont : le fantasme incestueux, le désir d'enfant comme envie de pénis, l'enfant impossible, la victoire sur sa propre destructivité et la maternité impossible que nous allons développer ci-dessous.

#### **➤ Le fantasme incestueux**

La stérilité résulte de la non-résolution du complexe d'Œdipe. Il s'agit d'une fixation œdipienne avec refoulement d'un désir de l'enfant du père. Sylvie Faure-Pragier [11] juge qu'il y a un défaut d'autonomisation de la fille vis-à-vis de la mère et un affaiblissement de l'image du père. Ainsi la fille devenue adulte souffre de trouble identificatoire avec une mère envahissante qui semble contrôler sa fécondité. La structuration du complexe d'Œdipe a échoué.

#### ➤ **Le désir d'enfant comme envie de pénis**

Il part des théories freudiennes sur la féminité. L'identification au père prend ici le dessus sur la féminité. Il se forme une personnalité phallique, autoritaire chez la fille.

#### ➤ **L'enfant impossible**

Il explique les stérilités qui surviennent après les deuils et traumatismes. Sylvie Faure-Pragier [11] montre que la stérilité résulte d'un « refus pour le corps à faire naître un enfant... ». Ce refus trouve son explication dans un deuil non accompli, un enfant anormal ou mort, une fausse couche volontairement provoquée. Un sentiment de culpabilité s'empare de ces mères qui se considèrent comme « destructrices » ou incapables d'être « suffisamment bonnes ».

#### ➤ **Victoire sur sa propre destructivité**

Ce sont les cas de grossesse observée après adoption. Sylvie Faure-Pragier [11] nous montre que l'adoption pourrait permettre à une femme de trouver ses qualités de « bonne mère » et favoriser ainsi la survenue de la grossesse.

#### ➤ **La maternité impossible**

Elle définit la relation archaïque à la mère. La stérilité trouve son origine dans un conflit psychique mère-fille. On a ici une mère très envahissante faisant que la fille trouve une agressivité refoulée vis-à-vis de sa mère.

### **III.4.2.4. Explications socio-culturelles de l'infertilité**

L'infertilité est un problème de santé publique. C'est une situation préoccupante pour les couples qui en souffrent ainsi que pour leurs familles. Les familles concernées se posent des questions en vue de trouver des explications à ce problème. En occident comme en Afrique, les personnes infertiles sont souvent stigmatisées et marginalisées. Les femmes vivent plus ces situations de persécution, elles sont considérées comme porteuses d'une déficience ; car pendant longtemps l'infertilité était considérée comme causée par la femme.

En Afrique, l'infertilité représenterait un malheur attribué soit au mauvais sort jeté par les co-épouses ou les beaux-parents, soit à la possession de la femme par des génies maléfiques qu'on doit chasser par exorcisme [34].

### **III.4.3. L'infertilité inexplicée**

Ici, il s'agit des infertilités où aucune cause n'est retrouvée. Elles représenteraient 20 % des d'infertilités [28].

## **IV. MANIFESTATIONS PSYCHOLOGIQUES DE L'INFERTILITÉ**

L'obtention d'un enfant est le but principal du mariage. Il donne un certain confort et stabilité au couple. Son absence a beaucoup de répercussions sur la vie du couple. Le couple infertile se voit avoir une dette envers la société qui ne manque de le mettre sous pression. La femme est souvent marginalisée et stigmatisée[35]. Le couple doit affronter son échec avec la famille, avec leurs amies, dans leur milieu professionnel, mais aussi au sein de leur propre sphère intime et conjugale [35].

Le couple vit un drame social souvent difficile à surmonter et l'infertilité constitue de ce fait la première cause de mésentente conjugale et de divorce en Afrique [36].

Les personnes qui vivent l'infertilité dans le couple se sentent toujours maintenues dans l'enfance étant donné qu'elles n'ont pas toujours vécu le secret de la conception [37].

### **IV.1. VÉCU DE L'ANNONCE**

L'annonce d'une infertilité représente une crise dans la trajectoire de vie des couples. En effet, le sens de l'existence du couple est remis en question [1].

Selon Sylvie Bourdet Loubère et Gérard Pirlot [38], l'annonce d'une infertilité entraîne bien souvent des réactions proches de celle d'un deuil ou de l'annonce d'une maladie grave. Les couples se sentent incrédules parfois même déniaient leur

situation, ils ressentent un sentiment de jalousie, d'injustice, de culpabilité, de perte de l'estime de soi ; ils recherchent en vain une cause [38].

Au moment de l'annonce, les couples ressentent une colère, une impuissance ou de la frustration [1].

Selon Epelboin repris par Sylvie Bourdet Loubère et Gérard Pirlot[38], l'annonce de l'infertilité représente une véritable violence et s'accompagne souvent d'un vécu de dévalorisation.

Les femmes et les hommes ne ressentent pas la même chose au moment de l'annonce, car les femmes ont un sentiment d'urgence étant donné que leur période de reproduction est plus courte [38].

L'infertilité masculine est encore difficilement acceptée, ce qui fait lorsque son diagnostic est posé, il y'a une disqualification et une dévalorisation du sperme. Le pouvoir de donner ou de prendre plaisir du pénis est affecté. Cette annonce entraîne une altération de l'état psychologique de l'homme avec comme conséquence un déni et une incrédulité tenace. Il se voit atteint dans sa virilité et dans son assurance narcissique. Il réalise que son rêve de transmettre un matériel génétique, une culture familiale, un nom est peut-être en train de s'envoler [38].

## **IV.2. MANIFESTATIONS AIGUËS**

La déception de ne pas vivre l'état de grossesse est vécue comme une blessure chez les femmes, car elles ne pourront plus vivre l'état de fusion mère-enfant expérimenté pendant leur enfance [38].

À côté de la déception et l'angoisse, la pression sociale, familiale s'y ajoute à cause des naissances dans l'entourage [38].

Les femmes disent se sentir abandonnées par leur conjoint qui sont souvent silencieux et elles expriment leur déception, leur frustration et leur colère vis-à-vis de cette solitude [38].

La causerie du couple est rabattue à une plainte obsédante du « besoin d'enfant ». Le couple se demande souvent : pourquoi cette situation et pourquoi c'est à eux

que cela arrive. Cet écho bute sur l'idée de perte de sens; pas seulement langagier, mais aussi du « sens du sensible et du sens projectif » [39].

Les hommes peuvent se sentir sous pression, abattus, désespérés [1]. Ils ont une culpabilité, car la femme assume tous les traitements et ils sont atteints dans leur virilité; la femme dans sa féminité [5].

### **IV.3. MANIFESTATIONS CHRONIQUES**

L'infertilité crée des problèmes dans la vie du couple sur plusieurs plans. Elle altère à la longue, la sexualité du couple [40]. En effet, sur une étude faite au Sénégal sur le vécu psychologique de l'infertilité, les couples rapportent une baisse de la libido et pour les rares fois où ils ont des rapports sexuels, ils le font juste pour remplir leur devoir conjugal [41].

Plus de 40 % des femmes présentent des troubles psychiatriques de types anxieux ou dépressifs. Elles peuvent à la longue renoncer au traitement de l'infertilité [1]. Il arrive que les patients développent des troubles bipolaires, des délires, des désirs pervers ou encore une dépression sévère dans le contexte d'une infertilité du couple [5]. Ils ressentent en permanence une honte externe et interne [42].

La douleur d'incomplétude, d'être différent aux autres femmes enfonce l'estime de soi de la femme et elles pensent souffrir plus que leurs conjoints. Chaque membre du couple se dit ne pas être compris par l'autre [38].

### **IV.4. MÉCANISMES D'AUTODÉFENSE**

Les mécanismes d'autodéfense sont des réactions mentales involontaires et inconscientes qu'adapte un individu pour faire face à des tensions internes ou externes en vue de les atténuer.

L'affiliation, l'altruisme, la sublimation et la répression sont au cœur des mécanismes d'autodéfense de la femme [38].

L'homme se penche surtout sur l'isolation, la rationalisation, l'intellectualisation ou encore la répression. On peut observer un déni au sein du couple [38].

Les mécanismes d'autodéfense sont divers et variés. On peut citer :

- **L'affiliation** est un mécanisme de défense où la personne concernée demande de l'aide à l'autrui [43]. Le sujet se tourne vers les autres pour rechercher de l'aide et du soutien en extériorisant ses problèmes. Exemple : *« quand j'ai mal, j'appelle une amie et je me confie à lui »*.
- **La sublimation** est un mécanisme de défense qui canalise des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables. Elle permet de transformer le déplaisir lié à l'impossibilité de décharger la pulsion en plaisir contribuant ainsi de lutter contre une éventuelle dépression. Exemple : *« je fais du sport pour canaliser ma colère »* [44].
- **La répression** est définie selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV) comme un mécanisme de défense en réponse aux conflits et aux stress *« en évitant délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles »* [44]. On peut dire que c'est un oubli réversible et fonctionnel. L'individu reconnaît sa situation stressante, mais remet à plus tard la gestion de la situation jusqu'au moment où il se sent prêt à l'affronter. Il tient souvent ce discours : *« Que pouvais-je faire d'autre ? Je ne pouvais qu'accepter la mauvaise nouvelle et continuer »* ou bien *« Bien sûr que j'étais bouleversé, mais je savais qu'en attendant, ça s'arrangerait »*.
- **L'altruisme** est une réponse aux conflits et aux stress, internes ou externes par le dévouement aux besoins des autres [44]. Le sujet se dévoue aux besoins des autres comme moyen de satisfaire ses propres besoins. Les bénédictions ou la reconnaissance qu'il reçoit en retour lui apportent du bien. Exemple : *« ça m'a fait du bien d'aider quelqu'un qui se trouvait dans la position que j'avais moi-même trouvée si difficile »*.
- **L'isolation** ou **l'isolement** sépare « les idées des sentiments qui leur étaient initialement associés. Le sujet perd ainsi le contact avec les sentiments associés à une idée donnée (ex. : un événement traumatique) alors qu'il

reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent (ex. : des détails descriptifs) » (DSM-IV) [44]. Ici, le sujet se replie sur lui-même. Exemple : « *quand j'ai mal, je m'isole et je prie le Bon Dieu* ».

- **L'intellectualisation** est une réponse aux conflits et aux stress « en s'adonnant à un usage excessif de la pensée abstraite ou de généralisation pour contrôler ou minimiser des sentiments perturbants » (DSM-IV) [44]. Le sujet remplace ses conflits pénibles par un monde des idées et du raisonnement logique. Exemple : « ça arrive à tout le monde ».
- **Le déni** est une réponse aux conflits et aux stress « en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres » (DSM-IV) [44]. Le sujet fait une exclusion active et inconsciente de certaines informations hors de l'attention focale. Exemple : « *dites-moi que ce n'est pas vrai* ».
- **La rationalisation** dissimule « les motivations réelles de ses propres pensées, actions, sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes, mais erronées » (DSM-IV) [44]. La rationalisation est une justification tendancieuse recourant à la logique ou à la morale permettant au sujet de se cacher ses véritables motivations qui ne sont pas perçues par la conscience. Exemple : « je pense juste que c'est un mauvais rêve et que je vais bientôt me réveiller ».

À la longue, le couple peut renoncer au projet d'enfant [1].

#### **IV.5. LE PARCOURS DE SOLUTIONS**

L'une des solutions adaptées pour les couples est de concentrer leur sexualité sur les jours de l'ovulation, ils réadaptent leur sexualité en fonction de ces jours [45]. Si cela ne marche pas, ils font parfois recours à l'Assistance médicale à la procréation (AMP) [1]. Notons que c'est une méthode qui a longtemps posé des problèmes pour sa réalisation. Des problèmes sur le plan religieux et éthique [46].



L'AMP est peu accessible dans nos pays en voie de développement justifiant la migration d'un pays à un autre, ou d'un continent à un autre pour sa réalisation [47].

En Afrique, avec la forte connotation mystique, les couples ont souvent recours aux tradithérapeutes. En effet, certains couples pensent qu'on leur a jeté un sort ou ils sont possédés par des génies maléfiques que seul le tradithérapeute est capable d'enlever [34].

C'est ce qui explique certaines pratiques comme les prières, les rituels, les soins préventifs. Par exemple chez les *Joola*, les femmes victimes de fausses couches sollicitent l'intervention des prêtres (ou prêtresses) auprès des esprits (*boekin*) en offrant du vin de palme. [34]

Elles sont parfois obligées pour la pratique de ces rituels, de quitter leur famille pour se rendre dans d'autres quartiers ou villages voisins. Ces rituels sont dénommés « kanaalen » servent à conjurer le mal en rebaptisant ces femmes avec des prénoms symboliques tels : kaloti (vagin), efont (pénis), wunoor (qui ne retient pas le sperme), jundo (qui captive le pénis), etc. Pendant ces rituels, leur personnalité, leur dignité seront bafouées, et cela durant toute la durée du processus qui peut aller jusqu'à des années. Chez les *Wolofs* la stérilité (qui renvoie à une infirmité grave) nie la féminité, rompt le cycle de la vie et expose celle qui en souffre à des railleries dans le voisinage [34].

## **V. PRISE EN CHARGE**

### **V.1. BUTS**

Les buts du traitement de l'infertilité sont de :

- Améliorer les fonctions de reproduction afin de mettre au monde un enfant vivant en bonne santé
- Améliorer la qualité de vie du couple et son insertion sociale.

## V.2. MOYENS

### V.2.1. Moyens curatifs

#### V.2.1.1. Mesures hygiéno-diététiques [48]

Ces mesures consistent à :

- Faire des rapports sexuels réguliers avec un rapport tous les deux jours ;
- Avoir un régime alimentaire équilibré et avec une supplémentation vitaminique avant la conception ;
- Éviter l'exposition aux pesticides et polluants organochlorés ;
- Éviter le port de pantalon serré pour les hommes ;
- Éviter l'excès de thé, de café ;
- Éviter l'exercice physique intense, répété et régulier.

#### V.2.1.2. Médicaux et chirurgicaux [9]

##### ❖ Médicaux

- ✓ On a les inducteurs de l'ovulation ; ils agissent au niveau des ovaires, de l'hypophyse et au niveau de l'hypothalamus.

Ceux qui agissent au niveau de l'ovaire sont les gonadotrophines.

Au niveau de l'hypophyse, on a le tamoxifène et le citrate de clomifène. Et au niveau de l'hypothalamus, on a la pompe LHRH.

- ✓ Les antibiotiques comme les quinolones, les tétracyclines, le métronidazole, l'azithromycine, la ceftriaxone, les antituberculeux, les antibilharciens, sont entre autres ceux qui peuvent être utilisés ;
- ✓ Eau bicarbonatée, eau gazeuse ;
- ✓ Les progestatifs, les œstroprogestatifs, les analogues de la LHRH ;

##### ❖ Chirurgicaux

- ✓ Voies d'abord :

Elles peuvent être par laparotomie, cœlioscopie ou hystérocopie.

- ✓ Gestes :

Il s'agit de :

- Cure de varicocèle ;

- Détorsion d'une torsion du cordon spermatique ;
- Ablation de tumeur testiculaire ;
- Abaissement de testicule dans la cryptorchidie ;
- Désobstruction des trompes ;
- Myomectomie ;
- Kystectomie.

### V.2.1.3. La psychothérapie

La prise en charge du couple infertile ne se limite pas au diagnostic des causes et aux aspects techniques des traitements par l'Assistance médicale à la procréation. Les abandons de traitement sont une cause majeure d'absence de grossesse. Ainsi la prise en charge des aspects émotionnels et l'identification des couples à risque de détresse psychologique sont donc essentielles [1].

La prise en charge psychologique peut s'effectuer à plusieurs niveaux et être dispensée par plusieurs corps professionnels. Il s'agit d'évaluer et d'offrir un espace d'écoute et de soutien aux deux membres du couple et de manière individuelle en fonction de leurs besoins.

**Le premier niveau d'intervention** est assuré par l'équipe des gynécologues et des infirmières spécialisées, en première ligne. Ils auront pour mission de donner des informations sur les causes possibles d'infertilité et sur les traitements existants, soit de manière individuelle, soit en couple. Ces informations, dites psycho-éducatives, auront pour but de réduire l'angoisse et les attitudes négatives quant aux traitements proposés. À ce niveau d'intervention, l'identification des couples à risque émotionnel par l'équipe gynécologique, à l'aide d'outils spécifiques, est également un enjeu important.

**Le deuxième niveau de prise en charge** consistera à aborder le désir d'enfant et le vécu de l'infertilité au sein du couple et individuellement. À ce stade, il s'agit alors d'une démarche préventive qui permet de créer une alliance pouvant faciliter une reprise de contact et la mise en place d'un suivi psychologique, voire psychothérapeutique ultérieurement si le besoin en est.

**En troisième niveau**, certains couples nécessitent une prise en charge de type psychothérapeutique en lien avec une détresse psychologique ou en présence de comorbidités psychiatriques.

De manière générale, il est fondamental que l'équipe médicale puisse reconnaître et valider la souffrance psychologique des couples venant consulter et les orienter vers un spécialiste (psychiatre, psychologue et psychothérapeute), travaillant en collaboration étroite avec l'équipe de gynécologie [1].

#### **V.2.1.4. Autres méthodes**

On peut avoir recours à

- ✓ L'insufflation utéro-tubaires,
- ✓ L'hydrotubations,
- ✓ L'AMP (Assistance médicale à la procréation) qui comporte plusieurs procédures et méthodes telles que :
  - Fécondation *in vitro* (FIV) ;
  - Dons d'ovocytes ;
  - Induction d'ovulation ;
  - Insémination artificielle ;
  - Gamete intra fallopian transfert (GIFT) ;
  - Zygote Intra-FallopiaTransfert (ZIFT) ;
  - Tubal Embryo Transfert (TET) ;
  - Peritoneal Ovocyte and Spermatozoa Transfer (POST) ;
  - Culture intra-vaginale et transfert d'embryon (CIVETE) ;
  - Mères porteuses.

### **V.3. INDICATIONS**

#### **➤ Chez la femme**

- Les obstructions tubaires, l'hydrosalpinx, le syndrome des ovaires poly kystiques, les adhérences des annexes pelviennes, les kystes organiques de l'ovaire, les fibromes utérins, la synéchie utérine, les polypes utérins et les malformations utérines seront traités par la

chirurgie. Les endométrioses, selon leur stade d'évolution, seront traitées chirurgicalement ou médicalement.

- Les anovulations ou les dysovulations seront traitées par les inducteurs de l'ovulation.
- Les infections tubaires aiguës sont traitées par une antibiothérapie ;
- Le traitement des insuffisances de la glaire passe par l'alcalinisation de la glaire cervicale par du bicarbonate ou par de l'eau gazeuse.
- Le traitement de l'infertilité cervicale pure et de l'infertilité inexplicée se fera par l'insémination artificielle.

➤ **Chez l'homme**

- Les azoospermies obstructives, la varicocèle, la torsion du cordon spermatique, la cryptorchidie et les tumeurs testiculaires seront traités par la chirurgie.
- L'oligo-asthénotérazoospermie, l'éjaculation rétrograde et l'infertilité inexplicée seront traités par l'insémination artificielle.

Les couples à risque émotionnel ou qui subissent une détresse psychologique doivent bénéficier d'un traitement psychologique. Toutes fois tous les couples doivent bénéficier d'un accompagnement psychologique.

#### **V.4. LA PRÉVENTION**

Il s'agit essentiellement de l'infertilité acquise. Il passe par le traitement correct des infections uro-génitales, la prise en charge correcte des avortements, la prévention des maladies sexuellement transmissibles [9].

La prévention passe aussi par la lutte contre les facteurs d'hypofertilité tels que l'obésité, le tabac, le cannabis, le port de pantalon serrés chez l'homme, la pollution aux produits organochlorés, l'exposition aux pesticides [48].

# **DEUXIÈME PARTIE :**

## **NOTRE ÉTUDE**

# **I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

## **I.1. OBJECTIF PRINCIPAL**

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le vécu psychologique de l'infertilité des femmes suivies au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier national Dalal Jamm (CHNDJ) de Dakar.

## **I.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES**

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Identifier le profil socio-démographique des femmes suivies pour infertilité du couple ;
- Décrire les réactions psychologiques des femmes suivies pour infertilité du couple ;
- Identifier le retentissement de l'infertilité sur leur vie socio-professionnelle ;
- Décrire les mesures de résilience adoptées face à l'infertilité du couple ;
- Décrire leur parcours de soins et de recherche de solution face à l'infertilité du couple ;
- Formuler des recommandations en vue d'améliorer la situation psychosociale des femmes affectées par l'infertilité.

# **II. MÉTHODOLOGIE**

## **II.1. CADRE DE L'ÉTUDE**

### **II.1.1. Le Centre Hospitalier National Dalal Jamm**

Notre étude avait pour cadre le service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier National Dalal Jamm (CHNDJ), qui est un Etablissement Public de Santé (EPS) de niveau 3. Cet établissement sanitaire a ouvert ses portes depuis 2016. Il est situé dans la ville de Guédiawaye, sise à 17 kilomètres (Km) du centre-ville de Dakar dans la zone péri-urbaine des Niayes. Elle couvre une superficie de

27 km<sup>2</sup> avec une population de 360.360 habitants, soit une densité 13.447 habitants au Km<sup>2</sup>.

Il est doté d'une capacité de 300 lits et d'un plateau médical moderne avec une vingtaine de services médico-chirurgicaux tel que : le service d'accueil des urgences, la pédiatrie, la cardiologie, l'hématologie, la néphrologie, le service de dermatologie, l'urologie, l'ORL, l'odontologie, la chirurgie générale, le service de cancérologie, l'orthopédie, le service d'oncologie-radiologie, le service d'anatomo-pathologie, la neurologie, la gastrologie, la radiologie, un laboratoire, le service d'anesthésie et de réanimation, l'ophtalmologie, le service de gynécologie-obstétrique.

### **II.1.2. Le service de gynécologie-obstétrique du CHNDJ**

#### **❖ Les locaux**

Au moment de notre étude, le service de Gynécologie-Obstétrique du CHNDJ comprenait plusieurs divisions :

- ✓ Une maternité composée de :
  - un bloc opératoire ;
  - une unité de néonatalogie ;
  - une salle de réveil ;
  - deux salles de travail ;
  - une salle de déclenchement ;
  - deux cabines d'accouchement.
- ✓ Une unité d'hospitalisation comprenant 34 lits dont 8 cabines ;
- ✓ Une salle de spermologie : il s'agit d'une salle de recueil de sperme et d'insémination intra-utérine attenante au laboratoire.
- ✓ Une unité de consultation externe au rez-de-chaussée avec :
  - quatre (04) bureaux de consultation, dont deux dotés d'appareils d'échographie ;
  - une salle d'hystérocopie diagnostique dotée d'un endoscope.



- ✓ Une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) au rez-de-chaussée.

### ❖ **Le Personnel**

Le personnel médical du Service de Gynécologie-Obstétrique était composé de :

- Deux enseignants de rang magistral dont un Professeur Titulaire et un Professeur assimilé ;
- Trois gynécologues officiant en tant que praticiens hospitaliers ;
- Dix-sept étudiants inscrits au DES dont quatre internes et
- Des étudiants en Médecine en cycle de Doctorat et de Master.

Concernant le personnel paramédical et de soutien, on dénombrait :

- Trente-trois sages-femmes ;
- Une infirmière d'état ;
- Deux assistantes-infirmières ;
- Deux secrétaires ;
- Trois filles de salle.

### ❖ **Les soins**

Des soins obstétricaux, néonataux d'urgence sont assurés 24 heures sur 24 par des équipes de médecins en cours de spécialisation, de sages-femmes et d'infirmiers. Les gardes se font sous la supervision d'un sénior spécialiste en Gynécologie-Obstétrique. Des consultations de gynécologie, d'échographie, de colposcopie, d'infertilité, de suivi pré et post-natal, de planification familiale sont assurées au quotidien. Pour l'année 2020, le service avait enregistré 2257 consultations gynécologiques et obstétricales toutes confondues, dont 189 pour désir de grossesse et 27 cas d'infertilité. La chirurgie programmée est réalisée une fois par semaine et les différentes voies d'abord sont utilisées (abdominale, vaginale et endoscopique).

Le Service de Gynécologie-Obstétrique, sous la tutelle de la Chaire reçoit dans le cadre d'une formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine, des sages-femmes et élèves sages-femmes.

La recherche en santé de la reproduction a fait l'objet de plusieurs mémoires de spécialisation et de thèses de doctorat en médecine.

## **II.2. TYPE ET PÉRIODE D'ÉTUDE**

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale et descriptive réalisée du 11 octobre 2021 au 17 octobre 2022 auprès des femmes consultant pour désir de grossesse au service de gynécologie-obstétrique du CHNDJ.

## **II.3. PATIENTES ET MÉTHODES**

### **II.3.1. Critères d'inclusion**

- Toute femme en couple depuis au moins 1 an et ayant consulté pour désir de grossesse.
- Toute femme affectée et entièrement suivie au service pour infertilité du couple.

### **II.3.2. Critères de non inclusion et d'exclusion**

Nous n'avons pas inclus :

- Les femmes qui n'ont pas voulu participer à l'étude.
- Les femmes vues pour désir de grossesse sans le délai minimal d'1an en couple.

Nous avons exclu de l'étude :

- Les femmes qui posaient des problèmes de barrière linguistique.
- Toute femme dont le dossier était incomplet.

### **II.3.4. Variables étudiées**

Pour chaque patiente, nous avons étudié :

- les caractéristiques socio-démographiques ;
- les antécédents gynéco-obstétricaux ;
- la représentation psycho-sociale de l'enfant et de la maternité ;
- le parcours de soin à la recherche de solution ;
- les réactions psychoaffectives de la femme affectée par l'infertilité du couple ;
- le retentissement de l'infertilité dans la vie du couple et au sein de la société ;

- les mesures de résiliences adoptées par la femme affectée par l'infertilité du couple ;
- les aspects de la prise en charge.

### **II.3.5. Recueil et analyse de données**

Pour le recueil des données, un questionnaire a été confectionné prenant en compte tous les paramètres et les variables de l'étude. Dans cette même lancée, pour éviter d'inclure par contrainte les femmes qui ne désirent pas participer à cette enquête, nous avons inclus, en en-tête du questionnaire, un paragraphe portant sur le consentement des enquêtées. Les interviews duraient entre 10 et 20 minutes.

La saisie des données était faite avec l'application KOBO COLLECT. Pour l'analyse des données, nous avons utilisé des logiciels de traitement de données tels que SPSS et Excel.

## **II.4. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Pour répondre aux exigences et aux réalités du terrain, nous nous sommes présentés et avons interrogé chacune des patientes tout en leur présentant notre projet de recherche. Ceci, pour leur permettre de prendre une décision libre et éclairée avant de participer à notre étude. Il était nécessaire, dans cette même logique, de revenir en large sur la confidentialité des informations recueillies dans le cadre de l'étude sans oublier la possibilité pour la patiente de renoncer à sa collaboration à tout moment.

## **II.5. DÉROULEMENT DE L'INTERVIEW**

La majeure partie des entretiens sont déroulés au secrétariat du service. Pour ce faire, nous avons aménagé un espace pour les patientes pour respecter les exigences de confort et de confidentialité. Avant chaque interview, nous avons bien pris la peine d'expliquer l'essence et le but de l'étude. Les entretiens duraient entre, 10 à 20 minutes.

### III. RÉSULTATS

Dans le cadre de notre étude, nous avons interrogé 100 femmes.

#### III.1. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

##### III.1.1. Origine géographique

Les patientes habitaient principalement la région de Dakar avec une proportion de soixante-douze pourcent (72 %) et deux patientes (2 %) habitaient hors du pays en Guinée et Mauritanie (Tableau I).

**Tableau I : Répartition des patientes selon l'origine géographique**

Adresse	Effectifs	Pourcentage(%)
Dakar	72	72
Hors Dakar	26	26
Hors du pays	2	2
Total	100	100

##### III.1.2. Âges des patientes

L'âge moyen des patientes était de 34 ans, avec des âges extrêmes de 18 ans et 47 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 30-37 ans (Tableau II).

**Tableau II : Répartition des patientes selon leur tranche d'âge**

Age (année)	Effectifs	Pourcentage (%)
≤ 30	34	34
]30 - 37]	37	37
]37 - 40]	14	14
> 40	15	15
Total	100	100

### III.1.3. Niveau d'instruction

La majorité de nos patientes, soit 82 % étaient scolarisées et le plus souvent jusqu'au moyen secondaire (Tableau III).

**Tableau III : Répartition des patientes selon leur niveau d'étude**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Non scolarisé	13	13
Primaire	28	28
Secondaire	31	31
Supérieur	28	28
Total	100	100

### III.1.4. Profession des patientes

Trente-sept patientes (37 %) pratiquaient une profession libérale, trente et une patientes (31 %) étaient sans profession (Tableau IV).

**Tableau III: Répartition des patientes selon leur profession**

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Salarié privée	7	7
Salarié public	13	13
Sans profession	31	31
Profession libérale	37	37
Autres	12	12
Total	100	100

### III.1.5. Ethnie

Les wolofs étaient les plus représentés avec une proportion de 47 % suivi des poular 24 %.

Plus rarement (7 %), on retrouvait de sarakholé, des soninkés, une sousou, une manding, une mauresque, une mouci et une attie (Tableau V).

**Tableau III : Répartition des patientes selon l'appartenance ethnique**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Wolof	47	47
Poular	24	24
Sérère	15	15
Diola	3	3
Bambara	2	2
Manjacque	2	2
Autres	7	7
Total	100	100

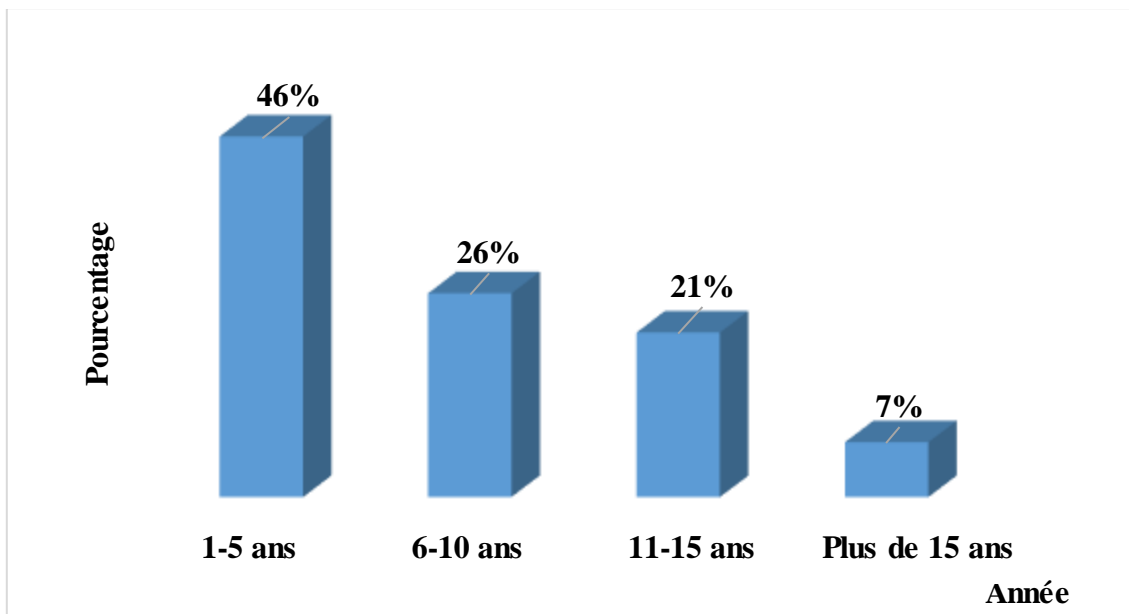
### III.1.6. Appartenance religieuse

Quatre-vingt-quinze patientes (95 %) étaient de religion musulmane et cinq (5 %) étaient chrétiennes.

### III.1.7. Situation matrimoniale

La majorité des patientes était à leur premier mariage (85 %), le reste (15 %) ont déjà connu dans leur antécédent un divorce. La raison du divorce était liée à l'infertilité dans 27 % des cas.

Quarante-six patientes (46 %) cohabitaient avec leur conjoint depuis moins de 5 ans et sept patientes (7 %) cohabitaient depuis plus de 15 ans (Figure 10).



**Figure 10 : Répartition des patientes selon le nombre d'années de cohabitation avec le conjoint (N=100)**

### **III.1.8. Antécédent de grossesse**

Soixante et une patientes (61 %) n'avaient jamais eu de grossesse.

## **III.2. PARCOURS DE SOINS**

### **III.2.1. Délai de consultation**

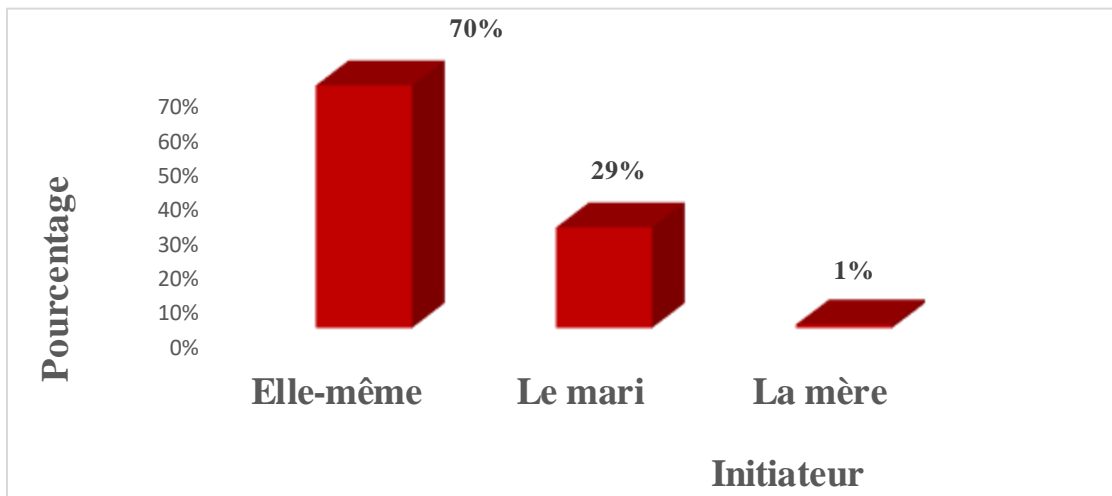
Trente-six patientes (36 %) avaient consulté après un an d'attente (Tableau VI).

**Tableau IV : Répartition des patientes selon le délai d'attente avant de consulter un gynécologue**

<b>Délai de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Un an	36	36
Deux ans	25	25
Trois ans	11	11
Quatre ans	2	2
Cinq ans	8	8
Cinq ans et plus	18	18
Total	100	100

### III.2.2. Intention de consulter un gynécologue

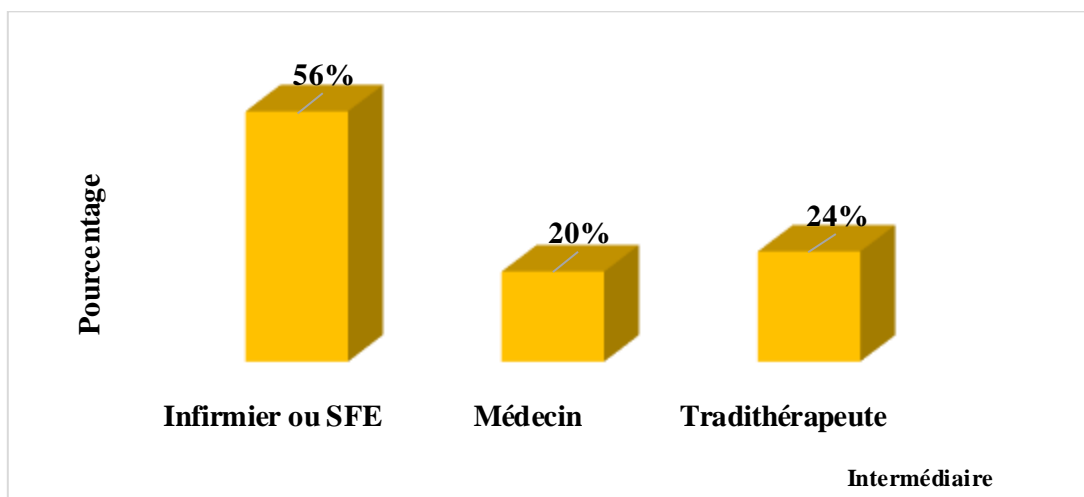
La majorité des patientes (70 %) avaient pris leur propre initiative d'aller consulter un gynécologue (Figure 11).



**Figure 11 : Répartition des patientes selon l'initiateur de la décision de consulter (N= 100)**

### III.2.3. Recours à un intermédiaire

Quarante-cinq patientes (45 %) étaient passées par un intermédiaire avant de consulter un gynécologue. Les intermédiaires étaient des infirmiers ou sages-femmes dans 56 % des cas (Figure 12).



**Figure 12 : Répartition des patientes selon le type d'intermédiaire (N=45)**



### III.2.4. Participation du conjoint aux explorations

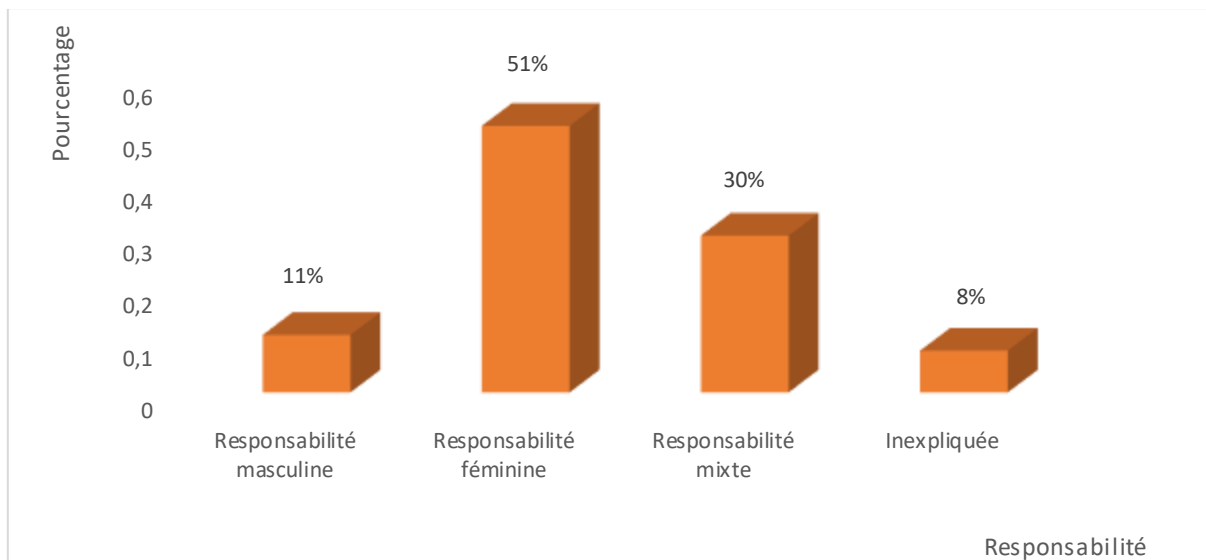
Sur la base des 93 répondantes à la question sur la participation du conjoint aux explorations, soixante-quatre patientes (68.8 %) confirment la participation de leur conjoint aux exploitations contre vingt-neuf patientes (31.2 %) qui disaient le contraire. Parmi celles qui disaient que leur conjoint ne participe pas aux explorations, treize patientes (45 %) avaient donné comme raison qu'aucun bilan n'a été prescrit pour celui-ci, sept patientes (24.1 %) disaient que le conjoint avait des enfants tandis que les autres patientes évoquaient d'autres raisons détaillées dans le tableau VII.

**Tableau VII : Répartition des raisons de non-participation des conjoints aux explorations**

Raisons	Effectif	Pourcentage (%)
Pas de bilan prescrit	13	45
Déjà père	7	24,1
Raison inconnue	6	20,7
Seconde épouse enceinte	1	3,4
Non croyance à la médecine moderne	1	3,4
Manque de moyens	1	3,4
Total	29	100

### III.2.5. Responsabilité de l'infertilité

Parmi les cent patientes interrogées, soixante et onze patientes (71 %) connaissaient la responsabilité de leur infertilité. Selon elles, la responsabilité était liée à la femme dans 51 % des cas (Figure 13).



**Figure 13 : Répartition de la responsabilité de l'infertilité (N=71)**

### III.2.6. Continuité des soins

Quarante-cinq patientes (45 %) avaient interrompu leur suivi médical.

Les motifs de l'interruption étaient liés dans 44,4 % des cas à une absence de résultat escompté (Tableau VIII).

**Tableau VIII : Répartition des motifs de rupture du suivi médical (N=45)**

Les motifs	Effectif	Pourcentage (%)
Absence de résultats escomptés	22	48,9
Découragement	7	15,6
Changement de gynécologue	6	13,6
Difficulté à revoir le gynécologue	4	8,9
Manque de moyens	2	4,4
Peur d'une intervention	2	4,4
Non-participation du conjoint	2	4,4
Inconfort du mari	1	2,2
Covid 19	1	2,2
Voyage	1	2,2

### III.2.7. Consultation chez le tradipraticien

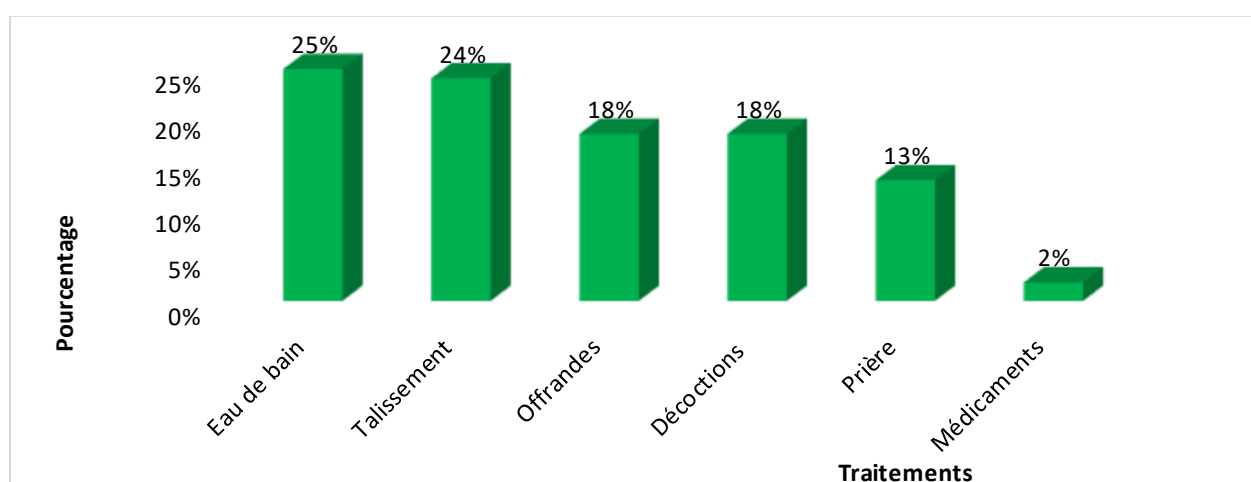
Quarante-sept patientes (47 %) avaient consulté un marabout ou un guérisseur traditionnel. Les explications les plus souvent retrouvées étaient « la possession par un démon maléfique » (68,1 %) ou « le maraboutage » (34 %) (Tableau IX).

**Tableau IV : Explications de l'infertilité selon les tradipraticiens (N=47)**

Les explications des marabouts	Effectif	Pourcentage (%)
Possession par un démon maléfique	32	68,1
Maraboutage	16	34
Pas d'explication	14	29,8
Promesse d'un enfant	7	14,9
Présence d'intrus dans l'utérus	1	2,1
Mauvais vent	1	2,1

### III.2.8. Traitements reçus chez les tradipraticiens

Le traitement le plus prescrit était de l'eau de bain (25 %) et des talisements (24 %) (Figure 14).



**Figure 14 : Répartition des patientes selon les traitements prescrits par le tradipraticien (N=47)**

### III.2.9. Situation actuelle

Quatre-vingt-seize patientes (96 %) avaient décidé de rester fidèle aux soins médicaux dont 9 patientes (9 %) font recours à l'Assistance médicale à la procréation (AMP), deux patientes (2 %) avaient décidé de renoncer au projet d'enfant et deux patientes (2 %) avaient décidé d'adopter un enfant (Tableau X).

**Tableau VI : Répartition selon l'état actuel des démarches (N=100)**

Démarches	Effectif	Pourcentage (%)
Continuité des soins	96	96
Assistance médicale à la procréation	9	9
Adoption d'un enfant	2	2
Consultation d'autres spécialistes	2	2
Renonce du projet d'enfant	2	2
Régime hypocalorique	1	1

### III.3. EXPLICATIONS DE L'INFERTILITE

La majorité des patientes (65 %) pensaient que leur infertilité était due à la volonté divine, dix-huit patientes (18 %) pensaient que c'était lié à une maladie qu'elles portaient, deux patientes (2 %) n'avaient pas d'explication (Tableau XI).

**Tableau XI : Explications données à l'infertilité**

Explications	Effectif	Pourcentage (%)
Volonté divine	65	65
Maladie intercurrente	18	18
Possession par un démon	6	6
Maraboutage	4	4
Planification familiale	3	3
Sans explication	2	2
Mariage tardif	1	1
Pré ménopause	1	1
Total	100	100

### III.4. REPRÉSENTATIONS DE L'ENFANTEMMENT

#### III.4.1. Représentation psycho-sociale de l'enfantement

Parmi les 100 patientes interrogées, soixante-neuf patientes (69 %) disaient que donner naissance est une bénédiction, que c'est l'enfant qui assure la perpétuité de la famille. Cinquante-neuf patientes (59 %) disaient que l'enfant consolide le couple et confère une sécurité aux parents en leur assurant leur survie. D'autres patientes (24 %) rapportaient des avis diverses et variés par exemple : « l'enfant est celui qui va prier pour eux après leur mort », « il est la richesse de la femme », « c'est celui qui t'encourage à rester dans ton foyer » (Tableau XII).

**Tableau XII : Représentation psycho-sociale de l'enfantement (N=100)**

Perception de l'enfantement	Effectif	Pourcentage(%)
Bénédiction	69	69
Assure la perpétuité de la famille	69	69
Récompense divine	68	68
Consolide le couple	59	59
Assure la survie des parents	59	59
Confère un prestige et un pouvoir social aux parents	52	52
Moyen de pression pour garder son mari	33	33
Autres	24	24

#### III.4.2. Avantages de la maternité

Vingt patientes (20 %) disaient qu'être mère c'est être digne auprès de son mari, 37 patientes (37 %) disaient que cela prouve qu'elles sont de vraies femmes complètes.

La plupart des autres réponses sur l'avantage de la maternité étaient diverses et variées ; on y retrouve des termes comme la responsabilité, le privilège, la joie, la chance, le bonheur, la bénédiction (Tableau XIII).

**Tableau XIII : Avantages de la maternité selon les femmes (N=100)**

<b>Avantages de la maternité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Être une vraie femme complète	37	37
Être digne auprès de son mari	20	20
Raison de vivre	15	15
Signe de bonne santé	5	5
Autres	65	65

### **III.5. RÉACTIONS À L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC**

Au moment de notre étude, seul 71 patientes connaissaient leur diagnostics. Pendant l'annonce du diagnostic, vingt et une femmes (29,6 %) étaient animées d'un sentiment de désespoir, dix-sept femmes (23,9 %) étaient frustrées. Quinze femmes (21,1 %) affirmaient que l'annonce était douloureuse et comparable à l'annonce de cancer ou d'une maladie grave. Dix femmes (14,1 %) affirmaient avoir éprouvé de la tristesse comparable à l'annonce de décès d'un proche et les autres femmes avaient d'autres réactions listées dans le tableau ci-dessous (Tableau XIV).

**Tableau VII : Répartition des réactions à l'annonce du diagnostic (N=71)**

Réaction à l'annonce de l'infertilité	Effectif	Pourcentage (%)
Le désespoir	21	29,6
La frustration	17	23,9
Le sentiment d'impuissance	17	23,9
La douleur	15	21,1
La tristesse	10	14,1
La colère	5	7
Le déni	4	5,6
La Jalousie	3	4,2
La culpabilité	3	4,2
L'injustice	3	4,2
La perte de confiance	3	4,2
La violation de ses droits	1	1,4

### **III.6. RÉACTIONS PSYCHO SOCIALES DE LA FEMME FACE A L'INFERTILITÉ**

#### **III.6.1. Retentissement de l'infertilité sur la vie du couple**

Cinquante-quatre femmes (54 %) disaient que l'infertilité n'avait rien changé dans leur vie de couple, trente-sept femmes disaient qu'elles étaient soutenues par leur conjoint et le reste des femmes avaient rapporté des retentissements négatifs (Tableau XV).

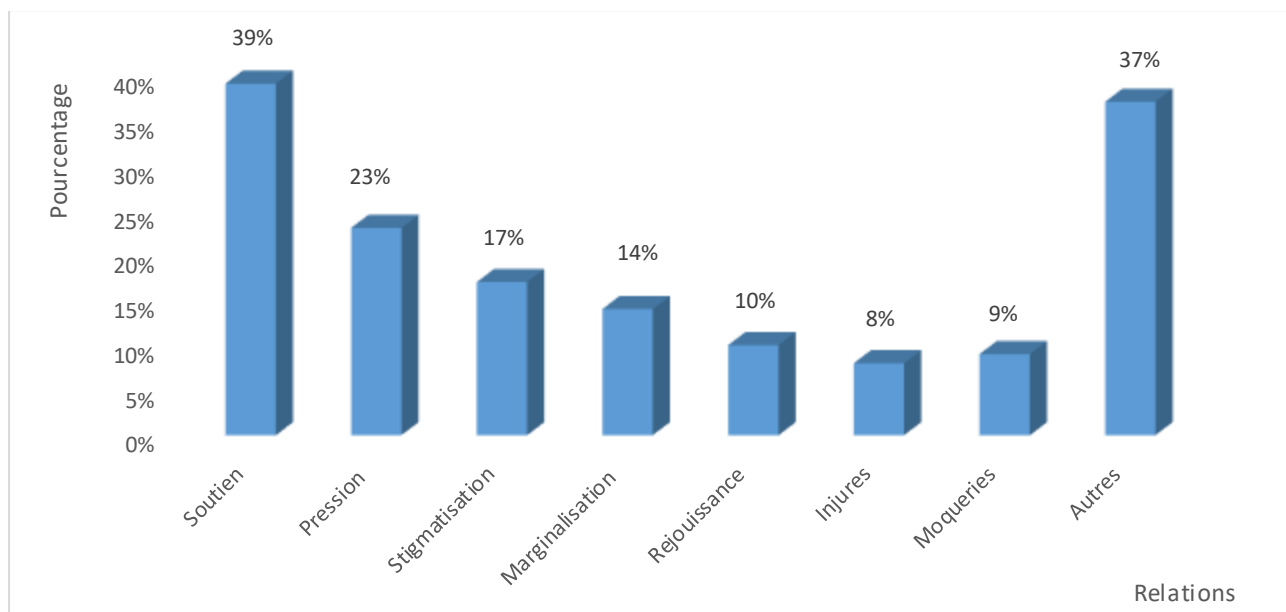
**Tableau XV : Retentissement de l'infertilité sur la vie du couple (N=100)**

<b>Changements rapportés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Aucun changement	54	54
Rapprochement et soutien par son mari	37	37
Communication centrée sur le projet	8	8
Changement dans la communication	8	8
Sentiment d'abandon	6	6
Mari moins attentionné	5	5
Mari devenu distant	4	4
Rareté des rapports sexuels	2	2
Rapports sexuels programmés	1	1

### **III.6.2. Relations avec la belle famille**

Les patientes interrogées étaient sujettes à diverses situations de la part de leur belle famille. Dix-sept femmes seraient stigmatisées (17 %), quatorze femmes seraient marginalisées (14 %), vingt-trois femmes seraient sous pression (23 %). Trente-sept autres (37 %) affirmaient que l'infertilité n'avait rien changé dans leur relation avec la belle-famille (figure 15).





**Figure 15 : Relations avec la belle famille (N=100)**

### III.6.3. Relations avec l'entourage

Quatorze patientes (14 %) disaient que les voisins leur mettaient la pression. Sept patientes (7 %) seraient sujettes à des moqueries, des injures et six femmes (6 %) seraient stigmatisées. Quatre-vingt autres femmes (80 %) disaient que leurs relations avec l'entourage restaient inchangées (Tableau XVI).

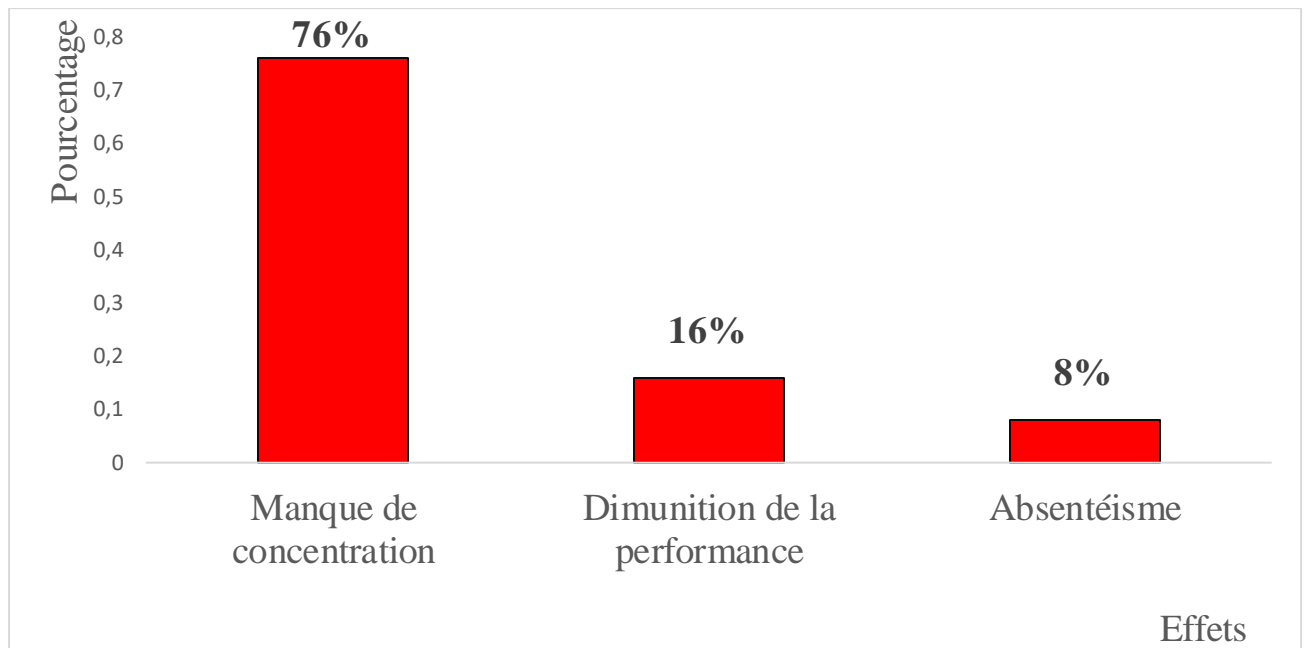
**Tableau XVI : Répartition des patientes selon leur relation avec l'entourage (N=100)**

Relations avec entourage	Effectif	Pourcentage (%)
Pression	14	14
Moqueries	7	7
Injures	7	7
Stigmatisation	6	6
Marginalisation	5	5
Autres	80	80

### III.6.4. Retentissement sur la vie professionnelle

L'infertilité n'avait pas de répercussions sur la vie professionnelle de la majorité des patientes (88 %).

Les répercussions les plus observées étaient un manque de concentration soit 76 % des cas (figure 16).



**Figure 16 : Répartition des patientes selon les effets de l'infertilité sur leur vie professionnelle (N=12)**

### III.6.5. Manifestations chroniques

Les patientes interrogées avaient présenté plusieurs manifestations. Nous avons noté que quatre-vingt-deux patientes (82 %) vivaient avec une anxiété, soixante-treize patientes (73 %) avec une dépression et cinquante-deux (52 %) patientes avec une insomnie (Tableau XVII).

**Tableau XVII : Répartition des patientes selon les manifestations psycho-affectives dues à l'infertilité (N=100)**

<b>Manifestations</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Anxiété	82	82
Dépression	73	73
Insomnie	52	52
Trouble bipolaire	32	32
Baisse de l'estime de soi	22	22
Présence de désirs pervers	18	18
Baisse de la libido	15	15
Pas de manifestation	8	8

### **III.7. MÉCANISMES D'AUTODÉFENSE**

Pour lutter contre ces troubles psycho-affectifs, plusieurs mesures de résiliences étaient employées par les patientes. Soixante-deux patientes (62 %) avaient adopté l'isolement, vingt patientes (20 %) pour l'affiliation et treize patientes (13 %) pour l'intellectualisation (Tableau XVIII).

**Tableau XVIII : Répartition des mécanismes d'autodéfense des patientes (N=100)**

<b>Réactions d'autodéfense</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Isolation ou isolement	62	62
Affiliation	20	20
Intellectualisation	13	13
Sublimation	12	12
Répression	8	8
Altruisme	8	8
Déni	6	6
Médication	1	1

## III.8. APPRÉCIATION DE LA PRISE EN CHARGE

### III.8.1. Relation avec le personnel médical

La plupart des patientes disaient être écoutées (97 %), comprises (96 %) et aidées (94 %) par le personnel médical (Figure 17).

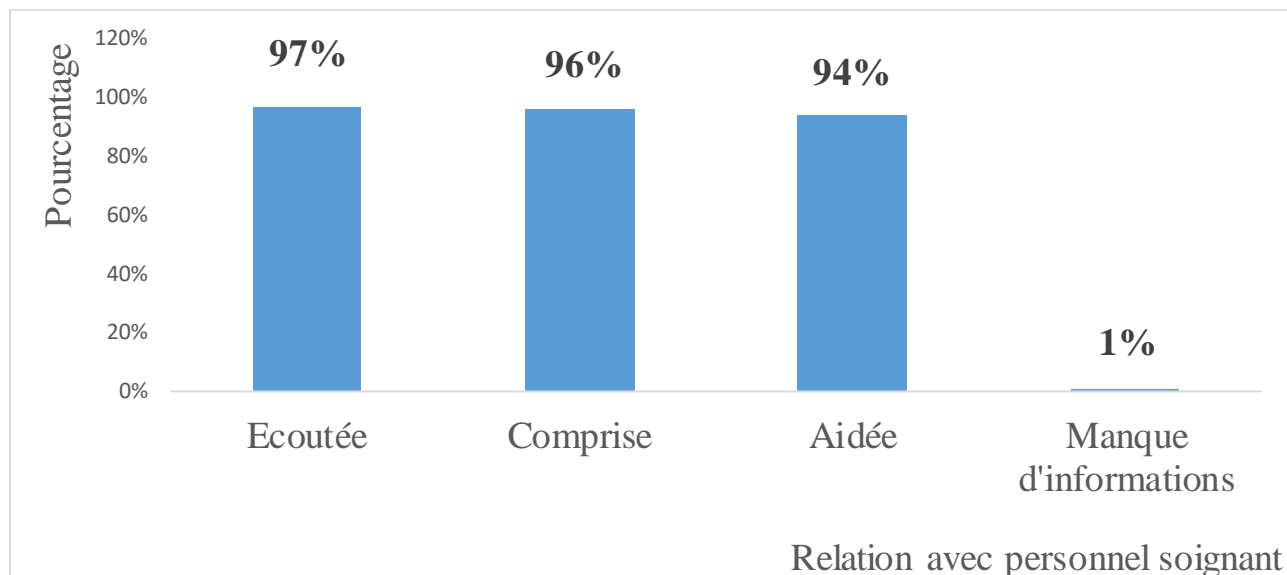


Figure 17 : Relation avec le personnel médical (N=100)

### III.8.2. Prise en charge psychologique

Aucune patiente n'avait bénéficié de soutien psychologique et aucune n'avait pu rencontrer un psychologue ou un psychiatre.

## III.9. TYPES D'AIDES SOUHAITES

Le type d'aide le plus souvent exprimé était l'aide médicale dans 68 % des cas suivi de l'aide financière (37 %) (Tableau XIX).

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type d'aide souhaité (N=100)

Aides souhaitées	Effectif	Pourcentage (%)
Aide médicale	68	68
Aide financière	37	37
Aide spirituelle	23	23
Aide psychologique	20	20
Autres	2	2

## **IV. DISCUSSION**

### **IV.1. LIMITES ET CONTRAINTES DE NOTRE ÉTUDE**

Des limites et contraintes avaient été rencontrées lors de la réalisation de notre travail. Elles étaient liées à :

- la quasi-impossibilité de disposer d'une salle pour recevoir les patientes, au tout début de notre enquête, afin de leurs garantir un cadre intime et sécurisé ;
- la réticence de certaines patientes, de peur de voir certains secrets finir à la place publique ;
- la barrière linguistique, car certaines patientes ne s'exprimaient ni en wolof ni en français ;
- l'impatience des patientes puisqu'elles étaient auparavant toutes éprouvées par la longue attente devant la consultation du gynécologue ;
- l'incomplétude des dossiers médicaux des patientes (certaines rubriques étaient non ou mal renseignées).

### **IV.2. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PATIENTES**

#### **❖ Âge**

Dans notre étude, nous avons trouvé une moyenne d'âge de 34 ans avec des extrêmes de 18 et 47 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 30-37 ans soit 37 %. Ces résultats sont proches de ceux obtenus par beaucoup d'auteurs sénégalais notamment Diop, Dia, Dieng et Faye [49, 50, 51, 52]. Diop en 2013, dans son étude portant sur le profil hystérosalpingographique de l'infertilité féminine au CHN de Pikine, avait retrouvé une moyenne d'âge de 32 ans avec des extrêmes de 17 et 47 ans, une tranche d'âge de 35-47 plus représenté.

Dia en 2018 dans son étude portant sur l'assistance médicale à la procréation : bilan d'activité de FIV-Sénégal de 2007-2017, avait noté une moyenne d'âge de 34,13 ans et une tranche d'âge de 30-34 ans plus représentative.

Dieng en 2019 dans son étude sur l'évaluation psychométrique du stress lie à l'infertilité dans un échantillon de patients à Dakar, avait trouvé une moyenne d'âge de 31,48 ans, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 25-35 ans.

Faye en 2019 dans son étude portant sur l'apport de l'échographie 2D dans l'exploration de l'infertilité féminine au CHN de Pikine, avait obtenu une moyenne d'âge de 31,7 ans avec une tranche d'âge de 30-39 ans plus représenté. Comme ailleurs en Afrique, ces résultats ne sont pas loin de certains auteurs congolais, ghanéen et camerounais [15, 17, 53, 54, 55].

Au Cameroun, Priso E. et al. avaient trouvé en 2015 l'âge moyen des patientes de 34 ans  $\pm$  13,4 avec des extrêmes de 18-49 ans et une tranche d'âge de 29-34 ans plus représentative.

Le Congolais Bruce Wembulua Shinga, dans son étude réalisée en 2012, avait obtenu une moyenne d'âge de 31,1 ans.

Au Ghana, une étude réalisée par Alhassan A et al. en 2014, sur la dépression associée à l'infertilité chez les femmes, avait trouvé une moyenne d'âge de 30,5 ans avec une tranche d'âge plus représentée 20-30ans (48 %) suivie de celle de 31- 35ans (32 %).

Au Cameroun, Nana en 2011 avait trouvé une moyenne d'âge de 30,76 ans  $\pm$  6,68. Ce qui est semblable au résultat de son concitoyen Ella en 2017 qui avait trouvé une moyenne d'âge de 32,42 ans  $\pm$  5,47.

Concernant le rapport entre l'âge et la fertilité, la fertilité est plus élevée entre 20-25 ans [9]. Elle diminue avec l'âge de la femme [56]. Les chances de survenue d'une grossesse par cycle sont de 30 % à 25 ans, 20 % à 35 ans et 1-2 % à 45 ans [5]. Donc les chances de survenue d'une grossesse sont très faibles au-delà de 40 ans même pour une FIV [57]. Nos données montrent qu'il y'a un recul de l'âge de la maternité. Les raisons de ce recul pourraient être expliquées par le désir de faire carrière, la réticence des chefs d'entreprise à employer une femme enceinte, l'avancée de la contraception ou encore les études prolongées.

Ces contraintes doivent faire penser à créer des mesures financières ou matérielles pour accompagner toute femme enceinte et qui est désireuse d'une longue carrière professionnelle, mettre à disposition des crèches au sein des différents lieux de travail.

#### ❖ **Lieu de résidence**

La majorité de nos patientes soit 72 % résidaient à Dakar. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le centre de la reproduction se trouve dans cette région capitale du pays et sa proximité favorise les consultations par les résidentes d'où le besoin de décentraliser dans les autres régions.

#### ❖ **Niveau d'étude**

Le niveau d'étude le plus représenté était le secondaire soit 31 %, suivi du niveau supérieur et primaire à des proportions égales soit 28 %. Le pourcentage des femmes ayant atteint le niveau supérieur est superposable à celui obtenu par Dieng [51] où il avait obtenu 27,9 %. Par contre dans son étude on a noté une forte proportion de femmes non scolarisées soit 39,6 %. Une étude réalisée en Allemagne avait montré une proportion non négligeable de patientes ayant atteint le niveau supérieur soit 26,8 % [58]. Ngo Um Meka et al. [59] au Cameroun en 2016 avaient obtenu 65 % de femmes ayant fait des études supérieures.

C'est ainsi qu'on peut s'accorder sur le fait que les études jouent un rôle non négligeable sur le ralentissement de la procréation chez les femmes. C'est ce que pourraient faire apparaître ces résultats de différents auteurs.

Même si c'est un grand envisagement, on peut suggérer que la création de crèches au sein des universités et des centres d'études supérieures pourrait être une bonne mesure d'accompagnement. La sensibilisation auprès des femmes désireuses de faire de longues études pourrait aussi être une bonne mesure d'accompagnement. Car on constate le plus souvent chez les femmes une peur d'allier étude et procréation.

#### ❖ **Profession**

Dans notre série, la profession libérale était la plus représentée soit 37 % suivi des sans professions avec un pourcentage de 31 %. Ses résultats étaient proches de

celles obtenues par Faye [52] où 48,4 % étaient des ménagères. Par contre Ngo Um Meka et al [59], avaient obtenu une forte proportion de femmes ayant un emploi (76 %). La profession de nos patientes nous permet d'avoir une idée sur leur revenu afin de comprendre certains aspects (bilan non fait ou retardé, abandon du suivi). Le profil financier de nos femmes soulève la problématique de l'accessibilité financière des soins en santé de la reproduction. Certes notre étude ne s'intéresse pas au coût de la prise en charge, mais nous avons rencontré de nombreux cas dont le bilan n'est pas réalisé à temps par faute de moyens ; d'où la nécessité de subventionner ces examens ou promouvoir des activités génératrices de revenus pour les femmes afin de faciliter l'accès à la prise en charge de l'infertilité.

#### ❖ **Ethnie**

Dans notre étude les wolofs étaient fortement représentés avec un pourcentage de 47 %. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête est faite à Dakar qui est une région cosmopolite où on retrouve plus de wolof ce que reflète notre étude. Cet échantillon reflète la répartition géographique des ethnies au Sénégal.

#### ❖ **Appartenance religieuse**

Dans notre étude, les patientes étaient majoritairement musulmanes soit 95 %. Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que l'islam est la religion prédominante au Sénégal [60]. Nous pouvons dire qu'il n'y a pas de particularité religieuse dans l'infertilité : « l'infertilité n'a pas de religion ».

#### ❖ **Situation matrimoniale**

Dans notre série, 46 % des patientes cohabitaient avec leur conjoint depuis moins de 5 ans, 85 % des patientes étaient à leur premier mariage. L'infertilité était dans 27 % des cas la raison du divorce.

Kougbeagbéde [61] avait fait le même constat dans son étude sur le vécu psychologique de l'infertilité féminine au sein du couple à l'hôpital Saint-Luc de Cotonou où 23,44 % des femmes disaient recevoir des suggestions de séparation.



De nombreuses études ont montré qu'en Afrique l'infertilité était une cause fréquente de divorce [3, 41, 62].

Il faudrait alors revoir l'objectif premier du mariage surtout en Afrique. À la place du primat de l'enfant sur tout, il faudrait certainement préconiser l'amour réciproque, la stabilité du couple et cultiver le respect envers l'un et l'autre.

### **IV.3. ANTÉCÉDENTS DE GROSSESSE**

L'enquête Demographic and Health Surveys faite au Sénégal et publiée en 2012, estime que l'infertilité primaire au Sénégal n'est pas très élevée et concerne 2,5 % des femmes en union [3]. De nombreux auteurs avaient fait la même remarque [63]. Ceci n'était pas le cas dans notre étude où l'infertilité primaire était retrouvée dans 61 % des cas. Comme Faye [52] qui avait obtenu 57,4 %, Hind.H [64] dans son étude réalisée en 2017 avait obtenu 72 % pour l'infertilité primaire à Touba, 54,10 % à Diourbel et 51 % à Ndoum (département de Podor, région de Saint-Louis). Dieng [51] avait retrouvé 75,7 %. Diop [49] en 2013 avait retrouvé 59 % d'infertilité primaire et 41 % d'infertilité secondaire. J.M. Afoutou et al [25] dans leur étude sur la place du test post coïtal direct de Hühner dans le bilan de la stérilité conjugale en milieu africain au Sénégal à propos de 2593 cas, avait trouvé que l'infertilité primaire était plus de deux fois plus élevée que l'infertilité secondaire.

Le nombre important de cas d'infertilité primaire s'expliquerait par un taux aussi important de femmes instruites dans notre échantillon. C'est dire la plupart des femmes instruites ont une prise de conscience sur le délai pour parler d'infertilité, mais aussi sur le recours à la médecine moderne pour y faire face.

### **IV.4. PARCOURS DE SOINS**

#### **❖ Délai de consultation**

Dans notre étude la plupart des patientes soit 36 % ont consulté au bout de 1 an d'attente. Ceci pourrait s'expliquer par la pression sociale faite à ses femmes ou le fait que nos femmes connaissent le délai défini par l'OMS pour parler d'infertilité.

### ❖ **Recours à un intermédiaire**

Dans notre étude, 45 patientes (45 %) sont passées par un intermédiaire avant de consulter un gynécologue. Les types d'intermédiaires les plus représentés étaient les infirmiers ou sages-femmes et les médecins. Nous remarquons ici que la plupart des patientes ont commencé leur consultation dans une structure de santé moderne contrairement à Nana [54] qui avait obtenu 52,9 % de cas ayant commencé leur consultation chez un tradipraticien. De même Ngo Um Meka et al [59] avaient obtenu 76 % de cas dont les femmes étaient passées par des naturopathes, des tradipraticiens ou des religieux.

Une étude réalisée par Sundby J [65] en Gambie avait montré que la plupart des patients infertiles passent par des tradipraticiens avant de consulter la médecine moderne.

La différence de résultats dans le type d'intermédiaire pourrait s'expliquer par la prise de conscience de ses femmes, vue qu'elles sont en majorité instruites sans oublier les avancées observées dans la médecine moderne, mais aussi par l'implantation aux côtés de la population des structures de santé primaire qui facilitent l'orientation, la référence et l'accès aux soins spécialisés. Ceci nous fait penser qu'il faut davantage recruter et impliquer les Badienou Gokh dans la prise en charge des patientes.

### ❖ **La décision de consulter**

Nous avons remarqué dans notre étude, la prédominance de la femme comme initiatrice de la décision (70 %). Shinga [17] avait fait la même remarque dans sa thèse sur l'infertilité du couple à Kisanga (RDC) où il avait retrouvé 93,1 % de cas dont c'est la femme qui se demeure l'initiatrice de la décision. Seck [41] avait fait la même remarque. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes sont conscientes de leur horloge biologique. En outre, elles sont les premières à être pointées du doigt en cas d'infertilité. À cela s'ajoute la faible implication des hommes dans ces démarches. Ceci confirme la tendance mondiale selon laquelle les femmes se sentent plus concernées par l'infertilité surtout en Afrique en

particulier où l'enfant reste le socle du mariage [36, 54]. Ceci nous amène à penser que l'homme doit surpasser cette étape de pudeur en ayant une bonne prise de conscience de sa responsabilité de soutien de sa femme en cas de problème sanitaire et penser toujours à rester au-devant de la scène.

#### ❖ **Participation des conjoints aux explorations**

Dans notre série, nous avons remarqué la forte participation des hommes aux explorations (68,8 %). Ces résultats sont contraires à ceux obtenus par Shinga [17] où un faible pourcentage d'homme faisait le bilan prescrit (33,3 %). Selon Traoré et al., l'homme a encore du mal à supporter sa responsabilité dans l'infertilité du couple, expliquant ainsi son faible implication dans la recherche de solution [36]. Cette différence de résultats prouve la prise de conscience de la notion d'infertilité masculine par les hommes sénégalais. Les politiques de sensibilisation devraient être accentuées pour encourager d'avantage les hommes à sortir de leur mutisme et de faire face de leur situation.

#### ❖ **La responsabilité de l'infertilité**

Nous avons eu 71 % de patientes qui connaissaient la cause de leur infertilité. Cela s'explique par le fait que d'autres patientes n'avaient pas encore réalisé leur bilan ; d'autres avaient du mal à revoir le gynécologue pour l'interprétation du bilan.

L'infertilité était d'origine féminine dans 51 % des cas, masculine dans 11 % des cas, mixte dans 30 % des cas et inexpliquée dans 8 % des cas. On peut voir ce genre de résultats chez Parnot [66] dans son étude où elle avait obtenu 34,3 % pour l'infertilité féminine, 24,2 % pour l'infertilité masculine, 25,3 % pour l'infertilité mixte et 16,2 % pour l'infertilité inexpliquée. En France en 2007, on estimait que l'infertilité était d'origine féminine dans 30 % des cas, masculine 20 %, mixte 40 % et inexpliquée 10 % [67]. Ces taux d'infertilité inexpliquée doivent motiver les chercheurs à pousser davantage leurs recherches et surtout à développer les techniques d'AMP accessibles et décentralisées.

### ❖ **Continuité des soins**

Quarante-cinq patientes (45 %) avaient interrompu le traitement à un moment donné du suivi et la raison était dans 20 % des cas une absence de résultats escomptés. La dépression, la pression sociale, le stress de l'attente des résultats du traitement sont une expérience très douloureuse pour certains couples. Selon Goeb et al., cette situation emmène certains couples à interrompre leur traitement après une seule tentative d'AMP [68]. En Afrique, l'entourage ou la belle-famille s'immisce souvent dans la vie des couples infertiles soit pour se moquer ou pour les aider ; une aide parfois non médicale. C'est ce qui fait souvent que ces derniers sont orientés vers des marabouts ou un autre médecin par l'entourage motivant ainsi les interruptions des suivis [62]. Dans notre étude 6 femmes (13,6 %) avaient interrompu leur traitement pour cela. Le coût élevé du traitement est un autre facteur d'interruption du traitement médical.

Une bonne communication permettrait aux patientes de comprendre le retard lié à l'obtention des résultats escomptés afin de motiver ces dernières à la patience, mais aussi une bonne subvention de la prise en charge motiverait les patientes à continuer le suivi.

### ❖ **Consultation chez le tradipraticien**

Dans notre série, 47 patientes (47 %) avaient consulté un tradipraticien. Ceci s'explique par le fait qu'en Afrique, l'infertilité trouve parfois son explication dans le surnaturel. Ce sont des croyances qui sont encore présentes dans l'esprit de certaines. En effet certaines femmes pensent être possédées par un démon maléfique qui ne peut être traité que par les tradipraticiens. Dans notre étude, nous avons eu 32 femmes (68,1 %) pour qui les tradipraticiens assimilaient leur infertilité à la possession par un démon maléfique et 16 femmes (34 %) à un maraboutage. De même que Nana [54] au Cameroun qui avait trouvé 25 % de cas de malédiction et 36,9 % de sorcellerie. La belle-famille est souvent accusée surtout si l'union ne plaisait pas à certains membres de la famille.

La fréquentation des femmes chez les tradipraticiens pourrait aussi s'expliquer par leurs résultats satisfaisants dont témoignent d'autres personnes de leur entourage.

Ces tradipraticiens sont connus pour le temps et le soutien qu'ils accordent à leurs clients, en dehors de leur accessibilité par leur moindre coût de consultation et leur proximité avec la population [34, 62]. Ce soutien psychologique pourrait entraîner une baisse du stress et par conséquent aboutir à une grossesse, car le stress peut donner des cycles anovulatoires et entretenir l'infertilité [9].

Ce qui nous fait penser qu'il faudrait que le personnel médical accorde beaucoup plus de temps à ces patientes en besoin d'exprimer leurs ressentis, partage leur souffrance et leur vécu. Car, dans ce cas de figure, il nous faut, en tant que médecins, adopter l'approche rogerienne ; c'est-à-dire l'écoute active. En dehors de cette attention à accorder aux patientes, on peut aussi ajouter la réduction des coups de la prise en charge. L'accessibilité des grandes structures sanitaires pourrait encourager davantage leur fréquentation au détriment de la médecine traditionnelle.

S'agissant des traitements les plus prescrits par les tradipraticiens, nous avons noté dans notre série des traitements à base d'eau de bain (25 %), des talisements (24 %), des décoctions (18 %) et des offrandes à faire (18 %).

Une sensibilisation sur les dangers de la phytothérapie sur la fertilité pourrait réduire l'utilisation de ces produits et en même temps limiter la fréquentation de ces tradipraticiens. Car elle peut être par exemple responsable de toxicité mais aussi d'obstruction tubaire.

#### ❖ **Autres recours**

Chez ces patientes, la recherche de grossesse est une tâche très difficile, voire douloureuse. Ces derniers passent par des gynécologues, des infirmiers, des nutritionnistes, des sages-femmes, des médecins, des tradipraticiens, suivent des programmes d'aide à la procréation.

Dans notre série, en dehors des gynécologues, des infirmiers ou sages-femmes, des tradipraticiens, 9 patientes (9 %) avaient déjà bénéficié d'une des méthodes d'AMP dans leur parcours de recherche de solution, 2 (2 %) femmes étaient en cours de démarche pour adopter un enfant. L'adoption comme solution permettrait à ces femmes d'être moins dépressives et d'élever leur estime de soi comme l'on démontré Galhardo et al. [42] dans leur étude.

Le taux faible de patient ayant déjà fait recours à l'AMP pourrait s'expliquer par son non-accessibilité ou par ses coûts élevés ou encore par les problèmes éthiques qu'elle soulève. D'où la sensibilisation des patientes sur les techniques de l'AMP, mais aussi d'organiser des émissions télévisées avec les chefs religieux pour éclairer certains points encore flous pour certains.

Au moment de notre étude, 96 femmes (96 %) avaient décidé de continuer leur suivi médical, 2 femmes avaient renoncé au projet d'enfant et le type d'aide le plus exprimé était une aide dans le suivi médical soit 68 % des cas. Le taux élevé de patiente ayant décidé de continuer le suivi médical pourrait s'expliquer par la satisfaction de ces patientes sur le personnel médical comme elles l'ont bien signalé dans notre étude.

Il serait opportun de continuer dans cette même lancée de bon accueil déjà existant et salué par les patientes enquêtées.

#### **IV.5. EXPLICATION DONNÉES A L'INFERTILITÉ**

Nous avons eu 97 patientes qui pensent que leur infertilité n'est pas liée à événement vécu. Ici, nous faisons allusion à certains types d'infertilités liées au blocage inconscient de la femme et de sa fertilité par peur de revivre un événement traumatique vécu. Comme l'ont développé certains auteurs comme S. Freud dans son ouvrage « Nouvelles conférences sur la psychanalyse » [6].

En ce qui concerne l'explication donnée par les femmes sur leur infertilité, la majorité (65 %) pense que c'est une volonté divine. On a relevé quelques une qui pensent que c'est une cause surnaturelle : maraboutage (4 %), une possession par un démon (6 %). Les causes surnaturelles sont souvent évoquées en Afrique

comme cause d'infertilité [36]. Nana [63] avait obtenu 36,9 % des femmes qui assimilaient leur infertilité à la sorcellerie et 25 % à la malédiction. Dans l'étude de Ngo Um Meka et al [55], 84 % des femmes assimilaient leur infertilité à un sortilège et 79 % à une malédiction.

Ce qui nous mène à penser que les Africains ont du mal à converger leur pensée vers un savoir scientifique de cette maladie. Ce problème sera résolu que si l'on parvient à comprendre le rapport causal de la maladie ; c'est-à-dire si une maladie survient, c'est parce qu'il y a une cause médicalement explicable et certainement traitable.

#### **IV.6. REPRÉSENTATION PSYCHO-SOCIALE DE L'ENFANTEMMENT**

S'agissant de la représentation psycho-sociale autour de l'enfant, nous avons eu 69 % des femmes qui pensent que l'enfant est une bénédiction et qu'il assure la perpétuité de la famille ; 59 % pensent que l'enfant consolide le couple et confère une sécurité aux parents en leur assurant leur survie. Ces résultats sont plus ou moins proches de ceux de Kougbéagbé [61] où pour 34,38 % des femmes l'enfant représentait le bonheur, pour 29,69 %, l'enfant avait une valeur sociale et pour 15,63 %, l'enfant était celui qui redore l'image de la famille. Selon Traoré et al., la naissance d'un enfant en Afrique est une source de joie et permet de maintenir une certaine harmonie dans le ménage [36]. L'enfant représente la descendance de la famille c'est ce qui fait que selon Monique Jaoul et al. [69] son absence entraîne un grand traumatisme. Ces résultats démontrent la place centrale de la procréation dans le mariage et dans la société africaine en général.

Concernant l'avantage de la maternité, on voit que la question a suscité beaucoup de réactions du côté des patientes. En Afrique être femme et être mère ne donne pas les mêmes avantages. Selon F. Heritier, repris par Brochard [3], dans la société Samo du Cameroun dans les années 70 on refusait le statut de femme aux femmes infertiles et on les enterrait à leur mort dans le cimetière des enfants.

Dans notre étude, nous avons constaté que pour 37 femmes, « être mère » veut dire « être une vraie femme complète », pour 20 femmes, c'est « être digne auprès de son mari ». Ces résultats montrent l'importance pour ces femmes d'être mère et confirment la position centrale de la procréation dans le mariage. Selon certains auteurs comme Mbow et Touré la maternité permettra aux femmes d'être plus respectées dans leur foyer, de retrouver leur estime de soi, car pour elles cela restera toujours une dette qu'elles doivent à la belle-famille ou à la société [62]. Ce qui nous laisse voir que la lecture que les sociétés africaines en général font de la notion de féminité est inséparable de la possibilité de procréation chez la femme. Le rôle de changement de mentalité devrait alors être assuré par les intellectuels en général et les spécialistes des questions de santé en particulier.

#### **IV.7. RÉACTIONS À L'ANNONCE DE L'INFERTILITÉ**

Vu l'importance de la décrite de la maternité dans nos sociétés, l'annonce du diagnostic de l'infertilité est une épreuve aussi bien pour le médecin que pour la patiente. Les sentiments éprouvés à la suite de l'annonce varient d'un individu à un autre.

Dans notre série, 29,6 % des patientes avaient un sentiment de désespoir, 23,9 % avaient un sentiment de frustration, 21,1 % avaient un sentiment semblable à celui de l'annonce d'un cancer ou d'une autre maladie grave et 14,1 % avaient un sentiment comparable à celui d'annonce de décès.

Ceci confirme que l'annonce d'une infertilité représente une crise dans la trajectoire de vie du couple. Le sens de l'existence du couple est alors remis en question. L'intégrité psychique et physique est remise en question traduisant une souffrance profonde [1]. La déception est souvent ressentie par les femmes du fait de ne pas vivre l'état de fusion mère-enfant expérimentée durant leur enfance [38]. La leçon à retenir de ce constat est que l'annonce crée des sentiments très négatifs ou douloureux. Il faudrait pour cela bien communiquer au moment de l'annonce ou du moins impliquer des psychologues dans l'annonce et dans la prise en charge continue des patientes.



## IV.8. CONSÉQUENCES SOCIALES DE L'INFERTILITÉ

S'agissant des conséquences sur la vie du couple, l'infertilité n'a pas eu de répercussion pour la plupart des femmes (54 %). Pour trente-sept femmes (37 %), l'infertilité avait plus tôt un retentissement positif puisque leur conjoint ne s'est plus rapproché d'elle. Toutefois, on note des retentissements pour certaines à type d'abandon par le conjoint (6 %), de manque d'attention du conjoint (5 %), de diminution de la communication (8 %) ; celle-ci reste centrée sur le projet d'enfant (8 %), de diminution de la fréquence des rapports sexuels (2 %) ou de rapports sexuels programmés en fonction du jour de l'ovulation (1 %).

Si dans notre étude, nous avons noté pour la majorité des femmes une bonne atmosphère conjugale, tel n'était pas le cas pour Kougueabédé [59] qui avait obtenu 48,44 % de femmes où l'atmosphère conjugale était pesante, et 42,19 % de femmes qui avaient décidé de ne pas se prononcer.

Cette différence de résultats pourrait être expliquée par le fait que la majeure partie des maris des femmes enquêtées participent à l'exploration de la maladie et commencent à l'incorporer et à l'accepter plus ou moins. Ce qui nous permet d'affirmer qu'ils ont pour la plupart conscience de la notion d'infertilité masculine.

L'abandon et le sentiment d'incompréhension ou d'insensibilité du conjoint sont souvent rapportés par les femmes dans la littérature [38]. Seck, dans son étude en 2010 sur le vécu psychologique de l'infertilité au Sénégal, avait fait la remarque selon laquelle l'infertilité était source de conflit conjugal voire de divorce au Sénégal [41]. Nana [63] avait remarqué que les disputes conjugales causées par l'infertilité étaient augmentées dans 22,1 % des cas. Les rapports sexuels étaient diminués dans 33,3 % des couples monogames et 14,3 % des polygames. La peur de perdre le partenaire était ressentie dans 58,7 % des cas.

Selon Traoré et al., l'infertilité est la première cause de mésentente conjugale ou de divorce [36]. Les rapports sexuels qui ne se font plus par plaisir, mais plutôt pour la recherche d'enfant sont l'une des conclusions de l'étude et Ohl J et al [69].

D'autres auteurs évoquent un dysfonctionnement psychologique avec comme conséquence un dysfonctionnement sexuel chez des couples infertiles [70].

Ces conséquences comme la diminution de la fréquence des rapports sexuels vont entretenir l'infertilité. Ce qui nous pousse à penser comme Collier. F [45] pour qui une collaboration est nécessaire pour une bonne prise en charge de l'infertilité, entre praticiens spécialisés dans la reproduction, ceux impliqués dans la sexologie et ceux dans la santé sexuelle. Nous pensons aussi que pour éviter de telle situation, le couple devrait faire une union basée sur l'amour et non sur un futur incertain.

Quant aux relations avec la belle-famille, beaucoup d'auteurs ont relaté la vie des femmes infertiles au sein de leur foyer. Ces dernières seraient stigmatisées, marginalisées, mises sous pression par la belle-famille [25]. C'est ce que nous avons eu comme résultat dans notre étude avec 17 % de femmes stigmatisées, 14 % de marginalisées et 23 % qui vivent sous pression. C'est ce qu'ont vu Mbow et al [60] en soutenant que les femmes affectées par l'infertilité au Sénégal subissent des violences verbales de la part de la belle famille qui propose et même parfois trouve une autre épouse à leur fils. L'infertilité est, selon certaines auteurs, un drame social difficile à surmonter par le couple [36].

Nous pensons que la dédramatisation de cette situation doit passer par l'homme qui serait le centre de toute conscientisation de ses parents, de ses frères et sœurs ; ceci dans le but de protéger sa femme de toute forme de stigmatisation et de marginalisation. La femme doit s'affirmer et ne pas se laisser intimider.

S'agissant des relations avec l'entourage, nous avons eu, quatorze femmes (14 %) qui subissaient des pressions de l'entourage, sept femmes (7 %) qui seraient sujettes à des moqueries et injures et six femmes (6 %) qui seraient stigmatisées. Ces résultats montrent que les femmes infertiles au Sénégal sont très influencées par leur entourage. Kougbeagbédé avait retrouvé 25 % de femmes rejetées par l'entourage, 21,88 % qui recevaient des moqueries et 12,5 % qui étaient

dévalorisées par l'entourage. Nana [63] avait retrouvé 12,5 % de patientes rejetées par la société.

A Bangladesh une étude réalisée par Papreen.N et al [71], relate le fait selon lequel les femmes infertiles sont stigmatisées dans leur pays. Selon Mbow et al., les couples infertiles au Sénégal sont stigmatisés, discriminés et subissent des pressions de la part de la belle-famille et de la communauté [60].

Ceci nous amène à dire qu'il faudrait, par le biais des « Badiennou Gokh », passer dans les quartiers faire des porte-à-porte pour parler à la communauté des enjeux de ces discriminations que subissent ces femmes afin de leur pousser à en mettre fin.

Concernant le retentissement de l'infertilité sur la vie professionnelle, nous avons eu 22 patientes (22 %) qui étaient impactées négativement sur leur vie professionnelle à type de manque de concentration dans 76 % des cas. Le manque de concentration va entraîner une diminution de la productivité et, par conséquent, une baisse du revenu. Pour pallier cela, il faudrait impliquer un psychiatre ou un psychologue dans la prise en charge de ses patientes.

S'agissant des manifestations psychologiques chroniques, dans notre étude, 82 femmes (82 %) avaient présenté une anxiété, 73 femmes (73 %) une dépression, 52 femmes (52 %) une insomnie, 22 femmes (22 %) une honte permanente. De même, Dieng et al. qui avaient obtenu 71,4 % de cas de dépression. Ces données sont conformes aux données de la littérature. Selon Goeb et al. [67], le stress, l'anxiété et la dépression sont des réactions courantes des couples infertiles. Cet état psychologique altère la qualité de vie du couple et a souvent des répercussions psychosociales négatives [72]. Une étude réalisée en Tunisie sur la qualité de vie des couples infertiles par Yousri El Kissi et al. [74] avait prouvé que la qualité de vie des couples était inférieure aux autres couples fertiles et que les femmes infertiles avaient une qualité de vie qui est inférieure à la qualité de vie de leur conjoint. Une autre réalisée en Égypte [75] avait abouti à la même conclusion où la qualité de vie et la sexualité des femmes infertiles étaient très altérées par

rapport aux femmes fertiles. La même remarque a été faite sur les femmes infertiles en Chine [76]. Oddens B. et al. [77] de même que Peterson et al [78] avait trouvé un score de dépression plus élevé chez les femmes infertiles par rapport aux femmes fertiles. Selon Élodie Girard et al., plus de 40 % des femmes infertiles présentent des troubles psychiatriques à type d'anxiété ou de dépression, et les niveaux d'anxiété et de dépression sont équivalents à ceux des femmes souffrant de maladie chronique comme le cancer, les maladies cardiaques ou le VIH [1]. Au Cameroun [54], une étude sur les aspects psycho-sociaux des patientes infertiles avait révélé 84,61 % de cas de stress, 53,85 % de dépression, et 34/92 femmes avaient une honte permanente. Selon Alhassan et al. dans leur enquête sur la dépression chez les femmes infertiles au Ghana [53], la prévalence de la dépression est plus élevée chez la femme infertile et le niveau de dépression augmente avec l'âge de la femme et la durée de l'infertilité du couple. La sexualité des couples infertiles serait altérée et cette altération des rapports sexuels serait influencée par la durée de l'infertilité (plus de 4 ans), l'âge des partenaires (supérieur à 32 ans chez la femme et supérieur à 42 ans chez l'homme), l'implication de l'homme dans l'origine de l'infertilité et aussi le type d'AMP selon une étude de Gamet et al. [79].

Selon Rossin B. [80], l'impossibilité d'accéder au désir d'enfant constitue une agression du corps et de la psyché.

Nous retenons ici que les manifestations chroniques sont très présentes, donc ces patientes doivent bénéficier d'une prise en charge psychologique par des psychiatres ou psychologues. On peut aussi organiser des groupes de parole pour aider ces femmes à évacuer leur stress.

#### **IV.9. AUTODÉFENSE ET MESURES DE RÉSILIENCE**

Les mécanismes d'autodéfense sont des réactions mentales, involontaires et inconscientes que la personne adopte devant une situation de tension ou de stress. Ces réactions ont pour but d'aider la personne à évacuer cette tension. Ils sont nombreux et variés. Pour lutter contre ces troubles psycho-affectifs, les patientes

font recours à plusieurs mécanismes réactionnels d'autoprotection. Dans notre étude, soixante-deux patientes (62 %) avaient opté l'isolement et de prier le bon Dieu (l'isolement), vingt patientes (20 %) se confiaient à leur amie (l'affiliation) et treize patientes (13 %) utilisaient la pensée excessive (l'intellectualisation). Ces mécanismes d'autodéfense sont souvent adoptés par les femmes [38]. Les couples infertiles ont souvent du mal à affronter leur difficulté selon Galhardo et al., et adoptent souvent l'évitement comme mécanisme d'autodéfense. Par exemple, ils peuvent éviter de se rendre dans certaines cérémonies comme les baptêmes [41,61].

Selon Bessoles et al. [39], il y'a une grande souffrance d'incompréhension, un tableau d'effondrement psychique et psychopathologique, un récit envahi de demande pressante d'avoir un enfant.

Nous remarquons que les patientes préfèrent s'isoler et de faire des prières pour lutter contre leur stress. Elles ne préfèrent pas extérioriser leur sentiment ce qui nous amène à dire qu'il faudrait comme nous l'avons dit au long du sujet, organiser des groupes de parole entre femmes en situation d'infertilité du couple pour faciliter ces dernières à extérioriser leur vécu.

#### **IV.10. APPRÉCIATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE**

Dans notre étude, la majorité des patientes disent être satisfaites du personnel médical. Ceci pourrait s'expliquer par l'amélioration des politiques de santé sur l'accueil, l'humanisme et la compassion que doit avoir le personnel de santé.

Nous recommandons aux structures de continuer sur cette lancée et d'améliorer davantage l'accueil des patientes.

Concernant la prise en charge psychologique, aucune patiente ne l'avait bénéficié. Dans une étude réalisée en Seine-Maritime et à l'Eure (France) par Adam et al. [81] sur la prise en charge des couples infertiles en soins primaires par les médecins généralistes, 97 % des médecins disent jouer un rôle de conseil sur l'accompagnement psychologique et la réassurance des patients. Ce qu'on n'a pas remarqué dans notre étude alors que certaines patientes avaient fait un long

parcours avant d'arriver dans le service. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de service de psychiatrie au CHNDJ ou une sous-estimation des troubles psychiatriques des femmes infertiles par le personnel soignant ou encore des patientes qui se montrent parfois très fortes ne laissant pas exprimer leur émotion leurrant ainsi davantage le personnel. La nécessité d'une prise en charge psychologique des couples infertiles est défendue par plusieurs auteurs de même que nous, en raison des importants troubles psychiatriques engendrés par l'infertilité ou sa prise en charge par l'AMP [68,74,75,76,82,83]. Cette prise en charge permettrait de prévenir ou de traiter les troubles psychiatriques, de préserver la qualité de vie du couple ou encore de préparer à la parentalité en cas de réussite de l'AMP [28]. Une évaluation psychologique au préalable doit être faite à toutes les patientes afin de savoir l'aide à appointer en complément médical [84].

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

L'infertilité est définie comme l'absence de grossesse spontanée après au moins un an de rapports sexuels réguliers sans aucune forme de contraception. C'est un problème de santé publique auquel plusieurs couples sont confrontés. Elle touche environ 80 millions de personnes dans le monde soit un couple sur dix. Elle devient de plus en plus importante et reste une demande publique de santé. On constate de plus en plus de cas d'infertilité en Afrique. Le Sénégal n'est pas en reste. Il n'y aurait pas des chiffres exacts sur la prévalence réelle de l'infertilité au Sénégal. Selon l'enquête faite par Demographic and Health Surveys en 2016 au Sénégal, elle concernerait 4 % des femmes âgées entre 35-49 ans.

L'infertilité est un drame social surtout en Afrique où l'enfant reste le socle de la famille. Les couples infertiles sont souvent confrontés à des stigmatisations, marginalisations et à des pressions de la part de la société. Ces situations traumatiques engendrent des troubles psychologiques non négligeables sur le couple. Ces retentissements sur la santé mentale des couples sont très néfastes. Elle est source de dépression, d'anxiété, et bien d'autres troubles. Les femmes sont plus touchées par ses troubles.

Fort de ce constat, nous avons jugé opportun d'aller à la rencontre des femmes en situation d'infertilité afin d'étudier leur vécu, leur parcours de soins à la recherche de solutions ainsi que le retentissement de l'infertilité dans leur vie de tous les jours.

Pour ce faire, nous avons réalisé une étude prospective, transversale, descriptive au service de gynécologie-obstétrique du CHNDJ de Dakar durant la période allant du 17 octobre 2021 au 22 octobre 2022 et concernant des femmes consultant pour désir de grossesse.

Les critères d'inclusions étaient : toute femme en âge de procréer, vivant en couple depuis au moins un an, consultante pour désir de grossesse. Nous n'avons pas inclus celles ne souhaitant pas participer à l'étude ou celles avec qui nous avons une barrière linguistique.



Les variables étudiées portaient sur les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, la représentation psycho-sociale de l'enfantement et de la maternité, le parcours de soins à la recherche de solution, les réactions psychoaffectives, les aspects ayant trait au retentissement de l'infertilité dans la vie du couple et au sein de la société, les mesures de résiliences adoptées et les aspects de la prise en charge.

Après consentement éclairé, nous avons recueilli les données par interview direct sur une fiche contenant le questionnaire. Les données étaient recueillies grâce à l'application KOBO collecte, analysées avec les logiciels Excel et SPSS.

Nous avons colligé 100 femmes qui répondaient aux critères recherchés. Le profil socio-démographique des femmes était celui d'une femme dont l'âge moyen était de 34 ans avec des extrêmes de 18 ans et 47 ans. La tranche d'âge de 30-37 ans était la plus représentative. Les patientes résidaient en majorité à Dakar. Le niveau d'étude secondaire était le plus représenté (31 %) suivi du niveau d'étude supérieure et primaire à des proportions égales de 28 %. La profession libérale représentait 37 % et celles sans profession 31 %. L'ethnie wolof était prédominante (47 %). La majorité de nos patientes étaient de religion musulmane (95 %). Les femmes cohabitaient avec leur conjoint depuis plus de 5 ans dans 54 % des cas. Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) de nos patientes étaient à leur premier mariage. L'infertilité primaire était plus représentée soit 61 %.

Concernant le parcours à la recherche de soins, les explorations avaient débuté au bout d'un an de mariage chez 36 % des patientes. La femme était l'initiatrice de la décision de consulter dans 70 % des cas. Nous avons eu 45 % de patientes qui étaient passées par un intermédiaire avant de consulter un gynécologue. Ces intermédiaires étaient pour la plupart des infirmières ou sages-femmes. Le conjoint participait aux explorations pour la majorité des patientes (68,8 %). L'infertilité était selon ces femmes, d'origine féminine dans 51 % des cas, masculine (11 %), mixte (30 %) et inexpliquée dans 8 % des cas. Les soins étaient interrompus dans 45 % des cas et l'une des raisons était une absence de résultats

escomptés dans 44,4 %. Des consultations chez les tradipraticiens étaient rapportées par 47 femmes (47 %) et les explications données par ceux-ci étaient une possession par un démon maléfique (68,1 %), un maraboutage (34 %). Les traitements traditionnels les plus prescrits étaient de l'eau de bain (25 %), des talisements (24 %), une décoction et des offrandes à faire (18 %). Toujours dans la recherche de solution, 9 patientes avaient recours à l'Assistance médicale à la procréation (AMP) et 2 patientes étaient en train de faire des démarches pour adopter un enfant.

S'agissant de l'explication donnée à l'infertilité, elle n'est pas liée à un événement vécu selon la quasi-totalité de nos patientes (97 %). Elle serait plutôt due à la volonté divine (65 %) ; au maraboutage (4 %) ou à la possession par un démon maléfique (6 %).

Dans l'entendement des patientes interrogées, l'enfant représente une bénédiction, ou celui qui va assurer la perpétuité de la famille (69 %), celui qui consolide le couple et confère une sécurité aux parents en leur assurant leur survie (59 %).

Concernant la maternité, pour ces femmes, elle est une occasion de prouver qu'on est une vraie femme (15 %), une femme digne de son mari (20 %).

À l'annonce du diagnostic, les femmes avaient ressenti une situation de désespoir dans 29,6 % des cas, une situation de frustration dans 23,9 % des cas, un sentiment proche de celui de l'annonce d'un cancer ou de maladie grave dans 21,1 % des cas, voire d'un décès dans 14,1 % des cas.

Concernant la conséquence sociale de l'infertilité, pour la majorité de nos patientes soit 54 %, l'infertilité n'avait pas de répercussion dans leur vie de couple. Le conjoint s'est plus rapproché de son épouse dans 37 % des cas. Cependant, nous avons noté des cas de retentissement négatif à type d'abandon par le conjoint (6 %), de manque d'attention (5 %), de diminution de la communication (8 %), une communication qui tourne autour du projet d'enfant (8 %), une diminution de la fréquence des rapports sexuels (2 %), qui sont

programmés en fonction du jour de l'ovulation (1 %). Pour la plupart des cas, les relations avec la belle-famille étaient inchangées. Néanmoins, on a noté 17 % de cas de stigmatisation, 14 % de marginalisation et 23 % où la femme est mise sous pression. Ce type de relation avec la belle famille est proche de celui décrit dans l'entourage. L'infertilité avait un retentissement sur la vie professionnelle des femmes dans 22 % des cas. On a noté un manque de concentration pour la plupart des patientes (76 %). Nous avons noté des manifestations psychologiques chroniques à type d'anxiété (82 %), de dépression (73 %), d'insomnie (52 %), de troubles bipolaires (32 %), ou de honte permanente (22 %).

Pour alléger leurs souffrances, des mécanismes d'autodéfenses ont été adoptés par ces patientes à type d'isolement dans 62 % des cas, d'affiliation (20 %) et d'intellectualisation (13 %).

Les relations avec le personnel étaient satisfaisantes pour la majorité des cas.

Au moment de notre étude, aucune prise en charge psychologique n'a été faite chez nos patientes.

Les types d'aide les plus exprimés par les patientes étaient d'ordre médical (68 %), aide financier (37 %), spirituel (23 %) et psychologique (20 %).

Au vu de nos résultats, nous pouvons retenir que l'infertilité est différemment vécue chez les femmes. Les retentissements psychologiques peuvent aller de l'anxiété à la dépression impactant négativement sur la qualité de vie des femmes et leur relation avec leur conjoint et l'entourage.

Toutefois, il faut signaler qu'il y aurait une discordance entre le résultat lié au besoin d'aide sollicitée par les patientes et les manifestations liées au vécu de l'infertilité des couples. Nos résultats présentent une forte demande médicale comme précédemment indiqué avec 68 % de besoin d'aide médicale alors que des manifestations psychologiques importantes telles que l'anxiété 82 %, la dépression 73 %, l'insomnie 52 %, la honte permanente 22 % sont vécus sans offre de solution. Ce qui laisserait voir une demande de prise en charge psychologique plus importante que celle médicale. Mais il est important de

comprendre que dans l'aide médicale très sollicitée ici, on peut sous-entendre celle psychologique. Car la société sénégalaise n'a pas encore l'habitude de formuler une demande prise en charge psychologique.

Tous ces constats nous amènent à formuler diverses recommandations.

- **Auprès des autorités**, nous recommandons la finalisation des travaux du premier établissement public du Sénégal de prise en charge des couples infertiles afin de faciliter l'accès à l'AMP. En attendant la finalisation de ces investissements en cours, nous pensons qu'il faudrait subventionner la prise en charge et organiser des campagnes de sensibilisation sur les causes de l'infertilité afin de réduire son ampleur et ses conséquences au sein des couples. Ce travail de sensibilisation peut se faire par voie radiophonique et télévisée, mais aussi en formant le personnel paramédical pour assurer cette communication auprès de la population. Nous pensons également qu'une sensibilisation sur les dangers de la phytothérapie sur la fertilité pourrait réduire son utilisation.
- **Au personnel de santé**, nous pensons qu'il faudrait :
  - Impliquer un psychiatre ou un psychologue et un sexologue dans la prise en charge de ces femmes souffrant d'infertilité du couple ;
  - Mettre en place des rencontres entre femmes infertiles afin qu'elles se partagent leur expérience et de savoir qu'elles ne sont pas seules dans cette situation. Cela contribuera à réduire leur stress et à augmenter les chances de survenue d'une grossesse ;

- Informer davantage les patientes à travers les réseaux sociaux sur les possibilités thérapeutiques existant au Sénégal ;
  - Faciliter l'accès aux gynécologues à ses femmes en rapprochant les rendez-vous ou en étant souvent accessible.
  - Encourager la continuité des soins en faisant une bonne communication sur la ou les causes, les possibilités thérapeutiques et le taux de réussite, afin d'alléger le parcours d'un gynécologue à autre, de réduire la fréquentation des patientes chez les tradipraticiens.
- **Envers la communauté**, nous insistons qu'il faut mettre en place des stratégies afin qu'elles puissent avoir une considération sociale. Pour cela, il faudrait intensifier la communication auprès de la communauté par le biais des « Badiennou Gokh » pour réduire la pression sociale, la stigmatisation et la marginalisation que ces femmes subissent au sein de leur communauté, revoir l'objectif premier du mariage surtout en Afrique. Il faudrait préconiser un mariage pour l'amour, le respect, la stabilité et non pour l'enfant. Les politiques de sensibilisation devraient être accentuées pour encourager d'avantage les hommes à sortir de leur mutisme et de faire face à leur situation. La sensibilisation des patientes sur les techniques de l'AMP, mais aussi d'organiser des émissions télévisées avec les chefs religieux pour éclairer certains points encore flous pour certains.
- **Auprès des conjoints**, nous recommandons l'intensification de la communication au sein du couple serait une bonne stratégie pour la

réduction de probables problèmes psychologiques. Cela renforcerait le soutien des femmes qui vivent ce problème d'infertilité, les relations du mariage, l'amour entre les deux conjoints et au sein de la famille. L'homme devrait aussi conscientiser sa famille pour protéger sa femme de toutes formes de violences.

- **Nous préconisons à l'endroit des femmes**, de ne pas se laisser intimider ou influencer par l'entourage en s'affirmant et en s'estimant davantage, faire le plus tôt possible les enfants, de savoir allier étude et procréations.
- **À l'endroit des chercheurs** nous pensons qu'il faudrait pousser les recherches sur l'infertilité inexpliquée surtout développer les techniques d'AMP accessibles et décentralisées ; ceci avec le soutien des institutions universitaires. Ce n'est que par le respect de ces quelques recommandations que nous pensons, un jour réduire la souffrance psycho-sociale liée à l'infertilité du couple.

# **RÉFÉRENCES**

1. **Girard DE, Galani DV, Toma S.** Détresse psychologique des couples infertiles : une approche globale. *Rev Méd Suisse.* 2017;13(549):371–374.
2. **Brzakowski M, Lourdel E, Cabry R, Olieric MF, Claeys C, Devaux A, et al.** Épidémiologie du couple infertile. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2009;38:F3–F7.
3. **Brochard M.** Reproductive norms, infertility and new technologies of reproduction in Senegal. Université Paris Descartes, Thèse Méd., Paris, 2014.
4. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).** Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2016. EDS-C 2016.pdf n.d.
5. **Bernard V, Bouvattier C, Christin-Maitre S.** Enjeux thérapeutiques en fertilité masculine. *Ann Endocrinol.* 2015;39:39.
6. **Comité éditorial de l'UVMaF.** Les troubles psychopathologiques de l'infertilité. UMVF - Université Médicale Virtuelle Francophone, 2014 ; 5 p.
7. **Aparicio S.** Les signifiants freudiens de la féminité. *Champ Lacanien* 2008;6:147–56.
8. **Empereire JC.** Infertilité primaire, infertilité secondaire, hypofertilité, stérilité, ce que les mots veulent dire [Internet]... Admin 8499. n.d. [Consulté le 19 octobre 2022]. Disponible sur : <https://jean-claude-emperaire.com/infertilite-primaire-infertilite-secondaire-hypofertilite-sterilite-ce-que-les-mots-veulent-dire/>.
9. **Frydman R.** Reproduction humaine et hormones. *Rev Form Méd Continue.* 2012;XXV(3–4):1–9.
10. **Kamina P.** Anatomie clinique. vol. TOM IV. Paris, Maloine, 2006.
11. **Freud S.** Nouvelles conférences sur la psychanalyse. Chicoutimi : J.-M. Tremblay; 2009. <https://doi.org/10.1522/030150547>.
12. **Charton L, Lévy JJ.** Présentation : Désir d'enfant et désir de transmission : quelles influences sur la formation des familles ? *Anthropol Soc* 2017;41:9.



- 13. Lemire L, Tousignant S.** L'infirmière clinicienne en procréation médicale assistée. Centre de Santé et de Services Sociaux, Trois Rivières. 2013 ; Vol. 10, n° 5, p. 52-53.
- 14. Wright E.** New Representationalism. *J Theory Soc Behaviour* 1990;20:1.
- 15. Priso EB, Nguetack CT, Nguemgne C, Njamen TN, Taila W, Banag E.** L'infertilité féminine a l'Hôpital Général de Douala : aspects épidémiologiques et radiologiques (à propos de 658 cas). *J Afr Imag Méd.* 2015;7.
- 16. Gandji S, Adisso S, Atrévi N, Dougnon TV, Bankolé HS, Hontonnou F, et al.** Diagnostic des lésions étiologiques de l'infertilité secondaire à Cotonou : rôle de l'hystérosalpingographie et de l'échographie pelvienne. *J Appl Biosci* 2013;68:5349–5355.
- 17. Wembulua Shinga B.** Infertilité du couple. Étude épidémio-clinique et évaluation de la prise en charge à Kisangani, RDC. Thèse De Bachelor, 2012, 66 p.
- 18. Marcis FL.** Reconnaître ou nier. Trier l'infertilité en Afrique du Sud. *Cah Cent Georges Canguilhem* 2014;6:217–37.
- 19. Fedorcsák P, Dale PO, Storeng R, Ertzeid G, Bjercke S, Oldereid N, et al.** Impact of overweight and underweight on assisted reproduction treatment. *Hum Reprod Oxf Engl* 2004;19:2523–8.
- 20. Mahutte N, Kamga-Ngande C, Sharma A, Sylvestre C.** Obesity and Reproduction. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40:950–66.
- 21. Sallem OK, Mahjoub F, Fennira E, Jammoussi H.** Profil clinico-biologique d'une population de femmes tunisiennes obèses et infertiles. *Ann Endocrinol.* 2014;75(5-6):465-466.
- 22. Dombrey PJ.** La prise en charge des couples hypofertiles par les médecins généralistes. Étude à partir des dossiers de première consultation de PMA au CHU d'Angers. Université D'Angers, Thèse Méd., Angers, 2018 ; 84 p.

- 23. Dupas C, Christin-Maitre S.** Quels sont les facteurs qui modifient la fertilité en 2008 ? *Ann Endocrinol.* 2008;69(S1):57-61.
- 24. Luton D, Sibony O, Lecat M.** *Gynécologie obstétrique.* Paris : Ellipses ; 2003.
- 25. Afoutou JM, Diallo AS, D’Almeida C, Faye O, Diallo D, Silou J, et al.** Place du test post-coïtal direct de Hühner dans le bilan de la stérilité conjugale en milieu africain au Sénégal. (À propos de 2593 tests post-coïtaux réalisés par le laboratoire de cytologie clinique, cyto-génétique et biologie de la reproduction du CHU de Dakar, Sénégal) 1983-1993. *Santé Publique.* 1997; n°1612:1-4.
- 26. Jacquesson-Fournols L, Patrat C.** Infertilité masculine – le sperme : du bon au mauvais. *Ann Endocrinol* 2014;75:258.
- 27. Sy Diallo M, Séga Diallo A, Faye O, Diallo Y, Diao B.** Augmentation de l’ADN fragmenté des spermatozoïdes de patients infertiles à Dakar (Sénégal). *Morphologie* 2016;100:174–5.
- 28. Camborieux L.** L’infertilité, c’est dans la tête ? Non...Mais oui [Internet] ! [Consulté le 3 février 2023]. Disponible sur : [https://www.aftcc.org/sites/default/files/documents/camborieux\\_prise\\_en\\_charge\\_infertilite\\_aftcc.pdf](https://www.aftcc.org/sites/default/files/documents/camborieux_prise_en_charge_infertilite_aftcc.pdf), 64 p.
- 29. UNESS.** Archives de l’UNESS. Campus numérique de l’UNF3S-moi.pdf n.d. [Internet] [Consulté le 3 février 2023]. Disponible sur : 3-[http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie\\_29/site/html/1.html](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_29/site/html/1.html)
- 30. Niang I, Ndoye M, Labou I, Jalloh M, Kane R, Diaw JJ; Ndiaye A, Guèye SM.** Profil épidémiologique de l’infertilité masculine à l’hôpital général de Grand-Yoff, Sénégal: à propos de 492 cas. *Androl.* 2009;19:1003–107.
- 31. Lamothe S, Kerlan V, Christin-Maitre S.** Qualité du sperme et fertilité : rôle de l’environnement et de la santé. *Ann Endocrinol.* 2018;79(Suppl 1):S1–S9.

- 32. Coutton C, Satre V, Arnoult C, Ray P.** Génétique de l'infertilité masculine - Les nouveaux acteurs. *Méd Sci.* 2012;28:497–502.
- 33. Bydlowski M.** Étude psychopathologique de l'infertilité féminine. *Carnet Psy* 2019;222:24–34.
- 34. Faye SL.** Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé.* 2011;3.
- 35. Rozée V, Mazuy M.** L'infertilité dans les couples hétérosexuels: genre et « gestion » de l'échec. *Sci Soc Santé* 2012;30:5–30.
- 36. Traoré M, Touré A, Sissoko S, Samaké NF.** Profil spermologique des hommes infertiles au Mali. *Andrologie* 2008;18:253–7.
- 37. Faure-Pragier S.** Introduction. Recherche sur la conception, conception d'une recherche. In: *Les bébés de l'inconscient*, 2004 ; p. 11–22.
- 38. Bourdet-Loubère S, Pirlot G.** Le vécu psychologique d'hommes infertiles. *Inf Psychiatr* 2012;88:721–6.
- 39. Bessoles P.** Infécondité féminine : un malaise dans la filiation. *Clin Mediterr* 2001;63:103–15.
- 40. Coëffin-Driol C, Giami A.** L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2004;32:624–37.
- 41. Seck S.** Vécu psychologique de l'infertilité du couple au Sénégal. Ucad, Thèse Méd., Dakar, 2010 ; n°16, 128 p.
- 42. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J.** Aspects psychologiques des couples infertiles. *EMC Sexologies* 2011;20:255–60.

- 43. Ionescu S, Perry JC.** Mécanismes de défense, coping, un même but : l'adaptation [Internet]. Les mécanismes de défenses 17, p [Consulté le 3 février 2023]. Disponible sur :  
chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.reseau-asteria.fr/wp-content/Documents/27mecadef.pdf
- 44. Chabrol H.** Les mécanismes de défense. *Rech Soins Infirm* 2005;82:31–42.
- 45. Collier F.** Quand le désir d'enfant est là : quelle sexualité pour le couple ? *EMC Sexologie*. 2010;19(3):170–174.
- 46. Garrel LL.** L'influence de la religion sur l'Assistance médicale à la procréation en France. *EMC Ethics Med Public Health*. 2018;5:69–85.
- 47. Bonnet D, Duchesne V.** Migrer pour procréer : histoires de couples africains. *Cah Genre* 2014;56:41–58.
- 48. Hocke C, Bouchet P.** Prise en charge globale du couple infertile et mesures d'amélioration de la fertilité avant traitements inducteurs [Internet]. DocPlayer, 156 p [Consulté le 3 février 2023]. Disponible sur :  
<https://docplayer.fr/6136475-Prise-en-charge-globale-du-couple-infertile-et-mesures-d-amelioration-de-la-fertilite-avant-traitements-inducteurs-claude-hocke-pauline-bouchet.html>.
- 49. Diop A.** Profil hystérosalpingographique de l'infertilité féminine au centre hospitalier national de pikine. Ucad, Thèse Méd., Dakar, 2013, n°772, 104p.
- 50. Dia F.** Assistance médicale a la procréation : bilan d'activités de FIV-Sénégal de 2007-2017. Ucad, Thèse Méd., Dakar, 2018, n°192, 116p.
- 51. Dieng ML.** Évaluation psychométrique du stress lie à l'infertilité dans un échantillon de patients au Sénégal. Ucad, Thèse Méd., Dakar, 2019 ; n° 266, 96 p.
- 52. Faye AB.** Apport de l'échographie 2D dans l'exploration de l'infertilité féminine au CHN de Pikine. Ucad, Thèse Méd., Dakar, 2019, n°96, 149p.
- 53. Alhassan A, Ziblim AR, Muntaka S.** A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Womens Health* 2014;14:42.

- 54. Nana PN, Wandji JC, Fomulu JN, Mbu RE, Leke RJI, Woubinwou MJ.** Aspects Psycho-Sociaux chez Patients Infertiles à la Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun. *Clin Mother Child Health* 2011;8.
- 55. Ella SB.** Aspects épidémiologiques des lésions pelviennes et concordance hystérosalpingographie-cœlioscopie dans l'exploration de l'infertilité féminine 2017 [Internet]. [Consulté le 14 février 2020]. Disponible sur : <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/thesis/view/616>.
- 56. Rowe T.** Fertility and a woman's age. *J Reprod Med* 2006;51:157–63.
- 57. Frydman R, Eibschitz I, Papiernik E.** Les indications médicales de la fécondation. *Méd Sci* 1985;1:122-128.
- 58. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R.** Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service". *Hum Reprod* 2001;16:1753–61.
- 59. Meka ENU, Foumane P, Essi MJ, Kamta AL, Essiben F, Mboudou ET.** Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en désir d'enfant vis-à-vis de l'infertilité à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé. *Health Sci Dis* 2016;17(4):41–46.
- 60. La Croix Africa.** Données géographiques et identité religieuse au Sénégal [Internet]. *Croix Afr* n.d. [Consulté le 3 février 2023]. Disponible sur : <https://africa.la-croix.com/statistiques/senegal/>.
- 61. Koubeagbede Kuassigan IT.** Vécu psychologique de l'infertilité féminine au sein du couple à l'hôpital Saint-Luc de Cotonou. *Revue Ivoirienne de Sociologie et de Sciences Sociales*, p. 314–327.
- 62. Mbow F, Toure ID.** Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal. *Population Council*. 2019 ; 21 p. <https://doi.org/10.31899/rh2019.1000>.

- 63. Adjamagbo K.** Aspects radiologiques de la pathologie utero-tubaire dans la stérilité féminine à propos de 1314 hystérosalpingographies au CHU de Lomé. *Médecine d'Afrique Noire.* 1993, 40 (10):581–582.
- 64. Hind I.** Apport de l'hystérosalpingographie dans le bilan d'infertilité féminine : étude multicentrique à propos de 155 cas. Ucad, Thèse Méd., Dakar, 2017; n°42, 131p.
- 65. Sundby J.** Infertility in the Gambia: traditional and modern health care. *Patient Educ Couns* 1997;31:29–37.
- 66. Pirrello-Parnot LP.** Étude de l'insatisfaction corporelle et du projet d'enfant chez les couples infertiles consultant en centre de procréation médicalement assistée. Université de Grenoble, Thèse Méd., Grenoble, 2006 ; 219 p.
- 67. Barillier H.** La stérilité féminine Prise en charge actuelle en France. Université de Caen, Thèse Méd., Caen, 2007 ; 213 p.
- 68. Goëb JL, Férel S, Guetta J, Dutilh P, Dulioust E, Guibert J, et al.** Vécus psychologiques des démarches d'Assistance médicale à la procréation☆. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2006;164:781–8.
- 69. Fonteneau L.** Accompagner lors de traitement de procréation médicalement assistée : réflexions sur la plus-value d'une conseillère en santé sexuelle au sein du service. *CEFOC–HETS, DAS en santé sexuelle : Intervention par l'éducation et le conseil*, 2019 ; 41 p.
- 70. Ohl J, Reder F, Fernandez A, Bettahar-Lebugle K, Rongières C, Nisand I.** Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité. *Gynécol Obstét Fertil* 2009;37:25–32.
- 71. Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G.** Évaluation psychologique et sexologique du couple infertile. *EMC Sexologies.* 2010;19(1):48-52.
- 72. Papreen N, Sharma A, Sabin K, Begum L, Ahsan SK, Baqui AH.** Living with infertility: experiences among Urban slum populations in Bangladesh. *Reprod Health Matters* 2000;8:33–44.

- 73. Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P.** Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Hum Reprod Update* 2008;14:605–21.
- 74. El Kissi Y, Amamou B, Hidar S, Ayoubi Idrissi K, Khairi H, Ali BBH.** Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *Int J Gynecol Obstet* 2014;125:134–7.
- 75. Hassanin IMA, Abd-El-Raheem T, Shahin AY.** Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:118–21.
- 76. Xiaoli S, Mei L, Junjun B, Shu D, Zhaolian W, Jin W, et al.** Assessing the quality of life of infertile Chinese women: a cross-sectional study. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2016;55:244–50.
- 77. Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuys H.** Psychosocial experiences in women facing fertility problems--a comparative survey. *Hum Reprod Oxf Engl* 1999;14:255–61.
- 78. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Schulman RS.** Coping Processes of Couples Experiencing Infertility. *Fam Relat* 2006;55:227–39.
- 79. Gamet ML.** À propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une Assistance médicale à la procréation (AMP). *EMC Sexologies* 2008;17:102–12.
- 80. Rossin B.** En quoi l'infertilité peut être source d'un sentiment d'agression. *EMC Sexologies*. 2019;28(2):49–53.
- 81. Adam M.** La prise en charge du couple infertile en soins primaires: enquête auprès de médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure. Université de Rouen, Thèse Méd., Rouen, 2018 ; 102 p.
- 82. Edelmann RJ, Connolly KJ.** Psychological aspects of infertility. *Br J Med Psychol* 1986;59(Pt 3):209–19.

- 83. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al.** A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health* 2004;4:9.
- 84. Dunnigan L.** La naissance tardive d'une intervention psychosociale en infertilité. *Serv Soc* 1988;37:120–36.



# **ANNEXES**

## FICHE D'ENQUÊTE

Madame, je m'appelle Mansata Diédhiou, je suis étudiante de doctorat en médecine à l'université Assane Seck de Ziguinchor. Je mène une enquête sur comment les femmes vivent l'infertilité au sein de leur société. J'aurais besoin de votre avis et consentement pour m'entretenir avec vous en quelques minutes. Sachez que les informations que vous me fournirez sont confidentielles et sont exploitées dans l'anonymat pour aider les femmes à mieux vivre leur infertilité. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, quel que soit vos raisons sans en supporter aucune responsabilité. Le fait de ne pas participer à cette recherche ne portera pas atteinte à nos relations ni à celle avec vos médecins traitants. Votre consentement ne décharge en rien l'investigation que je suis de l'ensemble de mes responsabilités, et vous conserverez tous vos droits garantis par la loi.

**Consentez-vous à répondre à ces questions.**

Oui.

Signature

1-Identifiant	Non..... Prénoms Numéro de Tel N°FICHE.....
2-Quelle est votre adresse habituelle ?	Dakar Région, Préciser..... Hors pays
3-Quel est votre âge ?	
4- Quel est votre niveau d'études ?	Non scolarisée Primaire Secondaire Supérieur Autres (préciser)
5-Quelle est votre occupation ?	Sans profession Profession libérale Salariée publique Salarie privée

	Autres (préciser)
6- Quelle est votre ethnie ?	Wolof Sérère Diola Poular Socé Autres (préciser)
7- Quelle est votre religion ?	Musulmane Chrétienne Animiste Autres (préciser)
8- Depuis quand cohabitez-vous avec votre mari ?	.....ans.....mois Donnez la valeur exacte
9- Êtes-vous à votre premier mariage ?	Oui Non, Si non préciser quelles étaient les raisons de vos séparations ? -raisons liées à la fertilité -raisons non liées à la fertilité
10- Avez-vous déjà une grossesse antérieure à terme ou un avortement ?	Non Oui
11-Combien de temps avez-vous attendu avant de consulter un gynécologue ?	.....ans .....mois
12-Etes-vous passer par un intermédiaire avant de consulter un gynécologue ?	Non Oui, si oui préciser -Tradithérapeute -Infirmier ou SFE

	<p>-Médecin</p> <p>-Autres (préciser)</p>
13- Qui a pris l'intention de consulter un gynécologue ?	<p>Vous-même</p> <p>Votre mari</p> <p>Autres (préciser)</p>
14- Est-ce que votre mari a participé aux explorations ?	<p>Oui,</p> <p>si non pourquoi?</p>
15-Est ce qu'on vous a précisé la cause de l'infertilité dans le couple ?	<p>Non</p> <p>Oui, si oui, préciser la cause selon la responsabilité</p> <p>-Cause féminine.....</p> <p>-Cause masculine.....</p> <p>-Cause mixte.....</p>
16-Pensez-vous que votre infertilité est liée à un évènement quelconque ?	<p>-Non, je ne vois pas</p> <p>-Oui, préciser</p>
17- Comment expliquez-vous alors votre infertilité ?	<p>Dieu l'a voulu ainsi</p> <p>C'est à cause d'une maladie constatée</p> <p>On m'a maraboutée</p> <p>Je suis possédée par un démon maléfique (Faru rab)</p> <p>Autres (préciser)</p>
18-Que représente un enfant pour vous ?	<p>C'est celui qui consolide le couple</p> <p>Il confère une sécurité aux parents assurant leur survie</p> <p>Il confère un prestige et un pouvoir social aux parents</p> <p>Il assure la perpétuité de la famille</p> <p>Une récompense divine</p>

	<p>Un moyen de pression pour garder toujours son mari</p> <p>Autres (préciser)</p>
<p>19- Selon vous, que représente le fait d'être mère dans la société ?</p>	<p>1-fait d'être mère prouve qu'on est une vraie femme</p> <p>2-Le fait d'être mère prouve qu'on est une vraie femme complète</p> <p>3-Le fait d'être mère prouve qu'on est digne de son mari</p> <p>4-Le fait d'être mère prouve qu'on est sa raison d'être dans ce monde</p> <p>5-Le fait d'être mère prouve qu'on n'est pas malade</p> <p>6-Autres (préciser)</p>
<p>20- Quelle était votre réaction à l'annonce de votre infertilité ?</p> <p>Plusieurs réponses sont possibles</p>	<p>a-C'est comme si on me disait que j'avais le cancer ou une autre maladie grave.</p> <p>b-C'est comme si on m'annonçait un décès</p> <p>c-J'avais une colère en moi</p> <p>d- J'ai eu un sentiment de jalousie</p> <p>e- J'avais un sentiment de désespoir</p> <p>f- J'ai eu un sentiment de frustration</p> <p>g- Je me suis senti impuissant</p> <p>h-Je n'y croyais pas</p> <p>i-J'ai eu un sentiment de culpabilité</p> <p>j-Je me suis dit que c'est injuste</p> <p>k-Je me suis senti violet de mes droits</p> <p>l-Je me suis senti dévalorisé</p> <p>m-Je n'avais plus confiance en moi</p> <p>n-Autres réponses (préciser)</p>
<p>21-Qu'est-ce que votre infertilité a changé dans votre vie de couple?</p>	<p>1-Rien</p> <p>2-Mon mari est devenu distant</p>

	<p>3-Mon mari s'est rapproché de moi, me soutient beaucoup</p> <p>4-On ne communique plus beaucoup comme avant</p> <p>5-Je me sens seul et abandonné par mon mari</p> <p>6-Mon mari n'est plus attentionné comme avant</p> <p>7-Notre communication tourne autour du projet d'enfant</p> <p>8-Nos rapports sexuels sont programmés en fonction du jour de l'ovulation</p> <p>9-On n'a diminué la fréquence de nos rapports sexuels</p> <p>10-Autres (préciser)</p>
<p>22- Comment sont vos relations avec la belle famille ?</p>	<p>Elle me stigmatise</p> <p>Elle me marginalise</p> <p>Elle me traite de tous les noms</p> <p>Elle se moque de moi</p> <p>Elle me met la pression</p> <p>Elle me soutient et m'aide</p> <p>Elle se réjouit de mon sort (infertilité)</p> <p>Autres (préciser)</p>
<p>23- Comment sont vos relations avec l'entourage ?</p>	<p>Il me stigmatise</p> <p>Il me marginalise</p> <p>Il me traite de tous les noms</p> <p>Il se moque de moi</p> <p>Il me met la pression</p> <p>Autres (préciser)</p>
<p>24- Est ce que votre problème d'infertilité a retenti sur votre vie professionnelle ?</p>	<p>Non</p> <p>Oui, si oui comment ?</p>

<p>25- Actuellement, quelles manifestations chroniques avez-vous ou présentez-vous ?</p>	<p>Je suis anxieuse</p> <p>J'ai une dépression</p> <p>J'ai une baisse de la libido</p> <p>Je présente une insomnie</p> <p>Je peux m'énerver tout de suite et avoir une euphorie après</p> <p>Parfois, j'ai des désirs pervers</p> <p>Je ressens en permanence une honte externe et interne</p> <p>Autres (préciser)</p>
<p>26-Pour vous calmer ; quelle était votre réaction devant cette situation ?</p>	<p>1-Je m'isole, je prie le bon Dieu (l'isolement)</p> <p>2-Je prends des calmants (médication)</p> <p>3-Je me dévoue aux besoins des autres (altruisme)</p> <p>4-Je fais semblant de ne pas y penser (répression)</p> <p>5-J'appelle une amie et je me confie à elle (l'affiliation)</p> <p>6-Je fais des choses sociales de façon exagérée (la sublimation)</p> <p>7-Je suis tout le temps pensif (intellectualisation)</p> <p>8-Je pense que ce n'est pas vrai (le déni)</p> <p>9-Je pense juste que c'est un mauvais rêve et que je vais me réveiller bientôt (la rationalisation)</p> <p>10-J'ai renoncé à l'idée d'avoir un enfant un jour (résignation)</p>
<p>27-Comment étaient les rapports avec le personnel médical?</p>	<p>Je me suis sentie écoutée</p> <p>Je me suis sentie comprise</p> <p>Ils m'ont aidée</p> <p>Ils ne me donnaient pas assez d'informations</p>

	Autres (préciser)
28- Avez-vous continué votre suivi avec le gynécologue ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Oui</li> <li>-Non, si non quelles sont les causes de cette interruption ?</li> <li>-Manque de moyen</li> <li>-Absence de résultats escomptés</li> <li>-Je me suis découragée</li> <li>-On m'a indiqué quelqu'un d'autre</li> <li>-Autres (préciser)</li> </ul>
29-Avez-vous bénéficié du soutien psychologique de votre gynécologue ?	<p>Non</p> <p>Oui</p>
30-Vous avez pu rencontrer un psychologue, un psychiatre ?	<p>Si oui répondre à la question 31</p> <p>Si non pourquoi ?</p>
31-Comment appréciez-vous ces séances de consultation chez le psychologue, psychiatre ?	<p>Je me suis senti écoutée et comprise</p> <p>Cela m'a beaucoup soulagée</p> <p>Cela m'a renforcée</p> <p>Je n'ai pas trouvé l'utilité</p> <p>Autres (préciser)</p>
32-Avez-vous vu des guérisseurs, des marabouts pour traiter votre infertilité ?	<p>Non, si non passer à la question 34</p> <p>Si oui, quelle explication les marabouts vous ont-ils donné ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mon infertilité est due à un démon maléfique</li> <li>-Mon infertilité est due à un maraboutage</li> <li>-Autres (préciser)</li> </ul>



<p>33- Quels traitements vous ont-ils donné ?</p>	<p>Des talisements  Des offrandes à faire  Eau de bain  Des prières à faire  Autres (préciser)</p>
<p>34- Où en êtes-vous à l'heure actuelle sur vos démarches ?</p>	<p>J'ai renoncé au projet d'enfant  Je continue toujours mon suivi médical  J'ai décidé d'adopter un enfant  Autres (préciser)</p>
<p>35-En ce moment de quel type d'aide avez-vous plus besoin ?</p>	<p>Aide psychologique  Aide médicale  Aide spirituelle  Aide financière  Autre (préciser)</p>

## ***SERMENT D'HIPPOCRATE***

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, 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.

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

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 !

## PERMIS D'IMPRIMER

---

Vu :

Le Président de jury

Vu :

Le Doyen

*Vu et permis d'imprimer*

Pour le Recteur, de l'Université Assane Seck de Ziguinchor et par Délégation

## RÉSUMÉ

**Objectif :** L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le vécu psychologique de l'infertilité des femmes suivies au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier national Dalal Jamm (CHNDJ) de Dakar.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude prospective, transversale et descriptive au niveau du CHNDJ de Dakar chez les femmes en couple depuis au moins 1 an qui consultent pour désir de grossesse, mais aussi celles qui sont affectées et entièrement suivies pour infertilité du couple dans la période allant du 11 octobre 2021 au 17 octobre 2022. Les données étaient recueillies par interview direct sur une fiche contenant le questionnaire puis saisies sur l'application KOBO collecte. Le traitement et l'analyse des données était faits par les logiciels Excel et SPSS. Les critères d'inclusion étaient toutes femmes en couple depuis au moins un an et ayant consulté pour désir de grossesse ainsi que toute femme affectée et entièrement suivie au service pour infertilité du couple. Les variables étudiées étaient : les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, la représentation psycho-sociale de l'enfant et de la maternité, le parcours de soin à la recherche de solution, les réactions psychoaffectives de la femme affectée par l'infertilité du couple, le retentissement de l'infertilité dans la vie du couple et au sein de la société, les mesures de résiliences adoptées par la femme affectée par l'infertilité du couple et les aspects de la prise en charge.

**Résultats :** Nous avons colligé 100 femmes qui répondaient aux critères recherchés. Le profil socio-démographique des femmes était celui d'une femme dont l'âge moyen était de 34 ans avec des extrêmes de 18 ans et 47 ans. La tranche d'âge de 30-37 ans était la plus représentative. Les patientes résidaient en majorité à Dakar. Le niveau d'étude secondaire était le plus représenté (31 %) suivi du niveau d'étude supérieure et primaire à des proportions égales de 28 %. La profession libérale représentait 37 % et les sans profession 31 %. L'ethnie wolof était prédominante (47 %). La majorité de nos patientes étaient de religion musulmane (95 %). Les femmes cohabitaient avec leur conjoint depuis plus de 5 ans dans 54 % des cas. 85 % de nos patientes étaient à leur premier mariage. L'infertilité primaire était plus représentée soit 61 %. Le conjoint participait aux explorations pour la majorité (68,8 %). L'infertilité était d'origine féminine dans 51 % des cas, masculine (11 %), mixte (30 %) et inexpliquée dans 8 % des cas. Les consultations chez les tradipraticiens étaient rapportées par 47 femmes (47 %). Toujours dans la recherche de solution, 9 patientes avaient recours à l'Assistance médicale à la procréation (AMP) et 2 patientes étaient en train de faire des démarches pour adopter un enfant. S'agissant de l'explication donnée à l'infertilité, elle n'est pas liée à un événement vécu selon la quasi-totalité de nos patientes (97 %). Elle serait plutôt due à la volonté divine (65 %) ; au maraboutage (4 %) ou à la possession par un démon maléfique (6 %). Dans l'entendement des patientes interrogées, l'enfant représente une bénédiction, ou celui qui va assurer la perpétuité de la famille (69 %), celui qui consolide le couple et confère une sécurité aux parents en leur assurant leur survie (59 %).

À l'annonce du diagnostic, les femmes avaient ressenti une situation de désespoir dans 29,6 % des cas, une situation de frustration dans 23,9 % des cas, un sentiment proche de celui de l'annonce d'un cancer ou de maladie grave dans 21,1 % des cas, voire d'un décès dans 14,1 % des cas. Concernant la conséquence sociale de l'infertilité, pour la majorité de nos patientes soit 54 %, l'infertilité n'avait pas de répercussion dans leur vie de couple. Le conjoint s'est plus rapproché de son épouse dans 37 % des cas. Cependant, nous avons noté des cas de retentissement négatif à type d'abandon par le conjoint (6 %), de manque d'attention (5 %), de diminution de la communication (8 %), une communication qui tourne autour du projet d'enfant (8 %), une diminution de la fréquence des rapports sexuels (2 %), qui sont programmés en fonction du jour de l'ovulation (1 %). Pour la plupart des cas, les relations avec la belle-famille étaient inchangées. Néanmoins, on a noté 17 % de cas de stigmatisation, 14 % de marginalisation et 23 % où la femme est mise sous pression. Ce type de relation avec la belle famille est proche de celui décrit dans l'entourage. L'infertilité avait un retentissement sur la vie professionnelle des femmes dans 22 % des cas. On a noté un manque de concentration pour la plupart des patientes (76 %). Nous avons noté des manifestations psychologiques chroniques à type d'anxiété (82 %), de dépression (73 %), d'insomnie (52 %), de troubles bipolaires (32 %), ou de honte permanente (22 %). Pour alléger leurs souffrances, des mécanismes d'autodéfense ont été adoptés par ces patientes à type d'isolement dans 62 % des cas, d'affiliation (20 %) et d'intellectualisation (13 %). Les relations avec le personnel étaient satisfaisantes pour la majorité des cas. Au moment de notre étude, aucune prise en charge psychologique n'a été faite chez nos patientes. Les types d'aide les plus exprimés par les patientes étaient d'ordre médical (68 %), aide financier (37 %), spirituel (23 %) et psychologique (20 %).

**Conclusion :** L'infertilité a des répercussions psycho-sociales néfastes chez les femmes. Une prise en charge psychologique et médicale (PMA) permettrait à ces femmes une meilleure insertion sociale, une diminution considérable des manifestations psychologiques et une augmentation des chances de survenue d'une grossesse.

**Mots-clés :** Infertilité-Vécu psychologique

**Adresse :** Néma 2, Ziguinchor (Sénégal)

**Correspondance :** m.diédhiou254@zig.univ.sn