

Research Article

Aspects Psycho-Sociaux chez Patients Infertiles à la Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

P. N. Nana,^{1,2} J. C. Wandji,³ J. N. Fomulu,^{1,4} R. E. Mbu,^{1,2} R. J. I. Leke,¹ et M. J. Woubinwou⁵

¹Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, BP 1935, Yaoundé, Cameroun

²Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, BP 1935, Yaoundé, Cameroun

³Hôpital Régional de Buea, Buea, Cameroun

⁴Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé, BP 1364, Yaoundé, Cameroun

⁵Institut des Sciences de la Santé, Université des Montagnes, BP 208, Bangangté, Cameroun

Address correspondence to P. N. Nana, njotangnanaphilip@yahoo.com

Received 3 June 2010 ; Accepted 3 February 2011

Résumé L'infertilité demeure un sujet d'actualité au Cameroun, de part la multitude d'études réalisées sur ce thème. Pourtant l'aspect psycho-social de l'infertilité jusqu'ici n'a réellement pas été exploré. Les objectifs étaient de déterminer les caractères sociodémographiques, déterminer la prévalence du stress, de la dépression, le rapport interpersonnel et la prévalence des considérations sociales. Nous avons mené une étude prospective et descriptive étalée sur 10 mois. Tous les couples venus consulter pour infertilité étaient éligibles pour notre étude. Nous avons recensé un total de 104 patients. Notre échantillon était constitué majoritairement de femmes 92 (88,46%) que d'hommes 12 (11,54%). L'âge moyen était de 30,76 ans \pm 6,68. La durée moyenne de l'infertilité était de 4,70 \pm 3,58 ans. Les troubles psycho-sociaux ont été retrouvés chez nos patients aux proportions suivantes : le stress (84,61%), la dépression (53,85%), de la malédiction (24,0%). L'assimilation de l'infertilité à la sorcellerie était reportée par 36,5% et une moitié consultait des marabouts. Infertilité se trop complique suivant des troubles psycho-social. Il est donc important d'impliquer les travailleurs sociaux dans la prise en charge de ses couples.

Mots Clés infertilité ; stress ; dépression ; sexualité ; marabout

1 Introduction

L'infertilité est définie comme l'incapacité de concevoir après 12 mois de rapports sexuels normaux réguliers et non protégés [13]. Cette situation concerne environ 15% des couples souhaitant procréer dans le monde. L'infertilité est d'origine féminine dans 30% des cas, masculine dans 20% des cas et d'origine mixte dans 40% des cas. Aucune cause n'est retrouvée dans 10% des cas [1]. Au Cameroun comme en Afrique 20 à 30% de couples souffrent d'infertilité

et la prévalence varie d'une région à l'autre. L'infertilité représente dans 15% des cas l'expérience la plus difficile de la vie d'un homme. La plupart des couples pensent qu'ils sont fertiles et croient qu'ils pourront procréer quand ils le voudront. Prendre conscience et reconnaître qu'après des mois ou des années leur rêve d'avoir un enfant ne peut se réaliser provoque un choc et un sentiment de consternation. Souvent, c'est la femme qui réalise la première qu'il peut y avoir un problème de fertilité et qui doit d'abord convaincre son partenaire de la nécessité d'aller consulter. Durant cette phase prédominent le stress et des sentiments de colère, de dénégation, de culpabilité et d'apitoiement sur soi-même et de jalousie. Trente pourcent des hommes infertiles présentent une virilité menacée et 72% de couples dépriment au cours de leur infertilité.

Les examens médicaux auxquels ils se soumettent pour déterminer la cause de leur infertilité peuvent être exténuants et générateurs d'anxiété. Prodiger des conseils devient alors un élément important de la prise en charge et du traitement du problème. Les couples ont besoin de parler à des personnes qui comprennent et connaissent leurs sentiments.

Les rapports sexuels peuvent devenir une corvée et constituer un terrain favorable à l'expression de diverses émotions négatives. Des études faites ont démontré que la dépression diminue les chances de succès et entraîne un échec encore plus important, et que la présence d'une anxiété élevée au moment des actes médicaux diminue considérablement le succès du traitement [12]. Une prise en charge psycho-social de l'infertilité consisterait à repérer les problèmes et les conflits et un-sout soutient psychologique important pour le couple pour faire face à leur infertilité. Notre étude avait pour objectifs spécifiques donc : de déterminer les caractères sociodémographiques, identifier le type

et la durée d'infertilité ; déterminer la prévalence du stress et de la dépression, évaluer le rapport interpersonnel dans le couple et déterminer la prévalence des considérations sociales dans le vécu des patients infertiles.

2 Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive conduite du 1er Janvier au 31 Octobre 2009 à la Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé. Notre population d'étude comprenait des couples consultant à la Maternité Principale et chez qui le diagnostic d'infertilité était posé par le gynécologue. Nous avons inclus dans notre étude les couples infertiles. Nous considérons comme couple infertile, tout couple qui n'avait pas conçu après 12 mois de rapports hétérosexuels réguliers et non protégés. Les hommes étaient convoqués à travers leurs conjointes quand celles-ci se présentaient seules à la consultation. Ont été exclus de l'étude, tout patient infertile refusant d'adhérer ou patient infertile ayant des troubles mentaux (agressivité et incohérence des propos). Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire pré testé, et des dossiers des patients satisfaisant aux critères d'inclusion de l'étude. Les variables suivantes : caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, statut marital, région d'origine, religion, profession, niveau d'instruction) ; étiologies de l'infertilité, type et durée d'infertilité, évaluation du stress, de la dépression, de la relation interpersonnelle, détermination de la présence des considérations sociales telles que : honte, rejet, culpabilité, infidélité, association de l'infertilité à la sorcellerie, la malédiction, consultation des tradi-praticiens. Nous assistions aux consultations externes des gynécobstétriciens et lorsqu'ils posaient un diagnostic d'infertilité après anamnèse et examen clinique, nous nous retirions avec le patient. Nous lui expliquions tout d'abord l'étude et son but, puis nous recueillions son consentement éclairé verbal ou écrit. Ensuite, nous lui posions les questions pré-testées et enregistrées sur le questionnaire et nous consignions les réponses dans la même fiche. Nous avons considéré comme patient marié tout patient marié à l'état civil sous régime monogamie ou polygamie. Les patients qui vivaient en union libre (concubinage) représentaient ceux qui habitaient sous le même toit que leur partenaire sans acte de mariage établi à l'état civil, étaient également retrouvés dans cette catégorie ceux qui avaient payé la dote. Les célibataires recensés étaient ceux qui avaient un partenaire permanent mais qui ne vivaient pas sous le même toit que le partenaire. Nous considérons comme patient stressé tout patient qui avait eu à présenter ou qui présentait les signes ci-après associés à son infertilité : Nervosité, Irritabilité, Insomnie, Fatigabilité, Céphalées, Anxiété. Nous considérons comme patient déprimé tout patient qui avait eu à présenter ou qui présentait les signes ci-après associés à son infertilité : tristesse de l'humeur,

	Fréquence <i>n</i> = 104	Pourcentage (%)
Centre/Sud	42	40,3
Ouest	38	36,5
Littoral	10	9,8
Grand Nord	6	5,8
Est	4	3,8
Nord Ouest/Sud Ouest	4	3,8

Tableau 1: Region d'origine.

	Caractéristiques	Fréquence <i>n</i> = 104	Pourcentage (%)
Statut marital	Ménagère	35	33,7
	Commerçant	15	14,4
	Etudiant/élève	15	14,4
	Fonctionnaire	12	11,6
	Métiers informels	21	20,1
	Technicien	6	5,9
	Marié monogame	32	30,8
	Marié polygame	16	15,4
	Concubinage	48	46,2
	Célibataire	8	7,7
Niveau d'instruction	Primaire	12	11,5
	Secondaire	77	74
	Supérieur	15	14,4
Religion	Catholique	64	61,5
	Protestant	24	23,1
	Pentecôtiste	8	7,7
Groupe d'âge	Musulman	8	7,7
	[20–30]	48	46,2
	[30–40]	50	48,1
	[40]	6	5,7

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques.

absence de désir, baisse de concentration, baisse d'estime de soi, découragement, boulimie ou anorexie, perte d'intérêt pour plusieurs choses.

Les données ont été saisies sur un ordinateur après codage. L'analyse a été faite avec le logiciel SPSS 15.0.

3 Resultats

Cent quatre patientes ont été recrutées à la Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, dont 12 hommes (11,5%) et 92 femmes (88,5%). Les ressortissants de la région du Centre et Sud (40,3%) et Ouest (36,5%) étaient les plus représentés (Tableau 1).

Les caractéristiques sociodémographiques étaient dominées par les ménagères (33,7%), le niveau du secondaire (74%), les mariées au vivant en concubinage (92,4%) et les chrétiens (94,3%). Le groupe d'âge [20–40] (94,3%) était le plus touché avec un moyen de 30,76 ± 6,68 ans (Tableau 2).

Durée d'infertilité (en année)	Fréquence	Pourcentage
1-3	54	52
4-6	25	24
≥ 7	25	24

Tableau 3: Distribution des patients selon la durée d'infertilité.

L'infertilité secondaire (60,6%) et primaire (39,4%) étaient retrouvés dans cette étude. La durée d'infertilité était de 1-3 ans (52%), 4-6 ans (24%), et plus de 7 ans (24%) (Tableau 3).

La durée d'infertilité moyenne était de 4,70 ans \pm 3,58 avec une minimale d'un an et une durée maximale de 19 ans.

Les causes d'infertilité retrouvées chez les femmes étaient tubo-péritoneal dans (48,9%), utérine (6,5%), et ovarienne (7,6%). Chez l'homme les troubles de la spermatogenèse caractérisée par une oligo-asthénospermie étaient retrouvées dans (66,6%) (Tableau 4).

Parmi les patients de sexe masculin reçus, 11 (91,7%) étaient stressés et 77 (83,7%) des femmes étaient stressées. De tous les patients recrutés, 56 (53,85%) présentaient un syndrome dépressif, parmi lesquels 6 hommes et 50 femmes. Le taux d'hommes déprimés 6 (50%) se rapprochait du taux de femmes déprimés 54 (35%). Le sentiment de culpabilité était retrouvé chez 35 (33,7%) de nos patients. La honte était retrouvée chez 35 (33,7%) de nos patients. Un quart de nos patients 25 (24,0%) associait leur infertilité à une malédiction. Cinquante-cinq (52,9%) de nos patients consultaient les tradi-praticiens. Treize patients (12,5%) se sentaient rejetés par la société (Tableau 5).

Les disputes avec le partenaire se sont amplifiées à cause de l'infertilité chez 23 (22,1%). Les rapports sexuels avec le partenaire ont diminué chez 42 (40,4%) et dans les proportions suivantes concubinage 20 (47,6%); monogamies 14 (33,3%), polygames 6 (14,3%) et les célibataires 2 (4,8%). La peur de perdre leur partenaire à cause de leur infertilité était recensée chez 61 (58,7%). Les patients ayant multiplié les partenaires étaient 38 (36,5%). Ces comportements étaient plus fréquents chez les femmes vivant en concubinage (63,2%). Pour prendre en charge leur infertilité, 55 (52,9%) de nos patients consultaient les tradi-praticiens. Parmi eux nous avons 3 (25,0%) hommes et 52 (56,5%) femmes et 13 (12,5%) se sentaient rejetés par la société.

4 Discussion

Les femmes représentaient 88,5% dans cette étude. Ceci confirme la tendance mondiale selon laquelle les femmes se sentent plus concernées par les problèmes d'infertilité et surtout dans les pays en voie de développement ou les enfants restent le socle du mariage.

	Etiologies	Fréquence n = 92	Pourcentage
Etiologies féminine	Infectieuse + Séquelles	44	48,9
	Utérines	6	6,5
	Ovarienne	7	7,6
	Indéterminé	35	38,04
	Total	92	100
Etiologies masculine	Asthénospermie	5	41,7
	Varicocèle	3	25
	Indéterminée	4	33
	Total	12	100

Tableau 4: Différentes causes d'infertilité retrouvées chez nos patients.

L'âge moyen de nos patients était 30,76 \pm 6,68 ans et se rapprochait de la série de Fatemeh et al. [4] qui était de 28 \pm 5,37 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'âge de la première grossesse est de plus en plus tardif et estimé à 30 ans en moyenne en France [8]. Le niveau de scolarisation pour la fille est en nette augmentation dans notre environnement, donc les femmes commencent la maternité un peu plus tard. Foumsou [5] avait noté que l'âge moyenne de grand-multiparité à Yaoundé était de 36,5 ans.

Le nombre de patients en situation d'union libre 48 (46,2%) égalait le nombre de mariés; avec 16 (15,4%) polygames et 32 (30,8%) monogames; contre 8 (7,7%) célibataires. Le taux élevé de patients vivant en union libre pourrait s'expliquer principalement par le fait qu'en Afrique et particulièrement au Cameroun après la célébration de la dote plusieurs couples se considèrent mariés et vivent donc ensemble. Ce taux pourrait également s'expliquer par le fait que plusieurs personnes dans notre pays préfèrent de plus en plus vivre avec leur partenaire tout en préparant leur mariage.

Les séquelles infectieuses étaient les plus retrouvées chez les femmes soit 44 (48,9%) de toutes les étiologies féminines. Parmi ces étiologies, l'infection à chlamydiae et au mycoplasme primait. Chez les hommes l'asthénospermie était la plus retrouvée; 5 (62,5%) suivi de la varicocèle 3 (25%).

L'infertilité primaire représentait 39,4% tandis que la secondaire était de 60,6%. Ces données se rapprochent de ceux de Leke et al. [7], qui avaient trouvé 40% d'infertilité primaire et 60% d'infertilité secondaire au Cameroun en 2004.

La durée moyenne d'infertilité retrouvée chez nos patients était de 4,70 ans \pm 3,58, avec une minimale de 1 an et une maximale de 19 ans. Ceci se rapproche des résultats de Fatemeh et al. [4], qui avaient trouvé une minimale d'âge de un an et une maximale de 20 ans en Iran en 2004. La durée d'infertilité 1-3 ans était la plus touchée, 51,92%. Le reste de patients était également reparti dans les tranches de

Caractéristiques		Fréquence n = 104 (%)	Hommes n = 12 (%)	Femmes n = 92 (%)
Sentiments	Culpabilité	35 (33,7)	4 (33,3)	31 (33,7)
	Honte	35 (33,7)	1 (8,3)	34 (37)
	Rejet par d'autres que le partenaire	13 (12,5)	1 (8,3)	12 (13)
Croyances socioculturelles	Malédiction	25 (24)	2 (16,7)	23 (25)
	Sorcellerie	38 (36,5)	4 (33,3)	34 (37)
	Tradi-praticiens	55 (52,9)	3 (25)	52 (56,5)

Tableau 5: Evaluation des sentiments, des croyances socio culturelles, des patients infertiles en fonction du sexe.

4 à 6 ans (24,4%) et > 6 ans (24,04%). L'étude de Domar et al. [2] a montré que les patients ayant une durée d'infertilité comprise entre 2 et 3 ans présentaient plus de dépression que ceux qui avaient plus de 6 ans de durée d'infertilité. Cette période correspond au moment maximal de consultation dans notre étude. Le stress a été retrouvé chez 88 (84,61%) de nos patients. Ces résultats confirment la nature multidisciplinaire de la prise en charge des couples infertile nécessitant l'association d'un psychologue. La dépression était retrouvée chez 53,85% de nos patients soit 6 (50%) hommes et 50 (56,8%) femmes. Ces résultats se rapprochent de ceux trouvés par Fatemeh et al. [4]. Nos résultats se rapprochent de ceux de Fatemeh et al, à cause probablement de la culture iranienne qui en matière de fertilité se rapproche assez de la culture africaine ; où la naissance d'un bébé stabilise le foyer, et constitue une bénédiction pour le couple. Son absence par contre engendre des drames sociaux entre autres : divorce, polygamie, rejet et frustration. Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés par Oddens et al. [9] qui ne montrent que 24,9% de patients avec des désordres dépressifs.

Notre étude a recensé 35 (33,7%) patients éprouvant de la culpabilité face à leur diagnostic dont 4 hommes et 31 femmes. Ceci s'expliquerait par le fait que notre population était en majorité féminine et plusieurs d'entre nos patientes associaient leur infertilité à des antécédents d'avortements. Eldam et al. [3] attestent que la culpabilité est associée à l'infertilité.

Trente cinq (33,7%) de nos patients éprouvaient un sentiment de honte soit un homme et 34 femmes. Ceci confirme le fait selon lequel dans notre société, la femme qui n'a pas d'enfants se sent moins valorisée, elle développe un complexe d'infériorité et le sentiment de honte s'en suit. Notre étude a également retrouvé 25 (24,0%) patients dont 2 (16,6%) hommes et 23 (25%) femmes qui associaient leur infertilité à une malédiction ; 38 (36,5%), soit 4 (33,3%) hommes et 34 (36,9%) femmes attribuaient leur problématique à la sorcellerie et 55 (52,9%) de nos patients consultaient des tradi-praticiens. Les patients trouvent un réconfort psychologique auprès des tradi-praticiens, ce qui explique aisément la grande fréquentation de ces derniers. Ce réconfort qui constitue un soutien psychologique

engendre des grossesses. Les patients rejetés par leurs partenaires étaient 12 (11,53%) parmi lesquels : 02 hommes (16,7%) et 10 femmes (10,9%). Nous avons par ailleurs eu 5 (41,7%) monogames, 5 (41,7%) vivant en union libre contre un polygame et un célibataire. Ceci pourrait être compréhensible car le polygame se tourne vers ses autres femmes et observe une attitude d'indifférence face à la situation, pareil pour le célibataire qui ne se sent pas attaché à la relation. Par contre celui vivant en union libre et le monogame se sentent affectés et veulent rendre responsable uniquement le patient d'où l'attitude de rejet. Ils étaient 61 (58,7%) qui redoutaient la perte de leur partenaire par séparation ou divorce à cause de leur infertilité. Les concubins et les monogames étaient les plus représentés respectivement 29 (47,5%) et 18 (29,5%). Ce pourcentage se rapproche des 42,9% de patients anxieux trouvés lors d'une enquête menée en Tunisie sur 105 femmes par Mahmoud et al. [8]. Par ailleurs une autre étude réalisée en Tunisie révèle un taux de divorce due à l'infertilité à 22,7%. Papreen et al. [11] ont également retrouvé l'instabilité conjugale comme conséquence de l'infertilité dans diverses régions de l'Afrique et de l'Asie. Nous avons recensé 42 (40,4%) patients ayant diminué la fréquence des rapports sexuels. Cette donnée se rapproche des 43,6% de femmes infertiles avouant avoir une insatisfaction sexuelle dans l'étude de Mahmoud et al. [8]. Ils étaient 23 (22,1%), les patients dont les disputes avec le partenaire avaient augmentées. Ceci s'expliquerait par l'assertion selon laquelle l'infertilité provoque des difficultés dans la relation du couple tels que : des troubles au niveau de la communication et même le retour en surface d'aspects non résolus du passé [10]. Les patients infertiles infidèles étaient 38 (36,5%) dont 4 (33,3%) hommes et 34 (37,0%) femmes. Ce résultat pourrait s'expliquer, car en voulant à tout prix concevoir ou en être l'auteur, certains patients infertiles s'engagent même dans des relations extraconjugales et ce comportement les expose au risque d'ist, notamment de contamination par le VIH [6]. La majorité de monogames et de patients vivant en union libre pourrait s'expliquer ainsi : étant donné qu'en Afrique et particulièrement au Cameroun, la naissance d'un bébé stabilise le foyer tandis que son absence favorise les séparations ou alors la prise d'une seconde épouse

ou d'une maîtresse; les patients infertiles dans le but de retenir leur partenaire deviennent infidèles afin, s'il était possible, d'obtenir ce garant de consolidation du foyer qui est l'enfant.

5 Conclusion

Les patients infertiles présentent un taux élevé de troubles psycho-sociaux associés à leur infertilité. Les patients infertiles sont très peu soutenus par leur partenaire. Cette situation de manque de soutien entraîne souvent plusieurs conséquences, entre autre, diminution de la fréquence des rapports sexuels, infidélité et augmentation des disputes. Nombreux sont les patients infertiles qui attribuent leur diagnostic à l'action des mauvais esprits et qui consultent des tradi-praticiens. Une attention particulière doit être mise sur la prise en charge psycho-sociale des patients infertiles et ceci aura une importance sur leur santé mentale et l'amélioration de leur vie.

Bibliographie

- [1] American Society for Reproductive Medicine, *Basic biology infertility health*, RHO, 866 (2004), 101–106.
- [2] A. D. Domar, A. Broome, P. C. Zuttermeister, M. M. Seibel, and R. Friedman, *The prevalence and predictability of depression in infertile women*, *Fertil Steril*, 85 (1992), 1158–1163.
- [3] R. G. Eldmann and K. J. Connolly, *Psychological consequences of infertility*, *Brit J Med psychol*, 59 (1985), 202–219.
- [4] R. Fatemeh, M. Malek, A. Nasrin, Z. Farid, K. Navid, S. Mamak, et al., *A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility*, *BMC Women's Health*, 4 (2004), 9.
- [5] L. Fousmou, *Les complications obstétricales chez les grandes multipares en salle de travail et au post-partum précoce dans les hôpitaux universitaires de Yaoundé*, Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Spécialiste en Sciences Cliniques (DSSC) Option : Gynécologie-Obstétrique, 2007-2008.
- [6] D. Guerra, A. Liobra, A. Viega, and P. N. Barri, *Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service*, *Hum Reprod*, 13 (1998), 1733–1736.
- [7] R. Leke, *The prevalence of infertility and its preventive measures in sub-Saharan Africa*, Presentation at the WHO; Afro and Embryo Regional Management of infertility workshop, June 2004. pp. 4–17.
- [8] A. Mahmoud, *L'infertilité au Maghreb: Aspect statistiques*, disponible sur : [http://www.3cetudes.com/news/Infertilite au Maghreb_aspect statistique.pdf](http://www.3cetudes.com/news/Infertilite%20au%20Maghreb_aspect%20statistique.pdf). (consulté le 22 Novembre 2009).
- [9] B. J. Oddens, I. D. Tonkelaar, and H. Nieuwenhuyse, *Psychosocial experience in women facing fertility problems—a comparative survey*, *Hum Reprod*, 14 (1999), 255–261.
- [10] N. Papreen, J. Okonofua, S. Dyer, N. Abrahams, and M. Hoffman, *“Men leave me as I cannot have children”: women's experiences with involuntary childlessness*, *Hum Reprod*, 17 (2002), 1663–1668.
- [11] N. Papreen, A. Sharma, and K. Sabin, *Living with infertility: experiences among urban slum populations in Bangladesh*, *Reproductive Health Matters*, 8 (2000), 33–44.
- [12] T. Rowe, *Fertility and woman's age*, *J Reprod Med*, 51 (2006), 157–163.
- [13] D. Roy, *Des éléments clés pour les couples suivis en fertilité*, *L'infirmière*, Juillet/Août 1995, disponible sur : http://www.blaf.antic.qc.ca/fr/articles/asq_infertilite.shtml (consulté le 22 Novembre 2009).