

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But- Une Foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2022 - 2023

N°...../

MEMOIRE – D.E.S

EVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES COUPLES INFERTILES À BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 04/04/ 2024 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Dr DEMBELE Daniel Dami

Pour l'obtention du **Diplôme d'études spécialisées en Gynécologie – Obstétrique**

Jury

Président : M. TRAORE Youssouf, Professeur titulaire

Membres : M. TRAORE Soumana Oumar Professeur agrégé
M. FANE Seydou, Maitre-Assistant

Codirecteur : M. SISSOKO Abdoulaye Maitre de conférences

Directeur : M. TEGEUTE Ibrahima, Professeur agrégé

Dédicaces et Remerciements

Dédicaces

Je dédie ce travail :

✚ Au Seigneur tout puissant, mon créateur et Sauveur Jésus-Christ pour son assistance tout au long de vie.

✚ A toute ma famille, singulièrement ma femme chérie Monique Kouakoua Koné et nos deux enfants (Josué Samou et Azaria Mohamed) pour leur soutien inestimable sans oublier leur amour et leur patience.

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont soutenu tout au long de ces quatre années de formation et qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

- A tous mes maitres

Pr MOUNKORO Niani, coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de gynécologie/Obstétrique. Professeur, c'est à vous toute ma reconnaissance, je vous remercie pour votre soutien inestimable. Vous avez été pour moi un père tant par vos conseils, qu'aussi par vos multiples soutiens. Puisse Dieu vous accorder longévité et prospérité.

Pr TEGEUTE Ibrahima directeur de ce mémoire, je vous remercie pour votre appui dans la rédaction de ce travail et tout l'encadrement que vous nous avez fait, non seulement pour ce mémoire mais aussi, tout au long de ces quatre années de formation.

Pr SISSOKO Abdoulaye codirecteur du mémoire, je suis reconnaissant pour votre accompagnement tout au long de ce travail, recevez toute ma gratitude.

Au président du jury et membres :

Pr TRAORE Youssouf, je vous remercie pour votre soutien inestimable à la correction de travail.

Pr TRAORE Soumana Oumar, vous avez fortement contribué à l'amélioration de ce document, je vous dis merci.

Pr FANE Seydou, je vous en suis reconnaissant pour vos apports à l'amélioration de travail.

Dr DJIMDE Moussa assistant du Pr KAYANTAO Kassim, je vous suis reconnaissant pour votre soutien dans l'analyse statistique de ce mémoire.

Je vous dis merci. Je remercie tous les autres enseignants pour l'encadrement reçu ces quatre années durant.

Je suis entièrement reconnaissant au Dr KANE Badiara Montéiro pour son soutien, chère ainée vous avez été l'une des premières personnes à soutenir et à orienter la base de ce travail, je vous dis merci.

Emmanuel KAMATE psychologue au CHU du point G, je vous remercie pour votre soutien à l'initiation de ce travail, vos conseils ont été d'une importance capitale pour ce travail.

Je remercie les responsables de structures privées qui ont accepté que le travail ait lieu dans leurs locaux, je vous remercie à travers Dr JIRE Yaya Mohamed, la clinique FEMINA, Dr Yalcouyé la clinique Diafounou et Dr DIAKITE Kaba à la clinique Kabala.

- A ma famille

Je dis un grand merci à mes parents ainsi qu'à ma femme Monique Kouakoua Koné, nos enfants, mes frères et sœurs pour leurs soutiens, leur amour tout au long de mes études.

- Albert DEMBELE, frère aîné merci pour vos multiples soutiens surtout financiers pour l'accompagnement tout au long de cette formation.
- Général Elisé Jean DAO, je vous suis entièrement reconnaissant pour votre assistance, vos soutiens multiples tout au long de ces quatre années de spécialisation. Puisse le Seigneur que nous servons ensemble vous bénir au multiple.

Enfin je remercie tous mes collaborateurs, amis, collègues D.E.S, sage-femmes et infirmiers pour ces moments inoubliables passés ensemble.

Liste des abréviations

ASRM :	American Society of Reproductive Medecine (Société américaine de médecine de la reproduction)
ATCD :	Antécédant
cm :	Centimètre
ESHRE :	European Society of Human Reproduction and Embryology (Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie)
FertiQoL :	Fertility Quality of Life
HADS :	Échelle d'Anxiété et de Dépression Hospitalière
IMC :	Indice de Masse Corporelle
j:	Jour
max :	Maximum
min :	Minimum
ml:	Millilitre
mm :	Millimètre
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
QDV :	Qualité De Vie
R :	Ross / Robert
SA :	société anonyme
SPSS :	Statistical Package for the Social Sciences
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste de figures

Figure 1: L'état de santé de la personne d'après elle-même 24

Figure 2: Satisfaction de la personne de sa qualité de vie 24

Liste des tableaux

Tableau I : variables étudiées 17

Tableau II : Profil sociodémographique 21

Tableau III : Caractéristiques cliniques des patients infertiles..... 22

Tableau IV : Score FertiQoL et scores des sous-domaines FertiQoL en fonction du sexe des individus 25

Tableau V : Comparaison des caractéristiques entre les hommes et les femmes en fonction de la moyenne du score total FertiQoL 26

Tableau VI : Une analyse multivariée montrant une association entre la qualité de vie et l'infertilité du couple..... 27

Table des matières

Introduction	1
Objectifs	3
1. Généralités.....	5
1.1. Définitions.....	5
1.1.1. Qualité de vie	5
1.1.2. Infertilité.....	5
1.1.3. Aspect psycho-sociale.....	5
1.2. Fréquence	6
1.3. Vécu du couple infertile.....	6
1.4. La place de l'enfant dans le couple en Afrique	11
1.5. Explications socio-culturelles de l'infertilité	11
2. Méthodologie et matériel	14
2.1. Cadre de l'étude	14
2.2. Période d'étude	14
2.3. Type de l'étude	15
2.4. Population de l'étude	15
2.5. Echantillonnage.....	15
2.5.1. Critères d'inclusion	15
2.5.2. Critères de non-inclusion	15
2.5.3. Déroulement de l'étude.....	15
2.5.4. Collecte des données.....	16
2.5.5. Technique de collecte des données.....	17
2.6. Variables étudiées	17

2.7. Analyses et traitement des donnés	18
2.8. Aspects éthiques.....	19
2.9. Définition opératoire	19
3. Résultats	21
3.1. Caractéristiques des patients	21
3.2. Evaluation globale de l'état de santé et de la satisfaction de la QDV : 24	
3.2.1. Etat de santé d'après le patient(e)	24
3.2.2. Satisfaction de la QDV selon le patient(e)	24
3.3. Qualité de vie des patients selon le score FertiQoL.....	25
4. Discussion	29
4.1. Limites et biais de l'étude	29
4.2. Caractéristiques des patients infertiles.....	29
4.3. Evaluation globale de l'état de santé et de la satisfaction de la QDV : 30	
4.4. Qualité de vie des patients selon le score FertiQoL.....	30
Conclusion.....	36
Recommandations	37
Références Bibliographiques.....	39
Annexe.....	43

INTRODUCTION

Introduction :

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

C'est un problème de santé publique auquel plusieurs couples sont confrontés dans chaque région du monde. L'infertilité est très complexe et extrêmement sensible, ayant un impact psycho-social très approfondi non seulement pour les couples concernés mais aussi pour leurs entourages surtout leur famille.

Les couples concernés ont été confrontés à des fardeaux psychologiques provenant de différentes sources, notamment de leurs familles, de la société et d'eux-même. Effectivement ces fardeaux pèsent sur leur santé mentale, les poussant dans un état de désespoir et de dépression [2].

Elle est perçue différemment chez les personnes selon leur appartenance religieuse, continentale, raciale et ethnique sans oublier les perceptions individuelles et les catégories générationnelles [3].

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 filles et garçons. Avoir un enfant a toujours été une preuve d'amour pour bon nombre de couples [4].

Au Mali, le fait d'avoir un enfant confère au couple une stabilité familiale et sociale. Ne pas avoir d'enfant est perçu comme un indicateur de développement négatif dont beaucoup de couples souffrent [5].

Le problème d'infertilité a toujours été un sujet très préoccupant dans nos sociétés, l'enfant a une place prépondérante, il est évident que les couples qui n'en ont pas vivent une situation difficile. Les difficultés s'expriment sous formes de manifestations psychosociales affectant bon nombre de couples. Elles sont comparées à celles des patients souffrant de cancer ou de VIH [6]. Plus de 40% des femmes présentent des troubles psychiatriques de types anxieux ou

dépressifs et les niveaux d'anxiété et de dépression chez les femmes infertiles sont équivalents à ceux de femmes souffrant de maladies chroniques sévères [7]. Aussi les hommes manifestent ils, de leur manière une part importante des troubles psycho-sociales.

La recherche inébranlable de remède parfois dégrade davantage, voire dramatise la qualité de vie fragile que traversent ces personnes. Telle fut le drame de Sadiourou ou la tragédie de Koura et Tiékoura [8].

En la matière, la clinique de l'infertilité propose donc une approche globale de la personne offrant d'une part l'information complète puis un soutien adapté aux besoins du couple par la gestion du stress et à la détresse psychologique réactionnelle [9].

L'approche globale vise ainsi à assurer la meilleure qualité de vie possible pour les personnes suivies et à donner le plus de possibilité aux couples de réaliser leurs vœux. Fort de ce constat nous avons jugé nécessaire d'évaluer l'aspect psychosocial de l'infertilité dans la population bamakoise.

Objectifs :

Objectif général :

Evaluer la qualité de vie de l'homme et/ou de la femme infertiles en couple à Bamako.

Objectifs spécifiques :

- 1- Déterminer les caractéristiques des patients infertiles.
- 2- Décrire l'impact de l'infertilité sur la santé physique et la satisfaction à l'égard de la qualité de vie.
- 3- Déterminer l'impact émotionnel, mental-corporel, relationnel du couple et social de l'infertilité, aussi de la prise en charge sur le vécu des patients infertiles.
- 4- Déterminer les facteurs influençant la qualité de vie des patients infertiles

GÉNÉRALITÉS

1. Généralités

1.1. Définitions

1.1.1. Qualité de vie

La qualité de vie est définie selon l'Organisation Mondiale de Santé comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

1.1.2. Infertilité

L'infertilité est définie comme « l'incapacité à concevoir une grossesse clinique après 12 mois ou plus de rapport sexuels régulier non protégés » [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.

1.1.3. Aspect psycho-sociale

Il s'agit de la psychologie qui prend en compte prioritairement l'idée que nous vivons dans un monde social. Des auteurs au centre du développement de la psychologie sociale ont apporté de précisions, Brown en 1965 affirme : « La psychologie sociale étudie les processus mentaux (ou comportements) des individus déterminés par les interactions actuelles ou passées que ces derniers entretiennent avec d'autres personnes » et Allport en 1968 : « La psychologie sociale tend à comprendre et à expliquer comment les pensées, sentiments, comportements moteurs des êtres humains sont influencés par un autrui réel, imaginaire ou implicite » [10].

Il s'agit de la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie de tous les jours. Nous cherchons à comprendre et à expliquer comment les individus infertiles sous influence de la société se comportent en vécu réel.

1.2. Fréquence :

L'infertilité touche 80 millions de personnes dans le monde, soit un couple sur dix est confronté à une infertilité primaire ou secondaire [11].

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 [12]

Une revue africaine de Médecine et de la santé à Mbujimayi, la plus récente trouve 7,7% de cas d'infertilité masculine et de 12,2% féminine [13]

Il n'y a pas encore de données nationales sur l'infertilité au Mali. Des études faites dans certains centres de santé nous révèlent 9,9% à l'hôpital ME-Luxembourg [14]

Un tiers des consultations à l'hôpital du Mali [15]. L'hôpital de Kayes avec 11,7% de consultation gynécologique en 2022 [5]

1.3. Vécu du couple infertile :

Les écrits cliniques traitant de l'infertilité montrent que celle-ci est associée à une configuration précise de répercussions psychologique négatives. La prise en charge ne s'arrête pas au traitement technique et spécifique. Par ailleurs la détresse psychologique très importante des couples doit être globalement pris en charge. Différents niveaux de séances de counseling doivent être proposés pour rassurer le couple de toute la procédure [9]. L'évolution naturelle sans action conduirait aux processus douloureux :

- Une chute de l'estime de soi provoquée, d'une part, par la transgression d'une norme sociale répandue «< tout homme femme normal(e) devrait concevoir au moins un enfant dans sa vie >>» et, d'autre part, par les caractères parfois humiliant que revêtent, dans l'esprit du patient, les procédures liées au diagnostic et au traitement du problème [14] ;
- L'apparition de troubles dépressifs caractérisés par une baisse d'énergie, un manque de satisfaction personnelle et une idéation négative [6]

- Une augmentation des sentiments d'hostilité envers soi, dans le cas où le patient a contracté une infection sexuellement transmissible qui contribue à l'infertilité, contre un conjoint qui ne participe pas aux traitements et/ou contre des médecins qui manquent de tact et qui n'arrivent pas à identifier la cause ou le remède au problème ;
- Une insatisfaction accrue vis-à-vis du soutien social reçu du partenaire, des membres de la famille, des amis ou des membres de l'équipe médicale [2] ;
- Enfin, un accroissement des problèmes sexuels (perte de la libido, baisse de la satisfaction, perte d'érection, éjaculation retardée et anorgasmie) lie à la nécessité des rapports sexuels programmés sur demande (lors de l'ovulation) et des tests post-coïtaux [15]. L'infertilité constitue l'une des crises les plus profondes du couple. Elle menace tous les aspects de la vie à deux, elle n'affecte pas uniquement les relations entre les deux partenaires, mais touche également chacun individuellement. Affectant le sens du moi, les rêves d'avenir, les relations avec les parents, amis et collègues.

Peu d'attention pour ces aspects psycho-sociaux accablants, d'autant plus que l'attention se focalise sur les questions physiologiques de l'infertilité. Il en résulte pour grands nombres de patients qui souffrent isolement et cela augmente le stress.

La découverte d'infertilité est toujours un traumatisme psychologique pour le couple et surtout pour la femme [16] ; les conséquences peuvent être multiples : état dépressif, le stress, la jalousie par rapport aux personnes ayant un bébé, la culpabilité, l'abandon, les troubles sexuels, la sexualité extra conjugale..., bref une crise d'identité. Pour les femmes de nombreux pays en développement, l'incapacité d'avoir des enfants peut aboutir à la stigmatisation et à l'abandon de la femme par son époux. L'Africaine traditionnelle éduquée dès le bas âge à la soumission et considérant son mari comme le seul maître, accepte et porte seule le fardeau de cette difficulté conjugale à procréer. Gardienne des valeurs traditionnelles et chargée de leur pérennité, la femme africaine perd tous ses

droits dès lors qu'elle ne possède pas la faculté de procréer [8]. « Mon infertilité est une gifle à mon estime de moi, une violation de ma privauté, un assaut à ma sexualité, un test ultime à ma capacité à ‘ faire face ‘, un pénible rappel que rien ne peut être tenu pour acquis. C'est une rupture dans la continuité de la vie ; c'est par-dessus tout, une blessure à mon corps, à mon âme ». Ce témoignage d'une femme souffrant d'infertilité exprime de façon éloquente le drame que représente le fait d'être ou de se sentir privé d'un pouvoir fondamental : celui de concevoir et de reproduire. Afin d'en saisir l'ampleur et la signification, il faut tenir compte de l'étroite interaction de chacun des facteurs qui y participent.

- Contexte socioculturel : le contexte socioculturel dans le lequel s'inscrit une expérience d'infertilité joue un rôle majeur dans la façon dont celle-ci est vécue et intégrée. La majorité des gens ont grandi avec la conviction profonde qu'ils pourraient répondre à leur désir d'enfant lorsqu'ils choisiraient de l'actualiser. Quand ils s'inquiétaient au sujet de ce pouvoir, c'était davantage par rapport à leur capacité de se trouver un partenaire de vie et de parentalité que relativement à leur capacité de se reproduire biologiquement. Depuis quelques décennies un très grand nombre de personnes ont ainsi eu recours à la contraception pendant des périodes plus ou moins longues, dans l'attente du moment jugé favorable de devenir parent. Jusqu'à très récemment en effet, le problème de la contraception était au centre des préoccupations individuelles et sociales en matière procréative [14]. Les passions et les contradictions soulevées par le droit à la contraception puis à l'avortement laissaient peu de place à l'expérience de la minorité de couples sans enfant. Il n'est pas encore très loin le temps où ceux-ci devaient vivre leur drame dans l'ombre, la pitié ou même la réprobation. Le silence qui entourait la stérilité ouvrait la porte à tous les fantasmes et, dans la mesure où la fertilité était intimement associée à la virilité, à la féminité et à la sexualité, ce sujet restait tabou et les infertiles marginalisés.

- Expérience psychologique de l'infertilité : la privation de la capacité procréative non seulement place la personne en cause hors de la norme générale,

mais elle la rejoint dans un désir qui a des racines biologiques et psychologiques très profondes. Découvrir que l'on n'a pas le pouvoir de se reproduire, constitue un véritable choc. Se retrouver infertile sans en avoir fait le choix, c'est être aux prises avec un sentiment intense d'échec et de perte de maîtrise sur sa vie, c'est habituellement aussi souffrir d'une importante blessure narcissique. Être infertile comme conséquence d'une stérilisation volontaire, qu'une personne désire annuler sans pouvoir y parvenir suscite aussi des réactions intenses. Il en est de même de l'infertilité déterminée, non pas par une absence de pouvoir biologique, mais par un choix lié en grande partie à une situation sociale ou relationnelle particulière (par exemple l'absence d'un partenaire ou le refus d'enfant de la part d'un conjoint dont on ne veut pas se séparer) ou par un choix moral (par exemple refuser de mettre au monde un enfant exposé à un risque jugé trop grand de maladie héréditaire). L'histoire propre à chaque situation d'infertilité en colore différemment l'expérience intérieure, mais cet état, dans la mesure où il n'est pas souhaité, réveille une angoisse profonde enracinée dans tout le développement psychodynamique de qui la vit. Elle rejoint cette personne à des stades infantiles où subsistent, à des degrés très divers, certains sentiments de toute-puissance et d'impuissance, de persécution et d'abandon. Elle met à rude, épreuve la force du moi et les capacités d'intégration du soi. La majorité des gens touchés négocient difficilement cette expérience très anxiogène, qui les confronte aux limites de la vie et à leur propre mort. La façon de réagir à l'infertilité varie toutefois en fonction du jeu complexe de plusieurs facteurs : l'intensité et la signification du désir d'enfant, la structure de la personnalité de la personne concernée, son potentiel et son équilibre personnel et relationnel, le contexte socioculturel, etc. La nature et l'intensité des motivations à être enceinte ou à avoir un enfant jouent un rôle déterminant. Certaines, plus ou moins conscientes, trouvent leur ancrage dans des besoins très primitifs. L'enfant souhaité non seulement apparaît alors souvent comme un moyen de conjurer la mort, mais il exprime le désir de réparer sa propre enfance, de

retrouver la fusion originelle, d'assurer sa sécurité, de retrouver son identité. Une privation ou une menace à des niveaux aussi profonds fait appel à toute la force de celui ou celle qui cherche une solution. Toutes les ressources personnelles et conjugales devront être mises à contribution pour arriver à dépasser cette expérience. Hommes et femmes peuvent souffrir de façon dramatique de la privation du potentiel procréatif. Toutefois les femmes sont particulièrement concernées.

De plus l'infertilité non seulement bouscule chez elle sa capacité d'être femme, mais elle ravive souvent les aspects conflictuels de la relation avec sa propre mère.

On ne pleure pas la perte d'un bébé réel, mais celle de l'enfant rêvé, fantasmé, de l'enfant d'un désir dont la valeur symbolique est énorme et souvent inconsciente. Comme dans tout processus de deuil, la personne infertile doit traverser différentes étapes pendant lesquelles pourront se développer, se mêler et se résoudre de nombreuses réactions émotives : négation, révolte, envie, colère, culpabilité, anxiété, dépression etc. Plusieurs autres pertes accompagnent celle de l'enfant désiré, menaçant une image et une estime de soi déjà fortement atteintes : perte d'un certain statut, d'une identification à un rôle conforme à la norme sociale prévalente, perte de relations interpersonnelles significatives. L'équilibre du couple est aussi toujours ébranlé par cette expérience. Certains y trouvent une force additionnelle, mais l'incapacité de se reproduire mène d'autres à la séparation ou réveille, à tout moins, la peur que leur couple ne puisse survivre à ce drame. Parfois, ce sont des parents ou des amis, qui acceptent mal la situation, qui s'éloignent ou de qui la personne ou le couple se distancie pour diverses raisons : sentiment de n'être pas compris, remarques inadéquates, tentatives maladroitement de soutien, intolérance à l'égard de la différence. Ajoutons enfin que l'infertilité a aussi souvent des répercussions dans le milieu de travail. Certaines voient ainsi menacée la sécurité qu'ils y cherchaient. Passer de nombreuses heures dans des cliniques de fertilité, investir

temps, argent et espoir dans les diverses solutions proposées entraînent en effet inévitablement une réorganisation et un stress accru, qui ne sont pas dans bien des cas sans influencer sur le rendement ou l'avancement au travail.

1.4. La place de l'enfant dans le couple en Afrique

Avoir 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 [17]; 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.

1.5. 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 [18].

Méthodologie

2. Méthodologie et matériel

2.1. Cadre de l'étude :

Il s'agit d'une étude multicentrique, regroupant :

- Hôpital Gabriel Touré, c'est un centre hospitalo-universitaire de troisième niveau de référence au Mali. Il est situé au centre de Bamako dans la commune III du district. Le département de gynécologie / obstétrique prend en charge toutes les consultations gynécologique et obstétricale.
- Hôpital Mère Enfant le « Luxembourg » est un centre hospitalo-universitaire, édifié à l'extrême nord du quartier d'Hamdallaye en commune IV du district de Bamako, c'est une structure sanitaire de la fondation pour l'enfance. Etablissement hospitalier privé à but non lucratif rendant du service public et a une vocation humanitaire et ayant en son sein un département de gynécologie obstétrique dans lequel nous avons travaillé.
- Clinique Femina est une structure sanitaire privée situé au quartier Hamdallaye de la commune IV du district de Bamako, le centre dispose d'un service de gynécologie Obstétrique qui fait la prise en charge des couples infertiles.
- Clinique Diafounou est une clinique médicale privée située en commune IV du district de Bamako au quartier Hamdallaye. La clinique dispose d'un service de gynécologie obstétrique et d'un laboratoire pour la prise en charge des couples infertiles.
- Clinique Kabala est une structure sanitaire privée créée en 1988, un centre de fertilité qui pratique toutes les méthodes de prise en charge de l'infertilité du couple. Il est situé au quartier Hamdallaye ACI dans la commune IV du district de Bamako.

2.2. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée d'octobre 2023 à mars 2024

2.3. Type de l'étude :

Afin de répondre à notre objectif principal, nous avons décidé de mener une étude transversale, observationnelle et multicentrique.

2.4. Population de l'étude :

Nous avons fait le choix de distribuer nos questionnaires dans une population qui regroupe les couples infertiles retrouvés ensemble ou séparément.

2.5. Echantillonnage :

Il s'agit des patients infertiles venues consultés dans lesdites structures et qui ont accepté de participer à l'étude.

2.5.1. Critères d'inclusion :

Etaient inclus dans notre étude, les couples, hommes et femmes, et uniquement les couples hétérosexuels. Couples qui sont en vie conjugale et qui vivent ensemble depuis une année et ayant accepté librement de répondre verbalement au questionnaire.

2.5.2. Critères de non-inclusion

Nous n'avons pas inclus : les individus qui n'ont pas voulu participer à l'étude.

2.5.3. Déroulement de l'étude

Nous nous sommes servis du questionnaire FertiQoL, validé scientifiquement par l'ASRM et ESHRE que nous avons complété par des caractéristiques propres aux patients. Il s'agit de cinq questions simples et ouvertes, adaptées au milieu pour connaître la personne interrogée. Nous avons recueilli les données sociodémographiques. Puis nous avons renseigné le questionnaire FertiQoL par l'interview.

Les questions correspondaient à une échelle de Likert à 5 niveaux de réponses, elles permettaient de nuancer le degré de satisfaction. (Très insatisfait, insatisfait, ni satisfait ni insatisfait, satisfait, très satisfait). Pour chaque question de chaque domaine, qui étaient dispersées dans le questionnaire au hasard, nous avons calculé un score, appelé « score sous-total » et nous avons

également calculé le score total FertiQoL. Les éléments des sous-échelles et de l'échelle totale étaient établis avec des scores bruts, qui étaient ensuite échelonnés selon un pourcentage de 0 à 100.

2.5.4. Collecte des données :

Questionnaire sur la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de fertilité ». Il est créé en 2011 par deux grandes sociétés de médecine de la reproduction, la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE) et la Société américaine de médecine de la reproduction (ASRM) et une société pharmaceutique, Merck-Serono SA. Ce questionnaire est un instrument multidimensionnel, qui vise à évaluer la qualité de vie chez les individus avec des problèmes de fertilité, à travers des sous-échelles bien identifiées : Émotionnelle, Esprit/Corps, Relationnelle et Sociale. Le questionnaire contient 24 éléments spécifiques et permet de couvrir les quatre sous-échelles de qualité de vie :

- 1) L'échelle émotionnelle évalue dans quelle mesure l'individu éprouve des émotions négatives associées à l'expérience de problèmes de fertilité (par exemple, la jalousie et le ressentiment, la tristesse, la dépression).
- 2) L'échelle esprit-corps évalue dans quelle mesure l'individu éprouve des symptômes physiques négatifs (par exemple, fatigue, douleur) et des perturbations cognitives ou comportementales (par exemple, mauvaise concentration, activités quotidiennes perturbées, plans de vie retardés) en raison de l'infertilité.
- 3) L'échelle relationnelle, évalue dans quelle mesure les composantes (par exemple, la sexualité, la communication, l'engagement) de la relation conjugale ou du partenariat ont été affectées par les problèmes de fertilité.
- 4) L'échelle sociale évalue dans quelle mesure les interactions sociales ont été affectées par les problèmes de fertilité (par exemple, l'inclusion sociale, les attentes, la stigmatisation, le soutien).

FertiQoL a été développé pour améliorer les soins cliniques et favoriser les collaborations transnationales. Les praticiens et les chercheurs sont invités à utiliser FertiQoL pour aider et traiter les patients à risques de souffrances psychologiques face aux difficultés de l'infertilité. En raison du caractère intime du sujet abordé, nous avons fait le choix d'un questionnaire anonyme. Le questionnaire complet est situé en annexe 1.

2.5.5. Technique de collecte des données :

Nous avons utilisé le questionnaire FertiQoL selon lequel, les interviews duraient entre 10 et 20 minutes. L'examen physique a permis de prendre le poids et la taille afin de calculer l'indice de masse corporelle.

2.6. Variables étudiées

Nous avons utilisé les variables sociodémographiques suivant :

Tableau I : variables étudiées

Variable	Échelle de mesure	Technique de collecte
Age	Année à partir du dernier anniversaire	Interview
Provenance	1= Venu par sa volonté 2= adressée	
Scolarité	1= Oui 2= Non	
Niveau d'étude	1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur	
Gestité	Nombre total de grossesses	
Parité	Nombre total d'accouchements	
Avortement	1= Oui, 2=Non, si oui préciser le nombre	
Décédé	1= Oui, 2=Non, si oui préciser le nombre	
Type d'infertilité	1=Primaire, 2=secondaire	
Durée de l'infertilité en année	En année	
Type de traitement antérieur	1= médicale, 2= traditionnel, 3 = 1 et 2	

Statut matrimonial (régime)	1=monogamie, 2=polygamie	
Notion de remariage	1= oui, 2= Non	
Age du conjoint (e)	Année à partir du dernier anniversaire	
Conjoint(e) ayant d'enfant	1=Oui, 2=Non, si oui préciser le nombre	
Conjoint(e) traité	1= Oui, 2= Non, si oui préciser le traitement	
Age du dernier enfant	1=0, 2= Année à partir du dernier anniversaire	
Profession	1=ménagère, 2=commerçant, 3=élève/étudiant, 4=fonctionnaire, 5=entrepreneur, 6=ouvrier	Interview
Taille	En mettre	Examen
Poids	En kilogramme	
IMC (Indice de Masse Corporelle)	En Kg/m ²	Calcul

2.7. Analyses et traitement des données

Nous avons procédé à la saisie des données sur le logiciel SPSS.25, les analyses statistiques ont été faite sur le logiciel R version 4.2.3.

Les fréquences des caractéristiques sociodémographiques ont été calculer en utilisant la commande « freq » de la library « questionr ». Les valeurs médianes et les quartiles des variables quantitatives ont été calculés grâce à la commande « summary ». La library « plotrix » nous a permis de construire les camemberts.

Le test de χ^2 nous a permis de comparer les proportions. Les moyennes ont été comparées grâce au t.test de Student.

Un modèle de régression linéaire a été utilisé en utilisant la commande « lm » pour rechercher les facteurs associés à la qualité de vie. Les analyses statistiques ont été faites sur le logiciel R version 4.2.3.

Nous avons utilisé le score fertiQol de synthèse.

2.8. Aspects éthiques

Pour répondre aux exigences et aux réalités du terrain, nous nous sommes présentés et avons interrogé chacun des patients tout en leur présentant le but de notre étude. Ceci, pour leur permettre de prendre une décision libre et éclairée avant de participer à l'étude. Il était nécessaire, dans cette même logique que la confidentialité des informations recueillies a été prise en compte dans le cadre de l'étude sans oublier la possibilité pour le patient de renoncer à sa collaboration à tout moment.

2.9. Définition opératoire :

Couples infertiles : deux personnes mariées depuis une année avec rapport sexuels réguliers non protégés sans conception.

Couple hétérogène : homme et femme en mariage.

Évaluation : action de déterminer la valeur de quelque chose.

RÉSULTATS

3. Résultats :

3.1. Caractéristiques des patients :

Tableau III : Profil sociodémographique

Profil sociodémographique		Nombre	Pourcentage (%)	P
Sexe	Homme	23	20,9	< 0,0001
	Femme	87	79,1	
Statut matrimonial	Monogamie	83	75,5	< 0,0001
	Polygamie	27	24,5	
Notion de remariage	Oui	30	27,3	< 0,0001
	Non	80	72,7	
Profession	Ménagère	56	50,9	< 0,0001
	Commerçant(e)	12	10,9	
	Élève/étudiant(e)	8	7,3	
	Fonctionnaire	15	13,6	
	Entrepreneur(e)	7	6,4	
	Ouvrier	6	5,5	
	Militaire	3	2,7	
	Autres	3	2,7	
Niveau d'étude	Non scolarisé	36	32,7	0,1521
	Primaire	27	24,5	
	Secondaire	25	22,7	
	Supérieur	22	20,0	
Age (année) : médian (Q1 ; Q3)		32 (27 ; 38)		-
[Min ; Max]		[17 ; 66]		
Age conjoint (année) : médian (Q1, Q3)		38 (32 ; 42)		-
[Min, Max]		[18 ; 66]		

Autres : cultivatrice, monitrice

Tableau IIII : Caractéristiques cliniques des patients infertiles

Caractéristiques		Nombre	Pourcentage (%)	P
Type d'infertilité	Primaire	52	47,3	0,5002
	Secondaire	58	52,7	
ATCD d'avortement	0	83	75,5	< 0,0001
	1	13	11,8	
	2	10	11,8	
	3	1	0,9	
	4	3	2,7	
ATCD de décès d'enfant	0	100	90,9	< 0,0001
	1	5	4,5	
	2	5	4,5	
Notion de traitement antérieur	0	2	1,8	< 0,0001
	1	20	18,2	
	2	2	1,8	
	3	86	78,2	
Gestité	Nulligeste	54	49,1	< 0,0001
	Primigeste	21	19,1	
	Deuxième-geste	7	6,4	
	Multigeste	28	25,5	
	Pauciparité	37	33,6	
	Grande multiparité	8	7,3	
Age du dernier enfant (année) : médian (Q1, Q3) [Min, Max]		1 (0 ; 4) [0 ; 15]		-
Indice de Masse Corporelle : médian (Q1, Q3) [Min, Max]		26 (23 ; 28) [17 ; 41]		-
Durée de l'infertilité (année) : médian (Q1, Q3) [Min, Max]		6 (3 ; 10) [1 ; 29]		-

Le tableau II présente les caractéristiques de la population étudiée.

Nous constatons que 79,1% de notre échantillon sont représenté par les femmes contre 21,9% d'hommes ($p < 0,0001$) avec une moyenne d'âge 32 ans avec des

extrêmes de 17 et 66 ans. On note que 75,5% ($p < 0,0001$) de la population est en régime monogamique, 27,3% ($p < 0,0001$) a fait un deuxième mariage. Les ménagères sont les plus représentées pour la profession avec 50,6% (56) et la non-scolarité aussi plus représenté pour le niveau d'étude. On constate que 40,9% ($p < 0,0001$) n'ont jamais eu une grossesse.

Le tableau III nous montre que : quel que soit le type d'infertilité (primaire ou secondaire), il n'y a pas une différence significative ($p = 0,5002$), mais que 78,2% ($p < 0,0001$) ont fait antérieurement tous les traitements possible (traditionnel, médicale et les 2 à la fois). La moyenne de la durée de l'infertilité est 6 ans avec extrême à 1 an et 29 ans.

3.2. Evaluation globale de l'état de santé et de la satisfaction de la QDV :

3.2.1. Etat de santé d'après le patient(e) :

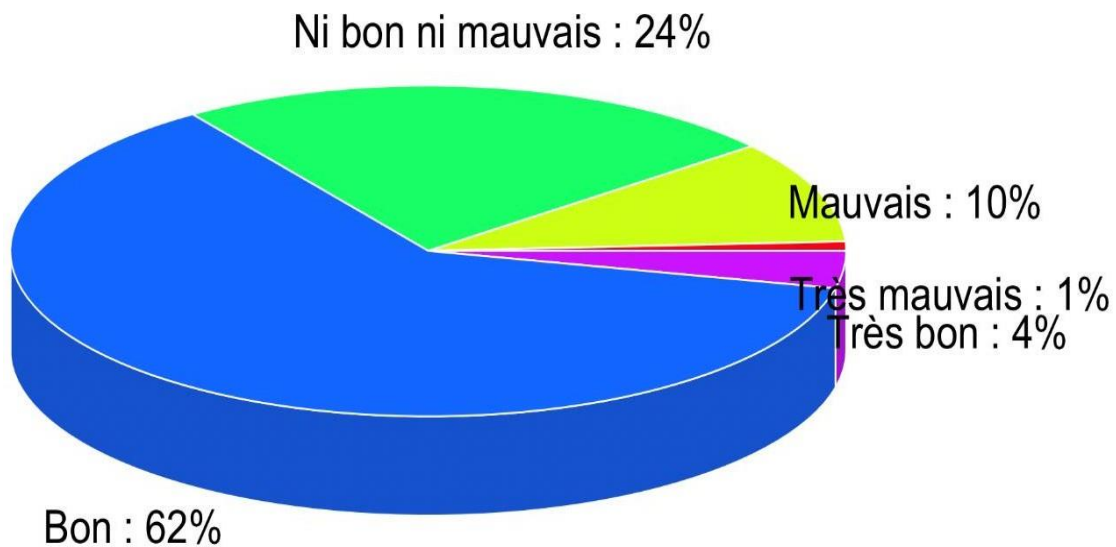


Figure 1: L'état de santé de la personne d'après elle même

Nous constatons que 62% des patients ont un bon état de santé.

3.2.2. Satisfaction de la QDV selon le patient(e) :

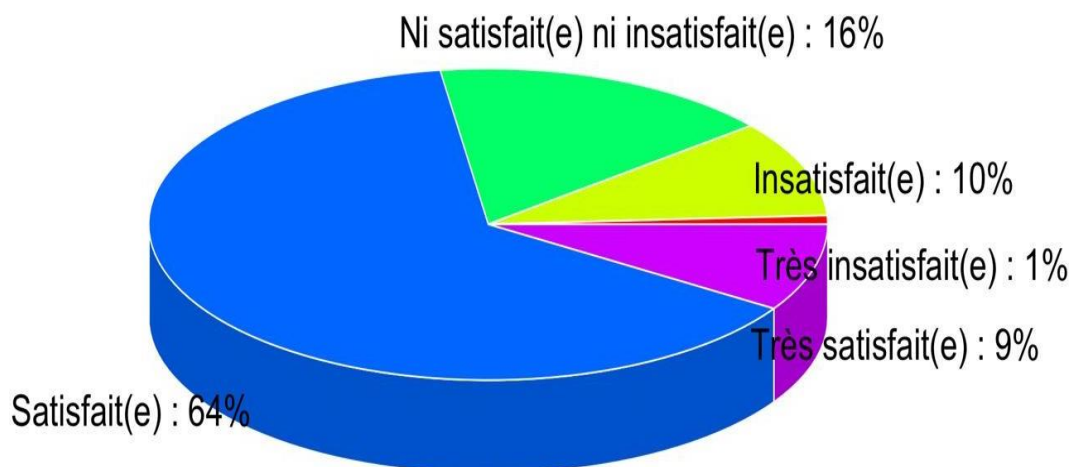


Figure 2: Satisfaction de la personne de sa qualité de vie

Nous retrouvons 64% qui sont satisfaits de leur qualité de vie

3.3. Qualité de vie des patients selon le score FertiQoL :

Tableau IVV : Score FertiQoL et scores des sous-domaines FertiQoL en fonction du sexe des individus

Domaine de la QDV	Genre	Moyenne du Score Total (%)	[e.t]	<i>p-value</i>
Total score	Homme	58,8	12,5	0,5651
	Femme	57,2	11,5	
Emotionnel	Homme	54,5	20,6	0,9493
	Femme	54,2	21,2	
Esprit-corps	Homme	58,9	26,8	0,7041
	Femme	56,9	20,8	
Social	Homme	71,6	19,4	0,1919
	Femme	65,1	21,2	
Relationnel	Homme	67,2	18,8	0,4341
	Femme	63,8	18,2	
Environnement	Homme	72,3	14,7	0,5859
	Femme	70,9	9,8	
Tolérance	Homme	81,8	13,3	0,6879
	Femme	80,0	19,8	

Le tableau IV nous montre que la moyenne du score total du FertiQoL est de 58,8% chez les hommes et 57,2% chez les femmes (*p-value* à 0,5651) sans différence significative entre le sexe. Nous retrouvons ces mêmes résultats pour la moyenne des sous-échelles sans différence significative entre les hommes et les femmes : Emotionnel pour les hommes (54,5% versus (54,2% *p-value* à 0,9493), Esprit/Corps pour les hommes (58,9%) versus 56,9% (*p-value* = 0,7041), Social (71,6% versus 65,1% *p-value* = 0,1919), Relationnel (67,2% versus 63,8% *p-value* à 0,4341), Environnement (72,3% versus 70,9% *p-value* à 0,5859) et la tolérance (81,8% versus 80% *p-value* = 0,6879). Nous avons une meilleure qualité de vie décroissante de l'Emotionnel à la Tolérance.

Tableau V : Comparaison des caractéristiques entre les hommes et les femmes en fonction de la moyenne du score total FertiQoL

Caractéristiques	Moyenne du score total % [e.t]		p-value
	Hommes	Femmes	
Groupes d'âge			
17 - 29 ans	40,9 [10,2]	58,8 [10,7]	0,008
30 - 35 ans	57,5 [8,0]	54,2 [10,7]	0,521
36 - 40 ans	63,4 [8,8]	56,9 [11,8]	0,270
41 - 66 ans	62,5 [13,1]	61,4 [16,0]	0,879
Type d'infertilité			
Primaire	[13,3]	[11,4]	0,550
Secondaire	[9,6]	[10,6]	0,329
Notion de remariage			
Oui	58,8 [9,8]	58,6 [12,5]	0,962
Non	58,8 [15,5]	56,9 [11,2]	0,616
ATCD d'avortement			
0	58,2 [12,4]	56,5 [11,8]	0,583
1	-	57,3 [12,3]	-
2	72,8 [-]	62,8 [8,0]	0,271
3	-	45,6 [12,3]	-
4	-	58,3 [6,7]	-
ATCD de décès d'enfant			
0	58,0 [12,2]	56,3 [11,5]	0,544
1	-	63,4 [10,4]	-
2	76,5 [NA]	67,6 [3,5]	0,109

Le tableau V nous révèle que plus l'âge est avancé, moins l'impact est ressenti ; Les jeunes femmes de 17 à 29 ans sont fortement impactées par les effets de l'infertilité par rapport aux hommes de la même tranche d'âge (40,9% [10,2] versus 58,8% [10,7] *p-value* = 0,008).

Tableau VII : Une analyse multivariée montrant une association entre la qualité de vie et l'infertilité du couple.

	Estimate	Écart type	<i>p value</i>
Stérilité primaire	1		
Stérilité secondaire	7,6	3,0	0,012
Sexe masculin	1		
Sexe féminin	1,1	5,2	0,836
Age du patient	0,2	0,3	0,321
Non scolarisé	1		
Niveau primaire	-4,3	3,7	0,254
Niveau secondaire	-1,7	3,8	0,660
Niveau supérieur	1,9	3,9	0,624
Monogamie	1		
Polygamie	-0,7	3,3	0,836
Notion de remariage	1		
Absence de remariage	-1,2	3,4	0,728
L'âge du conjoint	-0,2	0,2	0,476
L'IMC	0,1	0,3	0,638

Le modèle de régression linéaire utilisé nous montre que parmi les facteurs étudiés seule l'infertilité secondaire ($p= 0,012$) est associée l'amélioration de la qualité de vie.

DISCUSSION

4. Discussion :

4.1. Limites et biais de l'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale, observationnelle par questionnaire. Il s'agissait de données déclaratives qui peuvent poser un problème de fiabilité surtout à la présence du partenaire du couple : elles sont soumises aux biais de déclaration (un individu peut déformer la réalité d'un comportement lorsqu'il est interrogé dans le cadre d'une étude). Certains patients ont été appelés au téléphone pour remplir le questionnaire.

Pour pallier ces insuffisances, nous avons nous même fait l'interrogatoire aux patients, individu par individu sans l'influence d'autrui sur les réponses. Expliquer et revenir sur les questions en ce qui concerne les réponses aux appels téléphoniques. Nous avons donné la latitude de répondre aux questions qui nous sont posées par les patients afin de les rassurer.

4.2. Caractéristiques des patients infertiles :

Nous avons réalisé dans notre étude un échantillonnage de 110 personnes infertiles.

L'âge moyen est de 32 ans avec des extrêmes de 17 et de 66 ans. Dans notre population, 79,1% (87) représente les femmes contre 21,9% (23) d'hommes ($p < 0,0001$), cela s'expliquerait par le fait que ce sont les femmes qui sont généralement mise en avant pour tout problème d'infertilité dans nos sociétés. Et pourrait s'expliquer par le fait que les femmes elles-mêmes se sentent plus concernées et sont les devancières à la recherche de remède.

Une étude réalisée au Mali en 2022 au CHU Hôpital du Mali trouve respectivement 75 femmes (81,52%) contre 17 hommes (18,48%) avec un âge moyen de 29,35 ans chez les femmes et 35,82 ans chez les hommes[15]. Une étude du Kazakhstan trouve que l'âge des patients infertile variait de 20 à 49 ans (l'âge moyen est de $34,76 \pm 5,89$ ans[19]. La forte participation des femmes à cette étude dénoterait de la forte pression qu'exercent les familles sur ces patientes.

75,5% ($p < 0,0001$) de la population est en régime matrimonial monogamique, 27,3% ($p < 0,0001$) a fait un deuxième mariage à cause de l'infertilité. Les ménagères sont les plus représentées pour la profession avec 50,6% (56) et la non-scolarisation aussi plus représenté pour le niveau d'étude.

4.3. Evaluation globale de l'état de santé et de la satisfaction de la QDV :

Nous avons trouvé dans notre étude des suites de l'appréciation globale individualisée, que 62% de la population étudiée jugent bon leur état de santé physique et une satisfaction de la qualité de vie pour 64% de cette population.

Il pourrait s'agir de l'espoir que nourrissent ces patients malgré un impact de la pression psycho-sociale. C'est vrai que l'avancée de la médecine permet un espoir pour chaque couple, cependant la pression psycho-sociale reste toujours, surtout chez les femmes[6].

4.4. Qualité de vie des patients selon le score FertiQoL

Le FertiQol étant une mesure objective non seulement de la qualité de vie globale, mais aussi sur les différents sous-domaines de cette qualité de vie, ce qui fournit des informations détaillées importantes pour une visibilité sur l'impact psycho-social chez ces patients infertiles. La cotation va de 0 à 100, plus le score se rapproche de 100, la QDV est meilleure et les patients sont moins impactés par l'infertilité.

Notre objectif principal était d'étudier l'impact psycho-social de l'infertilité sur la qualité de vie de notre population.

La moyenne du score total est de 58,2% chez les hommes et 57,8% chez les femmes. Il n'y a pas de différence d'impact des uns par rapport aux autres ($p\text{-value} = 0,5651$). Mais la moyenne du score total que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, la moyenne est encore faible par rapport à 100 ; d'où l'impact psycho-social globale sur chaque patient. Cependant, une étude espagnole trouve que, dans tous les cas, les femmes ont des scores FertiQoL plus faible sur la qualité de vie[20]. L'impact psycho-social est une réalité pour les personnes

infertiles, mais la différence de lieu d'étude pourrait expliquer cette faiblesse de score FertiQoL chez les femmes espagnoles par rapport aux hommes.

Nous observons en ce qui concerne les sous-échelles, la même tendance :

- Pour la sous-échelle émotion, nous trouvons une moyenne de 54,4% chez les hommes et 54,2% chez les femmes ($p\text{-value} = 0,9493$), elle correspond à la qualité de vie la plus impactée chez l'ensemble des patients à la suite de la moyenne qui est au-deçà du score total. Plus la moyenne est faible plus cela nous indique que l'individu éprouve des émotions négatives. Les patients peuvent développer des doutes sur eux-mêmes et éprouver la plus grande pression qui menace leurs émotions.

Une étude du centre : Research, Society and Development trouve une moyenne de 69,49% chez les femmes et 75,17% chez les hommes ($p < 0,001$), les patients ont été impactés émotionnellement avec beaucoup plus d'influence chez les épouses[21].

- Pour la sous-échelle mentale/corporelle ou esprit/corps, nous trouvons une moyenne de 58,9% chez les hommes et 56,9% chez les femmes avec ($p\text{-value} = 0,7041$). Nous constatons une légère progression vers 100 par rapport au score FertiQoL total, bien vrai que l'impact reste le même que pour les hommes que les femmes. Les patients éprouvent des symptômes physiques négatifs et des perturbations cognitives ou comportementales. Certaines personnes auront des effets secondaires physiques négatifs, tels que la douleur, la fatigue, maux de tête, nausées, prise de poids, irritabilité. Il convient d'apporter à ces personnes un soutien psychologique pour supporter l'impact physique sur leur corps. L'étude de l'International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology trouve une moyenne de 88,8% chez les hommes et 12,9% chez les femmes ($p < 0,001$), l'impact de la sous-échelle concerne que les épouses que nous trouvons égalitaire[22]. Les sous-échelles de l'émotion

et du mentale/corporelle ont une forte intercorrélation ($r=0,77$, $p < 0,001$ chez les femmes et $r=0,74$, $p < 0,001$ chez les hommes) [23].

- Puis concernant la sous-échelle sociale, nous avons une moyenne 71,6% chez les hommes et 65,1% chez les femmes ($p\text{-value} = 0,1919$). Plus la moyenne est faible plus les interactions sociales des individus sont affectées par les problèmes de l'infertilité.

Dans une étude allemande, les éléments de soutien de la famille et des amis sont faiblement chargés sur cette sous-échelle avec de score 27 et 34 chez les femmes puis 32 et 19 chez les hommes [23]. Le soutien des amis, de la famille peut être un vrai atout mais, il ne faut pas oublier qu'encore aujourd'hui, la société stigmatise souvent les personnes infertiles. Ces personnes peuvent subir davantage de préjugés sociaux[5].

- Pour la sous-échelle relationnelle, nous avons une moyenne de 67,2% chez les hommes et 63,8% chez les femmes ($p\text{-value} = 0,4341$). La qualité de vie s'améliore par rapport aux sous-échelles antérieures, mais l'impact de la relation conjugale ou du partenariat ont été affectées par les problèmes d'infertilité. Il pourrait s'agir d'un soutien partagé entre conjoint vivant la même expérience d'infertilité ou un échec pourrait consolider le lien conjugal. En revanche le International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology trouve une moyenne de 84,1% chez les hommes et 11,2% chez les femmes ($p < 0,001$), signifiant un impact très important chez ces femmes[22]. Et l'Am J Mens Health rapporte que ces sous-échelle cis-citées ont nettement diminué à travers les scores FetiQoL ; bien vrai la dernière est demeurée stable au départ, mais diminue aussi au cours du suivi [24].
- La sous-échelle environnement / traitement : nous avons une moyenne de 72,3% chez les hommes et 70,9% chez les femmes ($p\text{-value} = 0,5859$). Une QDV moins affecté d'autant plus qu'à l'avènement de la prise en charge médicale, la plupart des patients gardent l'espoir de procréer. Mais

aussi l'aide psychologique reçue à la consultation contribue à réduire la pression psycho-sociale, tout ce qui concerne la panoplie de la Procréation Médicalement Assistée donne de l'espoir.

- En fin la sous-échelle tolérance nous donne une moyenne de 81,8% chez les hommes et 80% chez les femmes ($p\text{-value} = 0,6879$). Elle correspond à la meilleure QDV pour l'ensemble de nos patients sans une différence significative entre les hommes et les femmes. Cela pourrait s'expliquer par une bonne tolérance des molécules thérapeutique utilisés pour le traitement de ces patients infertile.
- Nous avons fait une comparaison en groupe d'âge des caractéristiques entre les hommes et les femmes selon le score FertiQoL. Nous avons retrouvé une moyenne de 40,9% chez les hommes et 58,8% chez les femmes ($p\text{-value} = 0,008$) pour la tranche d'âge de 17 à 29 ans. Il existe une différence hautement significative entre les hommes et les femmes. Dans cette tranche d'âge les femmes sont beaucoup plus impactées par l'infertilité que les hommes. La réalité de notre société fait qu'après un mariage, les membres de la famille ont leur égard sur la nouvelle mariée. Ils s'attendent à une grossesse aux premiers mois du mariage. Ces personnes peuvent subir davantage de préjugés sociaux en cas d'infertilité et sont stigmatisées [5], [18].
- L'analyse multivariée trouve une corrélation dans l'association entre le type d'infertilité et la QDV ; parmi les facteurs étudiés seule l'infertilité secondaire ($p=0,012$) est associée l'amélioration de la QDV. Ainsi chez les femmes, la cause perçue de l'infertilité et le fait d'avoir déjà un enfant (infertilité secondaire) était liée de manière significative aux scores individuels de FertiQoL, tandis que chez les hommes, l'âge, le niveau d'étude et la durée de leur souhait d'enfant avait un impact sur les sous-échelles de FertiQoL (toutes $p < 0,05$) [23].

L'infertilité est un problème qui touche des millions de couples dans le monde et qui a un impact significatif sur leur qualité de vie. Le « questionnaire sur la qualité de vie en matière de fertilité (FertiQoL) » est un outil indispensable en matière d'évaluation de la qualité de vie des personnes infertiles ; il est devenu une référence internationale.

Dans la littérature plusieurs auteurs confirment l'importance d'utilisation de cet outil, ainsi l'approche centrale sur le patient dans les soins de fertilité et les scores de qualité de vie et d'anxiété et de dépression des patients sont liées[25]. Prêter attention à ces variables pourrait mener à des expériences de soins positives et à l'orientation des patients.

Une étude Néerlandaise a examiné la relation entre la détresse émotionnelle telle que mesurée par l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière (HADS) et le questionnaire FertiQoL. Elle confirme la relation négative attendue entre la qualité de vie mesurée par FertiQoL et l'anxiété et la dépression. Les données confirment que FertiQoL mesure de manière fiable la QDV chez les femmes confrontées à l'infertilité [26].

CONCLUSION & RECOMMENDATIONS

Conclusion

L'évaluation de la qualité de vie des couples infertiles a permis de constater l'impact de l'infertilité sur notre population d'étude. Il s'agissait de tout âge confondu avec des extrêmes de 17 et 66 ans.

Le score FertiQoL global nous révèle un résultat faible pour les femmes et les hommes traduisant une dégradation de la qualité de vie sur l'ensemble des patients. Ainsi les sous-échelles émotionnelle, mentale/corporelle, sociale, relationnelle, environnement/traitement et tolérance sont fortement impactées par l'infertilité.

Recommandations :

Aux autorités socio-sanitaires et politiques

- ✓ Mettre en place une structure ou un système d'information pour conseils, assistance et suivi psycho-social des personnes infertiles
- ✓ Repenser la problématique de l'infertilité dans les politiques et programmes de santé de la reproduction.

Aux personnels soignants

- ✓ Faire l'état des lieux sur l'infertilité en mettant en place un projet d'envergure nationale pour évaluer la qualité de vie des personnes infertiles à travers le score FertiQoL
- ✓ Renforcer la prise charge psycho-sociale des personnes infertile

Aux populations

- ✓ Réduire la stigmatisation et la pression psycho-sociale envers les personnes infertiles.
- ✓ Renforcer la communication pour le changement de comportement de la société envers les personnes infertiles.
- ✓ Assurer un accompagnement et un soutien psycho-social dans les différentes familles concernées par l'infertilité.

RÉFÉRENCES

Références Bibliographiques :

- 1- **Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S**; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril*. 2009 Nov ;92(5):1520-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009. Epub 2009 Oct 14. PMID : 19828144.
- 2- **Azize Diallo A, Anku PJ, Darkoa Oduro RA**. Exploring the psychosocial burden of infertility: Perspectives of infertile couples in Cape Coast, Ghana. *PLoS One*. 2024 Jan 25 ;19(1): e0297428. doi: 10.1371/journal.pone.0297428. PMID: 38271436; PMCID: PMC10810504.
- 3- **A. D. Domar, P. C. Zuttermeister, et R. Friedman**, « The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions », *J Psychosom Obstet Gynaecol*, vol. 14 Suppl, p. 45-52, 1993.
- 4- **Diédhiou M**. 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 de Médecine Dakar 2023 N° 96.
- 5- **Doumbia M**. Impact de l'infertilité du couple sur l'état psychologique des femmes à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de Médecine Bamako 2022 N° 249.
- 6- **Anokye R, Acheampong E, Mprah WK, Ope JO, Barivure TN**. Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Res Notes*. 2017 Dec 6 ;10(1) : 690. Doi : 10.1186/s13104-017-3008-8. PMID : 29208028 ; PMCID : PMC5718012.
- 7- **ChenTH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD**. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod* 2004 ; 19 :2313-8.

- 8- **Mariko S.** Koura et Tiekoura. sawa éditions. Mali 2023 51p ISBN : 9789995293994
- 9- **Girard E, Galani V, Toma S et Streuli I.** Détresse psychologique des couples infertiles : une approche globale. In : Revue médicale Suisse, 2017, vol 13, n° 549 (13) : 371-4.
- 10- **Daval R. Stoetzel Jean,** La psychologie sociale. In : Revue française de sociologie, 1963, 4-4. Problèmes noirs.pp. 459-461
persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1963_num_4_4_7197
- 11- **Boivin J, Bunting L, Collin JA, et al.** Estimations internationales de la prévalence de l'infertilité et de la recherche d'un traitement : besoins potentiels et demande de soins médicaux pour l'infertilité. Hum Rprod, 2007 ; 22(6) : 1506-12
- 12- **M. Brzakowskia, E. lourdela, R. Cabryb, M.-F. Oliérica, C. Claeysa, A. Devauxb, H. Copinb, P. Merviel**a Épidémiologie du couple infertile. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 38 (2009) – Hors-série 1 -F3-F7
- 13- **Kadima Lufuluabo C et al.** Profil epidemio-clinique de l'infertilité masculine à Mbujimayi. Revue de Médecine et de Santé Publique. 2023 ; 6(1) : 99-113.
- 14- **Diabate M.** infertilité du couple : Aspects psychosociaux chez la femme au centre hospitalier Mère-Enfant : le <Luxembourg>. Thèse de Médecine Bamako 2011 N°165
- 15- **Balla G K.** Aspect épidémio-clinique et étiologiques de l'infertilité en consultation externe dans le service de Médecine et d'Endocrinologie de l'hôpital du Mali. Mémoire DES Bamako 2022
- 16- **Potter-Efron P.** L'impact psychologique de l'infertilité et son traitement. Harv MENT Health, 2009 ; 24(11) :1-3.
- 17- **Charton, Laurence et Joseph J. Lévy.** « Présentation : désir d'enfant et désir de transmission : quelles influences sur la formation des

- familles ? » *Anthropologie et Sociétés*, volume 41, Numéro 2, 2017, P. 9-37. Doi.org/10.72 02/1042312ar
- 18- **M. Taebi, N. Kariman, A. Montazeri, et H. Alavi Majd**, « Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women », *Int J Fertil Steril*, vol. 15, n° 3, p. 189-196, juill. 2021, doi: 10.22074/IJFS.2021.139093.1039.
- 19- **M. Suleimenova, V. Lokshin, N. Glushkova, S. Karibayeva, et M. Terzic**, « Quality-of-Life Assessment of Women Undergoing In Vitro Fertilization in Kazakhstan », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n° 20, Art. n° 20, janv. 2022, doi: 10.3390/ijerph192013568.
- 20- **Bueno-Sanchez L, Alhamba-Borras T, Gallego-Valades A, Garces-Ferrer J.** Psychosocial Impact of infertility Diagnosis and Conformity to Gender norms on the Quality of Life of Infertile Spanish Couples. *Int J Environ Res Public Health* 2024 Jan 30 ; 21(2) : 158. doi : 10.3390/ijerph21020158. PMID : 38397648 ; PMCID : PMC10888361.
- 21- **Fallahzadeh H, Zareei Mahmood Abadi H, Momayyezi M, Malaki Moghadam H, Keyghobadi N.** The comparison of depression and anxiety between fertile and infertile couples: A meta-analysis study. *Int J Reprod Biomed.* 2019 May 5;17(3):153–62. doi: 10.18502/ijrm.v17i3.4514. PMID: 31435599; PMCID: PMC6661138.
- 22- **N. Ibrahim, S. Mohamed, Z. Ismail, et M. R. Salleh**, « Psychological distress and quality of life of Malaysian infertile couples », *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, vol. 10, n° 1, p. 61-67, 2021, doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20205755.
- 23- **Sexty RE, Griesinger G, Kayser J, Lallinger M, Rösner S, Strowitzki T, Toth B, Wischman T.** Psychometric Characteristic of the FertiQoL questionnaire in a German sample of infertility individuals and couples. *Health Qual Life Outcomes.* 2018 Dec 17 ;16(1) :233. doi : 10.1186/s12955-018-1058-9. PMID :30558633 ; PMCID :PMC6296013.

- 24- **Warchol-Biederman K.** The Etiology of Infertiity Affect Fertility Quality of Life of Males Undergoing Fertility Workup and Treatment. *Am J Mens Haelth.* 2021 Mar-Apr;15(2):1557988320982167. doi: 10.1177/1557988320982167. PMID: 33834914; PMCID: PMC8040574.
- 25- **Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA, Nelen WL.** How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Hum Reprod.* 2012 Feb;27(2):488-95. doi: 10.1093/humrep/der386. Epub 2011 Nov 22. PMID: 22108249.
- 26- **J. W. M. Aarts, I. W. H. van Empel, J. Boivin, W. L. Nelen, J. a. M. Kremer, et C. M. Verhaak,** « Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL », *Hum Reprod*, vol. 26, n° 5, p. 1112-1118, mai 2011, doi: 10.1093/humrep/der051.

Annexe



fertiQoL-French.pdf



FertiQoL_Scoring[1].
pdf

Fiche signalétique

Nom : DEMBELE

Prénoms : Daniel Dami

Courriel : dembele.daniel87@gmail.com

Titre : Evaluation de la qualité de la qualité de vie des couples infertile à Bamako

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Psycho-sociologie

Résumé :

L'infertilité est un réel problème de santé non seulement des personnes en couples, mais aussi un sérieux problème familial voire sociale. Elle constitue un grand fléau de troubles psycho-sociale rendant la vie pénible pour les concerné.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle multicentrique sur une période de 6 mois, allant d'octobre 2023 à mars 2024.

Résultats :

L'étude concernait une population de 110 personnes composée de 78,1% de femmes et de 20,9% d'hommes.

La moyenne du score total du FertiQoL est de 58,8% chez les hommes et 57,2% chez les femmes (*p-value* à 0,5651), cette faible moyenne réalise un impact psycho-social globale très important sur l'ensemble des patients sans distinction de sexe (*p-value* à 0,5651). De même les sous-échelle : émotionnel, esprit/corps, social, relationnel, environnemental/traitement et tolérance impactent négativement la qualité de vie des patients, mais avec une amélioration remarquable décroissante.

Conclusion :

Il y a un impact psycho-social très important sur la qualité de vie des patients infertiles (sans distinction de sexe) à travers le score total de FertiQoL.

Mots clé : infertilité, couples, FertiQoL, Bamako