UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI (UAC)

****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES (FASHS)

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE (DP)

****

RAPPORT DE FIN DE STAGE

SUJET

EFFETS PSYCHOLOGIQUE DE L'INFERTILITE DANS LES COUPLES : CAS DES PATIENTS REÇUS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DEPARTEMENTAL DE L'OUEME EN 2024

Réalisé et soutenu par :

AHLONSOU Charlotte

Sous la direction de :

Tuteur de stage :

Mr Salomon DEGILA

Psychologue clinicien du

Centre Saint Camille de TOKAN

Maître de stage :

Dr N. Anselme TCHANSI KOUAMBER

Enseignent Chercheur à l'UAC

Composition des membres du Jury

Président : **Dr MEHINTO Michel M.**

Examinateur **: Dr DOSSA Bernardin**

Rapporteur **: Dr TCHANSI KOUAMBER Anselme N.**

Note : 15 **Mention : Bien**

Soutenu le 21 février 2025.

Année académique : 2024- 2025

SOMMAIRE

SOMMAIRE 1

DEDICACE 2

REMERCIEMENTS 3

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 4

LISTE DES TABLEAUX 5

LISTE DES FIGURES 6

RESUME 7

ABSTRACT 7

INTRODUCTION 8

CHAPITRE 1 : DESCRIPTION ET DEROULEMENT DU STAGE 11

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 15

CHAPITRE3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET INTERPRETATION, DES DONNEES 28

CHAPITRE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 35

CONCLUSION 38

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES 39

ANNEXE 42

TABLE DES MATIERES 43

DEDICACE

A

mes parents géniteurs **AHLONSOU Gilbert et HONGUA Marguerite.**

REMERCIEMENTS

A la fin de cette étude, je tiens à exprimer mes sincères gratitudes a toutes les personnes qui ont apporté leur contribution, qu'elle soit directe ou indirecte, à la réalisation de ce travail. Leurs efforts sont hautement appréciés et je leur adresse mes plus sincères remerciements. Je tiens également à accorder un remerciement spéciale a :

- Dr N. Anselme TCHANSI KOUAMBER, Enseignant chercheur à l'Université d'Abomey-Calavi, notre maitre de stage pour la disponibilité, la patience et la rigueur dont il a fait preuve dans la rédaction de ce document ;
- Mr Salomon DEGILA, notre tuteur de stage pour sa disponibilité et son soutien constant qui a été essentiels à notre réussite lors du stage ;
- Tous les enseignants de la FASHS, particulièrement ceux du département de psychologie (DP) qui nous ont accompagnés tout au long du parcours académique, leur dévouement, leur expertise, et leurs enseignements ont été une source d'inspiration pour nous et ont permis de développer les compétences et de préparer au mieux pour la carrière professionnelle.
- Nos honorables Membres du jury pour leur présence, le temps consacré à la lecture et à l'appréciation de ce mémoire.
- Les enquêtés avec lesquels nous avons travaillée, car ils ont joué un rôle indispensable dans la contribution de notre recherche ;
- La famille et les amis pour leur soutien inconditionnel, leur encouragement et leur amour indéfectible ont été essentiels pour surmonter les obstacles et persévérer dans les études ;
- Toutes les personnes qui ont contribué à notre réussite que ce soit sur le plan académique ou personnel, leurs soutient et encouragements ont permis de grandir et d'épanouir.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMP **:** Assistance Médicale à la Procréation

ASRM **:** American Society for Reproductive Médecine

CHUDO-P **:** Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau

DP **:** Départements de Psychologie

FASHS **:** Faculté des Sciences Humaines et Sociales

FIV **:** Fécondation In Vitro

IIU : Insémination Intra-utérine

INSERM **:** Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS **:** Organisation Mondiale de la Santé

PMA **:** Procréation Médicalement Assistée

UAC **:** Université d'Abomey Calavi

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition selon la variable âge 28

Tableau II : Répartition selon la variable sexe 29

LISTE DES FIGURES

Figure I : Répartition des enquêtés selon la variable profession 29

Figure II: Durée de relation de couple 30

RESUME

L'infertilité est considérée comme un problème de couple qui génère le stress motivé par un besoin soit psychologique, physiologique, sociale ou spirituelle non satisfait et dont le vécu ne peut être sans conséquence psychologique sur les individus qui en souffrent. Cette recherche de nature qualitative examine l'effet psychologique de l'infertilité dans les couples des patients du CHUDOP. Elle a été réalisée sur 15 patients qui ont problèmes de fertilité grâce a la technique d'échantillonnage exhaustive qui est une technique non probabiliste .En se concentrant sur la manière dont l'infertilité peut influencer les individus du couple, l'étude vise a identifier les effets psychologiques de l'infertilité dans les couples. Les résultats obtenus grâce au guide d'entretien et la recherche documentaire, nous montrent les émotions que ces personnes ressentent dans leurs couples face à ce problème et soulignent l'importance du soutien psychologique d'un proche pour le bien être mentale.

Mots clés : Psychologie, Infertilité, couples

ABSTRACT

Infertility is considered a couple problems which generates stress motivated by an unsatisfied psychological, physiological, social or spiritual need and the experience of which cannot be without psychological consequences on the individual who suffers from it. This qualitative research examines the psychological effect of infertility in couples of CHUDOP patients. This research was carried out on 15 infertile patients using the exhaustive sampling technique which is a non-probabilistic technique. By focusing on how infertility can influence the individuals of the couple, the study aims to identify the psychological effects of infertility in couples. The results obtained thanks to the interview guide and documentary research show us the emotions that people feel in their couples facing this problem and underline the importance of psychological support from a loved one for mental well-being.

Keywords: Psychology, Infertility, couples

INTRODUCTION

Dans le monde, le mariage a une importance particulière pour les jeunes, tout en leur permettant d'accéder à un noble rôle de parent. Le mariage renvoie au besoin de reproduction de l'espèce humaine. Cela ne se résume pas seulement sur l'amour, ça oblige la femme à faire un enfant. Et avoir des enfants est la joie et le bonheur de chaque famille. Voir ses enfants grandis au jour le jour est une source de joie et de bonheur pour la famille. Mais cela n'est pas le cas dans toutes les familles. Lorsque certains couples cherchent à limiter le nombre d'enfant on constate que d'autres vivent des difficultés pour accéder à une grossesse tant désirée. Nombreux sont les couples qui peinent aujourd'hui à satisfaire leurs désirs de procréer. L'OMS définit l'infertilité comme l'absence de grossesse après 12 mois de rapport sexuel réguliers sans contraception chez la femme moins de 25 ans et 6 mois chez la femme qui a plus de 35 ans · On estime entre 48 et 186 millions, le nombre de couples concernés par l'infertilité dans le monde. L'infertilité est alors considérée comme un problème de couple qui génère le stress motivé par un besoin soit psychologique, physiologique, social, ou spirituelle non satisfait, et dont le vécu ne peut être sans conséquences psychologiques sur les individus qui en souffrent.

D'après les recherche menée, un couple sur huit va venir consulter pour des difficultés a concevoir et un sur dix sera traité ·Les données démographique françaises, indiquent une augmentation temporelle des traitements de l'infertilité et de larges auxquelles ils sont restaurés ·Parmi les cas d'infertilités 35% des cas peut être d'origine féminine ,25% des cas peut être d'origine masculine et 35% des cas peut être mixte et les 5% restants sont le cas des couples normaux On parles du stérilité inexplicable ou idiopathiques ·Le taux de succès d'une grossesse est relativement faible et varie selon différents facteurs ·Ces statistiques sont comparables à celles qui ont étés observés aux Etats Unis.

De même en Afrique, le mariage n'est pas uniquement pour les joies et les peines de son foyer mais surtout pour avoir des enfants. En Afrique dans les zones rurales, la grossesse et l'accouchement donnent à la femme une légitimité au sein de la famille de l'homme (Akarsu et béji, 2021). Dans le mémoire de (Douvi, Aryanne, Armelle 2022). De ce fait la procréation est considérée comme l'objectif premier du mariage. La réussite d'un homme est donc d'avoir une femme qui lui donne beaucoup d'enfants. Mais malheureusement pour certains couples qui n'arrivent pas à concevoir après deux ou trois ans de mariage, la femme est celle qui est tenu responsable de l'infertilité de ce couple par son mari, sa belle-famille et son entourage.

C’est particulièrement le cas du Bénin ou le désir d’avoir des enfants est très élevé dans tous les couples surtout chez l’homme. Et on constate également que si la femme ne tombe pas enceinte vite déjà deux ou trois ans de rapport sexuel non protégés, la belle-famille commence par lui donner de la pression, et son entourage lui attribue le nom de la femme stérile. Ainsi que son mari qui commence par lui mettre la pression ou commence par chercher ailleurs ne sachant pas qu’il peut être aussi la cause du mal. C’est ce que dit l’article paru sur le blog de Sylvia Apata 2017 que, « quand l’enfant ne paraît pas dans un couple, la femme est celle-là qui est tenu pour responsable de l’infertilité de ce couple par son mari, sa belle-famille et son entourage. De plus commence par naître chez l’homme des attitudes qui auparavant n’avait jamais faire surface : il découche, devient de moins en moins bavard avec sa femme et dans le cas extrême devient violent**».**

L’infertilité est une pathologie qui empêche de procréer. Il restera définitivement stérile en absence de toute intervention médicale. C’est un fléau qui crée beaucoup de malheurs à la femme en Afrique selon l’article paru sur le blog de Sylvia apata 2017**.** Dans ce même article, selon le docteur en médecine Medhi Jaidane**,** l’infertilité est définie comme l’incapacité pour un couple d’obtenir une grossesse après 24 mois de rapport sexuel normaux réguliers et non protégés. Il existe deux types d’infertilités : l’infertilité primaire, quand il n’y a jamais eu de grossesse et l’infertilité secondaire s’il y a eu une ou plusieurs grossesses à terme. L’Afrique est le plus touché par l’infertilité. Ce sont entre 15% et 30% des couples africains qui ont des difficultés a procrée (selon Héloïse Rambert 2016**).** Certaines auteures soutiennent que le problème de l’infertilité, longtemps ignoré partout, a finalement motivé de nombreuses recherches scientifiques. (Boerma et Mgalla, 2001 ; et Van Balen 2002)**.** La majorité des couples qui n'arrivent pas à concevoir se tournent contre l'infertilité. Mais si la cause est psychique, ce traitement n'aura pas d'efficacité. C'est donc un sujet très large qui peut être influencés de manière complexe par la santé physique de l’individu, son état psychologique et son niveau d’indépendance, ses relations sociales et les relations de son environnement. Ça peut créer à l'individu l'anxiété à cause du désir d'enfant qui tarde à devenir réalité ; La baisse de l'estime de soi qui affecte directement notre auto estime puisque nous l'interprétons comme un échec dont nous sommes responsables ; l'insomnie qui est un état d'alerte permanent qui fait exploser notre taux d'adrénaline, une hormone qui joue un rôle direct sur le sommeil ; et la baisse de libido qui peut influencer le désir sexuel à cause du stress engendré par le désir d'enfant. Ces difficultés sont d’ailleurs décrites par beaucoup d’individus comme étant l’épreuve la plus déstabilisante de leur vie (Goussaut et jacob, 2011).

Eu égard de tout ce qui précède, nous avons voulu réfléchir sur le sujet dont le thème est intitulé effet psychologique de l'infertilité dans les couples. Notre travail de recherche va se focaliser sur quatre chapitres. Le premier chapitre aborde la description et déroulement du stage. Le deuxième chapitre portera sur le cadre théorique et l'approche méthodologie de la recherche. Le troisième chapitre expose l'interprétation et l'analyse des données. Le dernier chapitre présente la discussion et la conclusion sur les conséquences qu'engendre l'infertilité dans les couples.

CHAPITRE 1 : DESCRIPTION ET DEROULEMENT DU STAGE

1.1 DESCRIPTION INSTITUTIONELLE

1.1.1 PRESENTATION DU CENTRE

Le centre saint Camille de Lellis «Oasis d'Amour» de Tokan est un centre d'accueil psychiatrique qui traite les personnes qui souffrent des problèmes mentaux. Le centre se situe au Benin, dans le département de l'Atlantique précisément à Abomey Calavi derrière le marché de Tokan. Ce centre a pour mission d'aider les patients pour leur réhabilitation et leurs réinsertions dans la société. Ce centre combat l'ignorance en matière de santé mentale, et fournit des efforts pour éradiquer les mauvais traitements dont les malades mentaux sont victimes dans la société. Ces personnes sont accueillies dans le centre avec respect honorant leur liberté et les aidés à retrouver leurs dignités humaines. En dehors des soins médicaux de qualités apportés aux patients, l'écoute, le service des malades dans la patience avec un regard confiant pour leur croissance humaine et spirituelle et l'amour sont gracieusement données aux patients. Il compte près de 350 patients internés et plus de 15000 patients externes. Il est inauguré le 15 octobre 2016 par Monseigneur Roger HOUNGBEDJI.

1.1.2 HISTORIQUE

Le pensé de la création du centre Saint Camille de tokan est partie d'une expérience personnelle de Monsieur Grégoire AHONGBONON, vivant en Côte d'Ivoire qui a connu des fortunes de cette vie mais tout d'un coup s'est retrouvé déprimé. Durant ces temps durent que lui parvient l'inspiration de venir en aide aux personnes souffrant de maladie mentale. C'est dans ses activités qu'il a rencontré le père François HINNOUGBE prêtre Béninois et cette dernière a été traité dans le centre psychiatrique que Monsieur Grégoire AHONGBONON a ouvert à Abidjan, et une fois guéri, il lui a promis de l'aider à créer un centre pour les malades mentaux au Benin, ce qu'il fit avec l'aide de Monseigneur Antoine GANYE archevêque émérite de Cotonou. L'Association saint Camille de Lellis est une organisation non gouvernementale catholique créée par un groupe de laïcs engagés dans le service de Dieu et celui des autres. Au Benin, l'association a cinq centres pour le traitement des malades mentaux a savoirs : Tokan, Avrankou, Bohicon, Djougou, et Dassa et quarante-deux centres de relais dont quatre dans l'archidiocèse de Parakou, cinq dans le diocèse de Kandi, sept dans le diocèse de Natitingou, cinq dans l'archidiocèse de Cotonou, quatre dans le diocèse de Djougou, quatre dans le diocèse de n'Dali, trois dans le diocèse de Lokossa, deux dans le diocèse de porto novo et cinq dans le diocèse de dassa zounme.

1.1.3 FONCTIONNEMENT DU CENTRE

Le centre Saint Camille de Lellis de Tokan est une maison subdivisée en deux dont une infirmerie et un centre psychiatrique. Notre stage a eu lieu dans le centre psychiatrique. Juste après l'infirmerie se trouve un bâtiment nommé urgence ou on mets les patients pour la première fois de leurs venus avant de les envoyer dans les salles d'observations; à l'entrée de ce centre par le petit portail ou il y a un gardien on trouve en face de ce portail juste à l'entrée une maison initier quartier des hommes, à droite on trouve un couloir qui faire face à une maison nommée quartier des femmes et dans cette maisons se trouve une chapelle, la cuisine , salles à manger, puis à gauche on trouve on trouve un Bâtiment construits à ciel ouvert dont on y trouve dedans les bureaux , la pharmacies, les salles d'observations, l'archive, une toilette, et une salle d'attente , la caisse également. En haut de ce bâtiments trouve 6 bureaux dont trois bureaux pour les psychologues, un pour le psychiatre, un pour la bibliothèque et un pour le blanc, de plus on trouve également une salle de conférence et une toilette.

Ce centre est doté d'une structure organisationnelle constitué d'une équipe administrative qui est composé du direction ,le chargé de supervision et du contrôle des activités administrative, le secrétariat qui est charger de fournit un soutien administratif aux personnels et aux équipes , l'archive qui sécurise les dossiers des patients, la caisse qui assure la gestions financière du centre, la pharmacie qui est chargé de la gestions des médicaments pour le traitement des patients, la bibliothèque qui fournit au professionnels des bibliothèque livres et des documents pour leurs développements ;des équipes de soins composés, d'un psychiatre, des psychologues, des infirmiers, et des aides-soignants ils travaillent ensemble pour fournit des soins complets aux patients et de veiller à ce que les membres de l'équipe apporte les compétence qu'ils faut pour aider les patients a retrouver leurs santé mental ;et une communauté qui est composés des sœur, et frère religieux qui ont pour missions de prendre soins des patients en veillant à leurs bien être et leurs besoins matériels.

1.2 DEROULEMENT DU STAGE

1.2.1 Objectifs de stage

Pendant la période du 24 Juin au 26 Juillet 2024, nous avons eu l'opportunité de réalisé notre stage au Centre Caritatif saint Camille de Lellis de Tokan. Ce stage avait un objectif général : nous permettre d'observer une pratique professionnelle en lien avec les relations humaines et notre intégration dans la vie institutionnelle.

1.2.2. Tâches exécutées au cours du stage

En ce qui concerne les taches exécutées au cours de ce stage, nous allons dans le centre du lundi au vendredi de 8h à 17h. La journée commence à 8h par une prière, après la prière, vient ensuite le staff entre les professionnelles et les stagiaires.

Etape de staff : Pendant ce staff qui dure une heure tous les matins, il nous revenait à tour de rôle de présenter un thème de notre choix de la démarche de la psychologie. C'était des moments de partage très enrichissants pour nous, car nous avons la chance de faire accroitre notre connaissance dans le domaine de la psychologie.

Etape d'entretien : L'étape de l'entretien où nous recevrons les patients avec les psychologues du centre afin de découvrir les réalités du métier. Avec eux nous avons eu des connaissances comme comment faire les entretiens psychologiques, d'être à l'écoute du patient et de manifester à son égard l'empathie qui est la qualité fondamentale du psychologie. Nous avons appris à identifier certains troubles psychologiques et psychiatriques. De même des connaissances de prises en charges thérapeutiques de certains troubles.

Durant notre stage nous avons eu à participer aux différentes activités par semaines qui sont :

- **Les mardis à 10h**, temps de thérapie des gardes malades basé sur la relaxation et l'échange sur un thème pour leur bienêtre et à 15h, la musicothérapie avec la danse de tchinkoumin qui est une activité qui consistent a rassemblé les patients pour la danse. C'est une séance qui permet aux patients de sortir de leurs dortoirs et de se procurer de plaisir nécessaire pour leur bien-être.
- **Les mercredi à 10h**, temps de théâtre thérapie par quinzaine avec les patients basé sur le théâtre et la relaxation et également la danse thérapie par quinzaine avec les patients basé sur la danse chorégraphique et la relaxation pour le bien être des patients.
- De plus tous les mercredis un psychologue et un stagiaire ou des fois deux stagiaires accompagnent les infirmières pour aller dans les centres de relais pour faire des entretiens psychologiques avec les patients qui viennent prendre des médicaments.
- **Les jeudis** nous prenons part à 10h au sport avec les patients, la relaxation et échange avec les patients sur un thème basée sur la consommation des stupéfiants qui les aiderons à prendre conscience de leurs maux et le vaincre.
- **Les vendredis à 10h** c'est l'heure de musicothérapie avec les patients où nous jouons les musiques qui vont aider les patients à avoir plus de l'estime de soi, a accepté les

difficultés qu'ils rencontrent et savoir comment les gérer puis a tout de rôle chaque patient donne son avis par rapport à la chanson écoutée.

1.2.3 Observation de stage

Ce stage a été vraiment très bénéfique pour nous car il nous a permis d'apprendre le sens de la responsabilité et du travail bien fait. Nous avons également compris que la pratique diffère de la théorie qu'on nous a enseignée au cours.

En plus nous avons saisi l'importance de gérer le stress dans nos vies car le stress chronique peut être à l'origine de plusieurs maladies mentales. Et en plus nous avons compris que dans le processus de prise en charge, il faut beaucoup de patience et de détermination.

1-2-4 DIFFICULTES RENCONTREES SUR LE LIEU DE STAGE

Au cours de notre stage, nous n'avons pas été confrontés à des difficultés majeures. Cependant, nous avons identifié quelques difficultés qui sont :

- ✓ Certains patients qui n'arrivent pas à répondre à des questions que nous leur posons lors de l'entretien, ce qui bloque l'entretien.
- ✓ La sortie des patients par le psychiatre sans que nous n'ayons pas eu toutes informations nécessaires qu'il faut.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

2 .1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

2.1.1 : Problématique

Le mariage fait partie des précieuses choses de ce monde. En Afrique le mariage est nécessaire dans chaque famille et se fait d'une manière à une autre. Après le mariage les familles des mariés s'attendent à la bonne nouvelle qui est la grossesse surtout la famille de l'homme. C'est ce que le mémoire de Aryanne A. D. (2022) nous explique par en Afrique dans les zones rurales, la grossesse et l'accouchement donnent à la femme une légitimité au sein de la famille de l'homme. Et après que la femme soit enceinte ça devient une joie pour tout le monde, et on commence par prier jusqu'à l'accouchement. Et après accouchement cette joie devient immense dans toute la famille surtout au sein du couple car leur famille s'agrandit.

Mais malheureusement cette joie ne se constate pas dans toute la famille. Si après le mariage deux ans ou trois ans passés et la femme ne tombe pas enceinte ça devient un souci pour cette famille et chacun commence par se poser des questions sur la fertilité de la femme. De même au Bénin on constate également que le mariage n'est pas seulement basé sur l'amour, mais aussi la reproduction de l'espèce humaine. Selon Tanguy D. (2021), «le Bénin est une société patriarcale pour perpétuer la filiation par le sang au sein de la famille, le couple doit avoir des enfants biologiques». Il ajoute encore que, peu importe l'accointance du Bénin avec les autres peuples et la colonisation, la croyance traditionnelle à ce sujet est demeurée inchangée. La société béninoise s'attend à ce que chaque couple marié fonde une famille après leurs unions. Le mariage peut être fait à l'intérieur ou à l'extérieur du pays, la chose la plus importante est de faire des enfants. Les hommes acquièrent un statut social considérable parce qu'ils ont beaucoup d'enfants et les femmes qui accouchent de plusieurs enfants renforcent leurs considérations au sein de la famille de leurs époux Morganti, (2014). Et la réussite d'un homme est d'avoir une femme qui lui donne beaucoup d'enfants. La procréation est considérée comme l'objectif premier du mariage.

Force est de constater que tous les couples qui ont fait le mariage ne parviennent pas à donner naissance à un enfant. Pour qu'il y ait une fécondité naturelle, il est nécessaire que l'homme possède un nombre suffisant de spermatozoïdes, fonctionnels, que la femme ait une ovulation de bonne qualité, et que toutes les conditions soient réunies pour permettre une fécondité. En moyenne, la probabilité pour un couple fertile de concevoir lors de chaque cycle menstruel serait de 25% à 30%. Ce qui revient à dire que la fertilité est une potentialité. Selon le docteur

en médecine (Medhi Jaidane), l'infertilité est définie par l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse après 24mois de rapport normal réguliers et non protégés. L'infertilité d'un couple peut donc être féminine, masculine ou liée au couple tout simplement. Mais les causes d'infertilité, elles, sont spécifiques au continent : trompes bouchées en raison d'infection sexuellement transmissibles mal soignées, les avortements pratiqués en dehors du milieu médical. S'agissant des hommes, les causes environnementales (pollution, exposition a des produits toxiques) jouent un rôle dans la mauvaise qualité du sperme mais les causes infectieuses viennent majorer le problème. Donc bien évident que la femme peut être la cause de l'infertilité dans un couple, l'homme aussi peut être également la cause. Un bilan de fertilité est alors proposé au couple à l'homme Comme à la femme, Afin d'en identifier les causes. Dans certains cas un parcours de Procréation Médicalement Assistée est envisagé. Néanmoins, il arrive qu'aucune cause ne soit décelé, on parle alors de l'infertilité inexpliquée ou idiopathique. Au premier abord l'homme ou la femme peut se sentir soulager de ne présenter aucun trouble d'ordre médical. Mais au fil du temps, l'incompréhension et les questionnaires qui subsistent autour de l'incapacité à concevoir un enfant génèrent un stress psychologique et une anxiété. Or le stress peut avoir un impact néfaste sur le corps de la femme : troubles au niveau des cycles menstruel (absence des règles) ; sur le corps de l'homme une altération de la qualité ou la quantité des spermatozoïdes. Dans certains cas, les patientes ayant des problèmes de fertilité, sans avoir reçu de diagnostic, peuvent même déclencher un processus de deuil, nommé deuil maternel. Ne pas être féconde est très douloureux, ce qui peut entraîner des blocages inconscients.

Toutes ces observations nous poussent à nous poser la question suivante : quelles sont les effets psychologiques que l'infertilité peut engendrer dans les couples des patients du centre hospitalier universitaire départemental de l'Ouémé ?

- ❖ **Objectifs**
- ✓ **Objectif général**

Identifier les effets psychologiques de l'infertilité dans les couples.

- **Les objectifs spécifiques**

1. Examiner les conséquences du vécu émotionnel chez une femme infertile.

2. explorer comment la douleur et la déception liée à l'infertilité peuvent être sources des comportements de trahison

- ❖ **Hypothèses**
- ✓ **Hypothèse générale**

L'infertilité entraine des troubles mentaux dans les couples des patients reçus au CHUDOP

- **Hypothèses spécifiques**

1. Le niveau de soutien social perçu par les femmes infertiles est un facteur prédictif de leur bien être psychologique, avec un soutien social plus élevé associés a des niveaux de détresse émotionnelle plus faible.

2. Les hommes infertiles qui ont des difficultés a gérer leurs émotions et a exprimer leurs sentiments de vulnérabilités sont plus susceptibles de se livrera des comportements de trahison comme une façon de fuir la douleur émotionnelle et de maintenir un sentiment de contrôle.

2.1.2 Clarifications conceptuel

INFERTILITE

L'infertilité est un sujet complexe qui a été défini de différentes manières par divers auteurs et organisations. Voici quelques définitions :

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'infertilité est définit comme l'incapacité d'un couple de concevoir après un an de rapport sexuels non protégés. Cette définition souligne l'importance du temps et la régulation dans les rapports.

Selon le dictionnaire Larousse, l'infertilité est l'état, nature de ce qui n'est pas fertiles. Etats caractérisé par l'impossibilité pour une femme de mettre au monde un enfant viable.

L'infertilité c'est dans la tête car elle ne se résume ni a des causes psychologiques ni à un diagnostic médical souverain, l'infertilité répond à un enchevêtrement de facteur multiple (selon le carnet psy).

Selon American Society for Reproductive Medecine (ASRM) l'infertilité est souvent définie comme l'incapacité d'un couple a concevoir après un an de, mais aussi inclut les femmes ayant des problèmes de fertilité qui peuvent entrainer des complications, même après une grossesse réussie.

Certains auteurs et chercheurs mettent l'accent sur les facteurs psychologiques et sociaux associés a l'infertilité, la considération non seulement comme un problème médicale, mais

aussi comme une condition ayant des impacts émotionnels et sociaux significatifs sur les individus et les couples.

Ces définitions montrent que l'infertilité est un phénomène multiforme, touchant non seulement la capacité biologique de concevoir, mais aussi les dimensions émotionnelles et sociales de la reproduction.

COUPLE

Selon le dictionnaire Larousse, le couple est toutes personnes unis par le mariage, liées par un pacs ou vivants en concubinage.

Le couple est défini actuellement comme le partage entre deux personnes d'une sexualité reconnue socialement et accompagnée, mais ce n'est pas toujours le cas de la cohabitation (Journal. Open édition. Org 20 Janvier 2014).

La psychologie clinique définit le couple comme une relation privilégiée entre deux partenaires, émotionnellement importante et visant à être stable dans le temps, qui peut prendre différentes formes : entre autres, une union formalisée juridiquement, une cohabitation ou une fréquentation entre les deux individus. En psychologie un couple est souvent considéré comme une entité relationnelle ou deux personnes interagissent de manière intime et émotionnellement. Ils s'intéressent aux dynamiques, a la communication et aux processus émotionnelles au sein de cette relation.

En sociologie un couple est défini comme deux individus engagés dans une relation romantique ou affective, qui peuvent vivre ensemble ou non. Cette définition inclut les couples mariés, les couples cohabitant et les couples dont la relation est basée sur des engagements variés, tels que le partenariat ou la vie commune.

Ces différentes définitions montrent que le concept de couple est riche et varié, reflétant des dimensions personnelles, culturelles et sociales.

EFFETS PSYCHOLOGIQUES

Les effets psychologiques sont des changements dans l'état mental, les émotions, les pensées et le comportement d'une personne. Ils peuvent être causés par une variété de facteurs, notamment les expériences de vie, les relations interpersonnelles, les événements traumatiques, les médicaments et les maladies.

Freud a défini les effets psychologiques comme étant les résultats des conflits inconscients entre les pulsions instinctives et les exigences de la société. Il a suggéré que ces conflits peuvent conduire à des symptômes psychologiques tels que l'anxiété, la dépression et les phobies.

Selon skinner a défini les effets psychologiques comme étant les résultats des apprentissages par association. Il a suggéré que les comportements sont appris par le biais du renforcement et de la punition.

Les effets psychologiques peuvent être positifs ou négatifs. Les effets positifs peuvent inclure la motivation, la confiance en soi et le bonheur. Les effets négatifs peuvent inclure l'anxiété, la dépression, la colère et la violence.

Il est important de noter que les effets psychologiques sont complexes et peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre.

2.1.3 REVUE DE LITTERATURE :

Le projet d'enfant est un projet de couple qui souhaite un prolongement de lui-même et s'inscrire dans une forme de reconnaissance sociale (Goussaut et Jacob 2011).Plusieurs auteurs (Ceballo et al. 2015 ; Château neuf, 2011 ; la Société Américaine pour La Médecine Reproductrice, 2008) définissent l'infertilité comme un problème de conception tout en étant active sexuellement avec le même partenaire une année durant, sans se protéger. L'infertilité est bien connue dans les sociétés depuis l'antiquité gréco-latine (Barou, 2016). Elle est présentée dans la mythologie grecque comme une maladie qui touche exclusivement les femmes (Cailleau, 2006).Lorsqu'un couple ne parvient pas à concevoir un bébé après 12 à 24 mois de rapport sexuel régulier, complets et sans contraception, la notion d'infertilité est évoquée. Du point de vue médical, l'infertilité est définie comme une difficulté à concevoir un enfant après un an de relation sexuelle régulière sans contraception et avec les mêmes partenaires (Article de la revue enfance famille, génération 2011).Donc l'infertilité est l'absence de grossesse après un rapport sexuel non protégés pendant un an. Un grand nombre de personnes sont touchés par l'infertilité au cours de leur vie, selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). La prévalence de l'infertilité varie peu d'une région à l'autre. En Afrique subsaharienne, 30 % des femmes au moins sont infertiles, et 20 à 50 % au moins des couples en âge de procréer ont de la difficulté à avoir des enfants (Andipatin et Pedro, 2014).Par ailleurs, l'infertilité peut ne pas être décelée puisqu'il n'y a pas de signe avant-coureur de maladies ou de détresse (Rochon, 1986).

Selon Daniluk et Tench, 2007 ; Gouvernement du canada, 2019, les problèmes de fertilité reliés aux femmes constituent un peu plus du tiers des cas de difficultés de procréations répertoriés dans les études portants sur cette question. Si la fécondité permet de considérer les atouts biologiques et maternels des femmes, elle est en partie un aspect qui dégrade la dignité d'une autre catégorie de femmes qui ont du mal à concevoir facilement ou non un enfant biologique (Vimard et Guillaume, 1992).Certains auteurs (Boerma et Mgalla, 2001 ; FeldmanSalvesberg, 1999 ; Inhorn et van Balen, 2002) soutiennent que le problème d'infertilité, longtemps ignoré par tous, a finalement motivé de nombreuses recherches scientifiques. Il faut souligner qu'auparavant, la plupart des recherches effectuées étaient faites sur les couples occidentaux infertiles. En occurrence de classes aisées et qui ont suivi des traitements dans des cliniques de fertilité (Abbey et al, 1992 ; Daniluk et Tench, 2007 ; Greil, 1997 ; Peterson et al, 2006).Le gouvernement du canada 2019, souligne que différentes causes sont fréquemment associées à l'infertilité féminine. D'une part, l'âge est un facteur qui revient régulièrement dans les écrits scientifiques. A cet égard, Watkins et Baldo 2004 affirment que 27,2 % des femmes ayant attendu après 35ans pour concevoir un enfant vit des problèmes d'infertilité. Selon HUYGHE, L'évaluation initiale de l'homme dans un couple inféconde doit être réalisée en l'absence de grossesse après un an de rapports non protégés. Le délai peut être raccourci dans certaines conditions particulières, notamment en cas de facteur de risque d'infertilité d'un des partenaires du couple ou de questionnement de l'homme vis-à-vis de sa fertilité. D'autres facteurs contribueraient à la prévalence croissante de l'infertilité dont l'augmentation de l'obésité, de la consommation d'alcool et de l'exposition aux infections du tractus génital. Avoir un diagnostic clair expliquant la cause des difficultés à concevoir est d'ailleurs un facteur pouvant prédire un meilleur ajustement à cette situation à moyen et long terme (Rebat, Daniluk et Pattinson, 1993). Des examens sont généralement réalisés pour les deux futurs parents afin d'en déterminer la cause. Comme cause nous avons : Analyse de sang, afin de mesurer les taux des hormones impliqués dans la libération des ovules par les ovaires ; Echographie pour rechercher des anomalies de l'utérus ou des trompes de Fallope ; Analyse du sperme pour rechercher des problèmes affectant les spermatozoïdes (Robert W. Rebar 2014).En France d'après les recherches menées par l'INSERM en 2019, un couple sur huit va venir consulter pour des difficultés à concevoir et un sur dix sera traiter. Même si aucune cause spécifique de l'infertilité n'est identifiée, les couples peuvent tout de même bénéficier d'un traitement (Robert W. Rebat 2024). D'après ce même auteur**,** les médecins peuvent utiliser des techniques de procréation médicalement assistées PMA, comme : L'insémination intra utérine qui implique de sélectionner uniquement les

spermatozoïdes les plus actifs, puis de les placer directement dans l'utérus ; la fécondation in vitro, qui consiste à stimuler les ovules matures, à faire croitre les embryons dans l'utérus de la femme. Selon lui les médicaments contre l'infertilité et les techniques de procréation médicalement assistée peuvent entrainer une grossesse multiple. Cousineau et Domar (2007) révèlent que dans leur quête de se défaire de leur infertilité, les femmes font du yoga et suivent des traitements, boivent des tisanes, afin d'augmenter leurs chances de tomber enceinte. De plus, certaines s'adonnent à la spiritualité et font des prières afin de concevoir tout en misant sur les pensées positives. D'autres choisissent de recourir aux traitements médicaux techniques utilisés. En Afrique subsaharienne, les femmes infertiles peuvent se tourner vers la procréation médicalement assistée ; ce service est offert dans des centres médicaux privés, mais il est dispendieux (Bonnet et Duchesne, 2014).Le seul traitement actuellement recommandé est la FIV (Fécondation In Vitro), et c'est un an après avoir posé le diagnostic d'infertilité inexpliquée, les couples ayant alors expérimenté un minimum de deux ans d'infertilité. Ceci tient compte de la nature agressive du traitement de FIV et les chances de grossesse spontanée (1 à 3% par mois. Toutefois, cette période de traitement expectatif est moins bien acceptée par les femmes que la réalisation d'IIU (Mémoire de Ingrid Noel).

Lorsqu'un couple est soumis à un traitement contre l'infertilité, l'un des partenaires ou les deux peuvent éprouver des sentiments de frustration, des chocs émotionnels, des sentiments de culpabilité et de ne pas être la hauteur. Leurs sentiments peuvent osciller entre espoir et désespoir. Se sentant isolés et dans l'incapacité de communiquer, ils peuvent devenir coléreux, en vouloir l'un a l'autre, aux membres de la famille, à leurs amis ou au médecin. Ce stress émotionnel peut alors déclencher de la fatigue, de l'anxiété, des troubles du sommeil, de l'alimentation et une incapacité à se concentrer (Robert W. Rebat 2024). La gestion du stress lié au traitement de l'infertilité peut être améliorée si les deux partenaires sont impliqués dans le processus et reçoivent des informations sur le processus de traitement (Robert W. Rebat 2024). Mais les femmes peuvent privilégier d'autres moyens quand elles découvrent que le traitement de leur fertilité ne les amènera pas à devenir mère naturellement. Dans ce cas, la solidarité devient la lueur d'espoir pour ces femmes infertiles de devenir mères. En effet, des membres d'une famille proche ou éloignée peuvent confier un enfant à un couple qui a du mal à concevoir. Cette pratique est appelée « confiage » ou « fosterage » (Bonnet et Duchesne, 2014) (Mémoire de Aryenne Armelle Douvi 2022). Bien qu'en son temps, l'adoption légale n'est pas pratiquée au Bénin, Donadjé (1992) affirme que c'est récurrent de voir un enfant issu d'une famille nucléaire, confié à une autre famille d'accueil

sans craindre de voir disparaître le lien de parenté. Il ajoute que le couple qui est sans enfant se contente un tant soit peu de l'enfant confié, puisque cela lui confère le privilège d'avoir une famille nombreuse à son tour. Ce choix se fait sous l'approbation de l'homme. Rappelons que l'adoption n'est pas un traitement de l'infertilité, mais une modalité d'accès à la parentalité, qui pour être vécue le mieux possible, doit être choisie (Blanchy, 2011). Ce même auteur rappelle que les principaux motifs de l'adoption viennent du fait que les femmes aient pensé et parfois essayé d'autres solutions face à leur infertilité. Il est question des essais médicaux infructueux ; des choix de vie malgré une conception biologique possible ; des refus de passer à l'assistance médicale à la procréation (AMP) conçue comme trop contraignante, dangereuse ou aux résultats trop incertains (Bourdet-Loubère et Mazoyer, 2013, p. 102). Selon Mazuy et Rosée (2009), c'est un privilège que les couples infertiles les plus fortunés peuvent se permettre. Dans certaines cultures, c'est par la maternité que les femmes parviennent à s'affirmer et à améliorer leur statut au sein de leur famille et de leur communauté. Et l'incapacité d'avoir des enfants est une pression plus grandement vécue par les femmes que par les hommes (Mémoire de Aryanne Armelle Douvi). Aussi la plupart du temps dans les couples, l'incapacité de faire des enfants est une problématique attribuée aux femmes (Cousineau et Domar, 2007).Peu importe la cause de l'infertilité dans un couple, à l'instant où ils réalisent leur difficulté à concevoir un enfant, l'infertilité peut être vécue comme un choc violent parce qu'elle va à l'encontre des valeurs qui font que deux individus se mettent en couple (Bourdet-Loubère et Mazoyer, 2013).

Donadjé (1992) confie qu'au Bénin, un homme qui est marié avec une femme infertile la répudie une fois qu'il se rend compte de son état ou prend une autre femme pour avoir des enfants. Cependant, la polygamie est l'apanage de moult ethnies au Bénin. Finalement, un homme qui soupçonne son épouse d'infertilité n'hésite pas à prendre une autre épouse pour lui donner des enfants biologiques (Tanguy-Domingo, 2021).Dugravier (2011) illustre bien que dans les sociétés traditionnelles, les femmes infertiles subissent les railleries de leur entourage en plus d'être tenue à l'écart de la société. Si bien que « les femmes souffrent du stigmate d'être des femmes inutiles » (Hollos et Larsen, 2008, p. 166). Une définition de ce terme, selon Porcelli (2011, p. 278), englobe les propos de plusieurs auteurs qui trouvent que « c'est un processus de transferts d'enfants, une adoption traditionnelle ou, parfois adoption, tout court, une circulation des enfants, un don d'enfants, et une mobilité enfantine ».

Plusieurs auteurs (Abbey et al. 1992 ; Bell, 2013 ; Bonnet, 2014 ; Ceballo et al. 2015 ; Greil, 1997 ; Greil et al. 2011 ; Mariani, 2009 ; MC Quillan et al. 2003) ont conduit des recherches

sur des femmes d'origines diverses. Ces auteurs sont unanimes que la prise de conscience des femmes à propos de leur infertilité engendre une gamme d'émotions qui va de la colère à l'inquiétude, d'un sentiment de perte à la honte. Elle peut aussi conduire certaines femmes à la dépression.

Baram et al. (1988) rapportent qu'au moins 13 % de femmes dans les pays en voie de développement ont des idées suicidaires quand elles ne parviennent pas à enfanter même après les traitements médicaux. Un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 2002 dit sans évoquer de pourcentage que les femmes infertiles préfèrent se suicider plutôt que d'endurer les pressions et jugements sociaux. Pour Barou (2016), certaines femmes ont choisi de s'affranchir de ce rôle et sont devenues des religieuses. Elles l'ont fait pour ne pas se soumettre à la pression sociale relative à leur statut de femmes dans la société traditionnelle.

Dans cette même logique, pour Cousineau et Domar (2007), l'infertilité donne lieu à des conséquences psychologiques et sociales à cause d'un manque d'empathie de la famille et la sensation de désespoir que les personnes affectées éprouvent.

Au-delà de tout, (Naab et al. 2019) rapportent un sentiment de détresse et des émotions comme l'amertume, la colère, la culpabilité le doute, la honte, les lamentations, les idées suicidaires, le stress et la frustration en lien avec l'infertilité. Les attitudes provocantes et l'irrespect des membres de la famille viennent envenimer ce qu'elles vivent déjà, ce qui les rend davantage malheureuses et pensives. Comme mécanisme de défense, elles explosent de colère vis-à-vis d'elles-mêmes et des autres occasionnellement. Pour finir, (Naab et al. 2019) remarquent que dès lors qu'il est question de l'annonce à la famille d'une nouvelle grossesse d'une proche ou d'une naissance, l'entourage les exclut de la célébration de cette nouvelle ; elles sont donc jugées inaptes à s'inviter dans ce type de conversation. Les auteures rappellent que les couples sont confrontés à un dilemme avec leur corps au point de trouver les relations sexuelles comme un calvaire parce qu'elles n'aboutissent pas à une grossesse. Sans oublier le regard de l'entourage et le climat familial qui n'allègent pas les maux et sentiments antagonistes dont elles sont victimes au quotidien (Donkor et al. 2017).

Au-delà, du traitement médical offert aux femmes infertiles, les auteurs suggèrent une approche holistique centrée sur les besoins psychosociaux et physiques des patientes (Aiyenigba et al, 2019 ; James et al. 2018 ; Klitzman 2017 ; Naab 2011). D'abord, selon eux, l'infertilité n'a pas d'impact que sur l'appareil génital de la femme, elle affecte son mental, les interactions avec l'entourage et sa vie professionnelle.

L'infertilité a été étudiée sous plusieurs angles psychologiques par divers auteurs et chercheur. Selon (Danielle P.R.et al.2007), le désir intense d'avoir des enfants peut entrainer des sentiments d'anxiétés, culpabilité et de dépression. Ils notent également que la pression sociale et les attentes culturelles exacerbent ces sentiments. (Greil, A.L.1997) dans ces recherches met en lumière les stéréotypes et les attentes sociaux liées à la parentalité. De plus les couples infertiles peuvent ressentir un sentiment d'échec et d'isolement social, ce qui peut aggraver leur détresse psychologique. (M.E.A.et al 2001) ne souligne que les stratégies d'adaptation des couples face à l'infertilité. Ils trouvent également que les couples qui communiquaient ouvertement et qui cherchaient du soutien social avaient de meilleure chance de faire face au stress émotionnel associés à l'infertilité. Selon (Sharon N. et al 2011) les femmes éprouvaient souvent une détresse psychologique plus importante que les hommes, notamment en raison de la pression sociétale sur la maternité. (B.C.et. Al. 2007), montre que les couples qui ont recours à des traitements de fertilité peuvent éprouver des fluctuations émotionnelles importantes. Ces fluctuations peuvent être influencées par les résultats des traitements, entrainants un cycle de l'espoir et du désespoir.(C.B.2002) souligne que l'infertilité peut bouleverser les conceptions que les individus ont d'eux-mêmes en tant que futurs parents, ce qui peut entrainer une crise d'identité et un sentiment de perte.

Ces conditions montrent que l'infertilité peut avoir des conséquences psychologiques profondes sur les individus et les couples en désespoir. Leur bien être émotionnel, leurs relations et leurs perceptions d'eux même. La psychologie joue un rôle crucial dans la compréhension de ces expériences et dans le soutien des couples confrontés à l'infertilité.

2.2. APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.2.1 JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

L'infertilité est de plus en plus constatée dans les couples, et il est essentiel de comprendre l'effet psychologique que ce phénomène peut avoir sur la mentalité des couples pour pouvoir mettre en place les thérapies qui peuvent aider ces couples à mieux la gérer. L'infertilité dans un couple peut influencer ces couples à avoir des problèmes psychologiques. Les couples qui refusent d'aller à l'hôpital pour connaître la cause du mal attribuent le problème à des forces surnaturelles et commencent par aller chercher des solutions auprès des guérisseurs traditionnels. Nous avons choisi ce sujet à cause des diversités et des conséquences que l'infertilité cause pour les foyers dans notre pays, et surtout la façon dont certains hommes mènent la cause sur leurs femmes ainsi la belle famille. Par exemple dans certains foyers les parents de l'homme dissent que c'est à cause de la femme que leurs fils n'arrivent pas avoir

des enfants et ils obligent les hommes à se marier à une autre femme, ce qui affecte la psychologie de la femme. Connaitre ces effets psychologiques va nous permettre de mettre en évidence les approches thérapeutiques qui conviennent à ses couples.

Notre sujet de recherche va permettre aux couples de mieux gérer leurs émotions et leurs stress face à ce phénomène et de les aider à comprendre que tant la femme peut être à la base de leurs problèmes, l'homme également peut être capable.

2.2.2 THEORIE DE REFERENCES SUR LE SUJET

L'infertilité dans les couples est un sujet complexe qui peut être abordé à travers plusieurs auteurs. Premièrement la théorie biomédicale a été développée par Engel en 1990. C'est une théorie qui se concentre sur les aspects biologiques et médicaux de l'infertilité, tels que les troubles hormonaux, les anomalies anatomiques, et les facteurs génétiques. Elle examine comment ces éléments influencent la capacité à concevoir. Dr. David Ornstein soulignent que les déséquilibres hormonaux peuvent affecter l'ovulation chez les femmes et la production des spermatozoïdes chez les hommes. Certaines anomalies chromosomiques peuvent être liées à l'infertilité, tant chez les hommes que chez les femmes. Les changements dans le mode de vie peuvent améliorer les chances de conception. Le stress psychologique peut également jouer un rôle dans l'infertilité, perturbant les cycles hormonaux et affectant la santé reproductive. Cette théorie démontre que l'infertilité est un phénomène multifactoriel, impliquant des aspects biologiques, environnementaux psychologiques et sociaux. La théorie psychosociale qui a été développé par Erik Erikson en 1950 explore l'impact des facteurs psychologiques et sociaux sur l'infertilité. Elle prend en compte le stress, les attentes sociales, et les dynamiques de couple, ainsi que l'impact émotionnel de l'infertilité sur les individus et leurs relations. L'infertilité peut provoquer des sentiments de tristesse, d'anxiété et de dépression. Ces émotions peuvent affecter non seulement la santé mentale, mais aussi leur relation de couple. Le couple confronté à l'infertilité peut ressentir un stigmate social. Les attentes culturelles et sociétales concernant la parentalité peuvent exacerber la souffrance des couples infertiles, créant un sentiment d'isolement. Cette perspective montre que l'infertilité est non seulement une question médicale, mais aussi une expérience profondément humaine qui nécessite une approche holistique pour soutenir les couples dans leur parcours. La théorie de résilience développée par Anne Mastern en 1994 est une théorie qui se concentre sur la capacité des couples à faire face aux défis de l'infertilité et à développer les stratégies d'adaptation permettant de surmonter les difficultés. La résilience n'est pas une qualité innée mais plutôt un processus qui peut être développée au fil du temps. L'importance du soutien social dans le

développement de la résilience. Le soutien émotionnel provenant de la famille, des amis et des groupes de soutient peut offrir un refuge et une validation des émotions vécus. La théorie de la communication développer par Claude Shannon en 1948 se concentre sur la manière dont les couples communiquent autour de l'infertilité. Une bonne communication peut renforcer le soutien mutuel, tandis qu'une mauvaise communication peut exacerber le stress et les malentendus. L'infertilité peut entrainer des conflits au sein du couple, en particulier autour des décisions concernant les traitements. Une communication efficace est essentielle pour résoudre ces désaccords et maintenir une relation saine. Les professionnels de santé doivent également adopter une communication empathique et informative. Les médecins qui communiquent clairement et avec compassion peuvent aider à réduire l'anxiété des patients et à améliorer leur expérience de traitement. La théorie de communication en rapport avec l'infertilité met en lumière l'importance d'une communication efficace entre les partenaires, avec les professionnels de santé. Une bonne communication peut non seulement atténuer le stress émotionnel associé à l'infertilité, mais aussi renforcer les relations et améliorer l'expérience globale des couples.

Ces théories peuvent être utilisées de manière complémentaire pour mieux comprendre les différents aspects de l'infertilité et à développer des interventions adaptées aux besoins des couples concernés.

2.2.3 NATURE DE RECHERCHE

La nature de notre recherche est qualitative car elle va nous permettre de faire des entretiens avec les hommes et les femmes en couple souffrant de l'infertilité, ça va nous permettre également d'analyser les données descriptives de cette recherche.

2.2.4 POPULATION

Une population d'étude est un groupe considéré pour une étude ou un raisonnement statistique. La population d'étude est composée des patients ou patientes, qui dans leurs foyers n'arrivent pas à trouver d'enfant après plusieurs années et séjournant dans le Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé au moment du stage.

2.2.5TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE

La technique d'échantillonnage est une technique qui consiste à sélectionner des membres individuels ou un sous-ensemble de la population afin d'en tirer des conclusions statistiques et d'estimer les caractéristiques de l'ensemble de la population. Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage exhaustive qui est une technique

non probabiliste. Elle prend en compte tous les patients et patientes qui viennent dans le centre pour problème de conception.

2.2.6 TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES

Pour la collecte des informations sur le terrain, nous avons utilisé les outils et techniques de collecte des données qui correspond à la nature de notre recherche. Nous avons utilisé la technique d'entretien et celle des observations.

2-2-6-1 Entretien

Un entretien est généralement une technique de recherche qualitative qui consiste a posé des questions ouvertes pour converser avec les personnes interrogées et recueillir des données sur un sujet. En psychologie l'entretien est souvent utilisé comme méthode d'évaluation ; Carl Rogers, par exemple, a mis l'accent sur l'importance de la relation entre le thérapeute et le patient, ou l'entretient devient un espace de dialogue et de compréhension.

2-2-6-2 Observation

L'observation est une technique fréquemment utilisée pour mener une étude qualificative. Elle permet de recueillir des données verbales et surtout non verbales. Selon (DE KETELE, J.M, et al), l'observation est un processus incluant l'attention volontaire et orienté par un objectif ou l'organisateur et dirigé vers un but pour en recueillir des informations.

2-2-7 OUTILS

2-2-7-1 Grille d'entretien

La grille d'entretien représente la liste des questions que vous souhaitez poser en entretien, ordonnées autour de quelques grands thèmes. Elle permet d'évaluer les candidats lors des différents entretient. (Galeta 2013) souligne que la grille d'entretien est l'ensemble de questions ouvertes qui aides a généré des récits riches et détaillés en permettant aux participants de partager leurs perspectives de manière approfondie.

2-2-7-2 Grille de lecture

Une grille de lecture est un outil qui permet d'analyser et d'interpréter un texte en se basant sur différents critères. Selon les sociologues une grille de lecture peut servir à décoder les messages impliquâtes d'un texte, en tenant compte des enjeux sociaux, politiques et culturels. En résume, la grille de lecture est un outil flexible qui peut être adaptés à différents contextes et disciplines pour faciliter l'analyse et la compréhension des textes.

CHAPITRE3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET INTERPRETATION, DES DONNEES

Ici, il s'agit de présenter les résultats obtenus lors de l'administration du guide d'entretien, les interprétés et de mener les analyses approfondies afin d'en tirer des conclusions.

Avant de présenter les résultats des enquêtés, il s'avère nécessaire de présenter les données sociales démographiques de cette derniers tels que, l'âge, le sexe, la situation matrimoniales, et la profession. Etant données que ses variables peuvent aussi influencer les résultats de notre recherche. Ces informations, sont donc présenter sous forme de tableau et de figure.

3.1 PRESENTATION

3.1.1 Ages

Dans cette section nous allons présenter les résultats liées à l'âge des participants de l'étude. Le tableau ci-dessous en fait le récapitulatif.

Tableau I : Répartition selon la variable âge

Ages	Effectifs	pourcentages%
[25-35 ans [	4	26,67
[35 45 ans]	11	73,33
Total	15	100

Source : données du terrain septembre 2024

Ce tableau présente la répartition des patients du centre hospitaliers universitaires départemental de l'ouémé plateau en fonction de leurs âges. On constate une diversité dans les tranches d'âges avec une prédominance des patients âgés de 35 à 45ans (73,33%), suivi par ceux âgés de 25 à 35ans (26,67). Ces résultats suggèrent que les patients les plus concernées par l'infertilité sont ceux qui se situent dans la tranche d'âges de 35 à 45ans.

3.1.2 : Sexe

Ici nous allons présenter les résultats liés au sexe des enquêtés. Le tableau ci-dessous en fait le récapitulatif.

Tableau II : Répartition selon la variable sexe

Sexe	Nombre de personne	pourcentages%
Homme	4	26,67
Femme	11	73,33
Total	15	100

Source : donnée du terrain de septembre 2024

En examinant ce tableau nous avons remarqué que parmi les 15 patients interrogés, 73,33% sont des femmes et 26,67% sont des hommes. Cetterépartition indique que notre étude, qui porte sur l'effet psychologique de l'infertilité dans les couples a interrogés plus de femme que d'homme.

3.1.3 Profession

Dans cette section nous allons présenter les résultats liées a la profession des patients rencontrés. La figure ci-dessous en fait le récapitulatif.

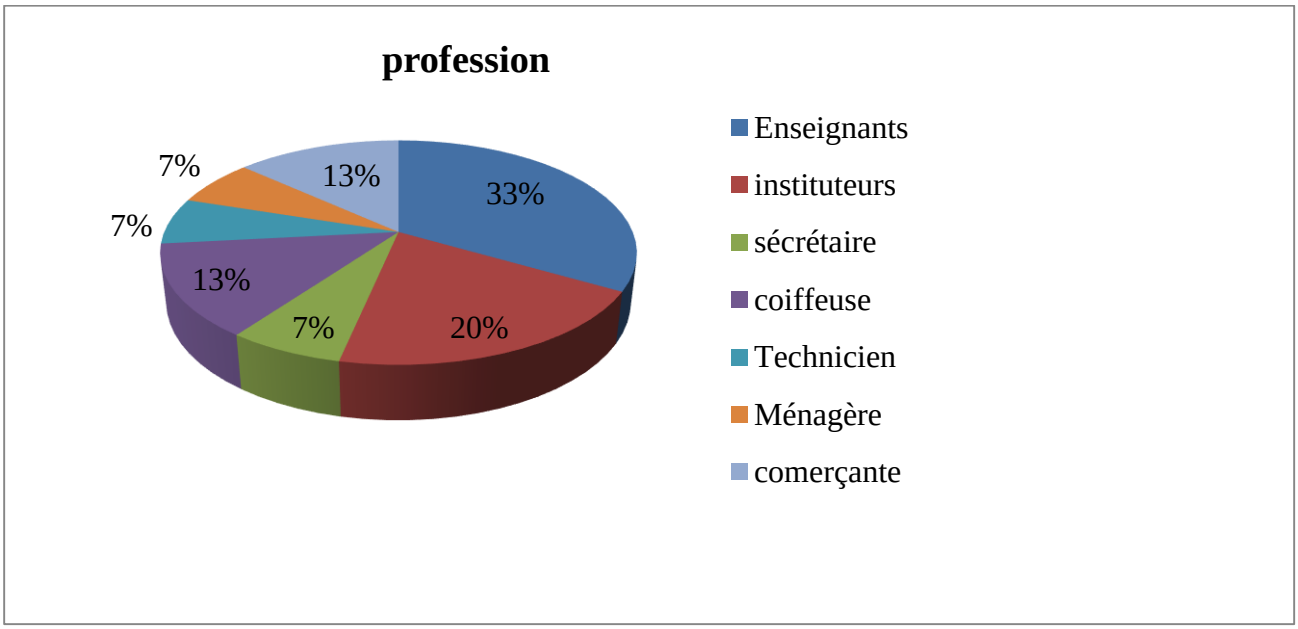


Figure I : Répartition des enquêtés selon la variable profession

Source : donnée du terrain septembre 2024

Il ressort de que la plus part des patients enseignant rencontre le problème d'infertilité dans leurs couples, soit un pourcentage de 33% des personnes interrogées. 20% représente des instituteurs suivis de 13% dans le rang des commerçants et coiffeuse. Les autres catégories de profession des patients infiniment représentés soit 7% pour le technicien, la ménagère, et la secrétaire.

3.1.4 Situation matrimoniale

Dans cette section nous allons présenter les résultats liées à la situation matrimoniale des participants de l'étude.

En ce qui concerne la variable de situation matrimoniale, nous tenons a rappeler que au cours de notre recherche, nous avons trouvé rien que des patients mariées qui ont des problème de l'infertilité dans leurs couples. Ce qui revient à dire que c'est uniquement des mariées.

3.1.5 Durée de relation de couple

Ici nous allons présenter la durée de relation de couples des patients reçue au cours de notre recherche.

La figure ci-dessous en fait le récapitulatif.

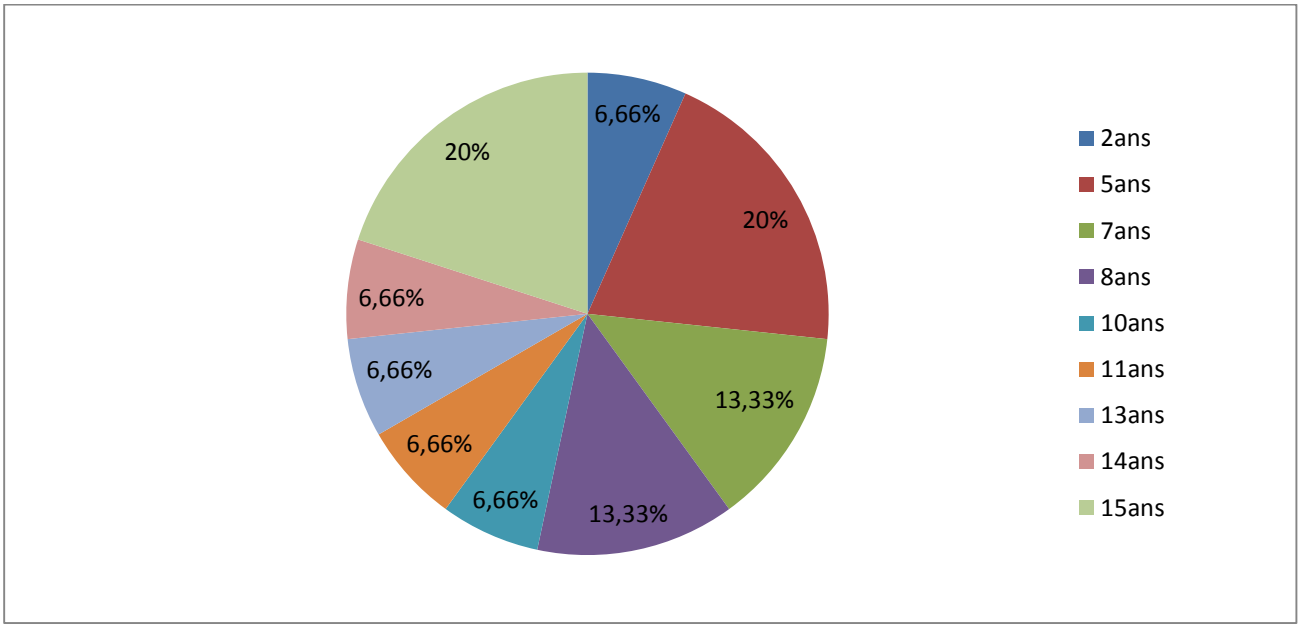


Figure II: Durée de relation de couple

Source : Donnée du terrain de septembre 2024

A la lecture de cette figure, nous constatons que la majorité des couples qui ont des problèmes de conception sont des couples qui ont vécues pendant 5ans et 15ans de vie conjugales, soit un pourcentage de 20%. 13,33% représente les couples qui ont resté ensemble pendant 7ans et 8ans sans enfants. Ceux qui ont durée pendants 2ans, 10ans, 11ans, 13ans, et 14ans sont ceux du pourcentage 6,66%.

3.2 : INTERPRETATION DES DONNEES

3.2.1 : Réaction émotionnelle des patients souffrants de l'infertilité

Les entretient faite auprès des patients qui suivent des traitements au CHUDOP de porto novo nous ont permis de savoir les réactions émotionnelles que l'infertilité peut engendrer dans la vie d'un individu. En effet ils révèlent divers réaction émotionnelles rencontré par les patients. Ils ont eu à partager avec nous que l'infertilité dans un couples est une épreuve très difficile, avec de nombreux défit. Les opinions ces patients A, B, C, D, confirment les difficultés rencontrées par ses derniers.

Patients A ;

> *« Le faite que je n'ai pas d'enfant fait que mon foyer n'est pas stable, mon mari et moi ne s'entendent pas bien et ça me stress trop »*

Source : donnée du terrain septembre 2024

On comprend de ses dits que le faite qu'elle n'a pas pu donner un enfant à son mari a fait que ce dernier l'a ignoré, et il ne s'entend pas ce qui le stress.

Cette affirmation illustre donc une réaction émotionnelle qui peut engendrer des troubles psychologiques chez la femme.

Patient B

> *« Je suis tout le temps colérique parce que je me sens inutile dans la vie, tout le monde se moque de moi parce que je n'ai pas un enfant»*

Source : donnée du terrain, septembre 2024

D'après cette affirmation on comprend que le faite ne pas pu avoir donnée naissance a un enfant fait qu'on se moque d'elle et elle est devenu colérique tout le temps,

Derrière cette déclaration transparait la souffrance qu'elle endure chez ses proches et sa réaction peut engendrer un trouble psychologique chez elle.

Patient C

> *« Ma belle-famille me déteste parce que je n'ai pas pu concevoir depuis mon mariage, et mon mari aussi les soutiennent»*

Source : Donnée du terrain, septembre 2024

De cette affirmation on comprend que l'infertilité a fait que sa belle-famille l'a rejeté et elle n'a pas aussi le soutient de son mari.

Cette affirmation inculque les conséquences que peut entrainer l'infertilité chez une femme.

Patient D ;

> *Mon mari est devenu tout temps agressif avec moi parce que je ne lui ai pas pu donner un enfant et je me sens trop stresser, colérique la vie me dégoute*

Source : Donnée du terrain 2024

De cette affirmation on constate que le fait de ne pas pu concevoir fait que son mari est devenu agressive ce qui la rend trop stresser.

Derrière cette affirmation se cache les troubles que peut entrainer l'infertilité chez une femme.

Patient E

> *Je n'ai pas des émotions majeurs car j'ai le soutient de mon mari chaque fois que je me sens stressé il est toujours là pour me consoler*

Source : Donnée du terrain 2024

De cette affirmation on constate que cette dame n'a pas ressenti de majeures émotions qui peuvent l'amener à avoir des troubles car il a le soutien de son mari, ce qui lui permet de mieux géré ses émotions

De toutes les affirmations précédentes des patients A, B, C, D, on constate que l'infertilité est un problème qui crée beaucoup d'ennuis dans les couples. Le faite de ne pas avoir d'enfant amène beaucoup de femme à avoir beaucoup de réaction émotionnelle qui peut engendrer des troubles psychologiques chez ce dernier. Parmi ces réactions nous pouvons dire le rejet de la belle famille et de son entourage ; la réaction de son mari face à cette situation rend la femme colérique, stressé, dégout de la vie, jalouse, chaque fois. Donc l'infertilité dans les couples peut engendrer des troubles chez la femme.

3.2.2 : Risque de trahison

A ce niveau l'investigation nous amène à explorer la douleur et la déception liée a l'infertilité qui peuvent menée a des comportements de trahison dans le couples. Comme évoque les dits des verbatim suivants : F, G, H, I, J, k.

Verbatim F ;

> *Je pense tenter ma chance ailleurs car mes amies et surtout ma famille me donne trop de pression et le temps passe également*

Source : donnée du terrain septembre 2024

On retient de ses propos deux apports essentiels des réactions émotionnelles du patients : la pression de sa famille et de ses amies et aussi le temps qui passe ;

Selon l'affirmation de ce patient il veut trahit sa femme pour pouvoir éviter la pression qu'on lui donne et diminuer la douleur qu'il ressent.

Verbatim G ;

> *Ça me donne la honte du fait que je n'ai pas encore un enfant jusqu'à présent, et je pense que le mieux pour moi c'est d'aller chercher une autre femme, car je ne peux pas rester sans enfant.*

Source : Donnée du terrain septembre 2024

On comprend des dits de ce patients que le manque d'enfant dans son foyer lui donne la honte donc la solution est d'aller chercher autre femme qui peut lui donner des enfants et effacer la honte qu'il a tout temps .

Verbatim H ;

> *Je suis allée faire enfant avec une autre femme parce que je ne peux pas supporter rester sans enfant*

Source : Donnée du terrain septembre 2024

De cette affirmation, on remarque que le manque d'enfant dans ce couple a fait que le mari a trahit sa femme au point où il a fait des enfants au dehors.

Verbatim I ;

> *Ma belle-famille me traite d'infertile, au point ils ont proposé a mon mari de prendre une autre femme pour qu'elle lui donne des enfants et il l'a fait, ça me rend jalouse, stresser, colérique chaque jour*

Source : Donnée du terrain septembre 2024

De cette affirmation on constate que la femme nourrir certaine émotions qui peut évoquer des troubles psychologiques en elle a cause de la trahison qu'elle a reçue de la part de son mari et de sa belle-famille.

Verbatim J ;

> *Ça m'arrive des fois de penser à trahit ma femme pour avoir au moins un enfant, mais je l'aime, le problème c'est juste que ma famille me menace du faite que je ne l'es pas encore fait pour pouvoir trouver un enfant.*

Source : Donnée du terrain 2024

De ce propos on remarque que cet homme n'a pas trop voulut trahit sa femme mais a cause des douleurs qu'il ressent liées au propos de ces parents l'amènera a commis cet acte.

Verbatim K ;

> *Mon mari m'a menacé de faire enfant dehors si je ne tombe pas enceinte ce mois-ci, il m'a traité de tous les noms je sais plus quoi faire.*

Source : Donnée du terrain 2024

De ce propos on remarque que cet homme menace sa femme d'épouser une autre femme si elle ne tombe pas enceinte dans un mois ce qui amène la trahison de sa part.

De toutes les affirmations F, G, H, I, J, et K, on constate que l'infertilité fait que plusieurs couples devient polygame. Des propos de ses patients on n'a constaté que les hommes n'ont plus deux solution pour régler le problème d'infertilité dans leur couples a part de trahit leurs femmes.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

4-1 : DISCUSSION

Ici, il est question de discuter nos résultats en les confrontant aux études antérieures afin de valider nos hypothèses de recherche.

Notre étude apporte un grand éclairage précieux sur l'effet psychologique de l'infertilité dans les couples des patients du CHUDOP. Les récits recueillir révèlent une dynamique complexe ou l'infertilité engendre une influence sur les émotions, les comportements des individus du couples. En effet, il ressort de ces témoignages que l'infertilité peut engendrer des sentiments de culpabilité, d'anxiété, de stress et de trahison au sein du couple. L'homme peut commencer par adopter des comportements d'agressivité et de mésentente envers sa femme au point de la trahir à cause des influences de sa famille et de ses alentours, ce qui amène la femme à avoir certaines émotions qui peuvent engendrer des troubles psychologiques.

L'Analyse des différents résultats issus du guide d'entretien nous présente une typologie de patient dans le cadre de notre étude.

En effet l'infertilité dans un couple cause certaines émotions dans les couples. A la condition que ses émotions soient mal gérées, et que la femme n'a pas le soutient de son mari ils peuvent amener certains troubles chez celle-ci. Nos résultats confirment notre hypothèse selon laquelle le niveau de soutien social perçu par les femmes infertiles est un facteur prédictif de leur bien être psychologique, avec un soutien social plus élevé associés à des niveaux de détresse émotionnelle plus faible. Cette hypothèse est en accord avec les résultats de notre recherche qui montre que 80% des femmes infertiles n'ont pas du tout le soutien de leurs maris et reçoivent des insultes de la part de leurs belles familles et de leurs entourages, ce qui les amène à être toujours stressées, anxieux et dépressive. D'une part, certaines d'entre elles montre que l'infertilité peut amener plusieurs émotions chez la femme «je suis tout temps colérique parce que je me sens inutile dans la vie, tout le monde se moque de moi parce que je n'ai pas un enfant ». Robert W. Rebar, (2024) évoque que se sentant isolés et dans l'incapacité de communiquer, ils peuvent devenir coléreux, en vouloir l'un a l'autre, aux membres de la famille, a leurs famille ou au médecin. Ce stress émotionnel peut alors déclencher de la fatigue, de l'anxiété, des troubles du sommeil, de l'alimentation et une incapacité à se concentrer. Tanguy-Domingo, (2021). Dugravier (2011) illustre bien que dans les sociétés traditionnelles, les femmes infertiles subissent les railleries de leur entourage en plus d'être tenue à l'écart de la société. Si bien que « les femmes souffrent du stigmate d'être des femmes

inutiles » Hollos et Larsen, (2008), p. 166. D'autre part 20% des femmes infertiles ont le soutien de leurs mari, ce qui les apaisent et les aides a mieux contrôler leurs et pour que leurs émotions diminue. «Je n'ai pas des émotions majeurs car j'ai mon mari qui me soutient chaque que je suis stressé et il me remonte la morale». M.E.A.et al (2001) trouvent que les couples qui communiquaient ouvertement et qui cherchaient du soutien social avaient de meilleure chance de faire face au stress émotionnel associés à l'infertilité. Nous avons dans nos résultats que l'aspect le plus impacté par l'infertilité dans les couples sont les émotions ressentit par les femmes liée au fait qu'ils n'ont pas du tout le soutient de leurs mari. Selon Sharon N. et al (2011) les femmes éprouvaient souvent une détresse psychologique plus importante que les hommes, notamment en raison de la pression sociétale sur la maternité.

Enfin nos résultats soutiennent notre deuxième hypothèse selon laquelle les hommes infertiles qui ont des difficultés à gérer leurs émotions et à exprimer leurs sentiments de vulnérabilités sont plus susceptibles de se livrera des comportements de trahison comme une façon de fuir la douleur émotionnelle et de maintenir un sentiment de contrôle.

Le faite d'écouter ses alentours qui le conseil d'épouser une autre femme par exemple est déjà un facteur clé. Les hommes qui sont désespérer pour avoir un enfant reste en conflit avec leur femme pour entretenir une relation extra conjugale. Donadjé (1992) confie qu'au Bénin, un homme qui est marié avec une femme infertile la répudie une fois qu'il se rend compte de son état ou prend une autre femme pour avoir des enfants. Cependant, la polygamie est l'apanage de moult ethnies au Bénin. Finalement, un homme qui soupçonne son épouse d'infertilité n'hésite pas à prendre une autre épouse pour lui donner des enfants biologiques.

Pour d'autre hommes ils ont choisir d'entretenir une relation extra conjugale parce qu'ils ont connu des obstacles à la réussite des traitements évoqués par les gynécologues.. B.C.et. Al. (2007), montre que les couples qui ont recours à des traitements de fertilité peuvent éprouver des fluctuations émotionnelles importantes. Ces fluctuations peuvent être influencées par les résultats des traitements, entrainants un cycle de l'espoir et du désespoir. (C.B.2002) souligne que l'infertilité peut bouleverser les conceptions que les individus ont d'eux-mêmes en tant que futurs parents, ce qui peut entrainer une crise d'identité et un sentiment de perte. De même l'idée de trahison peut survenir à cause du manque des moyens pour suivre un traitement par exemple PMA, ou FIV. Ces conditions montrent que l'infertilité peut avoir des conséquences psychologiques profondes sur les individus et les couples en désespoir. Leur

bien être émotionnel, leurs relations et leurs perceptions d'eux même. Les résultats présentés convergent dans l'ensemble avec les données issues de notre recherche.

En conclusion les résultats confirment que dans un couples ou il n'y a pas d'enfant la femme est la plus souffrante, elle nourrit des émotions et aussi le manque de soutien de son mari qui peut créer certains troubles en elle comme la dépression. De plus l'homme quant à lui se culpabilise et à cause des conseils de sa famille et de son entourage et aussi les résultats des traitements qui ne garantissent rien ne l'amène à penser aux relations extra conjugales (trahison). Donc nos hypothèses 1 et 2 sont vérifiées.

4-2 LIMITES ET PERSPECTIVES

Bien que cette recherche apporte un éclairage précieux sur l'effet psychologique de l'infertilité dans les couples, plusieurs limite sont a souligné.

Premièrement, la recherche s'est effectuée au sein d'un seul centre hospitalier spécialisé, CHUDOP. Ce manque de diversification des lieux de soins empêche de trouver plus de réponses en profondeur à l'ensemble de la population des couples infertiles. Des recherches dans différents centre incluant également différent structure peuvent accroitre la validité externe de nos résultats. Les données proviennent d'un seul centre. En plus une étude longitudinale pourrait également être envisagée pour suivre l'évolution de l'infertilité afin de fournir des traitements qu'il faut sur une période prolongée. Les limites peuvent également inclure une taille d'échantillon limitée ou une portée géographique limitée, ce qui peut affecter la généralisation des résultats. En outre, la collecte de donné peut être influencée par des biais de réponse. Par ailleurs, un échantillon plus grand aurait rendu plus généralisables les résultats.

4-3 SUGGESTIONS

Nous proposons comme suggestions :

- Offrir un soutien psychologique aux couples qui ont des problèmes d'infertilité pour les aider à mieux géré leurs émotions et leur crainte.
- Le gouvernement béninois devrait exiger la présence d'au moins un psychologue dans les cliniques et hôpitaux, cela permettra de faciliter la tâche aux autres agents de santé.
- Mettre en place des interventions adapté pour empêcher à la société de se moquer des couples qui n'ont pas d'enfants
- Sensibiliser les familles qui conseil leurs enfants de trahit leurs conjoint quand ce dernier en es la cause

CONCLUSION

Cette étude a offert une perspective sur l'effet psychologique de l'infertilité dans les couples des patients du CHUDOP. A travers des entretiens, une compréhension qualitative a été émergée, mettant en évidence, la prévalence des émotions ressentit par les couples infertiles, des éléments qui semblent être les conséquences majeures d'une infertilité dans un couple. Les résultats indiquent que l'infertilité est un obstacle pour un couple d'avoir des enfants et cela affecte le couple psychologiquement au point ou la femme peut avoir des troubles si les émotions sont mal gérées et cela peut également causer des mésententes au sein du couple.

D'abord le faite de ne pas avoir d'enfant rend la femme soucieux, stressé, anxieux, jalouse, elle se culpabilise et si elle n'a pas le soutient de son mari tous ses émotions augmente en elle. Ce qui peut la rend dépressive.

Cependant l'homme quant à lui face à cette situation s'attaque à sa femme, devient agressive envers elle, et à cause de sa famille, ses amis qui le conseil de tenter sa chance dehors ce dernier trouve cette attitude comme une solution ne sachant pas à quel ça va blesser sa femme.

En somme l'infertilité est un problème qui empêche un couple d'être heureux et d'être accueillir par la société. Ça engendre plusieurs émotions dans la vie du couple. Ces émotion augmente chaque fois que les résultats des traitements ne leurs donne pas un garantit. Et pour cela l'homme n'ayant plus d'espoir trahit sa femme et la femme quant à elle se sent laisser a elle seul dans ses émotions sans aucun soutient qui l'amène à avoir des trouble. Donc l'infertilité à des effets psychologique sur le bien être des personnes au sein du couple. Et pour diminuer ses émotions il est préférable qu'il y a au moins un psychologue dans les centres ou l'infertilité peut être traitée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

-Abbey, A., Andrecus, F. M. et Halman, L. J. (1992). Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and sterility*, 57,122-128.

-Aiyenigba, A. O., Andrew, D. W. et Rahman, A. (2019). Managing Psychological Trauma of Infertility. University of Liverpool

-Andipatin M. et pedro , A. (2014). A qualitative exploration of south African women's psychological and emotion experiences of infertility. *Open journal of preventive medecine, 4(5),327-337.*

-Article de la revue internationale.(2011). *Enfance, famille, génération*.61-77

-Baram, D., Tourtelot, E., Muechler, E. et Huang, K.-E. (1988). Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization.*Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 9 (3), 181-190.* https://doi.org/10.3109/01674828809016800

-Barou, J. (2016). La malédiction de la femme stérile.*L'école des parents, 618*(1), 48-50.

-Bell, K. (2013). Constructions of ''Infertility'' and Some Lived Expériences of Involuntary Childlessness. *Journal of Women and Social Work*,*3*(28), 284-295.

-Blanchy, S. (2011*).* L'adoption, alternative à l'assistance médicale à la procréation ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *39*(9), 491-495.
https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2010.10.014

-Boerma, J.T. et Mgalla, Z. (2001). *Le discour de l'infertilité en tanzanie.* Institut tropical royale, 189-200

-Bonnet, D. (2014). *Adopter un enfant dans le contexte de la Procréation médicalement assistée en Afrique subsaharienne. Cahiers d'études africaines, 215*(3), 769-786

-Bonnet, D. et Duchesne, V. (2014*). Migrer pour procréer : histoires de couples africains. Cahiers du Genre, 56(1), 41-58.*

-Bourdet-Loubère, S. et Mazoyer, A.-V. (2013*). Évolution du désir d'enfant après l'échec des aides médicales à la procréation. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 60*(1), 97-108.

-Cailleau, F. (2006*). Et si c'était dans la tête ? Histoire et représentations de l'infertilité. Cahiers de psychologie clinique, 26(1*), 85-98.

-Ceballo, R., Graham, T. E. et Hart, J. (2015). Silent and Infertile: An Intersection al Analysis of the Expériences of Socioeconomically Diverse African American Women With Infertility. *Psychology of Women Quarterly, 39*(4), 497-511.

-Château neuf, D. (2011*). Projet familial, infertilité et désir d'enfant : usages et expériences de la procréation médicalement assistée en contexte québécois*. *Enfances, Familles, Générations,15*, 61-77.

-Cousineau, M.T. et Domar, D. A. (2007). Psychological impact of infertility.*Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology, 21*(2), 293-308.

-Daniluk, J. C. et Tench, E. (2007). Long-Term Adjustment of Infertile Couples Following Unsuccessful Medical Intervention. *Journal of Counseling & Development, 85*(1), 89-100. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00448.x

-Donadjé, F. (1992). Nuptialité et fécondité des hommes au Sud-Bénin : faits et opinions. *Cahiers québécois de démographie*, *21*(1), 45-65

-Dugravier, F. (2011*).* L'art de couper les oignons pour qu'un bébé advienne.*Tropique, 116*(3), 45-60

-Feldman-Salvesberg, P. (1999). *Plundered kitchens, empty wombs : Threatened reproduction and identity in the Cameroon grassfields*. University of Michigan Press.

-Goussault ; Benedict, Jacob, Bénédicte. (2011). *Article dialogue 191*(1), 125-135

-Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature.*Social Science & Medicine,45*(11), 1679-1704. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0

-Greil, AL., McQuillan, J., Shreffler, K. M., Johnson, K. M. et Slauson-Blavins, K. S. (2011). Race-Ethnicity and Medical Services for Infertility: Stratified Reproduction in a Population-based Sample of U.S. Women. *Journal of Health and Social Behavior, 52*(4), 493-509. https://doi.org/10.1177/0022146511418236

-Hollos, M. et Larsen, U. (2008). Motherhood in sub- Saharan Africa: The social consequences of infertility in an urban population in norther Tanzania. *Culture, Health & Sexuality*, *10*(2), 159-173

-Inhorn, M. C. et van Balen, F. (dir.). (2002). *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. University of California Press.

Inti sar,

-James P. B., Taidy-Leigh, L., Bah, A. J., Kanu, J. S., Kangbai, J. B. et Sevalie, S. (2018). Prevalence and Correlates of Herbal Medicine Use among Women Seeking Care for Infertility in Freetown, Sierra Leone. *Evidence Based Complementary and*

Alternative Medecine, 9493807. https://doi.org/10.1155/2018/9493807.

-Klitzman, R. (2017). How Infertility Patients and Providers View and Confront Religious and Spiritual Issues.*Journal of Religion and Health, 57*(1), 223-239. https://doi.org/10.1007/s10943-017-0528-4

-Koropatnick, S., Daniluk,J.C. et Pattinson,A.T . (1993). Infertility : A non- event transition.*Fertility and sterility,59,* 163-171

-McQuillan, J., Greil, A.L., White, L. et Jacob, M. C. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychologyical distress among women. *Journal of Marriage and Family, 65,* 1007-1018.

-Naab, F. (2011). *Women's representations of infertility in Ghana*. [Thèse de doctorat, University of Wisconsin

-Naab, F., Lawali, Y. et Donkor, E. S. (2019). « My mother in-law forced my husband to divorce me »: Expériences of women with infertility in Zamfara State of Nigeria. *Plos One*,https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225149.

-Porcelli, P. (2011). Le fosterage : entre enjeux psychologiques et culturels. *L'Autre, 12*(3), 278-288

-Peterson, B. D., Newton, C. R. et Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, *21*(9), 2443-2449. https://doi.org/10.1093/humrep/de1145

-Rochon, M. (1986). Stérilité et infertilité : deux concepts.*Cahiers québécois de démographie*, *15*(1), 27–56. https://doi.org/10.7202/600584

-Tanguy-Domingos, S. (2021). Du « confiage » traditionnel d'enfant à l'adoption internationale : Les transformations autour du placement d'enfants au Bénin.*Annales de démographie historique,142*(2), 165-194. https://doi.org/10.3917/adh.142.0165

-Vimard, P. et Guillaume, A. (1992). Vers la multiplicité des facteurs de la fécondité en Afrique de l'Ouest.), *Actes des colloques de l'AIDELF*, 15-28. Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM

-Watkins,Tracy, D.Baldo.(2004).The infertility experien : Biopsychosocial effects and suggestions for couselous.*Journal of counseling et development* . Volume 82,Issue 4.

ANNEXE

GUIDE D'ENTRETIEN (Effet psychologique de l'infertilité dans les couples : cas des patients du CHUDOP)

INTRODUCTION

- Présentation de l'intervieweur et du contexte de l'étude
- Explication des objectifs de l'entretien.
- Assurance de la confidentialité et de l'anonymat des participants
- Consentements éclairé : Demander la permission de procéder a l'entretien.

DONNE DEMOGRAPHIQUE

- Age
- Situation matrimoniale
- Situation professionnelle
- Niveau d'éducation
- Durée de la relation du couple

1. CONTEXTE DE L'INFERTILITE

- Depuis combien de temps êtes-vous confronté à des difficultés de l'infertilité ?
- Avez-vous reçu un diagnostic spécifique concernant votre infertilité ?

2. REACTION EMOTIONNELLE

- Quelle émotion avez ressenties depuis le début de votre parcours d'infertilité ? (ex. tristesse, frustration, colère, espoir, désespoir, etc…)
- Comment ces émotions ont-elles évolué au fil du temps ?

3. IMPACTE SUR LA RELATION DE COUPLE

- Comment l'infertilité a-t-elle affecté votre relation avec votre partenaire ?
- Avez-vous remarquez des changements dans la communication ou l'intimité ?

4. STRATEGIES

- Quelles stratégies avez-vous utilisées pour faire face à votre infertilité ? (ex : soutient des amis, thérapie, groupes de soutien)
- Avez-vous trouvé des activités ou des pratiques qui vous aident à gérer le stress ?

5. PECEPTION DE L'AVENIR

- Comment envisagez-vous votre avenir en tant que couple face à l'infertilité ?
- Avez-vous des projets ou des espoirs concernant des solutions (traitements, adoption, etc…) ?

6. CONSEQUENCE PSYCHOLOGIQUES A LONG TERME

- Pensez-vous que l'infertilité aura des effets durables sur votre bien être psychologiques ?
- Comment envisagez-vous de géré ces effets à l' avenir ?

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 1

DEDICACE 2

REMERCIEMENTS 3

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 4

LISTE DES TABLEAUX 5

LISTE DES FIGURES 6

RESUME 7

ABSTRACT 7

INTRODUCTION 8

CHAPITRE 1 : DESCRIPTION ET DEROULEMENT DU STAGE 11

1.1 DESCRIPTION INSTITUTIONELLE 11

1.1.1 PRESENTATION DU CENTRE 11

1.1.2 HISTORIQUE 11

1.1.3 FONCTIONNEMENT DU CENTRE 12

1.2 DEROULEMENT DU STAGE 12

1.2.1 Objectifs de stage 12

1.2.2. Tâches exécutées au cours du stage 13

1.2.3 Observation de stage 14

1-2-4 DIFFICULTES RENCONTREES SUR LE LIEU DE STAGE 14

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 15

2 .1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 15

2.1.1 : Problématique 15

2.1.2 Clarifications conceptuel 17

2.1.3 REVUE DE LITTERATURE : 19

2.2. APPROCHE METHODOLOGIQUE 24

2.2.1 JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET 24

2.2.2 THEORIE DE REFERENCES SUR LE SUJET 25
2.2.3 NATURE DE RECHERCHE 26
2.2.4 POPULATION 26
2.2.5TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE 26
2.2.6 TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES 27
2-2-6-1 Entretien 27
2-2-6-2 Observation 27
2-2-7 OUTILS 27
2-2-7-1 Grille d'entretien 27
2-2-7-2 Grille de lecture 27
CHAPITRE3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET INTERPRETATION, DES DONNEES 28
3.1 PRESENTATION 28
3.1.1 Ages 28
3.1.2 : Sexe 28
3.1.3 Profession 29
3.1.4 Situation matrimoniale 30
3.1.5 Durée de relation de couple 30
3.2 : INTERPRETATION DES DONNEES 31
3.2.1 : Réaction émotionnelle des patients souffrants de l'infertilité 31
3.2.2 : Risque de trahison 32
CHAPITRE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 35
4-1 : DISCUSSION 35
4-2 LIMITES ET PERSPECTIVES 37
4-3 SUGGESTIONS 37
CONCLUSION 38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES 39

ANNEXE 42

TABLE DES MATIERES 43