

Vécu psycho-social de la stérilité à Boma

Mbungu MR*,
Nzilansio ML**, Mombo SC**,
Khonde MP**

Summary

Background: Perception of infertility of couple (IC) in rural area is not well documented. The aim of this study was to explore psychosocial consequences and case management of infertility of couple.

Material and methods : In this cross sectional study, a random sample of 43 infertile couples (male, 40 ± 2 years; female, 27 ± 1 yrs) residents from 3 urban districts of Boma town in the Bas-congo province were interviewed. Men were more educated (university level) than women (secondary level). Secondary infertile (mean duration 8 years) was most frequent (54%).

Results: The majority of IC relied to church (prayer) (44%), traditional medicine (30%) and modern medicine (23.2 %) for the case management. Among aetiologies of infertility, medical causes were mostly reported (32%) than sorcery (30%). Men appeared more comprehensible to their infertile wife and search together solution. Furthermore, women did not wish a divorce. However, the family in-law opinion was mitigated. Sometimes, they supported their daughter in-law; sometimes, they rejected her. Generally, women were hardly criticized by their family in-law.

Conclusion: IC is mostly affected by psychosocial consequences of infertility. Psychosocial interventions and community education message are urgently needed in order to help ICs and their relatives.

Key words: infertility's couple experience, psychosocial, management, rural area, Boma

* Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires / UNIKIN

** Institut Supérieur des Techniques Médicales, Boma

Résumé

Contexte : Le vécu psychosocial des couples stériles (CS) en milieu rural n'est pas très bien connu. L'objectif de cette étude est d'explorer les conséquences psychosociales et la prise en charge de la stérilité.

Matériel et méthodes : Dans cette étude transversale, 43 CS (hommes, 40 ± 2 ans ; femmes, 27 ± 1 an) tirés au sort dans 3 communes de la ville de Boma, province du Bas-Congo ont été interviewés. Les hommes étaient plus qualifiés (gradués) que les femmes (niveau d'études secondaire). La stérilité secondaire (durée moyenne 8 ans) était plus fréquente.

Résultats : Les CS recouraient dans la majorité des cas aux prières de délivrance (44%), au traitement de la médecine traditionnelle (30%) et à la médecine moderne (23.2%). Parmi les causes de stérilité, les causes médicales (32%) et la sorcellerie (30%) ont été les plus évoquées. L'homme se montre plus compréhensif à l'égard de sa femme stérile et s'investit dans la recherche de la solution. La femme de son côté ne souhaite pas dissoudre son mariage. L'attitude de la belle famille vis-à-vis des CS est mitigée : elle soutient ou rejette la femme. D'une manière générale, la femme stérile est plus souvent stigmatisée par sa belle famille.

Conclusion : Le CS est fréquemment affecté par les conséquences psychosociales de la stérilité. La médecine moderne vient en 3^e position dans la recherche de la solution. Des interventions psychosociales et des messages éducatifs plus propices pour le CS et leurs belles familles sont nécessaires.

Mots-clés : stérilité, vécu psycho-social, Boma

Introduction

La stérilité du couple est définie comme une absence de conception après 12 mois de cohabitation avec des rapports sexuels réguliers, complets et sans contraception (1).

Il faut la différencier de l'infertilité qui est une incapacité pour une femme de mener à viabilité une grossesse (2).

La stérilité est dite primaire quand il n'y a jamais eu conception et secondaire dans le cas contraire. L'absence d'enfants est la caractéristique commune à ces deux entités.

Les implications psychologiques et sociales du manque d'enfants dans un couple diffèrent selon le milieu. En Afrique en général et en République Démocratique du Congo (RDC) en particulier, le but premier du mariage reste la procréation ; un couple qui n'arrive pas à atteindre cet objectif est sujet à plusieurs types de difficultés : discorde, dispute, stigmatisation, divorce...

Il nous a donc paru opportun d'analyser le vécu de la stérilité pour un couple vivant en milieu semi-rural comme la ville de Boma située dans la Province du Bas-Congo au sud-ouest de la RDC.

Ce vécu de la stérilité doit être entendu comme un certain nombre d'attitudes aussi bien du couple que de la famille vis-à-vis de la cause de la stérilité et du traitement.

Ce travail dont le but est d'apporter une contribution à la compréhension de l'aspect socio-psychologique de la stérilité, a comme objectif de déterminer le vécu psycho-social de la stérilité du couple stérile (CS).

Matériel et méthodes

Une pré-enquête avait permis de découvrir 78 CS dans la ville de Boma. De ces septante huit, 43 couples ont été choisis selon un échantillonnage aléatoire simple dans les 3 communes de la ville précitée (Nzadi, n=15 ; Kabondo, n=17 ; et Kalamu, n=11) entre le 01 et 16 février 2000. Tous les CS sélectionnés avaient été invités par la suite à répondre à une série de questions. Le questionnaire, support de l'interview, était orienté autour de thèmes suivants : les caractéristiques anthropométriques du CS (l'âge de la femme et de l'époux) et socio-démographiques (niveau d'études, statut matrimonial), les caractéristiques de la

stérilité (type, durée, cause évoquée et l'attitude thérapeutique en cours), la conception séparée de l'homme et de la femme (vis-à-vis de la stérilité, de son partenaire et de la belle famille). L'analyse statistique de nos données est essentiellement descriptive. La comparaison des variables quantitatives a été faite à l'aide du test t de Student. Le protocole de cette analyse transversale avait obtenu un avis favorable des autorités administratives tant municipale qu'urbaine de la ville de Boma. Tous les sujets avaient consenti verbalement à participer à l'étude.

Résultats

Dans les CS étudiés, les hommes étaient plus âgés ($40,1 \pm 2$ ans) que leurs épouses ($27,2 \pm 1$ ans, $p < 0,0001$) ; et ils avaient plus souvent un diplôme universitaire (63% versus 20,9%).

La durée moyenne de la stérilité était de 3 ans pour la stérilité primaire et de 8 ans pour la forme secondaire. Depuis la déclaration de cette stérilité, ces couples cohabitaient en moyenne depuis 5 ans pour la stérilité primaire et 11 ans pour la stérilité secondaire.

Le Tableau 1 reprend la répartition de la population en fonction du type de stérilité et montre qu'un peu plus de la moitié des CS interviewés souffraient d'une stérilité secondaire.

Tableau 1 : Répartition des CS en fonction du type de stérilité

Type de stérilité	n = 43	%
Primaire	20	46,5
Secondaire	23	53,5

Le mariage monogamique prédominait (Tableau 2) et dans ce régime matrimonial, la stérilité secondaire était plus fréquente.

On observait en revanche, plus de stérilité primaire chez les couples en mariage polygamique.

Tableau 2 : Répartition des CS en fonction du type de stérilité et du régime matrimonial

Type de mariage	Effectifs		Total n=43	%
	S1	S2		
Monogamie	16	21	37	86,1
Polygamie	4	2	6	13,9

Légendes : S1= stérilité primaire ; S2 = stérilité secondaire

Les causes de stérilité telles que perçues par les CS ont été également recherchées (Tableau 3). En effet, un tiers des CS imputent leur stérilité à la sorcellerie et 37% ignorent totalement la cause.

Tableau 3 : Causes de la stérilité évoquées par les CS

Causes de stérilité	N=43	%
Médicales	14	32,6
Kyste ovarien	4	9,3
Trompes	5	11,6
Avortement	5	11,6
Sorcellerie	13	30,3
Cause inconnue	16	37,2

Dans la recherche de la solution à leur stérilité, les CS ont eu à consulter plusieurs personnes isolément ou en association. Ces résultats sont consignés dans le Tableau 4. Treize CS (30,3%) avaient consulté exclusivement le tradipraticien et 15 autres ont associé les pasteurs ou prêtres et les parents. Le reste des CS ont fréquenté soit les médecins seuls (n=10) ou médecins et pasteurs (n=19).

Tableau 4 : Répartition de la population en fonction du praticien consulté

Consultation*	Médecin	Tradipraticien	Pasteur	Parent
Médecin	10	13	19	14
Tradipraticien	13	0	0	0
Parents	14	0	1	1
Pasteur	19	0	1	1

* isolée ou en association

Chez ces praticiens consultés, l'attitude thérapeutique divergeait :

- chez le médecin, le traitement à base d'hormones a prédominé avec un pourcentage non négligeable d'interventions chirurgicales (dont les indications et actes posés étaient ignorés par les CS) ;
- chez le tradipraticien, les cures de lavement et l'administration des tisanes ont constitué le socle du traitement ;
- chez le pasteur ou prêtre, la thérapie a essentiellement consisté en des séances de prière de délivrance.

L'attitude de la femme face à la stérilité du couple est présentée dans le tableau 5. La majorité d'entre elles ont émis le vœu de demeurer dans leur foyer conjugal.

Tableau 5 : Attitude de la femme

Attitudes	n=43	%
Demeurer dans le toit conjugal	37	86,4
Chercher un autre partenaire	2	4,6
Divorce	1	2,3
Indécis	3	6,7

En ce qui concerne l'attitude de l'homme, les réponses ont été classées en aspect positif ou négatif et ce, selon le type de stérilité (Tableau 6). En général, le mari avait une attitude positive vis-à-vis de sa femme et du problème que vit le couple.

Cette attitude était positive quel que soit le type de stérilité en ce sens qu'il s'investit dans le financement des soins, la recherche de la solution et soutient moralement son épouse.

Tableau 6 : Attitude du mari en fonction du type de stérilité

Attitude positive	Effectifs		Total (%)	
	S1	S2	n=43	
Soutien financier	8	3	11	22,9
Soutien moral	11	8	19	39,5
Recherche de la solution	8	10	18	37,5
Attitude négative	Effectifs		Total (%)	
	S1	S2	n=5	
Découragement	2	0	2	40
Gaspillage	1	1	2	40
Infidélité	1	0	1	20

Cependant l'attitude de la belle famille est mitigée (Tableau 7). En effet, dans un tiers des cas son attitude est positive en ce sens qu'elle s'investit en donnant des conseils utiles au couple. Dans 30% des cas la belle famille adopte plutôt une attitude négative (menaces de divorce et insultes).

Tableau 7 : Attitude de la belle famille vis-à-vis de la femme

Attitude positive	n=15 (34,8)
Conseils	9
Recherche de solution	6
Attitude négative	n= 13 (30,2)
Injures	4
Manque de considération	3
Menace de divorce	6
Neutre	n=15 (34,8)

Commentaires

Ce travail a le mérite de présenter pour la toute première fois le vécu psychosocial des CS dans une population semi rurale. Elle présente cependant des limites dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats. Au cours de cette étude, nous avons noté que la durée de cohabitation est

plus longue en cas de stérilité secondaire. Cette constatation peut se comprendre dans la mesure où la présence des enfants déjà obtenus par le couple assure le maintien de l'union. Nsungula et Coll. (3) ont rapporté un taux de 23% de répudiation de l'épouse dans une étude sur les aspects cliniques et socioculturels de l'infertilité à Kinshasa.

Shiri et Coll. (4) ont décrit le traitement que subit la femme stérile en Tunisie. Ils rapportent le fait que la grossesse et la naissance d'un enfant soulagent les inquiétudes du couple et de deux familles. La communauté est aussi soulagée du fait que les deux conjoints se sont montrés à la hauteur des espoirs placés en eux. La dimension de femme puis de mère respectée ne s'acquiert qu'après l'accouchement.

S'agissant du traitement de la stérilité, notre étude a montré que les couples se sont plus référés au médecin et à l'église. Shiri et Coll. (4) ont constaté que les CS commencent les consultations vers la fin de la première année, d'abord par des conseils diététiques qu'ils appellent « efforts naturels » puis, devant l'échec, ils se tournent vers la médecine moderne avant de présenter des offrandes chez les marabouts. Les guérisseurs sont ensuite consultés avant de se résigner dans la prière car « Dieu peut tout ».

Dans notre étude, nous avons noté que l'église a été beaucoup visitée par les couples à la recherche d'une solution. Cette attitude s'explique par le phénomène actuel de pullulation des églises dans notre pays qui incitent la population à recourir à Dieu en cas de tout problème.

Traditionnellement, nos populations surtout en milieu rural, recouraient plus facilement au guérisseur ou au culte des ancêtres.

En ce qui concerne la cause de stérilité, il est intéressant de remarquer que nos couples bien que vivant dans un milieu semi-rural, savent quand même identifier les causes réelles de la stérilité. La sorcellerie reste encore dans 30% des cas « un vrai problème » avec l'oncle maternel comme auteur principal ou sorcier.

Quant à l'attitude du mari et de la femme face à ce problème, cette enquête a montré un engagement positif du mari dans la recherche de la solution même en situation de stérilité primaire. Shiri et Coll. (4) rapportent qu'en Tunisie, les femmes se sentent déstabiliser et les maris ne s'engagent que très rarement. Les femmes de Boma souhaitent rester dans leurs foyers contrairement à celles de Kinshasa où près de 23% d'entre elles préféreraient quitter le toit conjugal d'après une étude de Nsungula *et al.* (3).

Il faut signaler que l'adoption n'a pas été envisagée comme solution à la stérilité par les couples que nous avons étudiés. Ce constat va dans le même sens que l'enquête de Shiri et Coll. (4) qui ont noté en Tunisie que sur 22 couples stériles, 11 n'envisageaient pas non plus cette éventualité. Ce comportement peut s'expliquer par le fait que la femme dans nos milieux est appelée à procréer et non à adopter des enfants venus d'ailleurs.

La belle famille s'est illustrée dans ce travail par une attitude mitigée, consistant tantôt à soutenir la belle-fille, tantôt à la rejeter avec proposition de divorce.

Shiri et Coll. (4) décrivent une certaine séquence dans l'attitude adoptée par la belle famille vis-à-vis de la femme : celle-ci ignore d'abord la situation et ensuite, elle s'approprie le problème allant d'un interrogatoire agaçant pour la femme et parfois à une violence extrême. Le mari assiste souvent impuissant, poussé à opérer

le choix difficile entre sa famille et son épouse. L'attitude attentionnée du mari envers sa femme est souvent à l'origine de la stigmatisation du couple par le reste de la famille.

Conclusion

Cette enquête sur le vécu psycho-social de la stérilité à Boma a permis de tirer les constats suivants :

- la médecine moderne et les cures de délivrance à l'église sont les plus grands recours de ces CS ;
- les causes médicales sont presque'autant évoquées que la sorcellerie ;
- les hommes se montrent plus compréhensifs à l'égard de leurs femmes stériles et s'investissent dans la recherche de la solution et les femmes ne souhaitent pas dissoudre leur mariage à cause de la stérilité ;
- l'attitude de la belle-famille varie entre soutien de la femme stérile et stigmatisation du couple.

Le rôle de confessions religieuses et de tradipraticiens est important à souligner dans notre contexte. Ces animateurs devraient bénéficier d'un minimum de formation sur le sujet en vue de remplir correctement leur rôle d'encadrement des couples stériles.

Références

1. Chengé M, Tambwe M, Kizonde K, Kakoma SZ, Kalenga MK. Profil clinique et social de la femme stérile à Lubumbashi. *Congo Médical* 2004; **13** : 1132-1137.
2. Mamelle N, Laumon B, Measson A, Munoz F. Comportement des hommes et des femmes face à la procréation. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1987 ; **16** : 157-162.

3. Nsungula K, Tshibangu K, Ntabona B. Aspects cliniques et socio-culturels de l'infertilité à Kinshasa. *Méd. Afr. Noire* 1980 ; **27** : 217-222.
4. Shiri T, Gaha L, Nasr M. Aspects psychosociaux de la stérilité masculine en Tunisie. 8^{ème} congrès de la Salfit, Sousse, 6-8 septembre 1990.