

CONSIDERATION TRIBUTAIRE TRADITIONNELLE ET PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE DE LA STERILITE FEMININE : CAS DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE KONGOLO

Par l'Assistant ISSA NASSOR INAS RASHID

Département de gynécologie et obstétrique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kongolo, dans la province de Tanganyika en République Démocratique du Congo, inasrashidissanassor@gmail.com

Corresponding Author : - inasrashidissanassor@gmail.com

RESUME,

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la stérilité comme une absence de la grossesse après plus des 12 mois de rapport sexuel régulier sans contraception. L'expérience prouve qu'en effet que 75% des femmes seront enceinte au bout d'un an sans aucun traitement et 90% au bout des deux ans. La recherche poursuit les objectifs d'évaluer la pris en charge de la stérilité féminine et de déterminer les considérations tributaires. Pour cette étude, nous avons fait recours qu'à la méthode descriptive de type rétrospectif à travers une enquête basée sur l'interview. Notre population était constituée de couples ayant consulté ce département et chez qui dont 104 diagnostics ont été posé sur l'infertilité. Cette étude a investi les résultats suivant : l'âge moyen des patientes était de 30,76 ans compris entre 31 et 40 ans soit 48,1%, avec une durée de 1 à 3 ans, 52%, dont l'infection tubo-péritonéale 48,9%, l'infertilité secondaire primait 60,5% et les tradipraticiens sont les personnels le plus considérés 89,4 %. La situation de la stérilité est inconsiderable dans la société de Kongolo. C'est pourquoi il faut en pratique éviter d'employer le terme stérilité, qui est un terme traumatisant pour les couples.

LES MOTS CLE

Considération, tributaire, stérilité, psychosocial, Kongolo

1. Introduction

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la stérilité comme une absence de la grossesse après plus des 12 mois de rapport sexuel régulier sans contraception (Body, Darai, Luton, & Mares, 2017). L'expérience prouve qu'en effet que 75% des femmes seront enceinte au bout d'un an sans aucun traitement et 90% au bout des deux ans (Géorges & Pierre Bellicha, 1987). En outre, la stérilité désigne l'impossibilité pour une femme de procréer sous réserve d'avoir des rapports sexuels complets, réguliers (2 à 3 fois par semaine) et sans contraception et ce dans 12 à 24 mois explique le Docteur Juan Berrocal, chirurgien gynécologique. Ce terme étant relativement agressif, certains préfèrent utiliser celui d'infertilité, d'infécondité ou d'hypo-fécondité. Naturellement, une femme est féconde de façon variable suivant son âge, la fécondité progresse jusqu'à l'âge de 25 ans puis se stabilise. Pour débiter une grossesse, la femme doit avoir au minimum : Une ovulation régulière et de bonne qualité, le col et trompe perméable, une glaire cervicale de bonne qualité, une muqueuse utérine réceptive et un contact avec les spermatozoïdes (Juan, 2019). Pour l'homme, il faut : Avoir les testicules normaux, une production de spermatozoïdes de bonne qualité et le pénis soit érectile. Les causes de la stérilité féminine se classent schématiquement en cinq grands groupes qui sont les suivants : Trouble de la fonction ovarienne, les anomalies tubaires, facteur utérin, facteur cervicaux et Facteur génétique. Avant en cas de difficulté, on disait que le problème venait de la femme. On sait désormais que 30% de cas, il y a une cause féminine, dans 30% de cas une cause masculine et le 40% restant, il s'agit d'une infertilité mixte due au plusieurs facteurs ci-après contribuent à la survenue du risque de la stérilité : Le diabète, une alimentation mal équilibrée, tabagisme (baisse du nombre de spermatozoïde et insuffisance érectile), le bain chaud et surcharge pondéral ou une insuffisance pondérale (Moy, 2022) Par contre, les causes les plus considérées par les tribus de Kongolo pour le cas de la stérilité sont : le mauvais sort des esprits mauvais, la malédiction, le non-respect des conditions alimentaires selon la coutume, l'hérédité et des différentes maladies telles que : Kunde, Kitofu, Bishiki, Kilulu et autres en langue vernaculaire. La médecine moderne reproche les thérapies traditionnelles sur l'absence de la démarche diagnostique par la primauté accordée aux symptômes sur les maladies dans l'ignorance totale des notions d'anatomie et physiologie des organes et systèmes ainsi qu'à la posologie sur les solutions des plantes qu'ils utilisent. D'après les tradipraticiens de Kongolo rejettent l'idée de la médecine moderne en émettant la voyance en lieu et place de l'anatomie et physiologie et même le laboratoire moderne. Mais selon Dieudonné Mozouloua, coordonnateur des unités de recherche en sciences appliquées au développement et assistant chargé des cours à l'université de BANGI a décrit dans son étude sur l'expérience d'un tradipraticien centrafricain à la personne de Mr Lokondo qui a traité Cent-cinquante (150) maladies à base des plantes. Dans les soins de maladies dites chroniques l'expérience de Lokondo touche aux différentes spécialités médicales du système dit moderne ; il s'agit entre autre : - La gynéco-obstétrique : la prévention des accouchements dystocique, la prise en charge thérapeutique de la stérilité féminine, etc, l'urologie : traitement de déficit érectile de la stérilité masculine, les pathologies infectieuses : le traitement des IST et plusieurs autres infections bactériologiques, cardiologie et pneumologie : HTA, lita, des crises cardiaques, la neuropsychiatre : le traitement de la folie, de l'épilepsie, la chirurgie accidentelle : traumatologie et orthopédie, l'ophtalmologie : le traitement de la myopie de la presbyte et de la cataracte. Outre ce qui précède, **LOKONDO** ajoute que l'expérience du tradipraticien est renforcée par des immenses dispositifs inspirés et puisés de la sagesse fournie par la voyance. Au niveau des couples inféconds, l'enjeu sur notre terrain comme partout, est profondément identitaire et narcissique. De cette identité qui se construit à l'interface du mythe individuel et de l'imaginaire social et où le sujet recrée le réel. Pour paraphrase Augé, parlant de la maladie, l'infécondité est « de façon paradoxale..., à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses..., non seulement parce qu'un certain nombre d'institution la prennent en charge à différentes phases de son évolution, mais parce que les schémas de pensée qui permettent de la reconnaître, d'identifier et de la traiter, sont éminemment sociaux : penser sa maladie se déjà faire référence aux autres. De fait, l'élément le plus prégnant dans ce domaine en Afrique est la forte pression en la fécondité au niveau social et culturel. Dans ce contexte ou l'enfant reste l'attribut principal de la femme, la femme inféconde dérange tous les schémas : Celui de la continuité de transmission biologique transgénérationnelle de la lignée familiale ; Celui d'agent intégré par le mariage pour assurer cette lignée de son époux, celui, plus général, du fonctionnement adéquat, signe de la santé occulte du groupe, en accord avec les ancêtres et les esprits... comme décrit si bien Evina Akam, « chez les bétis du sud Cameroun, l'absence de la maternité est pour une femme un obstacle à son ascension dans le groupe féminin. Des plus une femme sans enfants est le plus souvent considère comme le logis des mauves esprits ou tout simplement comme une sorcière. Les femmes stériles fulani et des ethnies touchées par l'infécondité au nord du Cameroun se considèrent comme des handicapées sociales et se croient inférieur aux autres, une femme stérile n'aime pas se déclarer comme telle ». La suspicion qui s'étend lorsque la situation d'infécondité s'éternise met l'homme au défi de prouver sa puissance, au besoin avec une autre partenaire. Cette dictature culturelle est à ce point contraignant que certains patients reçus, s'étant réalisées dans d'autres domaines et levant des enfants, avouent ne pas tout avoir envie d'être mère que devoir « passer par là ».ne pas vouloir, l'enfant est un discours qui ne peut pas être attendu socialement. L'accouchement est une véritable étape initiatique et l'enfant vivant confère qualité à la femme. Dans la quasi-totalité des sociétés africaines, l'enfant occupe une place primordiale et devient de ce fait la raison de la survie ou non d'un couple, la femme stérile, privée du seul principe naturel pouvant la valoriser, se trouve diminuée (Biyoghe, 2010). Une femme sans enfant est considérée comme un déshonneur pour sa famille (IKE, J, J, SM, & Sinsin, 2009) . Dans la littérature, plusieurs études soulignent la présence significative des symptômes anxieux et de dépression chez les femmes stériles, plusieurs facteurs pourraient y être associés tels que l'âge, les contextes socio-économiques, la durée de l'infertilité, l'échec antérieur à des traitements en procréation assistée, etc... toute fois, peu d'étude se sont attardées aux symptômes de nature psychologique chez les femmes souffrantes spécialement d'infertilité inexpliquée, pour lesquelles la cause de l'infertilité demeure inconnue et aucun traitement cible n'existe pouvant possiblement mené à une détresse psychologique plus importante (Ingrid, 2019). C'est dans ce contexte que la présente étude s'effectue en république

démocratique du Congo, la province de Tanganyika, territoire de Kongolo, dans la zone de santé rurale de Kongolo au département de gynécologie obstétrique de l'hôpital général de référence de Kongolo pendant une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021. La société de Kongolo considère la femme stérile selon les tribus pour le cadre de notre étude comme chez :

- Les Songe, on l'appelle en langue vernaculaire « Muumba » et on la considère comme une femme unitule du point de vie sociale et une main d'œuvre pour le mari ;
- En langue vernaculaire chez les Bayazi « Mukashi Ke Mukanda » qui signifie celle qui n'a pas existé. On ne la considère pas comme une vraie femme, par contre elle reste une jeune fille immature ;
- Chez les Kusu de Lubunda, elle est considérée comme esclave des autres surtout dans le mariage polygamique.
- Les Bahemba, on l'appelle « Mugumba » qui veut dire improductive, et on la considère comme un désert ou objet sans valeur;
- Les Baluba, on l'appelle « Mukashi Nkumba » qui signifie improductive et elle est considérée comme une toilette réservée pour déposer les matières fécales. Ainsi, face à cette complexité nécessitant un exercice intellectuel, nous nous sommes posés les questions suivantes :
- Pourquoi les femmes stériles ne sont-elles pas considérées dans la société de Kongolo ?
- Est-ce que la prise en charge de la stérilité féminine est-elle efficace ?

Vu que ces questions attirent notre réflexion, la recherche poursuit les objectifs ci-après :

- Evaluer la prise en charge de la stérilité féminine ;
- Déterminer les considérations tributaires.

2. Matériel et Méthode

Pour cette étude, nous avons fait recours qu'à la méthode descriptive de type rétrospectif à travers une enquête basée sur l'interview. Notre population était constituée de couples ayant consulté ce département et chez qui dont 104 diagnostics ont été posés sur l'infertilité. Nous avons considéré comme couple infertile, tous couples qui n'avaient pas conçu après 12 – 24 mois de rapport sexuel régulier et non protégé. Les hommes étaient convoqués que pour les femmes qui venaient seule en consultation. Les données ont été collectées à travers un questionnaire pré-testé et des dossiers de patients satisfaisants aux critères d'inclusions de la recherche. Pour une connaissance scientifique se rapportant aux objectifs fixés, les éléments suivants ont été vérifiés : caractéristiques sociodémographiques clinique, psycho-sociale et culturelle. Lorsqu'ils posaient un diagnostic de l'infertilité après anamnèse fouillée et examen clinique, nous nous retirions avec le patient, lui expliquions tout d'abord l'étude et son but, puis nous recueillions son consentement éclairé verbal et nous écrivions. En suite nous lui posions des questions pré-testés et enregistrées sur le questionnaire. Quant à l'analyse des données nous avons utilisé le calcul de pourcentage et moyenne arithmétique.

3. Résultats

3.1. Caractéristique Sociodémographique des patientes n=104

Sur 104 patientes qui ont été sélectionnées, les ménagères ont dominé avec 33,7%, les vivants en union libre avec 46,2% de niveau d'instruction secondaire 74% et dont l'âge varié entre 31 à 40 ans avec une moyenne d'âge de 30,76 ans soit 48,1%.

Tableau 1. Répartition des cas selon les occupations des patientes

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-------------------|-----------|------|
| Ménagère | 35 | 33,7 |
| Métiers informels | 21 | 20,1 |
| Commerçant | 15 | 14,4 |
| Etudiante/élève | 15 | 14,4 |
| Fonctionnaire | 12 | 11,6 |
| Technicienne | 6 | 5,9 |
| Total | 104 | 100% |

Tableau 2 : Répartition des cas selon le statut matrimoniaux des patientes

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-----------------|-----------|------|
| Union libre | 48 | 46,2 |
| Marié monogame | 32 | 30,8 |
| marié polygame | 16 | 15,4 |
| Célibataire | 8 | 7,7 |
| Total | 104 | 100% |

Tableau 3 : Répartition des cas selon le niveau d'instruction des patientes

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-----------------|-----------|------|
| Primaire | 12 | 11,5 |
| Secondaire | 77 | 74 |
| Supérieur | 15 | 14,4 |
| Total | 104 | 100 |

Tableau 4 : Répartition des cas selon le groupe d'âge des patientes

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-----------------|-----------|------|
| 20-30 | 48 | 46,2 |
| 31-40 | 50 | 48,1 |
| ≥ 41 | 6 | 5,7 |
| Total | 104 | 100 |

3.2. Caractéristique clinique des patientes

Pour cette étude, 76,9% des patientes avaient consultées pour désir de la maternité, dont la durée d'infertilité était comprise entre 1-3 ans soit 52 %, avec une infection tubo péritonéale 48,9% et une infertilité secondaire qui primait 60,5%.

Tableau 5 : Répartition des cas selon les motifs de consultation

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-----------------------|-----------|------|
| Désir de la maternité | 80 | 76,9 |
| Dysménorrhée | 10 | 9,6 |
| Spanioménorrhée | 6 | 5,8 |
| Métrorragie | 3 | 2,9 |
| Autre | 5 | 4,8 |
| Total | 104 | 100 |

Tableau 6 : Répartition des cas selon la durée de l'infertilité en année

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-----------------|-----------|-----|
| 1-3 | 54 | 52 |
| 4-6 | 25 | 24 |
| ≥7 | 25 | 24 |
| Total | 104 | 100 |

Tableau 7 : Répartition des cas selon les étiologies féminines

| Caractéristique | Fréquence | % |
|----------------------------|-----------|------|
| Infection tubo-péritonéale | 44 | 48,9 |
| Utérine | 6 | 6,5 |
| Ovarienne | 7 | 7,6 |
| Indéterminé | 35 | 38 |
| Total | 104 | 100 |

Tableau 8 : Répartition des cas selon le type de stérilité

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-----------------|-----------|------|
| Primaire | 41 | 39,4 |
| Secondaire | 63 | 60,5 |
| Total | 104 | 100 |

3.3. Caractéristique psychosociale et culturelle des patientes

67,3 % des patientes ont présenté de stress avec honte, soit 49 % dont la cause était attribuée qu'à la sorcellerie 52,9 % et les tradipatriciens étaient les personnels les plus considéré, 89,4%.

Tableau 9 : Répartition des cas selon l'état psychologique des patientes

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-----------------|-----------|------|
| Dépression | 18 | 17,3 |
| Stress | 70 | 63,3 |
| Anxiété | 16 | 15,4 |
| Total | 104 | 100 |

Tableau 10 : Répartition des cas selon l'attribution culturelle des patientes

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-----------------|-----------|------|
| Malédiction | 19 | 18,3 |
| Sorcellerie | 55 | 52,9 |
| Autres | 30 | 28,8 |
| Total | 104 | 100 |

Tableau 11 : Répartition des cas selon les sentiments sociaux observés des patientes

| Caractéristique | Fréquence | % |
|-----------------------------------|-----------|------|
| Culpabilité | 23 | 22,1 |
| Honte | 51 | 49 |
| Rejet par d'autres que partenaire | 30 | 28,8 |
| Total | 104 | 100 |

Tableau 12 : Répartition des cas selon les personnels considérés

| Caractéristique | Fréquence | % |
|------------------|-----------|------|
| Médical | 11 | 10,6 |
| Tradipatricsiens | 93 | 89,4 |
| Total | 104 | 100 |

4. Discussion

Pour cette étude représentait les femmes, ceci confirme la tendance mondiale selon lequel les femmes se sentent plus concernées par les problèmes d'infertilité et surtout dans les pays en voie de développement ou l'enfant reste le socle du mariage. L'âge moyen de nos enquêtées était compris entre 20 à 40ans, soit 30,76 ans et se rapprochait au résultat de (Fateme, et al., 2004) qui était de 33,37ans. Ceci s'explique par le fait que l'âge de la première grossesse est de plus tardif et estimé à 30ans en moyenne en France (Mahmoud, 2009). Le niveau de scolarisation pour la fille a augmenté, donc les femmes commerçantes, la maternité est un peu plus tard. (Foumsou, 2008) avait noté que l'âge moyen de la grande- multiparité au Yaoundé était de 36.5ans. Le nombre de patientes vivant en union libre était de 48, soit 46,2%. Le taux élevé de ces patientes pourrait s'expliquer principalement par le fait qu'en Afrique et particulièrement en RD Congo après la célébration de la dote plusieurs couples se considèrent mariés et vivent donc ensemble. Outre que cela ce taux pourrait également s'expliquer par le fait que plusieurs personnes de notre pays préfèrent de plus en plus vivre avec leur partenaire tout en préparant leur mariage, voulant à tout prix concevoir, certaines patientes s'engagent même dans de relation extraconjugale qui leur expose au risque d'IST, notamment le VIH (Guerra et al,1998) pour éviter les drames. Pour cette série, 76,9% des patientes ont consultée pour désir de la maternité. Cela s'explique par le fait que la culture africaine considère la naissance d'un bébé comme une stabilité pour et constitue une bénédiction pour le couple, son absence par contre engendre des drames sociaux entre autres : divorce, polygamie, rejet et frustration. La durée de l'infertilité retrouvée chez les patientes pour cette étude est de 1 à 3ans, soit 52%, l'étude de (Domar, Broom, Zuttermrister, Seibel, & Friedman, 1992) a montré que le patiente ayant une durée d'infertilité comprise entre 2 et 3ans présentaient plus de dépression que ceux qui avaient plus 6 ans de durée de l'infertilité ceci correspond au moment maximal de consultation de cette recherche. Les séquelles d'infection tubo-péritonéale était le plus retrouvé chez les femmes soit 48.9% de toute les étiologies féminines. L'infertilité primaire présentait 39.5%, tandis que la secondaire était de 60,6 %, ces données se ressemblent de ceux de (Leke, 2004), qui avait trouvé 40% d'infertilité primaire et 60% d'infertilité secondaire au Cameroun. La majorité était stressées de toutes les patientes sélectionnée 67,3% ce résultat confirme la nature multidisciplinaire de la prise en charge des couples infertiles nécessitant l'association d'un psychologue. 49% des patient étaient honteuses, ceci confirme le fait selon lequel dans la société africaine en générale et de Kongolo en particulier, la femme qui n'a pas un enfant se sent moins valorisée, elle développe un complexe d'infériorité et le sentiment de honte s'en suit. Cette étude a également retrouvé 52,9% des patientes dont la culture attribuée l'infertilité à la sorcellerie, ils consultent le tradipraticien. Ces patientes trouvent un réconfort psychologique auprès de tradipraticiens, ce qui explique aisément la grande fréquentation de ces dernières. C'est le réconfort qui constitue un soutien psychologique qui pouvait engendrer des grossesses. Ces patientes considérées le tradipraticiens comme père c'est-à-dire protecteur dans 89,4% des cas. Cela s'explique par le fait que chez le tradipraticien les plantes sont disponibles cout abordables et la voyance à la place de tous. Par contre sa s'explique encore par l'absence des spécialistes et produits des spécialités dans nos milieux, cout élevés de la prise en charge médicale et lenteur des résultats des examens de laboratoire poussaient les patientes à une fréquentation massive aux tradipraticiens.

5. Conclusion

La situation de la stérilité est inconsiderable dans la société de Kongolo. C'est pourquoi il faut en pratique éviter d'employer le terme stérilité, qui est un terme traumatisant pour les couples. Il faut bien avoir à l'esprit que le couple consultant pour infertilité subit souvent une dépression sociale et parfois familiale, avec très rapidement un retentissement de cette infertilité sur le plan psychosocial avec des troubles dépressifs, un sentiment d'isolement social, de l'anxiété, une diminution de l'estime de soi voir de la culpabilité, car la procréation continue d'être une raison du mariage au monde, le couple doit combattre à tout prix durant une partie de leur vie.

6. REFERENCE

- [1] Biyoghe, A. (2010). Doctorat. *Conceptions et comportements des Fang face aux questions de fécondité et de stérilité, regard anthropologique sur une société patrilineaire du Gabon*. Metz, France: Université de Metz.
- [2] Body, G., Darai, E., Luton, D., & Mares, P. (2017). *Gynécologie-obstétrique*. Paris: ELSEVIER MASSON.
- [3] Domar, -A., Broom, A., Zuttermrister, P., Seibel, M., & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression . *infertile women*, 1158-1163.
- [4] D. Guerra, A. Liobra, A. Viega, and P.N. Barri, Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service, *Hum Repod*,13(1998),1733-1736.
- [5] Fatemeh, R., Malek, M., Nasrin, A., Farid, Z., Navid, K., & Mamak, S. (2004). *A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility*.BMC Women's Health.
- [6] Foumsou, L. (2008). *les complications obstétricales chez les grandes multipares en sale de travail et au post-partum précoce dans les hôpitaux* . Yaoundé: universitaire de Yaoundé.
- [7] Géorges, & Pierre Bellicha. (1987). *Grand dictionnaire médical pour la famille*. Paris: Bordas.
- [8] IKE, D. K., J, D., J, G., SM, H.-A., & Sinsin, B. (2009). Etude ethnobotanique des plantes galactogènes et emménagogues utilisées dals les terroirs riverains à la zone Cynégétique de la Pendjari. *Ajol*, 1226-123.
- [9] Ingrid N, contexte psychosocial des femmes souffrantes d'infertilité inexpliquée, pub-méd/université LAVAL, Québec/Canada,2019.
- [10] Juan, B. (2019). Stérilité causes et prise en charge. *www.santé journal desfemmes.Fr*, .
- [11] Leke, R. (2004). The prevalence of infertility and its preventive measures in sub-Saharan Africa, Presentation at the WHO. *Afro and Embryo Regional Management of infertility worksho*, 4-17.
- [12] Mahmoud, A. (2009, Novembre 22). *l'infertilité au Maghreb: aspect statistique*. Récupéré sur 3cetude: [http://www.3cetudes.com/news/Infertilite au Maghreb-aspect statistique.pdf](http://www.3cetudes.com/news/Infertilite%20au%20Maghreb-aspect%20statistique.pdf).
- [13] Moy, L. (2022, 3 25). *Bilan d'infertilité : quels sont les examens prévus ?* Récupéré sur doctisimo: www.doctisimo.fr
- [14] stora, H. G. (2007). *Dictionnaire Hachette*. Paris : hachette.