

# VECU PSYCHOSOCIAL DES HOMMES INFERTILES AU CHU DE TREICHVILLE

**Sasso Sidonie Calice YAPI**

*Université Virtuelle de Côte d'Ivoire (Côte d'Ivoire)*

*sasso.yapi@uvci.edu.ci*

**Kpan SEROU née Constance Sandrine Sompleny TEHOUE**

*Service de psychiatrie du CHU de Treichville (Côte d'Ivoire)*

*sandrineserou@gmail.com*

## Résumé

*L'infertilité masculine, définie comme l'incapacité à concevoir après un an de rapports non protégés, résulte souvent d'anomalies spermatiques, d'infections, de troubles hormonaux ou d'obstructions. Ce phénomène, source de stigmatisation, affecte profondément la santé mentale et sociale des patients. Une étude qualitative menée au service d'urologie du CHU de Treichville auprès de 50 hommes déclarés infertiles a exploré leur vécu psychologique. Les résultats montrent que les perceptions socioculturelles, le poids psychologique de l'infertilité et la difficulté de dévoiler ce problème au sein des couples et des familles influencent considérablement leur bien-être. L'étude met en évidence la nécessité d'une prise en charge globale, alliant traitement médical, soutien psychologique et sensibilisation, pour répondre aux besoins des hommes infertiles. Elle souligne également l'importance de renforcer les politiques publiques et l'accompagnement institutionnel pour améliorer la santé reproductive masculine et réduire la stigmatisation.*

**Mots clés :** *Infertilité masculine ; vécu psychosocial ; stigmatisation ; prise en charge globale ; santé reproductive.*

## Abstract

*Male infertility, defined as the inability to conceive after one year of unprotected intercourse, often results from sperm abnormalities, infections, hormonal disorders, or obstructions. This condition, a source of stigma, profoundly impacts the mental and social well-being of affected individuals. A qualitative study conducted in the urology department of Treichville University Hospital with 50 men diagnosed as infertile explored their*

*psychological experiences. The findings reveal that sociocultural perceptions, the psychological burden of infertility, and the difficulty of disclosing this issue within couples and families significantly affect their well-being. The study highlights the need for comprehensive care, combining medical treatment, psychological support, and awareness efforts, to address the needs of infertile men. It also emphasizes the importance of strengthening public policies and institutional support to improve male reproductive health and reduce stigma.*

**Keywords:** *Male infertility; psychosocial experience; stigma; comprehensive care; reproductive health.*

## **Une brève biographie**

YAPI SASSO Sidonie Calice est une enseignante-chercheuse à l'Université Virtuelle de Côte d'Ivoire, où elle est spécialisée en sociologie de la santé. Titulaire d'un doctorat dans ce domaine, elle est passionnée par la recherche, notamment dans les domaines de la santé publique, du bien-être social et de la sociologie appliquée. Elle participe activement à des projets de recherche nationaux et internationaux et a conduit des études sur des problématiques telles que l'infertilité, la disponibilité des contraceptifs, santé de la reproduction féminine le VIH/sida, l'éducation numérique et la lutte contre le paludisme. En tant que chercheuse, elle collabore avec des institutions prestigieuses telles que l'UNESCO, UNICEF, JHU, AIMAS et Save the Children pour améliorer la gestion des programmes de santé en Côte d'Ivoire.

Kpan SEROU née Constance Sandrine Sompleny TEHOUE est infirmière spécialisée en psychiatrie au Service de psychiatrie du CHU de Treichville, en Côte d'Ivoire. Elle se consacre à la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux, apportant un soutien crucial à cette population. Avec une expertise approfondie en soins psychiatriques, elle participe également à la formation des patients et des soignants. Son travail joue un rôle clé dans l'amélioration de la qualité des soins psychiatriques en Côte d'Ivoire.

## Introduction

La fertilité est un enjeu majeur de santé publique dans le monde entier. Ce problème affecte un nombre croissant de couples dans le monde, avec une prévalence estimée entre 10 % et 15 %. En Afrique, cependant, les statistiques sont particulièrement alarmantes, avec des études qui montrent que 15 à 30 % des couples rencontrent des difficultés à concevoir (Badr, 2019). Les troubles de la fertilité, en particulier l'infertilité dans le couple, ne sont pas seulement des questions médicales, mais également des phénomènes sociaux, psychologiques et culturels. En Côte d'Ivoire, comme dans de nombreuses sociétés africaines, l'infertilité demeure un sujet délicat et tabou, elle est cause de divorce, de stigmatisation et de honte (Boris, 2020). Cependant, l'infertilité masculine, souvent négligée dans les discussions publiques, représente une partie importante du problème. Cette incapacité à procréer remet en question la virilité et le rôle social des hommes, qui exacerbent ainsi les tensions émotionnelles et sociales (Döring, 2003). En effet, (Ramos et al., 2011) souligne également que cette condition entraîne souvent une stigmatisation, un sentiment de culpabilité et un isolement, qui impactent significativement le bien-être psychologique des hommes concernés. Alors que l'on associe fréquemment l'infertilité à des facteurs féminins, il est crucial de comprendre que l'infertilité touche aussi bien une proportion significative d'hommes, et que ces derniers subissent des souffrances émotionnelles qui, bien que sous-estimées, sont souvent profondes et perturbantes. En revanche, l'infertilité masculine est associée à des souffrances émotionnelles profondes, telles que l'anxiété, la dépression et des troubles de l'estime de soi (Boivin et al., 2007). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'infertilité est définie comme l'incapacité d'un couple d'avoir un enfant après 12 mois de rapports sexuels non protégés

réguliers. Et soutient le fait que l'infertilité touche des millions de personnes en âge de procréer dans le monde, et a une incidence sur leur famille et leur communauté. Elle estime qu'entre 48 millions de couples et 186 millions de personnes sont touchées par l'infertilité dans le monde (OMS, 2020). Dans l'ensemble, la responsabilité masculine appréciée par une étude de l'OMS porte sur plus de 6000 couples en 2002 est d'environ 50% (Trumerh et al., 2002). En Côte d'Ivoire, une étude menée par (Adjoby, 2005) a révélé que l'infertilité masculine était le troisième motif de consultation au service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody, représentant 38,2% des cas d'infertilité. Il est aussi ressorti que 147 patients 52,5% présentaient une infertilité primaire et 133 patients 47,5% une infertilité secondaire. De plus, une enquête réalisée au CHU de Treichville en 2016 a indiqué que 30 % des cas d'infertilité dans le couple étaient d'origine masculine (Dia et al., 2016). Les données recueillies au cours de cette étude mettent en évidence la nécessité d'aborder l'infertilité masculine sous un angle global, en intégrant non seulement les causes biologiques, mais également les dimensions psychosociales. L'objectif principal de cette recherche est d'analyser le vécu psychologique des hommes déclarés infertiles, en se concentrant particulièrement sur la question suivante : quel est le vécu psychosocial des hommes confrontés à l'infertilité dans le cadre du couple ? Pour répondre à cette problématique, nous avons adopté une démarche qualitative, utilisant un guide d'entretien semi-dirigé pour collecter les données. Cette approche nous a permis d'explorer en profondeur les perceptions, les expériences personnelles et les impacts psychologiques liés à l'infertilité masculine, tels que exprimés par les participants. L'analyse thématique des données a révélé des dimensions essentielles, notamment les défis socioculturels, les implications psychologiques et les attentes envers les politiques publiques. Cette méthodologie a enrichi notre compréhension du

phénomène, tout en fournissant une base solide pour proposer des recommandations concrètes, visant à améliorer la prise en charge psychologique des hommes infertiles en Côte d'Ivoire et à favoriser leur intégration sociale au sein du couple et de la communauté. Pour analyser en profondeur ces enjeux, il est essentiel de préciser la méthodologie adoptée, qui permet de répondre de manière rigoureuse et nuancée à la question centrale de cette étude.

## **1. Méthodologie**

Le cadre méthodologique se décline en quatre points : le site et la population cible ; l'échantillon ; les outils de collectes et les techniques d'analyse des données. La nature de cette étude est d'ordre empirique et exploratoire. Elle s'inscrit dans le courant de la recherche qualitative et elle est de type ethnographique. La recherche adopte l'approche méthodologique de l'étude de cas. En raison de la complexité du sujet portant sur l'infertilité masculine, cette étude fait appel à de multiples sources et types d'information. L'ancrage de la collecte de données va explorer quatre types de faits sociaux libellés comme suit : les perceptions socioculturelles et médicales de l'infertilité masculine ; l'impact psychologique de l'infertilité masculin ; les difficultés liées à l'annonce de l'état d'infertilité masculine dans le couple et la famille et la prise en charge médicale et psychologique au service d'urologie. La taille de notre échantillon raisonné correspond à cinquante (50) personnes, âgées de 20 à 35 ans et plus, Ces patients sont tous déclarés infertiles au service de l'urologie du CHU de Treichville. Après une phase d'observation qui vise à la connaissance du milieu, nous avons privilégié des entretiens semi-directifs individuels auprès des personnes identifiées compte tenue de la sensibilité du sujet. Ces entretiens permettent d'accéder au registre des

croyances, des savoirs, des attitudes et des valeurs de la population cible à l'égard de la santé reproductive masculine.

### *1.1. Site et population de l'enquête et échantillon*

#### **Site et population**

Cette étude s'est déroulée dans le mois d'octobre-novembre 2023, en milieu urbain dans le District d'Abidjan (Côte d'Ivoire). La collecte de données s'est réalisée sur une période de 31 jours ouvrables, dans la commune de Treichville, précisément au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville. Les hommes interrogés possèdent un niveau d'instruction minimale au primaire, favorisant, une interview en langue française populaire. Le choix s'est porté sur le CHU de Treichville parce qu'il existe un service d'urologie très fréquenté. Le service d'Urologie du CHU de Treichville a apporté une contribution précieuse à la réalisation de cette recherche. La sélection des participants a été guidée par des critères d'inclusion clairement définis, décrits comme suit :

- Être du sexe masculin ;
- Être déclaré infertile ;
- Être suivi au service d'urologie du CHU de Treichville ;
- Accepter librement et de façon éclairée de participer à l'enquête ;
- Être présent au moment de l'enquête.

Le consentement éclairé des enquêtés a été recherché à travers la garantie de la confidentialité des informations recueillies.

#### **Echantillon**

L'approche qualitative a été mobilisée et les techniques de choix raisonnés ont permis de construire l'échantillon pour la sélection des participants provenant des patients qui fréquentent régulièrement le centre de santé. Sur la base d'un registre, 150

participants ont été sélectionnés et à travers des appels téléphoniques pour une prise de rendez-vous. Seul 50 participants, ont accepté de participer aux entretiens et ils ont répondu favorablement malgré la sensibilité du sujet abordé après présentation du contexte et les objectifs de l'étude. Les échanges s'articulent autour des thématiques suivantes : les perceptions socioculturelles et médicales de l'infertilité masculine ; l'impact psychologique de l'infertilité masculin ; les difficultés liées à l'annonce de l'état d'infertilité masculine dans le couple et la famille et la prise en charge médicale et psychologique au service d'urologie. La méthode de l'observation a été également usitée pour recueillir des données sur la réaction des participants au moments de l'enquête. En outre, la documentation a été utilisée pour avoir des informations sur la problématique de l'infertilité masculine à travers le monde et en Côte d'Ivoire en particulier.

### ***1.2. Outils et processus de collecte des données***

L'outil de travail privilégié est le guide d'entretien avec lequel des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec les participants à l'enquête. La collecte de données s'est déroulée du 03 octobre au 11 novembre 2023, soit une période de 31 jours ouvrables. Les entrevues se sont déroulées dans le centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville en raison de garder l'anonymat et d'être loin des lieux d'habitation des personnes concernées afin de protéger leur profil. Les séances ont été précédées d'une négociation de rendez-vous avec les participants par le biais du responsable service de l'urologie du CHU de Treichville. L'entretien s'est majoritairement déroulé en français et quelque fois en langue Malinké (Dioula) pour certaines personnes. Par ailleurs, avant chaque entretien, nous avons expliqué les objectifs de l'étude et nous avons obtenu le consentement verbal de chaque personne, pour l'enregistrement

de l'entretien. La durée des interviews a tourné autour de 26 min à 60 min.

### ***1.3 Techniques d'analyse des données***

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique (Digital Voice Recorder VN-712 PC), puis intégralement transcrits. Le logiciel NVivo a été utilisé pour le codage et l'analyse des données après le dépouillement. Les fiches ont fait l'objet d'analyses transversales en fonction des thématiques du guide d'entretien. L'ensemble des données collectées sur supports électroniques a été relu et vérifié. Un repérage des mots-clés ainsi qu'une classification des discours redondants ont été effectués. Enfin, les informations ont été organisées selon les objectifs de l'étude et analysées par thème.

## **2. Résultats**

### ***2.1 La présentation des résultats diagnostiques tirés des consultations et les perceptions socioculturelles et médicales de l'infertilité masculine***

Cette section présente les résultats issus des consultations diagnostiques des patients souffrant d'infertilité masculine. Elle examine également les perceptions socioculturelles et médicales associées à cette condition, en mettant en lumière les croyances, les facteurs influençant la stigmatisation, et les implications pour la compréhension et la prise en charge de l'infertilité masculine.

#### ***2.1.1 La présentation des résultats diagnostiques tirés des consultations***

Les résultats révèlent une diversité de pathologies associées à l'infertilité masculine, et cela témoigne ainsi de la complexité des facteurs biologiques en jeu. Parmi celles-ci, on identifie l'infertilité primaire, l'asthénospermie (diminution de la mobilité des spermatozoïdes), l'azoospermie (absence totale de

spermatozoïdes dans le sperme), l'oligospermie (faible concentration de spermatozoïdes), ainsi que diverses formes combinées telles que l'asthéo-oligospermie, l'asthéo-azoospermie et l'asthéo-oligo-tératospermie (anomalies de forme et de mobilité des spermatozoïdes). D'autres affections incluent l'infection spermatique à chlamydia, la nécrospermie associée à l'oligospermie (détérioration des spermatozoïdes) et des formes combinées avec des infections urinaires ou spermatiques. Selon les résultats de l'étude, les pathologies les plus fréquentes parmi les enquêtés sont l'asthénospermie (24 %), l'oligospermie (18 %), l'asthéo-oligospermie (18 %) et l'azoospermie (14 %). Ces chiffres soulignent l'importance d'une approche diagnostique rigoureuse et d'une prise en charge personnalisée, intégrant à la fois des traitements médicaux et des stratégies de prévention des infections affectant la fertilité masculine. Au-delà de ces considérations biologiques, la perception socioculturelle et médicale de l'infertilité masculine joue un rôle déterminant dans la prise en charge des patients. L'acceptation sociale du diagnostic, la disponibilité des soins spécialisés et l'influence des croyances culturelles sur la compréhension des troubles de la fertilité doivent être explorées pour mieux cerner les défis auxquels ces hommes sont confrontés. Une approche pluridisciplinaire qui associe la médecine, la psychologie et les sciences sociales est donc nécessaire pour améliorer la sensibilisation, le dépistage précoce et l'accompagnement des patients dans leur parcours de soins. Après avoir analysé les résultats diagnostiques des pathologies liées à l'infertilité masculine, il convient d'analyser les perceptions socioculturelles et médicales qui influencent la compréhension de cette problématique.

### ***2.1.2 Les perceptions socioculturelles et médicales de l'infertilité masculine***

Contrairement aux femmes, les hommes font rarement l'objet

d'une évaluation de routine de leur fertilité. Cette disparité perpétue le mythe selon lequel les problèmes de fertilité masculine sont rares, ce qui entraîne un sous-diagnostic et des pathologies non traitées. De même, l'infertilité masculine est souvent perçue comme une défaillance de la masculinité, notamment dans des contextes où la procréation est fortement valorisée comme un indicateur de virilité et de statut social. En effet, à l'issue des résultats de l'enquête, il ressort que (78%) des enquêtés âgés de plus de 35 ans soulignent que l'infertilité masculine provient des problèmes d'ordre médical et les enquêtés dont l'âge est compris entre 21 ans et 35 ans soit (22%) soulignent que l'infertilité est d'ordre spirituel. Cette recherche, montre que plus de (50%) des cas d'infertilité impliquent des facteurs masculins d'infertilité (Emil Andersen, 2025). Cependant, les normes sociétales et les systèmes de soins de santé n'abordent souvent pas la santé reproductive masculine de manière adéquate en ce sens que les croyances culturelles attribuent souvent la responsabilité de l'infertilité à la femme, même lorsque la cause est masculine. Cette perception peut rendre les hommes réticents à consulter des spécialistes ou à partager leurs difficultés. Malgré que la majorité des participants ont reconnu que leur perception sur l'infertilité est causée par des antécédents médicaux, ils ont du mal à accepter que cela proviennent d'eux. Un des participants affirme ceci *“le médecin à faire savoir que je souffrais d'un asthénospermie mais je ne pense pas que c'est ce qui est à la base de mon infertilité car, j'ai beaucoup de sperme, bon je ne comprends pas, or pourtant je suis bien virile et je bois du lait caillé presque tous les jours pour renforcer mon taux de sperme ”* (OP) patient ayant pris le résultat de ces examens médicaux. En analysant les dires de ce patient, il ressort que l'asthénospermie, aussi appelée asthénozoospermie, est une anomalie spermatique qui se traduit par une mobilité insuffisante des spermatozoïdes, ce patient refuse d'accepter le résultat qui est une preuve réfutable de son

infertilité mais il a du mal à l'accepter. En effet, malgré les explications données par le médecin traitant, il ressort insatisfait du résultat de son infertilité car il se sent très virile avec un volume important de spermatozoïde. D'autres attributs leur perception à une connotation spirituelle car selon eux ils ont dû offensé la nature, leur environnement et leur pratique sexuelle avec des femmes mariées sans connaître parfaitement leur identité maritale. A propos un enquêté explique en ces termes “ *J'ai l'habitude un peu partout et lorsque le besoin se fait sentir sur un arbre, des herbes etc et j'ai des liaisons en dehors de ma femme avec d'autres femmes donc peut être que mon infertilité provient de là* ” (BK) patient sous traitement. L'analyse de ces propositions révèle un manque d'éducation sur la santé reproductive masculine. L'infertilité est attribuée à des relations extraconjugales ayant lieu dans des espaces ouverts, en pleine nature, perçues comme un acte tabou pouvant entraîner une malédiction et, par conséquent, l'infertilité. En d'autres termes, Cela souligne que les problèmes de fertilité masculine, bien que discrets, constituent un aspect fondamental de la santé reproductive. Ils sont souvent négligés en raison des idées reçues, de la stigmatisation sociale et des barrières émotionnelles. Au-delà des perceptions socioculturelles et médicales, il est essentiel d'examiner les répercussions psychologiques de l'infertilité masculine sur les patients concernés.

### **2.3 L'impact psychologique de l'infertilité masculin**

Cette partie va parcourir l'impact psychologique de l'infertilité masculine, tout en mettant en lumière les émotions, les souffrances mentales et les défis identitaires auxquels les hommes infertiles font face. Elle analyse également les facteurs qui contribuent à ces effets, tels que la stigmatisation sociale, les attentes culturelles et les pressions familiales. Voici la liste des réactions des patients après l'annonce de l'infertilité : Aucune

réaction ; la colère ; le choc ; le déni ; la tristesse ; les inquiétudes ; le découragement, l'espoir, la déception ; et la surprise. En un mot, 22% des patients affirment avoir été inquiets ou connu le déni (22%). Très peu de patients ont été tristes (10%), déçus (6 %) ou découragés (4%). Il ressort de l'analyse de ces informations que l'annonce de l'infertilité suscite des réactions émotionnelles très variées chez les patients. Ces annonces reflètent l'impact psychologique profond de cette nouvelle par ces derniers. Il faut aussi que l'impact de l'infertilité et la souffrance qui en résulte doivent être envisagés en fonction du conflit œdipien chez l'homme comme chez la femme (Plachot.M., 2001). Ainsi parmi les réponses observées, l'inquiétude et le déni (22%) ressortent comme les réactions les plus fréquentes. Cela s'explique par le choc initial souvent associé à un diagnostic perçu comme une atteinte à la masculinité et aux attentes socioculturelles. Comme le souligne (Kubler-Ross.,1969) dans son modèle des étapes du deuil, le déni est une réaction initiale commune face à une réalité difficile à accepter. En effet, le refus de reconnaître la réalité d'être une personne infertile en soi-même et aux yeux de son entourage demeure une perception traumatisante. Pour ce faire, ce mécanisme de défense inconscient atténue la douleur et constitue une protection nécessaire devant la réalité si angoissante qu'elle peut provoquer un effondrement psychique. Pour ce qui est de la tristesse représentée à (10%), la déception (6%) et le découragement (4%) apparaissent, en revanche, comme des réponses moins fréquentes, suggérant que certains hommes peuvent soit minimiser l'impact émotionnel de l'infertilité, soit chercher à le masquer pour préserver leur image sociale. Ces réactions corroborent les travaux de (Giddens.,1991), qui indiquent que les normes culturelles influencent la manière dont les individus expriment ou répriment leurs émotions dans des contextes de vulnérabilité. Enfin, les réponses comme la colère, le choc ou même l'espoir témoignent

de la diversité des mécanismes d'adaptation des patients face à cette nouvelle. (Lazarus et al., 1984) soulignent que les émotions sont souvent le reflet de stratégies d'adaptation mises en œuvre pour faire face à une situation perçue comme stressante ou menaçante. En outre, ces hommes confrontés à des problèmes de fertilité évitent d'en parler, même avec leur partenaire (Emil Andersen, 2025). Ce silence découle de la peur du jugement, de la honte et de la stigmatisation, ce qui isole encore davantage les hommes des réseaux de soutien. Il faut dire que ces résultats confirment que l'annonce de l'infertilité masculine n'est pas seulement un enjeu médical, mais aussi une expérience émotionnelle complexe nécessitant une prise en charge psychologique adaptée pour aider les patients à gérer cette transition. Ces considérations psychologiques mettent en évidence l'importance d'examiner les répercussions de l'annonce de l'infertilité masculine sur les dynamiques familiales et conjugales.

### **3. Les difficultés liées à l'annonce de l'état d'infertilité masculine dans le couple et la famille**

Cette rubrique analyse les difficultés que l'annonce de l'infertilité masculine peut engendrer au sein du couple et de la famille. Elle explore les tensions relationnelles, les malentendus, et les stigmatisations qui peuvent découler de cette situation, tout en mettant en lumière les attentes socioculturelles et les rôles attribués aux hommes dans le cadre familial. Mais avant l'annonce des résultats, les premières démarches des patients vers des figures d'autorité physiques, spirituelles ou des professionnels de santé sont requises. Parmi les personnes consultées avant de révéler leur état à leur conjointe ou à un parent, on note une diversité d'interlocuteurs, reflétant les influences religieuses, culturelles et médicales. La majorité des patients (76 %) ont choisi de consulter des spécialistes, avec une

prédominance notable pour les urologues (64 %) et les gynécologues (12 %). Cette orientation témoigne de la confiance accordée aux experts médicaux dans la recherche de solutions. Cependant, le recours à des figures religieuses (pasteurs, prêtres, imams) et traditionnelles (marabouts, naturothérapeutes) met également en évidence l'importance des croyances et pratiques socioculturelles dans l'interprétation et la gestion de l'infertilité masculine. (Moscovici.,1961), dans sa théorie des représentations sociales, souligne que les croyances partagées façonnent les comportements et les décisions des individus, particulièrement dans des contextes de crise. Les tensions au sein du couple et de la famille qui émergent après l'annonce de l'infertilité peuvent être exacerbées par des attentes socioculturelles concernant la procréation. En effet, dans de nombreuses cultures, la capacité à engendrer est perçue comme un symbole de virilité et un fondement du statut social masculin (Connell.,1995). L'infertilité masculine, souvent stigmatisée, devient une source de culpabilité et de malentendus, contribuant à des conflits conjugaux ou à un isolement social. Cette analyse met en évidence que l'infertilité masculine n'est pas uniquement un problème de santé, mais un phénomène multidimensionnel nécessitant une prise en charge globale, intégrant le soutien psychologique, l'éducation et la sensibilisation des proches. Les travaux de (Lazarus et al.,1984) sur le stress et les stratégies d'adaptation soulignent que les hommes confrontés à de telles situations ont besoin d'un soutien adapté pour gérer les pressions psychologiques et sociales. Les réactions émotionnelles des patients à l'annonce de leur infertilité à leur conjointe et à leur famille varient considérablement, mais un dénominateur commun ressort : une majorité des patients (70 %) ont vécu cette annonce de manière négative. Parmi eux, 46 % se sont sentis mal à l'aise, 24 % stressés ou inquiets, tandis que 12 % ont gardé espoir. Ces réactions émotionnelles soulignent la complexité psychologique liée à l'infertilité masculine, où le stress et

l'inquiétude dominant souvent les premières réponses. L'étude de (Lazarus et al.,1984) sur le stress et les mécanismes d'adaptation peut aider à comprendre ces réactions émotionnelles. Selon leur modèle, la manière dont un individu évalue une situation stressante comme l'annonce de l'infertilité influence ses réponses émotionnelles et comportementales. Dans ce cas, le stress et l'anxiété peuvent être compris comme des réactions face à une menace perçue pour la masculinité et le statut familial, deux aspects valorisés dans de nombreuses sociétés (Connell., 1995). De plus, (Goffman.,1963) dans sa théorie de la stigmatisation suggère que l'infertilité masculine peut être vécue comme un stigmate, une marque de dévalorisation sociale, ce qui expliquerait en partie la gêne (46 %) et le stress (24 %) rapportés par les patients. Le stigmate associé à l'infertilité est souvent renforcé par les attentes sociétales de virilité et de capacité reproductive des hommes. Toutefois, un certain nombre de patients (12 %) ont indiqué avoir ressenti de l'espoir, ce qui pourrait refléter un mécanisme d'adaptation positif, comme décrit dans le modèle de (Lazarus et al.,1984). La capacité de maintenir l'espoir peut être interprétée comme une stratégie d'adaptation, visant à préserver l'estime de soi et à maintenir des relations harmonieuses au sein du couple et de la famille. Cependant, après l'annonce de l'infertilité, voici l'état de la relation et l'atmosphère observée avec leur conjointe. 46 % des patients rapportent une relation positive avec leur partenaire, dont 24 % considèrent leur relation comme bonne et 22 % comme très bonne. En revanche, 16 % des patients vivent une relation conflictuelle, avec 14 % mentionnant une mauvaise relation et 2 % une relation très mauvaise. Enfin, près d'un tiers des patients (34 %) décrivent leur relation comme mitigée ou passable. En d'autres termes, la lecture qui se fait des résultats révèlent des variations significatives dans la manière dont les patients perçoivent leur relation avec leur partenaire après l'annonce de leur infertilité.

Un aspect notable est que la majorité des patients (46 %) éprouvent une relation positive avec leur conjointe, avec 24 % indiquant que cette relation est bonne et 22 % qu'elle est très bonne. Cela peut être interprété comme une indication de soutien mutuel dans le couple face à une situation difficile, ce qui est essentiel dans un contexte où l'infertilité masculine peut être perçue comme un défi majeur pour l'identité et la virilité de l'homme (Connell.,1995). Cependant, une proportion significative de patients (16 %) mentionne une relation houleuse, avec 14 % rapportant des relations mauvaises et 2 % des relations très mauvaises. Cette dynamique peut être comprise à travers la théorie du stress de (Lazarus et al.,1984), qui souligne que l'infertilité peut être vécue comme un stress de type "eustress" ou "distress", selon les réactions émotionnelles et les stratégies d'adaptation utilisées par le couple. Le stress provoqué par l'infertilité masculine pourrait engendrer des conflits dans la relation, particulièrement dans un contexte socioculturel où la procréation est souvent considérée comme une responsabilité partagée, mais où les attentes sur la virilité de l'homme sont fortes. Le stéréotype de la masculinité liée à la procréation peut exacerber la perception de l'infertilité comme une défaillance personnelle (Goffman.,1963), générant ainsi des tensions avec le partenaire. Enfin, environ un tiers des patients (34 %) rapporte une relation mitigée, qualifiée de passable. Cela suggère que pour certains couples, l'annonce de l'infertilité ne déclenche ni une rupture ni une harmonisation parfaite de la relation, mais plutôt un état d'incertitude ou de réajustement. Selon (Moscovici.,1961), ce type de réaction peut découler des représentations sociales de la masculinité, où l'infertilité masculine est souvent perçue comme un problème caché ou sous-estimé, ce qui rend les couples hésitants à en discuter ouvertement. En somme, ces résultats montrent que l'annonce de l'infertilité masculine a des conséquences diverses sur la relation conjugale, allant du soutien mutuel à des tensions

notables, et ces faits illustrent bien l'importance d'une prise en charge psychosociale pour aider les couples à surmonter ces difficultés. Après avoir exploré les réactions émotionnelles et les dynamiques relationnelles des patients face à l'infertilité masculine, il est essentiel d'aborder maintenant la manière dont ces individus sont soutenus dans leur parcours de soins. La prise en charge médicale et psychologique joue un rôle crucial dans l'accompagnement des patients en urologie.

### ***3.1 La prise en charge médicale et psychologique au service d'urologie***

Cette partie va se concentrer sur la prise en charge médicale et psychologique des patients souffrant d'infertilité masculine au service d'urologie du CHU de Treichville. Elle analysera les approches adoptées par les professionnels de santé pour traiter non seulement les aspects médicaux de l'infertilité, mais aussi les dimensions psychologiques souvent négligées, afin d'offrir un soutien global et adapté aux patients. Mais avant d'examiner plus en détail cette prise en charge, il est essentiel de souligner certains facteurs apparemment anodins mais significatifs pour la fertilité masculine, mentionnés par le médecin du service. Selon lui, *“des éléments tels que le tabagisme, l'alcoolisme excessif, l'obésité et le stress influencent considérablement la fertilité. Cette prise de conscience est cruciale, car elle permet aux patients de comprendre qu'ils ont un certain contrôle sur leur santé reproductive. En les sensibilisant à ces facteurs, les professionnels de santé peuvent non seulement traiter les causes médicales de l'infertilité, mais aussi encourager des changements de comportements bénéfiques pour leur bien-être global”* (MG), médecin urologue. Ce point met en évidence un aspect souvent sous-estimé dans la gestion de l'infertilité masculine il s'agit de l'importance des facteurs de mode de vie. L'approche préventive de la médecine moderne intègre cette dimension, visant à associer la guérison à une éducation et à une

sensibilisation des patients. En agissant ainsi, les professionnels de santé renforcent l'efficacité du traitement médical et psychologique, tout en contribuant à la prévention des problèmes de santé à long terme. Pour améliorer la prise en charge médicale et psychologique des patients infertiles, ces derniers insistent sur l'importance des soins médicaux tout en soulignant leurs attentes vis-à-vis du personnel de santé. Ces attentes jouent un rôle déterminant dans leur guérison physique et psychologique, contribuant à hauteur de 40 % à leur rétablissement. En effet, un nombre important de patients (60 %) souhaitent recevoir un accueil chaleureux et courtois de la part du personnel médical, tandis que 14 % mettent l'accent sur une prise en charge améliorée. Selon (Emil Anderson.,2025), *“ une prise en charge améliorée va au-delà des soins médicaux de base en intégrant un soutien psychologique et social. Dans le cadre de l'infertilité masculine, elle inclut une écoute attentive, un accueil chaleureux et une communication claire de la part du personnel médical. En plus des traitements médicaux, l'accompagnement psychologique aide les patients à gérer le stress, l'anxiété et les émotions liées à l'infertilité. L'éducation sur les facteurs influençant la fertilité et un suivi personnalisé renforcent l'efficacité du traitement. Cette approche holistique vise à améliorer non seulement la santé physique, mais aussi le bien-être global des patients”*. Ces attentes soulignent l'importance de l'approche holistique dans le traitement de l'infertilité masculine, qui ne se limite pas aux soins médicaux, mais englobe également le soutien émotionnel et psychologique nécessaire à un rétablissement complet. Dans le contexte de l'infertilité, la prise en compte des dimensions psychologiques et relationnelles est cruciale. Selon (Seligman et al.,2019), l'attitude du personnel soignant, y compris l'empathie et l'attention portée aux besoins émotionnels du patient, peut grandement influencer l'efficacité du traitement médical. De plus, des recherches menées par (Birenbaum et al.2018) ont

montré que la satisfaction des patients en matière de prise en charge et la qualité de la relation avec les soignants contribuent à réduire le stress et à améliorer les résultats thérapeutiques. Dans le cadre de la prise en charge de l'infertilité masculine, il y a l'attitude de la conjointe qui joue un rôle essentiel dans le processus d'adaptation et de soutien émotionnel du patient. Les attentes des patients vis-à-vis de leur partenaire se concentrent principalement sur deux éléments clés : la patience et le soutien. En effet, 52% des enquêtés soulignent que la patience de leur conjointe est cruciale pour les aider à traverser cette épreuve, tandis que 40% insistent sur l'importance d'un soutien constant. Ces attentes révèlent que l'infertilité masculine n'est pas uniquement une question médicale, mais également un défi relationnel. Comme le soulignent plusieurs chercheurs, le soutien émotionnel de la partenaire est un facteur déterminant dans la gestion de l'infertilité. Selon (Johnson et al.,2018), un soutien empathique et une communication ouverte au sein du couple favorisent une meilleure adaptation à la situation, réduisant ainsi l'impact psychologique négatif associé à l'infertilité. Sans oublier, l'implication de la famille dans le soutien aux patients souffrant d'infertilité masculine est tout aussi déterminante que celle du partenaire. En effet, les attentes des patients ne se limitent pas uniquement à leur conjointe, mais s'étendent également aux membres de la famille. Une grande majorité des enquêtés (60%) soulignent l'importance du soutien familial pour faire face à l'impact émotionnel et psychologique de l'infertilité. La famille, par sa compréhension et son soutien, peut jouer un rôle crucial dans l'atténuation des effets négatifs associés à cette condition. Selon la recherche de (Thibault et al.,2020), le soutien familial est associé à une meilleure résilience émotionnelle et à un sentiment de validation dans les moments de crise, ce qui peut améliorer la santé mentale et le bien-être global des patients infertiles. Les attentes vis-à-vis de l'État concernant la prise en charge de l'infertilité masculine en

Côte d'Ivoire sont également un élément essentiel souligné par les patients. En effet, la majorité des enquêtés (78%) espèrent un soutien institutionnel sous forme de subventions ou d'aides financières pour accéder à des traitements de fertilité. Cependant, une minorité (18%) ne nourrit aucune attente à l'égard de l'État, soulignant ainsi un certain désengagement ou un manque de confiance dans les institutions publiques. Selon l'étude de (M'Baye et al.,2019), les politiques de santé reproductive devraient être renforcées pour garantir un accès équitable aux soins, en particulier pour les populations vulnérables confrontées à l'infertilité en général et masculine en particulier. En conclusion, la prise en charge médicale et psychologique des patients souffrant d'infertilité masculine au service d'urologie du CHU de Treichville met en lumière la nécessité d'un accompagnement holistique. Les résultats montrent que, bien que les traitements médicaux soient primordiaux, l'aspect psychologique ne doit pas être négligé, car il joue un rôle central dans le rétablissement et le bien-être des patients. En outre, les attentes des patients vis-à-vis du personnel de santé, ainsi que l'importance du soutien de la famille et de la société, soulignent l'importance d'une approche intégrée qui inclut une meilleure sensibilisation aux facteurs de mode de vie, une écoute active, et un soutien psychologique constant. De plus, les attentes à l'égard de l'État, notamment en termes de subventions et de soutien institutionnel, révèlent une lacune dans l'accompagnement de cette problématique de santé publique. Il est donc crucial de renforcer les services de santé reproductive et d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour les hommes infertiles en Côte d'Ivoire.

#### **4. Discussion**

La discussion abordera trois thèmes principaux : l'impact psychologique et socioculturel de l'infertilité masculine, la prise

en charge médicale et psychologique intégrée des patients, ainsi que les attentes vis-à-vis de l'État et des politiques publiques en matière de soutien et de sensibilisation à la santé reproductive masculine.

#### ***4.1 L'impact psychologique et socioculturel de l'infertilité masculine***

L'infertilité masculine, bien qu'elle soit souvent sous-estimée, représente un défi multidimensionnel, touchant à la fois les aspects médicaux, psychologiques et socioculturels de la vie des hommes concernés. Cette condition influence non seulement l'état émotionnel des patients, mais aussi leurs relations familiales et sociales. De nombreux travaux s'accordent à mettre en avant la souffrance psychologique qu'elle engendre, à l'instar de l'infertilité féminine, notamment en raison de l'atteinte à l'estime de soi et à la construction identitaire des hommes infertiles (Jaoul, 2016). L'infertilité masculine remet profondément en question la perception que l'homme a de sa virilité et de son identité. La capacité à engendrer étant souvent associée à la masculinité, le diagnostic d'infertilité peut entraîner un sentiment de dévalorisation et une profonde détresse psychologique. L'homme se sent parfois trahi par son propre corps, ce qui alimente un ressenti de honte et d'impuissance (Tremblay et al., 2017). Cette perception négative peut entraîner des réactions émotionnelles variées allant du choc et du déni à la colère et la dépression (Andersen, 2025). Ces manifestations psychologiques sont d'autant plus exacerbées que les normes sociales attribuent traditionnellement la responsabilité de la procréation à la femme (Gunnarsson et al., 2019). Dans le couple, la douleur féminine prend souvent le dessus, poussant l'homme à s'effacer et à taire sa propre souffrance. En effet, face à cette réalité, les hommes infertiles développent souvent des mécanismes de défense tels que l'isolement, la fuite dans le travail, la rationalisation ou la

banalisation du problème. Toutefois, lorsque ces hommes bénéficient d'un cadre sécurisant leur permettant de s'exprimer, ils révèlent une grande détresse et un profond sentiment d'impuissance (Jaoul, 2016). L'infertilité masculine reste donc un tabou, où souffrance psychologique et enjeux identitaires se mêlent, nécessitant un accompagnement spécifique pour permettre aux hommes d'exprimer et de surmonter leur détresse. À ce titre, l'infertilité masculine n'est pas simplement perçue comme une défaillance biologique, mais aussi comme un facteur de stigmatisation, ce qui engendre des souffrances émotionnelles complexes (Tremblay et al., 2017). Psychologiquement, les hommes infertiles font face à une gamme de réactions émotionnelles allant du choc et du déni à la colère et la dépression, comme le souligne la recherche d' (Andersen.,2025). Cependant, l'annonce d'une stérilité masculine entraîne des réactions similaires à celles d'un deuil ou d'une maladie grave, incluant la révolte, la culpabilité et une recherche désespérée d'une cause explicative. À ce titre, l'infertilité masculine n'est pas uniquement perçue comme un dysfonctionnement biologique, mais également comme un facteur de stigmatisation, générant des souffrances émotionnelles complexes (Gérard et al., 2021). En outre, la perception socioculturelle de l'infertilité, où la virilité masculine est indissociable de la capacité à procréer, contribue aussi à la stigmatisation et au sentiment d'impuissance chez les hommes infertiles (Gérard et al.,2021). Dans de nombreuses sociétés, notamment en Afrique, la procréation est un élément central de la réussite sociale et de l'accomplissement personnel. En Côte d'Ivoire, comme ailleurs, l'infertilité masculine reste un sujet tabou rarement abordé dans les discussions sociales et familiales (Ndiaye et al., 2020). La pression sociétale exercée sur les hommes infertiles accentue leur sentiment de honte et d'isolement, ce qui peut freiner leur volonté de rechercher une prise en charge médicale appropriée. Les représentations culturelles de la virilité reposent souvent sur

la capacité à engendrer, ce qui fait de l'infertilité une atteinte symbolique au statut de l'homme dans la société. Ce lien entre fertilité et masculinité renforce la perception selon laquelle un homme infertile est un homme diminué, ce qui alimente la stigmatisation et les tensions conjugales (Mehta et al., 2022). Ainsi, dans certains contextes, l'infertilité est perçue comme une atteinte à l'honneur familial, pouvant conduire à des situations de marginalisation ou d'abandon. Cette marginalisation peut conduire à des problèmes de couple, où l'infertilité est souvent perçue comme un échec individuel, alimentant ainsi les tensions et les malentendus au sein de la famille. L'impact socioculturel de l'infertilité masculine est également lié aux rôles de genre assignés dans la société. Dans des contextes où la masculinité est souvent définie par la capacité à avoir des enfants, l'infertilité peut être vécue comme une perte de pouvoir et de contrôle (Mehta et al., 2022). Ainsi, l'impact de l'infertilité masculine dépasse les seuls aspects médicaux et affecte profondément l'identité et les dynamiques familiales et sociales. L'approche à adopter face à cette problématique nécessite une sensibilisation plus large, tant au niveau des individus que des communautés, pour déconstruire les tabous entourant l'infertilité masculine et réduire la stigmatisation. Les recherches de (Mansata Diédhiou., 2023) au Sénégal montrent que l'infertilité, qu'elle soit masculine ou féminine, génère des réactions intenses telles que le désespoir, la frustration et la perception d'une maladie grave. L'auteur souligne également que près de la moitié des patients infertiles consultent des tradipraticiens avant d'envisager une assistance médicale à la procréation (AMP). La cause de l'infertilité est souvent attribuée à la volonté divine (65 % des cas), illustrant l'importance du facteur religieux et culturel dans la perception de cette condition. L'annonce du diagnostic provoque des réactions intenses : désespoir (29,6 %), frustration (23,9 %), sentiment de maladie grave (21,1 %). Sur le plan social, 54 % des couples restent stables, mais certaines subissent

des tensions, comme l'abandon (6 %) ou la stigmatisation (17 %) professionnel. La souffrance psychique constitue un élément central du parcours de soins des patients. La majorité des patients insistent sur le fait de « ne jamais avoir imaginé » l'éventualité de l'infertilité, mais cela s'avère une réalité et le patient doit se faire l'idée de vivre avec (Mansata Diédhiou.,2023). L'infertilité masculine ne peut être appréhendée uniquement sous un prisme médical, tant ses répercussions psychologiques et sociales sont importantes. Un accompagnement spécifique, prenant en compte ces dimensions, est nécessaire pour aider les hommes infertiles à surmonter leur détresse et à reconstruire leur estime de soi. En effet, Bydlowski (2020) souligne que l'infertilité masculine peut être vécue comme une atteinte narcissique, notamment lorsqu'elle est perçue comme un échec à transmettre un héritage génétique et familial. Une approche intégrée, combinant prise en charge médicale et soutien psychologique, apparaît donc comme essentielle. Elle doit inclure des séances de thérapie individuelle et conjugale pour favoriser l'expression des émotions et renforcer la communication au sein du couple. Par ailleurs, une sensibilisation accrue au sein des communautés est nécessaire pour déconstruire les tabous liés à l'infertilité masculine et réduire la stigmatisation sociale. Pour aborder de manière globale et efficace l'infertilité masculine, il est essentiel de discuter maintenant de la prise en charge médicale et psychologique intégrée des patients, qui vise à traiter à la fois les causes biologiques et les conséquences émotionnelles de cette condition.

#### ***4.2 La prise en charge médicale et psychologique intégrée des patients***

La prise en charge médicale et psychologique intégrée des patients souffrant d'infertilité masculine constitue un aspect fondamental dans le traitement de cette condition complexe.

Cette approche, qui combine les soins médicaux spécifiques à la fertilité et un soutien psychologique adapté, vise à répondre aux besoins physiologiques et émotionnels des patients, contribuant ainsi à une amélioration globale de leur bien-être (Berkman et al., 2017). En effet, d'un point de vue médical, les traitements de l'infertilité masculine varient en fonction de la nature du problème, allant des traitements hormonaux aux techniques de procréation assistée, comme l'insémination intra-utérine (IIU) ou la fécondation in vitro (FIV) (Seli et al., 2019). Selon Joule Monique (2016), la prise en charge de l'infertilité masculine existe depuis de nombreuses années, toutefois, l'annonce d'une stérilité demeure difficilement avouable, notamment vis-à-vis du père du patient. Cette réticence peut s'expliquer par une lecture psychanalytique de la masculinité, où l'impossibilité de procréer renvoie à une angoisse de castration inconsciente, pouvant affecter profondément l'identité de l'homme infertile. Lorsque la stérilité est définitive, la proposition de don de gamètes peut être perçue comme une solution paradoxale, susceptible d'entraver le processus de deuil de la fertilité. Par ailleurs, la gestion des facteurs de mode de vie, tels que le tabagisme, l'alimentation et le stress, joue un rôle significatif dans l'amélioration de la fertilité masculine. Comme le soulignent Almeida et al. (2020), l'adoption d'un mode de vie sain permet non seulement d'améliorer les chances de conception mais aussi de réduire l'anxiété liée à l'infertilité. Le soutien psychologique est tout aussi essentiel. Les patients infertiles, souvent confrontés à des défis émotionnels tels que le sentiment de culpabilité, de stigmatisation ou de perte de virilité, peuvent bénéficier de thérapies cognitives et comportementales qui les aident à gérer le stress, la dépression et les tensions relationnelles (Boivin et al., 2018). L'accompagnement des conjoints joue également un rôle crucial dans le processus d'acceptation et de résilience face à l'infertilité. En combinant les soins médicaux et psychologiques, la prise en charge devient

plus efficace et mieux adaptée aux besoins des patients. Une étude de Peddie et al. (2021) a montré que “ *les couples bénéficiant d'une approche intégrée obtenaient des résultats plus positifs, tant sur le plan physique que psychologique, que ceux qui se concentraient uniquement sur l'aspect médical* ”. Cette constatation met en lumière l'importance d'une prise en charge holistique, qui ne se limite pas à traiter les symptômes physiques de l'infertilité mais prend en compte l'ensemble du bien-être du patient. Cela souligne l'importance de ne pas négliger les dimensions émotionnelles de l'infertilité masculine, afin de garantir une prise en charge holistique du patient. Cela dit, il faut retenir que la prise en charge médicale et psychologique intégrée des patients souffrant d'infertilité masculine apparaît comme un modèle efficace pour améliorer les chances de succès des traitements de fertilité et réduire l'impact psychologique de cette condition. Il est impératif de renforcer cette approche dans les pratiques cliniques pour offrir un soutien complet aux patients, tant sur le plan physique qu'émotionnel. Pour aborder les attentes vis-à-vis de l'État et des politiques publiques, il est crucial d'examiner le rôle que les institutions gouvernementales peuvent jouer dans le soutien et la sensibilisation à la santé reproductive masculine. Cela inclut l'examen des attentes des patients en matière d'accompagnement financier, de sensibilisation et de mise en place de politiques publiques visant à réduire la stigmatisation de l'infertilité masculine. Il est aussi important de mettre l'accent sur le rôle des institutions gouvernementales en ce qui concerne l'accompagnement financier, la sensibilisation et la mise en place de politiques publiques visant à réduire la stigmatisation de l'infertilité masculine. La reconnaissance de cette condition comme un enjeu de santé publique pourrait permettre une meilleure accessibilité aux soins et un soutien accru pour les couples concernés. Ainsi, la prise en charge médicale et psychologique intégrée des patients souffrant d'infertilité

masculine s'impose comme un modèle efficace pour améliorer les chances de succès des traitements de fertilité et réduire l'impact psychologique de cette condition. Il est donc impératif de renforcer cette approche dans les pratiques cliniques et d'encourager une meilleure prise en charge institutionnelle afin d'offrir un soutien complet aux patients, tant sur le plan physique qu'émotionnel.

#### ***4.3 Les attentes vis-à-vis de l'État et des politiques publiques***

La question des attentes vis-à-vis de l'État et des politiques publiques en matière de santé reproductive masculine est primordiale pour comprendre le rôle que le gouvernement peut jouer dans la gestion de l'infertilité masculine. Les résultats de l'étude montrent que la majorité des patients (78%) attendent de l'État des subventions pour faciliter leur accès à des soins spécialisés, ce qui souligne un besoin pressant de soutien financier. Ce phénomène peut être interprété à la lumière des recherches menées par plusieurs auteurs, qui indiquent que l'infertilité masculine est souvent perçue comme un enjeu à la fois médical et socio-économique, nécessitant une prise en charge complète, y compris un soutien financier et une amélioration des infrastructures de santé (Dia.,2016) et (Andersen.,2025).

L'attente de soutien financier par les patients est étroitement liée à l'idée d'une prise en charge plus accessible et globale. Comme le soulignent plusieurs études, l'accès aux soins en matière de santé reproductive est encore une question délicate dans de nombreux pays en développement, y compris en Côte d'Ivoire, où les inégalités d'accès à la santé sont bien présentes (Bamba et al., 2020). D'autres auteurs comme (J. F. Berger.,2017) plaident pour des politiques publiques qui intègrent la santé reproductive masculine dans les stratégies nationales de santé, afin d'éviter que ces questions restent marginales. Une telle approche permettrait non seulement de renforcer la

sensibilisation aux problèmes de fertilité masculine, mais aussi de mettre en place des campagnes de prévention visant à réduire les facteurs de risque associés à l'infertilité (Tabagisme, obésité, stress, etc.). Cependant, 18% des enquêtés affirment ne rien attendre de l'État, ce qui peut être interprété comme une prise de conscience de la limitation des actions gouvernementales actuelles, mais aussi comme un sentiment de désillusion face à l'insuffisance des politiques publiques. Cela met en lumière la nécessité d'une action concertée entre le gouvernement, les organismes non gouvernementaux et les communautés pour améliorer la prise en charge de l'infertilité masculine et renforcer les actions de sensibilisation à ce sujet (Dah et al., 2018). En revanche, il est donc impératif que l'État s'engage davantage dans la mise en place de politiques inclusives, notamment par des campagnes de sensibilisation sur les causes et les traitements de l'infertilité masculine, mais aussi par un meilleur financement de la recherche sur cette question. En outre, il est essentiel de promouvoir l'acceptation sociale de l'infertilité masculine afin de réduire la stigmatisation qui en découle et d'offrir un environnement propice à une prise en charge médicale et psychologique intégrée.

La perspective de cette étude va porter sur éthique et législative. Elle va analyser les enjeux liés à l'infertilité masculine, tels que le droit à l'anonymat, l'accès équitable aux traitements de fertilité et la régulation des pratiques médicales d'une part. Elle soulignera la nécessité de protéger les droits des patients et de promouvoir des politiques inclusives et responsables d'autre part.

## **Conclusion**

L'infertilité masculine est une réalité médicale aux implications profondes, tant sur le plan psychologique que socioculturel. Les normes de genre, les attentes familiales et la stigmatisation

sociale accentuent la souffrance des hommes concernés, souvent contraints au silence. Cette étude menée au service d'urologie du CHU de Treichville met en lumière les multiples dimensions de cette problématique en Côte d'Ivoire, révélant qu'au-delà d'un simple trouble médical, l'infertilité s'inscrit dans un contexte social marqué par des pressions culturelles et des tensions conjugales. Face à ces défis, une prise en charge globale et intégrée s'impose, combinant soins médicaux, accompagnement psychologique et sensibilisation du grand public. L'implication des professionnels de santé, des familles et des institutions publiques est essentielle pour offrir un soutien adapté et favoriser une meilleure qualité de vie aux hommes infertiles. Enfin, cette réflexion pourrait être approfondie en explorant l'apport des nouvelles technologies médicales, comme l'intelligence artificielle et la génétique, dans le diagnostic et la prise en charge de l'infertilité masculine. Une étude comparative des perceptions culturelles de l'infertilité masculine permettrait également d'analyser l'influence des normes sociales sur l'expérience des patients. Par ailleurs, l'évaluation du rôle du soutien psychologique et des thérapies alternatives dans l'amélioration du bien-être des hommes infertiles ouvrirait la voie à des approches novatrices et adaptées à leur réalité.

## Références bibliographiques

Adamson, Gary D. et Baker, Valerie L. (2003), Sous-fertilité : Causes, traitement et résultat. Meilleures pratiques et recherche en obstétrique et gynécologie cliniques, 17, pp 169-185.

Almeida, Fernanda M. et al. (2020), *Le rôle des facteurs liés au mode de vie dans l'infertilité masculine. Mise à jour sur la reproduction humaine*, 26 (3), pp 357-371.

Andersen, Émile. (2025), *Les facteurs médicaux et psychologiques de l'infertilité masculine*. Journal de la santé publique, 45(3), pp 122-135.

Bayle, B. (2003), *L'embryon sur le divan : psychopathologie de la conception humaine*. Masson.

Berger, JF (2017), *Politiques publiques et santé reproductive masculine*. La santé publique en Afrique, 19(2), pp 99-114.

Berkman, Lisa F., et al. (2017), *Social Epidemiology*. 2e éd., Oxford University Press.

Birenbaum, Albert et coll. (2018), Aspects psychosociaux de l'infertilité : Implications pour le conseil et le traitement. Journal de psychologie de la santé, 23(5), pp 1245-1255.

Bydlowski M. *Les enfants du désir*. Paris : Ed. O. Jacob, 2008, 208 p.

Biyoghe, Alberta (2010), *Conceptions et comportements des Fang face aux questions de fécondité et de stérilité : Regard anthropologique sur une société patrilineaire du Gabon*. - Metz, France Université Paul Verlaine.

Boivin, Jacky et coll. (2018), *Infertilité et santé mentale : Revue de la littérature. Mise à jour sur la reproduction humaine*, 24 (1). <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx025>, pp 53-63.

Boye, S. (2009), *L'accompagnement psychosocial des couples inféconds à l'hôpital Général de Grand-Yoff* [Internet]. Dakar, Sénégal : Département de Sociologie, FLSH, UCAD.

Brochard, Marie. (2014), *Normes reproductives, infertilité et nouvelles technologies de reproduction au Sénégal*, Thèse de doctorat. Université Paris-Descartes.

Connell, Raewyn W. (1995), *Masculinités*. Presses universitaires de Californie.

Coëffin-Driol, Christine, & Giami, Alain. (2004), *L'impact de l'infertilité et de son traitement sur la vie sexuelle et les relations conjugales*. Gynecol Obstet Fertil, 32, pp 624-637.

Culley, Lorraine, Hudson, Nicky et Lohan, Maria. (2013), *Où sont tous les hommes ? La marginalisation des hommes dans la recherche en sciences sociales sur l'infertilité*. Biomédecine reproductive en ligne, 27, <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.009>, pp 225-235.

Czyba, Jean-Claude. (1989), *Stérilité masculine et procréations médicalement assistées : Progrès en Andrologie*. Masson.

Dah, Aymard et al. (2018), *La prise en charge de l'infertilité masculine en Afrique subsaharienne : État des lieux et perspectives*. Médecine et Santé en Afrique, 10(2), pp 77-89.

Giddens.A (1991), *Modernité et identité du soi : Le soi et la société à l'ère moderne*, Éditions Seuil en 1994, pp112-130

Monique Jaoul (20216), A propos de deux cas, la souffrance de la stérilité chez l'homme : de la souffrance objectale à la souffrance identitaire. Le Carnet Psy, 4(198), <https://doi.org/10.3917/lcp.198.0029>, pp29-34.

Lazarus, Richard S. et Folkman, Susan. (1984), *Stress, évaluation et adaptation*. Éditions Springer.

Mansata Diédhiou (2023), *Vécu psychologique de l'infertilité du couple : à propos de 100 patientes suivies au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier national Dalal Jamm de Dakar*, Thèse en Médecin, Université Assane Seck de Ziguinchor (uasz), Unité De Formation Et De Recherche Des Sciences De La Sante (Ufr-2s) Sénégal.

Moscovici, Serge. (1961)., *La psychanalyse, son image et son public*. PUF.

Plachot M, et Mayenga JM, Bélaisch-Allart J (2001), *Quelle AMP (IIU, FIV, ICSI) pour quelle infertilité ?* JTA : pp 1-5.

Seligman, Martin EP et coll. (2019), *Santé positive : une contribution durable au bien-être*. Dans Manuel d'Oxford de psychologie positive, Oxford University Press, pp 247-256.

Sylvie Bourdet-Loubère et Gérard Pirlot (2012), *Le vécu psychologique d'hommes infertiles : Apports du repérage de l'aménagement défensif*. L'information psychiatrique, 9(88), <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0978>, pp727-726