

INFERTILITE EN MILIEU AFRICAÏN : VECU PSYCHOSOCIAL DES FEMMES INFERTILES REÇUES EN CONSULTATION AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BOGODOGO, BURKINA FASO

YA. SAWADOGO, I. OUÉDRAOGO, S. KIEMTORÉ, E. OUEDRAOGO,
A. OUATTARA, C. AGNILO, C.M.R. OUEDRAOGO

RESUME

Introduction : les répercussions sociales et psychologiques de l'infertilité touchent aussi bien les hommes et les femmes. Dans beaucoup de pays africains, la société fait peser le poids de l'infertilité sur les femmes.

Objectif : Il était de rapporter le vécu psychosocial des femmes infertiles reçues en consultation au centre hospitalier universitaire de Bogodogo au Burkina Faso.

Patientes et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale qualitative sur une période de 3 mois allant de novembre 2023 à janvier 2024. La population d'étude était celle des femmes infertiles reçues en consultation externe de gynécologie. L'inclusion a été volontaire et l'échantillonnage a été de type accidentel.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 33,7 ± 6,5 ans (21 à 51 ans). Les nulligestes représentaient 72% et celles scolarisées 86%. La durée moyenne de la vie conjugale était de 7,7±4,9 ans. Les femmes étaient soutenues par leurs familles/amies dans 92 % des cas et par leur conjoint 84 %. Néanmoins, ces femmes sont anxieuses (60%), stressées (34%) et parfois dépressives (4%). Ce stress psychologique détériore leur qualité de vie. De plus, 100% des femmes affirmaient être parfois méprisées, stigmatisées par l'entourage notamment par la belle-famille. Toutes les femmes déclaraient s'isoler le plus souvent tout en réduisant leurs contacts sociaux. Les conjoints étaient souvent incités à épouser une autre femme par la belle-famille selon l'ensemble des patientes.

Conclusion : Les femmes infertiles vivent mal la situation malgré la compassion souvent de la part de leurs familles et amis. Un appui psychologique est nécessaire pour améliorer leur vécu.

Mots-clés : Infertilité ; Femme ; Vécu psychosocial ; Burkina Faso.

INTRODUCTION

L'infertilité touche des millions de personnes en âge de procréer dans le monde et a une incidence sur leur famille et leur communauté. On estime qu'entre 48 millions de couples et 186 millions de personnes

SUMMARY

Infertility in Africa: psychosocial experiences of infertile women seen at Bogodogo university hospital, Burkina Faso.

Introduction: The social and psychological repercussions of infertility affect both men and women. However, in many African countries, society tends to blame women for infertility.

Objectif : This study aimed to report on the psychosocial experiences of infertile women attending Bogodogo University Hospital in Burkina Faso.

Patients and methods: It was a mixed cross-sectional study conducted over a three-month period from November 2023 to January 2024. The study population comprised infertile women attending gynaecology outpatient clinics. Participation was voluntary and sampling was accidental.

Results: The mean age of the patients was 33.7 years (range 21–51 years). 72% of the patients were naïve women, and 86% were in education. The average length of marriage was 7.7 ± 4.9 years. The women were supported by their families and friends in 92% of cases, and by their spouses in 84% of cases. Nevertheless, 60% of these women were anxious, 34% were stressed and 4% were sometimes depressed. This psychological stress deteriorated their quality of life. Furthermore, all of the women said that they were sometimes scorned and stigmatised by people around them, particularly their in-laws. All of the women said that they often isolated themselves and reduced their social contacts. According to all the women, spouses were often encouraged to marry another woman by their in-laws.

Conclusion: Infertile women find it difficult to cope with their situation, despite the sympathy of their families and friends. Psychological support is needed to improve their quality of life.

Keywords: Infertility; Women ; Psychosocial experience; Burkina Faso.

sont touchées par l'infertilité dans le monde [1]. En France, l'infertilité touche entre 8 et 11% des couples [2]. Au Canada, environ 330 000 couples souffrent d'infertilité soit entre 10 et 16% [3, 4]. L'infertilité touche à l'intimité des femmes et des hommes qui la subissent. Elle pose aussi des défis inédits à

Tirés à part : Sawadogo Yobi Alexis, CHU de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso, 06 BP 10631 Ouagadougou 06 Burkina Faso. Tél : +226 70251858 ; Email : sawalexis@yahoo.fr

SAWADOGO YA., OUEDRAOGO I., KIEMTORE S., OUEDRAOGO E., OUATTARA A., AGNILO C., OUEDRAOGO C.M.R. Infertilité en milieu africain : vécu psychosocial des femmes infertiles reçues en consultation au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo, Burkina Faso. Journal de la SAGO, vol.26, n°3, p 50-55.

l'ensemble du système de santé, tant en matière de prévention que de prise en charge curative. Elle est à la fois une question intime et une question sociétale, qui devrait être placée au cœur des grands enjeux politiques contemporains. En Afrique, les taux d'infertilité sont plus élevés et se situeraient entre 15 et 30% [5, 6]. Au Burkina Faso, le taux de prévalence hospitalière globale de l'infertilité était de 17,76% en 2016 [7].

Même si l'infertilité n'est pas mortelle, elle a été décrite comme un radical problème de changement de vie qui porte avec elle d'importants traumatismes chez les jeunes couples [5]. Pour l'homme, avoir un enfant traduit sa virilité et sa puissance sexuelle. Pour la femme par contre la grossesse lui confère le statut social de femme et de mère, ne pas avoir d'enfant est un sentiment d'échec social dans l'identité féminine [5].

Les répercussions sociales et psychologiques de l'infertilité touchent aussi les hommes et les femmes. Cependant, au Burkina Faso comme dans beaucoup d'autres pays africains, la société fait peser le poids de l'infertilité sur les femmes. Elles sont alors victimes d'insultes, d'accusations de sorcelleries, d'incitations à l'infidélité, de répudiation ou d'incitation à la polygamie de la part de la famille du mari [8]. Plusieurs études se sont intéressées à cet aspect du vécu de la stérilité [5, 8-10]. Cependant, le vécu de l'infertilité est rarement abordé dans notre contexte. Nous avons donc initié la présente étude dans le but d'apprécier le vécu des femmes infertiles reçues en consultation au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo en vue d'entreprendre des actions pour améliorer leur qualité de vie.

I. PATIENTES ET METHODES

Le service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction du Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo (CHUB) nous a servi de cadre pour cette étude.

Nous avons mené une étude transversale mixte (quantitative et qualitative), descriptive à collecte de données prospective. Cette étude a couvert une période de trois mois, allant du 1er novembre 2023 à 31 janvier 2024

La population d'étude était constituée de toutes les femmes qui ont consulté pour infertilité dans le service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction du CHUB au cours de la période d'étude. Ont été incluses dans cette étude les femmes reçues en consultation pour infertilité qui répondaient aux critères de définition de l'infertilité selon l'OMS (absence de grossesse après au moins 12 mois de rapports sexuels complets non protégés, normaux en

fréquence (2 à 3 rapports sexuels par semaine) et en qualité, sans aucune contraception pour un couple vivant régulièrement ensemble) et qui ont accepté librement de participer à l'étude.

L'échantillonnage a été non probabiliste de type accidentel. Les femmes consentantes reçues en consultation gynécologique pour désir d'enfant sont incluses au fur et à mesure jusqu'à atteindre un effectif de 50.

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaire et d'un smartphone pour les verbatims en ce qui concerne les entretiens individuels. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI Info version 7.2.2.16 sur un micro-ordinateur. Les graphiques ont été élaborés avec Excel du pack Microsoft Office version 2019. L'analyse qualitative a été effectuée après une transcription des entretiens.

Les variables étudiées étaient :

- les données socio-démographiques et les antécédents obstétricaux : l'âge, la résidence, la profession, le niveau de scolarisation, la situation matrimoniale, la gestité et la parité ;
- les données sur la situation sociale de la femme (relation conjugale, réseau familial et de soutien, vie professionnelle ;
- les causes de l'infertilité selon les femmes ;
- les sentiments et réactions des femmes ;
- les conséquences sur la vie conjugale ;
- la réaction des personnes de la sphère sociale face aux difficultés de procréation ; et
- les recommandations des femmes pour faciliter la vie des femmes infertiles

L'étude a été réalisée après l'approbation du comité d'éthique, l'autorisation du directeur général du CHU de Bogodogo. L'inclusion des patientes a été faite après l'obtention de leur consentement libre et éclairé. Les données recueillies ont été gardées par l'équipe de recherche en toute sécurité et discrétion ; seules l'équipe de recherche et les personnes dûment autorisées y ont eu accès.

II. RESULTATS

L'âge moyen des participantes à l'étude était de 33,7 ± 6,5 ans avec des extrêmes de 21 et 51 ans. Les patientes résidaient à Ouagadougou dans 78 % des cas. Elles étaient nulligestes dans 72% des cas. La répartition des femmes selon les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents obstétricaux est présentée dans le tableau I.

Tableau I Répartition des femmes selon les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents obstétricaux (n=50)

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Age		
20-29 ans	16	32
30-39 ans	18	36
40-49 ans	14	28
50 ans et plus	2	4
Profession		
Salarié	21	42
Femme au foyer	13	26
Employée secteur informel de commerce	8	16
Élève/Étudiante	4	8
Commerçante	4	8
Situation matrimoniale		
Mariée	40	80
Union libre	8	16
Célibataire	2	4
Niveau de scolarisation		
Primaire	12	24
Secondaire	18	36
Universitaire	13	26
Non scolarisée	7	14
Gestité		
0	36	72
1	8	16
2	6	12
Parité		
0	36	72
1	8	16
2	6	12

Concernant la vie de couple, les patientes vivaient avec leurs conjoints en moyenne depuis 7,7±4,9 ans avec des extrêmes de 2 et 30 ans. Elles étaient dans un couple monogame dans 92% des cas. Le tableau II présente la durée de vie commune des couples.

Tableau II : Répartition des patientes selon la durée de vie de couple (n=50)

Durée de la vie du couple	Effectif	%
2 – 5 ans	19	38
6 – 9 ans	15	30
≥10 ans	16	32

Selon les patientes, l'origine de leur infertilité était

masculine dans 12% des cas, féminine dans 8% et mixte dans 10% des cas. Dans 70%, elles ignoraient l'origine de l'infertilité.

Dans 72% des cas l'infertilité était primaire contre 28% d'infertilité secondaire au cours. Concernant le vécu de l'infertilité, les femmes déclaraient être soutenues par leur conjoint et leur famille/amies dans respectivement 86% et 92% des cas. Elles ne subiraient pas de pressions ou de moqueries de leur part dans respectivement 86% et 94 % des cas.

Dans notre étude, 94 % des participantes accordaient une grande importance au fait d'avoir un enfant biologique.

Par ailleurs, le vécu de la période d'essais infructueux pour avoir un enfant était dominé par l'anxiété dans 60 % des cas. Le tableau III présente le vécu des enquêtées pendant la période d'essais infructueux pour avoir un enfant.

Tableau III : Répartition des femmes selon le vécu pendant la période d'essais infructueux

Vécu pendant la période d'essais infructueux	Effectif	%
Anxiété	30	60
Stress	17	34
Dépression	2	4
Détresse	1	2

Pour traverser cette période, 58% des patientes ont eu recours à la médecine traditionnelle, 62% à la prière et 22% n'ont pas fait d'autres démarches. En dehors de ces périodes d'essais, les femmes affirmaient être toujours stressées en permanence. Ce stress se manifestait par une perturbation du sommeil dans 46% des cas. Les manifestations du stress sont présentées dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des femmes selon les manifestations de leur stress

Manifestations du stress	Effectif	%
Modification des habitudes alimentaires	4	8
Perturbation du sommeil	23	46
Problèmes de concentration	1	2
Sentiment d'inquiétude	17	34
Sentiment de peur	5	10
Total	50	100

Par ailleurs, les femmes affirmaient qu'elles étaient beaucoup soutenues par l'entourage. Les réactions de l'entourage par rapport aux difficultés de procréation des femmes sont présentées dans le tableau V.

Tableau V : Réactions de l'entourage par rapport aux difficultés de procréation des femmes

	Effectif (n=50)	%
Réaction du conjoint		
Soutien	42	84
Indifférence	8	16
Conseils	1	2
Réaction de la famille proche		
Indifférence	3	6
Questionnement	5	10
Soutien	45	90
Réaction des ami(e)s		
Soutien	26	52
Questionnement	19	38
Conseils	22	44
Dénigrement	1	2
Indifférence	1	2
Réaction des collègues		
Soutien	26	52
Questionnement	19	38
Conseils	22	44
Dénigrement	1	2
Indifférence	1	2

L'analyse qualitative révélait que les conséquences sociales de la situation d'infertilité étaient nombreuses.

Au niveau de la vie de couple, les femmes interviewées affirmaient toutes n'avoir pas pensé à quitter leur mari, peu importe qui est à l'origine du problème de fertilité. Quelques-unes d'entre elles avaient douté à un moment donné de la fidélité de leurs conjoints, sans plus. Cela est étayé par les propos de MO11 (40 ans) : « *je n'ai pas pensé à partir chez mes parents parce que je n'ai pas eu d'enfant, à un moment donné c'était vraiment chaud et mon mari rentrait tard donc pour moi il me trompait mais bon, c'est passé* ».

Certaines des répondantes s'étaient retrouvées avec une coépouse sans être informée. Cela est illustré par les propos de ZH 20 (27 ans) : « *l'année passée j'étais assise lorsqu'on m'a appelé pour me présenter une fille que désormais elle est ma coépouse mais*

en la regardant on sait qu'elle est enceinte ».

Les femmes déclaraient qu'elles réduisent leurs contacts sociaux, c'est-à-dire qu'elles déclinent les invitations de leurs copines et de la famille. Toutes les répondantes préféraient passer du temps à la maison qu'en dehors. Elles se renfermaient de peur qu'on leur pose des questions très intrusives sur leur couple. Cela se confirme par les propos suivants tenus par plusieurs autres participantes : « *C'est le regard des autres, les préjugés et les insultes qui m'ont forcée à m'enfermer chez moi plus souvent. Je réfléchis tout le temps, je pleure, je m'incrimine et je me juge sévèrement dans ma chambre* » (KM 7, 36 ans).

Les femmes infertiles sont souvent stigmatisées. Elles mentionnent toutes, être exposées à des jugements émis par au moins un membre de leur entourage, et ce, quotidiennement. Une des répondantes relate sa pire expérience à ce propos :

« *Un jour, je suis allée rendre visite à ma meilleure amie d'enfance...[...], elle s'est empressée de mettre son nouveau-né dans la chambre à coucher. [...] elle me fait savoir qu'une femme comme moi sans enfant ne doit pas être en contact avec un nouveau-né. Sinon que ce serait la poisse pour ses futures maternités à elle* » (BC35, 36 ans).

Toutes les répondantes révélaient ne pas être épargnées de moqueries, allant des subtiles aux plus explicites. Pour elles, chaque période d'échanges au sujet de leur difficulté à concevoir ravivait les blessures qu'elles essaient de panser chaque jour.

Quant à la réaction des conjoints, les femmes s'accordaient toutes pour dire que les hommes ne sont pas toujours enthousiastes de les accompagner dès que l'idée de suivre des traitements médicaux est abordée au sein du couple. Selon les répondantes, les hommes ne se sentent pas concernés quand une éventuelle infertilité est soupçonnée dans le couple. Pour elles, ces derniers confondaient virilité et fertilité et que certains soutenaient avec assurance qu'ils ont été au moins une fois l'auteur d'une grossesse ou père d'un enfant né d'une aventure amoureuse avant leur mariage.

Pour toutes les femmes, la belle-famille affirmait toujours que la difficulté de procréation ne venait pas de l'homme. Ces propos confirment ce fait. « [...] *Ma belle-famille s'est révoltée et m'a dit sans détour que c'est moi qui aie le problème de conception d'enfant que ce n'est pas leur fils* (KZ 26, 42 ans). Les répondantes se disent étonnées de voir que la belle-famille ne se préoccupe pas de savoir qui dans le couple a des problèmes pour concevoir.

III. DISCUSSION

Dans la conduite de cette étude, il y a certainement quelques limites et insuffisances en rapport avec la collecte. En effet, certaines patientes avaient peur de se confier et d'autres étaient en attente des résultats de leur bilan. De plus, c'est une étude déclarative faisant appel à la mémoire. Cela a dû conduire à des biais d'information.

L'âge moyen des participantes était de $33,7 \pm 6,5$ ans. Ce résultat est proche de ceux de Olugbenga et al au Nigéria en 2014 [11] et de Dimassi et al en Tunisie en 2014 [12] qui avaient retrouvé respectivement un âge moyen de 34,9 et de 34 ans. L'âge est connu comme un facteur influent sur les résultats de la prise en charge de l'infertilité. Après 35 ans la plupart des études ont montré une baisse significative de la fertilité. Les nulligestes étaient les plus représentées avec 72%. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Doumbia et al en 2022 [13] qui était de 32%.

Les patientes qui avaient une durée de vie conjugale entre 6 et 10 ans représentaient 30%. Ce résultat est inférieur à celui de Doumbia [13] qui avait trouvé 52,0% de couples ayant entre 6 et 10 ans de vie conjugale. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des patientes de notre étude étaient dans un foyer monogame. Malgré les difficultés, les femmes préféreraient rester en couple pour ne pas être totalement rejetées par la communauté.

L'infertilité était primaire dans 72% des cas contre 28% d'infertilité secondaire. Nos résultats concordent avec ceux de Samal et al [14] en Inde en 2012 qui avaient retrouvé aussi une prédominance de l'infertilité primaire avec respectivement 62% des cas.

Les principales conséquences psychologiques des essais infructueux pour avoir un enfant étaient l'anxiété (60% des cas) et le stress (46%). Diabaté au Mali [15] notait une forte prévalence de l'anxiété dans son étude avec un taux de 99,3%. Il avait également noté un taux élevé de syndrome dépressif (54%). Ce taux est largement supérieur au nôtre qui était de 4%. Ce faible taux de dépression dans notre étude s'explique par l'absence d'évaluation clinique des patientes, l'étude étant de type déclaratif.

S'agissant des réactions de l'entourage face aux difficultés de procréation des femmes, 84 % des enquêtées déclaraient « être soutenues par leur conjoint ». Ce soutien semblait être de façade. En effet ces femmes sont méprisées, insultées et stigmatisées par leur belle-famille au vu et au su des conjoints qui ne les défendaient pas. Pour L'OMS, l'infertilité a des répercussions sociales négatives importantes sur la vie des couples concernés et en

particulier des femmes, qui en subissent fréquemment les conséquences – violence, divorce, rejet social, stress émotionnel, dépression, anxiété et piètre estime de soi [1].

Plus de 9 femmes sur 10 (92%) affirmaient qu'elles avaient le soutien de leur famille/ amies et ne ressentaient pas de pressions de leur part. Ce résultat est en contradiction avec la stigmatisation et le mépris dont sont victimes ces femmes de la part de la belle-famille. Ces résultats s'écartent également de ceux de Monga et al [16] qui expliquaient que la pression sociale et parentale existe réellement et notamment sur le fait de maintenir le nom dans la famille au fil des générations. Pour ces auteurs, 83% des couples infertiles ressentent une pression d'enfanter ; les parents étant majoritairement responsables de cette pression, puis les amis et les grands-parents.

CONCLUSION

L'infertilité est un problème de santé publique dans les pays en développement. Elle constitue une source d'importants traumatismes chez les jeunes couples. La femme demeure la principale responsable en Afrique si bien que ne pas avoir d'enfant est un sentiment d'échec social dans l'identité féminine. Cette réalité influence énormément leur qualité de vie. Les femmes infertiles sont méprisées, stigmatisées si bien qu'elles préfèrent s'isoler souvent pour se soustraire de l'environnement malsain. Le stress psychologique, l'anxiété et la dépression sont reconnues par les femmes comme les conséquences de l'infertilité qui détériorent leur qualité de vie. Au regard des résultats de la présente étude, des actions doivent être menées pour améliorer la situation de ces patientes. L'ouverture d'un service d'assistance médicale) la procréation dans un hôpital public à Ouagadougou pourrait constituer un espoir pour ces femmes désabusées et qui ont perdu souvent le goût de vivre.

REFERENCES

1. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Infertilité, septembre 2020 [Internet]. [cité 26 septembre 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
2. **Slama R, Ducot B, Keiding N, Blondel B, Bouyer J.** La fertilité des couples en France. Bulletin Epidémiologique. 2012;(789):87-91.
3. **Agence de la santé publique du Canada.** Fertilité [Internet]. [cité 4 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/fertilite.html>

4. **Association des Obstétriciens et Gynécologues du Québec (AOGQ).** Infertilité [Internet]. Santé de la femme. [cité 4 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.gynecoquebec.com/sante-femme/infertilite/20-infertilite.html>
5. **Lougué S, Kaboré TE.** Les soupçons d'infertilité et les discriminations envers les femmes : enjeu majeur de la politique genre au Burkina, 8ème conférence sur la population africaine, Entebbe (Ouganda) du 18 au 22 Novembre 2019, UAPS 2019. Disponible sur <http://uaps2019.popconf.org/uploads/190293>
6. **Rambert H.** L'Afrique, continent le plus touché par l'infertilité. Le Monde.fr [Internet]. 18 mars 2016 [cité 4 mars 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/03/18/l-afrique-continent-le-plus-touche-par-l-infertilite_4885427_3212.html
7. **Somé EN, Ilboudo K, Da CD, Boncounougou J, Poda JN, Lankoandé J.** Prévalence hospitalière et étiologie de l'infertilité féminine dans la ville de Ouagadougou. Science et Technique, Sciences de la Santé. 2016;39(12):135-453.
8. **Inhorn MC, Balen F van,** éditeurs. Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies. Berkeley: University of California Press; 2002. 347 p.
9. **Cailleau F.** Et si c'était dans la tête ? Histoire et représentations de l'infertilité. Cahiers de psychologie clinique. 1 mars 2006;26(1):85-98.
10. **Rozée V, Mazuy M.** L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et « gestion » de l'échec. Sciences sociales et sante. 2012;30(4):5-30.
11. **Olugbenga BA, Adebimpe WO, Olarewaju SO.** Prevalence of infertility and acceptability of Assisted Reproductive Technology among women attending gynecology clinics in tertiary institutions in southwestern Nigeria. Gynecol Obstet 2014 ; 4 : 3
12. **Dimassi K, Gharsa A, Chanoufi MB, Sfar E, Chelli D.** Résultats de la plastie tubaire : étude tunisienne. Pan Afr Med J. 2014 ; 18:58. doi:10.11604/pamj.2014.18.58.4128
13. **Doumbia M.** Impact de l'infertilité du couple sur l'état psychologique des femmes au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, Thèse Médecine, Université des sciences Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B), 2022, 93 pages. disponible sur <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/5748/22M249.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. **Samal S, Prof E, K D, Gupta U, Gupta N.** Indian Medical Gazette Original Study Epidemiological Study of Male Infertility. Indian Med Gaz. 2012;
15. **Diabaté M.** Infertilité du couple : Aspects psychosociaux chez la femme au Centre Hospitalier Mère Enfant le « Luxembourg » [Thèse médecine]. [Bamako] : FMOS ; 2011; 119 pages. Disponible sur <https://www.bibliosante.ml/bitstream/123456789/1109/1/11M165.pdf>
16. **Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T.** Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology. 2004 Jan;63(1):126-30. doi: 10.1016/j.urology.2003.09.015. PMID: 14751363.