Année 2021 REPUBLIQUE DU BENIN N°2379

*****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (FSS)

*****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

PERCEPTION DE L'INFERTILITE DU COUPLE CHEZ LES HABITANTS DE L'ARRONDISSEMENT DE PAHOU, COMMUNE DE OUIDAH EN 2021

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Alek Emmanus Dinova AGBOTON OKE

Né le 28 Septembre 1996 à Cotonou (République du Bénin)

Directrice de thèse

Professeur Christiane TSHABU-AGUEMON

Co-directeur de thèse

Dr Mathieu OGOUDJOBI

Président du jury

Professeur Edgard-Marius OUENDO

Membres du Jury

Professeur Justin Lewis DENAKPO

Professeur Grégoire Magloire GANSOU

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1386 /2021/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CP/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version novembre 2021)

Source : Service du Personnel

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
10.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
11.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
12.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
13.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
14.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
15.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
16.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
17.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
18.	Dr DOSSOU Francis Moïse.....	Chirurgie Générale
19.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
20.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
21.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
22.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
23.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
24.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
25.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
26.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
27.	Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
28.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
29.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
30.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
31.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
32.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Source : Service du Personnel

33. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
34. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
35. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
36. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
37. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
38. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
39. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
40. Dr YEKPE Hermione Patricia Frida épouse AHOUANSOU	Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
4. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
6. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
7. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
8. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
9. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
10. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
11. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
12. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
13. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.....	Chimie Analytique-Bromatologie
14. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
15. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
16. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
18. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
19. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
20. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ARCHIVE 2021

Source : Service du Personnel

[4]

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
5. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
6. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
7. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
8. Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
9. Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
10. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
11. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
14. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie
15. Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
16. Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
17. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
18. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
19. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Ethnologie
20. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
21. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
22. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
23. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
24. Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
25. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
26. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
27. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
28. Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
29. Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
30. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
31. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
32. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
33. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
34. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
35. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
36. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
37. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38. Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
40. Dr MIKPONHOUE Rose Christelle épse OLOU.....	Médecine du Travail
41. Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie

MAK 4/10

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
2021

42. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
43. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
44. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
45. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
46. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
47. Dr HOUNKPONOU Eliane Kayivi Murielle épouse AMOUSSOU-GUENOU.....	Cardiologie
48. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
49. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K.(Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr SOSSA Jean	Urologie
5. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
6. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
7. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue).....	Pharmacologie
8. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
9. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
10. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
11. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
12. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
13. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
14. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
15. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

MBK 5/10

Source : Service du Personnel

[6]

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

MAK 6/10

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Edgard-Marius.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)
5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Damienne Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

MKK 7/10

Source : Service du Personnel

[8]

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred	Nutrition
18- Mr KADI Christophe	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline	Nutrition

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ADMIS 2021

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoît.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

MDK 9/10

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Le Doyen,

01/12/2021

Professeur Delphin K. MEHINTO

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

DEDICACE

A

DIEU, le Père Tout Puissant

Père éternel , Je te dois tout et je te suis infiniment reconnaissant. Durant toute ma vie et particulièrement durant mes études , ta présence a toujours été manifeste. Sans toi je ne puis rien. Ce travail est le fruit de tes grâces et pour ta seule gloire.

Reçois-le en action de grâce.

❖ A mes parents Clément AGBOTON et Félicia AGUEMON

Vous êtes pour moi un grand symbole du savoir vivre à travers les nombreux efforts et sacrifices consentis depuis le début de cette formation. Trouvez dans ce travail le fruit de ces efforts, profondes gratitudes.

❖ A mes frères et sœurs Johrvyne , Lareine , Merveille , David et Maximilienne

Recevez à travers ce travail le profond renouvellement de ma gratitude et de mon affection envers vous pour tous les efforts consentis.

❖ A Souvenir MONTCHO

Merci d'exister!

❖ A mon Oncle le Professeur Badirou AGUEMON et au Professeur Bonaventure AWEDE, vos affections mais aussi vos conseils m'ont été d'une aide précieuse. Retrouvez dans ce travail le renouvellement de ma profonde gratitude.

❖ A mes oncles Pascal AGBOTON ; Isidore MAHOUEKPO et sa femme , vous ne m'avez jamais discuté votre soutien tout au long de ces études. Soyez en remerciés

❖ A mon Feu Oncle Étienne AGBOTON , l'amour du travail bien fait avec une discipline et une organisation rigoureuse sont d'importantes qualités que j'ai eu la chance d'acquérir à vos cotés. Reposez en paix.

❖ A mes cousins et cousines

Que ce travail soit pour vous tous une source d'inspiration

❖ A toute la 43e promotion, brillante carrière à nous

REMERCIEMENTS

◆ Au Professeur, TSHABU-AGUEMON Christiane

Merci cher maître d'avoir accepté superviser ce travail. Au-delà d'être pour nous un mentor, une mère, vous avez été une grande source d'inspiration pour ce travail. Vos enseignements de même que votre disponibilité nous ont aidé à concrétiser ce travail.

◆ A tous les habitants de l'arrondissement de Pahou , merci pour l'accueil et la disponibilité. Sincères considérations.

◆ A toutes ces personnes qui m'ont beaucoup aidé mais qui ont préféré garder l'anonymat, rien ne se perd sur cette terre. Tel vous m'avez donné, tel Dieu vous donnera. Infiniment merci !

◆ A tous ceux et celles qui n'ont pas été cités, ce n'est pas un oubli. Vos noms sont bien inscrits dans mon cœur ; merci de vos prières.

HOMMAGES

- **A notre Directrice de thèse, Professeure,**

Cher Maître, votre qualité d'enseignante hors pair, votre bon sens de la pédagogie et votre amour du travail bien fait , nous ont beaucoup séduit et conduit à vous. Tout au long de ce travail, nous avons appris auprès de vous le savoir-être, le savoir-vivre et le savoir-faire. Malgré vos multiples occupations, vous n'avez ménagé aucun effort pour la concrétisation de ce travail. Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux.

- **A notre co directeur de thèse, Maître Assistant Mathieu OGOUDJOBI**

Cher Maître, votre humilité, votre esprit scientifique pointilleux sont des valeurs qui vous caractérisent. Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux

- **A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou**

Vous nous avez appris tout au long de ces années d'études, la précision clinique, le travail sous pression et le sens de l'urgence. Vous nous avez enseigné tout ce que nous savons.

Hommages respectueux.

- **A notre Maître et président du jury,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous vous rassurons que nous tiendrons fidèlement compte de vos précieux conseils pour améliorer la qualité de notre travail. Recevez ici l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux.

- **A nos honorables membres du jury**,

Nous sommes très honorés que notre travail soit soumis à votre appréciation. Soyez persuadés que vos critiques serviront à le parfaire. Veuillez accepter le témoignage de notre reconnaissance.

Hommages respectueux.

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que son auteur

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS..... xxiii

LISTE DES SCHEMAS..... xxv

LISTE DES FIGURES..... xxvi

LISTE DES TABLEAUX..... xxvii

INTRODUCTION..... 1

1. GENERALITES..... 5

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE..... 35

3. RESULTATS..... 44

4. DISCUSSION..... 62

CONCLUSION..... 72

LISTE DES ABREVIATIONS-SIGLES-ACCRONYMES

al : Collaborateurs

ABCD : Agénésie bilatérale des canaux déférents

ABP : Androgen Binding Protein

AMH : Hormone Anti Mullerienne

CFTR : Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator

cm : centimètre

DHT : Dihydrotestosterone

E2 : Estradiol

FIV : Fécondation in Vitro

FSH : Folliculing Stimulating Hormon

g : gramme

GnRH : Gonodotrophin Releasing Hormon

HSG : Hystérosalpingographie

IM : Intramusculaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Luteinizing Hormon

m : mètre

MAR Test : Recherche directe anticorps anti-spermatozoïdes

mm : millimètre

mL : millilitre

ng/mL : nanogramme par millilitre

OATS : Oligo-asthéno-tératozoospermie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Pression Artérielle

pH : potentiel Hydrogène

PRL : Prolactine Releasing Hormon

SHBG : Sex Hormon Binding Globulin

SPHH : Système porte hypothalamo-hypophysaire

TeBG : Testicular Binding globulin

% : pour cent

°C : dégré Celcius

> : Supérieur

< : Inférieur

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1: Coupe sagittale de l'appareil génital masculin.....10
Schéma 2: Corps érectiles individualisés.....10
Schéma 3: Testicule,épididyme et voies spermatiques au canal déférent.....12
Schéma 4: Glande annexe des organes génitaux masculins.....14
Schéma 5: Régulation hormonale de la spermatogenèse.....16
Schéma 6: Appareil génital féminin.....17
Schéma 7: Folliculogenèse et ovulation.....18
Schéma 8 : Coupe sagittale de l'appareil génital féminin.....19
Schéma 9 : Axe hypothalamo-hypophysaire chez la femme.....21
Schéma 10: Cycle Menstruel.....23

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition selon l'age..... 44

Figure 2: Répartition selon la situation matrimoniale..... 45

Figure 3: Répartition selon la représentativité de l'infertilité du couple comme pathologie..... 49

Figure 4:Répartition selon l'origine uniquement féminine..... 50

Figure 5:Répartition selon la possibilité d'infertilité secondaire..... 52

Figure 6:Répartition selon le premier itinéraire thérapeutique 53

Figure 7:Répartition selon l'**i**nterprétation sociale de la notion d'infertilité du couple 56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition en fonction du hameau..... 43

Tableau II : Répartition selon la profession..... 45

Tableau III:Répartition selon la religion..... 46

Tableau IV : Répartition selon le niveau d'instruction..... 46

Tableau V : Répartition selon le niveau scolaire en fonction des grades..... 47

Tableau VI : Répartition selon l'ethnie..... 47

Tableau VII : Description du nombre d'enfant..... 48

Tableau VIII : Répartition selon la définition de l'infertilité du couple.....48

Tableau IX : Répartition selon les causes de l'infertilité du couple.....51

Tableau X : Répartition selon l'acceptabilité du traitement médical..... 53

Tableau XI : Répartition selon le moyen de traitement..... 54

Tableau XII : Répartition selon le type de spécialiste de santé..... 54

Tableau XIII : Répartition selon le premier itinéraire thérapeutique 55

Tableau XIV : Répartition selon les réactions des habitants.....56

Tableau XV : Relation entre niveau d'instruction et définition..... 57

Tableau XVI : Relation entre niveau d'instruction et causes 57

Tableau XVII : Relation entre profession et causes..... 58

Tableau XVIII : Relation entre ethnie et causes..... 58

Tableau XIX : Relation entre réaction et causes..... 58

INTRODUCTION

L’infertilité du couple est un problème de santé publique dans le monde qui affecte des millions de personnes en âge de procréer dans le monde avec 48 millions de couples soit un couple sur dix qui en souffrent. [1]

Dans le monde et particulièrement en Afrique, donner la vie a toujours été une préoccupation de la société [2]. Malheureusement l’Afrique est le continent le plus touché par l’infertilité (20 à 30% de la population) [3,4,20] . Le problème de l'infertilité revêt une importance capitale dans le contexte socioculturel africain où la vie du couple est intégrée aux mœurs et traditions ancestrales dont la caractéristique essentielle est la conservation de la lignée familiale [2] . Autrement dit, il n’est pas concevable qu’un couple africain ne puisse donner naissance.

La fertilité n’est pas toujours contrôlée par l’homme. Il y a une panoplie de facteurs qui pourraient influencer la fécondité comme les facteurs culturels, le mode de vie, l’impact de l’environnement sur le corps humain, la connaissance des gens, les attitudes et pratiques sociales [5,6].

La prévalence de l’infertilité en Afrique subsaharienne est comprise entre 12,7% et 16,9% contre 5 à 10% dans les pays développés [2,8,9] ; les causes de l'infertilité du couple sont reparties comme suit : 1/3 de cause masculine, 1/3 de cause féminine , 1/3 de cause mixte et 1/3 de causes indéterminées [10].

Comme dans la plupart des pays en développement elle est associée à plusieurs tabous sociaux limitant la libre communication publique sur le sujet , c’est ainsi que l’infertilité de l’homme est liée à la virilité et celle de la femme liée à l’honneur [11]. Cette perception sociale de l’infertilité peut affecter le comportement de fertilité. Ainsi il est important d’agir sur les connaissances et l’attitude des jeunes afin d’avoir un comportement favorable à leur fécondité [12].

Des études antérieures ont montré un faible niveau de connaissance à la limite des

causes d'infertilité dans de nombreux pays d'Afrique malgré la prévalence élevée de la maladie [13-15].

D'après nos recherches, Il y a très peu de données sur l'infertilité du couple dans l'arrondissement de Pahou . Il nous semble impératif que la population ait des connaissances adéquates sur l'infertilité afin que les couples puissent demander des soins médicaux en temps opportun et que les idées fausses puissent être rectifiées.

Par conséquent, le but de cette étude est d'étudier chez les habitants de Pahou leur perception de l'infertilité du couple. Ce qui nous permettra de proposer des thèmes à traiter en communauté pour susciter une meilleure orientation et une consultation médicale à temps.

Hypothèse de Recherche : Les habitants de l'arrondissement de Pahou ne connaissent pas les facteurs influençant l'infertilité du couple.

Objectifs

Objectif général

Etudier la perception de l'infertilité du couple dans la population de l'arrondissement de Pahou en 2021.

Objectifs spécifiques

1. Décrire le profil des connaissances de l'infertilité du couple chez les habitants de Pahou.
2. Apprécier l'attitude des habitants de Pahou face à l'infertilité du couple.
3. Décrire les relations entre les causes de l'infertilité du couple et les facteurs sociaux et culturels.
4. Recueillir les opinions thérapeutiques des habitants de Pahou sur l'infertilité du couple.

1.GENERALITES

1.1. Définition des concepts

Dans le langage courant, le champ lexical de toutes les expressions en rapport avec l'infertilité ou la stérilité du couple est souvent mal compris , utilisé à tort ou même parfois ses mots sont employés comme synonymes. Il est donc important d'effectuer une clarification des concepts.

- **Perception** : Selon le dictionnaire **Larousse 2021**, il s'agit d'une idée, une compréhension plus ou moins nette de quelque chose. C'est un événement cognitif dans lequel un stimulus, un fait ou un objet, présent dans l'environnement immédiat d'un individu, lui est représenté dans son activité psychologique interne [29].

- **Perception sociale** : Il s'agit d'une représentation du jugement qu'on forme à l'endroit des personnes qui nous entourent ainsi que l'impression qu'on se forme de ces personnes concernant une idée ou un objet extérieur [25].

- **Infertilité du Couple :** l'inaptitude de ce dernier à obtenir une grossesse après au moins 12 mois de rapports sexuels réguliers, fréquents, complets et non protégés. [1] Cette notion implique donc la régularité de la vie sexuelle à savoir deux à trois rapports sexuels complets par semaine et ceci en dehors de toute contraception ou tout allaitement au sein [8].

- On parle d'**Infertilité Primaire** quand il n'y a jamais eu de grossesse antérieure [1,2].

- On parle d'**Infertilité secondaire** s'il y a eu au moins une grossesse antérieure à terme. [1,2]

- **Infertilité Masculine**: C'est l'incapacité pour un homme d'enceinter une femme indemne de toute pathologie l'empêchant de procréer malgré les rapports sexuels fréquents, complets et non protégés au bout d'une période d'au moins an [1,2].

- **Infertilité Féminine :** C'est l'incapacité pour une femme indemne de toute pathologie l'empêchant de procréer, de tomber enceinte malgré les rapports sexuels fréquents, complets et non protégés au bout d'une période d'au moins un an [1,2].

- **Stérilité :** Absence totale et définitive de toute possibilité de procréation. C'est une infertilité irréversible [1,2].

- **La fécondabilité :** C'est la probabilité de concevoir à chaque cycle menstruel, elle est en moyenne de 25 % par cycle [1].

- **Infécondité :** Incapacité pour une femme de conduire une grossesse à la naissance d'un enfant vivant ou non, bien que la fécondation soit possible. Cette notion définie donc l'absence d'enfant dans un couple et non celui de la grossesse [2,8,22].

- **Hypofertilité** : On en parle lorsque le sperme n'est pas strictement normal étant donné que la stérilité vraie définitive est exceptionnelle [2].

- **L'azoospermie:** C'est une absence complète de spermatozoïdes dans le sperme [2].

- **L' asthénospermie :** se définit comme un défaut de mobilité des spermatozoïdes , elle est évoquée lorsque plus de 60 % des spermatozoïdes ont des difficultés à se déplacer [2].

- **La tératospermie:** Correspond à une quantité de spermatozoïdes mal formés en trop grande quantité. Elle correspond à un taux anormalement élevé de l'ordre de plus de 50%) de spermatozoïdes anormaux. [2]

- Oligoasthénospermie et Oligoasthéno-tératospermie : Ici les anomalies sont couramment associées les unes aux autres [24].

1.2 LES ORGANES GENITAUX MASCULINS [8,23,38,39,40,41]

1.2.1. Rappels Anatomiques

L'appareil génital masculin comprend les organes génitaux internes et externes

1-2-1-1- Les organes génitaux masculins externes

- **Le pénis**

Le Pénis encore appelé la verge, est situé au-dessus du scrotum en avant de la symphyse pubienne et comporte 2 parties à savoir la racine qui prend naissance dans le périnée antérieur et une portion postérieure : c'est la verge proprement dite qui reste mobile devant le scrotum.

A l'état de repos ou de flaccidité, elle est molle, verticale et forme avec la racine un angle à sinus postérieur et à l'état d'érection elle devient dure, plus longue, plus grosse et se redresse en haut et en avant prolongeant en quelque sorte la direction de la portion périnéale.

Ses dimensions sont très variables selon l'âge, les individus et l'état de repos ou d'érection. En moyenne chez l'adulte la portion libre mesure à l'état de repos 10 à 12 cm de long et 8 à 9 cm de circonférence ; et à l'état d'érection 16 à 18 cm de long et 11 à 12 cm de circonférence.

La verge proprement dite comporte 2 portions : le corps et le gland.

Microscopiquement, La verge est constituée par les organes érectiles (le corps spongieux traversé par l'urètre, les deux corps caverneux et le gland) entourés de leurs enveloppes.

Les corps caverneux sont deux cylindres, s'étendant des branches ischio-pubiennes au gland et recouverts par les muscles ischio-caverneux. Le corps spongieux impair et

médian, il est logé dans la gouttière inférieure que limitent les deux corps caverneux.

Quatre tuniques constituent les enveloppes de la verge à savoir une enveloppe fibro-élastique ou fascia profond du pénis qui engaine directement les corps érectiles ; une couche celluleuse, très lâche pauvre en graisse ; une enveloppe musculeuse (le dartos pénien) qui se continue en arrière avec le dartos scrotal et une enveloppe cutanée : la peau de la verge qui est fine et douée d'une très grande mobilité ; elle est assez pigmentée et couverte à sa base de poils.

Le prépuce qui recouvre le gland est formé par les 3 dernières couches, qui se prolongent en avant, se replient sur elles-mêmes et vont se fixer sur le sillon balano-préputial. A ce niveau, la peau se transforme en muqueuse qui s'étale sur la totalité du gland. Le ligament suspenseur rattache la verge à la paroi abdominale, au pubis et à la symphyse pubienne .

La vascularisation du pénis est assurée par les artères profondes (branches de l'artère pudendale interne) et artères superficielles (branches de l'artère pudendale externe .

Les veines du gland se concentrent en deux plexus pour donner la veine dorsale profonde de la verge et les veines superficielles se jettent dans la veine dorsale superficielle.

Les nerfs dérivent du système cérébro-spinal et du système sympathique . Le système cérébro-spinal est constitué de deux branches du nerf pudendal interne à savoir le nerf dorsal de la verge et le nerf périnéal. Les nerfs du système sympathique sont ceux issus du plexus hypogastrique et accompagnent les artères, forment autour d'elles des plexus : le plus important accompagne l'artère caverneuse ou artère profonde du pénis. Ces nerfs sont à l'origine des phénomènes vasculaires en particulier artériels de l'érection.

- **Le Scrotum** : Enveloppe cutanée des testicules et des épididymes , le scrotum est appendu au périnée uro-génital. Il est divisé en deux loges par le septum scrotal.

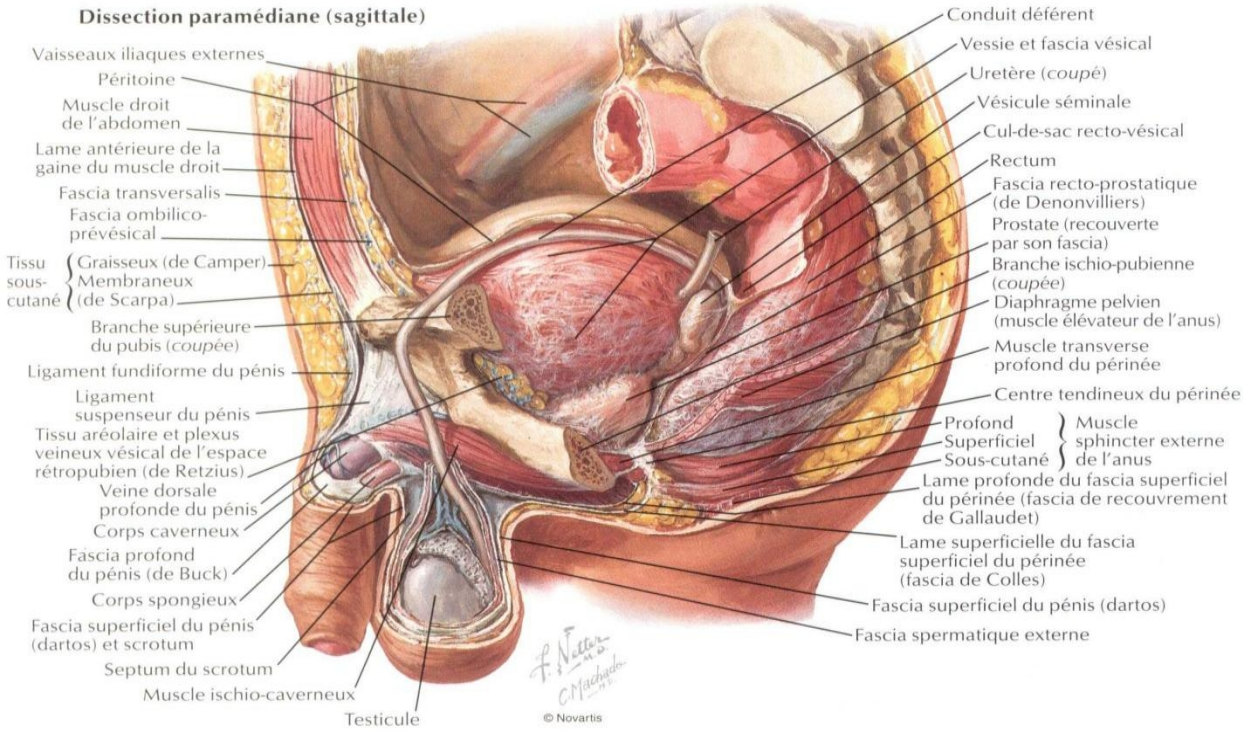


Schéma 1: Coupe sagittale de l'appareil génital masculin [45]

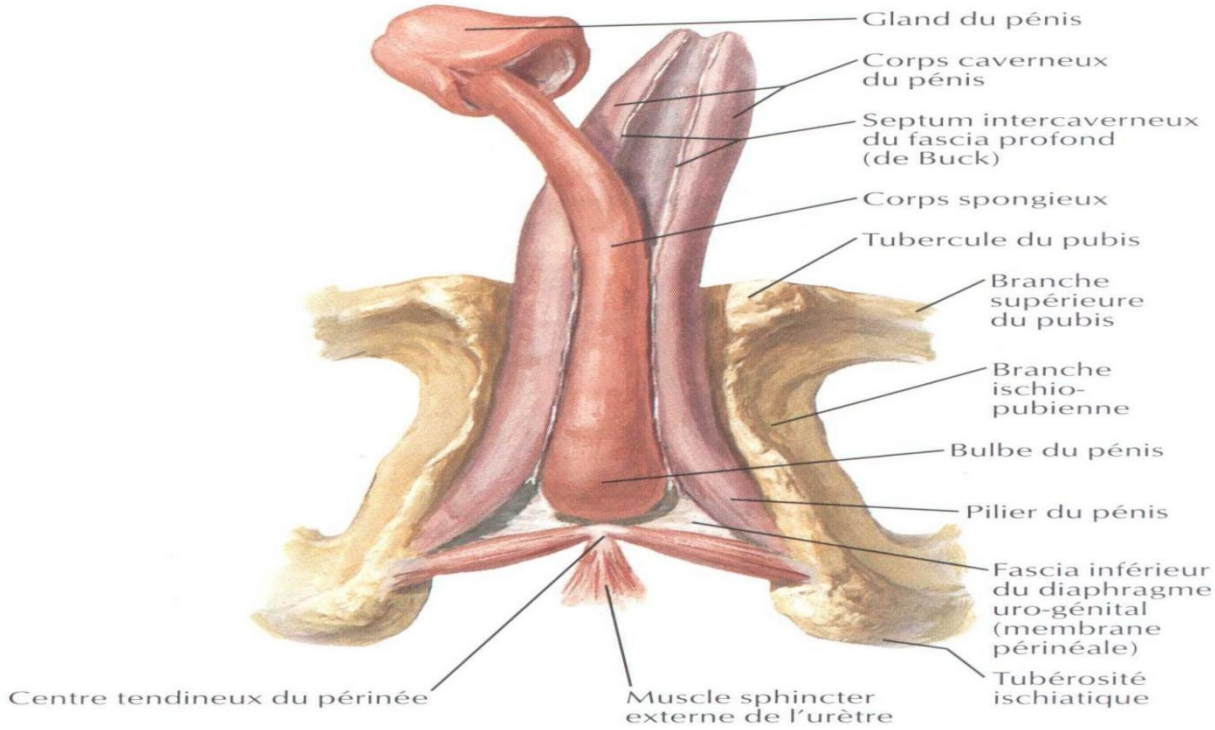


Schéma 2: Corps érectiles du pénis individualisés [45]

1.2.1.2. Les organes génitaux masculins internes

- **Les testicules**

Le testicule est un organe pair qui a une forme ovoïde, une consistance ferme, une surface lisse et brillante et une couleur nacrée. Ils logent dans le scrotum. Chaque testicule pèse en moyenne 20g et mesure 4,5 à 5 cm de longueur, 3 cm de diamètre antéro-postérieur et 2,5 cm d'épaisseur. Recouvert par des enveloppes,ils sont surmontés par les épididymes. Les moyens de fixité du testicule sont : le cordon spermatique, le mésorchium et le gubernaculum testis.

La structure testiculaire comporte un parenchyme recouvert par l'albuginée et la tunique vasculaire. L'albuginée est une tunique conjonctive, inextensible d'où partent des septulums divisant le testicule en 200 à 300 lobules. Il est irrigué par l'artère testiculaire, L'artère déférentielle et l'artère funiculaire . Quant aux veines, elles sont en disposition symétrique aux artères et s'organisent en deux groupes antérieur ou testiculaire , postérieur ou déférentiel. L'innervation est assurée par le plexus spermatique et le plexus vésiculo- déférentiel. C'est également ce dernier plexus qui innerve les canaux déférents, les vésicules séminales et les canaux éjaculateurs.

- **Les voies spermatiques**

Elles véhiculent les spermatozoides qui y poursuivent leur maturation et participent à l'élaboration du liquide séminal. On distingue l*es voies intra testiculaires* constituées par les tubes séminifères droits et les tubes contournés qui s'ouvrent dans le rete testis et l*es voies extra testiculaires* qui comportent les ductules efférents (font suite au rete testis), le conduit épididymaire, le canal déférent, le conduit éjaculateur et l'urètre masculin.

- **L'*épididyme***

Il repose sur le bord postéro supérieur du testicule en forme de grosse virgule et il

coiffe le testicule en cimier de casque. Il présente à décrire une tête(volumineuse et arrondie), un corps (triangulaire, prismatique) et une queue (aplatie). Il mesure 5 cm de long et 1 cm de large; son épaisseur décroit de la tête (5 mm) vers la queue (3 mm). Sa configuration interne comprend une albuginée en continuité avec celle testiculaire et un conduit épididymaire. II assure le stockage et le transport des spermatozoïdes. II permet également au spermatozoïde de condenser sa chromatine, d'acquérir sa mobilité et son pouvoir fécondant. Le transit épididymaire des spermatozoïdes est d'environ 15 jours.

- **Canal déférent**

C'est un conduit régulièrement cylindrique sauf à sa terminaison où son calibre augmente en même temps que sa surface devient irrégulière et se couvre de bosselures.

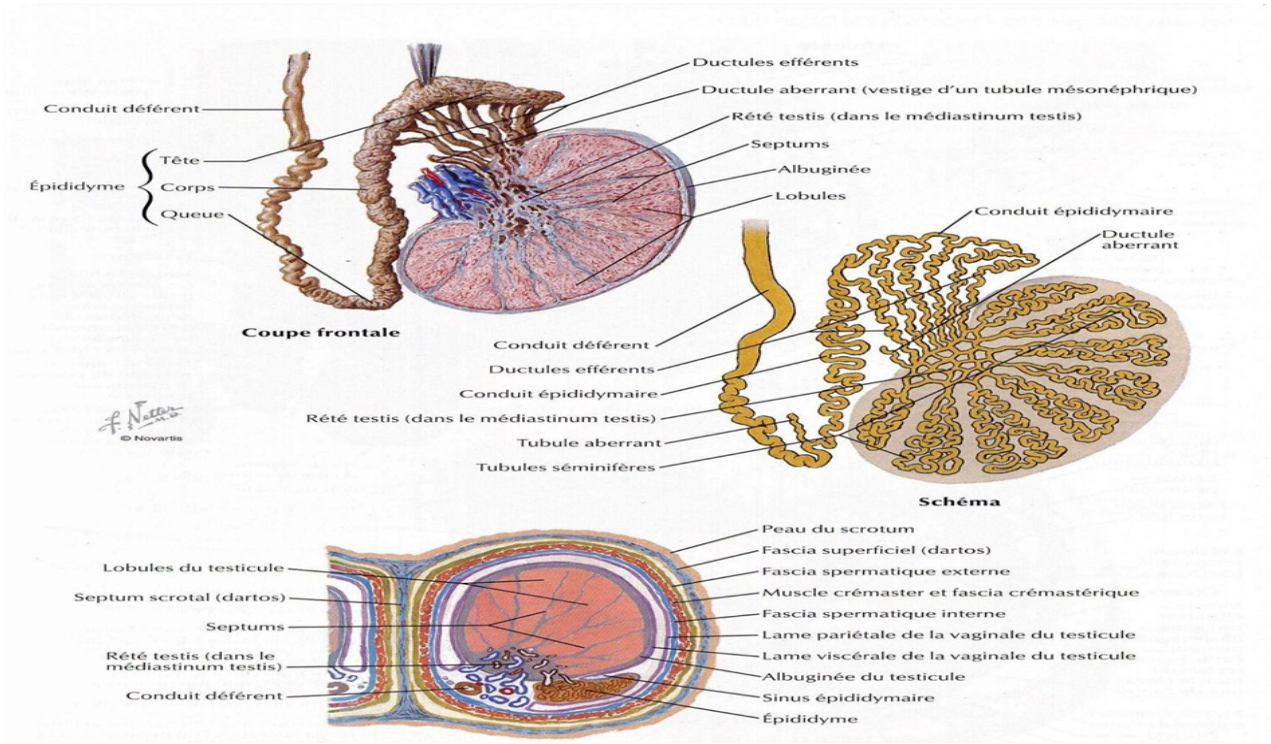


Schéma 3: Testicules , épididyme et voies spermatiques intra testiculaires au conduit déférent [45]

- **Les glandes annexes**

Elles sont associées aux voies spermatiques et participent à la formation du plasma

séminal . Il s’agit de :

- *Des 02 vésicules séminale*s qui produisent une part importante du liquide séminal. Ce sont des organes à parois bosselées, très irrégulières, de dimension très variables suivant les individus (de 12 à 77mm de long sur 15 à 30mm de large) et qui secrètent le plasma séminal contribuant au développement de la mobilté propre des spermatozoïdes.

-la *Prostate* organe musculo-glandulaire impair et médian, situé entre le fond de la vessie et le muscle transverse profond du périnée de 1 a 1,5 cm en arrière de la symphyse et en avant du rectum. La prostate est perforée par l'urètre et par les deux canaux éjaculateurs. Elle sécrète un liquide riche en enzyme (dont les phosphatases) et en prostaglandines, de couleur opaline, de faible viscosité et d’odeur caractéristique due à la spermine.

- *Les glandes bulbo-urétrales* encore appelées glandes de Mery-Cowper, constituées de deux petites masses glandulaires situées à la jonction de l'urètre spongieux dans l'épaisseur de l'aponévrose pénienne moyenne. Elles possèdent un canal excréteur relativement long chez l'homme adulte, qui atteint 30 à 40mm de long . Les sécrétions sont sous forme d’un épais mucus translucide qui s’écoule dans l’urètre spongieux.

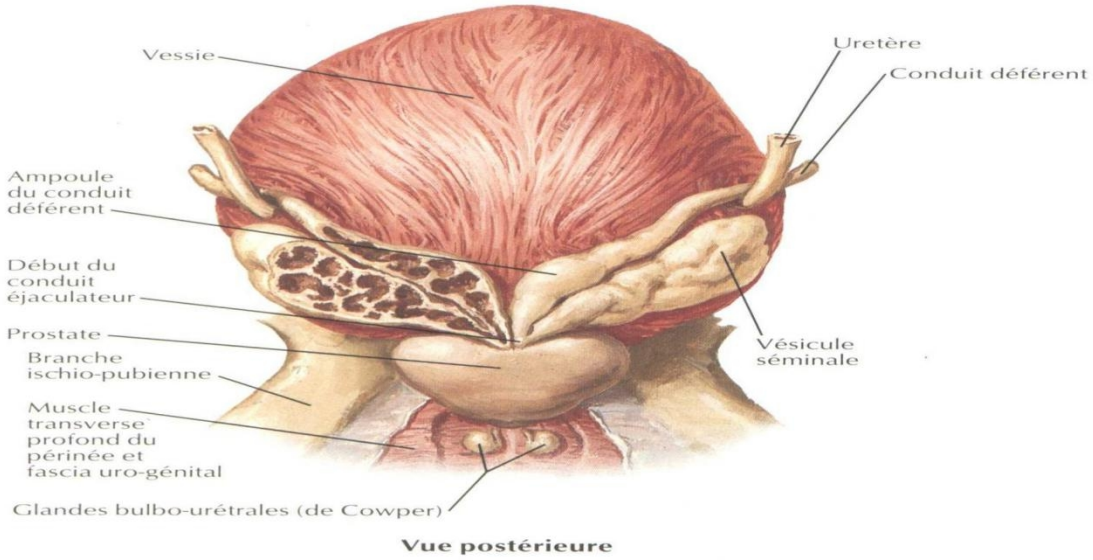


Schéma 4: Les glandes annexes des organes génitaux masculins [45]

1.2.2. Rappels physiologiques

Le testicule a une fonction double exocrine (production de spermatozoïdes) et endocrine (sécrétion des hormones sexuelles masculines)

1.2.2.1. Fonction exocrine : La spermatogenèse

La spermatogenèse est le processus par lequel les cellules germinales se différencient afin de donner des spermatozoïdes. Le cycle spermatique dure généralement 74 jours.

Au début de la spermatogenèse, les spermatogonies se multiplient et se différencient ; elles subissent des mitoses simples permettant le renouvellement de leur population puis donnent naissance aux spermatocytes. Les spermatocytes subissent des divisions méiotiques et donnent naissance aux spermatides. Ensuite les spermatides se transforment en spermatozoïdes : on parle de spermiogenèse . Elle comprend la phase de Golgi avec le développement de la vésicule acrosomique ; la phase de la cape au cours de laquelle se forme la cape acrosomique, début de la condensation nucléaire et le développement de la flagelle ; la phase acrosomique avec la différenciation de l'acrosome, l'élongation du noyau et du corps cellulaire puis la phase de maturation avec la différenciation des formes spécifiques d'espèces de l'acrosome et de la tête des gamètes mâles; la condensation nucléaire s'achève et le cytoplasme se réduit.

Les spermatozoïdes ainsi produits sont libérés dans la lumière des tubes séminifères : on parle de spermiation. Elle est déclenchée par les cellules de Sertoli.
La spermatogenèse se déroule physiologiquement à une température de 32 à 35°C . Deux hormones sont indispensables å cette spermatogenèse: la follicule FSH et la testostérone intra testiculaire.

1.2.2.2. Fonction endocrine testiculaire

Elle est assurée par les cellules de Sertoli et de Leydig. Après la puberté, le noyau arqué de l'hypothalamus sécrète de manière pulsatile toutes les 90 minutes la GnRH, transportée vers l'antéhypophyse qui sécrète les glycoprotéines LH et FSH.
La LH agit sur les cellules de Leydig pour stimuler la production de testostérone. Une partie de cet androgène agira en intra testiculaire sur les cellules de Sertoli pour initier la spermatogenèse. Selon les tissus, la testostérone libre joue le rôle de pro-hormone et sera métabolisée en di-hydro-testosterone (DHT) ou aromatisée en 17ß-estradiol. La FSH agit conjointement avec la testostérone intra testiculaire au niveau des cellules de Sertoli des tubes séminifères pour amplifier la spermatogénèse. La cellule de Sertoli secréte de façon indépendante de l'inhibine B dont la production double sous l'effet de la FSH et l'androgen binding protein (ABP), transporteur local des stéroides testiculaires. La testostérone plasmatique circule sous forme libre (2%) ou faiblement liée à l'albumine (38%) et sous forme inactive (60 %) liée à la testicular binding globuline(TeBG). Avec l'inhibine B et le 17ß-estradiol, la testostérone assure un rétrocontrôle long sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, complémentaire et synergique pour le maintien de la spermatogenèse. Les rétrocontrôles courts sont assurés par la cellule de Sertoli sur la stéroidogenèse des cellules de Leydig.

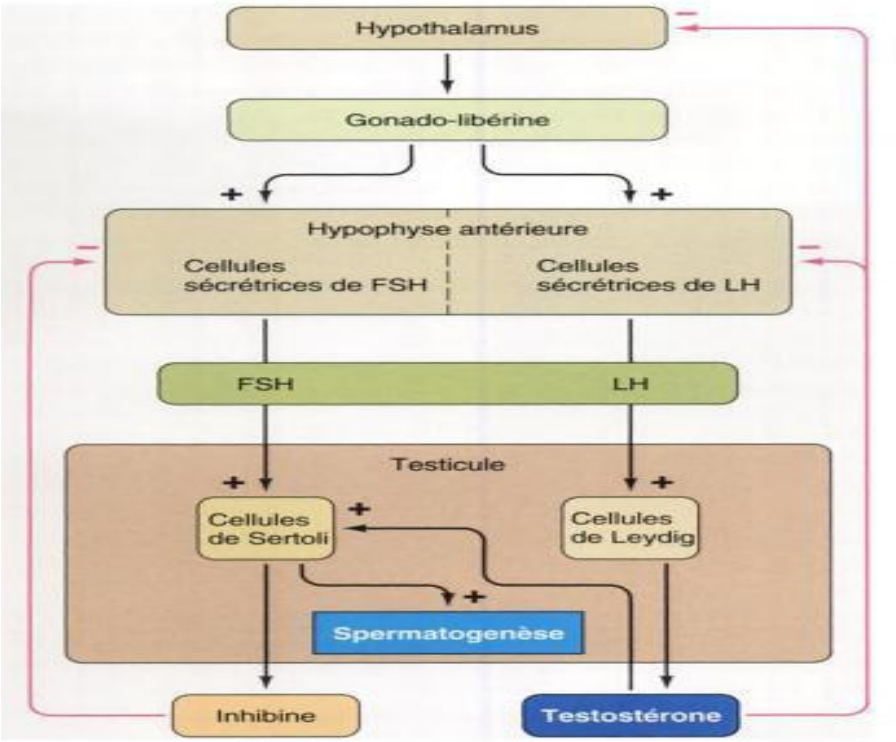


Schéma 5: Régulation hormonale de la spermatogenèse **[47]**

1.3. ORGANES GENITAUX FEMININS [21,48]

1.3.1. Rappels anatomiques

L'appareil génital féminin est divisé en deux grandes parties à savoir : le haut appareil constitué de l'utérus, des trompes et des ovaires ; et le bas appareil constitué du vagin, de la vulve et des glandes annexes.

1.3.1.1. Haut appareil génital féminin

- **Utérus**

L'utérus est un muscle creux qui a la forme d'un tronc de cône à sommet inférieur. Il présente dans sa partie moyenne un léger rétrécissement, l'isthme utérin qui sépare l'utérus en 2 parties : au dessus de l'isthme, le corps utérin ; au dessous de l'isthme, le col utérin dont la portion intra-vaginale, est visible au spéculum et accessible au doigt par le toucher vaginal et le toucher rectal. Celle-ci est percée à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col qui se prolonge vers le haut, à l'intérieur de l'utérus, par

le canal cervical.

L'utérus a pour fonction de recevoir l'œuf après la fécondation et la migration, le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et l'expulser lors de l'accouchement. Il est le siège de modifications biologiques au cours du cycle menstruel et constitue l'origine des règles, par sa muqueuse qui desquame périodiquement.

- **Les ovaires**

Organe pair au nombre de deux, ce sont de véritables glandes génitales femelles qui produisent des cellules reproductrices (ovules : fonction exocrine) et synthétisent les hormones sexuelles (œstrogènes et progestérones : fonction endocrine). Ils ont la forme d'une amande de 2.5 à 5 cm de grand axe.

On distingue à l'ovaire un cortex et une medulla. La médulla contient des vaisseaux sanguins importants qui pénètrent par le mésovarium. Le cortex contient des follicules à des stades différents : follicules primordial, primaire, secondaire, tertiaire, mûr et les corps jaunes.

A la fin de son développement, le follicule atteint un diamètre de 20 à 25 mm en moyenne et est appelé follicule mûr ou de de GRAAF

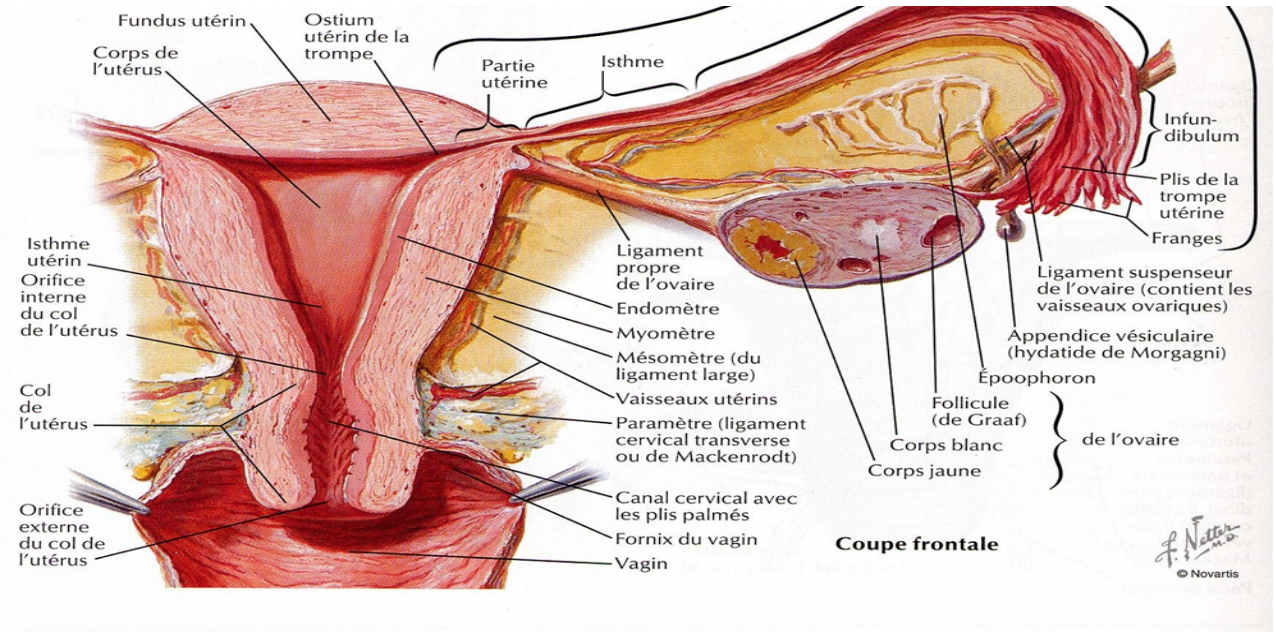


Schéma 6: Appareil génital féminin : Coupe frontale [45]

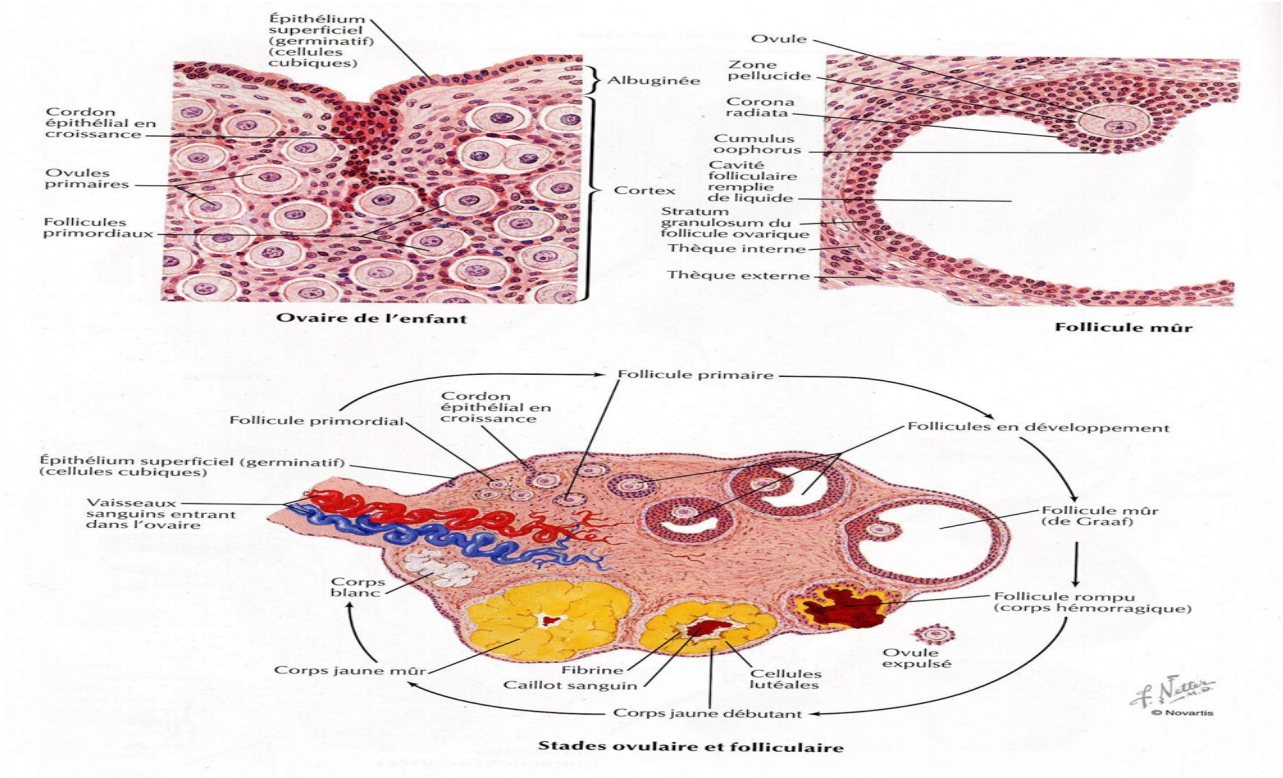


Schéma 7: Folliculogenèse et ovulation [45]

- **Les trompes utérines ou de Fallope**

Au nombre de deux aussi, ce sont les conduits légèrement flexueux qui rattachent les cornes utérines et s'ouvrent dans la cavité péritonéale au contact de l'ovaire. Elles comportent de l'extrémité distale vers celle proximale 4 portions qui sont le pavillon, l'ampoule, l'isthme, la portion interstitielle. La paroi comprend 4 tuniques : une muqueuse interne avec des replis très développés surtout dans l'ampoule avec un épithélium simple et un chorion très vascularisé sans glandes, une musculeuse sous-jacente faite de faisceaux de fibres musculaires lisses en 2 couches : une interne circulaire et une externe plexiforme, une sous-séreuse conjonctivo-élastique renfermant des fibres musculaires lisses, une séreuse péritonéale avec le conjonctif sous-mésothélial.

Lors de l'ovulation, les franges tubaires s'approchent de l'ovaire et captent l'ovocyte entouré du cumulus et d'une partie du liquide folliculaire. La progression de l'ovocyte

est assurée par les contractions de la musculeuse, les battements des cils vibratils et la circulation du liquide tubaire. Le fluide tubaire permet la survie des gamètes et de l'œuf.

1.3.1.2. Bas appareil génital féminin

- **Le vagin**

Le vagin est un conduit musculo-membraneux qui s'étend de son insertion sur le col utérin jusqu'à la vulve. Il est souple, élastique, contractile et aplati en ventro-caudal. . Sa compliance est très importante, elle est maximale lors de l'accouchement et diminue après la ménopause.

- **La vulve**

Elle est constituée par le Mont du pubis, les formations labiales, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires. Elle se présente comme une saillie ovoïde avec une fente médiane, la fente vulvaire qui sépare les grandes lèvres. En écartant les grandes lèvres, on découvre deux replis, les petites lèvres qui délimitent avec l'hymen le vestibule.

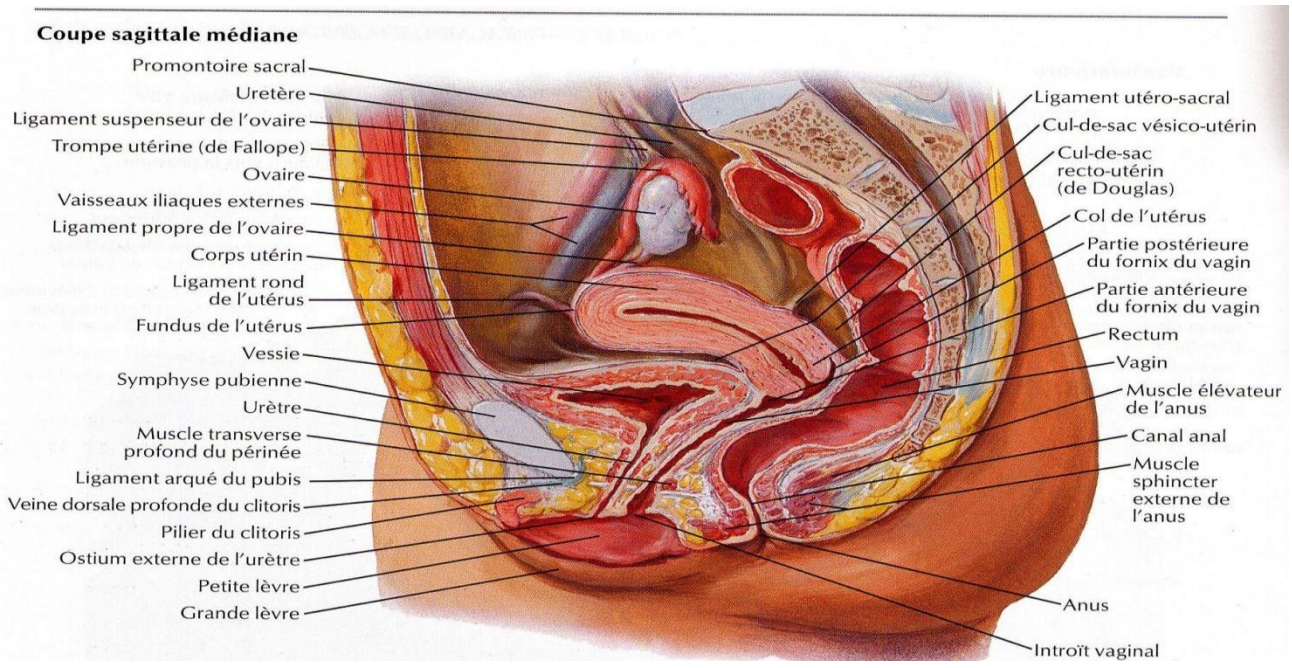


Schéma 8: Coupe sagittale de l'appareil génital féminin [45]

1.3.2. Rappels physiologiques

1.3.2.1. Fonction endocrine ovarienne ou la régulation du cycle menstruel

L'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien intervient dans le contrôle de la fonction de reproduction. Les organes et hormones impliqués dans l'axe gonadotrope chez la femme sont :

+l'hypothalamus

Des neurones hypothalamiques secrètent la *GnRH* . Cette sécrétion présente, comme chez l'homme, la particularité d'être pulsatile toutes les 60 à 90 minutes en moyenne. La GnRH est véhiculée par le Système Porte Hypothalamo-Hypophysaire de l'hypothalamus à l'hypophyse antérieure, ou adénohypophyse. La GnRH stimule la sécrétion de deux hormones par les cellules endocrines gonadotropes de l'adénohypophyse : la FSH et la LH.

+L'hypophyse

FSH et LH sont véhiculées dans l'ensemble de l'organisme par la circulation sanguine. FSH et LH stimulent les cellules endocrines de l'ovaire. Ces cellules ovariennes secrètent deux types d'hormones : les œstrogènes (dont l'œstradiol), et la progestérone.

+Les ovaires

Œstrogènes et progestérone, véhiculées par la circulation sanguine, agissent au niveau de divers organes cibles dits organes effecteurs, permettant la réalisation de la fonction de reproduction. De plus, ces hormones agissent en rétroaction au niveau de l'hypothalamus et de l'hypophyse. C'est la régulation par feed-back des anglo-saxons.

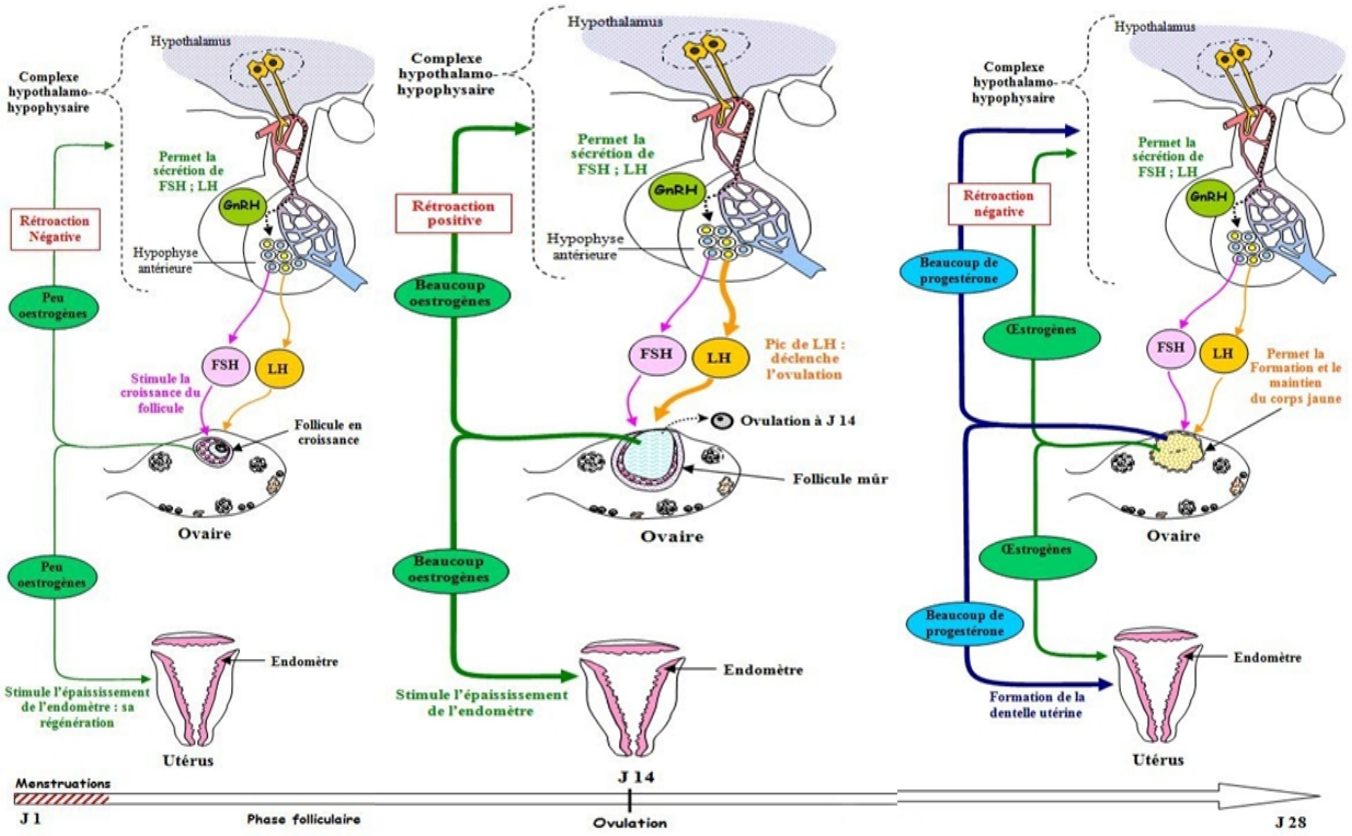


Schéma 9 : axe hypothalamo-hypophyso-ovarien chez la femme [27]

1.3.2.2. Le cycle menstruel

Le cycle menstruel de la femme dure en *moyenne* 28 jours (***21 à 35 jours***). On lui distingue quatre phases :

-*Phase préovulatoire ou phase oestrogénique* : La GnRH stimule la production de FSH et de LH, qui stimulent la production d'œstrogènes par les cellules folliculeuses de la thèque interne et de la granulosa du follicule ovarien. Ces œstrogènes inhibent en retour l'axe hypothalamo-hypophysaire. Ensuite, la fréquence des pics de GnRH augmente progressivement. Ceci conduit à une légère augmentation de la sécrétion de FSH et de LH, et ainsi à une hausse de la sécrétion d'œstrogènes. Quand les œstrogènes atteignent la concentration plasmatique seuil de 200 pg/mL, ils exercent une rétroaction positive sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. Les œstrogènes stimulent la prolifération de la muqueuse utérine qui augmente d'épaisseur.

-*Ovulation* : elle correspond à la rupture d'un follicule « mûr » ou follicule de de Graaf, libérant alors au niveau de l'ampoule de la trompe utérine qui le capte , un ovocyte prêt à être fécondé. La rétroaction positive des œstrogènes (en concentration plasmatique supérieure à 200 pg/mL) induit une forte stimulation des sécrétions de GnRH, FSH et LH. Ceci conduit à un pic de LH très important, et dans une moindre mesure à un pic de FSH. Le pic de LH a pour conséquence de déclencher l'ovulation, qui a lieu au 14ème jour d'un cycle de 28jours, 36 heures après le pic sécrétoire de LH.

-Phase post-ovulatoire ou phase lutéale : Le follicule ovarien transformé en corps jaune produit de la progestérone. Cette hormone exerce une rétroaction négative sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, réduisant ainsi les sécrétions de GnRH, FSH et LH. Dans le même temps, la synthèse d'œstrogènes par l'ovaire diminue : leur concentration plasmatique repasse sous la valeur-seuil de 200 pg/mL, et ces hormones retrouvent un rôle de rétroaction négative. Le corps jaune va sécréter la progestérone et de l'œstradiol en quantité réduite toutefois.

-La phase de menstruation : c'est la desquamation de l'endomètre utérin se traduisant par des pertes sanguines. L'arrêt de l'activité du corps jaune en absence de fécondation entraîne une chute des concentrations plasmatiques des hormones ovariennes (notamment de la progestérone), et donc une forte diminution de l'inhibition qu'elles exercent sur l'axe hypothalamo- hypophysaire. Les concentrations de FSH et de LH peuvent ainsi recommencer à augmenter : un nouveau cycle débute.

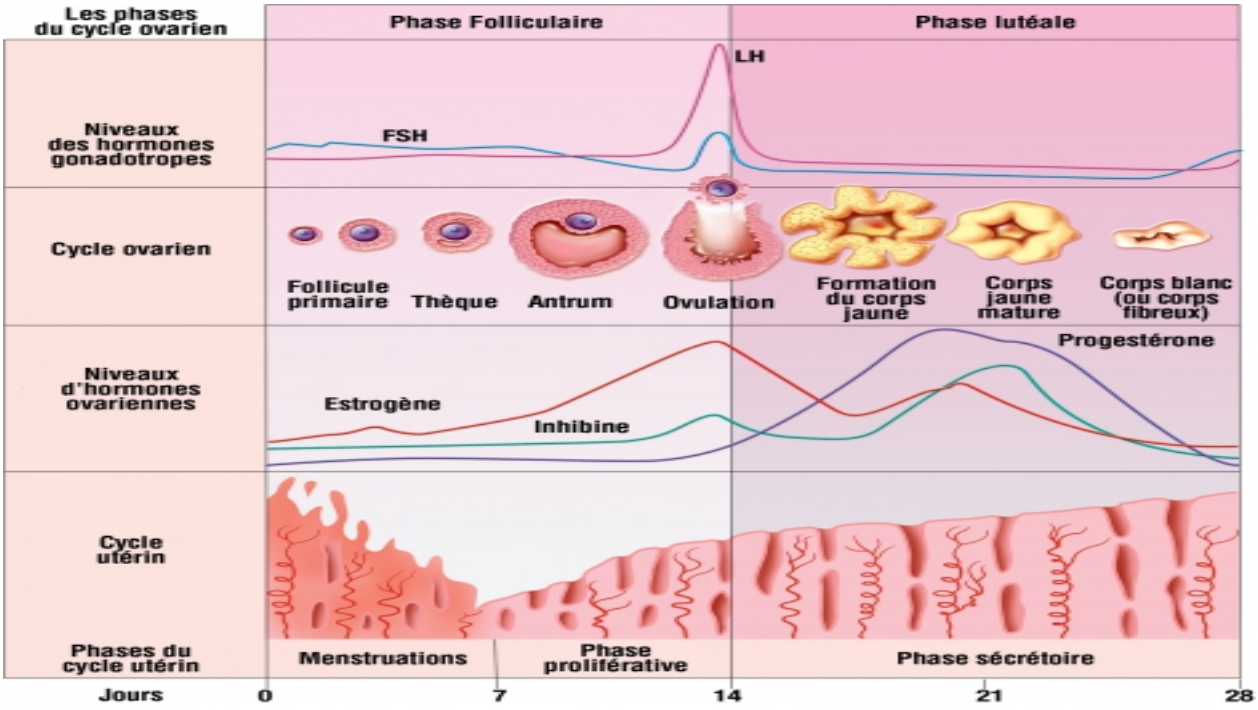


Schéma 10: Cycle menstruel [27]

1-4- La fécondation et les premières étapes de la vie [21,48]

La fécondation est réalisée par la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule puis par la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des gamètes haploïdes pour donner une cellule œuf diploïde. Elle a lieu au niveau du tiers externe de la trompe dans l'ampoule tubaire. L'œuf qui en résulte ou zygote commence aussitôt sa migration tubaire. Pendant 2 à 3 jours, il se déplace dans la trompe de Fallope tout en se divisant en 2, 4, 8,16 blastomères. Le 4e jour, au stade de Morula, il parvient dans la cavité utérine où il reste libre environ deux jours avant d'adhérer à la muqueuse endométriale, le 6e jour au stade de blastocyste, c'est l'implantation ou nidation.
Une fois bien implanté, l'œuf continue son développement pour devenir un embryon puis un fœtus.

1-5- Etiologies de l'infertilité du couple [21, 26,40]

Dans un couple infertile, la cause est d'origine féminine dans 30% des cas, masculine dans 30% des cas, partagée dans 30% des cas et inexpliquée dans environ 10% dernier cas.

1-5-1- Chez la femme

- **Anovulations et dysovulations**

Les ovulations de mauvaise qualité sont caractérisées par une phase lutéale courte et/ou défectueuse, avec une sécrétion insuffisante de progestérone.

C'est une cause très fréquente d'infertilité féminine (près de 20 % des cas d'infertilité du couple). Leur diagnostic est le plus souvent évident devant l'existence d'une aménorrhée ou d'irrégularités menstruelles , mais des cycles réguliers n'éliminent pas une anovulation. La courbe ménothermique ou un dosage de progestérone en deuxième partie de cycle doit être systématique.

Pour les anovulations, par fréquence décroissante, il peut s'agir d'un syndrome des ovaires polymicrokystiques (anovulation chronique avec élévation des androgènes ou élévation du rapport LH/FSH, insulinorésistance, échographie ovarienne) ; d'une hyperprolactinémie ; d'une insuffisance ovarienne primitive (FSH élevée, estradiol bas ; intérêt possible du dosage d'AMH [hormone antimullérienne] et du nombre de follicules antraux à l'échographie ovarienne) ou d'un déficit gonadotrope (FSH et LH basses), dont il faudra déterminer l'étiologie ; d'une cause psycho-nutritionnelle (stress, activité physique intense, restriction alimentaire et pondérale). Plus rarement, c'est une cause endocrinienne qui sera retrouvée : dysthyroïdie (surtout hypothyroïdie) ou hyperandrogénie surrénalienne.

- **Obstacles mécaniques**

a. Anomalies du col utérin et insuffisance de glaire cervicale

Elles sont la conséquence de sténoses cervicales apparues après conisation, curetage ou diathermocoagulation de l'endocol. Ces lésions peuvent être responsables d'une pathologie de la glaire cervicale et constituent l'indication de choix aux inséminations intra-utérines avec sperme du conjoint (IAC). En dehors de ces cas, les causes responsables d'une absence de glaire sont difficiles à identifier.

b. Obstacle utérin

Ce sont les malformations utérines avec cloisonnement, ou des synéchies infectieuses ou secondaires à des manœuvres endo-utérines du post-partum ou après une interruption de grossesse. Dans d'autres cas, il peut s'agir de polypes muqueux, de fibromes sous-muqueux ou d'une hyperplasie endométriale. Le rôle de ces anomalies dans l'infertilité doit être regardé de façon critique car, en dehors d'un volumineux fibrome sous-muqueux, elles expliquent rarement l'infertilité. L'existence d'un endomètre fin < 5 mm par hypoestrogénie doit faire rechercher un utérus irradié lors d'un traitement de cancer de l'enfant avec séquelles importantes de la vascularisation

c. Obstacle tubaire

Il s'agit d'une cause majeure d'infertilité féminine. Le plus souvent l'obstacle tubaire est secondaire à une salpingite (parfois passée inaperçue), un traumatisme chirurgical ou une endométriose. Les salpingites sont des causes majeures d'infertilité féminine, elles peuvent être engendrées par la tuberculose, les MST, les infections du postpartum et du post-abortum, les lésions tubaires inflammatoires secondaires à une maladie de voisinage.

D'autres facteurs tubaires responsables de l'infertilité sont : l'endométriose ; la grossesse extra-utérine , les interventions abdomino-pelviennes , les anomalies congénitales des trompes.

- **Endométriose**

Une endométriose modérée, asymptomatique n'est pas la cause de l'infertilité. Des lésions endométriosiques sont retrouvées chez 50 % des femmes consultant pour « infertilité idiopathique ».

- **Les Facteurs immunologiques** [49, 50]

Dans ce cas, il existe chez la femme des anticorps agissant sur les spermatozoïdes. Ces allo- anticorps peuvent se trouver chez la femme dans la glaire cervicale et rarement

dans le sérum.

- **Les infertilités psychogènes** [49, 50]

Elles revêtent plusieurs aspects dont :

- ✓ l'identification du mari ou du conjoint au père avec l'existence d'un sentiment de culpabilité dû à l'idée d'inceste, le poids des relations de la femme avec sa mère,
- ✓ l'extrême fidélité filiale où la femme refuse de déloger sa mère de sa position en devenant elle-même une mère, ou l'image maternelle négative dont la femme ne voulant pas ressembler à sa mère, avec qui elle entretient des relations conflictuelles, refuse intérieurement de concevoir,
- ✓ le refus de s'identifier à la mère pour éviter les souffrances «atroces» vécues avec elle au niveau du foyer ;
- ✓ le narcissisme : la femme recherche une éternelle jeunesse, refusant de vieillir .Conduire une grossesse sous entend qu'on accepte de perdre ses qualités physiques, et qu'on accepte aussi de s'identifier à sa mère vieillissante, et d'entrevoir l'approche de sa propre mort ;
- ✓ certains traumatismes affectifs (perte d'un parent, séparation, abandon) ; un climat familial détérioré pendant l'enfance surtout au sein d'un foyer polygame ; les troubles de l'identité sexuelle.

1.5.2. Chez l'homme [40]

Les infertilités masculines peuvent être expliquées par 3 principaux mécanismes dont la fréquence est inégale :

- ✓ **Cause dite pré-testiculaire :** un hypogonadisme hypogonadotrope sévère qui empêche ou interrompt l'activation testiculaire nécessaire à la production de spermatozoïdes

- ✓ **Cause testiculaire :** Il s'agit des maladies primitivement testiculaires altérant le déroulement de la spermatogenèse
- ✓ **Cause post testiculaires ou obstacles :** Il s'agit des affections ou lésions empêchant l'évacuation des spermatozoïdes en dehors du testicule

1.5.2.1 Causes pré-testiculaires

- ➢ **Hypogonadisme primaire**

Il correspond à l'absence de signes pubertaires après 14 ans. . On note une absence des caractères sexuels primaires. Le volume testiculaire est inférieur à 4 ml avec une petite verge,un scrotum lisse rétracté et glabre, des épididymes et une prostate non développée. Les caractères sexuels secondaires et tertiaires sont également effacés. Le patient est alors infertile par azoospermie sécrétoire [51].

- ➢ **Hypogonadisme secondaire**

Il est marqué cliniquement par une hypotrophie testiculaire également, une raréfaction modérée de la pilosité et de la barbe, une gynécomastie, une diminution de la libido et de l'activité sexuelle [51].

1.5.2.2. Causes testiculaires

- ➢ **Anomalies génétiques**

Des mutations ou des délétions de certains gènes peuvent ainsi être responsables d'une altération de la spermatogenèse suite à une interruption d'une ou de plusieurs étapes de la cascade conduisant à la formation d'un spermatozoïde haploïde à partir d'une spermatogonie diploïde. [52]

- ➢ **Anomalies chromosomiques**

La spermatogenèse testiculaire peut être aussi directement affectée par des anomalies chromosomiques touchant les gonosomes (chromosomes sexuels X ou Y) ou les

autosomes [53]. Le syndrome de klinefelter constitue une cause majeure d'infertilité masculine puisque trouvé chez près de 15% des hommes azoospermiques [54]. II s'agit d'une anomalie chromosomique de nombre caractérisé par la présence d'un chromosome X supplémentaire dans un caryotype masculin [55].

- **Autres anomalies testiculaires**

La spermatogenèse peut être affectée considérablement et directement par des agressions physiques,chimiques et infectieuses notamment certaines chimiothérapies anticancéreuses, la radiothérapie touchant la sphère pelvienne ou scrotale, les oreillons, les traumatismes testiculaires de toute nature peuvent aussi provoquer une altération profonde de la spermatogenèse. Citons aussi les stérilités consécutives à des orchidectomies pour cancer testiculaire. La cryptorchidie, qu'elle soit isolée ou dans le cadre plus complexe d'une anomalie globale du développement sexuel, est associée, lorsqu'elle est sévère et bilatérale, à des atteintes partielles (oligospermie) ou complètes (azoospermie) de la spermatogenèse [56].

1.5.2.3. Causes post-testiculaires

- **Agénésie bilatèrale des canaux déférents (ABCD) [55]**

Il s'agit d'une maladie génétique autosomique récessive fréquente, liée à des mutations bi-alléliques du gène CFTR qui est aussi responsable de la mucoviscidose. La palpation ne retrouve pas le canal déférent au sein du cordon spermatique lors de l'examen clinique. Les testicules sont normaux.L'etude du sperme retrouve une absence totale de gamètes sur une hypospermie < 2 ml. Le pH est acide et les marqueurs épididymaires sont effondrés. L'échographie endorectale confirme le diagnostic devant l'absence d'ampoules déférentielles.

- **L'obstruction des canaux éjaculateurs**

- ✓ *Obstruction épididymo-déférentielle post-infectieuse*

Elle est la conséquence d'une prostatite, d'une épididymite, d'une infection à chlamydia, tuberculose génitale ou autres.

✓ *Les séquelles chirurgicales*

L'obstruction des canaux déférentiels suite à une cure de hernie inguinale chez le petit enfant ou encore une obstruction des canaux éjaculateurs sur une chirurgie du col vésical, de la prostate, d'une ablation de kystes séminaux.

1.5.2.4. Infertilités masculines idiopathiques [1]

Elles seraient à l'origine de près de 50% des infertilités. Il s'agit d'hommes ayant une fonction gonadotrope normale et chez qui l'exploration des voies excrétrices n'a pas permis de mettre en évidence d'obstacle. Chez ces patients le caryotype et les explorations génétiques de première ligne ne montrent pas d'anomalie.

1.6.Approches thérapeutiques du couple infertile [38,39,57,58,61,62,63,64]

La démarche thérapeutique doit s'inscrire dans celle du couple et tenir compte de la fertilité féminine. Quelques infertilités ont un traitement spécifique. Dans les autres cas, notamment les plus sévères, les progrès récents de l'assistance médicale à la procréation ont modifié le pronostic des infertilités.

L'objectif du traitement est de restaurer une fertilité spontanée en corrigeant les facteurs étiologiques curables avant de passer aux techniques de procréation médicalement assistée.

1.6.1. Traitements chirurgicaux

Différentes techniques chirurgicales existent et s'exploitent spécifiquement en fonction du type d'étiologie. Nous pouvons citer:

La chirurgie tubaire ou plastie tubaire par microchirurgie ou cœliochirurgie indiquée dans les stérilités féminines à trompes altérées (séquelles d'infection tubaire, lésions d'endométriose.). Elle a pour but de désobstruer la trompe ou de reconstituer le pavillon de l'ampoule tubaire.

La chirurgie a peu d'indications dans la stérilité masculine. On peut y avoir recours en cas d'azoospermie par obstruction épididymo-déférentielle (Anastomose) ; de varicocèle opérée en fonction de son importance.

1.6.2. Traitements médicaux

Un traitement antibiotique est instauré devant tout contexte d'infection génitale, aussi bien chez l'homme que chez la femme, l'infection étant la première cause de stérilité. On peut avoir recours à la corticothérapie pour son action immunosuppressive dans le cadre de la stérilité immunologique qu'elle soit d'origine féminine ou masculine, en cas d'échec, un recours aux techniques d'AMP sera envisagé.

Tout dérèglement hormonal peut avoir une répercussion sur la fonction de reproduction, ainsi on peut avoir recours aux hormones pour pallier à leur absence ou insuffisance, ou encore les contrer lorsqu'elles sont sécrétées en excès. L'utilisation des hormones chez l'homme peut être indiquée en cas d'hypogonadisme d'origine hypophysaire pour restaurer la spermatogenèse. Le traitement consiste à l'association d'injections de gonadotrophines hMG (hormones extraites d'urines de femmes ménopausées remplaçant l'action naturelle de la FSH et LH) et de HCG (mimant l'action de LH) en IM . En cas de pathologie d'origine hypothalamique, un traitement par pompe à GnRH délivrant de manière pulsatile l'hormone déficiente peut être proposé.

Chez la femme, on aura recours aux hormones pour traiter les troubles de l'ovulation dont la majorité se traduisent par des anomalies hormonales. Il existe un traitement approprié à certains dérèglements hormonaux :

- L'hyperprolactinémie peut se traiter par un agoniste de la dopamine et trois molécules peuvent être utilisées à savoir la bromocriptine, le lisuride et le pergolide.

- un abaissement de la progestérone signant une insuffisance lutéale peut être corrigé par un progestatif

En l'absence de causes identifiées, les troubles de l'ovulation se traitent par des

hormones qui suppléent à la déficience des sécrétions hypophysaires. Ces traitements ont pour but de stimuler l'ovaire afin d'induire une ovulation ou plusieurs (afin d'augmenter les chances de fécondation).

1.6.3. Abstention thérapeutique

En dehors de toute stérilité définitive, le temps reste le meilleur traitement de l'infertilité, lorsqu'il est possible d'attendre (femme jeune), avant d'entreprendre un traitement lourd non dénué de risques.

1.6.4. Prise en charge psychologique

La conception et l'initiation d'une grossesse dépendent de facteurs biologiques mais impliquent aussi des comportements affectifs humains: réalité du désir d'enfant et projet parental, vie intime. Aussi un soutien psychologique peut amener à la guérison ou permettre de mieux supporter les traitements, l'attente et parfois d'accepter l'échec.

1.6.5. Aide médicale à la procréation

Les Procréations Médicalement Assistées ou techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) sont l'ensemble des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle dans le but d'obtenir une grossesse chez un couple qui sans cela risquerait de demeurer infécond. Ces techniques peuvent aussi s'appliquer dans le cas de risques importants de transmission à l'enfant de maladies graves et incurables de façon à ne transférer que les embryons qui en seraient indemnes. Malgré leur succès, les techniques d'AMP restent un traitement symptomatique de l'infertilité lorsque la cause n’a pas été identifiée et/ou corrigée.

Le choix de la technique d'AMP se fait en concertation avec le couple, clinicien et le biologiste. Il dépend bien sûr du bilan d'infertilité des deux membres du couple, de l'âge de la partenaire, du délai d'infertilité. Les techniques d' AMP incluent en théorie :

- l'insémination intra-utérine ,
- la fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIV classique ou avec micro-injection du spermatozoïde),
- le transfert d'embryon congelé.

Mais ces trois techniques peuvent également se décliner en de multiples variantes: recours à un tiers donneur, cycle naturel, culture prolongée, Intracytoplasmic morphologically selected sperm injection (IMSI), AMP en contexte viral.

1.7. Répercussions psychologiques et sociales de l'infertilité [43,44]

L'infertile représente une difficulté majeure dans la vie d'un être humain que ce soit du côté de l'homme ou de la femme. La femme et l'homme forment une union qui est singulière, qui a ses propres habitudes et modes de vie. Chaque couple réagit différemment à l'infertilité et dans un même couple, les deux partenaires vont également avoir des réactions toutes autres.

Ainsi, de nombreux défis et contraintes associés aux traitements de fertilité entraînent pour plusieurs un stress considérable, lequel peut engendrer des conséquences sur les plans psychologique, conjugal ou sexuel chez un membre du couple.

Les conséquences au plan social sont également très importantes et l'influence des facteurs culturels encore moins négligeable.

1.7.1. Chez l'homme

En cas d'infertilité, 22% des hommes développent une dysfonction érectile modérée ou sévère. Les hommes dont l'origine de l'infertilité est inexpliquée ou mixte ont plus de troubles de l'érection ou de l'éjaculation que ceux dont l'origine de l'infertilité est masculine ou féminine.

L'identité sexuelle masculine est rapidement ébranlée par l'infertilité avec

l'apparition de doutes sur la virilité.
Parfois la réaction de l'homme est directe avec une réponse psychologique forte à type de culpabilité, de honte, qui amène à des troubles sexuels transitoires . On peut parler d'impuissance psychogène.
Ainsi l'homme peut être amené à diminuer de lui-même la fréquence de ses rapports sexuels qui permet d'échapper à la frustration.
Une étude révèle une diminution du désir sexuel et du plaisir chez les hommes dès le diagnostic d'infertilité.
Pour d'autres cela suscite une « anxiété de performance reproductive », engendrant souvent des pannes sexuelles qui entravent alors le traitement ou au contraire, une recherche d'activité sexuelle accrue pour tenter de déjouer la menace qui pèse sur leur virilité.
la détérioration sexuelle semble apparaître tardivement chez les hommes parfois après 6 ans d'infertilité. Ces troubles sexuels sont mal vécus. Ils sont souvent transitoires. Ils témoignent l'impact culturel liant la virilité à la fécondité .
L'absence d'un enfant dans un couple engendre des drames sociaux entre autres : divorce, polygamie, rejet et frustration.
Certains patients éprouvent de la culpabilité face à leur diagnostic ou encore un un complexe d'infériorité et le sentiment de honte.
Certaines croyances culturelles attribuent l'infertilité à la sorcellerie d'où les consultations chez des tradipraticiens.
Des études ont démontré que la dépression diminue les chances de succès et entraîne un échec encore plus important du traitement.

1.7.2. Chez la femme

Le désir de grossesse, la sexualité féminine est rapidement subordonnée à la procréation. Elle devient un moyen et non une fin en soi. Progressivement et

paradoxalement, la femme cherche à avoir de plus en plus de rapports sexuels alors qu'elle en a de moins en moins envie.
Elle devient rapidement dyspareunique, voire anorgasmique, et les relations sexuelles féminines peuvent en être rapidement dégradées.
Souvent les femmes infertiles recherchent plutôt une symbiose avec leur partenaire qui est souvent idéalisé, et demande plus de tendresse non génitale que les autres, ce que la littérature anglosaxonne, qualifie de relations romantiques. On observe une désorganisation de la vie sexuelle des femmes infertiles .
Certaines études stipulent que la femme supporte sans doute mieux que l'homme la responsabilité éventuelle de l'infertilité et le parcours difficile qui peut en découler. Peut-être parce que depuis la nuit des temps l'infécondité lui était toujours imputée, témoin les répudiations qui jalonnent l'histoire .
Bien entendu, comme chez l'homme, le fait de ne pouvoir concevoir génère des interrogations relatives à l'identité sexuelle féminine et au rôle maternel dans la sphère sociale.
Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, plusieurs études concluent que l'expérience même de l'infertilité est vécue de façon très stressante par les femmes, aboutissant à la dépression, l'anxiété. Les problèmes de santé psychologique sont plus fréquemment retrouvés chez les femmes infertiles que chez les hommes. Elles sont plus vulnérables que les hommes et sujettes à des baisses d'estime de soi et à des troubles de santé mentale . Cette vulnérabilité est alors attribuée à leur intense désir de maternité .
Il semble évident que pour ces femmes qui vivent alors leur sexualité sur un mode douloureux, la fréquence des rapports sexuels chute, d'autant plus que le partenaire se sent parfois coupable.

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1- Cadre

Notre étude s'est déroulée à Pahou.
Pahou est un arrondissement de la commune de Ouidah dans le département de l'Atlantique du Bénin.

Ouidah, autrefois également appelée Ajudá est une commune du Bénin, située à 42 kilomètres de Cotonou. Cet ancien fort portugais a été au xviiie siècle l'un des principaux centres de vente et d'embarquement d'esclaves dans le cadre de la traite occidentale. [19]
Lors du recensement de 2013 (RGPH-4), la commune comptait 162 034 habitants .
Sur les onze millions d'Africains exilés par la traite occidentale près de deux millions sont partis de la baie du Bénin, dont 60 % à partir des deux principaux ports à centraliser le trafic, Ouidah et Lagos [59] .

Ouidah abrite d'importants monuments [60] :

- ✓ L'ancien fort portugais toujours en très bon état de conservation et abritant le musée d'histoire de OUIDAH.
- ✓ La « Porte du non retour » en mémoire de la traite négrière, érigée à l'initiative de l'UNESCO et inaugurée en 1995,
- ✓ Un monument pour le jubilé de l'an 2000,
- ✓ Différentes sculptures marquent l'ancien chemin pris par les esclaves.
- ✓ La forêt sacrée de Kpassè, du nom du souverain fondateur de la ville, le roi Kpassè.
- ✓ Le Temple des Pythons.
- ✓ La basilique de l'Immaculée Conception.
- ✓ Le Musée d'art contemporain de Ouidah (Fondation Zinsou).

Pahou est un arrondissement de la commune de Ouidah localisé dans le département de l'Atlantique au Sud du Bénin. Il devient officiellement un arrondissement de la commune de Ouidah le 27 mai 2013 après la délibération et adoption par l'Assemblée nationale du Bénin en sa séance du 15 février 2013 de la loi n° 2013-05 du 15/02/2013 portant création, organisation, attributions et fonctionnement des unités administratives locales en République du Bénin [19]

Pahou fait partie des 10 arrondissements que compte la commune de Ouidah. Il est composé de 09 villages et quartiers de ville ou hameaux sur les 60 que totalise la commune.

Il s'agit de :

- ✓ Acadjamè
- ✓ Adjra-Adovié
- ✓ Adjra-Hounvè
- ✓ Ahouicodji
- ✓ Ahozon
- ✓ Houndjava
- ✓ Hounhanmèdé
- ✓ Kpovié
- ✓ Pahou Centre

La population totale de Pahou est composée de 78474 habitants répartis comme suit [19] :

-Nombre de ménages: 16879

-habitants de sexe Masculin: 38097

-habitants de sexe Féminin: 40377

-Taille des ménage : 4,6

-Populations agricoles: 3759

-Ménages agricoles: 657

-Personnes âgées de 0-5 ans :16411

-Personnes âgées de 6-11 ans : 13667

-Personnes âgées de 0-14 ans: 35776

-Personnes âgées de 15-59 ans : 40419

- Personnes âgées de 60 ans ou plus: 2278

-Personnes âgées de 18 ans ou plus : 38279

-52,8 % des ménages ont accès à l'eau potable

-16 écoles primaires

-03 Collèges publiques (premier et second cycle)

-02 Maternités, 01 Centre de santé complet et 01 Dispensaire

Divisions administratives	RGPH4-2013				
	Nombre ménages	Total	Masculin	Féminin	Taille ménage
ARROND: PAHOU	**16 879**	**78 474**	**38 097**	**40 377**	**4,6**
ADJOVICODJI(AKADJAME)	6 855	31 291	15 048	16 243	4,6
ADJRA HOUNVE	446	2 195	1 068	1 127	4,9
ADJRA-ADOVIE	1 299	6 423	3 211	3 212	4,9
AHOUICODJI	390	2 096	1 069	1 027	5,4
AHOZON	1 310	5 801	2 863	2 938	4,4
HOUNDJAVA	743	3 876	1 913	1 963	5,2
HOUNKANMEDE	682	3 489	1 706	1 783	5,1
KPOVIE	458	2 181	1 091	1 090	4,8
PAHOU	4 696	21 122	10 128	10 994	4,5

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'était déroulée dans l'arrondissement de PAHOU.

2.2.2. Période d'étude

La collecte des données s'était déroulée sur une période de trois (03) mois allant de Août en Octobre 2021.

2.2.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée des habitants de tous les quartiers de l'arrondissement répondant aux critères suivants:

- **Critères d'inclusion**

✓ Personnes âgées d'au moins 18 ans.
✓ Être un homme ou une femme vivant en couple ou ayant vécu en couple pendant au moins 02 ans.
✓ Avoir donné son consentement éclairé.
✓ Habiter Pahou pendant au moins 6 mois avant le début de la collecte.

- **Critères de non inclusion**

✓ Hommes ou femmes ne possédant pas toutes leurs facultés mentales
✓ Hommes ou femmes n'ayant jamais été en couple
✓ Personnes âgés de moins de 18 ans

2.2.4. Echantillonnage

2.2.4.1. Technique d'échantillonnage

Nous avons procédé par une méthode probabiliste basée sur un sondage aréolaire des hameaux donnant ainsi la même chance de tri à tous les hameaux.

Les neufs hameaux ont été inscrits en lettre sur une feuille de papier et déposés dans un panier puis tiré au sort. Ce tirage aléatoire s'effectuait chaque 11 jours (environ une semaine et demi) en tirant ainsi dans huit (08) hameaux pour être dans la grande majorité. Nous travaillons ensuite chaque 11 jours par hameau sélectionné aléatoirement avec les habitants répondants aux critères.

2.2.4.2. Taille de l'échantillon

Nous avons utilisé la formule de SCHWARTZ qui nous a permis de trouver la taille minimale de l'échantillon qui est de 243 personnes . La formule de SCHWART :

$n = t^2 * p * (1-p) / i^2$

n: Taille d'échantillon

t: Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de

95 % sera 1,96)

p: Taux d'infertilité : 0,15 **[39]**.

q= 1 - p = 1 - 0,15 = 0,85

i = Précision souhaitée pour nos résultats i = 0,05

n= 195,92 soit 196 **+ 47** soit un total de **243 habitants**

2.2.5. Les variables

Dépendantes

- La perception des habitants au regard de l'infertilité du couple .

Indépendantes

- âge,
- sexe,
- situation matrimoniale,
- Réligion,

- Profession,
- Niveau d'instruction,
- le hameau de résidence,
- l'ethnie,
- Nombre d'enfants
- Les facteurs socio-culturels

2.2.6. Collecte de données

2.2.6.1. Source de données

Pour notre étude, la source des données était directement recueillie chez les habitants de Pahou inclus dans l'étude.

2.2.6.2. Outils de collecte

Un questionnaire qui a été conçu, testé puis validé. Le questionnaire a été introduit en ligne dans le logiciel kobotoolbox puis rétesté pour sa dernière validation.

2.2.6.3. Technique de collecte

Nous avons procédé à un jeu de question-réponse avec les enquêtés vus dans les ménages et les espaces publiques pour recueillir les données sur le questionnaire.

2.2.6.4. Procédure de collecte

Nous abordons chaque habitant des hameaux sélectionnés et répondants à nos critères d'inclusions puis choisis aléatoirement sans aucune distinction. Le questionnaire a été administré par nous-mêmes en langue française et traduit en langue locale fon quand nécessaire aux habitants rencontrés durant la collecte. L'étude a été expliquée à chaque personne sélectionnée avant consentement verbal et sur présentation à chaque fois de l'autorisation communale.

2.2.7. L'analyse des données

Après la collecte, les données ont été saisies, codifiées et analysées grâce une maquette confectionnée sur le logiciel IBM SPSS statistical package for social sciences version 21. La description de l'échantillon a été faite selon les

statistiques usuelles : les variables quantitatives sont exprimées en moyenne ou médiane avec leur écart-type; les variables qualitatives en pourcentage avec leur intervalle de confiance à 95% . L'association entre les variables a été déterminée par leur croisement à l'aide du test de Khi carré de Karl Pearson au seuil de significativité de 5%. Le rapport de prévalence (p-value) a permis de déterminer l'association.

La rédaction du rapport et l'organisation des données sous forme de tableaux ont été réalisées avec les logiciels Word et Excel 2016. Lorsque des questions étaient sans réponses, elles ont été considérées comme des variables manquantes et dans ce cas les mêmes questions à d'autres participants sont des variables valides.

2.2.8. Considérations éthiques

Notre travail s'est fait dans le strict respect des normes déontologiques et des règles hiérarchiques. Ainsi, nous nous sommes assurés avant le début du travail, d'obtenir l'autorisation communale du Maire avec avis favorable pour la réalisation de cette étude. Cette autorisation a été présentée à chaque chef d'arrondissement avec avis favorable avant le début de la collecte.

Toutefois d'autres dispositions éthiques ont été également observées. Il s'agit notamment du consentement éclairé, de l'explication aux participants inclus les procédures que l'étude implique, sa durée, ses bénéfices potentiels et les gênes qu'elle est susceptible de provoquer. Les participants ont été informés que leur participation à l'étude est totalement volontaire. Les informations collectées dans le cadre de cette enquête sont strictement confidentielles. L'anonymat est respecté. L'autorisation communale est annexée au document.

Le protocole de recherche a également été soumis au comité d'éthique facultaire (Comité d'Ethique et de Recherche en Santé : CERSS) avant le début de la collecte. La confidentialité des données recueillies était assurée.

2.2.9- Difficultés

Au cours de notre travail nous avons rencontré la difficulté d'accès à certains hameaux très reculés et sans réelles infrastructures routières nous obligeant à modifier la procédure initiale d'accès aux hameaux et réduire le nombre de hameau prévu à sept (07).

3. RESULTATS

A- **ETUDE DESCRIPTIVE**

3.1- Caractéristiques socio démographiques

3.1.1. Hameau de résidence

Au total, 243 habitants ont été inclus dans notre étude. Au terme de la collecte nous avons pu sélectionner les habitants dans sept hameaux avec un prédominance à Pahou centre. L'ensemble des observations figure dans le tableau suivant :

Tableau I : Répartition des enquêtés par hameau à Pahou en 2021

Arrondissement de pahou	Effectifs	Pourcentage %
Adjovicodji	30	12,35
Adjra-adovié	32	13,17
Adjra-hounvè	28	11,52
Ahozon	42	17,28
Houndjava	37	15,23
Kpovié	27	11,11
Pahou centre	**47**	**19,34**
Total	243	100

3.1.2. Âge et sexe

Au nombre des 243 habitants, 50,61% sont des hommes et 49,38% des femmes. L'âge moyen des habitants était de 34,94 ans avec des extrêmes allant de 18 à 65 ans. Les habitants étaient âgés entre 25 et 34 ans dans 39,9 % des cas.
Les observations sur l'âge sont illustrées à travers la figure ci-dessous.

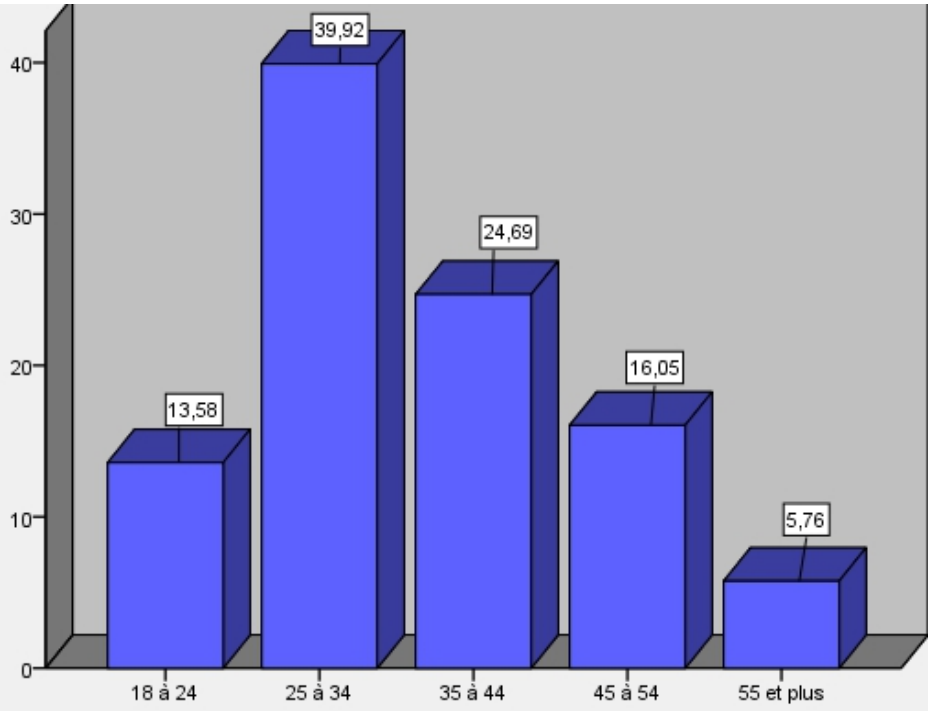


Figure 1 : Répartition selon l'age

3.1.3. La situation matrimoniale

La grande majorité des participants **78,60 %** vivent en couple ; parmi les restants **17,28 %** étaient célibataires et **4,12%** Veufs(ves).

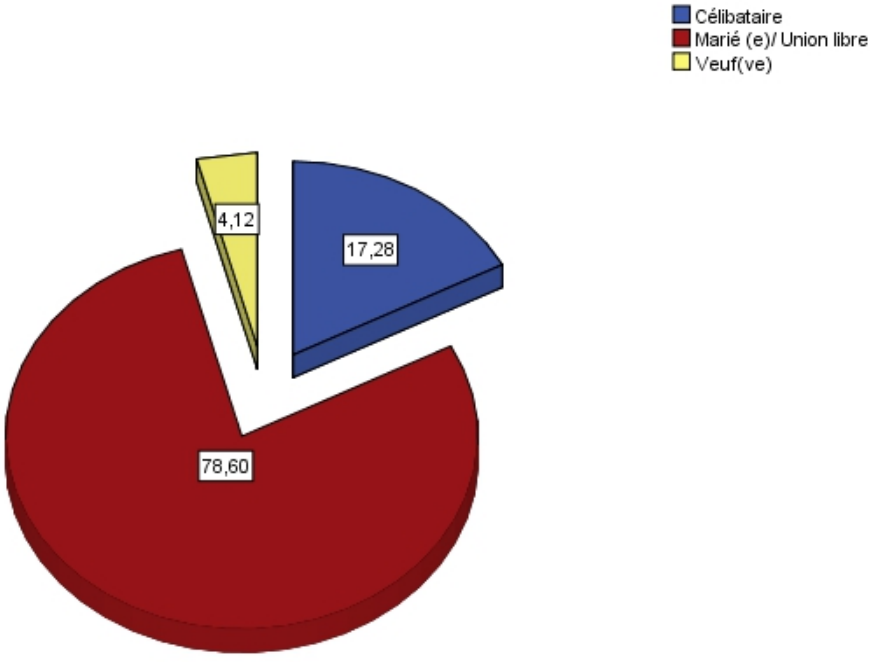


Figure 2 : Répartition selon la situation matrimoniale

3.1.4. Profession

La catégorie professionnelle la plus représentée a été celle des acteurs du secteur privé avec une fréquence à **64,6% .**

Tableau II : Répartition des enquêtés en fonction de la profession à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentage %
Artisan	34	14,0
Élève	2	0,8
Commerçant(e)	19	7,8
Étudiant	11	4,5
Fonctionnaire	9	3,7
Ménagère	10	4,1
Sans emploi	1	0,4
Secteur privé	**157**	**64,6**
Total	243	100,0

3.1.5. Religion

La plupart des enquêtés 35% déclarent être de religion évangélique suivi de la religion catholique 25.9% et les syncrétiques comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau III : Répartition des enquêtés en fonction de la Religion à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentage %
Évangélique	**85**	**35,0**
Catholique	63	25,9
Syncrétique	44	18,1
Endogène	20	8,2
Celeste	19	7,8
Musulman	9	3,7
Protestant	3	1,2
Total	243	100,0

3.1.6. Niveau d'instruction

Sur l'ensemble de notre échantillon, 207 participants sont instruits dont la plupart 43,6% avaient un niveau secondaire ; 30% un niveau primaire et 11,5% un niveau supérieur.

Tableau IV : Répartition des enquêtés en fonction du niveau d'instruction à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentage
Secondaire	**106**	**43,6**
Primaire	73	30,0
Non scolarisé	36	14,8
Supérieur	28	11,5
Total	243	100,0

3.1.7. Niveau scolaire en fonction des grades

La plupart des habitants (**43,6%**) n'avaient aucun diplôme contre 8,2% ayant le BAC ; 28% le CEP ; 15,2% le BEPC et 4,1% la Licence.

Tableau V: Répartition selon le niveau scolaire en fonction des grades à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentages
Aucun	**106**	**43,6**
CEP	68	28,0
BEPC	37	15,2
BAC	20	8,2
Licence	10	4,1
CAP	2	0,8
Total	243	100,0

3.1.8- Ethnie

La grande majorité des habitants sélectionnés (72,4%) sont d'ethnie Fon , suivi des Adja comme l'indique le tableau suivant

Tableau VI : Répartition des enquêtés en fonction de l'Ethnie à Pahou en 2021

Ethnie	Effectifs	Pourcentage %
Fon	**176**	**72,4**
Adja	38	15,6
Autre(Goun, Mina,Peda,Xwla)	24	9,9
Yoruba	5	2,1
Total	243	100,0

3.1.9. Nombre d'enfant

Parmi les 243 habitants , 194 avaient des enfants avec une moyenne de **3,27** enfants. Les 49 restants avaient déclarés être sans enfants.

Tableau VII : Description du nombre d'enfant à Pahou en 2021

Nombre d'enfants	
Médiane	3,00
Ecart-type	1,79
Minimum	1,00
Maximum	10,00

3.2. Connaissances et attitudes des enquêtés sur l'infertilité du couple et son traitement

3.2.1. Définition de l'infertilité du couple

La définition de l'infertilité du couple telle que décrite par l'OMS est mal connue de tous les enquêtés. Ils l'ont défini majoritairement comme étant ''l'absence d'enfant dans un couple'' (**89,3%**). L'infertilité est donc largement confondue à l'infécondité. Toutes ces informations sont renseignées dans le tableau ci-dessous :

Tableau VIII : Répartition selon la définition de l'infertilité du couple à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentage %
Incapacité d'un couple à avoir d'enfant	11	4,6
Absence de grossesse dans un couple depuis au moins deux ans	14	6,1
Absence d'enfant dans un couple	**217**	**89,3**
Total	243	100,0

3.2.2. Représentativité de l'infertilité comme une pathologie

Dans notre échantillon, de façon globale, la plupart (**51,44%**) des participants ont répondu ne pas savoir si l'infertilité du couple était une maladie contre **38,27 %** qui admettent cela comme étant un maladie. L'infertilité du couple n'est pas une maladie pour **10,29%** des participants.

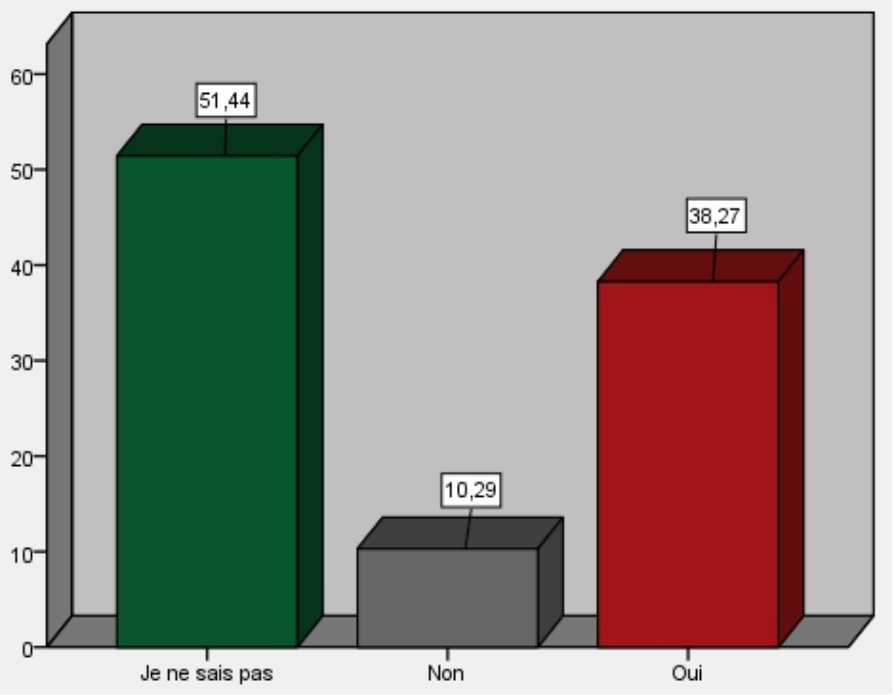


Figure 3 : Répartition selon la représentativité de l'infertilité comme une pathologie

3.2.3- Origine uniquement féminine de l'infertilité du couple

La grande majorité (**96,7%**) des habitants interpellés ont réfuté l'origine uniquement féminine de l'infertilité du couple. Comme le montre le tableau suivant on observe également que 2,1% des enquêtés sont sans choix de réponse et 1,2% sont pour cette origine unique.

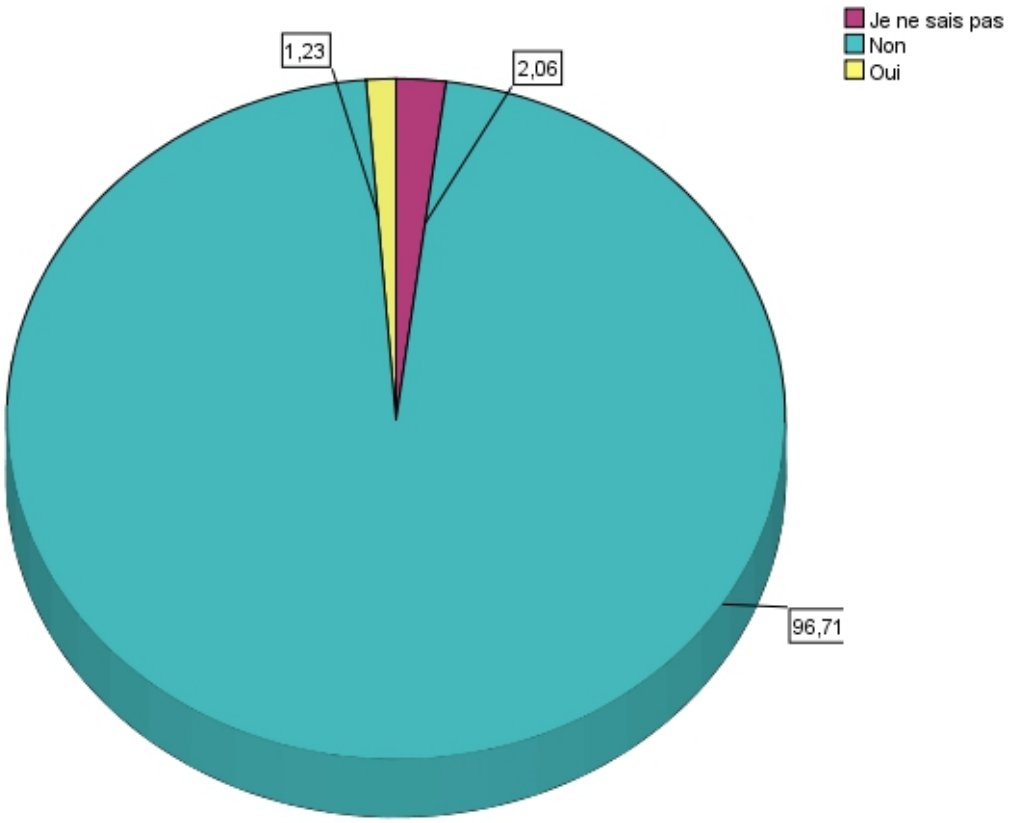


Figure 4 : Répartition selon l'origine uniquement féminine de l'infertilité du couple.

3.2.4- Causes de l'infertilité du couple

La sorcellerie est évoquée comme principale cause de l'infertilité du couple par la grande majorité (97,94%) des habitants interpellés.

Les autres étiologies évoquées figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau IX : Répartition selon les causes de l'infertilité du couple à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentage %
Sorcellerie	**238**	**97,94**
Anomalie du sperme	210	86,42
Troubles de l'érection	189	77,78
IST	175	72,02
Avortement antérieur	144	59,26
Usage antérieur de contraceptif	138	56,79
Troubles menstruels	133	54,73
Absence d'ovulation	121	49,79
Anomalie de l'utérus	120	49,38
Volonté de Dieu	108	44,44
Prise de médicaments	101	41,56
Alimentation	85	34,98
Tabac	79	32,51
Alcool	78	32,1
Âge	75	30,86
Trouble mental	22	9,05

3.2.5- Possibilité d'infertilité secondaire

A la question de savoir s'il était possible d'avoir une infertilité dans un couple après au moins une grossesse antérieure à terme, la grande majorité des participants (86,8%) avaient adhérer à cela. Notons cependant que 9,1% des participants n'étaient pas favorable à cette possibilité et 4,1% l'ignoraient.

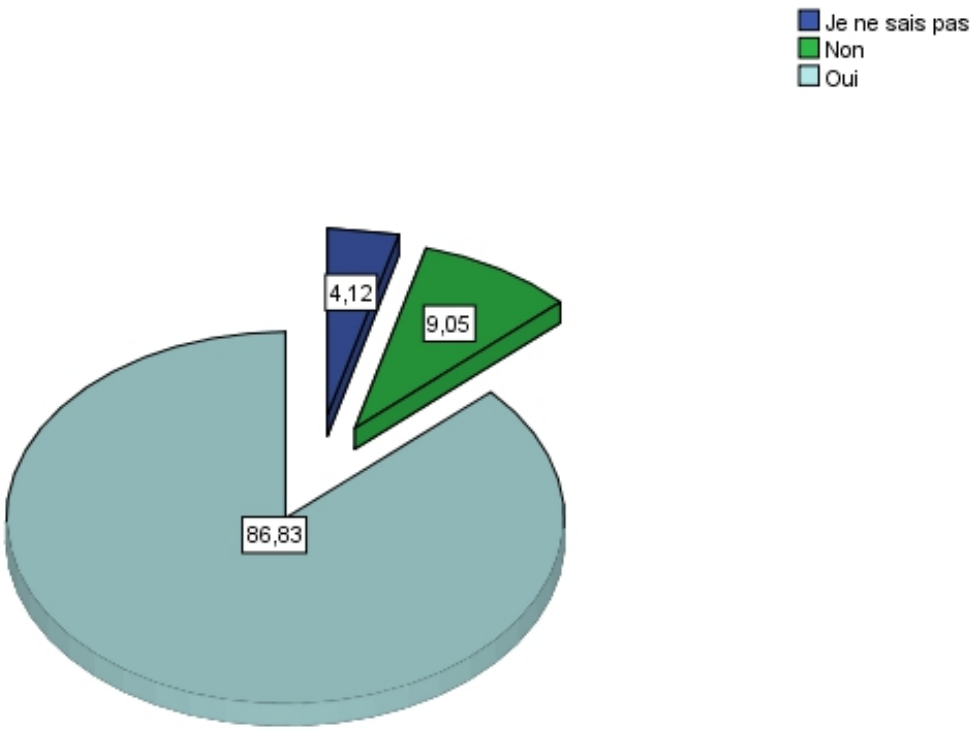


Figure 5 : Répartition selon la possibilité d'infertilité secondaire

3.2.6- Traitement médical comme solution de l'infertilité du couple

La piste médicale comme solution au traitement de l'infertilité du couple a été reconnue par la plupart des enquêtés. On constate que 35,4% des enquêtés sont sans connaissance de cette possibilité et le reste soit 3,3% des enquêtés ne voyaient pas le traitement médical comme une solution.

Tableau X: Répartition selon l'acceptabilité du traitement médical à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentage %
Je ne sais pas	86	35,4
Non	8	3,3
Oui	149	61,3
Total	243	100,0

3.2.7- Première personne à traiter

Dans notre étude la femme est la première personne à consulter dans le couple dans plus de la moitié des cas (51,44%) .

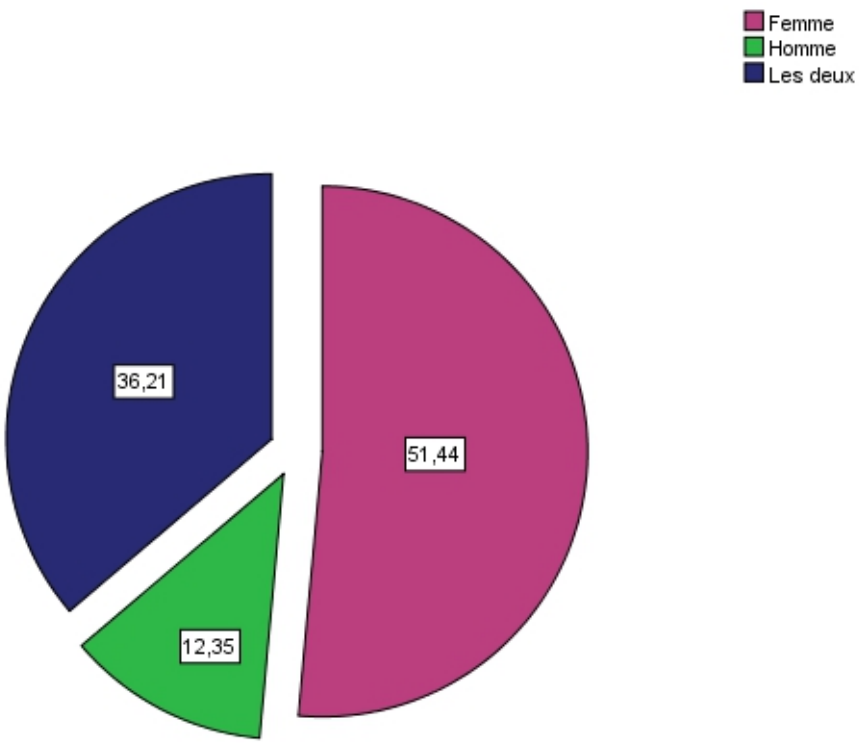


Figure 6: Répartition selon la première personne à traiter

3.2.8- Moyens de traitement

De façon globale, les habitants de Pahou reconnaissent plus et s'adonnent à la tradithérapie comme moyen de traitement, viennent ensuite respectivement le traitement médical et le traitement spirituel.

Tableau XI : Répartition selon le moyen de traitement à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentage
Tradithérapie	**240**	**98,77**
Traitement médical	235	96,71
Spirituel (Prière)	140	57,61

3.2.9- Spécialiste de santé pour la prise en charge

De façon globale le gynécologue est le seul spécialiste majoritairement connu (92.59%) , la place de l'urologie est connue par moins de la moitié (47,74%) des enquêtés.

Tableau XII : Répartition selon le type de spécialiste de santé à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentage
Gynécologue	**225**	**92,59**
Urologue	116	47,74
Sage femme	30	12,35
Psychiatre	9	3,7
Sexologue	7	2,88
Aucun	1	0,41
Total	243	100

3.2.10- Premier itinéraire thérapeutique à Pahou

La tradithérapie représente le premier recours thérapeutique à Pahou (68,31%) en cas d'infertilité du couple

Tableau XIII : Répartition en fonction du 1er itinéraire thérapeutique à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentages
Tradithérapie	**166**	**68,31**
Traitement médical	75	30,86
Autre	2	0,82

3.2.11- Connaissance d'un centre médical de prise en charge

De l'ensemble des enquêtés, la majorité **(62,14%)** n'ont pas connaissance de l'existence d'un centre médical de prise en charge de l'infertilité du couple contre 37,86% qui estimaient en connaître .

3.2.12- Interprétation sociale de la notion d'infertilité du couple à Pahou

L'interprétation sociale de la notion d'infertilité du couple à Pahou est dominée dans plus de la moitié des cas par les croyances à type de malédiction , drame ou volonté de Dieu (52,67%) .

L'ensemble des observations est illustré dans la figure ci-dessous

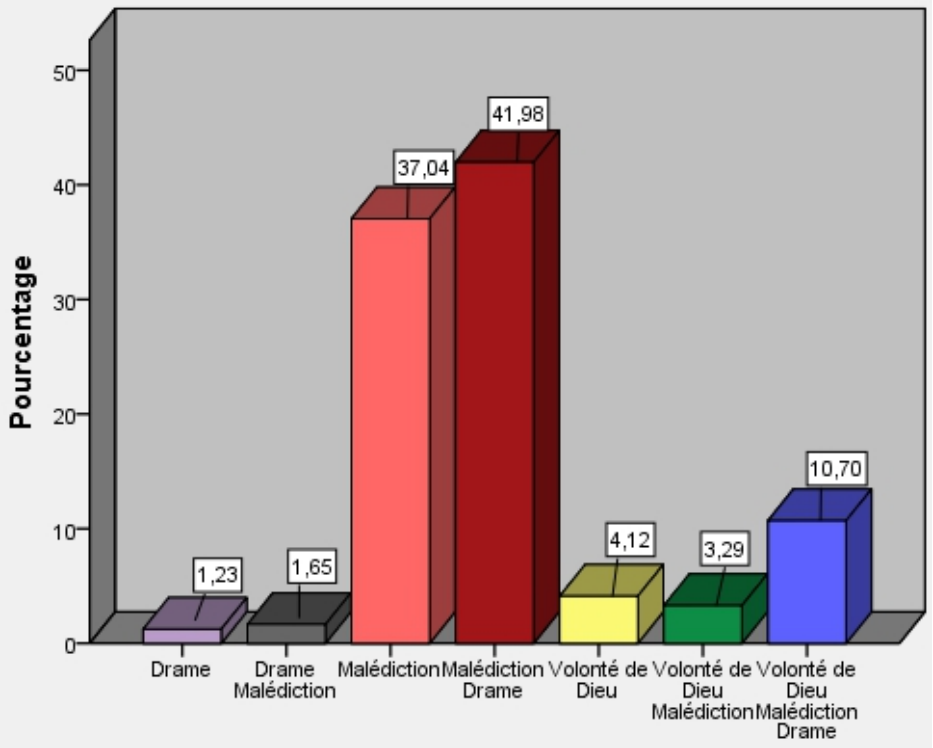


Figure 7: Interprétation sociale de l'infertilité du couple à Pahou

3.2.13. Réaction des habitants en cas d'infertilité du couple à Pahou

Le divorce est l'attitude le plus adopté en cas d'infertilité du couple à Pahou. Les autres réactions incluent la discrimination de la femme , la polygamie ou les conflits familiaux. Le tableau suivant illustre ces observations.

Tableau XIV : Répartition selon les réactions des habitants en cas d'infertilité du couple à Pahou en 2021

	Effectifs	Pourcentage%
Conflit familial	22	9,1
Polygamie	2	0,8
Femme incriminée	32	13,1
Divorce	**162**	**66,7**
Polygamie et Femme incriminée	25	10,3
Total	243	100,0

B- ETUDE ANALYTIQUE

3.3. Evaluation des relations entre les variables

3.3.1. Relation entre niveau d'instruction et définition de l'infertilité du couple

Tableau XV : Relation entre niveau d'instruction et définition à Pahou en 2021

	Définition (effectifs)				
	Incapacité d'un couple à avoir un enfant	Absence de grossesse depuis au moins deux ans	Absence d'enfant dans un couple	Total	P value
Non scolarisé	1	1	34	36	
Primaire	3	1	69	73	**0,000**
Secondaire	5	3	98	106	
Supérieur	2	10	16	28	

De l'effectif de l'ensemble des participants, **89,3%** ont défini l'infertilité du couple comme étant «l'absence d'enfant dans un couple» . Ainsi statistiquement il existerait une dépendance entre ces deux variables (**p = 0,000**)

3.3.2. Relation entre niveau d'instruction et les causes de l'infertilité du couple

Les étiologies évoquées par les enquêtés étaient diverses en fonction de leur niveau d'instruction mais l'analyse bivariée a montré qu'il n'existait pas une dépendance statistiquement significative entre ces deux variables.

Tableau XVI : Relation entre niveau d'instruction et causes à Pahou en 2021

	Causes (Effectifs)				
	Sorcellerie	IST	Anomalie du sperme	Total	P value
Non scolarisé	35	25	30	60	**0,333**
Primaire	71	50	60	181	
Secondaire	104	75	94	198	
Supérieur	28	25	26	76	

3.3.3. Relation entre la profession et les causes de l'infertilité du couple

Après analyse , il n'existait pas une dépendance statistiquement significative entre ces deux variables.

Tableau XVII : Relation entre Profession et causes à Pahou en 2021

	Causes (Effectifs)			
	Sorcellerie	IST	Anomalie du sperme	P value
Secteur privé	**153**	**111**	**136**	**0,305**
Artisan	34	25	25	
Commerçant	19	14	18	
Étudiant	11	8	10	

3.3.4. Relation entre l'ethnie et les causes de l'infertilité du couple

L'analyse statistique ne retrouve aucune relation de dépendance entre ces deux

variables.

Tableau XVIII : Relation entre ethnie et causes à Pahou en 2021

	Causes			
	Sorcellerie	IST	Anomalie du sperme	P value
Fon	171	128	151	**0,416**
Adja	38	24	32	
Yoruba	5	4	5	
Autre	24	19	12	

3.3.5. Relation entre réaction en cas d'infertilité du couple et causes

L'analyse statistique n'a retrouvé aucun lien de dépendance entre ces deux variables.

Tableau XIX : Relation entre réaction et causes à Pahou en 2021

	Causes (effectifs)			
	Sorcellerie	IST	Anomalie du sperme	P value
Divorce	**160**	**102**	**136**	**0,071**
Polygamie	31	19	26	
Conflit familial	21	21	18	

3.4. Récits de quelques habitants au cours de l'étude

- Monsieur X rencontré à Ahozon : Si un couple n'a pas d'enfant c'est forcément la responsabilité de la femme, si l'homme a son érection c'est que tout va bien à son niveau .

- Madame Y rencontrée à Houndjava : Je suis atteinte d'infertilité et j'ai encore jamais eu d'enfant mais je sais que mon mal est d'origine spirituelle et je réussirai à y remédier par la prière , c'est le seul remède.

- Monsieur K rencontré à Adjovicodji : Un trouble mental? Non je ne pense pas qu'un trouble mental puisse être à l'origine d'un problème d'infertilité. Parlez moi de sorcellerie ou peut être un problème de santé physique là c'est plus évident.

- Madame O rencontrée à Adjara-adovié : Lorsqu'un couple après s'être installé ensemble ont le problème d'infertilité, c'est forcément à la femme de se rendre premièrement en consultation car nous les femmes avions plus de responsabilités dans ce problème.

4. DISCUSSION

La Discussion des résultats de notre étude est organisée comme suit:

- ✓ L'atteinte des objectifs de l'étude
- ✓ La qualité et la validité des résultats de l'étude
- ✓ Les commentaires des résultats de l'étude et leur comparaison avec ceux d'autres auteurs.

4.1 Atteinte des objectifs

Au terme de ce travail dont l'objectif général était de comprendre la perception de l'infertilité du couple chez les populations de l'arrondissement de Pahou en 2021:

➢ Le premier objectif spécifique était de décrire le profil des connaissances de l'infertilité du couple chez les habitants de Pahou . L'étude a permis de montrer que la définition de l'infertilité du couple telle que décrite par l'OMS est mal connue de tout les enquêtés. Ils l'ont défini majoritairement comme étant ''l'absence d'enfant dans un couple'' (89,3%). La plupart (51,44%) des habitants ont répondus ne pas savoir si l'infertilité du couple était une pathologie contre 38,27 % qui admettent cela comme l'étant et 10,28% des enquêtés pour qui ce n'est pas du tout une pathologie.

L'origine uniquement féminine a été réfuté par la grande majorité des enquêtés (96,7%) mais 1.2% admettent cela et 2.1% sont restés indifférents. La sorcellerie est évoquée comme étant la principale cause de l'infertilité du couple (97.94%) . L'interprétation sociale de la notion d'infertilité du couple à Pahou est dominée par les croyances à type de malédiction , drame ou volonté de Dieu (52,67%).

➢ Le second objectif spécifique était d'apprécier l'attitude des habitants de Pahou face à l'infertilité du couple. De l'ensemble des enquêtés, la majorité (62,14%) n'ont pas connaissance d'un centre médical de prise en charge de l'infertilité du couple que ce soit à Pahou ou n'importe où au Bénin. Pour le reste qui en ont connaissance, le

gynécologue est le seul spécialiste majoritairement connu (92.59%) , l'urologie reste peu connue (47,74%) tant dans l'existence de la spécialité que dans la prise en charge de l'infertilité du couple. La tradithérapie représente le premier recours thérapeutique à Pahou (68,31%) et la femme est la première personne à consulter dans le couple dans plus de la moitié des cas (51,44%) .

L'analyse statistique des enquêtes effectuées démontre que dans l'arrondissement de Pahou l'infertilité du couple est majoritairement source de divorce (66,7%). Les autres réactions incluent la discrimination de la femme , la polygamie ou les conflits familiaux.

- Le troisième objectif spécifique était de décrire les relations entre les causes de l'infertilité du couple et les facteurs sociaux et culturels. L'étude a permis de montrer de l'effectif de l'ensemble des participants, 89,3% ont défini l'infertilité du couple comme étant «l'absence d'enfant dans un couple» et dans ce groupe 40,3 % ont un niveau secondaire ; 28,4% un niveau primaire ; 14% non scolarisé et 6% un niveau supérieur. Ainsi statistiquement il existerait une dépendance entre ces deux variables (p -value = 0,000).

L'analyse bivariée a montrée cependant dans la suite des investigations qu'il n'existait aucune dépendance statistiquement significative entre d'une part le niveau d'instruction et les causes (p-value =0,333) ; d'autre part entre la profession et les causes de l'infertilité du couple (p-value = 0,305) .

L'analyse a également mis en évidence une absence de relation entre l'ethnie et les causes de l'infertilité du couple (p-value = 0,416).

Nous retenons donc que le niveau d'instruction est donc un facteur très déterminant dans l'essence même de la compréhension de la notion d'infertilité du couple .

Cela nous est soutenable et peu s'expliquer par le fait qu'en milieu académique et particulièrement au niveau secondaire les notions de bases sur la compréhension de l'infertilité sont enseignées au Bénin.

- Le dernier objectif spécifique était de recueillir les opinions thérapeutiques des habitants de Pahou sur l'infertilité du couple. Il s'agissait en particulier de connaître l'opinion des enquêtés sur le traitement médical comme solution de l'infertilité du couple.

A cet effet la plupart (61,3%) des enquêtés avaient donnés un avis favorable sur la piste médicale comme solution au traitement de l'infertilité du couple. Parallèlement, 35,4% des enquêtés étaient restés sans un avis particulier et ils disaient ne pas avoir connaissance de cette possibilité et donc préféraient ne pas émettre une opinion orientée. Le reste soit 3,3% des enquêtés n'avaient pas d'avis favorable sur le traitement médical comme une solution.

L'ensemble de ces différents résultats nous permettent de conclure que notre hypothèse qui stipule que les habitants de l'arrondissement de Pahou ne connaissent pas les facteurs influençant l'infertilité du couple est confirmée.

4.2. Qualité et validité des résultats

La taille d'échantillon minimale estimée pour l'étude a été respectée. La méthode utilisée est bien adaptée à ce type d'étude. Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. Le choix de notre cadre a été raisonné. En effet il s'agissait de tous les hameaux de l'arrondissement de Pahou.

L'échantillonnage était aréolaire pour donner aux individus sélectionnés une valeur vraiment représentative de tout l'arrondissement. Tous les habitant répondant aux critères d'inclusions ont été sélectionnées. Les outils et techniques de collecte des données étaient appropriés et en adéquation avec le type d'étude.

Le questionnaire a été administré par nous-mêmes en langue française et traduit en langue locale fon quand nécessaire aux habitants rencontrés. Il existe une possibilité de biais liés à la traduction mais les dispositions ont été prises pour assurer la bonne corrélation.

Toutes ces précautions prises permettent de soutenir la validité des résultats.

4.3. Commentaires et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

Dans nos recherches très peu d'études se sont consacrées à la perception de l'infertilité du couple.

4.3.1 Facteurs sociodémographiques des enquêtés

4.3.1.1 Age

Dans notre échantillon, l'âge moyen des enquêtés était de 34,94 ans avec des extrêmes de 18 à 65 ans et la tranche d' âge la plus représentée était de 25 à 34 ans (39,91%).

Sumera Ali et al. ont retrouvé des résultats similaires au Pakistan en 2011. Dans leur étude transversale portant sur l'évaluation des connaissances, perceptions et Mythes concernant l'infertilité , l'âge moyen des enquêtés était de 36 ans [18].

Il en est de même pour Lamarran Dattijo. et al. entre 2013 et 2014 dans leur étude sur la connaissance de l'infertilité chez les femmes infertiles à Bauchi au nord du Nigéria qui ont retrouvé un âge moyen de 30,5 ans, au nord du Nigéria [15].

Ce jeune âge moyen dans notre étude peut s'expliquer par la jeunesse qui domine la population africaine et particulièrement à Pahou où les jeunes sont ceux rencontrés majoritairement dans les espaces publiques qui ont dominé nos sites d'enquête.

4.3.1.2 Niveau d'instruction

Dans notre étude, 43,6% des participants avaient un niveau d'instruction secondaire. Notre étude a permis de noter particulièrement une importante relation entre le niveau d'instruction et la définition de l'infertilité du couple. Tout en sachant que c'est en fonction du type de définition donné qu'émanent toutes les autres compréhensions sur la notion, cette remarque est donc très importante .

Cette prédominance du niveau secondaire est une observation similaire à celle de Sumera Ali et al. en 2011 au Pakistan qui avait noté cette prédominance également avec 46% de ces participants ayant un niveau d'instruction secondaire .

De plus dans son étude cet auteur a pu mettre en évidence également l'importance du niveau d'instruction notamment à travers une analyse bivariée qui faisait comprendre que les gens ayant un niveau d'instruction élevé avaient des meilleures connaissances comparativement aux autres (p-value inférieure à 0,05) [18].

Le niveau d'instruction est un facteur associé à l'infertilité très important. Les limites de connaissances chez nos enquêtés à Pahou pourrait s'expliquer donc par cela et particulièrement dans un contexte de niveau socio-économique bas en zone rurale et l'absence de prise en charge scolaire gratuite jusqu'au niveau secondaire.

Il en résulte donc un faible niveau de scolarisation et par conséquent beaucoup de

sous information et ignorance.

4.3.2. Connaissances sur l'infertilité du couple

4.3.2.1. Définition de l'infertilité du couple

Dans notre étude, aucun des enquêtés n'a pu définir l'infertilité du couple telle que décrite par l'OMS. Nos résultats sont similaires à l'étude réalisée par Achmad K. et al en Indonésie sur la divergence dans la perception de l'infertilité où aucun des participants n'avaient pu définir l'infertilité telle que décrite par l'OMS [67].

Nos résultats diffèrent cependant de ceux de Sumera Ali et al au Pakistan où 25% des enquêtés avaient correctement défini l'infertilité en reconnaissant son diagnostic au sein du couple après environ un à deux ans.

Ces résultats permettent de mettre en évidence encore les limites des connaissances sur l'infertilité à Pahou. Cela peut s'expliquer par le manque de sensibilisation continue et d'information des populations de Pahou sur les notions d'infertilité du couple.

4.3.2.2 Facteurs étiologiques

Dans notre étude, la grande majorité (97,94%) des habitants interpellés ont évoqué la sorcellerie comme principale étiologie de l'infertilité du couple. Parmi les autres causes retrouvées dans notre étude, viennent en tête les anomalies du sperme (86,42%) , les troubles de l'érection (77,78%) , les infections sexuellement transmissibles (72,02%) , la contraception (59,26) , les troubles menstruels (56,79).

Cette forte représentation de la sorcellerie concordent avec les résultats obtenus par Iliyasu Z. et al dans leur étude sur la perception de l'infertilité et acceptabilité de la

technologie de reproduction assistée dans le Nord du Nigeria en 2013 où la sorcellerie est également perçue majoritairement (92,1%) [66].

Les croyances religieuses et mystiques occupent toujours une grande place dans le contexte socioculturel africain et particulièrement au Bénin. C'est pour cela que les causes surnaturels sont souvent grandement évoquées comme étant en amont de la plupart des faits, cela peut expliquer la prédominance de la sorcellerie comme principale à Pahou.

4.3.2.3. Possibilité d'infertilité secondaire

La majorité (86,8%) des participants au terme de cette étude ont reconnu la possibilité d'infertilité secondaire dans un couple . Cette observation est similaire à celle de Sumera Ali et al chez qui 74% des participants avaient également reconnus cela[18].

L'absence d'affirmation par l'ensemble des participants peut s'expliquer par les limites d'information en matière d'infertilité du couple.

4.3.2.4. Origine uniquement féminine de l'infertilité du couple

L'origine uniquement féminine a été réfutée par la grande majorité des habitants (96,7%) contre 1,2% qui admettent cela et 2,1% restés sans choix. Dans l'étude de Sana El adlani et col au Maroc en 2019 le constat a été qu'environ 7,75% des hommes admettent cela mais aucune femme (0%) n'a admis cette origine unique [16].

Bien que la majorité des participants de notre étude ait admis que cette origine n'est pas uniquement chez les femmes , la proportion de 1,2% admettant encore cela de nos jours reste un fait réellement inquiètant au vu des conséquences que cela pourrait avoir encore directement ou sur les générations futures.

Cette irrégularité nous l'expliquons par les limites de connaissances. Ces 1,2% correspondent à trois enquêtés que nous avons rencontré à Adjra-hounvè (Deux personnes) et houndjava (une personne). Ces deux villages étaient assez difficiles d'accès et étaient sans infrastructures routières convenablement exploitables et dans une zone rurale. Ces habitants étaient donc un peu éloignés et difficilement accessible, ces difficultés d'accès peuvent rendre quasi inexistant les programmes de sensibilisation ou d'éducation de masse.

4.3.2.5. Représentativité en terme de pathologie

Dans notre échantillon, de façon globale, la plupart (**51,44%**) des enquêtés ont répondu ne pas savoir si l'infertilité du couple était une maladie contre **38,27 %** qui admettent cela comme étant une maladie. L'infertilité du couple n'est pas vue comme une maladie pour **10,28%** des participants.

Nos résultats diffèrent de ceux de Lamarran D. al au Nigeria en 2016 où la majorité des enquêtés admettaient l'infertilité comme une pathologie nécessitant un recours médical avec respectivement des taux à 97,3% [15].

Notre collecte s'était déroulée en zone rurale . Le niveau de scolarisation globale est encore faible et certaines zones très difficiles d'accès contrairement au Nigéria qui est un pays plus développé avec un niveau de scolarisation plus important. Cela pourrait expliquer cette différence.

4.3.3. Facteurs liés au traitement de l'infertilité du couple

4.3.3.1. Première personne à consulter dans le couple

Dans notre étude, la femme est la première personne à consulter dans le couple dans plus de la moitié des cas (51,44%) .

ADANMAYI S. et al au Bénin en 2018 dans son étude sur l'itinéraire thérapeutique des patients souffrant d'infertilité masculine a objectivé la même observation dans des

proportions plus élévées encore à 80,80 % de son échantillon. [38]

Dans les sociétés africaines, le poids de l'infertilité est premièrement porté par les femmes et c'est donc ainsi qu'elles sont les premières à consulter.

Dans l'étude de Sumera Ali et al. Au Pakistan, la perception est différente de celle de notre étude ; la plupart des enquêtés (55%) avaient répondus que les deux membres du couple devraient se rendre en même temps en consultation dès le premier recours médical sans préjuger d'un choix de partenaire en priorité [18].

4.3.3.2. Premier itinéraire thérapeutique

II ressort de notre étude que la tradithérapie représente le premier recours thérapeutique à Pahou (68,31%) ; cela est lié à la croyance majoritairement de l'origine spirituelle ou mystique comme cause principale de l'infertilité .

Au plan médical qui vient en second recours , le gynécologue est le seul spécialiste majoritairement connu (92.59%) , l'urologie reste peu connue (47,74%) tant dans l'existence de la spécialité que dans la prise en charge de l'infertilité du couple.

Le manque d'informations à propos de l'urologie ainsi que l'insuffisance de praticiens urologues expliqueraient cet état de chose. En effet pendant plusieurs décennies, seuls trois urologues avaient pris en charge la totalité de la population béninoise. [38]

Ce constat diffère de celui de Sumera Ali et al au Pakistan où la majorité a évoqué le traitement médical comme premier itinéraire (82,3% des hommes et 79,1% des femmes) .

CONCLUSION

Au terme de cette étude transversale, à visée descriptive et analytique portant sur une étude de la perception de l'infertilité du couple dans l'arrondissement de Pahou , 243 habitants ont été inclus dans notre étude et ont été sélectionnés dans sept hameaux avec une majorité à Pahou Centre. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 25 à 34 ans soit 39,9%. L'âge moyen des habitants est de 34,94 ans avec des extrêmes allant de 18 à 65 ans.

Les résultats de notre recherche ont permis de découvrir que les connaissances sur l'infertilité du couple à Pahou sont très limitées au sein des participants avec beaucoup d'idées fausses et des croyances surnaturels dans un contexte socioculturel très altéré par des mauvaises conduites en matière de santé reproductive.

Les connaissances sur les options de traitement sont également insuffisantes avec la tradithérapie qui domine dans la prise en charge. Toutes ces insuffisances altèrent ainsi les attitudes et pratiques des habitants en matière de santé reproductive.

Ces connaissances méritent d'être améliorées afin de permettre une amélioration de l'incidence sur la prévalence de l'infertilité du couple à Pahou et au Bénin.

Voilà pourquoi au terme de cette étude nous proposons qu'un état des lieux et des études ultérieures soient bienvenues pour évaluer à l' échelle nationale .

SUGGESTIONS

Dans le but d'améliorer les niveaux de connaissance et la prise en charge de l'infertilité du couple , nos suggestions sont les suivantes :

- A l'endroit du Ministère de la Santé
  - Subventionner à la baisse le coût des investigations pour la prise en charge de l'infertilité.
  - Faire un plaidoyer auprès des institutions internationales pour appuyer la prise en charge de l'infertilité.
  - Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information périodique sur l'infertilité du couple dans toutes les communes du Bénin.
  - Œuvrer pour l'ouverture d'un centre publique d'AMP.

- A l'endroit du personnel médical et des apprenants
  - Accroître les activités d'information, d'éducation et de communication dans la population en insistant sur la nécessité d'impliquer les partenaires potentiels pour que la prise en charge soit globale et plus efficace.
  - Renforcer la connaissance des praticiens en infertilité du couple à travers des formations continues.
  - Sensibiliser la communauté sur l'importance de consulter le spécialiste et particulièrement l'urologue chez les hommes.
  - Réaliser plus d'études sur l'évaluation des connaissances de l'infertilité du couple en population.

- A l'endroit des populations et familles
  - S'impliquer dans la prise en charge de l'infertilité de couple
  - Renforcer les connaissances sur l'infertilité masculine

REFERENCES

1- **World health Organisation ,** International Classification of Disease,11th Revision (ICD -11) Geneva **2018** https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility consulté le 08/08/2021

2 -**Mufungizi F. Cathy et col** Implication de l'homme dans l'infertilité du couple Mémoire DES Gynécologie 2016

3-Querleu D, Spina A, Leridon H. Epidémiologie de la fertilité. EMC 738 C10 3 1990, 6p.

4- Thonneau P. Infécondité : le point de vue de l'épidémiologiste. Contracept Fertil Sex 1992 ; 20 : 164-173

5-Fulford B et al , The role of knowledge and perceived susceptibility in intentions to optimize fertility: findings from the International Fertility Decision-Making Study (IFDMS). Human Reprod 2013 ,28(12): 3253–3262.

6-Kumar S et al (2009) Lifestyle factors in deteriorating male reproductive health. Indian J Exper Biol 47(8):615–624 ISSN: 00195189

7-Mustafa M and al (2019) Male and female infertility: causes, and management. IOSR J Dental Med Sci 18(9):27–32.

8-Aboudou J. Infertilité dans le couple : aspects socio-culturels, psychologiques et économiques. (Thèse de Médecine). Cotonou : Faculté des Sciences de la Sante ; Cotonou.2006

9-Legrain G, Delvoye P, Rasolofomana JR. L'infertilité : La Santé de la reproduction, pratique et opérationnelle. Antananarivo. Goprint ; 2001 :286-99.

10- Benetta M. Données cliniques et biologiques dans une série de 28 patients consultant pour infertilité à Oran. Ehu. Oran 2009.

11. **Houmenou V et col** Etude ethnobotanique des plantes utilisées dans le traitement de la stérilité féminine dans les départements de l'Ouémé et du plateau au Sud Bénin 2017.

12. **Boivin et al** An experimental evaluation of the benefits and costs of providing fertility information to adolescents and emerging adults. Human Reprod , 2018, 33(7):

1247–1253.

13-**Dyer SJ et al** Infertility-related reproductive health knowledge and help-seeking behaviour in African countries. ESHRE Monographs. 2008;2008(1):29-33.

14-Aziken ME et al Knowledge, perceptionand attitude of infertile women in Benin City, Nigeria to the causation of infetility and in vitro fertilisation and embryo transfer. Trop J ObstetGynaecol. 2013; 27(2):40-45.

15-**Lamaran Dattijo et Al** Knowledge of Infertility Among Infertile Women in Bauchi, Northern Nigeria ,2014

16--Sana El Adlani et col Connaissance et l'attitude des jeunes marocains sur l'infertilité-approche du genre ,2019

17-The Bertarelli foundation Scientific Board Public perception on infertilty and its treatment an international survey

18-Ali S, Sophie R, Imam AM, et al. Knowledge, perceptions and myths regarding infertility among selected adult population in Pakistan: a cross-sectional study. BMC Public Health ,2011

19- Cahier des villages et quartiers de ville du département de l'atlantique (RGPH-4) Août 2016

20- Ngou Mve Ngou JP et col Connaissances et Attitudes des Sages-Femmes de Libreville sur l'Infertilité du Couple , 2016

21-Ngoumou A D. Infertilité de la femme a la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou : Profil sociodémographique et clinique. (Mémoire de spécialité en Gynécologie - Obstétrique) Cotonou : Faculté des Sciences de la Sante ; 2015.

22- Fondation Genevoise pour la formation et la recherche médicales. Stérilité. Disponible : http://www.sterilité-coursgenev.htm.

23- Hadidjatou Ouake et al, Mémoire, Infertilité du couple: Responsabilité de l'homme dans trois centres sanitaires a cotonou, 2017

24-Olivennes F,Hazout A, Frydman R. Assistance médicale à la procréation in Collection Abreges de medecine.[en ligne].2006.[cité en Déc.

2006].34(2):[environ(1203)].Disponible:http//www.emconsulte.com/en/article/56963

25-Cherifa Rab-ah Amine et al Perception social de la femme fonctionnaire a n'djamena (TCHAD), Memoire Sociologie 2013

26- Société Française d'Endocrinologie. Infertilité du couple : conduite de la première consultation http://www.sfendocrino.org/article/382/item-29-ndash-infertilite-du-couple-conduite-de-la-premiere-consultation. Consulté le 10/08/2021 à 22h24

27-https://marjolainechartin.etiopathe.cab/blog/approche-etiopathique-du-cycle-feminin consulté le 10/08/2021 à 22h 38

28- J. Lansac, P. Lecomte, H. Marret. Gynécologie pour le praticien, Elsevier Masson. Paris 2007, 574p

29- Larousse médical en ligne consulté le 13/08 2021

30-Tchokothe L. Etude de la prévalence, des facteurs épidémiologiques et du cout de la masturbation en milieu urbain (Cotonou) et de l'incontinence urinaire chez la femme. (Mémoire de 3e année de DES Gynécologie et Obstétrique) Cotonou : Faculté des Sciences de la Sante ; 2014. 91p

31-Angela B. J, William G. S, Amber M. M, Sarah A. J, Dennis B et al, Discovery of a Novel Seminal Fluid Microbiome and Influence of Estrogen Receptor Alpha Genetic. [en ligne]. 2016. Disponible : www.doctissimo.fr › Santé › Anatomie du corps humain

32-Dictionnaire visuel. Volume 3 : Corps humain. Disponible : www.infovisual.info/appareilgénitalfeminin.html. consulté le 22/08/2021

33-Mémoire on line. Biologie et Médecine : Pratique de l'échographie de la prostate en Afrique subsaharienne in Rappel anatomique. Disponible sur http://www.memoireonline.com . Consulté le 22 Aout 2021.

34- https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/clinique-fertilite-procreation assistee/Traitements/fertilite-insemination-intra-uterine consulté le 29/08/2021 à 11h36

35- http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/14-ch07-59-68-9782294715518-AMP.html consulté le 29/008/2021 à 12h15

36- https://sites.google.com/site/fecondationinvitro500/les-differents-etapes-de-la-fecondation-in-vitro consulté le 29/008/2021 à 12h28

37-https://www.google.com/amp/s/babygest.com/fr/fiv-ou-icsi/amp/ consulté le 29/08/2021 à 13h25

38-Adanmayi S. et al , Itinéraire thérapeutique des patients souffrant d'infertilité masculine à la clinique universitaire d'urologie-andrologie du CNHU-HKM, 2018

39-Gahou U. et al. Don de gamètes dans la prise en charge de l'infertilité du couple : Connaissances attitudes et perceptions des étudiants en médécine de la faculté des sciences de la santé de cotonou , 2019

40-Gbotche A. et al Aspects épidémiologiques et diagnostiques de l'infertilité masculine au CNHU-HKM de cotonou ,2019

41-Djossoukan J. Nutrition et infertilité du couple

42-Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien. 7e éd. Paris : Masson ; 2007.

43-Turek P.J. Male infertility. In : TANAGHO E.A, ANINH J.W. eds New York, Smith'General Urology, 2004, 678p .

44-Katherine P. L'infertilité, une réalité sociale et conjugale: Cahier de recherche pratique. (en ligne). 2013 (consulté le 29/08/2021 à 12h) ; 3(2) : 1-5. Disponible : http//www.ordrepsy,qc.ca/cahierrecherche22.

45- Netter F. Cahier d'anatomie

46- Kamina P. Planche d'anatomie Petit Basin et périnée l'appareil génital masculin

47- Sherwood Physiologie humaine 2ème édition

48- Marieb E. Anatomie et Physiologie Humaine.4è Ed Américaine de Boeck Université

49- Tomety L. Aspects psychosociaux de la stérilité conjugale à propos de 140 cas observés au CNHU de Cotonou. Faculté des sciences de la santé Cotonou, Thèse de Méd. N°421,1988;144p.

50- Psychologie génétique ; Le développement de la personne : http://psyulb.be/archives:downloads/licence1/psygenetique/psychogenetique. Consulté le 23/O8/2021

51-Robin G ; Hypogonadisme masculin. Andrologie-Médécine de la reproduction CHRU Lille 2011

52- Sadeghi-Nejad H , Oates RD , Curr Opin Urol. 2008 ; 18 : 628.

53- Oates RD ; Fertil steril 2012 98: 266

54- Virtanen HE,toppari J; Endocrinol Metab Clin Norrth Am. 2015; 44:751

55-R.F. Turki et al. Associations of recurrent miscarriages with chromosomal abnormalities,thrombophilia allelic polymorphisms and/or consanguinity in Saudi Arabia; BMC Med. Genet. 17 (Suppl. 1) (2016) 69

56- Alsaikan B et al, Epidémiologie de la varicolcèle; journal d'andrologie. 2016; 18,179-181

57- Lucie Bertrand et al , Traitements actuels de l'infertilité dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation, université henry poincare nancy 1 2003

58- KB Gynécologie obstétrique

59- Orstom Serhau, *Ouidah et son patrimoine* ,Paris Cotonou, 1991, 413p

60- Ouidah, Wikipédia, https//fr.m/wikipedia.org/wiki/Ouidah consulté le 07/O9/2021 à 08h44

61- F. Marcelli et al ; Prise en charge de l'infertilité masculine. Progrès en urologie 2009; 19, 260-264

62- Merviel P et al, le désir tardif d'enfant : quelle proise en charge? 32 ème journée nationale du CNGOF 2008 : 93-110

63- Fauque P et al , traitements médicaux et mesures hygiéno-diététiques chez l'homme. Journal gynécologie obstétrique , biologie de la reproduction 2007 ;36 :78-84

64- Faure C et al , antioxydants et infertilités masculine. Médecine thérapeutique , médecine de la reproduction , Gynécologie endocrinologie 2011 ; 13 (4) : 275-83.

65- Sexualité et procréation , https://sites.google.com/site/bantegnies/premieres/chapitreviii?tmpl=%2Fsystem%2Fapp%2Ftemplates%2Fprint%2F&showPrintDialog=1 , consulté le 10/09/2021 à 16h50

66- Iliyasu Z. et al. , Perception de l'infertilité et acceptabilité de la technologie de reproduction assistée dans le Nord du Nigeria, 2013

67-Achmad K. et al , Divergence dans la perception de l'infertilité et attitudes envers les option de traitement en Indonésie , 2019

ANNEXES

Numéro de la fiche : |__||__||__||__|

I- Données sociodémographiques	
1. Age	|__||__||__||__|
2. Sexe	|__|1. Masculin |__|2. Féminin
3. Profession	|__|1. Fonctionnaire |__|2. Commerçant |__|3. Etudiant |__|4. Ménagère |__|5. Artisan |__|6. Secteur privé |__|7. Sans emploi |__|8. Autre ……
4. Situation matrimoniale	|__| 1. Célibataire |__| 2. Marié(e)/ Union libre |__| 3. Divorcé(e) |__| 4. Veuf (veuve)
5. Hameau	|__|1.Adjovicodji |__|2. Adjra-hounve |__|3.Adjra-adovié |__|4.Ahouicodji |__|5. Ahozon |__|6. Houndjava |__|7.Hounkanmede |__|8.Kpovié |__|9.Pahou
6. Niveau d'instruction	|__|1. Primaire |__|2. Secondaire |__|3. Supérieur |__|4. Non scolarisé
7. Plus grand diplôme obtenu	|__|1. CEP |__|2. BEPC |__|3. CAP |__|4. BAC |__|5. License _|6. Master 7. |__| Aucun |__|8. Autres .....
8. Ethnie	|__| 1. Fon |__| 2. Adja |__| 3. Yoruba |__| 4. Autres .....
9. Réligion	|__| 1. Catholique |__| 2. Evangélique |__| 3. Musulman |__| 4. Endogène |__| 5. Protestant |__| 7. Christianisme céleste |__| 8. Autres.....
II- **Connaissances sur l'infertilité du couple**	
10. Avez vous déja entendu parlé d'infertilité du couple?	Oui |__| Non |__|
11. Comment définissez vous l'infertilité / Stérilité d'un couple?	....
12. Avez vous des enfants? Si oui Combien?	|__|1. Non |__|2. Oui Nombre .....
13. Avez vous connu personnellement de problème d'infertilité?	|__|1. Oui |__|2. Non
14. Avez vous connu ou connaissez vous un couple ayant ce problème à pahou?	|__|1. Oui |__|2. Non
15. Pensez vous que c'est une maladie?	|__|1. Oui |__|2. Non |__|3. Je ne sais pas

III- **Aspects étiologiques et culturels**	
16. Est ce seulement un problème en rapport avec la femme?	|__|1. Oui |__|2. Non |__|3. Je ne sais pas
17. Quels sont les causes de l'infertilité du couple selon vous ?	Troubles de l'érection Volonté de Dieu Troubles menstruels Absence d'ovulation Anomalie de l'utérus IST Alimentation Médicaments Tabac Usage antérieur de contraception Alcool Anomalies du sperme Age Préciser ..... Sorcellerie Trouble mental Autres Préciser .....
18. Que réprésente ce problème ici à PAHOU du point de vue du couple de la famille ou de la société?	|__|1. Drame |__|2. Malédiction |__|3.Volonté de Dieu |__|4. Autres .....
19. Comment réagit un couple infertile par rapport à ce problème ici à pahou?	
IV- **Aspect Thérapeutiques**	
20. En cas d'infertilité du couple, qui doit-on examiner en 1er?	|__|1. Homme |__|2. Femme |__|3.Les deux
21. Est ce qu'un couple qui a réussi a concevoir une fois peut avoir des problèmes d'infertilité après?	|__| 1. Oui |__| 2. Non |__|3.Je ne sais pas
22. Est ce que ce problème est curable médicalement?	|__|1. Oui |__|2. Non |__|3. Je ne sais pas
23. Quels sont les moyens de traitement que vous connaissez?	|__|1. Traitement médical |__|2. Tradithérapie |__|3. Autres..... |__
24. A quel spécialiste de la santé faut il faire recours pour une prise en charge?	|__|1. Gynécologue |__|2. Sage femme |__|3. Urologue |__|4. Sexologue |__|5. Psychiatre |__|6. Autres.....

25. Quel est le premier itinéraire thérapeutique choisi à pahou en cas d'infertilité d'un couple?	|__|1. Traitement médical |__|2. Tradithérapie |__|3. Autres.....
26. Connaissez vous des centres médicaux où une prise en charge peut etre faite?	|__|1. Non |__|2. Oui Si oui: |__|1.Centre de santé de Pahou |__|2. CNHU |__|3. Autres.....
27. Notes	....

REPUBLIQUE DU BENIN

DEPARTEMENT DE L'ATLANTIQUE

COMMUNE DE OUIDAH

N°5/1028/CO/SG/SAG

AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Maire de la Commune soussigné, autorise Monsieur **AGBOTON OKE Alek Emmanus Dinova,** étudiant en fin de formation en médecine, à effectuer des recherches sur le territoire de la Commune de Ouidah précisément dans l'arrondissement de Pahou. Ladite recherche entre dans le cadre de la rédaction de sa thèse en médecine sur le thème intitulé **« perception de l'infertilité du couple ».**

Je recommande par conséquent Monsieur **AGBOTON OKE Alek Emmanus Dinova,** à toute personne physique ou morale que je remercie de bien vouloir faciliter à l'intéressée, la collecte des données nécessaires à la rédaction de son mémoire.

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ouidah, le 19 juillet 2021

P/ le Maire et Po
Le Secrétaire Général

Landry Médard HINNOU

Table des matières

DEDICACE..... xii
REMERCIEMENTS.....xvi
HOMMAGES..... xviii
SOMMAIRE.....xxii
LISTE DES ABREVIATIONS..... xxiii
LISTE DES SCHEMAS.....xxv
LISTE DES FIGURES.....xxvi
LISTE DES TABLEAUX..... xxvii
INTRODUCTION..... 1
1. GENERALITES..... 5
1.1- Définition des concepts..... 6
1.2- Les organes génitaux externes masculins..... 8
1.2.1- Rappels anatomiques..... 8
1.2.1.1- Organes génitaux externes masculin..... 8
1.2.1.2- organes génitaux internes masculin..... 11
1.2.2- Rappels physiologiques.....14
1.2.2.1- Fonction endocrine testiculaire.....14
1.2.2.2- Fonction exocrine testiculaire..... 15
1.3-Les organes génitaux féminins..... 16
1.3.1- Rappels anatomiques..... 16
1.3.1.1- Haut appareil génital féminin..... 16
1.3.1.2- Bas appareil génital féminin.....19
1.3.2- Rappels physiologiques.....20
1.3.2.1- Fonction endocrine ovarienne.....20
1.3.2.2- Le cycle menstruel.....21
1.4- La fécondation et les premières étapes de la vie.....23
1.5- Etiologies de l'infertilité du couple.....23
1.5.1- Chez la femme..... 24
1.5.2-Chez l'homme 26
1.5.2.1- Causes prétesticulaires..... 27
1.5.2.2- Causes testiculaires..... 27
1.5.2.3- Causes post testiculaires..... 28
1.5.2.4- Infertilités masculines idiopathiques 29
1.6- Approches thérapeutiques du couple infertile..... 29
1.6.1- Traitement chirurgical..... 29

1.6.2-Traitement médical 30
1.6.3- Abstention thérapeutique..... 31
1.6.4- Prise en charge psychologique 31
1.6.5- Aide médical à la procréation 31
1.7- Répercussions psychologiques et sociales de l'infertilité..... 32
2. CADRE ET METHODES D'ETUDE..... 35
2.1- Cadre..... 36
2.2- Méthode d'étude..... 39
2.2.1- Type d'étude..... 39
2.2.2- Période d'étude..... 39
2.2.3- Population d'étude..... 39
2.2.4- Echantillonnage..... 39
2.2.5- Les variables..... 40
2.2.6- Collecte des données..... 41
2.2.6.1- Sources des données..... 41
2.2.6.2- Outils de collecte..... 41
2.2.6.3- Technique de collecte..... 41
2.2.6.4- Procédure de collecte..... 41
2.2.7- L'analyse des données..... 41
2.2.8- Considérations éthiques..... 42
2.2.9- Difficultés..... 43
3. RESULTATS..... 44
A- Etude descriptive..... 45
3.1- Caractéristiques socio démographiques..... 45
3.1.1- Hameau de résidence..... 45
3.1.2- Age et sexe..... 45
3.1.3- Situation matrimoniale..... 46
3.1.4- Profession..... 47
3.1.5- Réligion..... 47
3.1.6- Niveau d'instruction..... 48
3.1.7- Plus grand diplome obtenu..... 48
3.1.8- Ethnie..... 48
3.1.9- Nombre d'enfant..... 49
3.2.- Connaissances sur l'infertilité du couple..... 49
3.2.1- Définition..... 49
3.2.2- Représentativité en terme de pathologie..... 50
3.2.3- Origine uniquement féminine..... 51

3.2.4- causes de l'infertilité du couple.....51
3.2.5- Possibilité d'infertilité secondaire.....53
3.2.6- Traitement médical comme solution de l'infertilité.....53
3.2.7- Première personne à consulter.....54
3.2.8- Moyens de traitement.....55
3.2.9- Spécialiste de santé pour la prise en charge.....55
3.2.10- Premier itinéraire thérapeutique à Pahou.....56
3.2.11- Connaissance d'un centre médical de prise en charge.....56
3.2.12- Interpretation sociale de la notion d'infertilité.....56
3.2.13-Réaction des habitants en cas d'infertilité.....57
B- Etude analytique.....58
3.3- Croisement entre les variables sociaux et culturels.....58
3.3.1- Relation entre niveau d'instruction et définition.....58
3.3.2- Relation entre niveau d'instruction et causes.....58
3.3.3- Relation entre profession et causes.....59
3.3.4- Relation entre ethnie et causes.....59
3.3.5- Relation entre réactions et causes.....60
3.4- Récits de quelques habitants au cours de notre étude.....61
4. DISCUSSION.....62
4.1- Atteinte des objectifs.....63
4.2- Qualité et validité des résultats.....65
4.3- Commentaire et comparaison des résultats avec d'autres auteurs.....66
CONCLUSION.....72
SUGGESTIONS.....74
REFERENCES.....76
ANNEXES.....83
TABLE DES MATIERES.....88

RESUME

Objectif : Etudier la perception de l'infertilité du couple chez les populations de l'arrondissement de Pahou en 2021

Cadre et méthode: II s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'était déroulée dans l'arrondissement de Pahou dans la commune de ouidah sur une période de trois mois allant de Août à Octobre 2021 et ayant impliquée 243 participants. Il a été procédé par une méthode probabiliste basée sur un sondage aréolaire des hameaux .

Résultats: 243 personnes ont été recensés. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 25 à 34 ans avec un âge moyen de 34,94 ans et des extrêmes allant de 18 à 65 ans. La grande majorité (78,60 %) vivent en couple. Les habitants exerçant leurs professions dans le secteur privé représentent 64,6% suivis des artisans 14 % et des commerçants 7,8 %. La majorité des habitants (43,21%) n'ont aucun diplôme contre 8,23% ayant le BAC ; 27,98% le CEP ; 15,22% le BEPC et 4,11% la licence. La sorcellerie est évoquée comme principale cause de l'infertilité du couple par la grande majorité (97,94%) des habitants interpellés. Aucun des habitants de notre étude n'a pu formuler la définition de l'infertilité du couple telle que décrite par l'OMS . La majorité des enquêtés (89,3%) l'ont défini comme étant l'absence d'enfant dans un couple. La plupart (51,44%) des habitants ont répondus ne pas savoir si l'infertilité du couple était une pathologie contre 38,27 % qui admettent cela comme l'étant et 10,28% pour qui ce n'est pas une pathologie. L'origine uniquement féminine a été réfutée par la grande majorité des habitants (96,7%) contre 1,2% qui admettent cela et 2,1% restés sans choix. La tradithérapie représente le premier recours thérapeutique à Pahou (68,31%) et la femme est la première personne à consulter dans le couple dans plus de la moitié des cas (51,44%) . L'interprétation sociale de la notion d'infertilité du couple à Pahou est dominé par les croyances à type de malédiction , drame ou volonté de Dieu (52,67%)

Conclusion: La perception de l'infertilité du couple à Pahou est très altérée avec beaucoup d'idées fausses et des croyances surnaturels dans un contexte socioculturel dominé par des mauvaises conduites en matière de santé reproductive. Les connaissances sur les options de traitement sont également insuffisantes avec la tradithérapie qui domine dans la prise en charge
Mots clés: infertilité du couple; Pahou, , tradithérapie

SUMMARY

Objective: To study the perception of infertility among the population of the district of Pahou in 2021

Framework and method: This was a descriptive and analytical cross-sectional study that took place in the arrondissement of Pahou in the commune of Ouidah over a three-month period from August to October 2021 and involved 243 participants. The survey was conducted using a probabilistic method based on an area survey of the hamlets.

Results: 243 people were enumerated. The most represented age group was 25 to 34 years old with an average age of 34.94 years and extremes ranging from 18 to 65 years old. The vast majority (78.60%) live in couples. The inhabitants exercising their professions in the private sector represent 64.6%, followed by craftsmen 14% and tradesmen 7.8%. The majority of the inhabitants (43.21%) have no diploma against 8.23% having the BAC; 27.98% the CEP; 15.22% the BEPC and 4.11% the licence. Witchcraft was mentioned as the main cause of the couple's infertility by the vast majority (97.94%) of the inhabitants questioned. None of the inhabitants of our study could formulate the definition of couple infertility as described by the WHO. The majority of the respondents (89.3%) defined it as the absence of children in a couple. The majority (51.44%) of the respondents did not know whether couple infertility was a disease, while 38.27% admitted that it was a disease and 10.28% said it was not a disease. The only female origin was refuted by the great majority of the inhabitants (96.7%) against 1.2% who admit that and 2.1% remained without choice. Traditherapy is the first therapeutic recourse in Pahou (68.31%) and the woman is the first person to consult in the couple in more than half of the cases (51.44%). The social interpretation of the notion of infertility of the couple in Pahou is dominated by beliefs such as curse, drama or God's will (52.67%).

Conclusion: The perception of infertility of the couple in Pahou is very altered with many misconceptions and supernatural beliefs in a socio-cultural context dominated by bad conduct in reproductive health. Knowledge about treatment options is also insufficient with traditherapy dominating in the management

Key words: couple infertility; Pahou, , traditherapy