MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année : 2022 N° 2467

ACCEPTABILITE DE LA CONTRACEPTION MASCULINE PAR LES HOMMES : ENQUETE REALISEE AU CNHU-HKM ET AU CHU DE ZONE D'ABOMEY-CALAVI/SO-AVA

THESE

Soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE DIPLOME D'ETAT

Par

HOUNVENOU Finagnon Pacôme

Né le 26 Mai 1996

Directeur de thèse

Professeur Josué D. G. AVAKOUDJO

CO-DIRECTEUR

Dr Dètondji Fred J-M. HODONOU

Présidente du jury

Professeur Flore GANGBO

Membres du jury

Professeur Adolphe KPATCHAVI

Professeur Christiane TSHABU - AGUEMON

Professeur Josué D. G. AVAKOUDJO

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

MAK 2/10

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
INSTITUT DES SCIENCES DE LA SANTE

IBK 3/10

ANNEE 2021

Source : Service du Personnel

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

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

MBK 4/10

Source : Service du Personnel

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

ANNEE 2021

Source : Service du Personnel

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

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

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

MAK 6/10

NOVEMBRE 2021

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 Benoit	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.

MAK 7/10

Source : Service du Personnel

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

ARCHIVE 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 Benoit.....	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)

MBK 9/10

Source : Service du Personnel

ARCHIVES 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

NOVEMBRE 2021

Source : Service du Personnel

DEDICACES

Dédicaces

A DIEU, le Père Tout-Puissant,

Eternel des armées, Dieu trois fois saint, tu as tenu ma main, et tu m'as conduit par tous les sentiers. Tu es mon roc et mon refuge. Puisse ma vie entière être un témoignage de ta miséricorde infinie. Puisse le souffle que tu m'accordes manifester ma gratitude, chaque instant de ma vie.

A Edouard et Marie HOUNVENOU mes chers parents,

Vous avez été présents à ma naissance et depuis toujours vous m'accompagnez avec amour et dévotion. Vous n'avez ménagé aucun effort pour m'offrir une éducation de qualité et faire de moi un homme meilleur chaque jour que Dieu fait. Merci pour vos sacrifices de tous les jours, merci pour votre amour inconditionnel. Mon amour et ma gratitude pour vous sont infinis. A mon tour je vous promets de vous retourner l'ascenseur et de vous rendre fiers. Que le Seigneur vous maintienne encore à mes côtés aussi longtemps que possible. Recevez à travers ce travail vos hommages mérités.

A tous mes frères et sœurs, en particulier Romaric HOUNVENOU,

Merci pour l'amour et le soutien dont vous avez fait preuve à mon égard. Notre unité est la plus précieuse des perles que garde mon âme. Ceci un travail d'ensemble. Puisse le Seigneur nous accorder de maintenir entre nous ce soutien sincère et gratuit.

A ma cousine Aline ODJE épouse ADJIDJAN,

Vous avez été à mes côtés depuis le début de ma formation et m'avez materné à travers vos conseils et soutiens de tous genres. Vous étiez celle que j'aimais appeler fièrement chaque fin d'année pour annoncer ma réussite. Vous faites partie des personnes que je ne voudrai jamais décevoir. Recevez à travers ce travail toute l'affection que je porte pour vous.

A Blanche et Wilfried AKPATA,

Mes chers parrains**,** votre présence et votre soutien ont été très importants pour moi. Merci pour tous ces encouragements chaque fois qu'on se voyait. Ce travail est le témoignage de ma gratitude envers vous. Puisse le Seigneur nous maintenir encore plus longtemps.

A mes amis et frères Cédric GANGBESSO, Romulus HONHONOU, Emmanuel DANSI, Epiphane KPALIKA,

Votre amitié et votre loyauté toutes ces années sont pour moi comme une pierre précieuse que je m'efforcerai de garder tel un trésor. Puisse le Tout Puissant nous garder unis pour le reste de notre vie.

A mes collègues et amis Amira ADJIBABI, Crédo ABALOT, Lysias AZONHAI, Clara LISSANON, Ophé Luc QUENUM, Christelle GAYET, Claudel BOKOSSA, Cédric DOSSOU,

Nous avons fait du chemin ensemble et nous voici à la fin de la première étape. Merci pour tous ces moments passés à la fac. Que le Seigneur nous accorde une belle carrière pleine de réussite.

REMERCIEMENTS

Remerciements

A tous mes oncles et tantes, paternels et maternels, le soutien familial procure une sérénité. Merci pour vos bénédictions

A toute ma Famille

A tous ceux qui n'ont cessé de m'encourager tout le long de mon cursus. Sincères remerciements

A tous mes collègues et amis de la 43ème promotion en particulier aux membres du groupe 6 d'internat.

Au Docteur Alphonse AFFO, merci pour votre accueil et votre implication particulière. Vos apports ont amélioré la qualité de ce travail. Je garde un très bon souvenir de nos rencontres.

A Christelle KOUDORO pour son importante contribution dans ce travail.

A mes collègues de travail Landry DIDAVI, et Roxane SAIZONOU.

A toutes les personnes ayant participé à notre enquête, merci pour la confiance mutuelle, merci pour les informations confidentielles, merci simplement pour votre consentement. Ce travail n'aurait point existé sans vous.

HOMMAGES

Hommages à nos maîtres

A notre Maître et Directeur de thèse, Professeur Josué Dèjinnin Georges AVAKOUDJO,

Cher Maître, les mots ne suffiront jamais pour vous témoigner notre reconnaissance, notre profonde gratitude. Votre charisme et votre humilité sont tant de choses qui nous ont toujours rendus si admiratif de votre personne depuis nos premiers pas dans votre service au CNHU en tant qu'externe. Vous nous avez ouvert les portes de la connaissance. Vous vous êtes rendu disponible et avez dirigé ce travail malgré vos nombreuses occupations. Votre attachement au travail bien fait et votre rigueur scientifique sont pour nous, une source d'inspiration. Puisse l'Eternel vous accorder les plus grands honneurs.

Hommages respectueux

Au Docteur Fred HODONOU, notre Co-Directeur de thèse

C'est un réel plaisir de vous avoir côtoyé et d'avoir travaillé avec vous. Votre disponibilité, votre rigueur et votre grand sens du travail bien fait ont impacté positivement ce travail. Vous nous avez accordé votre temps malgré vos emplois du temps très chargés. Merci pour le sacrifice que vous avez consenti pour nous. Nous espérons que ce travail auquel vous avez contribué a du mérite à vos yeux. Puisse le Seigneur vous élever dans votre carrière d'enseignant.

Hommages respectueux

A la Présidente du Jury

Cher Maître, c'est un grand honneur que vous faites à notre humble personne. Malgré vos nombreuses occupations, vous avez accepté de présider ce jury. Nous sommes convaincus que vos conseils et recommandations amélioreront la qualité de ce travail. Veuillez accepter nos hommages respectueux.

Profondes déférences

Aux Honorables Membres du jury

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de siéger dans ce jury. Nous sommes sincèrement reconnaissants pour ce précieux temps que vous nous sacrifiez, malgré vos maintes occupations. Nous sommes certains que votre présence permettra d'améliorer la qualité de ce travail.

Hommages respectueux

LISTE DES SIGLES

ET

ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CHM	Contraception Hormonale Masculine
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et universitaire- Hubert Koutoukou MAGA
CHM	Contraception Hormonale Masculine
CHUZ	Centre Hospitalier et Universitaire de Zone
Cra	Crânial
DIU	Dispositif Intra-Utérin
FSH	Hormone Folliculostimulante
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormone
HZ	Hôpital de Zone
HPV	Human Herpes Virus
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LH	Hormone Lutéinisante
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPT	Office des Postes et Télécommunication
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
Ve	Ventral

FIGURES ET TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I: Critères d'inclusion et de non inclusion 31
Tableau II: Répartition des hommes suivant l'âge 38
Tableau III: Répartition des hommes suivant la religion 39
Tableau IV: Répartition des hommes suivant le niveau d'étude 39
Tableau V: Répartition des hommes suivant la situation matrimoniale, la paternité et le désir de paternité 41
Tableau VI : Répartition des hommes suivant les méthodes traditionnelles de contraception masculine 46
Tableau VII: Répartition des hommes suivant leur rapport avec la contraception 47
Tableau VIII : Répartition des enquêtés suivant les raisons du refus de nouvelles méthodes contraceptives 54
Tableau IX: Résultats test de Khi-deux 55
Tableau X:Estimation du modèle Logit 57
Tableau XII:Résultat des tests de validation du modèle ..... h

Liste des figures

Figure 1: Coupe saggitale de l'appareil génital masculin..... 9
Figure 2: Coupe frontale du pénis..... 10
Figure 3 : Déroulement de la spermatogenèse..... 12
Figure 4: Préservatif masculin..... 16
Figure 5: Illustration d'une pilule hormonale masculine..... 20
Figure 6 : Illustration du slip thermique..... 22
Figure 7: Carte géographique de la commune de Cotonou..... 25
Figure 8: Illustration montrant l'entrée du CNHU-HKM..... 27
Figure 9: carte géographique de la commune d'Abomey-Calavi..... 28
Figure 10: Illustration montrant l'entrée du CHUZ Abomey-Calavi/Sô-Ava.... 30
Figure 11: Répartition des hommes suivant la profession..... 40
Figure 12 : Répartition des hommes suivant la connaissance des types de contraception masculine..... 42
Figure 13: Répartition des hommes suivant les sources d'information sur la contraception..... 43
Figure 14: Répartition des hommes suivant le degré d'information sur la contraception..... 44
Figure 15: Répartition des hommes suivant la connaissance de méthodes traditionnelles de contraception masculine..... 45
Figure 17: Répartition des hommes suivant la méthode utilisée pour éviter les grossesses..... 48
Figure 17: Répartition des hommes suivant les méthodes contraceptives utilisées lors des rapports sexuels..... 49
Figure 18: Répartition des hommes suivant la méthode contraceptive utilisée lors des rapports sexuels et la fréquence d'utilisation..... 50
Figure 19: Répartition des hommes suivant la méthode de contraception préférée 51
Figure 20: Répartition des enquêtés suivant la nouvelle méthode contraceptive choisie..... 52
Figure 21: Répartition des enquêtés suivant les raisons de la volonté à opter pour de nouvelles méthodes contraceptives..... 53

SOMMAIRE

SOMMAIRE XXVI

INTRODUCTION 1

1- GÉNÉRALITÉS 4

2- CADRE ET METHODE D'ETUDE 23

3- RESULTATS 37

4 -DISCUSSION 59

CONCLUSION 71

RECOMMANDATIONS 73

REFERENCES 75

ANNEXES ..... a

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR.

INTRODUCTION

La population mondiale a connu une croissance fulgurante lors de ces dernières décennies. À l'heure actuelle, elle augmente à un rythme de 80 millions de personnes par an et devrait dépasser les 9 milliards d'ici 2050 et l'Afrique sera le continent clé de cette explosion démographique [1,2]. Dans ce contexte, on estime également que près de la moitié des grossesses dans le monde ne sont pas planifiées [3], et parmi celles-ci, la moitié sont non désirées.

Face à ce phénomène, la contraception se révèle comme un moyen efficace pour contenir l'explosion démographique. Mais quand on parle de planification familiale c'est à la femme qu'on pense en premier car elle endosse presque toute la responsabilité de la contraception [4]. Dans plusieurs pays surtout africains, les politiques en matière d'espacement des naissances sont beaucoup plus orientées vers les femmes. Ainsi le paysage des contraceptifs est dominé par les méthodes féminines, malgré les avancées dans la production des méthodes contraceptives. Cependant, avec l'évolution de la répartition des rôles au sein du couple dans la société, ainsi que les notions de parité et d'approche genre, il serait pertinent de repenser au rôle des hommes dans la planification familiale et à leur degré d'implication dans le choix de la contraception. Un partage des responsabilités au sein du couple permettrait une pratique plus effective de la contraception masculine [5].

Pour les hommes, le choix apparait beaucoup plus restreint. Les méthodes masculines se limitent à la méthode du retrait ou coït interrompu, au préservatif appelé généralement condom ou la vasectomie [6]. Bien qu'elles aient fait la preuve de leur efficacité, les contraceptions masculines hormonale et thermique restent encore peu utilisées et demeurent peu connues du grand public [7,8]. Bien qu'il y ait eu plusieurs études sur l'utilisation ainsi que les attitudes des hommes vis-à-vis du préservatif masculin, la littérature est pauvre sur le sujet des hommes et de la Contraception surtout en ce qui concerne les autres méthodes contraceptives masculines. Pourtant l'intérêt et les connaissances des hommes

dans ce domaine sont essentiels pour la réussite de la planification familiale, l'épanouissement du couple et pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

Même si on note un regain de l'intérêt des hommes pour la contraception, leur totale adhésion aux différents processus de prise de décision s'avère primordiale. Il serait donc pertinent de recueillir les avis des hommes quant à leur adhésion à la contraception et leurs opinions vis-à-vis de sa composante masculine. Mais à ce jour, il existe peu de documentation sur l'adhésion des hommes à la contraception masculine et au Bénin il n'y en a pas du tout. C'est pour enrichir cette littérature que nous proposons la présente étude afin d'étudier l'acceptabilité des méthodes de contraception masculine par les hommes.

❖ OBJECTIF GENERAL

Etudier l'acceptabilité de la contraception masculine par les hommes.

❖ OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer le niveau de connaissance et les sources d'information des hommes sur la contraception.
- Répertorier les méthodes traditionnelles de contraception masculine que les hommes connaissent.
- Décrire les méthodes de contraception utilisées et non utilisées par les hommes et déterminer les méthodes de contraception auxquelles les hommes sont favorables.
- Déterminer les raisons qui motivent les hommes dans le choix de leurs contraceptifs.

1- GÉNÉRALITÉS

1-1 Définition des concepts

Acceptabilité : désigne le caractère de ce qui est plus ou moins tolérable. En médecine, l'un des principaux dogmes est le « primum non nocere » qui signifie : « d'abord ne pas nuire ». L'activité médicale reste indissociable de ses conséquences et implique nécessairement une confrontation à des risques (iatrogénie, erreur médicale, effets indésirables…). La prise de risque est normalement justifiée par la recherche d'un bénéfice. L'acceptabilité des soins malgré les potentiels risques serait donc motivée par la recherche d'un mieux-être qui constitue le bénéfice car l'intérêt précède l'usage. Elle résulte d'une part de l'évaluation des activités des soins (calcul bénéfice/ risque) et d'autre part des normes et valeurs sociales de l'individu autrement dit des représentations socioculturelles.

Contraception : D'après l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), la contraception est l'« utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » [9]. Le mot contraception vient du latin *contraconception* : moyen employé pour éviter que des rapports sexuels n'aboutissent à une grossesse. L'objectif est donc de contrer la "conception". Dans ce sens, toute méthode permettant d'éviter ou de différer une grossesse est une méthode contraceptive, que ce soit par voie mécanique (préservatif masculin et féminin, dispositif intra-utérin au cuivre), hormonale (pilule, implant, anneau vaginal, dispositif intra-utérin hormonal), méthodes naturelles et même abstinence [10]. Un contraceptif idéal pour les hommes devrait être facilement disponible, bon marché, facile à utiliser, sans effets secondaires, n'affectant pas la libido, et facilement réversible [11].

Indice de Pearl mesure le nombre de grossesses non souhaitées sur une durée de 100 années-femme. Il permet d'évaluer l'efficacité de la méthode contraceptive. Plus l'indice est faible, meilleure est la méthode de contraception. Par exemple, un indice de Pearl de 2 signifie qu'en moyenne 2 femmes sur 100 utilisant cette méthode contraceptive tombent enceinte dans l'année [10].

1-2 Rappel anatomo-physiologique de l'appareil reproducteur masculin

Chez l'homme, l'appareil génital est étroitement lié à l'appareil urinaire. Il comprend les testicules, les épididymes, les canaux déférents, les vésicules séminales, la prostate ainsi que le pénis qui sont subdivisés en organes génitaux externes et internes.

1-2-1 Les organes génitaux internes

On distingue les vésicules séminales, les canaux éjaculateurs, la prostate et les glandes de Cowper.

Les vésicules séminales sont deux poches situées en arrière de la prostate et de la vessie, qui mesurent 5 à 7 cm de long; elles fabriquent un plasma séminal visqueux et alcalin, qui va constituer le sperme avec les sécrétions prostatiques et les spermatozoïdes.

Les canaux éjaculateurs, qui font suite aux vésicules séminales, expulsent le sperme dans l'urètre au moment de l'éjaculation.

La prostate est une glande pesant de 15 à 20 grammes chez l'adulte, située sous le col vésical et entourant l'urètre. Enveloppée par une épaisse capsule de tissu conjonctif, la prostate renferme de 20 à 30 glandes tubulo-alvéolaires composées, ancrées dans une masse de muscle lisse et de tissu conjonctif dense. Elle sécrète le plasma séminal, qui, associé aux sécrétions des vésicules séminales et aux spermatozoïdes, va former le sperme et activer la mobilité des spermatozoïdes [12].

Les glandes de Cowper ou glandes bulbo-urétrales sont d'une grosseur d'un pois et situées sous la prostate au niveau du diaphragme urogénital. Elles produisent une sécrétion épaisse qui nettoie l'urètre juste avant l'éjaculation. Ce mucus translucide s'écoule dans la partie spongieuse de l'urètre et lubrifie le gland au moment de l'excitation sexuelle. Ce mucus neutralise aussi l'acidité des traces d'urine dans l'urètre avant l'éjaculation [12].

1-2-2 Les organes génitaux externes

Les testicules sont situés dans les bourses où ils semblent suspendus au cordon spermatique. De forme ovoïde, les testicules mesurent environ 4 centimètres de long sur 2,5 cm de large chez l'adulte. Chaque glande est entourée de deux tuniques. La tunique superficielle est la tunique vaginale, constituée de deux feuillets et dérive d'une invagination du péritoine. La tunique profonde est l'albuginée ou capsule fibreuse du testicule et dont les prolongements divisent le testicule en 250 à 300 lobules qui contiennent chacun 3 ou 4 tubes séminifères au sein desquels se fabriquent les spermatozoïdes. Les tubes séminifères rejoignent ensuite un réseau de canaux, le *rete testis*. C'est à partir du rete testis que les spermatozoïdes quittent les testicules par les canaux efférents et pénètrent dans l'épididyme Les testicules sécrètent des hormones mâles ou androgènes, notamment la testostérone qui agit sur le développement des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires, et ils élaborent les spermatozoïdes.

L'épididyme est un conduit en forme de virgule situé en arrière du testicule. Il reçoit les spermatozoïdes de celui-ci, qu'il dirige vers le canal déférent. L'épididyme est constitué de trois parties à savoir la tête, le corps et la queue ou sont emmagasinés les spermatozoïdes jusqu'à l'éjaculation. Une fois déroulé, il mesurerait près de 6 mètres : il faut trois semaines aux spermatozoïdes pour le parcourir et y terminer leur maturation.

Le canal déférent est un fin conduit long d'environ 45 cm. Sa partie extra-abdominale est incluse dans le cordon spermatique (pédicule contenant les artères et veines spermatiques, les nerfs, les ligaments qui relient le testicule et l'abdomen). Le canal déférent pénètre dans l'abdomen à travers l'orifice inguinal jusqu'au canal éjaculateur, à l'entrée de la prostate. Il y transporte les spermatozoïdes.

Le pénis, ou verge, mesure en moyenne 10 à 12 cm au repos et 15 à 16 cm en érection. Il est constitué de l'urètre, conduit véhiculant l'urine lors de la miction et le sperme lors de l'éjaculation, d'un corps spongieux qui entoure l'urètre et de deux organes érectiles, les corps caverneux, flaccides à l'état de repos, et qui deviennent rigides à l'érection grâce à l'afflux de sang. Le pénis se termine par une partie renflée, le gland, recouverte par un fourreau de peau, le prépuce que l'on supprime lors d'une circoncision [12].

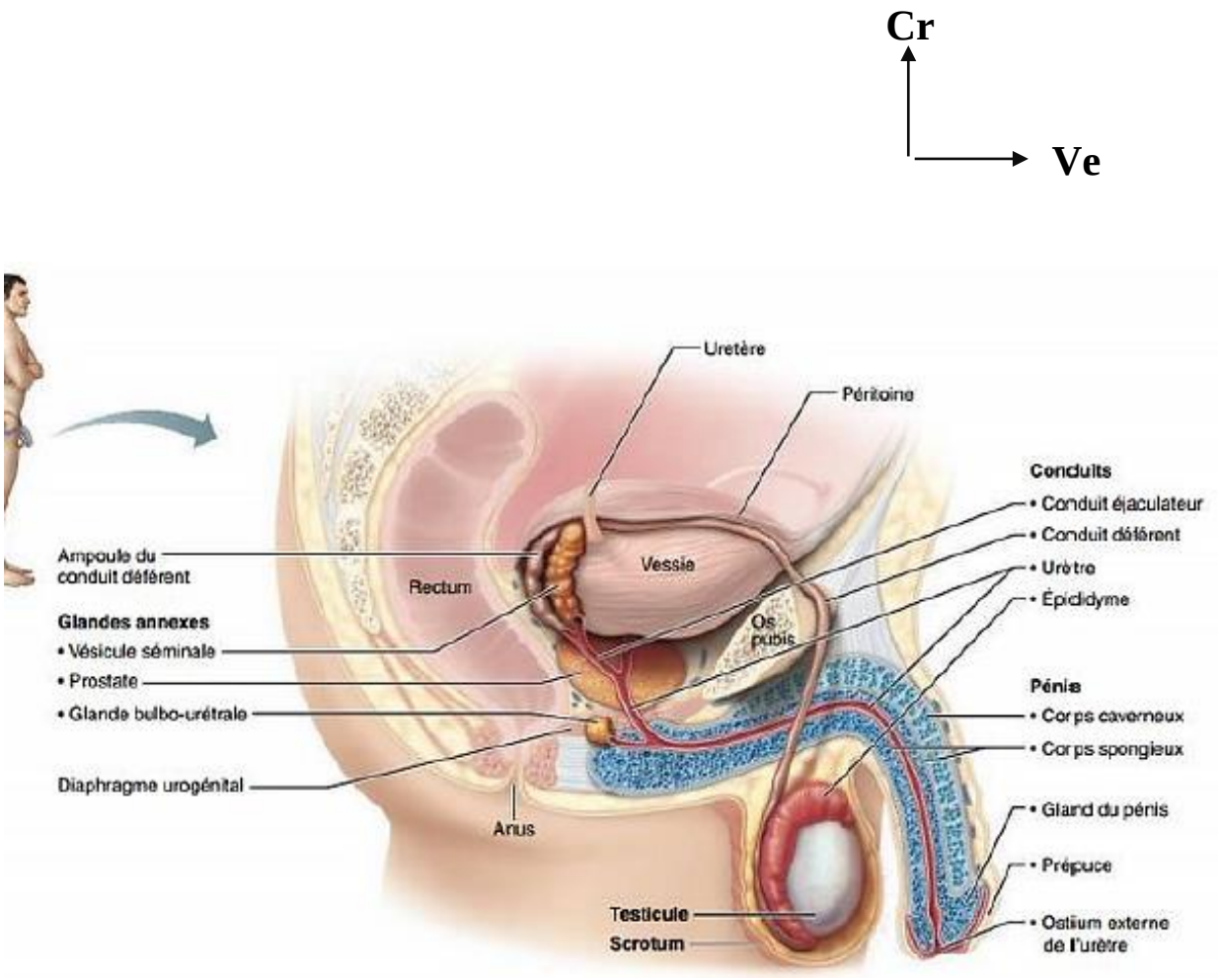


Figure 1: Coupe saggitale de l'appareil génital masculin

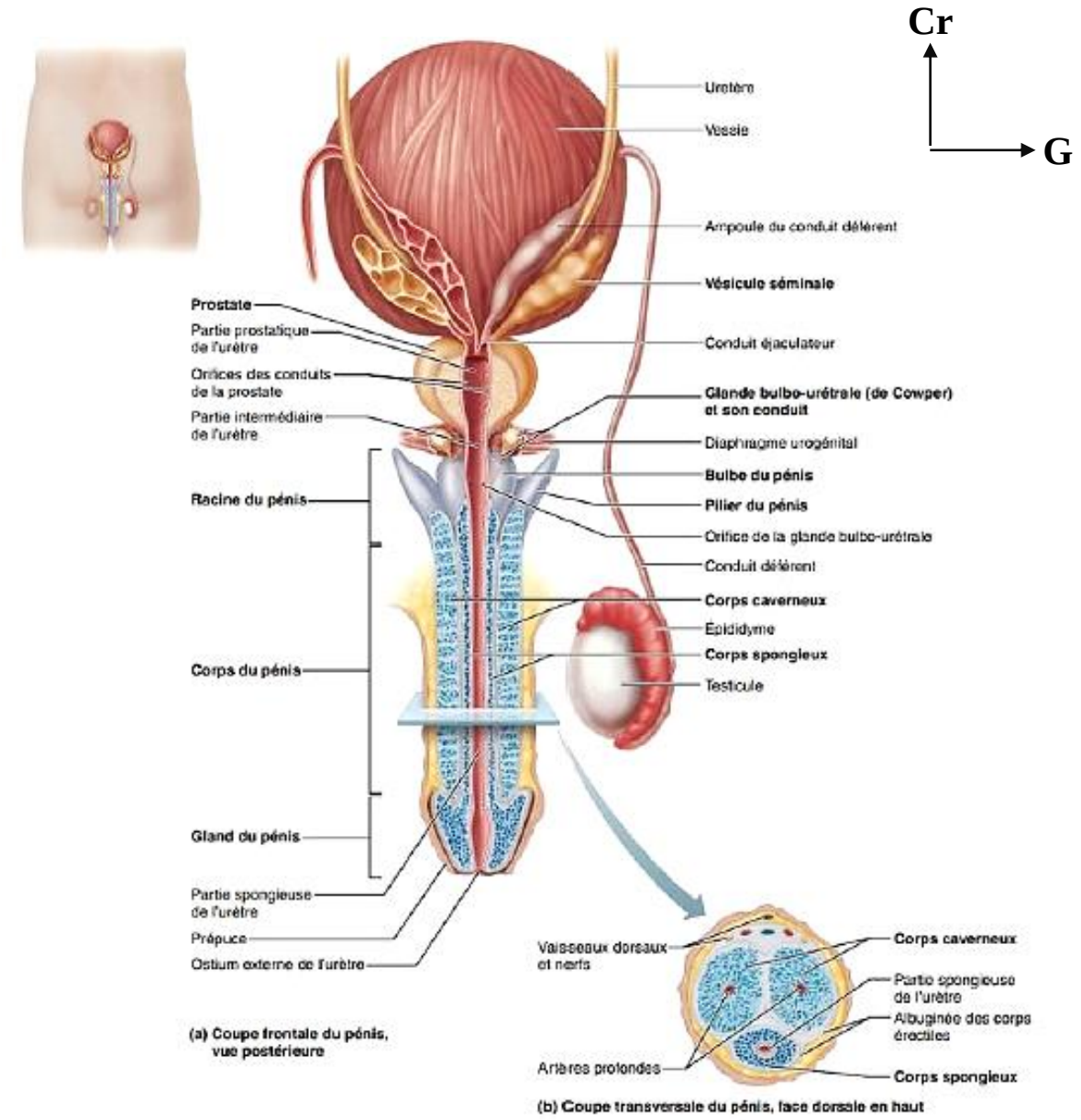


Figure 2: Coupe frontale du pénis

1-3 Déroulement de la spermatogenèse

La production de spermatozoïdes, ou spermatogenèse, est le processus par lequel l'organisme produit des gamètes mâles, les spermatozoïdes [12]. La fertilité masculine dépend de son bon déroulement [13]. Elle débute au moment de la puberté et perdure toute la vie, même si elle diminue sensiblement à partir de 45 ou 50 ans. Elle atteint plusieurs centaines de millions d'unités par jour, soit 50 à 100 milliards par an. Elle commence dans le testicule par la division sans cesse renouvelée d'une cellule souche, la spermatogonie, qui donne une nouvelle spermatogonie apte à se diviser et une première cellule fille, le spermatocyte I qui

rejoint le tube séminifère. Chaque spermatocyte I subit alors une première division (méiose) qui donne deux cellules haploïdes plus petites appelées spermatocyte II qui possèdent un nombre de chromosomes réduit de 46 à 23 (dont les chromosomes X et Y). Les spermatocytes II subissent rapidement une deuxième méiose conduisant à quatre cellules filles haploïdes (possédant un seul chromosome de chaque type) appelées spermatides qui prennent la forme de petites cellules rondes au gros noyau sphérique situées près de la lumière du tubule. Chaque spermatide possède ainsi le nombre de chromosome adéquat pour la fécondation mais n'est pas encore mobile. Elle doit subir un processus de « profilage» appelé spermiogenèse. Elles perdent ainsi leur aspect antérieur avec l'apparition de trois structures : la tête qui regroupe le noyau et l'acrosome riche en enzymes, une pièce intermédiaire qui regroupe les mitochondries source d'énergie autour de filaments contractiles, une longue queue ou flagelle dont les mouvements pourront propulser le spermatozoïde à la vitesse de 2 à 4 mm par minute. Ce sont respectivement les régions génétiques métaboliques et locomotrices[12]. Le cycle complet dure 9 à 10 semaines, au cours desquelles le spermatozoïde gagne les vésicules séminales. Il ne devient fonctionnel qu'au contact des sécrétions séminales et prostatiques, au moment de l'éjaculation. Chaque éjaculation expulse entre 2 et 6 ml de sperme contenant de 60 à 300 millions de spermatozoïdes chez l'adulte jeune. Les facteurs d'environnement (pollution atmosphérique ou alimentaire, température élevée des locaux, vêtements serrés) expliqueraient une baisse régulière de cette densité dans le monde moderne. Au-delà de 45 ans, la proportion de spermatozoïdes mal formés, immobiles ou génétiquement imparfaits augmente sensiblement. La température optimale pour la spermatogenèse est de 2 à 4 degrés en dessous de la température corporelle soit entre 33 et 34°C [5].

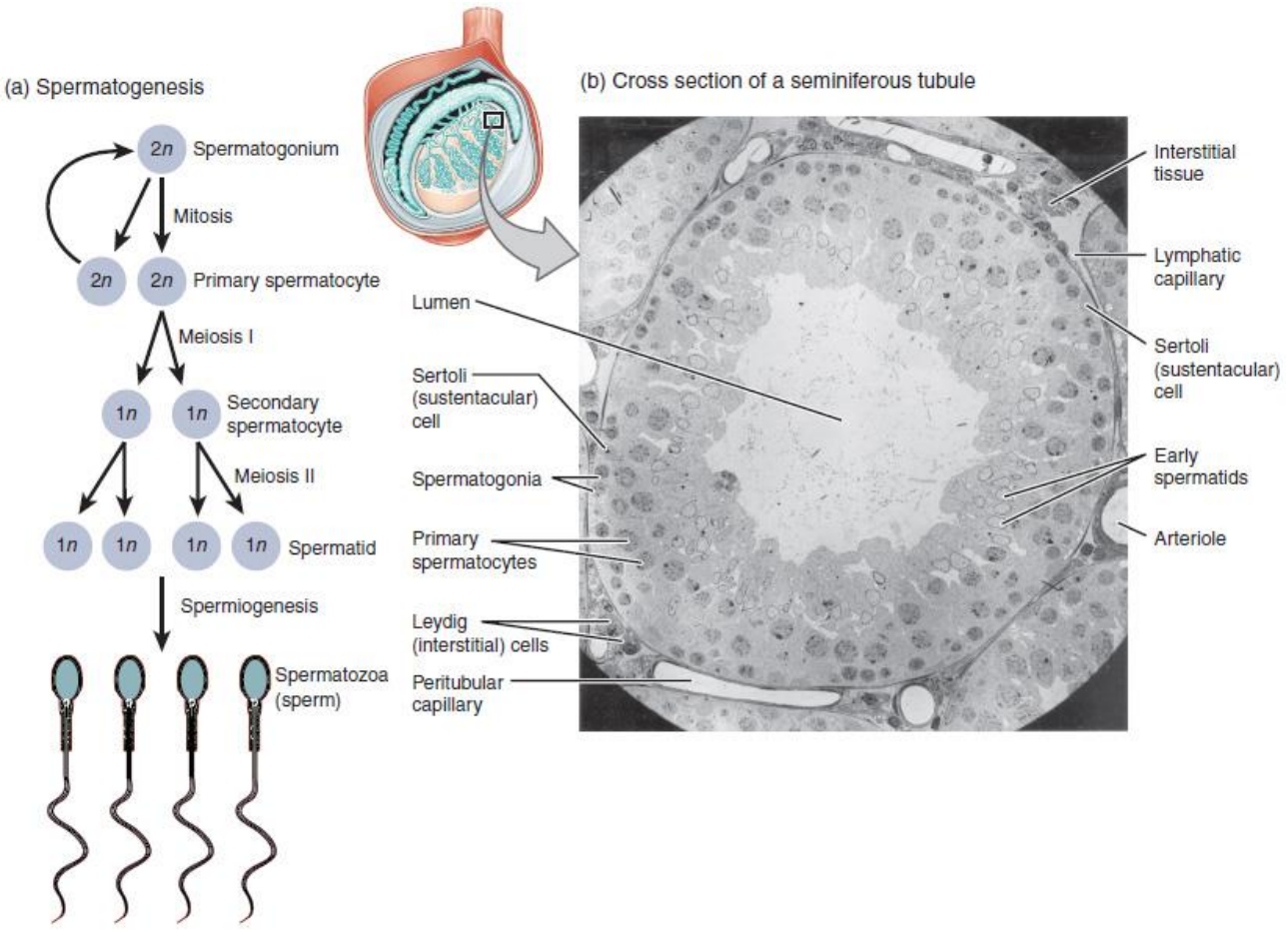


Figure 3 : Déroulement de la spermatogenèse

1-3-1 Régulation hormonale

La spermatogenèse est sous régulation hormonale de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique qui fonctionne comme une boucle hormonale classique à rétroaction négative [14]. Les cellules interstitielles du testicule ou cellules de Leydig produisent la principale hormone mâle, la testostérone. Cette production existe très tôt chez l'embryon chez qui elle détermine l'évolution de l'appareil génital vers le type masculin. La sécrétion de testostérone disparaît pratiquement pendant l'enfance et réapparaît au tout début de la puberté, sous la stimulation de deux hormones hypophysaires communes aux deux sexes, la LH et la FSH. Elle atteint un maximum autour de l'âge de 20 ans, se stabilise quelques années puis

décroît ensuite très lentement. Chez l'homme, la spermatogenèse est déclenchée à la puberté lors de l'activation de la sécrétion pulsatile du peptide hypothalamique GnRH (gonadotropin releasing hormone) qui induit la sécrétion de deux gonadotrophines hypophysaires : la LH (hormone lutéinisante) et la FSH (hormone folliculostimulante) [15,16]. Ces deux hormones comprennent une sous-unité α commune et une sous-unité β spécifique. La LH contrôle la production de la testostérone par les cellules de Leydig, cellules endocrines situées dans l'interstitium du testicule. Cette hormone est indispensable à la virilisation et, en conjonction avec la FSH, au déclenchement de la spermatogenèse [17]. L'action conjointe de la testostérone et de la FSH s'exerce sur les cellules de Sertoli qui délimitent la paroi des tubes séminifères dans lesquels les cellules germinales vont mâturer jusqu'au stade de spermatozoïdes [13,17]. La spermatogenèse et la fertilité masculine sont dépendantes de la présence de testostérone dans les testicules [18]. Selon un concept bien établi, le déclenchement et le maintien de la spermatogenèse chez l'homme nécessitent une sécrétion maximale de LH lors de la puberté, aboutissant à la multiplication et à la maturation d'un nombre important de cellules de Leydig, condition nécessaires pour la sécrétion de fortes concentrations intra testiculaires de testostérone. En effet, des concentrations de testostérone intra testiculaire environ 100 fois supérieures aux concentrations sanguines sont retrouvées chez l'homme normal et sont considérées comme nécessaires à la fois à la virilisation des organes génitaux externes et à la fertilité [15].

La testostérone détermine les caractères sexuels secondaires : développement des organes génitaux externes, squelette plus large aux épaules qu'au bassin, musculature, tonalité grave de la voix, pousse et répartition de la pilosité mais aussi agressivité et comportement sexuel.

À partir de 40 ou 50 ans, la baisse des sécrétions androgènes participe à l'évolution physique (répartition des graisses vers l'abdomen, perte de cheveux, fonte musculaire) et comportementale des hommes.

1-4 Les méthodes contraceptives masculines actuelles

Le paysage des contraceptifs masculins actuel est dominé par trois méthodes contraceptives à savoir le préservatif, le coït interrompu ou le retrait et la vasectomie [19,20]. Un contraceptif idéal pour les hommes doit être facilement disponible, bon marché, facile à utiliser, sans effets secondaires, sans affecter la libido et facilement réversible [2].

1-4-1 Le préservatif

Méthode de contraception mécanique, Le préservatif est imperméable au sang ainsi qu'aux sécrétions vaginales et péniennes. Il empêche donc la fécondation. Il est constitué de latex ou de polyuréthane, silicone, polyisoprène, ou encore en peau d'agneau [9]. Il en existe en différentes tailles, textures et parfums. Le préservatif constitue une barrière physique pour empêcher les spermatozoïdes de monter dans la filière génitale et ainsi empêcher la fécondation [21]. Son utilisation doit suivre des règles strictes afin d'en améliorer l'efficacité, selon l'institut français de prévention et d'éducation pour la santé, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration Le préservatif doit être retiré délicatement après avoir déchiré l'emballage sur le côté. Pour éviter la formation d'une bulle d'air le petit réservoir au sommet du préservatif doit être pincé entre le pouce et l'index. Le préservatif doit être mis en place sur le sexe en érection avant toute pénétration. Il doit être déroulé jusqu'à la base du pénis en érection. Après l'éjaculation et avant la fin de l'érection, le préservatif doit être retenu à la base du pénis pendant le retrait pour éviter toute fuite de sperme. Le préservatif doit être jeté à la poubelle après l'avoir noué et non dans les toilettes. Un préservatif ne doit jamais être réutilisé. Un préservatif masculin ne peut être utilisé en même temps qu'un préservatif féminin. Les préservatifs sont généralement lubrifiés ; il

est conseillé d'utiliser un lubrifiant à base d'eau et pas de substance grasse (vaseline, beurre, huile...) qui altère le latex et le rend poreux [21,22]. Il doit être retiré avant la fin de l'érection en le retenant à la base pour éviter le glissement. Il doit être utilisé pour tous les rapports et à tous les moments du cycle. L'indice de Pearl est de 2% mais s'il est mal utilisé il peut s'élever à 15% [19,23,24]. Des difficultés techniques (rupture, glissement) et donc une moindre efficacité sont plus fréquentes quand l'homme ne prend pas le temps de mettre correctement le préservatif [25]. Le taux d'échec par rupture ou glissement semble plus important avec le préservatif en polyuréthane qu'avec celui en latex [26]. C'est par ailleurs le seul moyen de contraception qui protège des IST (Infection Sexuellement Transmissible) [21,27].Une récente revue de littérature confirme le caractère hautement protecteur des préservatifs mais constate la difficulté de quantifier cet effet dans les études [28]. Les préservatifs en peau d'agneau sont contraceptifs mais ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles et le virus d'immunodéficience humaine. Par ailleurs, aucun préservatif ne protège complètement contre les infections sexuellement transmissibles dont la transmission se fait par un contact peau à peau (HPV, herpès) [28]. Le préservatif peut retarder l'éjaculation chez des hommes souffrant d'éjaculation précoce [21]. Son utilisation doit être recommandée dès lors que les pratiques sexuelles sont à risque, en cas de partenaires instables ou relations occasionnelles [9]. Cependant certains problèmes ont également été notés chez des hommes utilisant régulièrement le préservatif. Dans une étude réalisée sur les problèmes liés à l'utilisation du préservatif, plus de trois hommes sur quatre ont signalé un ou plusieurs problèmes sexuels liés à l'utilisation du préservatif notamment des problèmes d'érection , d'irritation du pénis , un plaisir réduit (pour les deux partenaires) et une absence d'orgasme de la partenaire féminine ont été plus observés chez les hommes déclarant manquer de temps pour l'application du préservatif [25]. Les contre-indications relevées sont essentiellement une

sensibilité ou une allergie au latex pour le préservatif en latex et l'allergie ou la sensibilité à la lanoline pour le préservatif en peau d'agneau [21].



Figure 4**:** Préservatif masculin

1-4-2 La vasectomie

Méthode de contraception masculine irréversible [33], la vasectomie entraîne la section des canaux déférents, sous anesthésie locale. La méthode classique consiste à faire deux incisions de quelques centimètres, de chaque côté du scrotum [9]. Elle est réalisée après une anesthésie locale, suivi d'une incision scrotale médiale ou deux incisions latérales, à l'aide d'un bistouri à lame froide. Puis après avoir isolé le canal déférent au sein du cordon spermatique, il faut ligaturer, exciser, plus ou moins coaguler. Cette technique est actuellement la plus commune. La technique par abord transcutané : elle consiste à amener le canal déférent sous la peau, à réaliser une anesthésie locale médiane. Ensuite la peau est incisée à l'aide d'une pince dotée de pointes acérées, les tuniques du déférents sont écartées. Le déférent est maintenu à l'aide d'une pince spécifiquement développée pour cette chirurgie, il est extrait par cette incision avant d'être lié et sectionné. Cette technique a été développée en Chine. Elle permet une incision minime, qui permettrait moins de complications (hématomes, douleurs et

infections). Pour les deux méthodes il faut attendre un minimum de 10 semaines (environ 20 à 30 éjaculats) avant d'obtenir l'azoospermie. Il faut réaliser un spermogramme de contrôle 3 mois après le geste et conserver un autre moyen de contraception en attendant la confirmation de l'azoospermie par le spermogramme. L'échec de la vasectomie défini par une absence d'azoospermie ou la survenue d'une grossesse survient dans moins de 1% des cas [23]. C'est l'une des contraceptions les plus efficaces avec un indice de Pearl théorique à 0,1 et 0,15 en pratique [17]. Après la vasectomie, la libido reste inchangée et aucune baisse de la fréquence des rapports sexuels n'est observée chez les hommes vasectomisés [34]. Des études montrent même que la vasectomie pourrait impacter positivement la fonction sexuelle [35]. Les complications décrites sont la douleur et les hématomes (les plus courantes), hémorragies, infections et Orchi-épididymite, granulomes, retard de cicatrisation. Globalement le taux de complications post-opératoires est bas inférieur à 10%. Elle a vingt fois moins de complications que la stérilisation tubaire chez la femme. Les complications sont généralement bénignes et ne s'accompagnent pas, sauf exception, de réintervention chirurgicale [23]. Malgré ses avantages, la vasectomie reste impopulaire dans de nombreux pays en développement, car dans une société à dominance masculine les hommes ne sont pas censés prendre part activement à la régulation de la fertilité [36]. La vasectomie est confondue avec la castration et faussement associée à une perte de la libido, un manque d'érection, une baisse des performances sexuelles, un manque de vitalité, un changement des caractéristiques physiques comme la chute des cheveux et le changement de la voix ou encore le changement de la personnalité. Le refus de la vasectomie a été attribué à des raisons religieuses ainsi qu'à la crainte d'une prise de poids chronique, de douleurs de la prise de poids chronique, des douleurs abdominales, de l'accumulation de sperme dans le corps et de l'infertilité dans l'après-vie. Les peurs concernant la sûreté de la procédure ont été également exprimées [36].

Toutefois, La vasectomie est une intervention pratiquée à très large échelle dans certains pays notamment en Asie (Chine, Inde), et en Amérique du Nord [37].

1-5 Les autres méthodes

1-5-1 Les méthodes hormonales

La spermatogenèse normale dépend tant quantitativement que qualitativement des gonadotrophines hypophysaires LH et FSH qui, à leur tour, dépendent de la sécrétion hypothalamique de GnRH. La FSH stimule la spermatogenèse par effet direct sur ses récepteurs au niveau des cellules de Sertoli du tubule séminifère, alors que la LH stimule indirectement la spermatogenèse par l'intermédiaire de la testostérone produite dans la cellule de Leydig. Les objectifs de la contraception hormonale visent à supprimer la sécrétion des gonadotrophines et à maintenir un taux physiologique de testostérone circulante sans stimuler la spermatogenèse. La réduction de la concentration de testostérone intra testiculaire entraîne l'arrêt de la spermatogenèse par activation de l'apoptose des spermatides et des spermatocytes. Les spermatogonies ne sont pas affectées par la suppression hormonale, ce qui explique qu'à l'arrêt des traitements, il y a une restauration de la spermatogenèse. Par ailleurs, la réduction de testostérone circulante est responsable des symptômes d'hypogonadisme et, à plus long terme, d'une chute de la densité osseuse et de la masse musculaire, ainsi que d'une hématopoïèse déficiente. Lorsque la suppression des gonadotrophines est obtenue par l'administration d'une médication non-androgénique, une substitution en testostérone sera donc indispensable. La contraception masculine par les méthodes hormonales est dès lors basée sur l'administration d'un androgène seul ou d'un androgène associé à un progestatif, à un agoniste ou à un antagoniste du GnRH [38].

Le principe de cette contraception est de :

- Supprimer la LH et FSH qui sont des hormones hypophysaires régulant la fabrication des spermatozoïdes.

- Inhiber la spermatogénèse en diminuant la testostérone intra testiculaire.

- Substituer la testostérone circulante pour maintenir l'androgénicité.

L'objectif est d'obtenir une azoospermie ou oligozoospermie sévère en bloquant la spermatogénèse. L'objectif de la contraception hormonale masculine est d'obtenir au mieux une azoospermie ou au moins une oligospermie sévère (moins de 1 millions/mL, voire même moins de 3 millions/mL) [39]. Pourtant elle est connue depuis 30 ans. Les androgènes seules ; les molécules utilisées sont l'énantate de testostérone ou un décanoate de testostérone à des doses supra physiologiques. L'injection se fait par voie intramusculaire de façon hebdomadaire ou une fois par mois voire 10 semaines, ou par la prise de comprimés plusieurs fois par jour. L'indice de Pearl varie entre 0,8 et 1,4. Dans les années 80 et 90 ces méthodes ont fait l'objet d'études multinationales multicentriques prouvant l'efficacité de cette contraception, l'une avec 400 hommes et l'autre avec près de 300 hommes. L'inconvénient est la voie d'administration peu confortable : l'injection peut être douloureuse, la prise de comprimés plusieurs fois par jour est contraignante. Association Androgènes et progestatifs permet d'obtenir une meilleure efficacité que la testostérone seule, avec un délai d'action plus rapide. Deux pilules par jour de progestatifs associés à la testostérone LP qui s'applique en gel sur l'abdomen de l'homme, quotidiennement. Cette méthode est la plus efficace. Cependant depuis les années 80, période de la réalisation des études, certaines molécules ont disparu du marché et il n'existe pas de dosage équivalent disponible. Le problème est que le gel de testostérone contaminait la partenaire et augmentait sa pilosité. En dépit des recherches menées, la contraception masculine hormonale n'est pas encore accessible pour les hommes, aucun produit n'ayant l'AMM (Autorisation de Mise

sur le Marché) en tant que contraception masculine. En 2012 une étude de 33 études ayant pour objectif l'absence de spermatozoïdes dans le sperme après contraception hormonale a montré des résultats très variables. Aucune contraception hormonale masculine n'est prête pour un usage généralisé. En 2015 il apparaît que d'un point de vue scientifique, deux principaux défis ont paralysé la commercialisation d'une CHM : Le manque constant d'efficacité, des méthodes multiples (pilule, injectable, gel, patch…) Ceci a considérablement diminué le soutien pharmaceutique et ainsi le développement de la CHM. Les préoccupations concernant l'impraticabilité de leur utilisation, les taux de réponses imprévisibles et la morbidité prostatique et cardiovasculaire à long terme ont détourné l'intérêt de l'industrie pharmaceutique des recherches dans ce domaine [23].



Figure 5: Illustration d'une pilule hormonale masculine

1-5-2 Les méthodes non hormonales

1-5-2-1 La contraception thermique

La contraception thermique avec le slip chauffant, prescrite par le Dr MIEUSSET à Toulouse. Elle consiste à bloquer la spermatogénèse en remontant les testicules dans les canaux inguinaux, ce qui fait monter la température dans les testicules à 37°. Or la spermatogénèse nécessite une température testiculaire à 33-34 degrés. Le slip doit être porté au moins quinze heures par jour, tous les jours pour garder l'effet contraceptif. Tout comme l'injection d'énanthate de testostérone, elle nécessite un contrôle du taux de spermatozoïdes par deux spermogrammes à 2 semaines d'écart avec pour objectif un taux inférieur à 1 million de spermatozoïdes par millilitre. « Testée sur 55 hommes, la technique n'a connu qu'une seule grossesse en 500 cycles d'ovulation » selon le Dr MIEUSSET [5]. Cette méthode est contre-indiquée en cas d'antécédents d'anomalie testiculaire ou de hernie inguinale non traitée. Les effets secondaires rapportés sont entre autres l'inconfort lié au port du dispositif. Aucune répercussion sur la libido n'a été rapportée et aucun lien entre l'augmentation de la température testiculaire et l'incidence du cancer testiculaire n'a été retrouvé [40].

D'autres pistes sont en cours d'exploration, notamment l'injection d'un polymère dans le canal déférent est actuellement à l'étude. Celui-ci agit sur la membrane cellulaire des spermatozoïdes qui le traversent, les rendant non viables, et non pas comme une barrière au passage du sperme, évitant ainsi les problèmes de contre-pression. Un composé de ce type est actuellement soumis à des essais sur les animaux aux États-Unis sous la marque Vasalgel. À la suite d'essais réussis, 31 autres études précliniques sont en cours [41].



Figure 6 : Illustration du slip thermique

2- CADRE ET METHODE D'ETUDE

2-1 Cadre d'étude

La présente étude a été réalisée dans les communes de Cotonou et d'Abomey-Calavi auprès des usagers du CNHU-HKM et du CHUZ d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava.

2-1-1 Cotonou

La ville de Cotonou est la capitale économique du Benin et également la première ville du pays. Elle a été créée en 1830 par le Roi Guézo, Roi d'Abomey. Son nom initial est « Kùtonou » signifiant lagune de la mort. En 1888 elle fut cédée à la France par le Roi d'Abomey d'alors ; ce qui accélère son développement. Aujourd'hui Cotonou s'étend sur 69km^2 pour une population de 679019 habitants (recensement de 2013) qui constitue un véritable mixage de différentes cultures et nations. Dans cette ville représentative du Bénin, le niveau socio-économique enregistre les barres extrêmes : les nantis et les plus pauvres. Ces différentes couches de la population ont cependant, le même recours aux soins, avec les mêmes exigences économiques. La ville est située sur le cordon du littoral entre le lac Nokoué et l'océan Atlantique. Elle est dirigée par un maire élu par le conseil municipal, elle comporte 13 arrondissements chacune dirigée par un chef d'arrondissement.

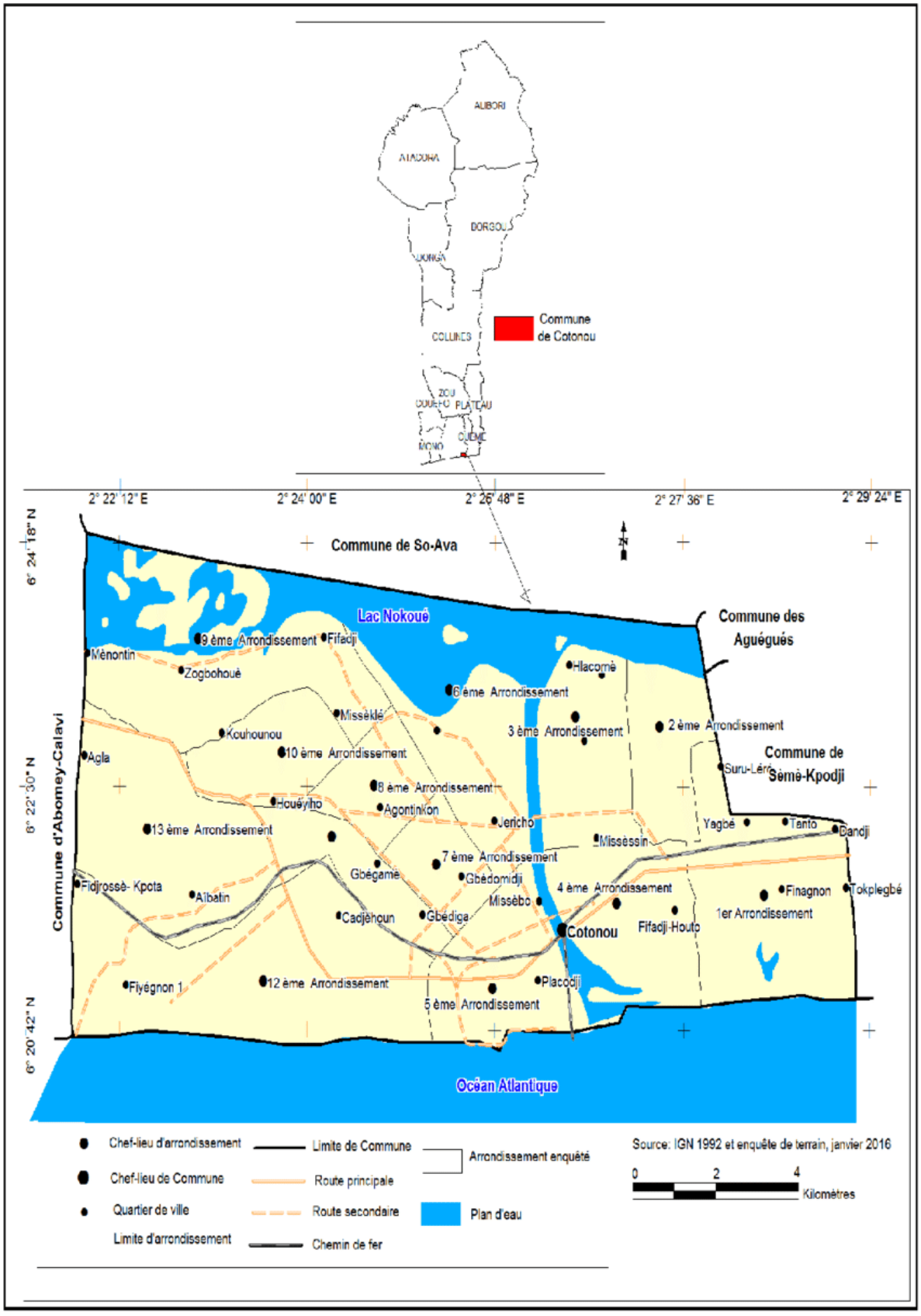


Figure 7: Carte géographique de la commune de Cotonou

Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)

Hôpital universitaire, sommet de la pyramide sanitaire au Bénin, il est situé dans le département du Littoral. Il abrite plusieurs activités, au nombre desquels, il est important de souligner : les consultations, les soins prodigués aux patients, les activités opératoires, le suivi minutieux des patients, l'enseignement, la recherche et la formation pratique pour les agents de santé de toutes les catégories.

Il est composé de plusieurs services à savoir :

- *Un département administratif*
- *Un service d'urgences médico-chirurgicales*
- *Un département de médecine et de spécialités médicales.*
- *Un département de chirurgie et de spécialités chirurgicales.*
- *Un département de santé maternelle et infantile*
- *Un département de services médico - techniques*
- *Un service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, un centre d'appareillage orthopédique, une taillerie.*
- *Une pharmacie*
- *Un service de maintenance*
- *Un département d'hygiène*
- *Des centres de restauration*
- *Une morgue*



Figure 8: Illustration montrant l'entrée du CNHU-HKM

2-1-2 Abomey-Calavi

Située à 18 kilomètre au nord de Cotonou, la ville d'Abomey-Calavi est en réalité le résultat de la francisation de « Agbomin Kan dô fi » qui signifie en langue fon « une portion d'Abomey s'est coupée et s'est établie ici ». D'après le recensement général de 2013 cette commune est la deuxième la plus peuplée en termes de superficie. Actuellement Abomey-Calavi s'étend sur 650 km^2 pour une population de 656 358 habitants (recensement de 2013). Qualifiée de cité dortoir la commune est un véritable mixage d'ethnies dont les plus représentées sont les Fon, les Toffins, les Aizo, les Adjas, les Yorubas, les Nagots et les Gouns réparties en cent quarante-neuf (149) villages et quartiers de villes qui couvrent neuf (9) arrondissements. Elle abrite l'université du Dahomey créée depuis 1969 ainsi que le futur Centre Hospitalier Universitaire de Référence dont les travaux ont démarré le 28 septembre 2021.

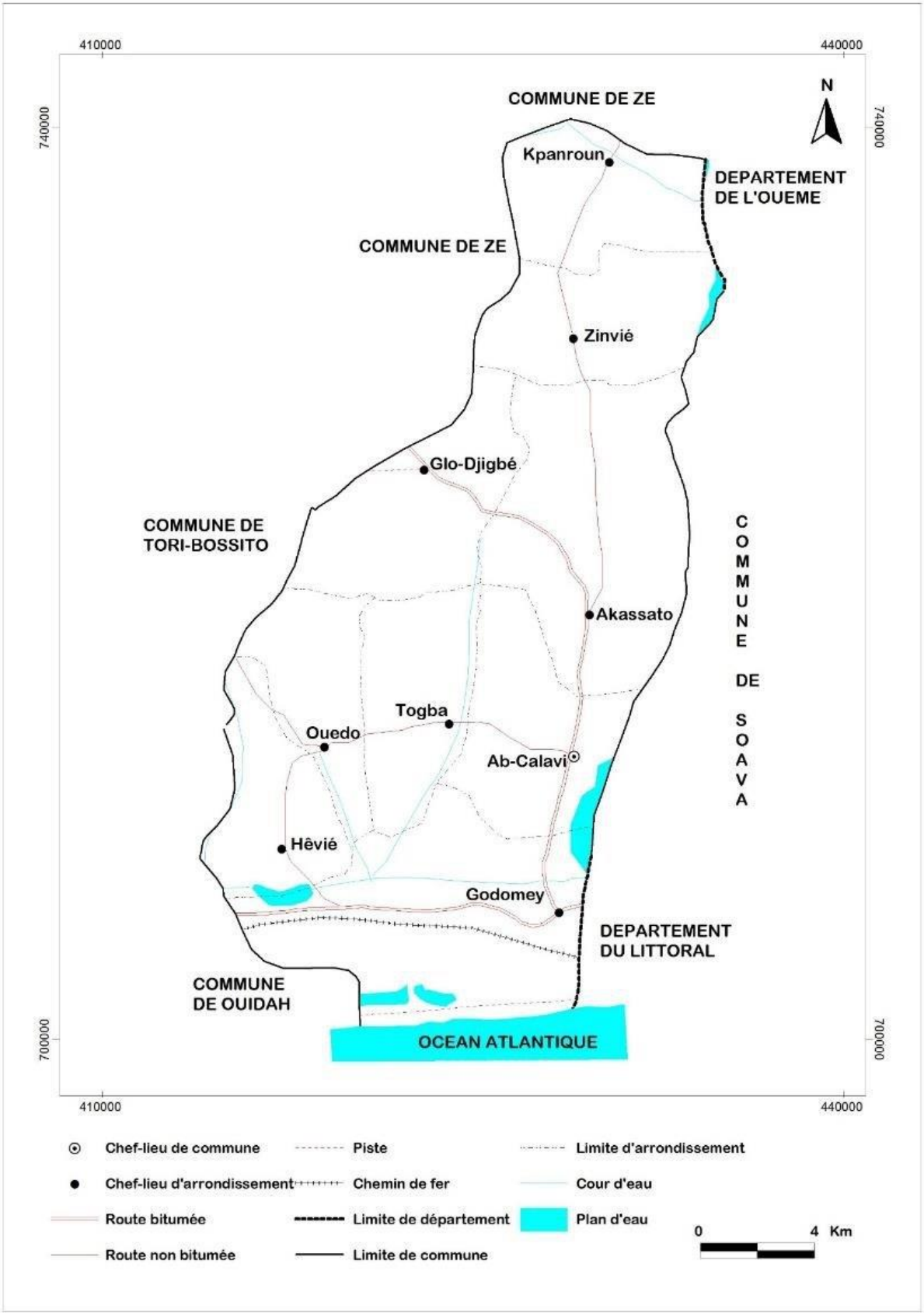


Figure 9: carte géographique de la commune d'Abomey-Calavi

Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi / Sô-Ava

Implanté dans le département de l'Atlantique à environ trente (30) kilomètres de Cotonou et plus précisément dans la commune d'Abomey-Calavi au quartier ZOPAH, l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi / Sô-Ava est situé à moins d'un (1) kilomètre du carrefour Arconville sur la voie de ZOPAH en face de la station terrienne de l'ex Office des Postes et Télécommunications (OPT). L'hôpital s'étend sur une superficie de six (6) hectares soixante-dix-sept (77) ares.

L'Hôpital est constitué de plusieurs services à savoir :

- *Un bloc administratif*
- *Un service de médecine interne*
- *Un service de pédiatrie*
- *Un service de chirurgie*
- *Un bloc opératoire*
- *Un service d'ophtalmologie*
- *Un service de stomatologie*
- *Un service de kinésithérapie*
- *Un service des urgences médico-chirurgicales*
- *Un service social*
- *Un service d'imagerie*
- *Une pharmacie*
- *Un laboratoire d'analyses biomédicales*



Figure 10: Illustration montrant l'entrée du CHUZ Abomey-Calavi/Sô-Ava

2-2 Méthode d'étude

2-2-1 Type d'étude et durée de la collecte

Il s'agissait d'une étude transversale à visée analytique. La collecte des données a été réalisée du 03 au 31 janvier 2022.

2-2-2 Population d'étude

Elle était constituée des usagers du CNHU-HKM et du CHUZ d'Abomey-Calavi / Sô-Ava, y compris le personnel de Santé.

Les critères d'inclusion et de non inclusion sont présentés dans le tableau ci-contre :

Tableau I: Critères d'inclusion et de non inclusion

Critères d'inclusion	Critères de non inclusion	Critères d'exclusion
Homme d'âge supérieur ou égal à 18 ans	Avoir moins de 18 ans	Les hommes n'ayant pas achevé le questionnaire d'enquête
Etre usager du CNHU-HKM ou du CHUZ d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava	Etre non usager du CNHU-HKM ou du CHUZ d' Abomey-Calavi/ Sô-Ava	
Consentir volontairement à participer à l'étude	Ne pas désirer participer à l'étude	

2-2-3 Echantillonnage

a- Méthode d'échantillonnage

En l'absence d'une base de sondage, il a été procédé à un échantillonnage basé sur le volontariat des usagers du CNHU-HKM et du CHUZ d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava. Le personnel administratif, les patients hospitalisés les patients venus en consultation dans les divers services ainsi que les gardes malades répondants aux critères d'inclusion et ayant accepté de participer à l'enquête étaient

interrogés. La limite inférieure de 18 ans a été fixée car légalement il s'agit de l'âge de la majorité où l'homme peut être considéré responsable de ses décisions. Aucune limite d'âge supérieure n'a été fixée car l'homme resterait fécond jusqu'à la fin de sa vie.

2-2-4 Variables étudiées

- **Variable dépendante**

La variable dépendante ou à expliquer est l'acceptabilité de la contraception masculine par les hommes.

- **Variables indépendantes**

A l'issue de l'examen de la littérature sur le phénomène étudié, 21 variables explicatives ont été retenues. Il s'agissait de l'âge, le niveau d'étude, la profession, le statut matrimonial, l'ethnie, la religion, la parité, la paternité, le désir d'enfant, le niveau d'information, le niveau d'éducation, la discussion avec la partenaire, avoir entendu parler de la contraception, l'usage d'une méthode contraceptive lors des rapports sexuels, le type de méthode utilisé lors des rapports sexuels, la connaissance des méthodes traditionnelles masculines et féminines, la méthode préférée, l'occupation , le fait d'être professionnel de la santé et les catégories socio-professionnelles.

2-2-5 Collecte des données

- **Mode et outils**

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire standardisé électronique conçu à l'aide du logiciel KOBOCOLLECT. A cet effet le questionnaire a été conçu sur la base des travaux de Heinemann [6] ainsi que de l'étude australienne de Weston [42]. Nous nous sommes également inspirés des travaux de Cyril Desjeux [43] pour enrichir ledit questionnaire décliné en cinq sections comme suit :

- Section 1 : Données sociodémographiques
- Section 2 : Connaissances générales sur les méthodes contraceptives
- Section 3 : Besoins ressentis en termes d'informations et sources d'informations sur la contraception
- Section 4 : Parcours contraceptif et place de l'homme dans la contraception
- Section 5 : Opinions personnelles sur l'usage de la contraception

- **Méthode de collecte**

La collecte s'est effectuée auprès des différents enquêtés par le remplissage du questionnaire par les enquêteurs eux-mêmes lors d'entretiens directifs. Les enquêteurs se faisaient aider par des interprètes au besoin. Le remplissage de chaque fiche prenait environ 15 à 20 minutes au plus. La collecte s'est déroulée dans l'anonymat et la confidentialité absolue.

- **Equipe d'enquête** : En plus de nous-même, l'équipe d'enquête était constituée de deux étudiants en médecine précisément de la 5e année. Ils ont été formés au préalable pendant trois jours dont une demi-journée de pré-test au centre médical cotonou1. Nous avons personnellement dirigé la collecte sous la supervision de notre maitre.

Stratégie de collecte des données : Elle consistait à solliciter la participation à l'enquête de tout usager du CNHU-HKM ou du CHUZ d'Abomey-Calavi/Sô-Ava répondant aux critères d'inclusion. A cet effet les objectifs de l'enquête lui sont expliqués et son consentement libre et volontaire est sollicité. En cas d'accord, l'enquête est réalisée, dans le cas contraire, l'individu est remercié pour le temps consacré à l'enquêteur.

2-3 Traitement des données et aspects statistiques

L'étude descriptive a été effectuée à l'aide du logiciel Epi-info version 7.2.1.0. et celle analytique à l'aide du logiciel SPSS version 25 et Stata 14. Les graphiques et tableaux ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel 2013.

Les variables sont exprimées en fréquence.

Les tests chi2 ont été utilisés pour mettre en relief les facteurs influençant l'acceptabilité de la contraception masculine chez les hommes avec un seuil de significativité fixé à 5%. Une régression logistique a été faite pour ressortir les facteurs de confusion.

Une modélisation a été faite avec les données significatives après le test de Khi-deux au seuil de 1% et 10% afin d'approfondir la relation entre ces différentes variables et l'acceptabilité de nouvelles méthodes et d'expliquer le type de lien. La variable expliquée est l'acceptabilité des nouvelles méthodes contraceptives masculines qui est une variable dichotomique qui prend les valeurs 1 ou 0, selon que l'individu accepte les nouvelles méthodes contraceptives masculines ou pas. Cela peut se traduire par la spécification suivante :

1 : Si l'individu accepte les nouvelles contraceptions féminines masculines

0: Si non

Les tests de Lroc et Lstat ont été effectués afin de voir si le modèle est bon et valide.

Le test de Lroc montre une valeur de 0,7680 qui est supérieur à 0,7. En ce qui concerne le test lstat on remarque que le pourcentage de classification correcte des hommes enquêtés est de 78,67%. Sur la base de ces deux tests on conclut que l'ajustement du modèle logit est de bonne qualité. (Voir annexe)

Le modèle était globalement significatif (Prob > chi2 = 0.0000) au seuil de 1%. L'ensemble des variables considérées apportaient donc une explication à l'acceptabilité de nouvelles méthodes contraceptives masculines.

2-4 Considérations éthiques

La participation à la présente enquête est volontaire. Le consentement éclairé des patients a été obtenu avant chaque enquête. L'étude a été réalisée dans la confidentialité de l'identité des patients. Des mesures de sécurité strictes ont été appliquées pour assurer cette confidentialité. Les formulaires ne sont accessibles que par l'équipe de recherche. L'accès à la base de données numériques était strictement limité et réservé à l'équipe de recherche. Elle a été conservée dans un ordinateur, et protégée par un nom d'utilisateur et un mot de passe. Les fichiers étaient anonymes et codés avant tout transfert par support électronique ou e-mail.

2-5 Forces et limites

2-5-1 Forces

- Le point fort de cette étude est qu'il s'agit d'un travail réalisé dans un domaine peu exploré jusqu'à présent. La plupart des études portant sur la contraception sont réalisées chez les femmes. A l'exception du préservatif masculin, peu d'études sur la contraception se sont intéressées à comparer les données des hommes entre eux Ainsi nous venons enrichir la littérature à ce sujet.
- La plupart des études sur la contraception sont réalisées chez les femmes. Peu d'études sur la contraception se sont intéressées spécifiquement aux hommes et encore moins aux méthodes de contraception masculine autre que le préservatif masculin.
- La plupart des études sur le sujet n'abordent qu'un seul aspect tandis que nous avons pris le thème dans sa globalité
- Au Bénin aucune étude n'a encore été réalisée dans ce domaine

2-5-2 Limites

- Le caractère intime du sujet peut expliquer en partie un taux important de non-participation car certains hommes trouvent les questions trop intrusives.
- Le cadre d'étude n'a pas favorisé l'adhésion des hommes car certains étaient beaucoup plus préoccupés par leurs problèmes de santé ou ceux de leurs parents. A celà vient s'ajouter le caractère tabou du sujet.
- Parfois un malaise peut s'installer lors de la discussion surtout avec les personnes un peu âgées car la sexualité demeure un sujet tabou pour beaucoup de personnes
- Notre questionnaire n'était pas exhaustif et n'incluait pas l'évaluation de toutes les méthodes de contraception dans le quizz. Nous avons inclus les méthodes déjà développées et non celles en cours d'expérimentation
- Le manque d'effectif n'a pas permis de faire certaines analyses en sous-groupe. Il pourrait également expliquer qu'une partie des résultats ne soit pas significatifs.
- L'exclusion des femmes de l'étude alors que alors que leurs perceptions sur la contraception masculine pourraient influencer son utilisation par les hommes. une étude qualitative complémentaire chez quelques femmes mariées ou sexuellement actives aurait aussi intéressant sur le sujet.
- Biais liés à la collecte des données.

3- RESULTATS

3-1 Caractéristiques générales de la population

Au cours de l'étude 302 hommes ont été approchés, 35 hommes se sont désistés, 42 hommes ont refusé et 225 hommes répondaient aux critères d'inclusion.

3-1-1 Répartition selon l'âge

La population de l'étude était composée en majeure partie d'hommes jeunes avec 201 hommes (89,33%) dont la tranche d'âge était située entre 18 et 44 ans. Le tableau II présente la répartition des hommes suivant l'âge.

Tableau II: Répartition des hommes suivant l'âge

	Fréquence (n)	**Pourcentage (%)**
[18-25 [	52	23,11
[25-30[	89	39,55
[30-45[	60	26,67
[45-60[	20	8,89
[60-75]	4	1,78
Total	**225**	**100,00**

3-1-2 Répartition des hommes suivant la religion

La majorité des répondants étaient chrétiens (n=190 ; 84,44%)

Tableau III: Répartition des hommes suivant la religion

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Chrétien	190	84,44
Musulman	19	8,44
Animiste	8	3,56
Autres	8	3,56
Total	**225**	**100**

**Autres : bouddhiste, eckiste, fraternité ogboni, juif,*

3-1-3 Répartition des hommes suivant la situation géographique

Nous avons collecté nos données auprès de 115 (51,11%) hommes résidant à Calavi et 110 (48,89%) hommes résidant à Cotonou.

3-1-4 Répartition des hommes selon le niveau d'étude

Les hommes ayant un niveau universitaire étaient les plus représentés (n=168 ; 74,67%). Le tableau IV présente la répartition des hommes suivant le niveau d'étude.

Tableau IV: Répartition des hommes suivant le niveau d'étude

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Non scolarisé	7	3.11
Primaire	17	7.56
Secondaire	33	14.66
Universitaire	168	74.67
Total	**225**	**100**

3-1-5 Répartition des hommes suivant la profession

Plus de la moitié des hommes de notre population d'étude (66,21%) n'étaient pas professionnels de la santé. Parmi eux, les employés étaient les plus représentés à 18,22%. La figure 11 montre la répartition des hommes suivant la profession.

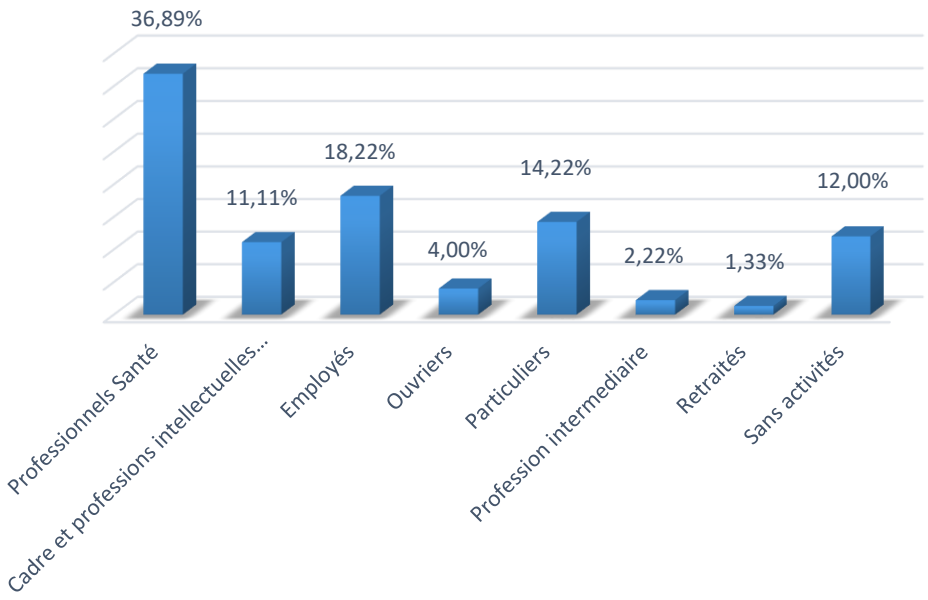


Figure 11: Répartition des hommes suivant la profession

3-1-6 Répartition des hommes suivant la situation matrimoniale, la paternité et le désir de paternité

Les célibataires et mariés étaient les plus représentés avec respectivement 42,22% et 31,11%. De plus, la majorité des enquêtés (54,22%) n'avaient pas encore d'enfant et 68,44% désirent en avoir. Le tableau V montre la répartition des hommes suivant la situation matrimoniale, la paternité et le désir de paternité.

Tableau V: Répartition des hommes suivant la situation matrimoniale, la paternité et le désir de paternité

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Situation matrimoniale		
Célibataire	95	42,22
En couple	70	31,11
Marié	58	25,78
Veuf	2	0,89
Paternité		
Non	122	54.22
Oui	103	45.78
Désir de paternité		
Ne sais pas	8	3.56
Non	63	28.00
Oui	154	68.44
Total	**225**	**100**

3-2. Connaissances générales sur les méthodes contraceptives

3-2-1 Information sur la contraception masculine

Suivant leur connaissance de la contraception masculine, 72% des enquêtés ont affirmé avoir déjà entendu parler de la contraception masculine.

3-2-2 Types de contraception masculine connus

La quasi-totalité des hommes enquêtés soit 91.11% connaissaient le préservatif. Les autres méthodes les plus connues étaient le coït interrompu, la vasectomie et la méthode hormonale avec respectivement 64,89%, 33,33% et 16.44%. La figure 13 présente la répartition des hommes suivant la connaissance des types de contraception masculine.

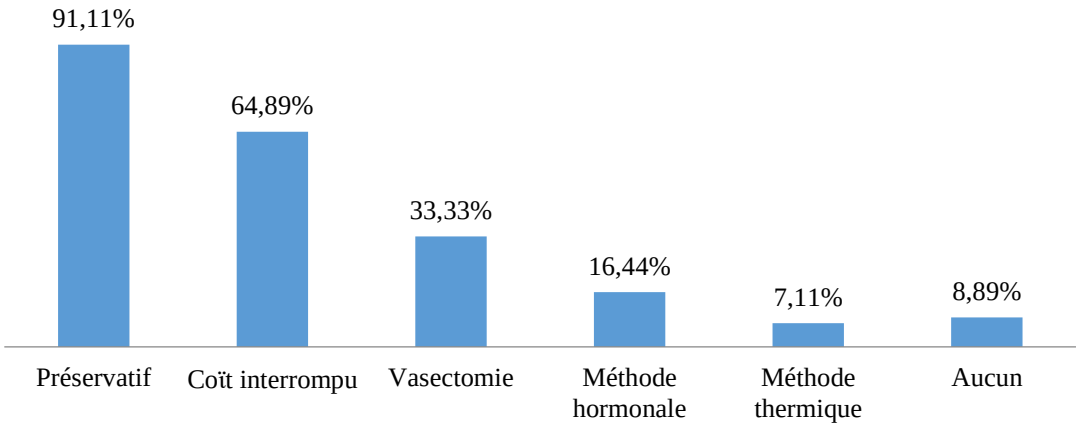


Figure 12 : Répartition des hommes suivant la connaissance des types de contraception masculine

3-2-3 Sources d'information sur la contraception

Selon la source d'information, on remarque qu'un enquêté sur deux s'informait sur la contraception par internet. Les autres principales sources d'information étaient le médecin (43,56%), la télévision (35,11%) et les amis (29,78%). La figure 13 montre la répartition des hommes suivant les sources d'information sur la contraception

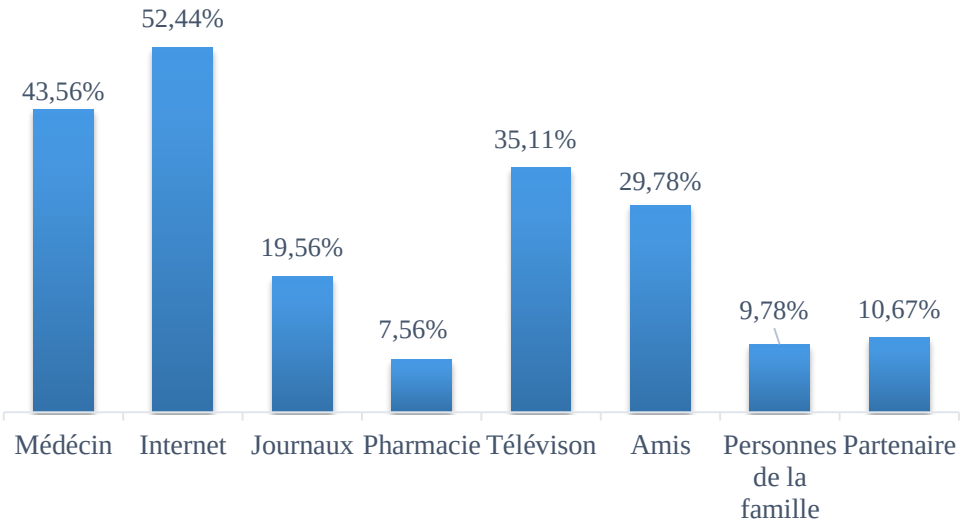


Figure 13: Répartition des hommes suivant les sources d'information sur la contraception

3-2-3 Degré d'information selon l'enquêté

Une minorité des hommes de notre population d'étude (7,56%) a affirmé être parfaitement informée sur la contraception. La figure 14 présente la répartition des hommes suivant leur degré d'information sur la contraception.

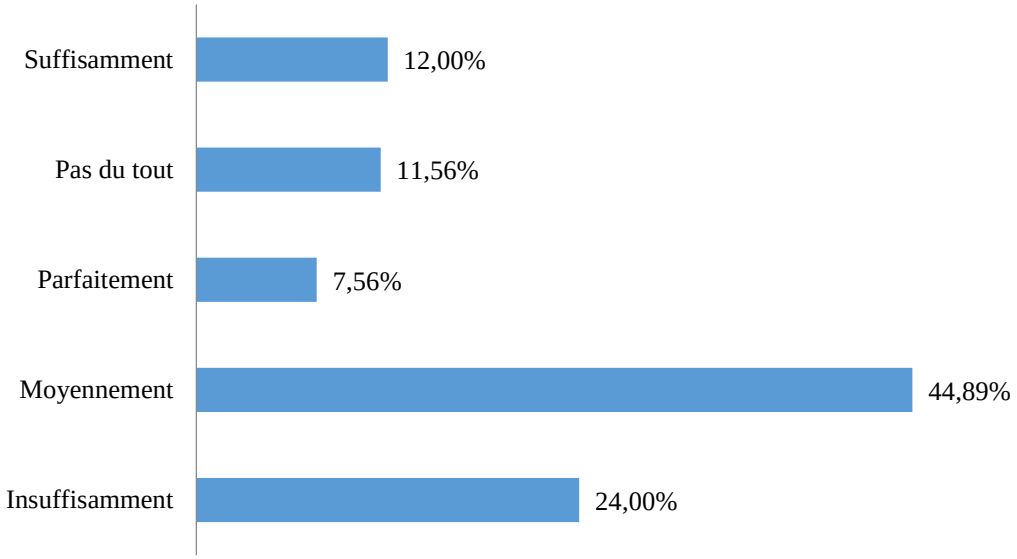


Figure 14: Répartition des hommes suivant le degré d'information sur la contraception

3-2-5 Connaissance de méthodes traditionnelles de contraception masculine

Majoritairement, les enquêtés ne connaissaient pas les méthodes traditionnelles contraceptives. La figure 15 présente Répartition des hommes suivant la connaissance de méthodes traditionnelles de contraception masculine.

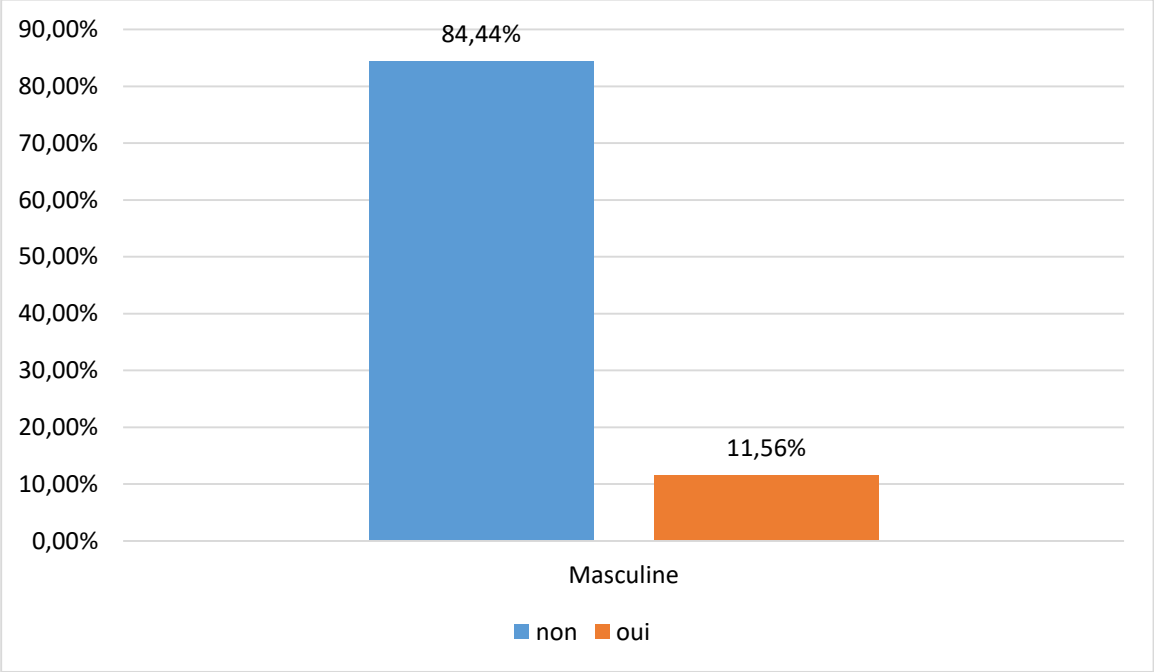


Figure 15: Répartition des hommes suivant la connaissance de méthodes traditionnelles de contraception masculine

3-2-6 Méthodes de contraception traditionnelles connues

Les méthodes traditionnelles plus connues sont les infusions de plantes et les Anneaux aux doigts. Les tableaux VI et VII montrent respectivement la répartition des hommes suivant les méthodes traditionnelles de contraception masculine connues.

Tableau VI : Répartition des hommes suivant les méthodes traditionnelles de contraception masculine

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Abstinence	1	4
Anneaux aux doigts	5	20
Infusions de plantes	12	48
Racines, pépins, fruits d'un arbre donné	4	16
Séparation des chambres à coucher	1	4
Solution à boire (Bicarbonate +citron)	1	4
Talisman	1	4
Total	**25**	**100**

3-3 Parcours contraceptif et opinion sur la contraception masculine

3-3-1 La contraception et vous

La majorité des répondants se sentaient concernés par la contraception masculine (90,67%) et parmi eux environ trois hommes sur quatre en discutent avec leurs partenaires (74,85%).

Tableau VII: Répartition des hommes suivant leur rapport avec la contraception

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Etre concerné par La contraception		
Non	21	9.33
Oui	175	77.78
Un peu	29	12.89
Total général	**225**	**100**
Discussion avec la partenaire		
Non	44	25.14
Oui	100	57.14
Parfois	31	17.71
Total général	**175**	**100**

3-3-2 Méthode utilisée pour éviter les grossesses

Un peu plus de la moitié des enquêtés (59,11%) utilisaient les contraceptifs masculins pour éviter les grossesses ; 17,78% déclaraient maitriser le cycle menstruel. La figure 16 présente la répartition des hommes suivant la méthode utilisée pour éviter les grossesses.

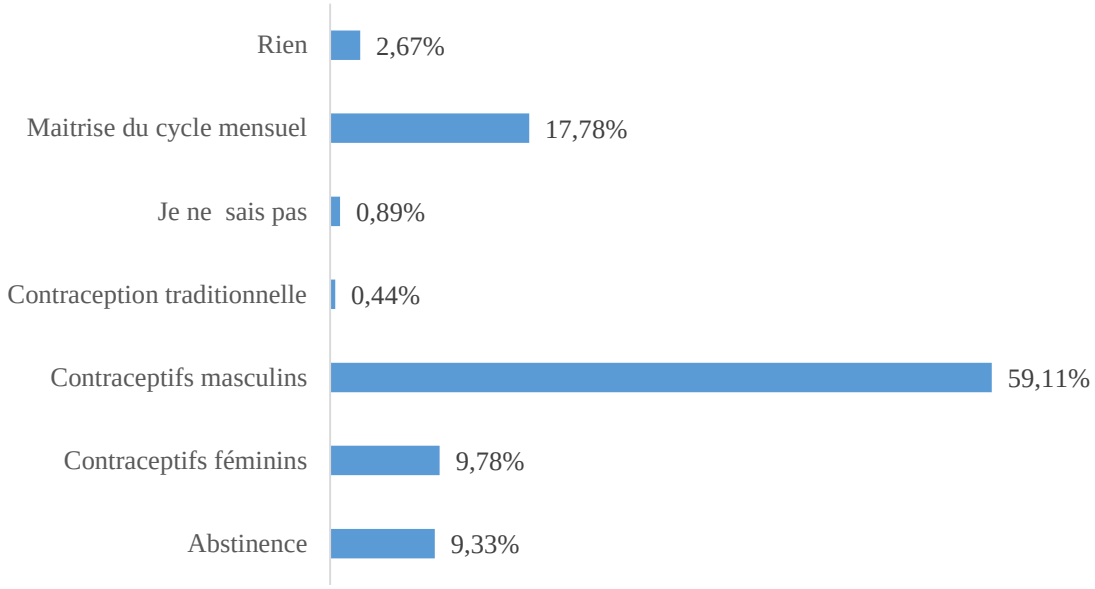


Figure 16: Répartition des hommes suivant la méthode utilisée pour éviter les grossesses

3-3-3 Antécédent de grossesse non désirée

Environ un homme sur trois (31,56%) a été confronté au moins une fois à une grossesse non désirée.

3-3-4 Utilisation d'une méthode contraceptive lors des rapports sexuels

La majorité de nos répondants (78.22%) utilisaient une méthode contraceptive lors des rapports sexuels.

3-3-5 Répartition des hommes suivant les méthodes utilisées pour éviter les grossesses

La méthode contraceptive la plus utilisée par les hommes enquêtés était le préservatif masculin (68,31%). La figure 17 Répartition des hommes suivant les méthodes contraceptives utilisées lors des rapports sexuels.

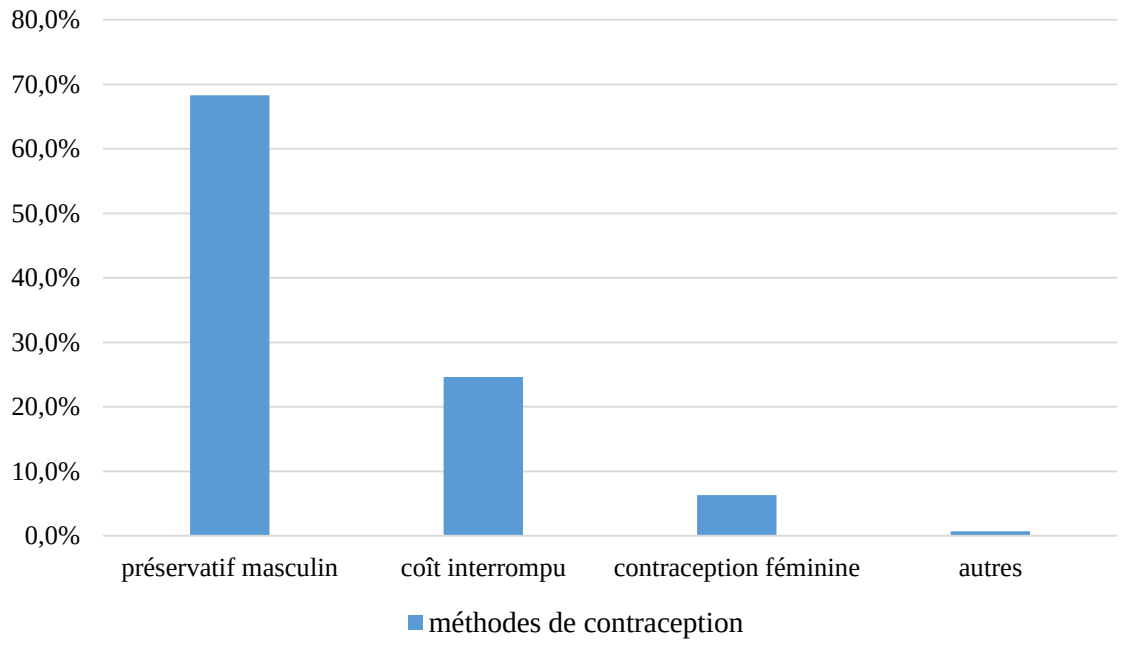


Figure 17: Répartition des hommes suivant les méthodes contraceptives utilisées lors des rapports sexuels

3-3-6 Répartition des hommes suivant la méthode contraceptive utilisée lors des rapports sexuels et la fréquence

Les méthodes les plus utilisées étaient le coït interrompu, la contraception féminine et le préservatif masculin. Alors que la contraception féminine était rarement utilisée, le coït interrompu et le préservatif masculin étaient souvent utilisés. La figure 18 présente Répartition des hommes suivant la méthode contraceptive utilisée lors des rapports sexuels et la fréquence d'utilisation.

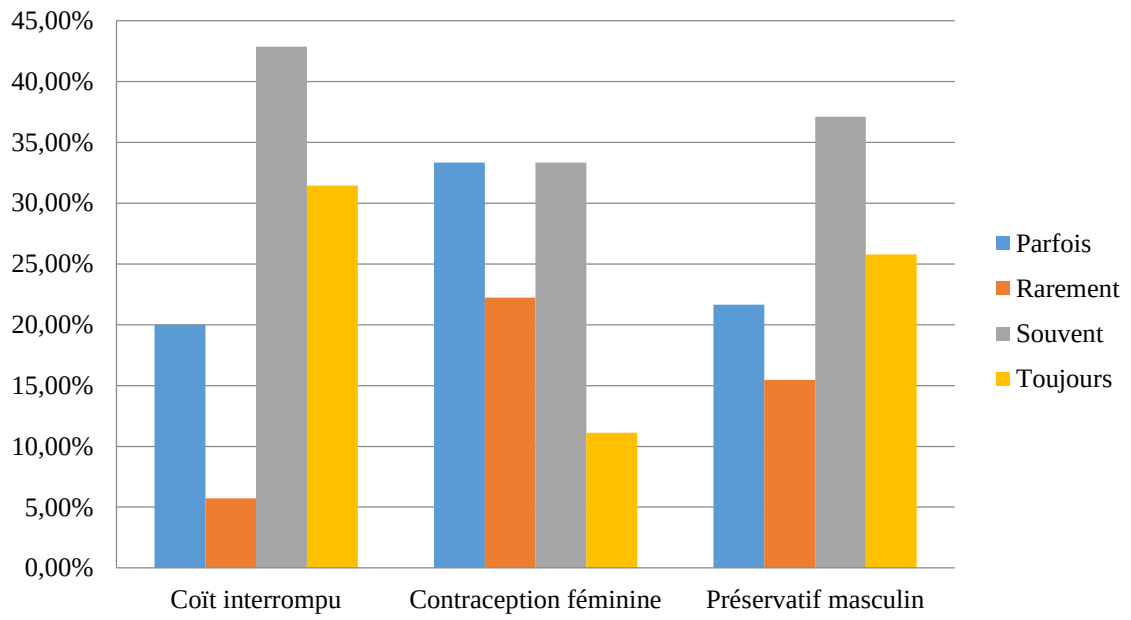


Figure 18: Répartition des hommes suivant la méthode contraceptive utilisée lors des rapports sexuels et la fréquence d'utilisation

3-3-7 Méthode de contraception préférée selon les enquêtés

Un peu plus de la moitié des hommes (54,22%) préféraient le préservatif comme méthode contraceptive. La figure 19 montre la répartition des hommes suivant la méthode contraceptive préférée.

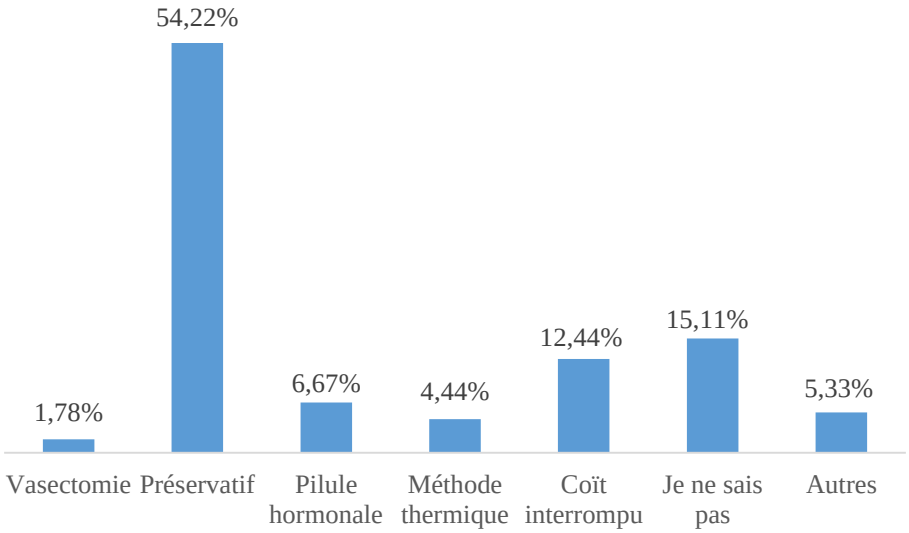


Figure 19: Répartition des hommes suivant la méthode de contraception préférée

3-3-8 Répartition des enquêtés suivant l'attitude par rapport à l'utilisation de nouvelles méthodes contraceptives

Près de 7 hommes sur 10 étaient prêts à utiliser de nouvelles méthodes contraceptives.

3-3-9 Répartition des enquêtés suivant le choix des nouvelles méthodes contraceptives

Parmi les nouvelles méthodes contraceptives, la pilule hormonale masculine était la plus acceptée (43,59%). Toutefois, 26,28% des hommes déclaraient ne pas savoir quelle méthode choisir. La figure 20 présente la répartition des hommes suivant la nouvelle méthode contraceptive choisie.

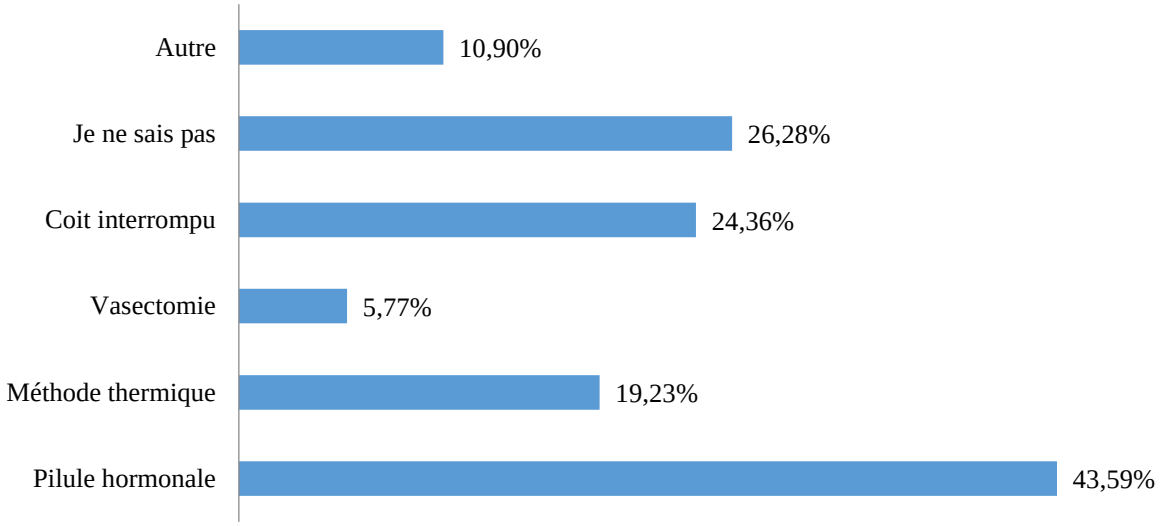


Figure 20: Répartition des enquêtés suivant la nouvelle méthode contraceptive choisie

3-3-10 Raison motivant le choix d'un contraceptif masculin

La raison principale motivant les hommes à accepter les nouvelles méthodes contraceptives masculines était l'augmentation des chances d'éviter une grossesse non désirée (74,36%). Ensuite, 32,69% donnaient comme raison le fait de vouloir éviter d'avoir un enfant à leur insu.

La figure 21 montre les principales raisons motivant les hommes à accepter d'opter pour les nouvelles méthodes contraceptives.

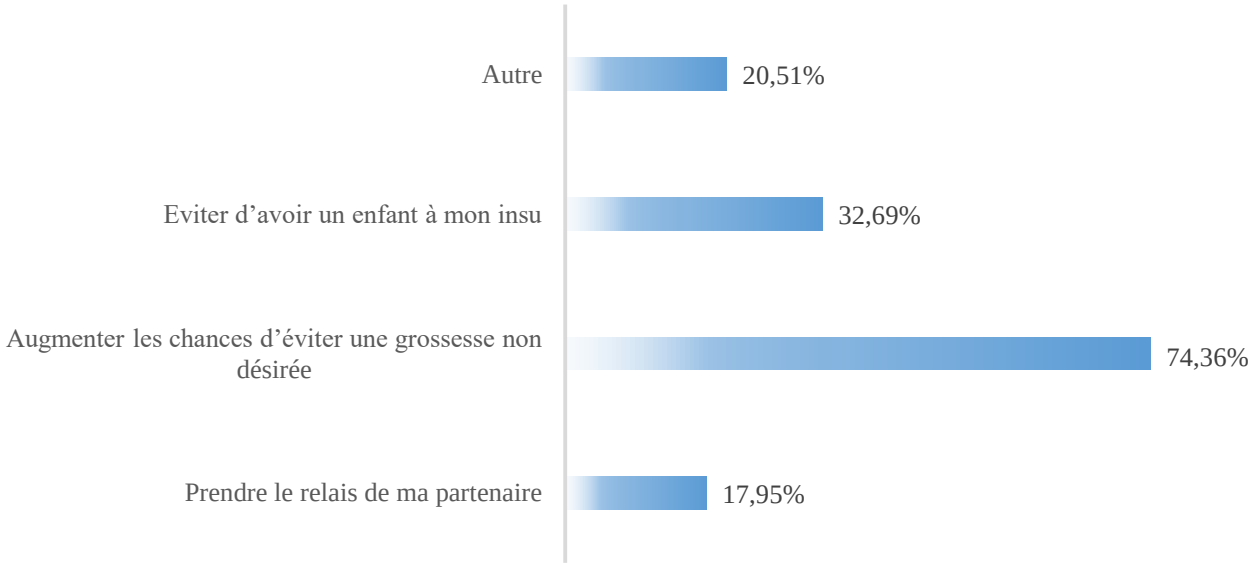


Figure 21: Répartition des enquêtés suivant les raisons de la volonté à opter pour de nouvelles méthodes contraceptives

Les autres raisons principales pouvant justifier l'acceptation de nouvelles méthodes contraceptives par les hommes étaient : faire de nouvelles expériences (29,27%) ; Obtenir plus d'efficacité de la contraception (21,95%) et éviter d'avoir une grossesse surprise (21,95%).

3-3-11 Répartition des enquêtés suivant les raisons du refus de nouvelles méthodes contraceptives

Les raisons principales du refus des nouvelles méthodes de contraception masculine étaient la satisfaction avec les anciennes méthodes (30,88%), la crainte des effets secondaires (26,47%).

Tableau VIII : Répartition des enquêtés suivant les raisons du refus de nouvelles méthodes contraceptives

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Crainte des effets secondaires	18	26,47
Pas intéressé	18	26,47
Satisfaction avec les anciennes méthodes	21	30,88
Autres	11	16,18

Autres : âge avancé, contre la contraception doute sur l'efficacité des autres méthodes, Religion, rôle de la femme, préférence des méthodes traditionnelles

3-4 Etude analytique

3-4-1 Analyse bi variée

En recherchant l'existence d'une relation entre la variable acceptabilité de nouvelles méthodes contraceptives et chacune des vingt-et-une (21) variables retenues et classées en trois catégories que sont : valeurs personnelles, valeurs familiales, valeurs sociales nous avons procédé à une analyse bi variée.

Nous avons donc effectué un test de Khi deux au seuil de 5% pour vérifier l'existence de lien possible entre la variable expliquée et les variables explicatives, toutes qualitatives. Les hypothèses de ce test sont :

- $H0$ ($Hypothèse\ nulle$) : $Les\ deux\ variables\ sont\ indépendantes$
- $H1$ ($Hypothèse\ alternative$) : $Les\ deux\ variables\ sont\ liées$

L'hypothèse nulle d'indépendance est rejetée lorsque la probabilité $p < 5\%$.

Le tableau ci-dessous présente les résultats du test.

Tableau IX: Résultats test de Khi-deux

Variables explicatives	ddl	Pearson chi2	P (Chi2)
Valeurs personnelles			
Age	4	7.5565	0.109
Religion	4	2.8306	0.587
Avoir entendu parler de la contraception	1	0.9508	0.330
Niveau d'information	4	5.1429	0.273
Concerné par la contraception	2	33.5886	0.000***
Discussion de la contraception dans le couple	2	1.5854	0.453
Utilisation d'une méthode lors des rapports sexuels	1	9.8804	0.002***
Type de méthode utilisé lors des rapports sexuels	3	3.4587	0.326
Connaissance de méthodes traditionnelles masculines	1	0.0001	0.990
Méthode preferable	6	24.1729	0.000***
Valeurs familiales			
Situation matrimoniale	3	5.1463	0.161
Paternité	1	0.9811	0.322
Nombre d'enfants	3	2.0594	0.560
Désir d'enfant	2	0.1569	0.925
Grossesse non désirée	1	2.2052	0.138
Valeurs sociales			
Niveau d'éducation	3	12.3502	0.006***
Occupation	1	2.4274	0.119
Professionnel de la santé	1	2.7623	0.097*
Catégories socio-professionnelles	6	7.7341	0.258

*** significatif à 1% ; * Significatif à 10 %

Source : Auteur à partir des sorties de stata

De ce tableau, on ressort que les variables *se sentir concerné par la contraception, utilisation d'une méthode lors des rapports sexuels, méthode préférable et niveau*

d'éducation sont significatives au seuil de 1% ; ils le sont donc au seuil de 5%. L'hypothèse nulle d'indépendance est par conséquent rejetée pour chacune de ces variables. Toutefois, il faut faire ressortir que la variable professionnel de la santé est également significative mais au seuil de 10%.

On en déduit donc qu'il existe une relation entre ces variables et l'acceptabilité de nouvelles méthodes contraceptives. Autrement dit le fait de se sentir concerné par la contraception, d'utiliser une méthode lors des rapports sexuels, d'avoir une préférence pour une méthode contraceptive, et le niveau d'éducation influencent l'acceptabilité de nouvelles méthodes contraceptives par les hommes.

Les variables religion, situation matrimoniale, antécédent de grossesse non désirée et occupation ne sont pas significatives. Elles n'influencent donc pas l'acceptabilité des méthodes contraceptives.

3-4-2 Modélisation

Une modélisation a été faite avec les données significatives après le test de Khi-deux au seuil de 1% et 10% afin d'approfondir la relation entre ces différentes variables et l'acceptabilité de nouvelles méthodes et d'expliquer le type de lien.

3-4-2-1 Résultat d'estimation du modèle Logit

Tableau X:Estimation du modèle Logit

Variable	Modalité	OR	P>z	IC (95%)	
Niveau d'étude	Non scolarisé	2,841899	0,412	0,2349405	34,37633
	Primaire	0,1464327***	0,004	0,0392128	0,5468255
	Secondaire	1,434375	0,521	0,4770596	4,312736
	Universitaire	référence			
Professionnel de la santé	Oui	0,4158939**	0,021	0,1978646	0,8741724
	Non	Référence			
Concerné par la contraception	Oui	34,89186***	0,000	6,646986	183,157
	Non	référence			
	Un peu	32,30089***	0,000	4,930773	211,5991
Utilisation d'une méthode lors des rapports sexuels	Oui	2,867668**	0,016	1,220794	6,736203
	Non	référence			
Méthode préférée	Préservatif	0,2900846**	0,037	0,0908587	0,926153
	Coït interrompu	0,3535933	0,160	0,0829133	1,507939
	Vasectomie	3,091382	0,465	0,1498179	63,78841
	Je ne sais pas	0,4025398	0,203	0,0991744	0,633872
Number of obs = 225					
LR chi2(11) = 58.27					
Prob > chi2 = 0.0000					
Log likelihood = -109.55834					
Pseudo R2 = 0.2101					

** et *** respectivement les coefficients significatifs à 1% et à 5%.

Source : Auteur à partir des sorties de stata

De l'analyse du tableau il ressort que, par rapport à un homme ayant un niveau d'études supérieur, un homme ayant un niveau primaire a 0,146 fois moins de chance d'accepter les nouvelles méthodes contraceptives masculines.

Concernant le fait d'être professionnel de la santé ou pas, comparativement aux hommes qui ne sont pas des professionnels de la santé, ceux qui le sont ont 0,42 fois moins de chances d'accepter les nouvelles méthodes contraceptives masculines.

Quant au fait de se sentir concerné par la contraception, les hommes qui se sentent concernés et un peu concernés ont respectivement 34,89 et 32.30 fois plus de chance d'accepter les nouvelles méthodes contraceptives par rapport à ceux qui ne se sentent pas concernés.

De plus, par rapport à ceux qui n'utilisent pas une méthode contraceptive lors des rapports sexuels, les hommes qui en utilisent ont 2,287 fois plus de chances d'accepter les nouvelles méthodes contraceptives.

Enfin, les hommes qui ont le préservatif comme méthode préférable ont 0,29 fois moins de chances d'accepter les nouvelles méthodes contraceptives comparativement à ceux qui trouvent préférables la pilule hormonale, la méthode thermique et autres méthodes.

4 -DISCUSSION

4-1 Comparaison des résultats

Les résultats de cette étude révèlent que plus de la moitié des hommes sont favorables à l'utilisation de nouvelles méthodes contraceptives avec un pourcentage de 69% et une préférence pour la pilule hormonale. Ce résultat concorde avec plusieurs données dont l'une des premières études sur le sujet réalisée par Martin [44] publiée en 2000 où 44 à 83% des hommes souhaitaient utiliser une méthode masculine. Dans une étude réalisée en Australie en 2000 par Weston [42], 75% des hommes interrogés étaient prêts à essayer une méthode contraceptive hormonale. De même, en 2002 une étude multicentrique menée par Heinemann [6] en Europe (France, Allemagne, Espagne, Suède), en Amérique du Sud (Argentine, Brésil, Mexique) et en Asie (Indonésie) se disaient favorables à l'utilisation d'une nouvelle méthode de contraception masculine. Il faut noter que ces études ont évalué l'acceptabilité de la pilule hormonale. En Corée du sud la même étude réalisée sur l'acceptabilité des méthodes existantes et potentielles de régulation de la fertilité auprès de 350 hommes a permis de révéler que plus de la moitié des répondants ont étaient d'accord pour utiliser des méthodes de régulation de la fertilité masculine [45]. Une étude réalisée au Maroc en 2019 par Kharbach [46] sur les connaissances des hommes et l'acceptabilité de la contraception masculine hormis le préservatif a permis de noter que les hommes étaient favorables à l'utilisation d'une nouvelle méthode contraceptive masculine à 52%. L'étude quantitative dirigée par Cartwright [47] sur l'attitude envers la contraception masculine au Burkina-Faso et en Ouganda publiée en janvier 2021 a également noté une forte adhésion aussi bien du côté des femmes que des hommes à l'idée d'une contraception masculine.

Ces différents résultats indiquent que les hommes se disent majoritairement prêts à opter pour une nouvelle méthode de contraception masculine. Cependant il s'agit de réponses théoriques, car en phase pratique certains hommes pourraient se désister car étant dans une société patriarcale et

populationniste, du fait des représentations socio-culturelles, on note une forte influence de la parenté ou la famille sur la parité.

Afin de quantifier les facteurs déterminant l'acceptation ou le refus de l'utilisation de la pilule contraceptive masculine, nous avons décidé de classer les données en trois valeurs qui pourraient en trois valeurs qui pourraient influencer le choix d'une contraception masculine :

- Valeurs personnelles,
- Valeurs familiales,
- Valeurs sociales.

4-1-1 Valeurs personnelles

4-1-1-1 Répartition selon l'âge

La population d'étude était relativement jeune avec la majorité des répondants entre 18 et 44ans (tableau II). A l'heure actuelle les études menées sur la contraception masculine n'explorent pas vraiment l'acceptabilité de toutes les méthodes mais étudient plutôt les méthodes séparément. Cependant nous pouvons toujours comparer certains des résultats de cette étude avec des travaux similaires réalisés dans d'autres contextes. Ainsi, ce résultat est similaire à celui d'autres études effectuées notamment en France sur la connaissance des hommes sur la contraception masculine où la population d'étude était essentiellement constituée de jeunes de moins de 45ans [23]. Ce même constat a été fait dans l'étude sur l'acceptabilité de la pilule hormonale par les hommes réalisée par Blanc en 2016 où la majeure partie des hommes avait entre 20 et 29ans [48]. Cette jeunesse est également remarquée dans l'étude multicentrique de Heinemann [6] en 2005 effectuée sur quatre continents où les répondants à travers les différents pays avaient moins de 45ans. Aucune corrélation n'a pu être montrée en ce qui concerne l'acceptabilité en fonction de l'âge (tableau VIII et IX). Le même constat a été fait par Blanc dans son étude en

2016 [48]. Ce constat dans la présente pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique, plus précisément au Bénin les normes sociales exigent la fondation d'une famille, ainsi, jeunes ou vieux, les hommes aspirent souvent à la paternité. A ceci s'ajoute la considération de la grossesse comme une bénédiction. Il n'est pas rare de voir dans la société des personnes d'âge avancé dire qu'ils désirent avoir des « enfants de la vieillesse » pour leur tenir compagnie ou prendre soin d'eux. Aucune autre étude ne nous a permis de vérifier cette corrélation.

4-1-1-2 Ethnie

La population d'étude est dominée par les fons (figure 9), ceci pourrait s'expliquer par le fait que c'est l'ethnie prédominante dans le sud du pays. De cette étude, aucune corrélation n'a pu être établie entre l'appartenance à un groupe ethnique et l'acceptabilité d'une méthode contraceptive (tableau VIII et IX). Ceci pourrait trouver son explication dans le fait que dans les différentes cultures , avoir un enfant est considéré comme un accomplissement social et un signe de richesse pour certains car les enfants prendraient soin de leurs parents dans leur vieillesse et pourraient pérenniser la lignée de leurs pères. Cette mentalité se retrouve dans la plupart des groupes ethniques du pays à cause du patriarcat où le pouvoir est concentré dans les mains des hommes. Ainsi, un homme chercherait à avoir plus de garçons et il serait difficile de convaincre un homme qui n'a que des filles de procéder à une utilisation de contraceptifs car il voudrait avoir le plus de garçons et le plus tôt. A notre connaissance, aucune autre étude n'a recherché un lien statistique entre l'appartenance ethnique et l'acceptabilité de la contraception masculine. Néanmoins Certains auteurs comme Heinemann ont essayé de retrouver des différences culturelles concernant le choix du type de méthode [6].

4-1-1-3 Religion

La religion chrétienne est prédominante dans la présente étude (tableau II), ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête s'est déroulée au sud du pays région où le christianisme est prédominant. Aucune corrélation n'a pu être établie entre la religion et l'acceptabilité de la contraception masculine (tableau VIII et IX). Ainsi contrairement à ce qu'on aurait pu penser, la religion n'a pas autant d'influence sur l'utilisation d'une méthode contraceptive. Les travaux de Doin sur les freins à l'avancement de la contraception masculine ont abouti à la même conclusion [5]. Ceci semble être en contradiction avec les travaux de Heinemann qui ont retrouvé qu'en Indonésie, pays à forte prédominance musulmane, les méthodes rejetées par la religion étaient systématiquement rejetées par le répondant. Ceci pourrait s'expliquer par la forte adhésion aux principes religieux dans ce pays contrairement en Afrique et surtout au Bénin où le syncrétisme existe est profondément ancré. Quand bien même les religions prédominantes c'est-à-dire le Christianisme et l'Islam sont contre toute forme de contraception médicale, la remarque de l'absence de corrélation s'expliquerait par le syncrétisme religieux en Afrique et surtout au Bénin où les religions endogènes ne sont pas totalement mises de côté. Aussi a-t-il remarqué que les chrétiens et les juifs étaient beaucoup plus favorables que les bouddhistes et les musulmans.

4-1-1-4 Niveau d'information

Au cours de cette enquête, la majorité des hommes affirmaient avoir une fois entendu parler de la contraception. Moins de la moitié des enquêtés estime être moyennement informée (figure 16). La majorité des hommes connaissaient le préservatif masculin (figure 14) mais avaient des connaissances erronées sur la vasectomie et ignoraient presque l'existence de la contraception thermique. Ces résultats se superposent à ceux de Chaud dans son étude sur « Acceptabilité de la contraception masculine par les hommes revue de

littérature » en 2020 [40] , ce même constat a été fait par Brot lors de son enquête sur « la connaissance des hommes sur la contraception masculine» en 2018 [23] . Heineman dans son étude multicentrique à travers neuf pays a également retrouvé que le connaissances sur le préservatif étaient meilleures dans tous les neuf pays [6]. Concernant le degré d'information, nos données s'opposent à celles des autres auteurs notamment Heinemann [6], Brot [23], Chaud [41] chez qui les hommes ont un meilleur niveau d'information comparativement à nos répondants. Ceci pourrait s'expliquer par un accès limité à l'information concernant la contraception en général et la contraception masculine en particulier. En effet, en Afrique plus précisément au Bénin, le débat sur la contraception pourrait être un sujet tabou donc peu évoqué. De plus les hommes affirmaient recueillir souvent leurs informations sur internet ceci pourrait être à l'origine d'obtention d'informations erronées. Aucun lien statistique n'a pu être établi entre le niveau d'information sur la contraception et l'acceptabilité de la contraception masculine (tableau VIII et IX). Aucune autre étude n'a essayé d'établir un lien entre le niveau de connaissance et l'acceptabilité. Notre résultat pourrait s'expliquer par la différence entre le fait de s'informer et de se décider à passer à l'action car il existe plusieurs autres paramètres culturels qui pourraient influencer le passage à l'acte. Notamment l'avis des conjointes et la pression de l'entourage car le couple se forme à deux et les conjoints reçoivent des pressions de toute la famille. Cette étude a permis de noter également que les hommes utilisaient des méthodes contraceptives traditionnelles aussi bien masculines que féminines mais il n'y avait aucun lien statistique entre leur connaissance-utilisation et l'acceptabilité de nouvelles méthodes contraceptives (tableau VIII et IX).

4-1-1-5 Se sentir concerné par la contraception

Les hommes enquêtés affirmaient dans leur majorité se sentir concernés par la contraception (77,78%) (Tableau VI). Cet intérêt des hommes pour la

contraception a été démontrée dans plusieurs autres études dont celle de Wersch [19] en 2012 sur : « regards sur la pilule contraceptive masculine : enjeux psychosociaux et culturels expliquant le report d'un produit commercialisable ». Ces données sont en adéquation avec celles de Ringheim dans son enquête sur les facteurs qui déterminent la prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives chez les hommes [49]. Un étude réalisée par Glasier sur le thème : « les femmes feraient-elles confiances à leur partenaire pour une pilule masculine » a relevé que les hommes exprimaient leur désir de s'impliquer dans la contraception plus qu'ils ne le faisaient avant [50]. Ces résultats indiquent une prise de conscience de plus en plus grande chez les hommes en matière de régulation des naissances. L'étude a permis d'établir un lien statistique entre le sentiment d'être concerné et l'acceptabilité de la contraception masculine (tableau VIII et IX). La variable se sentir concerné par la contraception est significative au seuil de 1%. En effet les hommes qui se sentent concernés par la contraception ou un peu concernés ont respectivement 34,89 et 32,30 fois plus de chance d'accepter les nouvelles méthodes contraceptives par rapport à ceux qui ne se sentent pas concernés (tableau VIII et IX). Le fait de se sentir concerné représenterait alors une motivation supplémentaire dans le processus de prise de décision prise de décision. Ces hommes qui se sentent concernés auraient donc déjà un intérêt pour le sujet. Par contre aucun lien statistique n'a été établi entre le fait de discuter de la contraception avec sa partenaire et l'acceptabilité de nouvelles méthodes.

4-1-1-6 Utilisation d'une méthode contraceptive lors des rapports sexuels

Les répondants ont affirmé dans leur majorité utiliser des méthodes contraceptives lors de leurs rapports sexuels (78,22%). Le préservatif masculin était la méthode la plus utilisée, ensuite viennent respectivement le retrait et la contraception féminine (figure 17). Ces résultats s'accordent avec ceux retrouvés dans toutes les études que nous parcourues sur la thématique de la

contraception masculine [5,6,23,27,42,47]. Nous avons pu établir un lien statistique entre la variable « utilisation d'une méthode » contraceptive et l'acceptabilité de nouvelles méthodes contraceptives au seuil de 5% (tableau VIII). Ainsi les hommes qui utilisent une méthode contraceptive au cours de leurs rapports sexuels ont 2,287 fois plus de chances d'accepter de nouvelles méthodes contraceptives masculines par rapport à ceux qui n'en utilisent pas (tableau IX). En effet, le fait d'utiliser une méthode contraceptive pourrait être perçu comme une sorte d'adhésion préalable à la contraception. Notons également que la jeunesse de la population ainsi que le niveau d'étude élevé de la plupart des hommes de l'étude favorisent l'accès à certaines informations de même l'ouverture aux campagnes de sensibilisation initiées par les autorités sanitaires. Les jeunes aujourd'hui désacralisent la sexualité et en parlent ouvertement, ceci pourrait expliquer ce résultat. Les travaux de Blanc [48] et de Heinemann [6] ont abouti à la même conclusion. Par contre aucun lien statistique n'a été établi entre la fréquence d'utilisation d'une méthode et l'acceptabilité des nouvelles méthodes contraceptives (tableau VIII et IX).

4-1-1-7 Méthode préférée

Plus de la moitié des enquêtés (54,22%) ont déclaré que le préservatif était leur méthode de contraception préférée (figure19). Ceci pourrait s'expliquer par le manque d'information sur l'avancée des recherches en termes de contraception masculine et la disponibilité de nouveaux produits pour les hommes. Aussi, la méthode la plus promue en Afrique et dans le monde est le préservatif à travers les campagnes de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles. Les hommes ont donc longtemps été habitués à l'utilisation du préservatif et cette habitude pourrait expliquer la préférence. Les données de notre étude nous ont permis de retrouver un lien statistique entre la préférence d'une méthode et l'acceptabilité des nouvelles méthodes. En effet, les hommes qui préfèrent le préservatif ont 0,29 fois moins de chances d'accepter les nouvelles méthodes

comparativement aux autres (tableau VIII et IX). Cette réticence a également été révélée dans les études de Heinemann [6]. Ceci s'exprime à travers les raisons du refus des nouvelles méthodes contraceptives dont les principales sont la satisfaction avec les anciennes méthodes (30,88%), la crainte des effets secondaires (26,47%) et l'absence d'intérêt (26,47%) (tableau IX).

4-1-2 Valeurs familiales

4-1-2-1 Situation matrimoniale

Les hommes célibataires et mariés sont les plus représentés avec respectivement un pourcentage 42,22% et 31,11% (tableau VI). Nous n'avons pas pu montrer de relation entre le fait d'être en couple et celui d'être favorable à la contraception masculine (tableau VIII et IX). Ces résultats s'alignent avec ceux Blanc sur l'acceptabilité de la pilule masculine [48]. Eberhardt [4] dans son étude sur « Attitudes envers la pilule contraceptive masculine chez les hommes et les femmes ayant des relations sexuelles occasionnelles et stables » a abouti à une conclusion contraire. Ceci pourrait s'expliquer par le contexte socio-culturel au Bénin où le patriarcat et la parenté influencent beaucoup la parité. En effet avoir un enfant est une source de respect et d'admiration pour la communauté. Ceci honore le couple car un couple fécond est considéré comme béni. L'homme reçoit donc plusieurs pressions qui pourraient influencer sa prise de décision. En plus beaucoup d'hommes se demandent pourquoi être en couple et utiliser une méthode contraceptive alors qu'ils se marient pour fonder un foyer. D'autres attribuent leur virilité et leur honneur au nombre d'enfants qu'ils ont. De l'autre côté, beaucoup d'hommes célibataires utilisent les préservatifs pas forcément par crainte d'une grossesse non désirée mais par peur des MST.

4-1-2-2 Paternité et nombre d'enfants

Plus de la moitié des hommes (54,22%) ont déclaré être pères (tableau IV). Il n'y avait pas de lien entre le fait d'être père et le fait d'être favorable à la contraception

masculine (tableau VIII et IX).Or on aurait pu penser que les hommes ayant déjà un enfant seraient beaucoup plus favorables mais il n'y avait pas de différence significative au seuil de 5% (tableau VIII et IX). Ceci pourrait s'expliquer par les réalités africaines. L'homme recherche des héritiers qui pourront pérenniser sa lignée et ses œuvres, la femme aussi voudrait lui offrir le plus d'héritiers. La concurrence se remarque beaucoup plus dans les foyers polygames. Les hommes qui sont fils uniques de leurs parents reçoivent également beaucoup de pression pour avoir beaucoup d'enfants en particulier des garçons qui sont considérés comme les gardiens de la maison. En général les enfants sont considérés comme une richesse car ce sont eux qui devront prendre soin de leurs parents dans la vieillesse. Nous avons recherché un lien entre le nombre d'enfants et l'acceptabilité de la contraception mais il n'y a avait pas de relation entre les deux variables (tableau VIII et IX). Ici aussi on aurait pu penser que les hommes voudraient espacer le nombre d'enfants afin de limiter les grossesses. Nos résultats sont en adéquation avec ceux de Blanc sur l'acceptabilité de la pilule masculine [48].

4-1-2-3 Antécédent de grossesse non désirée

Les données de la présente étude révèlent que 31,56% des hommes ont été au moins une fois confrontés à une grossesse non désirée. En recherchant un lien entre l'acceptabilité de de la contraception masculine et le fait d'avoir été confronté à la grossesse non désirée, aucune relation statistiquement significative n'a été établie (tableau VIII et IX). On aurait pu penser que les hommes ayant été confrontés à une grossesse non désirés seraient beaucoup plus favorables à une contraception masculine mais nous n'avons pas eu une différence significative. Le fait même que les hommes utiliseraient le préservatif par peur des MST expliquerait ce résultat, car leur objectif premier n'était pas d'éviter une grossesse non désirée. A notre connaissance, aucune autre enquête n'a étudié cette relation.

4-1-3 Valeurs sociales

4-1-3-1 Niveau d'éducation

Les hommes ayant un niveau universitaire étaient les plus représentés à 74,67% (tableau III). De plus on a remarqué qu'il existe un lien entre le niveau d'étude et l'acceptabilité de la contraception masculine (tableau VIII et IX). En effet, par rapport à un homme ayant un niveau d'études supérieur, un homme ayant un niveau primaire a 0,156 fois moins de chance d'accepter les nouvelles méthodes contraceptives masculines. Cette différence s'expliquerait surtout par l'accès limité à l'information. Les travaux de Weston [42] et de Heinemann [6] et de Blanc [48] ont conclu au même résultat.

4-1-3-2 Situation socio-professionnelle

Dans un premier temps, nous avons séparé la population en deux catégories: les hommes ayant une occupation (81,99%) et les hommes sans profession (19,01). La proportion se rapproche de celle de Blanc dans son étude (72,15% de personnes actives). Aucun lien statistique n'a été fait entre le fait de travailler et l'acceptabilité de la contraception masculine (tableau VIII et IX)

D'autre part nous avons séparé la population selon que les hommes soient professionnels de la santé ou pas. Ceci nous a permis d'établir un lien statistiquement significatif au seuil de 10% entre le fait d'être professionnel de la santé et l'acceptabilité des nouvelles méthodes contraceptives (tableau VIII et IX). En effet, comparativement aux hommes qui ne sont pas des professionnels de la santé, ceux qui le sont ont 0,42 fois moins de chances d'accepter les nouvelles méthodes contraceptives masculines. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les agents de santé soient à priori mieux informés sur la contraception masculine et craindraient les potentiels effets secondaires. Mais il faut remarquer aussi que les agents de santé sont les plus réticents aux soins. Il ne faut pas non plus oublier le contexte socio-culturel car avant d'être scientifique ils appartiennent à une communauté. Aucune autre étude à notre connaissance n'a

étudié les représentations et attitudes pratiques des professionnels de la santé vis-à-vis de la contraception masculine.

CONCLUSION

La présente étude visait à évaluer l'acceptabilité de la contraception masculine par les hommes. L'enquête réalisée auprès de 225 hommes adultes hétérosexuels au CNHU-HKM et au CHUZ d'Abomey-calavi / Sô-Ava met en évidence un intérêt des hommes pour la contraception mais les connaissances en matière de contraception masculine restent limitées. Les hommes se tournent beaucoup plus vers internet comme source d'information et peu d'hommes font recours au médecin pour avoir des informations. Dans leur majorité, les hommes se sentent concernés par la contraception, mais peu en discutent avec leurs partenaires. L'enquête révèle que près de 70% des hommes sont favorables aux nouvelles méthodes de contraception masculine avec comme motivations principales d'augmenter les chances d'éviter une grossesse non désirée ou encore d'éviter d'avoir un enfant à leur insu. Les facteurs explicatifs sont le niveau d'étude, le fait d'être professionnel de la santé, être ou se sentir concerné par la contraception l'utilisation d'une méthode contraceptive lors des rapports sexuels et la préférence d'une méthode déjà utilisée. Dans une société où tout le poids de la planification familiale pèse sur la femme, la présente étude pourrait permettre une meilleure approche en termes d'offres de soins de santé sexuelle et reproductive. Plusieurs aspects de la contraception masculine restent encore à élucider, d'où la nécessité d'autres enquêtes sur cette thématique notamment la perception et l'implication des femmes.

RECOMMANDATIONS

Pour permettre aux hommes de s'impliquer davantage dans la contraception, qui est un sujet important pour l'équilibre du couple, nous pouvons faire les recommandations comme suit :

A l'endroit des autorités sanitaires ;

- Améliorer l'information des hommes et pas seulement des femmes sur la contraception. Une simple division dichotomique des messages de prévention : prévention des IST dirigée vers les hommes et prévention des grossesses non désirées destinée aux femmes n'est plus suffisante. Les hommes doivent être investis de leur rôle à jouer dans la maitrise de la contraception. Ceci passe par l'information qui leur est relayée en particulier par les médias et le médecin. Des affiches sur les méthodes contraceptives masculines pourraient être postées dans les services de santé sexuelle et reproductive en particulier mais aussi dans tout service de santé et les officines en vue d'informer sur leur disponibilité, leur mode d'administration et les potentiels effets
- Rendre disponibles les autres méthodes de contraception masculine en dehors du préservatif
- Promouvoir l'ensemble des moyens de contraception pour les hommes comme cela peut s'appliquer également aux femmes à travers des campagnes d'information grand public sur la contraception (non ciblées uniquement sur les jeunes ou les femmes).
- Poursuivre les efforts d'éducation à la sexualité auprès des jeunes filles et garçons de manière équivalente entre les sexes et entre les différentes filières de scolarité.
- Intégrer la notion de couple dans la démarche contraceptive. Ceci pourrait amener à proposer des consultations de couple lorsque les deux partenaires

sont d'accord au moment de l'instauration ou du changement de contraception.

- Améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur la contraception, afin qu'ils soient plus à l'aise pour conseiller les couples en terme de contraception et de favoriser le dialogue avec les hommes sur ce sujet
- Soutenir un accueil adapté pour les hommes dans les lieux d'information et d'écoute sur la contraception, tels que les Centre de Planification ou d'Education Familiale et les Centres d'Interruption Volontaire de Grossesse

A l'endroit des autorités académiques ;

Encourager plusieurs études sur la thématique de la contraception masculine afin de mieux cerner les attentes des hommes en matière de contraception car la littérature reste assez pauvre à ce sujet. Des études pourraient être également sur la place que les médecins attribuent aux hommes dans la contraception ainsi que leurs connaissances pratiques sur le sujet.

A l'endroit des couples ;

Encourager le débat sur la contraception et faire recours à un professionnel de la santé pour une bonne prise en charge**.**

REFERENCES

1. Nations U. Population | Nations Unies [Internet] 2020. United Nations. [consulté le 6 déc 2021]. Disponible sur: https://www.un.org/fr/global-issues/population.

2. Mathew V, Bantwal G. Male contraception. Indian J Endocrinol Metab. 2012;16(6):910.

3. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. Stud Fam Plann. 2014;45(3):301-14.

4. Eberhardt J, van Wersch A, Meikle N. Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable sexual relationships. J Fam Plann Reprod Health Care. 2009;35(3):161-5.

5. Guttmacher Institute .Pratique contraceptive au Bénin [Internet]. 2016 [consulté 6 déc 2021]. Disponible sur: https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/pratique-contraceptive-au-benin.

6. Doin C. Quels sont les freins à l'avancement de la contraception masculine [thèse de doctorat en médecine]: université de Limoges; 2017. Limoges. 93 p.

7. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, White S, Heinemann L. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. Hum Reprod. 2005;20(2):549-56.

8. Plana O. Male contraception: research, new methods, and implications for marginalized populations. Am J Mens Health. 2017;11(4):1182-9.

9. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir J-C, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? Prog.Urol. 2020;30(4):105-11.

10. Bodet A. Histoire de la contraception. [thèse de doctorat en pharmacie]: université d'Angers , UFR pharmaceutiques et ingénierie de la santé; 2014. Angers. 164p.

11. Millet P. Méthodes de contraception naturelles: pour quelles raisons certaines femmes les choisissent, quelles sont leurs représentations de la contraception, quelle place pour le médecin généraliste? [thèse de doctorat en médecine] : université Paris Descartes faculté de médecine Paris Descartes;2017. Paris. 67p.

12. Hormonal contraception for men: acceptability and effects on sexuality. world health organization task force on psychosocial research in family planning, special programme of research, development and research training in human reproduction. Stud Fam Plann. 1982;13(11):328-42.

13. Marieb EN, Hoehn k. Anatomie et physiologie humaines. 11è édition.Québec: Pearson education Inc; 2019.

14. Smith LB, Walker WH. The regulation of spermatogenesis by androgens. Semin Cell Dev Biol. 2014;(2)30:2-13.

15. Thirumalai A, Page ST. Male hormonal contraception. Annu Rev Med. 2020;71(1):17-31.

16. Méduri G, Courtillot C, Lahuna O, Kuttenn F, Touraine P, Misrahi M. Spermatogenèse normale chez un homme avec défaut génétique de la LH. médecine/sciences. 2010;26(8-9):690-3.

17. Kamischke A, Nieschlag E. Progress towards hormonal male contraception. Trends Pharmacol Sci. 2004;25(1):49-57.

18. Chang C, Lee SO, Wang R-S, Yeh S, Chang T-M. Androgen Receptor (AR) Physiological Roles in Male and Female Reproductive Systems: Lessons Learned from AR-Knockout Mice Lacking AR in Selective Cells1. Biol Reprod [Internet]. 2013 [consulté le 16 févr 2022];89(1): 16p. Disponible sur: https://academic.oup.com/biolreprod/articlelookup/doi/10.1095/biolreprod.113.109132.

19. Walker WH. Testosterone signaling and the regulation of spermatogenesis. Spermatogenesis. 2011;1(2):116-20.

20. Van Wersch A, Eberhardt J, Stringer F. Attitudes towards the male contraceptive pill: psychosocial and cultural explanations for delaying a marketable product. Basic Clin Androl. 2012;22(3):171-9.

21. Huyghe E, Nohra J, Vezzosi D, Bennet A, Caron P, Mieusset R, et al. Contraceptions masculines non déférentielles : revue de la littérature. Prog.Urol. 2007;17(2):156-64.

22. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie obstétrique fertil sénologie. 2018;46(12):873-82.

23. Haute autorité de la Santé. Contraception chez l'homme [internet]. 2017 [consulté le 06/01/22];5(1):6p. disponible sur : www.has-sante.fr.

24. Brot C. Connaissance des hommes sur la contraception masculine. Etude descriptive transversale auprès de 145 hommes [thèse de doctorat en médecine] Lyon: université Caude Bernard -Lyon 1; 2018. 101p.

25. Adohinzin, CCY, Nicolas M, Ouedraogo A, Diallo I, Belem A. utilisation du préservatif masculin, conaissances attitudes et compétences des jeunes burkinabè. Santé Publique. 2017;29:95 à 103.

26. Crosby RA, Graham CA, Yarber WL, Sanders SA. Problems with condoms may be reduced for men taking ample time to apply them. Sex Health. 2010;7(1):55-66.

27. Gallo MF, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. Nonlatex versus latex male condoms for contraception. Cochrane Database Syst rev. 2006;3(1):45-74.

28. Robin G, Marcelli F, Rigot J-M. Contraception masculine. Presse Médicale. 2014;43(2):205-11.

29. Crosby R, Bounse S. Condom effectiveness: where are we now? Sex Health. 2012; 9(1): 5-10.

30. Festin MPR, Kiarie J, Solo J, Spieler J, Malarcher S, Van Look PFA, et al. Moving towards the goals of FP2020 — classifying contraceptives. Contraception. 2016;94(4):289-94.

31. Killick SR, Leary C, Trussell J, Guthrie KA. Sperm content of pre-ejaculatory fluid. Hum Fertil. 2011;14(1):48-52.

32. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. Hum Reprod. 2007;22(9):2422-7.

33. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404.

34. Glasier A. Acceptability of contraception for men: a review. Contraception. 2010;82(5): 453–456.

35. Guo DP, Lamberts RW, Eisenberg ML. Relationship between vasectomy and sexual frequency. J Sex Med. 2015;12(9):1905-10.

36. Bertero E, Hallak J, Gromatzky C, Lucon AM, Arap S. Assessment of sexual function in patients undergoing vasectomy using the international index of erectile function. Int Braz J Urol. 2005;31(5):452-8.

37. Ezegwui HU, Enwereji JO. Attitude of men in Nigeria to vasectomy. Int Health. 2009;1(2):169-72.

38. Huyghe E, Blanc A, Nohra J, Khedis M, Labarthe P, Rouge D, et al. Vasectomie et chirurgies contraceptives déférentielles : aspects légaux et techniques. Prog.Urol. 2007;17(4):789-93.

39. Jimenez C. La contraception masculine. Andrologie. 2004;14(3):275-90.

40. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia in normal men. world health organization task force on methods for the regulation of male fertility. Lancet Lond Engl. 1990;336(8721):955-9.

41. Chaud MA. Acceptabilité de la contraception par les hommes revue de littérature [thèse de doctorat en médecine].Lyon: université Claude Bernard lyon1; 2020.48p.

42. Weston GC, Schlipalius ML, Bhuinneain MN, Vollenhoven BJ. Will Australian men use male hormonal contraception? A survey of a postpartum population. Med J Aust. 2002;176(5):208-10.

43. Desjeux C. histoire et actualités des représentations pratiques de la contraception masculine.1ère éd. paris: Presses de Sciences Po; 2009. histoire et actualités des représentations pratiques de la contraception masculine;p49-63.

44. Martin CW, Anderson RA, Cheng L, Ho PC, van derSpuy Z, Smith KB, et al. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. Hum Reprod. 2000;15(3):637-45.

45. Ahn K-c, Kim O-k . A study on the acceptability of male fertility regulating methods in Korea. Kajok Kyehoek Nonjip J Fam Plan Stud. 1978;5:112-59.

46. Kharbach Y, Retal Y, Bakkali Issaoui Z, Khallouk A. Homme marocain : connaissances et acceptabilité de la contraception masculine hormis le préservatif. Prog.Urol. 2020;30(13):815.

47. Cartwright AF, Lawton A, Brunie A, Callahan RL. What About Methods for Men? A qualitative analysis of attitudes toward male contraception in Burkina Faso and Uganda. Int Perspect Sex Reprod Health. 2020;46:153-62.

48. Blanc L. Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine par les hommes enquête auprès de 3368 hommes francais [thèse de doctorat en médecine]. Nice: université de Nice Sophia Antipolis; 2016. 62p.

49. Ringheim K. Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. Stud Fam Plann.1993;24(2):87-99.

50. Glasier AF, Anakwe R, Everington D, Martin CW, Spuy Z van der, Cheng L, et al. Would women trust their partners to use a male pill? Hum Reprod. 2000;15(3):646-9.

ANNEXES

Questionnaire : *« ENQUETE SUR L'ACCEPTABILITE DE LA CONTRACEPTION MASCULINE CHEZ LES HOMMES AU CNHU EN 2021»*

SECTION 1 : PRESENTATION DE L'INTERVIEWEUR, DE L'ENQUETE ET D'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle ……, je voudrais avoir un entretien avec vous sur « L'acceptabilité de la contraception masculine». Les entretiens que nous aurons avec vous nous permettront d'avoir les informations nécessaires pour l'analyse des informations relatives à l'acceptabilité de la contraception masculine. Nous menons cette étude dans le but de contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive de la population. L'entretien durera 10 à 15 minutes.

Nous tenons à vous dire que l'exactitude des informations que vous nous donnerez déterminera la qualité des actions à mener pour la cause énoncée plus haut. Vos informations sont strictement confidentielles et seront gérées avec toute la rigueur qui s'impose. Vous n'êtes pas obligé de participer à cet entretien, mais nous espérons vivement votre participation car sans vous, le problème demeurera. Avez-vous des questions à me poser ?.....Oui□……Non □

Si Oui, lesquelles ?.....

Puis-je commencer l'interview maintenant ? Oui □ Non □

Si non, nous vous remercions pour le temps accordé, l'entretien est terminé

Si oui, nous vous remercions d'avance pour le temps que vous nous accorderez pour l'entretien

SECTION 2 : INFORMATIONS GENERALES SUR L'ENQUETE

N° d'ordre	Libellé de la question	Modalités de la question	Rép.
	DONNEES D'IDENTIFICATION		
A	Numéro de la fiche	/_____//_____//_____//_____	
B	Date de l'enquête /	|__|__| |__|__| |_2_|_0_||_2_|_1_|	
	Informations sur l'agent enquêteur		
C	Noms et prénoms de l'agent		

Données socio-d émographiques			
D	Age	1- [18-25 [2- [25-30[3- [30-45[4- [45-60 [5- [60-75]	/____/
E	Ethnie	1- Goun 2- Fon 3- Mina 4- Yoruba 5- Bariba 6- Dindi 7- Mahi 8- Aïzo 9- Autre (à préciser)	/____/
F	Religion	1- Chrétien 2- Musulman 3- Animiste 4- Athé	/____/
G	Situation Géographique	1- Commune…….. 2- Milieu : rural □urbain □	
H	Niveau d'étude	1- Primaire 2- Secondaire 3- Universitaire 4- Non scolarisé	/____/

I	Êtes-vous professionnel de la santé ?	1- Oui 2- Non	
J	Situation professionnelle (***Si non à la question Précédente***)	1- Sans activité professionnelle (étudiants, chômeurs, …) 2- Particulier(artisans commerçant, chef d'entreprise) 3- Cadre et profession intellectuellesupérieure 4- Profession intermédiaire (enseignant d'école .) 5- Employé 6- Ouvrier 7- Retraité	/____/
K	Situation matrimoniale	1- Célibataire 2- En couple 3- Marié 4- Divorcé 5- Veuf	/____/
L	Paternité	1- Oui 2- Non	/___/
M	Nombre d'enfants (***Si oui à la Question précédente***)	1- <3 2- [3-5] 3- [6-10] 4- >10	/____/
N	Désir d'enfants	1- Oui 2- Non 3- Ne sais pas	/____/

	Connaissances Générales sur les méthodes contraceptives		
1.	Avez-vous déjà entendu parler de la contraception masculine ?	1- Oui 2- Non	/___/
2.	Quels sont les types de contraceptions masculines que vous connaissez ?	1- Préservatif 2- Coït interrompu 3- Vasectomie 4- Méthode hormonale 5- Méthode thermique 6- Aucun	/____/
3.	Quelles sont vos sources d'informations concernant la contraception?	1- Médecin 2- Internet 3- Journaux 4- Pharmacie 5- Télévision 6- Amie 7- Personnes de la famille 8- Partenaire 9- Autre (à préciser)	/____/
4.	Selon vous êtes-vous informé sur la contraception ?	1- Parfaitement 2- Suffisamment 3- Moyennement 4- Insuffisamment 5- Pas du tout	/____/

Parcours contraceptif et opinion sur la contraception masculine			
5-	Vous sentez-vous concerné par la question de la contraception?	1- Oui 2- Non 3- Un peu	/____/
6-	Si oui, en discutez-vous avec votre partenaire?	1- Oui 2- Non 3- Parfois	/____/
7-	Si non, pourquoi?	……	/____/
8-	Comment faites-vous pour ne pas mettre une femme enceinte ?	……	
9-	Avez-vous déjà été confronté à une grossesse non désirée?	1- Oui 2- Non	/___/
10	Connaissez-vous des méthodes traditionnelles de contraception masculine dans votre culture / tradition ?	1-Oui 2-non	
11-	Si oui, lesquelles ?	……	
12-	Connaissez-vous des méthodes traditionnelles de contraception féminine ?	1-Oui 2-Non	

13-	Si oui, lesquelles ?	…… ….	
14-	Utilisez-vous une méthode contraceptive lors de vos rapports sexuels?	1- Oui 2- Non 3- Parfois	/___/
15-	Si oui laquelle?	1- Préservatif masculin 2- Coït interrompu 3- Pilule masculine 4- Contraception féminine 5- Autre(à préciser)	/___/
16-	A quelle fréquence?	1- Rarement 2- Parfois 3- Souvent 4- Toujours	/___/
17-	Selon vous quelle méthode de contraception masculine serait préférable?	1- Préservatif 2- Coït interrompu 3- Vasectomie 5- Pilule hormonale 6- Méthode thermique 7- Je ne sais pas 8- Autres	/___/
18-	Seriez-vous prêt à opter pour de nouvelles méthodes de contraception masculine?	1- Oui 2- Non	/____/

19-	Si oui, pourquoi?	1- Prendre le relais de ma partenaire 2- Augmenter les chances d'éviter une grossesse non désirée 3- Eviter d'avoir un enfant à mon insu 4- Autre	/____/
20-	Si oui, quelle méthode?	1-pilule hormonale 2-méthode thermique 3-vasectomie 4-coit interrompu 5-Je ne sais pas 6-Autre	
21-	Si non, pourquoi?		

Nous sommes à la fin de cet entretien, nous vous remercions pour le temps précieux et vos réponses accordés.

Tableau XI:Résultat des tests de validation du modèle

Tests	Statistiques
Lroc	0.7680
Lstat (Correctly classified)	78.67%

Source : Auteur à partir des sorties de stata

TABLE DES MATIERES

Table des matières

SOMMAIRE XXVI

INTRODUCTION 1

1- GÉNÉRALITÉS 4

1-1 Définition des concepts 5
1-2 Rappel anatomo-physiologique de l'appareil reproducteur masculin 6
1-2-1 Les organes génitaux internes 6
1-2-2 Les organes génitaux externes 7
1-3 Déroulement de la spermatogenèse 10
1-4 Les méthodes contraceptives masculines actuelles 14
1-5 Les autres méthodes 18
1-5-1 Les méthodes hormonales 18
1-5-2 Les méthodes non hormonales 21
1-5-2-1 La contraception thermique 21

2- CADRE ET METHODE D'ETUDE 23

2-1 Cadre d'étude 24
2-1-1 Cotonou 24
2-1-2 Abomey-Calavi 27
2-2 Méthode d'étude 30
2-2-1 Période et type d'étude 30
2-2-2 Population d'étude 30
2-2-3 Echantillonnage 31
2-2-4 Variables étudiées 32
2-2-5 Collecte des données 32
2-3 Traitement des données et aspects statistiques 34
2-4 Considérations éthiques 35

3- RESULTATS 37

3-1 Caractéristiques générales de la population 38
3-1-1 Répartition selon l'âge 38

3-1-2 Répartition des hommes suivant l'ethnie ...**Erreur ! Signet non défini.**
3-1-3 Répartition des hommes suivant la religion 39
3-1-4 Répartition des hommes suivant la situation géographique 39
3-1-5 Répartition des hommes selon le niveau d'étude 39
3-1-6 Répartition des hommes suivant la profession 40
3-1-7 Répartition des hommes suivant la situation matrimoniale, la paternité et le désir de paternité 41
3-2. Connaissances générales sur les méthodes contraceptives 42
3-2-1 Information sur la contraception masculine 42
3-2-2 Types de contraception masculine connus 42
3-2-3 Degré d'information selon l'enquêté 44
3-2-5 Connaissance de méthodes traditionnelles de contraception masculine et féminine 45
3-2-6 Méthodes de contraception traditionnelles connues 46
3-3 Parcours contraceptif et opinion sur la contraception masculine 47
3-3-1 La contraception et vous 47
3-3-2 Méthode utilisée pour éviter les grossesses 48
3-3-3 Antécédent de grossesse non désirée 48
3-3-4 Utilisation d'une méthode contraceptive lors des rapports sexuels 48
3-3-5 Répartition des hommes suivant les méthodes utilisées pour éviter les grossesses 49
3-3-6 Répartition des hommes suivant la méthode contraceptive utilisée lors des rapports sexuels et la fréquence 50
3-3-7 Méthode de contraception préférée selon les enquêtés 51
3-3-8 Répartition des enquêtés suivant l'attitude par rapport à l'utilisation de nouvelles méthodes contraceptives 51
3-3-9 Répartition des enquêtés suivant le choix des nouvelles méthodes contraceptives 52
3-3-10 Raison motivant le choix d'un contraceptif masculin 53
3-3-11 Répartition des enquêtés suivant les raisons du refus de nouvelles méthodes contraceptives 54
3-4 Etude analytique 54
3-4-1 Analyse bi variée 54

3-4-2 Modélisation 56
3-4-2-1 Résultat d'estimation du modèle Logit 57
4 -DISCUSSION 59
4-1 Forces et limites de l'étude 60
4-1-1 Forces 35
4-1-2 Limites 36
4-2 Comparaison des résultats 60
4-2-1 Valeurs personnelles 61
4-2-1-1 Répartition selon l'âge 61
4-2-1-2 Ethnie 62
4-2-1-3 Religion 63
4-2-1-4 Niveau d'information 63
4-2-1-5 Se sentir concerné par la contraception 64
4-2-1-6 Utilisation d'une méthode contraceptive lors des rapports sexuels 65
4-2-1-7 Méthode préférée 66
4-2-2 Valeurs familiales 67
4-2-2-1 Situation matrimoniale 67
4-2-2-2 Paternité et nombre d'enfants 67
4-2-2-3 Antécédent de grossesse non désirée 68
4-2-3 Valeurs sociales 69
4-2-3-1 Niveau d'éducation 69
4-2-3-2 Situation socio-professionnelle 69
CONCLUSION 71
RECOMMANDATIONS 73
REFERENCES 75
ANNEXES ..... a

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois, en présence des maîtres de cette faculté et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle dans l'exercice de la profession :

-aux intérêts du peuple,

-aux principes fondamentaux de la médecine universelle,

-aux lois de l'honneur et de la probité.

Je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue de mes maîtres en m'acquittant dignement et honnêtement de mes fonctions dans le but de :

-promouvoir, améliorer et renforcer l'état de santé du peuple,

-aider la communauté à prendre en charge elle-même sa santé,

-contribuer aux progrès de la pratique médicale et de la science.

Que le peuple m'accorde son estime si je reste fidèle à mes promesses.

Qu'il me méprise et me rejette si j'y manque.

Je le jure

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Pendant longtemps la contraception a été perçue comme la responsabilité de la femme ce qui explique le large éventail de méthodes contraceptives féminines et une faible implication des hommes. La présente étude se propose d'étudier l'acceptabilité de la contraception masculine par les hommes.

Méthode : Il s'est agi d'une étude transversale à visée analytique dont la phase de collecte des données a couru du 03 au 31 janvier 2022 allant du 03 au 31 janvier 2022 au CNHU-HKM et au CHUZ d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava. La population d'étude était constituée des usagers hétérosexuels de sexe masculin desdits hôpitaux. En l'absence d'une base de données, nous avons recouru à un échantillonnage de convenance. L'analyse des données a été conduite à l'aide du logiciel SPSS version 25 et Stata 14. Les tests chi2 ont été utilisés pour présenter les facteurs influençant l'acceptabilité de la contraception masculine chez les hommes avec un seuil de significativité fixé à 5%. Une régression logistique a été faite pour ressortir les facteurs de confusion.

Résultats : Au total 225 hommes répondant aux critères d'inclusion ont été recrutés**.** La population d'étude était majoritairement jeune avec l'âge compris entre 18 et 44 ans. Après analyse des résultats, les hommes ont un niveau d'information insuffisant en termes de méthodes contraceptives masculines. Un peu plus de la moitié se sentent concernés par la contraception dans le couple mais peu d'hommes en discutent avec leurs partenaires. On note une bonne acceptabilité de la contraception masculine et des nouvelles méthodes avec 7 hommes sur 10 qui y sont favorables. La nouvelle méthode choisie est la pilule hormonale.

Conclusion : L'intérêt des hommes pour la contraception est de plus en plus grandissant avec une volonté de participer à la contraception. Les hommes se déclarent prêts à adopter de nouvelles méthodes de contraception masculine. Cependant qu'en est-il de la confiance que les femmes leur accordent pour assumer cette responsabilité ?

Mots clés : Acceptabilité, contraception masculine, homme

ABSTRACT

Introduction: For a long time, contraception has been perceived as the responsibility of women, which explains the wide range of female contraceptive methods and the low involvement of men. .this study aims to study the acceptability of male contraception by men.

Method: This was a prospective cross-sectional study with an analytical aim, the data collection phase ran from January 03 to 31, 2022 at the CNHU-HKM and the CHUZ Abomey-Calavi /So-Ava. The study population consisted of heterosexual male users of these hospitals. In the absence of a database, we resorted to convenience sampling. Data analysis was conducted using SPSS version 25 and Stata 14 software. Chi2 tests were used to determine the determinants of acceptability of male contraception in men with a significance threshold set at 5%. Logistic regression was performed to highlight confounding factors.

Results: A total of 225 men meeting the inclusion criteria were recruited. The study population was mostly young with age between 18 and 44 years. After analyzing the results, men have an insufficient level of information in terms of male contraceptive methods. Slightly more than half feel concerned about contraception in couple but few men discuss it with their partners. There is good acceptability of male contraception and new methods with 7 out of 10 men in favor of them. The new method chosen is the hormonal pill.

Conclusion: Men's interest in contraception is growing with a desire to participate in the birth control process. Men declare their readiness to adopt new methods of male contraception. However, what about the confidence that women place in them to assume this responsibility.

Keywords: Acceptability, male contraception, man