

Sociétés africaines et péril vénérien

Témoignages du passé

I. Voies sociales de la diffusion de la gonococcie

Gérard RÉMY*

Parmi les études consacrées à l'épidémiologie de la gonococcie en Afrique sud-saharienne, certaines tentent d'associer le degré d'exposition à l'infection à des spécificités démographiques, socio-économiques, culturelles des groupes concernés. Elles témoignent que des forces à même d'animer activement la circulation inter-humaine du gonocoque sont en œuvre il y a 20 à 30 ans dans des sites urbains, mais aussi ruraux. Elles signalent que les voies sociales (situations mises à profit, itinéraires empruntés) de la diffusion de la gonococcie peuvent être diverses, parfois dans des sites proches. Toutes placent au centre du jeu éco(socio)épidémiologique une disponibilité sexuelle des individus qui présente des formes variées selon les "modèles" individualisés.

Les "causes" de l'épidémisation récente de l'infection à VIH dans l'espace africain suscitent de nombreuses controverses. Celles-ci se nourrissent pour une part des sévères lacunes des connaissances sur les situations sociales — ou leur évolution — impliquées dans une circulation intense du virus entre les individus, en particulier par voie sexuelle.

Ce mode de transmission est partagé par les MST "classiques". Dans quelle mesure les travaux qui leur sont plus ou moins directement consacrés informent-ils sur les conditions sociales de la réceptivité des collectivités africaines à une infection vénérienne, et sur leur diversité éventuelle ? Ces travaux sont disparates. Deux groupes d'entre eux, distincts mais complémentaires, retiennent notre attention. Dans chacun des dossiers que nous avons constitués, nous présentons les principaux éléments des analyses

* E.H.E.S.S., Marseille.

proposées par les auteurs et les enseignements qui, nous semble-t-il, s'en dégagent.

D'assez nombreuses enquêtes épidémiologiques effectuées au cours des dernières décennies concernent la gonococcie, généralement considérée comme un indicateur privilégié des comportements sexuels. Lors de certaines d'entre elles, les auteurs étudient les facteurs qui exposent les individus à une contamination, et la façon dont l'affection se distribue au sein de la collectivité examinée. Leurs observations peuvent éclairer, non sans nécessaires adaptations et réserves, des voies sociales possibles de la diffusion du VIH.

Réalisés le plus souvent par des chercheurs en sciences sociales, un deuxième groupe de travaux renseignent sur les attitudes, les pratiques, en particulier dans le domaine de la nuptialité et de la sexualité qui, médiatisées par les maladies vénériennes (en premier lieu, la gonococcie), peuvent conduire à une infécondité féminine. Ils témoignent que les déterminants sociaux de celle-ci se sont modifiés dans le passé contemporain, bouleversant sa géographie.

L'intérêt majeur de ces travaux est d'apporter des éléments qui peuvent contribuer à mettre en perspective, dans le temps et dans l'espace, certains termes du dialogue que les collectivités africaines nouent avec l'infection à VIH.

VOIES SOCIALES DE LA DIFFUSION DE LA GONOCOCCIE

D'assez nombreuses enquêtes épidémiologiques sont réalisées au cours des deux ou trois décennies sur la gonococcie en Afrique sud-saharienne. Elles concernent principalement des sujets examinés dans des centres de santé, mais elles s'adressent parfois à la population "générale". Au-delà de la détermination des prévalences, certaines de ces enquêtes recueillent des données sur le statut personnel des individus, précisent des facteurs de risque. Parmi elles, quelques unes tentent d'associer le degré d'exposition à l'infection à des spécificités démographiques, socio-économiques, culturelles des groupes concernés.

Seules ces dernières retiennent notre attention. Malgré d'évidentes lacunes, chacune évoque des faits ou processus, des situations ou évolutions qui, à l'amont des facteurs de risque, conditionnent la circulation inter-humaine du gonocoque dans la collectivité étudiée. D'une enquête à l'autre, de tels déterminants de la transmission paraissent s'inscrire dans des "modèles" éco(ou socio)épidémiologiques singuliers.

Des hommes seuls

L'étude consacrée par Verhagen (1972) aux "facteurs sociaux et épidémiologiques de la gonococcie" au Kenya concerne un échantillon important de sujets (plus de 1500, dont les deux tiers masculins) suspects de blennorragie (d'origine gonococcique ou non) parmi des consultants examinés à Nairobi et Mombasa, dans deux centres urbains (Kisumu, Kericho), et dans deux villes "rurales" (Kitui, Machakos) — la grande majorité des patients proviennent des villages environnants. Parmi les sujets MST, respectivement 32% des hommes et 33% des femmes ont moins de 21 ans ; 42% des premiers sont (ou ont été) mariés, et 66% des secondes. Par ailleurs, des groupes de sujets-contrôles (effectif comparable, même structure par âge et sexe) sont constitués dans chaque centre de santé, comprenant des individus non suspects de blennorragie.

S'agissant des hommes, sujets MST et contrôles partagent nombre de propriétés communes : activité professionnelle, niveau d'éducation, statut matrimonial. Un seul facteur les distingue significativement dans tous les milieux résidentiels, *la co-résidence avec le partenaire conjugal*. Parmi les premiers, 25% des hommes dans les grandes villes, 28% dans les petites, 65% en milieu rural mènent une vie régulière avec une conjointe ; ces proportions sont respectivement de 45, 52 et 91% parmi les sujets contrôles.

Par contre, *les femmes infectées se singularisent* à divers titres : elles ont moins éduquées, elles ont moins souvent un emploi, elles sont fréquemment en situation de rupture matrimoniale, elles sont plus mobiles.

Les comportements reconnus à "risque" sont très répandus parmi les sujets MST, et ils le sont de façon comparable *selon le milieu résidentiel* pour les deux sexes.

90% des hommes reconnaissent un partenaire sexuel (non conjugal) pendant les 15 jours qui précèdent l'infection, et 44% au moins deux ; 74% ont eu recours à une prostituée (relation sexuelle contre rémunération), fréquemment rencontrée dans un bar.

Parmi les femmes, 58 reconnaissent au moins un partenaire sexuel autre que conjugal ; 21% admettent offrir des services sexuels contre rémunération. Cependant trois groupes de femmes s'individualisent : les plus jeunes (moins de 20 ans) tendent à n'avoir qu'un seul partenaire ; plus âgées, elles se répartissent en deux groupes : mariées, elles n'ont le plus souvent de relation sexuelle qu'avec leur conjoint ; les autres ont de multiples partenaires.

Ces observations fondent, selon l'auteur, *une image épidémiologique "classique"* de la gonococcie : un noyau de femmes à forte promiscuité

sexuelle, souvent atteintes d'une infection silencieuse, contaminent un grand nombre d'hommes également "à risque" ; ces derniers rediffusent l'infection parmi les premières, et la propagent parmi des contacts secondaires, habituellement leur épouse. L'ampleur sociale de la maladie tient surtout au fait que beaucoup d'hommes ne résident pas avec leur conjointe (ou une partenaire régulière). *Cette question des hommes seuls* est celle qui, selon l'auteur, élucide le mieux les déterminations sociales de l'épidémiologie de la gonococcie.

De nombreux hommes se concentrent dans les villes, à un âge où l'activité sexuelle est la plus grande (2,2 hommes pour 1 femme à Nairobi en 1969). Certains, célibataires, veulent rassembler l'argent pour la dot qui garantira la stabilité de leur mariage. D'autres, mariés, sont à la recherche de ressources complémentaires, de revenus monétaires, et ils laissent leur épouse s'occuper des terres familiales au village. Ces hommes seuls sont "exposés" à rencontrer des prostituées dans les bars.

Terreau des MST, cette migration masculine est ancienne, suscitée jadis par la formation de "réserves" de main d'oeuvre : les hommes sont conduits à travailler dans les plantations européennes, sans pouvoir amener leur famille. Elle est renforcée ensuite par la forte natalité rurale, par les progrès de l'éducation. *Migration et urbanisation* ont concouru à briser l'éthique traditionnelle, sévère à l'égard de la promiscuité sexuelle, d'abord dans les villes, mais désormais aussi dans les campagnes.

L'étude analysée n'est pas sans limites ; en particulier, la place des comportements "à risque" parmi les sujets contrôlés n'est pas connue. Elle souligne une égale présence de ces comportements parmi les sujets MST quel que soit le milieu résidentiel. Or une co-résidence conjugale nettement plus fréquente en milieu rural signale déjà une spécificité sociale de ce dernier. De même, à l'excédent des hommes dans les grandes villes répond un déficit dans les zones rurales des districts de Kitui et Machako (8 hommes pour 10 femmes). Quel(s) phénomène(s) autre(s) que le déséquilibre entre les sexes peut être en jeu ?

Une étude menée en 1981-82 à Nairobi (Lourdes 1985) confirme la place essentielle que tiennent les prostituées dans l'épidémiologie des MST, notamment la gonococcie : 36% des femmes examinées présentent des signes cliniques de la maladie. Interrogés, plus de 90% d'hommes atteints d'urétrite gonococcique mettent en cause des contacts avec des prostituées.

Selon l'auteur, les partenaires privilégiés de ces dernières appartiennent au vaste groupe des hommes venus, seuls, dans la ville, à la recherche d'un emploi.

La situation décrite de façon plus succincte par Holland (1976) au Zimbabwe, au début des années 1970, rappelle celle observée dans les villes du Kenya. Parmi près de 1800 patients MST (la plupart sont des hommes)

examinés dans divers centres de soins de la capitale et de la ville de Triangle (située au Sud-est du pays dans un secteur sucrier) respectivement 61%, 17% et 16% sont atteints de gonococcie, syphilis et chancre mou. Selon leurs témoignages, les 4/5 des hommes se sont contaminés lors de contacts avec des prostituées (avec versement d'argent).

En quête des "facteurs sociaux" des MST, l'auteur souligne la forte proportion dans la population de jeunes adultes, et le déséquilibre du sex-ratio (2,4 hommes pour 1 femme à Salisbury). Beaucoup de ces hommes "seuls" célibataires ou venus sans leur épouse s'accablent dans des hôtels ou foyers municipaux (24.000 en 1971), où la prostitution est florissante. Dans les cliniques africaines situées dans les secteurs européens de la ville, à la périphérie de celle-ci, 81% des hommes patients MST ont un emploi de domestique, et résident au domicile de leur employeur : les épouses ne sont pas autorisées à les rejoindre ; aux femmes également domestiques s'ouvre ainsi un "marché" de la prostitution.

Pour l'auteur, le statut de "célibataire" des hommes citadins est impliqué de façon majeure dans la forte prévalence des MST. Mais l'essor des maladies vénériennes résulte aussi de la nouvelle attitude des jeunes face à l'activité sexuelle prémaritale, l'urbanisation ayant accéléré la rupture de la morale sexuelle traditionnelle Shona (séparation des adolescents masculin et féminin, accent sur la virginité). Divers autres facteurs (pauvreté, conditions d'habitat, discrimination raciale) contribuent par ailleurs plus ou moins directement à l'instabilité conjugale, l'immoralité et la prostitution.

Une nouvelle étude est menée quelques années plus tard à Salisbury (Latif 1981), parmi près de 3000 consultants d'une clinique MST au centre de la ville : 75% sont des hommes ; environ la moitié des hommes et des femmes ont 20-24 ans ; 56% des premiers et 69% des secondes sont mariés.

Selon leur statut matrimonial, 65 à 70% des hommes attribuent leur infection (la gonococcie est la plus commune) à une prostituée ; près de 4/5 des femmes mariées auraient été contaminées par leur mari, et 55% des célibataires par des partenaires occasionnels (contre de l'argent).

La prostitution joue ainsi un rôle majeur dans la transmission des MST. La guerre civile, la mobilité, les migrations de travail encouragent la promiscuité sexuelle, mais aussi *la séparation prolongée des familles* : plus des 4/5 des hommes quittent leur épouse pendant des périodes supérieures à six semaines ; beaucoup ne leur rendent visite que pendant les congés.

Dans les limites des témoignages recueillis par les auteurs, on relève aussi bien au Kenya qu'au Zimbabwe une apparente fidélité à leur conjoint de la plupart des femmes mariées — pourtant nombreuses parmi les patientes MST. Bien que ne partageant pas la situation des hommes "seuls", leurs maris ont-ils les mêmes comportements à risque ?

Des femmes seules

A la fin des années 1970 une étude est menée au centre de l'Ethiopie sur les MST et "les facteurs sociaux contribuant à leur diffusion", en particulier ceux qui mettent en jeu les femmes (Plorde 1981).

En milieu rural, les femmes se marient très jeunes, rejoignant leur (futur) mari vers 9-12 ans ; dans un échantillon de femmes enceintes à Addis-Abeba, 32% ont 12-14 ans.

Trois formes de mariage coexistent. La plus fréquente est sanctionnée par un prêtre ; le divorce est facile, à la demande de l'un des deux conjoints. Marquée par des voeux solennels, une seconde forme est indissoluble ; elle est rare. Un simple repas cérémoniel peut faire par ailleurs de la femme une "épouse temporaire", statut éminemment précaire qui peut être à tout moment abandonné.

L'accès des femmes à l'éducation est sévèrement limité, et peu d'activités rémunératrices leur sont ouvertes. Selon la culture Amhara, deux opportunités s'offrent à celles qui souhaitent assurer ou améliorer leur situation économique : se marier ; vivant seules, elles peuvent fabriquer et vendre des boissons alcoolisées (à base de miel), et accepter le cas échéant le statut d'épouse temporaire d'étrangers de passage.

Relayant les effets du système foncier traditionnel, la nationalisation des terres (en 1975) a conduit beaucoup d'hommes à abandonner l'activité agricole et quitter leur village, laissant nombre de femmes seules (souvent avec des enfants). Celles-ci rejoignent les marchés ruraux, les villes. Dans une région des hauts plateaux, on dénombre près de 15 femmes pour 10 hommes dans 4 petits centres commerciaux, et 12 dans les villages fixés le long des routes ; près de 15% de l'ensemble des femmes adultes de cette région tiennent des débits de boissons.

Surtout lorsqu'elles se spécialisent dans la vente de la bière (elles seraient ainsi 100.000 à 150.000 à Addis Abeba), ces femmes tendent à devenir, et à être perçues comme des prostituées ; elles constituent le réservoir principal des MST. Le problème que posent celles-ci est lié aux migrations et à l'urbanisation, mais il renvoie aussi à *la structure sociale*.

Une autre étude faite à Addis-Abeba à la même époque établit un bilan sérologique de diverses MST dans un échantillon de plus de 2.000 femmes (consultantes en gynécologie, dans un centre de planning familial, femmes enceintes). Elle précise un aspect du risque vénérien, lié à la précocité du mariage et des rapports sexuels (Duncan 1990).

Bien que pratiquement toutes vierges lors de leur mariage — en conformité avec la culture Amhara —, la moitié des femmes (les trois quarts dans les classes sociales défavorisées) ont de premiers rapports sexuels avant

la puberté. La prévalence des MST tend à s'élever à mesure que ces derniers sont précoces. Outre l'influence de facteurs biologiques (immaturité des mécanismes de défense de l'appareil génital), une vie sexuelle engagée très tôt tend à s'associer, par le biais d'un divorce rapide, à une plus grande diversité ultérieure des partenaires. A défaut de se remarier, pour se procurer des ressources, la jeune femme devra probablement devenir servante ou "vendeuse de boissons / prostituée". Dans l'échantillon de femmes étudiées, 24% et 7% de celles devenues sexuellement actives respectivement avant 12 ans et après 15 ans se sont prostituées.

Les informations rassemblées sur l'écologie des MST en Ethiopie sont loin d'être parfaitement éclairantes. Dans les débits de boissons, face à la prostitution, les hommes sont étrangement absents. Au moins discernons comment, sous l'impact d'évolutions contemporaines, une situation "paroxysmique" au regard des MST s'est développée en mettant à profit — non sans les adapter — *des potentialités inscrites dans l'ordre social traditionnel.*

De nouvelles formes d'union

L'étude menée au début des années 1960 à Kampala (Bennett 1962) suggère un autre "modèle" socio-épidémiologique urbain.

En quatre mois d'observation à l'Hôpital Mulago, près de 1500 hommes atteints de gonococcie sont traités ; la majorité d'entre eux appartiennent à l'ethnie Baganda, dominante dans la ville et sa région. Une soixantaine de "biographies" de malades signalent la diversité des activités et des attitudes qui, par le biais des comportements sexuels, conduisent à la gonococcie. Mais *certains facteurs sociaux* apparaissent particulièrement actifs.

La structure par âge de la population varie sensiblement selon les quartiers et les groupes ethno-culturels. Le cloisonnement ethnique des mariages fait que, sur le "marché" matrimonial, un surplus de femmes dans un groupe ne compense pas un déficit dans un autre. Un fort excédent féminin signale souvent une disponibilité pour la prostitution, monopolisée par certaines ethnies (Toro, Haya).

La prédominance des jeunes hommes parmi les patients MST n'est pas seulement l'effet d'une plus grande activité sexuelle ; ils sont aussi dominants dans la ville (dans le quartier Mulago, 50% des habitants ont 16-30 ans). Celle-ci rassemble de nombreux immigrants venus pour des séjours temporaires ; la plupart sont célibataires, pauvres, illettrés ; ils sont particulièrement exposés à la gonococcie.

Chez les Baganda, l'union sexuelle est un élément parmi d'autres des relations interpersonnelles ; le "concept" d'un partenaire sexuel unique est

l'objet de plaisanteries. Loin d'être à l'origine d'une réprobation, un épisode aigu de gonococcie est plutôt source de prestige. Un tel modèle sexuel encourage les immigrés à rejeter les contraintes qu'imposent leurs propres traditions culturelles sur les relations pré- ou extra-maritales.

Parmi les femmes, l'activité sexuelle est parfois mise à profit pour acquérir une stabilité et une indépendance économiques ; prostitution et concubinage tiennent une place socialement reconnue.

Hommes riches et éduqués ne sont pas moins exposés à la gonococcie. Leur position attire des femmes qui, en échange de services sexuels, espèrent bénéficier d'une sécurité économique. Ils ont les moyens de participer plus régulièrement aux activités de loisir les plus valorisées (consommation d'alcool, danse), qui s'exercent dans les sites écologiques privilégiés du gonocoque.

Tout un spectre d'unions sexuelles temporaires s'observent dans la ville, depuis la prostitution jusqu'au concubinage (ou mariage libre).

Trois catégories de prostituées peuvent être individualisées. Les unes (Haya) travaillent à domicile ; leurs clients sont surtout des immigrés venus du Centre et du Nord du pays, socialement "déclassés". D'autres, les plus nombreuses, fréquentent les bars, les dancings ; principalement Ganda, Toro, Ruanda, elles n'acceptent des relations qu'avec des hommes de leur propre ethnie, en échange de cadeaux. Les plus jolies, les mieux habillées, forment la catégorie "supérieure", avec une clientèle européenne, asiatique.

A l'autre extrémité du spectre, les relations amoureuses (elles peuvent être des mariages à l'essai) satisfont à la fois les hommes et les femmes, associées à moins de tension que le mariage ; des enfants peuvent être souhaités. La majorité des hommes préfèrent des compagnes à des épouses "stables". Dans une société en changement, *de nouveaux types de relations sont explorés*. A Kampala, le mariage est "en transition". Mais le renouvellement des partenaires favorise la diffusion de la gonococcie.

En pratique, de nombreux hommes sollicitent simultanément les différents types de relations : une épouse installée dans la ferme familiale, une concubine dans un village proche de la ville, une amie à l'intérieur de celle-ci, et occasionnellement une prostituée. Infectés, ils peuvent contaminer tout un réseau de partenaires, et celles-ci, à leur tour, pourront mettre en jeu d'autres hommes.

Parmi les patients MST de Kampala, des groupes immigrés apparaissent sur-représentés. Une enquête menée une dizaine d'années plus tard (Ongom 1976) confirme que ces groupes sont davantage exposés à une infection gonococcique. Elle concerne près d'un millier de sujets résidant à Kampala (près des 4/5 sont des femmes) soumis à un examen médical en vue du renouvellement de leur licence de commerce ; près des 3/4 sont Ganda ; la moitié ont 20-34 ans ; 43% sont serveuses de bar, restauratrices,

vendeuses de bière. Au total, 8,5% des femmes sont infectées par le gonocoque, dont 5% parmi les Ganda, 8% parmi les Toro ; les taux les plus élevés (18-23%) s'observent chez les femmes Acholi, Teso, Ruanda.

Une étude est effectuée en 1970 à Kasangati, agglomération située à 15 km de Kampala, peuplée uniquement de Baganda ; beaucoup d'hommes travaillent dans la ville (Ongom 1971). De retour le soir, ils s'arrêtent dans des bars où ils fréquentent des prostituées, souvent de façon régulière, et qu'ils considèrent comme des amies. Ces dernières seraient la "source" de l'infection pour 88% d'un échantillon d'hommes atteints d'urétrite, examinés au centre de santé de Kasangati.

Cette étude fait apparaître aussi des facteurs de risque pour lesquels, aux portes d'une grande ville, *la "tradition" l'emporte*. Diverses cérémonies coutumières, à l'occasion de mariages, de funérailles suscitent un grand rassemblement d'individus et donnent lieu à un "accompagnement" sexuel. Ainsi, les nombreux parents, amis venus participer aux funérailles d'un homme âgé sont logés pendant toute la durée de leur séjour dans des cases temporaires spécialement construites : elles sont le site de nombreuses transactions sexuelles (dont une initiation des jeunes filles).

Des cellules polygames ouvertes

Le district de Teso, au centre de l'Ouganda, retient l'attention des épidémiologistes en raison de la faible fécondité de la population et de l'incidence élevée de la gonococcie. Au début des années 1960 (Bennett 1964), celle-ci est à l'origine d'environ 10% des consultations dans les dispensaires. Or il s'agit d'une population essentiellement rurale, dont l'habitat est dispersé, où la dot est élevée et le mariage polygamique stable.

La maladie aurait été introduite peu de temps auparavant à partir du pays Baganda (région de Kampala) par des individus de passage de plus en plus nombreux : des travailleurs saisonniers venus sarcler les champs de coton, des prostituées (provenant d'autres régions) se rendant dans les petites villes à l'époque de la vente du coton, attendant leurs clients dans les bars.

Mais le gonocoque a trouvé sur place des conditions favorables à sa transmission.

En premier lieu, un contrôle social de la sexualité assez lâche. L'activité sexuelle prémaritale des femmes est tolérée, mais elle est brève en raison d'un mariage précoce. Celle des hommes est par contre prolongée : le coût élevé de la dot retarde l'âge au mariage. Mariés, les hommes ont une vie sexuelle extra-maritale active (notamment lors de la période de l'interdit post-partum). Les polygames âgés n'attendent guère une exclusivité sexuelle de la part de leurs plus jeunes épouses.

En second lieu, la fréquence des femmes veuves (les jeunes épouses précédentes ont vocation à le devenir) ou abandonnées par leur mari. En attendant le soutien d'un homme, *elles se déplacent de village en village* : elles fabriquent et vendent de la bière (surtout pendant la morte-saison agricole) ; elles peuvent devenir "des équivalents ruraux" des prostituées.

La conjonction de ces deux phénomènes associée à un encadrement médical rudimentaire permet au gonocoque de circuler activement au sein des collectivités villageoises, en particulier à l'intérieur des cellules polygames.

Au début des années 1970, dans le même district de Teso, la gonococcie et ses relations avec l'infécondité sont l'objet d'une enquête épidémiologique approfondie (Arya 1973) : 9 et 18% des hommes et des femmes adultes sont infectés ; dans un autre district rural ougandais (Ankole), où la population est normalement féconde, ces prévalences sont respectivement de 4 et 2%.

Du côté masculin (plus de 15 ans), la distribution de l'infection est curieuse : le taux croît avec l'âge ; les hommes célibataires sont les moins touchés (3%) ; divorcés ou veufs le sont autant que les sujets monogames, et beaucoup moins que les polygames (19%).

Chez les femmes, jusque 50 ans le niveau de l'infection diffère peu selon l'âge (vers 20%), sauf à 15-19 ans où il est plus élevé. Les femmes membres d'une cellule monogame sont les moins atteintes ; célibataires, veuves et divorcées le sont autant ou plus que celles mariées dans une cellule polygame.

Pour l'auteur, *la polygamie* est profondément impliquée dans l'épidémiologie de la gonococcie. Elle est favorisée par la forte valorisation sociale de la grande famille, le coût élevé de la dot, l'absence de nombreux jeunes hommes partis travailler (à 15-30 ans, il y a 6,6 hommes pour 10 femmes). Par le biais surtout de la variété de leurs partenaires sexuels (intra- et extra-conjugaux), les principaux acteurs du jeu épidémiologique sont les hommes polygames et leurs jeunes épouses.

Le modèle éco-épidémiologique rural dessiné par ces deux études met l'accent d'une part sur la cellule polygame, site social privilégié de la circulation du gonocoque, et d'autre part sur "l'ouverture" (sexuelle) vers l'extérieur d'une partie de ses membres, propice à l'apport du germe. Relevons toutefois que les prostituées et femmes itinérantes, directement mises en cause par la première étude, sont étrangement absentes dans la seconde. Les parcours sexuels des femmes stériles (23% de la population féminine) ne sont pas évoqués.

Le milieu scolaire exposé ?

Des enquêtes épidémiologiques signalent que le milieu scolaire pourrait être particulièrement exposé à un risque vénérien ; sans doute est-il aussi spécialement surveillé.

Une enquête faite à la Clinique MST du CHU de Zaria (Nigeria) concerne près de 3000 consultants, de 1977 à 1981 (Bello 1983) : 28% d'entre eux sont infectés par le gonocoque — 32% des hommes, 11% des femmes (dont 87% sont mariés, et s'occupent de leur ménage).

Les hommes constituent l'essentiel des consultants (86%) ; 29% de ces derniers sont des scolaires ou étudiants. Interrogés sur la "source" de leur infection, les individus (hommes et femmes réunis) mettent en cause en premier lieu la prostitution (40%), puis des partenaires occasionnels (34%) ou réguliers (25%). La majorité des seconds sont des collégiennes : elles constituent le principal foyer de gonococcie asymptomatique dans la ville.

Au milieu des années 1970, le Laboratoire central de biologie de Bamako analyse 550 prélèvements effectués sur des individus qui lui sont adressés par des médecins... et la Brigade des mœurs (Toure 1977) : 48% ont une infection génitale (gonococcique dans 84% des cas). Un tiers des sujets infectés sont des élèves ou étudiants — cette proportion reflète sans doute la façon dont l'échantillon est constitué. Parmi eux figurent des jeunes filles, interpellées par la police dans des bars où, selon l'auteur, elles mènent une vie de prostituée, à la recherche d'argent notamment pour financer leurs études.

Le centre médical scolaire de Man (Côte d'Ivoire) a en charge 2.100 collégiens et lycéens. Parmi eux, en 1986, 12,5% consultent pour une MST (70% du sexe masculin) ; la gonococcie prédomine (Dogore 1991). Pour 79% des hommes, l'infection serait due à une amie occasionnelle (la prostitution est rarement mentionnée) ; pour les femmes, amis occasionnels et permanents sont à peu près également impliqués.

Les indications, très succinctes, apportées par d'autres enquêtes à Dakar, à Sokoto, à Fort-Lamy, au Togo, à Lusaka confirment que la population scolaire n'est pas épargnée par les MST, mais elles ne clarifient pas la question d'une surinfection éventuelle. Une enquête pourrait être d'avantage éloquente (Meheus 1973). Un suivi médical de 413 étudiants de l'Université de Butaré (Rwanda) est assuré pendant 9 mois (en 1971-72) : 31% d'entre eux sont victimes d'au moins un épisode de blennorragie ; ils se seraient contaminés auprès de prostituées rencontrées dans des bars.

Des éléments d'une écologie de la gonococcie

Chacune des études présentées n'aborde sans doute que des aspects sélectifs du jeu éco-épidémiologique, et elle laisse subsister des incertitudes, suscite des interrogations. Quels enseignements peut-on en retenir sur l'écologie de la gonococcie, et au delà des MST ?

La plupart de ces études datent des années 1960 et 1970 ; elles portent des traces des connaissances et des conceptions de l'époque. Elles témoignent que des forces à même d'animer activement la circulation inter-humaine du gonocoque sont en oeuvre *il y a 20 à 30 ans* ; les sites sont souvent urbains (mais les études sont elles-mêmes surtout citadines), parfois aussi ruraux. Elles signalent, certes imparfaitement, que *les voies sociales* (situations mises à profit, itinéraires empruntés) de la diffusion du gonocoque *sont diverses*.

Toutes mettent au centre du jeu éco-épidémiologique une disponibilité sexuelle des individus qui présentent toutefois des formes variées.

Le rôle de réservoir d'infection reconnu à la prostitution, ou ce qui s'en rapproche, ne surprend pas (Barnes 1984, Felton 1979). Mais on peut s'interroger sur la pertinence du terme de prostitution pour certaines pratiques relevées dans les études.

De façon plus générale, la disponibilité sexuelle du côté féminin (milieu scolaire mis à part) semble répondre principalement à *l'absence (ou la rupture) d'attaches conjugales* — des femmes "libres" —, dans un contexte socio-économique qui voue celles-ci, mises en demeure d'assurer leur subsistance, à des activités professionnelles "à risque" et/ou à la recherche du soutien d'hommes — seuls ou non — par le biais de services sexuels.

Du côté masculin, *l'émigration* plus ou moins temporaire vers une ville ou un centre d'activité économique est placée au premier rang. Dans les sites d'accueil, à la "demande" sexuelle des jeunes célibataires s'ajoute celle des hommes mariés dissociés de leur conjointe. Sans doute ce "modèle" des hommes "seuls" n'est-il pertinent qu'associé à la présence de femmes vraisemblablement elles aussi seules.

La situation décrite à Kampala pourrait répondre en partie à un tel entrecroisement de "modèles". Dans cette ville, des risques épidémiologiques naissent aussi du *changement social*, et notamment de l'exploration de nouvelles formes d'union matrimoniale et sexuelle, où pourrait se dessiner une redéfinition au moins partielle des relations entre les hommes et les femmes.

Les exemples du district de Teso et de petites villes rurales du Kenya signalent par ailleurs qu'une contamination masculine *n'est pas exclusivement* associée à une concentration d'hommes seuls. Dans le premier cas, un "danger" épidémiologique nouveau — ou accru — pourrait s'être affirmé

notamment dans le sillage d'une action de développement agricole (culture du coton) qui, par divers relais, aurait favorisé l'apport du gonocoque.

Dans le jeu éco-épidémiologique, le milieu résidentiel tient apparemment une *place confuse*. Les métropoles étudiées offrent, chacune à sa façon, un "terrain" démographique et/ou social, économique, culturel, propice à la diffusion du gonocoque. Mais une telle situation "à risque" s'observe aussi dans des centres secondaires (Triangle au Zimbabwe, Kisumu et Kericho au Kenya). Les faits ou évolutions qui génèrent la ville, et les processus de changement que celle-ci anime, sont dans les deux cas porteurs de risques épidémiologiques, malgré une dimension "quantitative" très inégale du phénomène urbain. Un "terrain" favorable à la gonococcie se retrouve également dans des sites ruraux : autour de petites villes du Kenya, dans le district de Teso. L'urbanisation n'est pas en jeu. Si des comportements à risque rappellent la ville (ainsi des contacts avec des prostituées dans des débits de boissons), les voies sociales de la diffusion du gonocoque sont au moins en partie singulières.

Les procédures socio-épidémiologiques en oeuvre n'apparaissent *nulle part radicalement nouvelles*. En Ethiopie, en Ouganda, des pratiques traditionnelles, ou du moins anciennes, sont mobilisées. Au Kenya, au Zimbabwe, le drainage sélectif des hommes, au service de la politique économique coloniale, renvoie à un passé déjà éloigné. Cependant, partout ces procédures semblent être soutenues, exacerbées *par des modifications en cours* dans le jeu social et/ou dans les mentalités (relatives à la nuptialité, la sexualité).

Suggérées par les études consultées, de telles modifications pourraient éclairer l'essor de la gonococcie dans les années 1960, relevé par les experts de l'O.M.S. (O.M.S. 1986) pour l'ensemble de l'Afrique sud-saharienne. Un essor dont on sait toutefois qu'il *ne concerne guère l'Afrique occidentale*, où les prévalences de la gonococcie demeurent de nos jours modestes, même dans de grandes villes (Rémy 1992). Les modifications précédentes, et leurs déterminants, n'y sont pas en oeuvre ?

BIBLIOGRAPHIE

- Arya, O.P. ; Nsanzumuhire, H. ; Taber, S.R.
1973 Clinical, Cultural and Demographic Aspects of Gonorrhoea in a Rural Community in Uganda. *Bull. O.M.S.* 49 : 587-595.
- Barnes, R.C. ; Holmes, K.K.
1984 Epidemiology of Gonorrhoea. Current Perspectives. *Epidemiology Review* 6 : 1-30.

- Bello, C.S.S. ; Yelegba, O.Y. ; Dada, J.D.
1983 STD in Northern Nigeria. *British Jnl. Venereal Diseases* 59 (3) : 202-205.
- Bennett, F.J.
1964 Gonorrhoea Rural Pattern of Transmission. *East African Med. Jnl.* 41 (4).
1962 The Social Determinants of Gonorrhoea in an East African Town. *East African Med. Jnl.* 39 (6) : 332-342.
- Dogore, E. ; Trolet, C. ; Dogore, R. ; Rey, J.-L. ; Soro, B.
1991 Les MST au service de santé scolaire de Man, Côte d'Ivoire. *Public. Med. Africaines* 24 (111) : 31-34.
- Duncan, M. ; Thibaux, G. ; Pelzer, A. ; Reimann, K. ; Peutherer, J.F. ; Simmonds, P. ; Young, H. ; Jamil, H. ; Daroughar, S.
1990 First Coitus before Menarche and Risk of STD. *The Lancet* 8685 : 338-340.
- Felton, W.F.
1979 A Theory of the Epidemiology of Gonorrhoea. *British Jnl. Venereal Diseases* 55 (1) : 58-61.
- Holland, S.
1976 STD in Rhodesia. *Central Afr. Jnl. Med.* 22 (11) : 216-220.
- Latif, S.
1981 STD in Clinic Patients in Salisbury, Zimbabwe. *British Jnl. Venereal Diseases* 57 (3) : 181-183.
- Lourdes, J. ; D'Costa, M.D. ; Plummer, F.A. ; Bowmer, I. ; Fransen, L. ; Piot, P. ; Ronald, A.R. ; Nsanze, H.
1985 Prostitutes are a Major Reservoir of STD in Nairobi, Kenya. *STD* 12 (2) : 64-67.
- Meheus, A.
1973 Incidence et prévalence des maladies vénériennes dans des populations sélectionnées en région urbaine du Ruanda. *Ann. Soc. Belge Médec. Tropicale* 53 (2) : 179-185.
- O.M.S.
1986 Comité d'experts des maladies vénériennes et des treponematoses. *Série Rapports Techniques* 736, 152 p.

Ongom, C.L. ; Wamboka, J.N. ; Nakagwa, E. ; Yiga, A. ; Kamulegeya, J.K. ; Munafu, C.

1976 The Prevalence of Venereal Disease among Food and Liquor-Handlers in Public Places in Kampala, Uganda. *East Afr. Med. Jal.* 52 (1) : 389-397.

Ongom, V. ; Lwanga, V.N. ; Mugisha, J.K. ; Mafigiri, J.T.

1971 Social Background to Venereal Disease at Kasangaty. *East Afr. Med. Jal.* 48 (8) : 367-371.

Florde, D.S.

1981 STD in Ethiopia. Social Factors Contributing to their Spread and Implication for Developing Countries. *British Jal. Venereal Diseases* 57 : 357-362.

Rémy, G.

1992 Epidémiologie géographique de la gonococcie en Afrique sud-saharienne. *Médecine d'Afrique noire* 39 (4).

Toure, I.-M. ; Cisse, B. ; Keita, S.

1977 Contribution à l'étude épidémiologique des infections uro-génitales bactériennes à Bamako et banlieue. *Afrique médicale* 16 (151) : 381-384.

Verhagen, A.R. ; Gemert, W.

1972 Social and Epidemiological Determinants of Gonorrhoea in an East African Country. *British Jal. Venereal Diseases* 48 : 277-286.

SUMMARY

Among the studies of the epidemiology of gonorrhoea in Sub-Saharan Africa, some see a correlation between the level of exposure to infection and the demographic, socio-economic and cultural characteristics of the affected groups. These studies provide evidence that the conditions favorable to interhuman circulation of gonorrhoea have existed for 20 or 30 years in urban as well as rural areas. They point out that the social pathways (conditions exploited, routes followed) for gonococcal diffusion can be quite varied, even in nearby sites. All concur in identifying the central eco(socio)-epidemiological factor: sexual availability, present in varied forms depending on individual patterns.

RESUMEN

Entre los trabajos sobre epidemiología de la gonorrea en Africa sub-sahariana, algunos intentan asociar el grado de exposición a la infección a particularidades demográficas, socio-económicas, culturales de los grupos estudia-

dos. Ellos prueban que fuerzas capaces de animar activamente la circulación inter-humana del gonococo están presentes desde hace 20 a 30 años en sitios urbanos, pero también rurales. También muestran que las vías sociales de la difusión de la gonorrea pueden ser diversas, a veces en sitios cercanos. Todos ponen en el centro del juego eco(socio)-epidemiológico una disponibilidad sexual que presenta formas variadas según "modelos" individualizados.