

Sociétés africaines et péril vénérien

Témoignages du passé

II. Infécondité en Afrique Sud-Saharienne. *Une longue histoire, une écologie renouvelée, des géographies différentes.*

Gérard RÉMY*

Des situations d'infécondité observées il y a quelques décennies, toutes rurales, sont localisées surtout en Afrique Centrale. Certaines renvoient à un passé éloigné : la traite des captifs, puis le « choc » colonial désorganisent les conditions et modalités de l'accès des hommes aux femmes dans le domaine de la nuptialité et de la sexualité. D'autres se seraient développées sous l'effet de formes variées d'un pluripartenariat sexuel socialement toléré lors de diverses étapes des trajectoires conjugales des hommes et des femmes. De « nouvelles » situations d'infécondité – pas toujours récentes – sont observées dans des lieux caractérisés par une transformation de la vie économique et sociale. Largement disséminées dans l'espace africain, elles sont essentiellement, mais non exclusivement, urbaines. Elles traduisent une mise en question du mariage.

Dans une précédente analyse (Rémy 1993), nous sollicitons les témoignages de médecins sur les voies sociales de la diffusion de la gonococcie en Afrique sud-saharienne : situations mises à profit, itinéraires empruntés.

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

Présentés le plus souvent par des anthropologues, démographes, géographes, historiens, d'autres travaux complètent, prolongent les précédents. Ils renseignent sur les conditions et modalités sociales des relations — sexuelles — entre les hommes et les femmes qui, *médiatisées par les maladies vénériennes*, peuvent conduire à une infécondité.

Des situations démographiques préoccupantes, en raison de la rareté des enfants, sont signalées dès le début du XX^e siècle dans certaines régions africaines — ainsi, au Gabon (Georgelin 1920). L'ampleur de l'infécondité ne sera pleinement appréciée qu'à partir des années 1950, à la suite des premiers véritables recensements et d'une série d'études régionales ou locales.

Parmi les approches d'ensemble du phénomène proposées dans les années 1960 puis 1970 (Coale 1968, Page 1974, Adegbola 1977), celle de A. Retel (1974a) retient l'attention. L'infécondité concerne principalement *quatre pôles régionaux* : l'un est centré sur le Gabon et déborde sur les pays voisins ; un second se localise dans la cuvette congolaise ; le troisième inclut l'Est de la Centrafrique et les franges nord-est du Zaïre et Sud-ouest du Soudan ; le dernier, plus restreint, s'étend au Sud du lac Tchad. *Ces pôles partagent des traits communs* : ils se concentrent en Afrique Centrale ; ils sont essentiellement ruraux ; leurs limites sont associées à des discontinuités ethno-culturelles (Retel 1974a, Caldwell 1983, Romaniuk 1968). Par ailleurs de petits foyers soit se dispersent autour des précédents, soit se disséminent en Afrique de l'Est et de l'Ouest.

De façon générale, partout environ 5% des couples ne peuvent procréer, pour des raisons variées : anomalies congénitales, troubles endocriniens ou immunologiques. Mais d'autres facteurs peuvent intervenir et accroître cette proportion (Belsey 1976, Meheus 1986, Goeman 1991). Des pratiques, des difficultés obstétricales ou abortives peuvent provoquer des traumatismes de l'appareil génital, être à l'origine de complications infectieuses. Diverses affections peuvent interdire ou compromettre une grossesse : tuberculose génitale, schistosomiase uro-génitale, des filarioses, le paludisme. Lorsque l'infécondité est importante¹, *la place des MST apparaît toujours dominante* (O.M.S. 1975). Et parmi elles, en premier lieu, la gonococcie. Une de ses complications, l'inflammation pelvienne, est à l'origine (dans 20% des cas) d'une occlusion tubaire, bloquant le processus de fécondation ; le risque de stérilité croît avec la durée de l'infection (rôle du traitement médical) et sa répétition. La syphilis n'intervient pas directement

¹ Nous ne retenons pas les travaux qui font état d'une infécondité, sans en analyser les fondements sociaux, ni les quelques études qui rattachent l'infécondité à des situations spécifiques (ainsi dans des groupes nomades au centre du Soudan).

sur la fécondation : elle est à l'origine de grossesses improductives. Parmi les études consultées, certaines recherchent et établissent une influence des MST (Romaniuk 1967, Retel 1974b, 1979, Arya 1973), d'autres la suggèrent.

Dans les conditions africaines (exposition au risque de grossesse, absence de limitation volontaire des naissances), le seuil d'une hypofécondité est fixé généralement à 4,5 ou 5 enfants nés vivants.

Les études que nous sollicitons sont hétérogènes². Elles sont parfois anciennes, datant de trois ou quatre décennies, et elles illustrent une façon — inscrite dans son temps — de percevoir les situations observées. Elles sont inégalement instructives sur l'origine, la nature des phénomènes sociaux qui, par le biais de comportements sexuels « à risque », mènent à une infécondité.

Qu'en retenir, telles qu'elles sont ? Essentiellement que, au long du dernier siècle, *ces phénomènes se renouvellent et se manifestent dans des sites différenciés.*

Une infécondité rurale

Quelques études suggèrent que les situations d'infécondité observées seraient anciennes, apparues à la suite de la traite des captifs et/ou des pressions initialement exercées par le colonisateur. D'autres n'évoquent pas ou ne précisent pas les fondements socio-historiques de l'infécondité ; celle-ci serait associée à des attitudes, des pratiques au sein des collectivités qui ne semblent pas rompre avec les usages « traditionnels », ou se sont développées dans le sillage de ces derniers. Ces situations sont *toutes rurales.*

Des empreintes du passé

La traite des captifs « externe » ou — surtout — « interne » est encore active dans de nombreuses régions d'Afrique centrale à la fin du XIX^e siècle, et elle ne s'estompe qu'au début du XX^e siècle. Ses conséquences, directes ou indirectes, sur le devenir démographique des populations, sont analysées par Sautter (1966) dans l'espace Gabon-Congo, par Retel chez les Nzakara de l'Est de la Centrafrique, par Hurault (1983) à Banyo au Nord du Cameroun ; elles sont évoquées pour le Zaïre par Romaniuk (1967).

Par le biais de ponctions d'individus, cette traite suscite partout des déséquilibres démographiques, perturbe les échanges matrimoniaux et, par

² Cf. note 1.

des voies variées, elle altère nombre d'aspects de la vie économique et sociale. D'un côté les captifs s'accumulent. *La femme est surabondante*. Mariées ou concubines, les captives sont intégrées dans des unités polygamiques parfois très vastes ; leurs unions sont précaires ; elles peuvent être données, vendues, échangées. Les serviteurs, masculins ou féminins, sont voués à un célibat, qui n'exclut pas des rencontres sexuelles. De l'autre au contraire, *la femme est rare*. Le jeu matrimonial et les conduites sexuelles sont l'objet de tensions : difficultés pour les hommes de se marier, adultères, formes de prostitution.

Dans les deux cas, un « terrain » propice est offert à la circulation des germes vénériens. Des situations ou des évolutions sociales permettent à l'infécondité qui en résulte de se maintenir pendant toute la première moitié du XX^e siècle.

Dans le Lamidat de Banyo (Hurault 1983), la conquête coloniale met fin aux razzias dans les populations voisines non islamisées et à la vente des captifs, mais elle n'efface pas *le partage de la société* entre sujets libres (Foulbé) et non-libres (Machoubé). Encore au début des années 1950, parmi les seconds, la moitié des hommes de 30-49 ans sont célibataires ; les autres connaissent des unions instables. De nombreuses femmes non-libres sont les concubines d'hommes libres, d'autres sont servantes et partenaires occasionnelles privilégiées des hommes célibataires ; leur descendance finale est de 2,7 enfants ; 41% n'ont pas d'enfant vivant³.

Dans son analyse du sous-peuplement de l'espace Gabon-Congo, G. Sautter (1966) montre comment, au début du siècle, un « choc » colonial particulièrement rude prolonge l'infécondité antérieure (Bas-Gabon) ou suscite une infécondité (pays Fang, Likoula), principalement en raison d'un dérèglement des conditions et modalités *de l'accès des hommes aux femmes*.

Dans un espace régional très vaste et peu peuplé, les réquisitions d'individus par l'administration (portage, chantiers publics) sont particulièrement lourdes. Par ailleurs l'exploitation des ressources naturelles forestières (bois, caoutchouc) dans le cadre du système des « concessions », puis la multiplication des plantations (cacao) engagent deux processus : un important drainage de main d'œuvre rurale, une diffusion de la monnaie et des biens importés dans le contexte d'une monopolisation sociale des profits. Ceci est à l'origine d'un « *remue-ménage sociologique* » (Balandier 1963) qui, dans le domaine de la nuptialité et de la sexualité, se manifeste

³ Cette infécondité s'estompe à partir des années 1960. Le désenclavement de la région, la suppression des statuts d'esclave et de serviteur sont suivis d'une reprise de la fécondité : le célibat recule, le concubinage disparaît (Hurault 1983).

principalement sous trois formes complémentaires. Une accumulation de travailleurs masculins (et de femmes réquisitionnées pour faire la cuisine) dans les plantations, et aussi dans les agglomérations urbaines naissantes, encourage concubinages et prostitution. La dot « se métamorphose » ; étroitement impliquée dans l'économie de plantation, l'épouse devient un enjeu économique, l'objet d'une spéculation ; une montée vertigineuse du montant de la dot (et sa monétarisation) favorise une hyperpolygamie — au profit de ceux qui accumulent l'argent —, retarde l'âge au mariage des autres hommes, exacerbe l'instabilité conjugale, multiplie les enlèvements d'épouses. Enfin, des usages sociaux traditionnels sont « dévoyés » par l'argent : compensation d'adultère, « prêt » de femmes, hospitalité sexuelle, liberté sexuelle des jeunes filles.

Dans le district d'Oyem (Gabon), observé par un médecin dans les années 1950 (Esteve 1957), « les maladies vénériennes et en particulier la gonococcie foisonnent » ; les femmes ont peu d'enfants⁴.

Doté d'un potentiel naturel nettement moins attractif, le pays Nzakara serait moins concerné par le « choc » colonial (Retel 1974b,1979). Mais *les pratiques matrimoniales évoluent*, notamment sous l'effet de mesures administratives destinées à supprimer le contrôle des chefs sur les femmes, et aussi en raison même de l'infécondité venue du passé. Rare, l'enfant est convoité : mariages à l'essai, unions libres (très instables : beaucoup sont rompues avant un an) se multiplient, permettant à la femme de prouver sa fécondité, et à son lignage d'incorporer ses enfants. Effet principalement des MST la stérilité expose au divorce et condamne à des unions répétées, propices à la diffusion des germes. Les femmes demeurées dans la même union sont normalement fécondes ; la descendance finale est inversement proportionnelle au nombre d'unions (1,4 enfant par femme engagée dans au moins 4 unions). Les effectifs de la population Nzakara continuent à diminuer dans les années 1950 : 33% des femmes n'ont pas d'enfant.

Une forme exacerbée d'instabilité conjugale est observée dans l'archi-

⁴ L'économie cacaoyère familiale qui se développe à partir des années 1930 dans le pays Fang, au Nord du Gabon, redonne progressivement à la population un certain équilibre économique, social et démographique : au début des années 1950, la natalité semble se rétablir (Sautter 1966). Au moins certaines populations du Gabon demeurent par la suite sérieusement affectées : en 1980, dans l'ensemble du pays 32% des femmes de plus de 45 ans n'ont pas d'enfant vivant. Il s'agit du taux national africain de loin le plus élevé : il est de 20% au Congo, au Zaïre, inférieur à 10% dans les pays d'Afrique de l'Ouest et de l'Est (Frank 1983).

pel des Bijagos, en Guinée-Bissau (Henry 1984/85). Dans cette population insulaire, les hommes se consacraient jadis à la capture (puis la vente) d'individus sur le littoral. Une stricte organisation des hommes en classes d'âge contrôlait à la fois leurs activités (une classe était spécialisée dans la razzia de captifs) et leur accès aux femmes et à la paternité. Du côté féminin, une totale liberté sexuelle préconjugale (les enfants appartenant au clan maternel) était suivie d'un mariage tardif. L'arrêt de la traite des captifs, la colonisation portugaise désorganisent la société, son économie. Le système sociomatrimonial se « délabre ». Les femmes changent souvent de mari : « un tournoiement de femmes en quête d'une optimalisation de leur fertilité ». Sans limite pour les célibataires, la liberté sexuelle demeure grande pour les hommes et femmes mariées. L'effectif de la population se réduit tout au long du XX^e siècle.

Des formes ordinaires d'un pluripartenariat

Selon A. Retel, une infécondité d'origine précoloniale persiste dans la population Nzakara à travers un « cycle » stérilité-instabilité conjugale. Les femmes peuvent être contaminées avant leur première union durable : si la vie sexuelle des jeunes filles commence dès la puberté, le mariage n'intervient que vers 19-20 ans, précédé d'un ou plusieurs concubinages, parfois de brèves liaisons. Les germes vénériens peuvent aussi être introduits dans le couple par l'homme, infecté à la suite de relations sexuelles extra-conjugales notamment lors de la période d'abstinence post-partum.

Un cycle comparable serait en œuvre au Tchad dans la population Barma (Reyna 1975). Un âge au mariage tardif des hommes, en raison d'une dot élevée, la fréquence et la rapidité du divorce (l'âge moyen des femmes au premier divorce est de 19 ans), associés à une morale sexuelle permissive pour les hommes célibataires ou divorcés et pour les femmes divorcées créent un grand nombre de partenaires potentiels, susceptibles de devenir des agents actifs de la diffusion des MST. Fécondité et stabilité matrimoniale sont étroitement liés : peu de mariages fertiles se terminent par un divorce.

Chez les Peuls du Nord du Cameroun (David 1981), la stérilité est fréquente (35% des femmes), mais elle ne serait pas un motif reconnu de divorce. L'instabilité conjugale est importante (2,7 mariages par femme mariée) en raison de la fragilité du mariage — il n'est pas censé être durable. La dissémination des MST est favorisée aussi par la grande mobilité des familles Peuls. Les hommes bénéficient d'un large réseau d'amis, de relations, mis à profit notamment lors d'activités commerciales ; pendant leurs déplacements, ils ne sont pas tenus à une inactivité sexuelle. Leurs partenaires possibles sont des femmes divorcées ou veuves, ou des femmes mariées également en visite. Pour les premières, de telles relations permettent

de choisir un nouveau mari ; elles sont aussi une façon intérimaire d'être prises en charge : dans les villages, elles ne peuvent ni posséder de la terre, ni faire du commerce.

Dans la population Nyakyusa, près de Mbeya (Sud-ouest de la Tanzanie), la polygamie est très valorisée, la morale sexuelle est stricte — seules les relations en union seraient admises (De Jonge 1973). Le risque de veuvage est grand (important écart de l'âge au mariage des hommes et des femmes), le divorce est relativement fréquent (un quart des unions avant 5 ans), mais le remariage est très rapide. Dans l'ensemble, les femmes sont fécondes. Mais une partie d'entre elles le sont moins — les causes n'en sont pas évoquées par l'auteur. Elles se distinguent par leur mobilité conjugale (respectivement 7,4 et 3,8 enfants par femme de plus de 45 ans restée dans la même union ou ayant contracté plus de 4 unions) et leur appartenance aux cellules polygames les plus étendues. L'une et l'autre seraient des effets de la stérilité : celle-ci suscite, soit l'arrivée d'une seconde épouse, soit un divorce — la femme sera généralement accueillie dans une unité polygynique.

La polygamie tiendrait une toute autre place dans le district de Teso (Ouganda) — exemple déjà pris en compte dans notre précédent travail (Rémy 1993). Près du quart des femmes n'ont pas d'enfant (Arya 1973, Bennett 1964). La gonococcie se serait récemment développée : par le biais de l'afflux de travailleurs saisonniers, prostituées, l'essor de la culture du coton favorise l'apport de germes. Mais un terrain social propice lui est offert. La polygamie est fréquente. Les hommes mariés ont une vie sexuelle extra-conjugale active, notamment pendant l'abstinence post-partum. Les jeunes épouses de polygames âgés ne sont pas astreintes à une exclusivité sexuelle. En attendant un remariage, femmes veuves et divorcées peuvent subvenir à leurs besoins notamment en fabriquant et en vendant de la bière, proposée de village en village ; cette activité les expose à une « forme rurale » de la prostitution.

Le gonocoque se diffuse en particulier à l'intérieur des cellules polygyniques : leurs membres, hommes et femmes, sont parmi les sujets les plus infectés.

Une enquête nationale par sondage réalisée au Zaïre en 1955-57 (Romaniuk 1967) établit que dans la cuvette centrale et au Nord-est du pays, les femmes âgées ont en moyenne 2,5 à 3 enfants nés vivants. Non sans exceptions, l'infécondité tend à être plus importante dans les régions où les maladies vénériennes sont fréquentes. Celles-ci atteignent des proportions dangereuses à la faveur de « l'indiscipline des mœurs ». La cellule conjugale est fragile ; les unions sont très instables, et le remariage facile. Veuves et divorcées jouissent partout d'une certaine liberté sexuelle ; varié

selon les groupes, le comportement sexuel des jeunes filles serait un meilleur indicateur du risque d'infécondité.

La « légèreté » des mœurs est renforcée par des évolutions récentes : les unions consensuelles et le mariage à l'essai se développent ; les jeunes femmes tendent à refuser la polygynie ; la monétarisation de la dot retarde l'âge au mariage des hommes et elle les oblige à aller chercher de l'argent dans les villes, d'où dans les villages un déficit des hommes jeunes.

Ces derniers se rendent notamment à Kinshasa. Or cette ville est un « lieu de débauche » où se dissolvent les valeurs morales. Elle est peuplée d'hommes seuls (célibataires ou venus sans leur famille), rejoints par des femmes « libres » dont l'unique ressource tient aux services sexuels offerts aux hommes. Développées d'abord dans les villes, les MST se sont diffusées dans les campagnes⁵.

Dans les situations précédentes — sauf apparemment dans la région de Mbeya —, le péril vénérien source d'infécondité surgit de formes ordinaires, variées, d'un pluripartenariat sexuel. Le célibat, l'interdit post-partum, les déplacements sont autant de périodes, de circonstances pendant lesquelles les hommes sont socialement à même de se prêter à des rencontres sexuelles hors union. Les partenaires de ces hommes sont rarement mariées : des femmes en visite (Peuls), les jeunes épouses de polygames âgés (Teso) ; en pays Nzakara, au Zaïre, elles peuvent être célibataires. Mais leurs partenaires privilégiées sont des femmes *entre deux unions*, veuves ou divorcées, notamment pour cause de stérilité ; en attendant d'entrer dans une nouvelle union, elles bénéficient également d'une plus ou moins grande tolérance sexuelle. Les risques vénériens renvoient à la façon dont les cellules conjugales se forment, fonctionnent, se défont et, au-delà, au tissu de conceptions et valeurs qui entourent la sexualité, la nuptialité et, à leur entrecroisement, la reproduction.

Différemment selon les régions, des évolutions contemporaines, où l'argent — nécessaire (impôt), convoité (dot) — tient apparemment une grande place, semblent *élargir les opportunités* offertes à l'apport, à la circulation des germes vénériens : l'âge au mariage masculin recule, les hommes se déplacent davantage ; des pratiques matrimoniales sont délaissées. Sauf en pays Nzakara, la profondeur historique des situations d'infécondité n'est pas étudiée. Les évolutions précédentes peuvent prolonger, renforcer le péril

⁵ Dans la cuvette centrale du Zaïre les jeunes femmes redeviennent fécondes à partir de la fin des années 1960 (Tabutin 1982). Une telle évolution serait due à un meilleur encadrement médical (dont l'implantation de maternités) et à l'efficacité des traitements antibiotiques proposés lors de campagnes de masse (Caldwell 1983).

vénérien, ou bien le créer : par un apport accru de germes (il pourrait en être ainsi à Teso), des comportements à risque plus fréquents.

Ces situations sans passé connu partagent avec celles nées dans un passé éloigné une propriété commune : l'archipel des Bijagos mis à part, *elles se concentrent en Afrique Centrale*, du Gabon à la zone des Grands Lacs.

Ni la « permissivité » sexuelle, ni les maladies vénériennes ne sont propres aux populations peu fécondes de cette partie du continent. Un démographe (Caldwell 1983) observe que celle-ci est la dernière entrée en contact avec le monde extérieur — et ses germes vénériens : les populations conserveraient à l'égard de ces germes une plus grande susceptibilité.

Selon un historien (Voas 1981) un autre processus pourrait être en jeu où la question de l'apport de germes vénériens compte moins que celle des conditions de leur diffusion. Dans toute collectivité, un certain niveau d'infection vénérienne s'associe à une circulation « normale » des femmes entre les hommes. Le premier peut s'élever à la suite *d'une crise sociale* qui intensifie la seconde. En l'absence d'une lutte efficace, un réservoir de germes devenu plus important peut ensuite permettre à l'endémie de se maintenir durablement à un plus haut niveau. Une telle crise se serait développée à la suite des contraintes exercées sur les sociétés en particulier au début de la période coloniale. Les mouvements de femmes sont devenus plus fréquents, plus rapides, plus étendus et le nombre des individus exposés à une infection s'est accru. Ces contraintes ne sont pas propres à l'Afrique Centrale — où toutefois le système des « concessions » a des effets rigoureux. Selon D. Voas, diversement selon les populations (mode d'organisation), les régions (potentiel naturel), elles y sont *d'autant plus agissantes* qu'elles concernent des populations à peine libérées de la traite des captifs, plus tardive qu'ailleurs.

De nouveaux sites d'infécondité

Les deux groupes de situations d'infécondité précédentes partagent une autre propriété : elles sont toutes rurales. La plupart sont observées dans les années 1950-60, avant que ne s'engage l'explosion urbaine africaine ; dans les villes, les femmes demeurent à l'époque peu nombreuses, instables. Une dernière série d'études décrivent toutefois d'autres situations d'infécondité qui mettent en jeu, diversement, des centres urbains et une aire rurale qui s'est ouverte à une économie de plantation. *Dans ces lieux de vie transformés* s'expriment bien davantage des modifications dans les conduites sociales, des changements dans les mentalités.

Les situations décrites ne sont pas toujours récentes. Elles sont disséminées dans l'espace africain.

Dans la région de Pangani, sur le littoral tanzanien, la moitié des unions conjugales durent moins de 5 ans, mais la stérilité ne serait pas un motif de rupture. Constamment mariée, la femme est normalement féconde ; elle l'est beaucoup moins lorsque ses unions sont brèves ; les maladies vénériennes seraient peu impliquées (Roberts 1959).

Dans cette région, parsemée de périmètres agro-industriels (sisal), il y a peu d'enfants et la population ne se maintient que grâce à l'apport migratoire. Des déséquilibres démographiques (excédent masculin parmi des immigrants, féminin dans la population autochtone) en seraient en partie responsables, mais aussi une faible fécondité d'une fraction des femmes (surtout autochtones) qui pourrait être due notamment à une exposition réduite à un risque de grossesse. Dans 4 des 5 sites étudiés, près de 40% des femmes de plus de 20 ans *ne sont pas en union* (13% dans un autre village, plus « traditionnel »). Phénomène récent (l'enquête se situe à la fin des années 1950), des femmes refusent la polygynie — motif important de divorce —, l'héritage de veuves ; elles s'empressent de rompre les unions qui leur sont imposées (premier mariage). Elles n'apprécient plus la place qui leur est faite dans la cellule conjugale, et que la diffusion du « modèle » islamique du mariage tend encore à réduire : à l'autorité du mari, la rupture avec leur propre famille, leur dépendance économique s'ajoutent des obligations agricoles (cultures vivrières) d'autant plus lourdes que le mari va travailler ailleurs pour son seul profit. Divorcées, elles peuvent devenir des femmes « libres » tentées de rejoindre les agglomérations urbaines ou les périmètres agro-industriels et de s'engager dans des unions sexuelles temporaires — rémunérées. Un tel comportement est d'autant mieux adopté que la tradition prépare la femme à des relations « rituelles » avec d'autres hommes que le mari. La plupart de telles « prostituées » sont stériles.

Ce phénomène de *la prostitution* revêt une ampleur exceptionnelle dans une île au large du littoral kenyan (Bujra 1965). Spécialisée dans le commerce des captifs, et organisée autour de celui-ci, la population s'est trouvée au début du XX^e siècle privée de revenus, que l'île ne peut guère lui apporter. Les hommes sont conduits à partir en grand nombre travailler sur le continent. Ils sont bientôt suivis par les femmes qui, ne cultivant pas la terre, sont démunies de ressources. Après un premier mariage, souvent très bref, devenu un simple rite de passage, elles se rendent à Mombassa (près du tiers des femmes d'un village y résident en 1965), où presque toutes s'adonnent à la prostitution ; beaucoup reviennent plus tard, stériles.

La population Yoruba, au Nigéria, est féconde (Caldwell 1983). Mais, surtout dans les villes (spécialement à Ibadan), une fécondité « ré-

duite » émerge, affectant un quart des femmes. En raison de la fréquence des grossesses et de la longue période d'abstinence post-partum (plus de deux ans), chaque femme n'est sexuellement active que pendant le tiers de sa vie féconde ; les relations sexuelles extra-conjugales des hommes sont tolérées. Dans la ville, où la polygamie régresse, *une nouvelle opportunité s'offre* ou s'ouvre davantage à ces derniers, le recours à des femmes « libres » ou prostituées, devenues nombreuses ; il accroît le risque vénérien.

Le niveau d'instruction de la femme influe sur sa situation dans le ménage, la nature de ses relations avec le mari, la durée de l'abstinence sexuelle, le recours à la médecine. De façon paradoxale, la fécondité diminue chez les femmes citadines les moins instruites : elles respectent davantage les interdits sexuels, ce qui réduit la période d'exposition à un risque de grossesse, et par ailleurs accroît pour le mari le risque d'une infection vénérienne, qu'il transmettra à son épouse.

Une étude épidémiologique compare certains aspects du comportement sexuel de deux groupes de femmes de Nairobi : les unes se présentent dans une clinique pour infertilité (d'origine tubaire), les autres — appariées selon l'âge et la durée du mariage — sont normalement fécondes (Okumu 1990). Les premières se distinguent des secondes principalement par des rapports sexuels plus précoces, et de plus nombreux partenaires, en particulier *avant le mariage* ; pour respectivement les 4/5 et le 1/4 d'entre elles, l'homme responsable de la première grossesse n'est pas le mari actuel. Les deux tiers des femmes stériles n'ont pas été scolarisées au-delà du niveau primaire ; inversement 70% des femmes fécondes ont atteint au moins le niveau secondaire. La femme peu scolarisée est davantage « à risque ».

A Abidjan, les voies sociales d'une fécondité réduite sont inversement médiatisées par le niveau de l'instruction féminine (Antoine 1988). La descendance finale des femmes est de 3,6 et 7,4 enfants lorsqu'elles vivent respectivement dans un habitat « résidentiel », réservé aux classes sociales élevées ou dans un habitat « spontané », populaire. La scolarisation féminine (surtout à partir du niveau secondaire) exercerait une influence déterminante — les maladies vénériennes ne sont pas évoquées.

Des éléments observés dans tous les types d'habitat signalent *une évolution de la famille et du mariage* : 10-15% des chefs de famille sont des femmes ; 12% des femmes mariées ne résident pas avec leur conjoint ; les hommes se marient tard (28 ans) attendant de réunir les conditions nécessaires pour fonder une famille. Les groupes fixés dans un habitat « résidentiel » présentent d'importantes spécificités, montrant que cette évolution y est plus avancée : l'âge au mariage des femmes est élevé (24 ans), la polygamie est rare, plus de la moitié des femmes de 20-24 ans ne vivent pas en union.

L'évolution des comportements féminins face à la nuptialité serait le signe d'une profonde remise en cause *des rapports avec les hommes*. Les femmes estiment mieux sauvegarder une certaine indépendance dans un rapport de « maîtresse » — par ailleurs gage d'une aide matérielle — que dans le cadre d'une union légale ou coutumière.

A l'initiative de l'O.M.S., des données sur l'infécondité des couples sont recueillies au début des années 1980 dans 33 centres médicaux épars dans le monde, dont 4 Africains : à Ibadan, Lusaka, Nairobi, Yaoundé (Cates 1985). Ces enquêtes urbaines font apparaître un « modèle » africain de l'infécondité qui se caractérise chez la femme par une infertilité secondaire prédominante, et une large prépondérance (85%) des causes infectieuses de la stérilité (deux fois moins fréquentes ailleurs). Autre spécificité africaine évoquée, qui s'inscrit déjà dans les déterminants sociaux de l'infécondité : un écart d'âge plus important entre les conjoints. Elle attire l'attention sur *la longue durée du célibat masculin*.

Ces diverses études sont très hétérogènes. Des phénomènes sociaux déjà précédemment impliqués sont à nouveau évoqués, notamment le célibat prolongé des hommes. Mais l'infécondité observée résulterait en premier lieu, plus ou moins directement, d'une *mobilité sexuelle pré- ou post-conjugale* dans une fraction au moins de la population féminine, pouvant aller jusqu'à une forme de prostitution⁶. A Ibadan, Nairobi, les raisons de cette mobilité ne sont pas précisées. La « spécialisation » professionnelle des femmes émigrées à Mombassa serait un moyen « informel » de *s'assurer des revenus* en détournant une partie des biens ou de l'argent détenus par les hommes. A Pangani et à Abidjan, cette mobilité serait aussi nourrie par une évolution *de l'attitude des femmes face au mariage* qui les conduit à retarder une première ou une nouvelle union⁷. Les formes variées de la médiation exercée par le niveau d'éducation des femmes retiennent l'attention.

Ces déterminations sociales de l'infécondité rappellent certains des « modèles » que nous discernons dans les études consacrées aux facteurs sociaux de la gonococcie (Rémy 1993) : la présence de femmes « seules » et/ou d'hommes « disponibles », de nouvelles formes d'union. Dans certaines des situations étudiées, les unes et les autres sont observés déjà dans les années 1950. *Sont-ils actifs depuis longtemps ?* Dans les deux groupes d'études, les sites concernés sont le plus souvent mais pas exclusivement

⁶ La plupart des études n'éclairent pas ou peu les facteurs, situations qui portent des hommes à être les partenaires de ces femmes.

⁷ Par le biais d'une plus faible exposition à un risque de grossesse — évoquée à Pangani —, cette évolution fait aussi surgir un nouveau déterminant de l'infécondité, où le péril vénérien n'est pas en jeu.

urbains. Une de leurs propriétés communes nous semble présenter un intérêt épidémiologique majeur : le recours d'une partie au moins de la population à des activités à but monétaire ou salariées.

Dès le début du XX^e siècle, le colonisateur a multiplié de tels pôles d'activités drainant de façon privilégiée une main d'œuvre masculine : villes naissantes, sites miniers, périmètres agro-industriels, zones de plantations. Attirant par ailleurs des femmes « libres », ils sont devenus rapidement des sites écologiques propices aux maladies vénériennes. Surtout en Afrique orientale et méridionale, au Zaïre, dans de tels lieux de travail, le colonisateur s'est longtemps efforcé, avec plus ou moins de succès, de contrôler, de limiter la présence de femmes. Des situations d'infécondité s'affirment, deviennent visibles lorsque ces lieux sont aussi (à Pangani) ou deviennent *des lieux de vie* : des hommes s'enracinent, des femmes s'installent durablement, des foyers se forment. Ceci attire l'attention sur un processus, sans doute déjà engagé auparavant, mais qui s'est développé surtout à partir des années 1950-60 : *la montée de l'exode rural féminin*. Dans ces nouveaux flux migratoires, une grande place est tenue par des femmes seules, souhaitant notamment échapper aux conditions villageoises de la formation et du fonctionnement de la cellule conjugale.

Dans les lieux d'accueil, la monétarisation de la vie économique et ses accompagnements ou prolongements sociaux, et le monopole détenu par les hommes dans l'accès aux revenus monétaires suscitent, du côté féminin, *des formes nouvelles ou aggravées de dépendance* économique et sociale. Celles-ci conduisent des femmes célibataires, veuves, divorcées, pour survivre, à mettre à profit au moins temporairement, selon des modalités diverses, la disponibilité sexuelle qui leur est reconnue. D'autres mobilisent cette dernière pour contester leur dépendance, notamment telle qu'elle s'exprime à l'intérieur de la cellule conjugale : elles souhaitent demeurer libres d'attaches conjugales ou que celles-ci soient redéfinies — à propos d'Abidjan, un sociologue évoque une « guerre des sexes » (Vidal 1977).

La crise sociale dont ces deux voies du péril vénérien pourraient être une expression *met en question le mariage*. Celui-ci se trouverait à la croisée des tensions que génèrent au sein des collectivités, spécialement dans les relations entre les hommes et les femmes, les changements économiques et sociaux engagés par l'histoire contemporaine.

BIBLIOGRAPHIE

- Adegbola, O.
1977 New Estimates of Fertility and Child Mortality in Africa South of Sahara. *Population studies* 31 (3) : 469-486.
- Antoine, P.
1988 Comportements démographiques et urbanisation à Abidjan. *Espace, Popul., Sociétés* 2 : 227-243.
- Arya, O.P. ; Nzanzumuhire, 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.
- Balandier, G.
1963 *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*. P.U.F., Paris
- Belsey, M.A.
1976 The Epidemiology of Infertility. A Review with Particular Reference to Sub-saharan Africa. *Bull. O.M.S.* 54 (3) : 319-341.
- Bennett, F.J.
1964 Gonorrhoea. A Rural Pattern of Transmission. *East Afr. Medical J.* 41 (4).
- Bujra, S.M.
1965 Production, Property, Prostitution. Sexual Politics in Atu. *Cah. d'études africaines* 17 (65) : 13-39.
- Caldwell, J.C. ; Caldwell, P.
1983 Ampleur et causes de la sous-fécondité en Afrique tropicale. Données démographiques. *Rapp. Trim. Statist. Sanitaires Mond.* 36 (1) : 2-34.
- Cates, W. ; Farley, T.M. ; Rowe, P.J.
1985 Worldwide Patterns of Infertility. Is Africa Different? *The Lancet* 8455 : 596-598.
- Coale, A.J.
1968 Estimations de la fécondité et de la mortalité en Afrique tropicale. In : J.C. Caldwell et al. (éds.), *La population de l'Afrique tropicale* : 307-311. New York, The Population Council.
- David, N. ; Voas, D.
1981 Societal Causes of Infertility and Population Decline among the Settled Fulani of North Cameroon. *Man* 4 : 644-664

De Jonge, K.

1973 Etat matrimonial, mobilité conjugale et fécondité chez les Nyakusa. Une étude socio-démographique dans une région rurale de Tanzanie. *Cah. d'études africaines* 52 : 711-721.

Esteve, H.

1957 Enquête démographique comparative en pays Fang, district d'Oyem (Gabon). *Médecine tropicale* 17(1) : 85-103.

Evin, A.

1990 Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun. *Cahiers de l'IFORD* 1, 281 p.

Frank, O.

1983 Infertility in Sub-saharan Africa : Estimates and Implications. *Popu. and Dev. Review* (9) : 137-144.

Georgelin Dr.

1920 Notes médicales sur le Gabon. Les facteurs de dépopulation. *Ann. Méd. Pharm. coloniales* 18-19 : 58-64.

Goeman, J. ; Meheus, A. ; Piot, P.

1991 L'épidémiologie des MST dans les pays en développement à l'ère du SIDA. *Ann. soc. belge Méd. trop.* 71 (2) : 81-113.

Henry, C.

1984-85 Hommes seuls et femmes volages. Note sur le mariage chez les Bijogo de Caravela (Guinée-Bissau). *Psychopatho. afric.* 20 (2) : 81-113.

Hurault, J.

1983 Fécondité et mortalité dans l'agglomération urbaine de Banyo (Cameroun). L'incidence des maladies vénériennes. *Cah. ORSTOM, série Sc. humaines* 3 : 247-267.

Okumu, C.V. ; Kamau, R.K. ; Rogo, K.O.

1990 Past Reproductive and Sexual Characteristics of Women with Tubal Infertility at Kenyatta National Hospital. *East Afr. Med. J.* 12 : 864-872.

Meheus, A. ; Reniers, J. ; Colletet, M.

1986 Determinants of Infertility in Africa. *African J. of STD* 2 : 31-35.

O.M.S.

1975 Epidémiologie de la stérilité. *Série Rapports Techniques* 582.

Page, H.J. ; Coale, A.J.

- 1974 Fécondité et mortalité infantile au Sud du Sahara. In : S.H. Ominde et al., *L'accroissement de la population et l'avenir économique de l'Afrique* : 95-122. The Population Council, New York.

Rémy, G.

- 1993 Sociétés africaines et péril vénérien : I. Voies sociales de la diffusion de la gonococcie. *Ecologie Humaine* XI (2).

Retel-Laurentin, A.

- 1974a *Infécondité en Afrique noire. Maladies et conséquences sociales*. Ed. Masson, Paris, 188 p.
 1974b *Infécondité et maladies. Les Nzakara (Centrafrique)*. Doc.ronéo. INSEE, Paris.
 1979 *Un pays à la dérive*. Ed. Delarge, Paris, 278 p.

Reyna, S.P.

- 1975 Age Differential, Marital Instability and Venereal Disease. Factors Affecting Fertility among the Northwest Barma. In : M.Nag. et al. (éds.), *Population and Social Organization* : 55-73. The Hague, Mouton.

Roberts, D.F. ; Tanner, R.E.S.

- 1959 A Demographic Study in an Area of Low Fertility in North-East Tanganyika. *Population Studies* 1 : 61-80.

Romaniuk, A.

- 1967 *La fécondité des populations congolaises*. Ed.Mouton, Paris, 348 p.
 1968 L'infécondité en Afrique tropicale. In : J.C. Caldwell et al. (éds.), *La population de l'Afrique tropicale* : 286-300. The Population Council, New York.

Sautter, G.

- 1966 *De l'Atlantique au fleuve Congo. Une géographie du sous-peuplement*. Ed.Mouton, Paris.

Tabutin, D.

- 1982 Evolution régionale de la fécondité dans l'Ouest du Zaïre. *Population* 1 : 29-50.

Vidal, C.

- 1977 Guerre des sexes à Abidjan. Masculin, féminin, CFA. *Cah. d'Etudes africaines* 65 : 121-153.

Voas, D.

1981 Subfertility and Disruption in the Congo Basin. *In : African Historical Demography*, vol. 2 : 777-802. Centre d'études Africaines, Univ. Edinburgh.

SUMMARY

Subfertility has been observed over the last several decades, particularly in rural Central Africa. In part, the phenomenon has its roots in the remote past: the slave trade, followed by the colonial impact, disrupted the conditions and patterns of male access to women, in the areas of sexuality and marriage. The phenomenon has also developed in response to various forms of pluripartnership, socially tolerated at certain stages of the conjugal course. Some « new » cases of subfertility — perhaps not so recent — have been observed in areas undergoing economic and social transformation. Widespread in Africa, the latter cases are mainly, though not exclusively, encountered in urban zones. Subfertility has many implications for marriage institutions.

RESUMEN

Situaciones de infecundidad observadas hace algunas décadas, todas rurales, se localizan sobre todo en África Central. Algunas tienen su origen en un pasado lejano: la trata de esclavos, luego el « impacto » colonial, desorganizan las condiciones y modalidades de acceso a las mujeres por parte de los hombres en los ámbitos de la nupcialidad y de la sexualidad. Otras se habrían desarrollado bajo el efecto de diversas formas de un pluripartenariado sexual socialmente tolerado a lo largo de las diversas etapas de la trayectoria conyugal de hombres y mujeres. « Nuevas » situaciones de infecundidad — no siempre recientes — se observan en lugares caracterizados por una transformación de la vida económica y social. Ampliamente difundidas en el espacio africano, son esencialmente, pero no de manera exclusiva, urbanas. Traducen un cuestionamiento del matrimonio.