

Nom : KOUA OBA jovial

Démographe /Géographe

INS /Congo /Membre de l'UEPA /Membre de l'UERPOD

Thème : Transition de la fécondité

Sous thème : Infécondité et stérilité secondaire : Cas du Congo Brazzaville, RCA, et le Gabon
---

### **Description du titre étudié.**

La définition des concepts, de stérilité, d'infécondité, Présente certaines différences qui reflètent des orientations et des intérêts professionnels. En conséquence, il existe des définitions sociologiques, médicales et démographiques qui, si elles ne s'excluent pas mutuellement, n'ont pas nécessairement le même sens. Pour mieux élaborer les définitions pratiques uniformes et généralement acceptables, il convient de tenir compte de la structure sociale et de l'environnement. Dans le contexte africain, où il existe une grande diversité de normes sociales et de comportements, il importe particulièrement de tenir compte des préalables suivants: dans une large mesure, les sociétés en question n'ont pas recours à la contraception moderne; l'âge au mariage coïncide généralement avec l'âge nubile; pour faciliter les mesures et les comptages, on préférera la définition démographique de la naissance vivante à la définition médicale qui fait intervenir la viabilité du fœtus. Sur la base de ces considérations, les différents concepts peuvent être définis comme suit:

**Infécondité :** Dans le cadre de cette étude, l'infécondité secondaire mesure la proportion de femmes qui n'ont pas eu de naissance vivante subséquente au cours d'un intervalle de temps donné ou éprouvent des difficultés de mener à bien une grossesse jusqu'à la naissance vivante. On présuppose ici que les individus inféconds pourraient être fertiles et biologiquement capables de procréer. Cependant, la notion d'infécondité tient à l'absence de toute naissance vivante.

**Stérilité :** Caractère, état de ce qui est stérile, donc infécond. Dans le cadre de cette communication on distingue deux types de stérilité : la stérilité secondaire ou partielle directe (Lorsque la stérilité apparaît après la naissance d'un enfant ne vivant.) qui fera l'objet de cette étude et la stérilité secondaire post-abortive (l'impossibilité de concevoir a été précédé de l'impossibilité de mener une grossesse à terme.

## **Résumé :**

La présente communication aborde la question de l'infécondité et de la stérilité secondaire dans trois pays d'Afrique centrale partageant des frontières géographiques communes, dont les groupes à faible fécondité se rencontrent surtout au contact des grandes voies de communication (bassin du Congo, routes de la traite), cette zone qui s'étend du Gabon en passant par le Congo, et la République Centrafricaine, est considérée comme inféconde du fait du poids démographique de chaque pays. Si l'on évoque une infécondité et une stérilité totale liée à l'environnement limité par des frontières ethniques, l'infécondité et la stérilité secondaire n'apparaissent qu'après une naissance vivante ou lorsque les grossesses n'arrivent pas à terme, soit à cause des avortements (au Congo 11%, en RCA ; au Gabon) illégaux, soit à cause des méthodes contraceptives traditionnelles souvent utilisées, dont les effets stérilisants et abortifs sont à l'origine de l'infécondité. La recrudescence de ces pratiques néfastes, justifie l'urgence de cette étude dans ces pays. Elle a pour objectif d'améliorer le niveau de connaissances des indicateurs sur l'infécondité et la stérilité secondaire et ces déterminants. Les discussions qui seront menées tenteront de répondre à la question de savoir : Si les activités des services de planification familiale doivent continuer à ne traiter que de la réduction des naissances ou s'ils doivent s'ouvrir aux problèmes d'infécondité et de stérilité qui existent dans ces trois pays. Actuellement, l'attention se porte sur les maladies vénériennes, syphilis et blennorragie, dans cette partie d'Afrique, mais les méthodes de diagnostic ne sont ni harmonisées, ni contrôlées. En conséquence, il sera question ici d'examiner les corrélations qui pourraient exister avec d'autres affections.

## **Le cadre théorique**

### **Revue de la littérature**

L'Afrique est le continent où l'accroissement démographique est le plus élevé de la planète, du fait de sa forte fécondité. On y observe également, particulièrement en Afrique centrale, des proportions relativement importantes de femmes sans ou avec un enfant. Pourtant la majorité d'entre-elles se marient tôt et souhaitent avoir une progéniture nombreuse (**Sala Diakanda, 1988**).

## Données géographiques

Les quelques informations disponibles concernant la répartition géographique de l'infécondité et la stérilité en Afrique portent essentiellement sur des sortes de poches (grandes et petites) situées dans les pays francophones, du Soudan, jusqu'en Ouganda. Toutefois, certaines données récentes portent également sur plusieurs pays anglophones d'Afrique. Ajoutons que bien qu'on se soit préoccupé surtout des femmes, il semble que l'infécondité et la stérilité masculine soient également importantes. CRDI, 1977. 31 p. Dans les pays d'Afrique centrale, des proportions relativement importantes de femmes sans enfants. Pourtant la majorité d'entre-elles se marient tôt et souhaitent avoir une progéniture nombreuse, la stérilité et l'infécondité constituent des phénomènes pathologiques car, d'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares et, en particulier dans ces pays, où la population reste encore très pro nataliste : Préférences en matière de fécondité. Par conséquent, la parité zéro des femmes actuellement en union et âgées de 35-49 ans (âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable) permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire. Au Congo, 3 % des femmes de 35-49 ans en union n'ont jamais eu d'enfant et peuvent être considérées comme stériles. D'après les enquêtes similaires : 4 % au Cameroun en 2004, et 5 % au Gabon en 2000.

Au Gabon, la démographie a longtemps été un sujet politiquement sensible à cause de la faible taille de sa population (444 264 habitants en 1960-61 et 1 014 976 en 1993) et de son accroissement naturel jugé aussi bas (0,5 % en 1960-61) Rapport EDS 2000. Depuis les années 60. Le premier recensement, comportant des questions sur la fécondité, a eu lieu en 1993 (**Bétoué et Bengobsame, 1997**). Lors de l'enquête démographique et de santé réalisée en 2000, des données intéressantes sur la fécondité ont été recueillies. Ces différentes sources de données ont révélé une baisse notable de l'infécondité qui demeure cependant encore assez élevée dans le pays (32% de femmes sans enfants à 50 ans en 1960 ; 20% en 1993 et 7% 2000). On observe par ailleurs le phénomène des unions consensuelles avec ou sans co-résidence («ami » ou «deuxième bureau »). Ces pratiques favorisent, en effet, la diffusion des maladies sexuellement transmissibles qui, non soignées, provoquent la stérilité secondaire. Par ailleurs, l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) apparaît comme un des principaux

facteurs de la stérilité secondaire au Gabon. Plus que les MST, les avortements clandestins contribuent au maintien voire à l'accroissement des taux de stérilité au Gabon. Cette situation que nous venons de décrire pour le Gabon paraît identique à celle observée au Congo (EDSC 2005). En RCA, la première enquête de 1958 a montré que les femmes de 45 ans et plus n'avaient eu que deux enfants en moyenne, et que 40% d'entre elles n'avaient jamais donné naissance à un enfant vivant et que 35% des grossesses n'arrivaient pas à terme, entraînant fréquemment une stérilité ultérieure. Près de trois quarts des femmes souffraient d'infections gynécologiques. Et bien que les femmes parlaient facilement de leurs maladies et de leurs avortements, le problème était de savoir si, ces infections étaient la conséquence d'avortements provoqués, ou si elles étaient les symptômes d'une maladie. En 1966, après de longues recherches méthodologiques, une troisième enquête utilisant la notion de cohortes permit enfin de démontrer statistiquement que les maladies vénériennes étaient bien la cause principale des de l'infécondité et de la stérilité. Les infections génitales étaient en corrélation à la fois avec la syphilis (qui atteint 50% des femmes adultes) et avec les avortements stérilisants.

### **Données et Méthodologie**

Les données utilisées dans cette étude sont celles de l'EDS de 2005 du Congo ; EDS de 2000 du Gabon et l'EDS et de la RCA enquête MICS-2006. Ces sources contiennent les informations pertinentes sur la parité atteinte des femmes en âge de procréer. Des méthodes statistiques descriptives et explicatives seront utilisées. Il s'agit de tableaux croisés accompagnés du test de chi-deux,  $V$  de Cramer, Pearson  $\chi^2$ , l'analyse des composantes multiples pour déterminer le profil des femmes ayant l'infécondité et la stérilité secondaire dans chaque pays.

### **Résultats attendus**

On s'attend à la fin de cette étude à avoir les proportions des femmes infécondes et stériles (secondaire) dans chaque pays tout en déterminant le profil de ces dernières afin de permettre aux décideurs d'améliorer les politiques et programmes de population dans l'objectif de rehausser le bien-être.