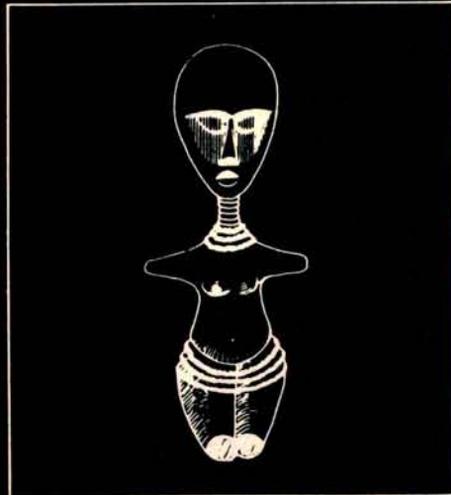


# Hypofécondité et infécondité en Afrique



**ARCHIV**  
**23074**

© 1977 Centre de recherches pour le développement international  
Adresse postale: Case postale 8500, Ottawa, Canada K1G 3H9  
Siège social: 60, rue Queen, Ottawa, Canada

CRDI CEA  
Hypofécondité et infécondité en Afrique; résumé du  
rapport d'un séminaire international tenu à Ibadan, Nigeria,  
26-30 novembre 1973. Ottawa, CRDI, 1977. 31 p.

/IDRC pub CRDI/. Rapport de séminaire sur l'étude des  
facteurs contribuant à l'hypo/fécondité/ et à l'infécondité  
(/stérilité/) en /Afrique/ — analyse les /facteur culturel/s  
(ex. l'âge/ au /mariage/), et /démographie/ques, les  
/aspect économique/s, les /aspect social/, les /aspect  
psychologique/s, et l'influence des /maladie/s /génétique/s,  
des /maladie infectieuse/s et des /maladie vénérienne/s;  
inclut la /liste des participants/, des /données  
statistiques/ et des notes /bibliographie/ques.

UDC: 612.63(6)

ISBN: 0-88936-110-X

Edition microfiche \$1

IDRC-075f

## Hypofécondité et infécondité en Afrique

**Résumé du Rapport d'un séminaire international sur les facteurs d'hypofécondité et d'infécondité en Afrique, tenu au Centre des conférences de l'Université d'Ibadan, au Nigeria, du 26 au 30 novembre 1973 sous l'égide du Centre de recherches pour le développement international (Ottawa, Canada) et de la Commission économique pour l'Afrique des Nations Unies (Addis-Abeba, Ethiopie)**

024515

Ce texte est un condensé de la version anglaise originale, *Sub-Fertility and Infertility in Africa*, publiée sous la direction du Dr B. Kwaku Adadevoh, de l'Université d'Ibadan, Nigeria. La traduction a été revue du point de vue technique par le Dr Anne Retel-Laurentin, chargée de recherches auprès du Centre national de la recherche scientifique (C.N.R.S.), Paris, France.

ARCHIV  
613.63(6)  
C 7

## **Table des matières**

|  |    |
|--|----|
| Introduction   | 3  |
| Considérations statistiques  | 5  |
| Problèmes de définition et de mesure   | 5  |
| Données géographiques  | 5  |
| Recensements et enquêtes   | 7  |
| Facteurs économiques, sociaux, culturels et psychologiques                           | 8  |
| Facteurs socio-culturels   | 8  |
| Facteurs économiques   | 9  |
| Facteurs psychologiques  | 9  |
| Annexe   | 10 |
| Facteurs médicaux et pathologiques   | 19 |
| Morphologie génitale   | 19 |
| Les spermogrammes  | 19 |
| Infections spécifiques   | 20 |
| Maladies génétiques  | 20 |
| Environnement et autres facteurs d'infécondité                                       | 20 |
| Annexe   | 21 |
| Perspectives générales d'enquêtes sur l'infécondité: Politique d'action et idéologie | 28 |
| Liste des participants   | 30 |

décès maternels et de mortalité foetale et infantile. Tout en sachant que la situation sanitaire de Lagos est probablement la meilleure du Nigeria, il est intéressant de noter que:

- 1) les principales causes de mortalité maternelle sont les hémorragies du post-partum, l'éclampsie, les septicémies, les ruptures utérines et l'avortement;
- 2) les principales causes de mortalité néonatale (au cours de la première semaine de la vie) sont la prématurité (28%), l'asphyxie (17%), la jaunisse (21%) et le tétanos (7%).

Des informations non publiées, plus circonstanciées, pourraient servir à déterminer les causes qui concourent à la mortalité foetale.

#### *L'interdit sexuel de l'allaitement*

Quatre-vingt pour cent des femmes Ibo ont déclaré qu'il n'était pas bon d'avoir des rapports sexuels pendant l'allaitement qui dure en moyenne 18 mois, d'où une période moyenne d'abstinence de 14 à 15 mois pour l'ensemble.

\* \* \*

#### **Un cas de recherche démographique en Ouganda — 1970–1972: S. R. Taber**

Cette recherche (Université de Makerere) comprend une partie méthodologique portant sur les méthodes de mesure des taux de natalité et de mortalité et une enquête sur les facteurs qui expliquent la fécondité différentielle dans les régions rurales de l'Ouganda. A partir des résultats du recensement effectué en Ouganda en 1959, deux régions rurales ont été délimitées: l'une à fécondité élevée, les Ankole, l'autre à faible fécondité, les Teso. L'étude démographique portait sur quelque 10 000 personnes dans chacune de ces régions. Les régions ont d'abord été "stratifiées" en fonction de la dimension des ménages, puis le taux d'échantillonnage voulu a été appliqué de façon à obtenir une population optimisée grâce à des barèmes d'échantillonnages aléatoires.

La population totale de ces régions a été comptée au début et à la fin de la période d'enquête. Entre les comptages, un contrôleur itinérant se rendait chaque mois dans tous les foyers pour enregistrer les naissances, les décès et les migrations survenues au cours de la période; il notait également toutes les grossesses et les maladies pour permettre de mieux suivre les événements démographiques.

Dans un deuxième temps s'est déroulée une enquête intensive portant sur les facteurs médicaux liés à la fécondité différentielle, au cours de

laquelle on a recueilli l'histoire de toutes les grossesses. Il s'agissait d'un sous-échantillonnage où l'on a pris comme unité primaire une fraction des communes rurales, unités administratives minimales appelées "paroisses". Dans les sous-échantillons, 500 adultes des deux sexes ont été interrogés longuement sur la fécondité ou la paternité, l'histoire conjugale, l'hypofécondité subjective, le passé migratoire, les attitudes et les pratiques en matière de planification familiale. Il était question au départ de pratiquer l'examen médical de tous les adultes interrogés; mais le temps et les ressources disponibles n'ont permis d'examiner que la moitié d'entre eux.

Cette méthode de travail et l'enquête intensive ont été très fructueuses; elles ont facilité la collecte des données médicales. Les listes nominatives complètes établies au cours du comptage ont permis d'identifier rapidement les membres de l'échantillon qui n'avaient pas encore été examinés. Grâce à l'aide du contrôleur itinérant et des chefs locaux, il a été relativement facile de localiser ces sujets et de les inciter à se faire examiner.

\* \* \*

#### **Premiers résultats d'une étude de la fécondité à Dakar: C. Guittou**

Une enquête sur la fécondité chez 1500 femmes à Dakar a été menée pour analyser les paramètres sociologiques et biologiques liés à la fécondité. L'accroissement naturel de la population de cette ville a fait l'objet d'une estimation.

Un soin particulier a été apporté à la précision des dates de naissance (femmes et enfants) et à l'histoire détaillée de chaque grossesse. Chaque événement tiré de la biographie complète de toutes les femmes interrogées, y compris les migrations, les unions et les grossesses, a été consigné sur une fiche de renseignements individuelle. Les naissances vivantes, la mortinatalité et les avortements ont été soigneusement enregistrés. Le questionnaire portait sur quatre thèmes principaux: 1) la santé de la femme; 2) la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives et abortives; 3) le comportement en matière de natalité; et 4) la vie sociale des femmes.

Dans l'état actuel de l'enquête, l'analyse provisoire des données procure un aperçu d'ensemble de certaines caractéristiques du mariage et de la fécondité.

#### *Caractéristiques du mariage*

A Dakar, les femmes se marient actuellement vers 17 ou 18 ans, c'est-à-dire un peu plus tôt,