

Genre et fécondité, un mariage obligé

Agnès Adjamagbo
Sociodémographe
Institut de Recherche pour le Développement, France

Sénégal

Fécondité

Ce chapitre est paru dans :
Adjamagbo A., Gastineau B. (2017). Le genre dans les recherches africanistes. Les Impromptus du LPED, n°2, Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU – IRD), Marseille, 111 p.

Aborder les questions de fécondité en démographie revient souvent à interroger les niveaux et tendances du phénomène, les pratiques et les attitudes liées à la planification des naissances ; le tout en tenant compte des différences entre les milieux urbain et rural, ou entre les niveaux d'éducation. Dès les années 1990, Les approches genre sont de plus en plus fréquentes dans les études en santé de la reproduction (SR) et l'on s'intéresse alors aux différences entre les sexes. Depuis, ces approches genre se sont affinées, tentant de sortir de la simple comparaison homme-femme pour considérer l'impact des rapports sociaux de sexe sur les décisions en matière de fécondité. Les approches qualitatives sont généralement bien appropriées pour mettre en lumière ces rapports de genre et la manière dont ils influencent la vie reproductive et sexuelle des femmes. A partir d'une enquête menée dans la capitale dakaroise entre 2005 et 2009, ce chapitre montre comment la question du genre s'impose comme une grille incontournable d'analyse, dès lors que l'on cherche à comprendre les pratiques de fécondité, et illustre la manière dont cet outil peut être mis en œuvre dans le processus de recherche.

The demographic analysis of fertility usually documents its levels and trends and examines practices and attitudes related to birth control, while taking into account differences between rural and urban areas and education levels. Since the 1990s, a gender-based approach has been favoured in reproductive health studies; hence, sex-specific analyses have been carried out. These gender-based approaches have since been refined trying to go beyond a simple male-female comparison to examine the impact of gender social relationships on fertility decision-making. Qualitative approaches are usually recommended to highlight gender relations and how they influence women's reproductive and sexual lives. Our research was carried out in the capital city of Dakar (Senegal) between 2007 and 2009. To better understand fertility practices, we tried to show that a gender framework must be used and how this tool can be implemented in the research process.

Sexualité

Contraception

I. Introduction

Depuis des décennies, les politiques internationales s'efforcent d'imposer aux états africains la réduction de leur croissance démographique, partant du principe qu'elle constituerait un pré requis au développement des sociétés. Dans les années 1980, la diffusion des méthodes de planification des naissances est devenue une composante phare des politiques de population. Dans les pays francophones, ce sont les institutions internationales, en particulier l'IPPF et le FNUAP, qui jettent les bases des politiques de population ; ce sont elles également qui, une fois passé le stade de la définition des objectifs, interviennent dans la réalisation des programmes directs d'intervention, tant pour la mise en place des dispositifs au sein des structures de l'Etat que pour le soutien aux programmes de promotion des produits contraceptifs, via notamment les associations de bien-être familial.

La recherche en population s'est beaucoup investie dans l'étude des comportements de fécondité et de contrôle des naissances. À l'origine, ces recherches sont menées principalement dans une perspective de santé maternelle et infantile. Pendant longtemps, les approches se focalisent sur les femmes essentiellement et sur le couple mère-enfant. Le concept de genre, qui s'impose progressivement dans le débat scientifique et politique autour de ces questions, va avoir un impact fort sur les recherches (Adjamagbo et Locoh, 2015), tant d'un point de vue théorique que méthodologique. Il va d'abord imposer d'inclure aussi les hommes dans les études puis de considérer les aspects liés aux relations entre les deux sexes. Dans cet article, je rappellerai rapidement les grandes lignes de ces évolutions et je prendrai ensuite l'exemple d'une recherche menée au Sénégal pour illustrer mon propos.



II. La baisse de fécondité dans les années 1980-90 : l'exception africaine

La démographie s'est fortement impliquée dans l'étude de la fécondité en général et dans celle sur les pratiques de contrôle des naissances en particulier. Dans les années 1980, 1990, cette discipline s'est avérée très utile pour mettre en lumière le record mondial du continent africain en matière de niveau de fécondité. En 1990, les femmes d'Afrique sub-saharienne avaient en moyenne 6,4 enfants, contre 4,0 en Inde ; 2,5 en Chine et 3,3 dans les autres pays d'Asie ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes (Jamison et al. 1993). Mis à part quelques rares pays d'Afrique Australe et de l'Est (le Kenya, le Botswana et le Zimbabwe), partout ailleurs la fécondité se maintenait, à cette même date, à des niveaux élevés.

Face à cette situation, les études qui s'efforcent d'expliquer la spécificité des comportements de reproduction dans cette partie du monde se multiplient (Lesthaeghe 1989; Opong and Bleek 1982; Caldwell 1987; notamment). Au cours des années 1990, les connaissances s'affinent, grâce notamment à la disponibilité des enquêtes standardisées qui se sont développées sur le continent et qui permettent de mesurer les tendances sur de longues périodes et de comparer les pays entre eux. On s'aperçoit alors que la baisse de la fécondité commence à se diffuser dans beaucoup de pays d'Afrique, qu'elle est plus sensible dans les villes, parmi les populations les plus instruites. Cependant, bien que les programmes de planification familiale se multiplient au cours de la période (surtout en milieu urbain), la baisse de la fécondité reste relativement indépendante de la diffusion de la contraception. En Afrique de l'Ouest par exemple, les taux de prévalence contraceptive moderne se situent souvent en dessous de 10% chez les femmes mariées

(Goliber, 1997). Ainsi, la baisse de la fécondité répond à des mécanismes variables d'un pays à l'autre : politique de population très engagée, incluant une large diffusion des méthodes contraceptives pour les uns (Kenya, Zimbabwe, Botswana) ; recul de l'âge au premier mariage pour les autres (nord du Soudan, Tanzanie), changement d'attitudes envers les modèles familiaux chez les jeunes générations (Sénégal, Nigeria), etc. (Cleland et al. 1994).

La baisse de la fécondité étant amorcée à l'échelle du continent, on s'interroge désormais sur son avenir. La tendance observée sera-t-elle durable ? Va-t-elle se limiter à une élite urbaine éduquée ou bien se diffuser massivement dans les différentes couches sociales et dans les campagnes notamment ? En parallèle, à une échelle plus resserrée, on cherche à comprendre comment se prend la décision d'avoir ou de ne pas avoir d'enfant au sein des couples ; et, en particulier, comment la décision d'utiliser ou non un moyen de contraception se prend. Ces questions deviennent récurrentes dans les recherches sur la fécondité. Il ne s'agit plus seulement de s'interroger sur les niveaux et tendances de la fécondité, mais aussi de comprendre par quels mécanismes les niveaux changent, à différentes échelles : des pays, des groupes sociaux, des couples ou des individus.

Dessin d'enfant - Estelle, CM2, Cotonou, Bénin, 2013.

III. Nouveau regard sur la fécondité

Ces évolutions se produisent dans un contexte politique marqué par les mouvements féministes de l'époque qui vont influencer les travaux préparatoires de la conférence mondiale sur la population du Caire en 1994. Le concept de santé de la reproduction se substitue à celui de santé maternelle et infantile. La reproduction sort du carcan du couple mère-enfant, pour intégrer les hommes, les jeunes et même les personnes âgées. La notion de droits reproductifs est introduite dans le texte officiel de la conférence et, pour la première fois, la notion de libre choix en matière de nombre d'enfants, identique pour les femmes et pour les hommes, est adoptée dans le rapport final ratifié par de nombreux pays (Bonnet et Guillaume 2004). Un second aspect du contexte, sanitaire cette fois, va avoir aussi un effet important sur les recherches : celui de la pandémie du sida qui va susciter les recherches sur la sexualité et notamment sur les négociations entre partenaires autour de l'utilisation du préservatif. Ces recherches vont jouer un rôle important pour la prise de conscience de l'importance de la relation homme-femme dans la compréhension des pratiques liées à la sexualité et donc à la reproduction.

C'est dans ce contexte général, politique et sanitaire tout juste esquissé ici que le concept de genre va s'imposer progressivement dans les recherches sur les populations. Cette incursion du genre va avoir d'importantes répercussions sur la manière dont on appréhende désormais la fécondité, mais aussi sur les méthodes que l'on va mettre en œuvre pour l'étudier. Deux évolutions majeures, non exhaustives, peuvent être

dégagées : 1) l'étude de la fécondité ne se limite plus à la prise en compte d'un comportement individuel (en l'occurrence celui d'une femme), mais va plutôt chercher à prendre en compte le contexte relationnel ; 2) sa prise en compte dans les recherches implique le développement de méthodologies mixtes, c'est-à-dire alliant les approches quantitatives classiques de la démographie et celles plus qualitatives de la socio anthropologie. Je propose ici de donner un exemple de ce type d'évolution à partir d'un exemple concret d'étude à laquelle j'ai participé au Sénégal, à Dakar, entre 2005 et 2009, dans le cadre d'un programme financé par l'Union européenne sur la contraception d'urgence à Dakar¹.

La capitale sénégalaise est intéressante pour l'étude des comportements de fécondité dans une perspective genre. A Dakar, mariage et fécondité restent des composantes fortes de la construction des identités féminines et masculines. Acquérir un statut de femme ou d'homme marié(e) marque le début de la maturité sociale et, pour beaucoup d'individus, constitue une condition sine qua non de l'épanouissement personnel. Pendant longtemps prôné comme une valeur forte par les femmes elles-mêmes, l'idéal de la dépendance² de l'épouse à son mari devient de plus en plus désuet dans cette société en pleine mutation (Adjamagbo et al. 2014). Dès les années 2000, les progrès en matière de scolarisation, l'amélioration du contexte sanitaire, les performances économiques, auxquels s'ajoute un climat social et politique stable, forment la toile de fond d'une redéfinition des rapports sociaux entre les sexes et entre les générations³.

IV. Une approche des pratiques contraceptives à Dakar

L'objectif principal du programme ECAF était d'interroger l'accessibilité et l'acceptabilité de la contraception d'urgence par les femmes à Dakar. Il s'agissait d'évaluer la possibilité de proposer aux populations la pilule du lendemain⁴ comme alternative à l'avortement provoqué réalisé souvent de façon clandestine (car largement interdit par la loi) et donc dans des conditions dangereuses pour la santé des femmes. À cette occasion, le programme nécessitait de s'interroger plus largement sur la trajectoire contraceptive des femmes au cours de leur vie et sur les prises de décision dans les couples en matière de recours à la contraception moderne en particulier. De tels objectifs impliquaient de procéder à une étude des rapports hommes femmes dans la négociation et la gestion de la vie sexuelle et reproductive.

Pour ce faire, le programme prévoyait de procéder à une approche qualitative par la collecte de récits de vie. L'idée était d'aborder la question de la contraception dans le contexte de l'histoire personnelle de la personne interrogée, en faisant intervenir les différents grands moments de l'histoire familiale, sociale, professionnelle et économique de l'individu. Par cette méthode, nous entendions ne pas isoler les pratiques contraceptives à un instant donné, comme le font la plupart des études, mais de les appréhender dans une perspective biographique (Bajos et al. 2013). Ainsi, par exemple, la survenue d'une grossesse devait être mise en perspective avec la nature de la relation affective engagée, la situation économique du moment ou encore l'expérience passée dans le domaine de la contraception.

Une cinquantaine de femmes et 25 hommes

ont ainsi été interrogés à Dakar. Ils nous ont raconté leur vie, leur expérience de la parentalité, l'annonce des grossesses, l'accueil de la perspective de devenir parent, les réactions de l'entourage, etc. Au cours des entretiens, l'enfance, la mobilité résidentielle, le cursus scolaire, les situations professionnelles, amoureuses et conjugales ont été retracés. Tout en explorant ces différentes composantes de la trajectoire de vie des individus, nous nous efforcions d'aborder les questions de l'intime : les rencontres amoureuses, les premiers rapports sexuels, de même que les éventuelles décisions de ne pas poursuivre une grossesse. Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse minutieuse, incluant, entre autres, la rédaction d'un portrait type qui reconstitue la singularité de l'histoire personnelle en rapport avec le sujet phare de l'étude. Je présente donc ici deux exemples de portrait-types que nous avons pu reconstituer à partir de ces récits.

¹ Projet Emergency Contraception in Africa. Union Européenne. Projet INCO/6ème PCRD n° : 510 956 ; responsable : Nathalie Bajos, INSERM. Le projet ECAF portait sur 4 villes africaines : Accra, Dakar, Ouagadougou et Rabat. Le volet Sénégal dont il s'agit ici était coordonné par Pierrette Aguessy Koné de l'ONG Sarege et moi-même.

² Très bien décrit par Jeanne Nanitelamio (Antoine et al. 1995)

³ Pour plus de détails sur le contexte social de Dakar, on se reportera au texte de Fatou Binetou Dial dans ce présent ouvrage.

⁴ En l'occurrence il s'agissait ici d'une pilule à base de Levonorgestrel (Le Norlevo).

V. Amélie où un premier rapport qui tourne mal

Amélie est âgée de 26 ans⁵, elle a un niveau d'étude supérieur (elle s'est arrêtée en première année à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar). C'est une femme marquée par une expérience amoureuse douloureuse dont je propose de relater les grandes lignes. Amélie a connu une première histoire d'amour qui a duré 4 ans avec un homme avec lequel elle prétend ne jamais avoir eu de rapports sexuels. Elle croyait alors avoir trouvé l'homme qui allait l'épouser mais elle apprend un jour qu'il sort avec d'autres filles et décide de mettre un terme à leur relation. Elle sort blessée de ce qu'elle décrit comme une trahison, mais finit par se remettre de sa déception et, lors d'une fête de famille, fait la connaissance d'un autre homme dont elle tombe amoureuse. Ils se plaisent et décident de se revoir. Pendant plus d'un an, ils se fréquentent sans avoir de rapport sexuel. Amélie accorde de l'importance au fait d'arriver vierge au mariage et le fait que son compagnon respecte ce choix consolide la confiance qu'elle lui porte. Une fois de plus, cette attitude lui donne la garantie qu'elle deviendra son épouse.

Lorsqu'un jour il lui propose de partir seuls en week-end à l'extérieur de Dakar, elle accepte sans arrière-pensée ; mais une fois là-bas, l'homme cherche à lui faire l'amour coûte que coûte. Amélie cède contre sa volonté : elle raconte l'épisode en ces termes : « Il avait vraiment bien choisi, tout était vraiment bien calé et moi je n'avais rien compris. Il avait tout programmé. Je croyais que c'était juste pour passer un bon moment, mais il en a profité. Je n'étais pas prête, j'ai même pas désiré. Il m'a même pas demandé mon avis, pour ne pas dire qu'il m'a violée ! Mais je préfère ne pas prononcer ce mot. Je n'étais pas du tout prête

parce que je m'étais même pas préparée à ça. Pour moi, avant d'avoir un rapport avec un homme, il faut d'abord s'y préparer, parce que c'est pas quelque chose de...de très facile. Pour moi, c'est une chose ... je n'y ai jamais pensé quoi, tu comprends ? Il ne m'a même pas laissé le temps de lui demander de mettre un préservatif pour te dire que... c'est arrivé trop vite. Je n'avais vraiment rien compris et puis c'était la première fois ; je n'avais aucune expérience.»

Profondément meurtrie par ce rapport forcé, Amélie rentre à Dakar avec l'intention de rompre ; mais elle découvre peu de temps après qu'elle est enceinte. Désespérée, elle est alors prête à tirer un trait sur le comportement de son compagnon pourvu qu'il l'épouse. Ce dernier, rapidement mis au courant, est d'accord. Tous deux pensent que cette grossesse non prévue justifie d'accélérer leur mariage. Amélie n'ose pas parler de la grossesse à sa famille et garde la nouvelle sous silence en attendant que l'homme fasse sa demande officielle en mariage. Celui-ci tarde à agir et la tante chez laquelle vit Amélie finit par s'apercevoir que sa nièce est enceinte. Elle s'empresse alors d'aller rencontrer la famille de l'homme afin de les exhorter à prendre leurs responsabilités. Les problèmes commencent. La famille de celui-ci avait une autre fille en vue pour leur fils et décrète que le mariage est impossible. Ils font tout pour les empêcher de se voir. Du côté d'Amélie, ses parents perçoivent son copain comme un fieffé séducteur ; un homme pas sérieux auquel ils rechignent à faire confiance.

A l'occasion des pourparlers familiaux, ils apprennent qu'il a déjà récemment eu une grossesse avec une autre fille. En outre il se montrent méfiants envers lui du fait qu'il soit

de l'ethnie des Mancagne, réputés féticheurs, férus de sorcellerie⁶.

Les rencontres entre Amélie et son copain se font donc de plus en plus rares, à la plus grande déception d'Amélie qui pensait pouvoir compter sur son soutien. Elle poursuit sa grossesse dans une grande solitude. A la maison, on la tient à l'écart. Son père notamment lui en veut beaucoup et ne lui adresse plus la parole. Elle se sent selon ses termes « pestiférée », et surtout trahie par l'homme qu'elle aimait et qui a si vite capitulé face aux pressions de ses parents. Elle trouve un peu de réconfort chez une amie qui vient lui rendre visite de temps en temps. Après l'accouchement, elle reste sept jours à l'hôpital et le père du bébé ne lui rend visite qu'une seule fois. Lors du baptême, les

deux familles s'affrontent ouvertement. La rupture est cette fois définitive, laissant Amélie aigrie. Au moment où nous la rencontrons, son fils a 3 ans. Son père ne l'a pas revu depuis l'âge de 6 mois. Il lui fait parvenir de temps en temps un peu d'argent ; mais son soutien reste très insuffisant et Amélie ne peut compter sur cette modeste somme pour faire vivre son enfant. Aussi, elle a dû abandonner ses études et se lancer dans un petit commerce pour s'en sortir. Amélie se sent mise au ban de la famille et de la société. Avant cet incident, elle incarnait pour sa famille la réussite. Belle, éduquée, sérieuse, tout le monde lui prédisait un bel avenir. Mais son histoire a tourné, d'après elle, au « fiasco ». Elle souffre de cet état de mise « en quarantaine » que lui confère son statut de mère célibataire.



Ganvié, Bénin, 2012. J.P Rolland.

⁵ Entretien avec Amélie, Dakar, mars 2008.

⁶ Bien que les règles s'assouplissent au Sénégal en matière de choix du conjoint, celui-ci reste toujours soumis aux règles d'endogamie ethnique, religieuse ou de caste (Adjamagbo, Aguessy, and Diallo 2014).

VI. Mor où l'impossible acceptation de la contraception

Amélie, n'a plus de copain depuis. Elle a cependant rencontré un homme avec qui elle a, nous dit-elle, une « relation fraternelle ». Elle n'est pas amoureuse et espère que leur relation n'ira pas plus loin. Ébranlée par son expérience malheureuse, Amélie a perdu toute confiance envers les hommes et refuse de concevoir l'idée qu'elle puisse un jour avoir la chance d'en rencontrer un qui la rendra heureuse. Elle se dit définitivement désintéressée par le sexe et préfère s'en tenir aux relations amicales avec les hommes. L'ami dont elle parle est sensible à sa situation économique et lui a donné de l'argent pour qu'elle investisse dans le commerce.

Amélie éprouve désormais une certaine indulgence envers les mères célibataires. Elle nous dit : « j'en ai tiré une leçon, parce que avant, avant que ça ne me soit arrivée, je me disais que c'était quelque chose qui ne pouvait pas m'arriver. Tu vois ? C'est-à-dire, les autres filles à qui c'est arrivé, je les voyais comme indignes. Mais quand ça m'est arrivé, j'ai compris que ça peut arriver à tout le monde. » Pour autant, son histoire ne l'a pas rendue plus ouverte à la prévention des grossesses. Sur ce point, elle reste très conservatrice : elle est radicalement opposée à l'usage de la contraception qui, selon elle, mène à la débauche et prône l'abstinence et la fidélité.

L'histoire d'Amélie permet une lecture du rapport à la contraception et à la reproduction que l'on peut résumer en trois points. Premièrement, le contexte même dans lequel Amélie vit sa première expérience sexuelle rend d'office inenvisageable le recours à la contraception. En effet, par définition, le viol exclut toute négociation du rapport et de surcroît de l'utilisation d'une quelconque

protection. Le rapport de force inégalitaire entre elle et son copain prend ici une tournure extrême. Un deuxième aspect se lit dans la phase de l'annonce de la grossesse, avant que la famille ne s'en mêle. Une fois que la grossesse est établie, Amélie est persuadée que son partenaire va l'épouser. De fait, les deux principaux protagonistes de la grossesse que sont Amélie et son copain, sont en accord sur ce point : ils pensent tous les deux que le mariage est la solution. A aucun moment notamment, nous dit-elle, ils n'envisagent d'interrompre la grossesse. Ce qui est en jeu alors, c'est de légitimer rapidement la grossesse hors mariage qui n'est pas acceptée socialement. Les tractations familiales qui s'engagent cependant autour de la question du mariage montrent à quel point le couple est loin d'être le seul concerné par cette grossesse. Un troisième aspect se révèle alors à travers les conflits qui se déclenchent entre les deux familles qui montrent combien la question de la reproduction biologique soulève des enjeux qui vont au-delà des intérêts du couple ou des individus. Même si les deux partenaires se disent prêts à s'épouser, au final, cette décision ne leur revient pas. Quelles que soient les raisons invoquées, dans cette histoire, c'est la famille qui décide de la légitimité du couple et de l'avenir de la grossesse.

Pour continuer, je prendrai cette fois l'exemple d'un jeune homme : Mor, âgé de 26 ans⁷, cordonnier, marié, père d'un enfant. Mor est un séducteur qui prétend sortir avec plusieurs filles dont, nous dit-il, il « ne maîtrise pas le nombre ». Il dit pouvoir cumuler parfois quatre à cinq partenaires. Celles-ci ont généralement entre 16 et 18 ans et les relations ne dépassent pas les six mois. Mor se dit d'un tempérament jaloux ; il fait peu confiance aux filles en matière de fidélité. Adeptes du multipartenariat, il recourt régulièrement au préservatif, mais avoue avoir eu quelques défaillances en ce domaine.

Parmi toutes ses conquêtes, Mor a rencontré il y a quatre ans une fille, Nadia, avec qui la relation a duré malgré toutes les autres. Ils ont deux ans d'écart. Elle était encore à l'école quand ils se sont connus, mais aujourd'hui elle est commerçante comme lui. Le couple est resté longtemps abstinent. Pendant les deux premières années, aucun des deux ne propose à l'autre d'avoir des rapports sexuels. Nadia n'est cependant pas dupe et sait que Mor fréquente d'autres filles qu'elle. Les sœurs de Mor qui sont amies avec Nadia lui avouent un jour qu'une de ses conquêtes est enceinte. Cet épisode met en péril leur relation. En effet, Mor subit alors la pression des parents pour épouser la mère de l'enfant. Il est prêt à céder, mais le petit décède quelques jours après sa naissance. Le projet de mariage est alors abandonné et Mor se concentre à nouveau sur Nadia. Il précise que Nadia est la préférée de sa mère qui a interdit à l'autre fille de remettre les pieds chez eux après le décès du bébé. Alertée par l'événement et consciente des infidélités de Mor, Nadia décide d'agir. Elle ne veut pas risquer de le perdre à nouveau et décide de lui proposer d'avoir des rapports sexuels avec

elle. Mor ne s'y attendait pas et il refuse dans un premier temps arguant du fait qu'il voulait la « conserver vierge » pour le mariage, mais elle insiste en lui faisant du chantage affectif. Finalement il cède. Au début, ils se protègent, mais très vite ils arrêtent, car Nadia prétend ne pas aimer les préservatifs. Six mois après, elle tombe enceinte, Mor décide qu'il l'épousera après l'accouchement. La famille de Nadia n'accepte pas cette grossesse. Son père la chasse de la maison une nuit, obligeant Nadia à se réfugier chez sa tante en attendant que Mor l'épouse.

Mor épouse Nadia après la naissance de leur enfant. Il nous avoue cependant que même s'il l'a épousée par amour, c'est surtout parce que sa mère l'y a forcé. Il dit avoir une préférence pour la première fille qu'il a mise enceinte et ne cache pas d'ailleurs qu'il a continué à « flirter » avec elle après son mariage. Son statut de père de famille ne le freine pas dans ses aventures. Il veut même une seconde épouse quoiqu'en pense Nadia. Sur ce point, il n'entend pas transiger : c'est lui l'homme et c'est lui qui décide !

Mor ignore si sa femme utilise un moyen de contraception, mais il le lui a formellement interdit. Il est prêt à accueillir toutes les naissances que Dieu lui accordera et se déclare contre l'espacement de naissances. Il se proclame avec véhémence contre la contraception, surtout pour les filles et associe les méthodes modernes, telles que la pilule, à des incitations à la débauche. Très radical sur ce plan, il précise qu'il est totalement opposé à la légalisation de l'avortement et raconte qu'il a même menacé la grande sœur de la fille avec qui il a eu le bébé de la dénoncer à la police, car elle l'incitait à interrompre la grossesse.

⁷ Entretien avec Mor, Dakar, mars 2008.

VII. La fécondité : tout sauf une affaire personnelle

Mor n'aime pas la contraception, car elle empêche de garder le contrôle sur les femmes. Il justifie sa désapprobation par ces arguments : « Je vois parfois des femmes dont les maris sont partis en voyage, faire tout ce qu'elles veulent. C'est pas normal. Je ne parle même pas des femmes célibataires, mais une femme mariée surtout qui se permet d'avoir d'autres partenaires que son mari. Je pense que ce sont ces méthodes contraceptives qui sont à l'origine de tout ça. Car, sans ces méthodes elles seront découvertes par l'apparition d'une grossesse. Au contraire, avec ces méthodes, elles peuvent tromper leur mari pendant 15 ans durant sans jamais contracter une grossesse. C'est pour cela que je ne suis pas d'avis avec les méthodes contraceptives, vous comprenez ! ». Mor ajoute un peu plus loin qu'il voudrait que la contraception soit chère pour qu'elle ne soit plus accessible à tout le monde.

Cet extrait de l'histoire de Mor est révélateur à plus d'un titre des relations entre les femmes et les hommes dans la société dakaraise. Il nous donne à voir combien la hiérarchie des sexes subordonne le corps des femmes à l'autorité des hommes. Elle montre précisément comment la contraception pose pour beaucoup d'hommes l'insoutenable problème de la perte de leur autorité sur les femmes. À Dakar, comme ailleurs, la diffusion des méthodes modernes de contraception qui donnent la possibilité de dissocier sexualité et reproduction, soulève tous les enjeux d'une plus grande autonomie des femmes. Aux yeux des hommes, cette liberté symbolise la fin du contrôle du corps des femmes et, par là-même, celle d'un ordre social établi en leur faveur. Mor, coureur de jupons avéré, cumule les conquêtes et ne se prive d'aucune occasion de flirter avec les filles. C'est ce qui

conduit sa copine Nadia à renoncer à être abstinent et à l'inciter à avoir des rapports sexuels avec elle aussi. Chez cette femme, le seul moyen de garder son copain est de l'épouser rapidement et, pour se faire, une grossesse est souhaitable. C'est sans nul doute ce que cache son refus du préservatif. De fait, une grossesse ne tarde pas à arriver qui est suivie d'un mariage.

Une fois marié, Mor continue d'avoir des relations extra conjugales et conçoit même de prendre une seconde épouse. L'attitude de Mor rappelle combien les exigences sociales en matière de sexualité peuvent être différentes pour les hommes et les femmes. À Dakar, comme dans beaucoup de pays, les standards normatifs sont beaucoup plus tolérants à l'égard de la sexualité des hommes qu'à l'égard de celle des femmes. Ainsi, l'abstinence pendant le célibat est davantage attendue d'une femme que d'un homme. De la même manière, l'adultère, gravement condamné par les codes sociaux lorsqu'il est pratiqué par une femme (Diop 1985), perd de sa gravité quand il est commis par un homme et se trouve même légitimé par le régime polygamique (Antoine 2002). Ce contexte, mis en exergue par l'histoire de Mor est faiblement propice au libre recours aux méthodes modernes de contraception par les femmes.

Ces deux exemples d'Amélie et de Mor, n'ont pas la prétention d'être représentatifs de la société dakaraise, loin s'en faut⁸. Je les ai choisis pour illustrer la complexité des situations et des logiques qui président aux pratiques liées à la fécondité et au recours à la contraception dans cette société urbaine ouest-africaine. Je tenais, ce faisant, à souligner combien l'approche en termes de rapports sociaux de sexe, ou dite de genre, est particulièrement riche d'enseignement dans ce champ. Le concept de genre offre en effet une grille d'analyse tout à fait pertinente pour comprendre ce qu'il se passe autour du projet d'enfant et du contrôle des naissances. Les histoires d'Amélie et de Mor renvoient à des situations que nous avons maintes fois rencontrées à travers notre recherche (Adjamagbo et Koné 2013). Deux situations sont mises ici en scène : l'une vécue par une femme au moment du célibat et l'autre vécue par un homme avant et dans le mariage. Ces deux situations soulignent à quel point les pratiques en matière de fécondité sont indissociables des contextes personnels dans lesquels elles s'exercent. Elles nous montrent que pour les femmes comme pour les hommes, le fait d'avoir ou pas un enfant répond à des logiques qui s'inscrivent dans une histoire personnelle, mais aussi dans un faisceau de relations sociales qui dépasse souvent le cadre du couple et de l'individu. En effet, à travers la naissance d'un enfant, ce n'est pas seulement une femme ou un couple qui se reproduisent, mais c'est aussi un groupe familial qui se perpétue. Les logiques qui fondent cet événement éminemment humain de la vie sont essentiellement relationnelles. Faire un enfant, mobilise autour d'une femme tout un champ de forces dans lequel interfèrent

les intérêts (parfois divergents) de nombreux protagonistes : le partenaire, la famille, l'entourage, et même parfois le personnel de santé, lorsque celui-ci s'octroie le droit de décourager une femme nouvellement mariée de différer la naissance d'un enfant par exemple (Adjamagbo and Koné 2013). La fécondité dépend largement des marges de manœuvre que les femmes parviennent à dégager face aux éventuelles pressions exercées par ces différents protagonistes. Sur ce plan, entre les deux exemples présentés ici se dessine tout un continuum de situations dans lesquelles le rapport de force se décline de différentes façons, révélant chaque fois une plus ou moins grande capacité des femmes à faire valoir leurs intérêts.

Un autre aspect que nous donne à voir cette approche est que l'attitude des femmes et des hommes vis-à-vis de la contraception est en interaction permanente avec un contexte normatif qu'elle crée et qui l'influence en même temps. En l'occurrence, ce contexte défend l'idée d'une inégalité des statuts et des rôles des deux sexes et conçoit une subordination naturelle des femmes aux hommes. Mor incarne avec une certaine acuité ces valeurs en se déclarant maître de la fonction reproductive de sa femme Nadia tout en s'octroyant le privilège d'une liberté sexuelle absolue. La réponse de Nadia aux infidélités de son amant qui consiste à tout mettre en œuvre pour précipiter leur mariage, renforce ces normes asymétriques.

⁸ Je souligne au passage que la finalité du qualitatif n'est pas d'être représentatif, mais bien plutôt, entre autres, de mettre en avant la diversité des situations et la complexité des dynamiques sociales.

VIII. Conclusion

Toutes ces considérations conduisent à penser que les caractéristiques individuelles souvent utilisées pour expliquer les comportements de fécondité ne suffisent pas pour rendre compte des prises de décision en matière de recours à la contraception. Les besoins en matière de contraception, les risques de grossesses non prévues, toutes ces notions étudiées dans le champ de la fécondité doivent être abordées en tenant compte des situations relationnelles, souvent complexes qui se jouent autour du projet d'enfant. De ce point de vue, l'approche genre est tout à fait appropriée. Elle permet de contextualiser la question de la parentalité dans des histoires personnelles, de couple et de famille ; mais aussi, de façon plus large, dans un système normatif précis dans lequel sont édictés des rôles socialement attendus des hommes et des femmes.

A Dakar, comme dans beaucoup de villes africaines encore aujourd'hui, la contraception moderne est très largement perçue comme un moyen de débauche imposé par l'occident. Y recourir, surtout lorsqu'on est jeune et femme est alors souvent une source de culpabilité. Seules celles qui possèdent un certain capital social et éducatif sont plus à même d'assumer ce qui représente aux yeux de la société une inconduite. Les politiques et programmes qui visent la réduction des grossesses non prévues devront admettre la nécessité de réduire le coût psychologique du recours à la contraception en « destigmatisant » la sexualité des jeunes filles et en leur reconnaissant le droit à un libre contrôle de leur corps. Ces conditions dépassent le simple cadre de la santé sexuelle et reproductive et impliquent une prise en compte globale de la réduction des inégalités entre hommes et femmes dans les différents domaines de la vie publique et privée.



Tulear, Madagascar, 2006. J.P Rolland

Adjamagbo A., P Aguessy, Diallo A. 2014.

«Changements Matrimoniaux et Tensions Conjugales à Dakar», in : Antoine P. et Marcoux R. (eds), *Le mariage en Afrique : pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec : 206-229.

Adjamagbo A., Aguessy Koné P. 2013.

Situations relationnelles et gestion des grossesses non prévues à Dakar. *Population* 68(1): 67.

Adjamagbo A., Locoh T. 2014.

«Genre et démographie : une rencontre féconde», in Verschuur C., Guérin I., Guétat-Bernard H. (eds) *Sous le développement, le genre*. Marseille, IRD, 2015 : 99-128.

Antoine P. 2002.

Les complexités de la nuptialité : de la précocité des union féminines à la polygamie masculine. DIAL, Document de Travail n°6.

Antoine P., Philippe Bocquier, Abdou Salam Fall, Youssouf M Guisse, and Jeanne Nanitelamio 1995.

Les familles dakaraises Face à la crise. ORSTOM-IFAN-CEPED, Dakar, 209p.

Bajos N., Ferrand M., Guillaume A., et al. 2013.

Sexuality, Contraception, Unplanned Pregnancies and Abortion in West Africa and Morocco : The ECAF Survey. *Population* 68(1): 7–14.

Bonnet D., Guillaume A. 2004.

La Santé de La Reproduction: Une Émergence Des Droits Individuels. Reproductive Health: Emergence of Individual Rights). In *Santé de La Reproduction Au Temps Du Sida En Afrique*: 11–32.

Caldwell J. C. 1987.

The cultural Context of High Fertility in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, vol. 13 (3): 409-437.

Cleland, John, Nelson Onuoha, and Ian Timaeus 1994.

Fertility Change in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence. In *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*. Ordina Editions. Thérèse Locoh and Véronique Hertrich, eds : 1–20. Liège.

Diop A. B. 1985.

La Famille Wolof: Tradition et Changement. Editions Karthala, 262p.

Goliber T., 1997.

«Population et santé de la reproduction en Afrique Sub Saharienne», *Population Bulletin*, 52(4), Washington DC, Population Reference Bureau, 48p.

Jamison D. T, Summers L. H., Birdsall N. Banque internationale pour la reconstruction et le développement 1993.

Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé. Washington, D.C.: Banque Mondiale, 339p.

Lesthaeghe R. J. 1989.

Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa, vol.4. University of California Press, 556p.

Opongong C., Bleek W. 1982.

Economic Models and Having Children: Some Evidence from Kwahu, Ghana. *Africa* 52(4): 15–33.