



Série *Santé de la reproduction, fécondité et développement*

Documents de recherche n° 3

**LA REPRISE DES RELATIONS SEXUELLES
APRÈS UNE NAISSANCE :
NORMES, PRATIQUES ET NÉGOCIATIONS
À ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE**

Annabel DESGRÉES DU LOÛ et Hermann BROU



Annabel Desgrées du Loû, chargée de recherche à l'IRD
Équipe de recherche Santé de la reproduction, fécondité et développement,
Laboratoire Population-Environnement-Développement,
Unité Mixte de Recherche IRD-Université de Provence 151.

CEPED, 45 bis avenue de la Belle Gabrielle, 94736 Nogent sur Marne
Tel : (33) 1 43 94 72 39
E-mail : desgrees@ceped.cirad.fr

Hermann Brou, doctorant au Laboratoire Population-Environnement-Développement,
Unité Mixte de Recherche IRD-Université de Provence 151.

ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire
Tél. : (225) 22 44 08 40
E-mail : hermann_brou@yahoo.fr

© Laboratoire Population-Environnement-Développement, Unité Mixte de Recherche IRD-
Université de Provence 151, 2004.

Centre St Charles, case 10,
3, place Victor Hugo,
13331 Marseille Cedex 3, France

Janvier 2004

Éléments de catalogage :

La reprise des relations sexuelles après une naissance : normes, pratiques et négociations à Abidjan, Côte d'Ivoire / Annabel Desgrées du Loû et Hermann Brou – Série Santé de la Reproduction, Fécondité et Développement. Documents de recherche n° 3. Laboratoire Population-Environnement-Développement, 2004. 12 p.

I. – Introduction

L'abstinence sexuelle post-partum prolongée en vigueur dans les sociétés africaines a largement été décrite, ainsi que son rôle en tant que mode de régulation traditionnel de la fécondité. Dans des sociétés traditionnelles principalement fondées sur l'agriculture, cette abstinence post-partum permettait de maintenir un équilibre entre les deux rôles de la femme, la procréation et la production agricole, ceci en garantissant des intervalles entre naissances long (environ 3 ans), qui permettent de préserver la santé de la mère et des enfants en bas âge (Van de Walle et Van de Walle, 1988). Cette absence de relations sexuelles entre un homme et une femme les deux années suivant la naissance d'un enfant était possible dans un cadre social polygame, où l'éloignement entre époux était courant, en particulier après la naissance d'un enfant, et où la société facilitait la séparation « physique et émotionnelle des époux » (Van de Walle et Van de Walle, 1988). Cependant dès le début des années 1980 les enquêtes de fécondité ont révélé les diverses interprétations pratiques de cette règle d'abstinence post-partum selon les pays, et au sein d'un même pays selon les ethnies, voire même selon le rang de naissance au sein d'une même famille. A titre d'exemple, une étude réalisée en Gambie dans les années 1990 a confirmé que selon les couples et les individus les calendriers d'abstinence sont différents et composent avec les normes sociales (Bledsoe et Hill, 1998). La question se pose aujourd'hui de la persistance de cette pratique et de ses adaptations dans un contexte social « moderne », urbain, comme celui d'Abidjan, en Côte Ivoire, où la polygamie est de moins en moins courante, où les liens conjugaux sont plus étroits : en ville, les familles vivent de plus en plus en ménage nucléaire, il y a moins de contrôle social (peu de cohabitation avec les parents et beaux parents), la séparation physique des époux après la naissance devient rare. Quel rôle joue aujourd'hui l'abstinence sexuelle post-partum à Abidjan ? Quelles sont les pratiques en vigueur dans cette ville en la matière, sur quelles normes s'appuient-elles, comment sont-elles justifiées par les couples ? D'autre part, au sein du couple, comment et par qui est prise la décision de reprise de l'activité sexuelle après la naissance ? Quel est l'espace de négociation dont disposent chacun des partenaires dans ce domaine ?

II. – Population et Méthodes

Le contexte abidjanais

Les différentes enquêtes dont on dispose depuis le début des années 80 révèlent la persistance au cours de ces 20 dernières années d'une abstinence sexuelle prolongée après la naissance (tableau 1). Sur la ville d'Abidjan, l'enquête ivoirienne de fécondité menée en 1980 avait permis d'estimer la durée d'abstinence sexuelle après une naissance à environ 10 mois. En 1994, d'après l'enquête démographique et de santé, cette durée tourne toujours autour de 9 mois, valeur confirmée par une étude spécifique sur la planification familiale et les comportements reproductifs menée en 1996 dans un quartier populaire d'Abidjan, le quartier de Yopougon (tableau 1).

TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DES DURÉES MOYENNES D'ABSTINENCE SEXUELLE POST-PARTUM ET D'ALLAITEMENT À ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE, AU COURS DES DEUX DERNIÈRES DÉCENNIES.

Source	Abstinence sexuelle post-partum (durée moyenne en mois)	Allaitement (durée moyenne en mois)
EIF 1980-1981 (1)	9,9	15,9
EDS-1994 (2)	8,7	13,6
Enquête sur la Planification familiale à Yopougon 1996 (3)	9,3	13,9

Sources :

(1) : EIF 1980-81

(2) : EDS 1994

(3) Toure L., *et al.*, 1997.

Entre 1980 et 1996, il ne semble donc pas qu'il y ait eu d'évolution majeure à Abidjan autour de la durée de l'abstinence post-partum : celle-ci demeure relativement longue, tout en restant inférieure à la durée moyenne d'allaitement (qui varie de 16 à 14 mois dans l'intervalle). Cependant, il importe de savoir quelles réalités se cachent derrière cette moyenne : même si à première vue, globalement, le principe d'une absence prolongée de relations sexuelles au sein du couple après une naissance perdure, nous nous sommes posés la question de savoir quelle est la diversité des situations qui se cache derrière cette moyenne, et si, aujourd'hui, la fonction de cette abstinence post-partum est la même qu'il y a 20 ans.

Les enquêtes menées

Pour répondre à ces questions, nous présentons ici une analyse des choix effectués par les couples en matière de reprise des relations sexuelles après l'accouchement à partir d'une enquête que nous avons réalisée entre novembre 2000 et janvier 2001 dans une commune d'Abidjan. Cette enquête a consisté en des entretiens semi-directifs menés auprès de 23 femmes et 19 hommes, avec un guide d'entretien. Les hommes et les femmes enquêtés étaient recrutés dans deux formations sanitaires urbaines d'Abobo, quartier populaire d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire, dans les salles d'attente des consultations ou des vaccinations infantiles. Les femmes recrutées étaient des mères venues accompagner leurs enfants à la vaccination, et les hommes recrutés étaient soit des consultants de la formation sanitaire soit des hommes venus accompagner un (ou une) consultant(e). L'enquête était proposée à toutes les personnes ayant un enfant en bas âge mais déjà sevré, arrivant dans la salle d'attente, au fur et à mesure de leur arrivée. Le conjoint n'était pas présent au moment de l'enquête, sauf dans un cas (un homme accompagné par son épouse). Des questions étaient posées sur l'allaitement, le sevrage de l'enfant et la reprise des relations sexuelles dans le post-partum pour le dernier enfant né vivant. Éventuellement, lorsque le dernier enfant n'était pas encore sevré, les mêmes questions étaient posées pour l'enfant précédent.

L'échantillon interrogé rassemble des hommes et femmes de divers âges, diverses religions, diverses ethnies (11 ethnies représentées, de tous les grands groupes ethniques de Côte d'Ivoire). Les ménages polygames sont peu représentés (une seule femme et un seul homme interrogés vivent en ménage polygame), ce qui correspond à la situation en vigueur dans la ville d'Abidjan, où la polygamie est de plus en plus rare. Parmi les individus enquêtés la plupart vivaient avec leur partenaire (sous différents régimes matrimoniaux : union libre, mariage légal, mariage coutumier) mais certains (7 femmes, 3 hommes) vivaient séparés, les jeunes femmes habitant chez leur parents.

Au niveau de l'instruction et des catégories socio-professionnelles, du fait du lieu de recrutement (une formation sanitaire dans un milieu populaire), cet échantillon correspond plutôt à des catégories sociales populaires : commerçants, artisans, couturières, coiffeuses, avec quelques cadres chez les hommes. Parmi les hommes enquêtés, tous les niveaux

d'instruction sont représentés mais parmi les femmes, les plus instruites parmi nos enquêtées ont été jusqu'au 1^{er} cycle du niveau secondaire. Il n'y a pas de femmes cadres dans notre échantillon.

III. – Pratiques individuelles et normes déclarées en matière d'abstinence sexuelle post-partum

Au cours des 42 entretiens que nous avons menés, on retrouve les grandes tendances décrites dans le tableau 1. L'allaitement au sein est généralisé, et prolongé, mais de durée variable : les durées d'allaitement s'échelonnent de 6 mois à 30 mois selon les personnes enquêtées (moyenne autour de 16 mois). C'est un allaitement non exclusif : des aliments de compléments sont donnés très tôt à l'enfant : des compléments liquides dès les quatre premiers mois de vie de l'enfant, puis des compléments solides (bouillies, puis plat familial) dès que l'enfant a 5-6 mois. La reprise des relations sexuelles après la naissance de l'enfant est plus ou moins rapide selon les couples, avec de grandes variations : les durées d'abstinence post-partum s'échelonnent de 2 mois à deux ans selon les personnes enquêtées, avec une moyenne autour de 11 mois.

Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à l'enchaînement des différents événements pour chaque individu : sevrage, reprise des relations sexuelles, retour des règles.

On remarque qu'il y a à peu près autant d'individus qui ont attendu le sevrage avant de reprendre les rapports sexuels (9 femmes et 8 hommes) que d'individus qui ont repris les rapports sexuels avant le sevrage (13 femmes et 9 hommes). Lorsque la reprise des relations sexuelles intervient après le sevrage, cela est associé en moyenne à un allaitement moins long et à une abstinence post-partum plus longue. Il n'est pas rare que dans ce cas, la reprise des relations sexuelles suive immédiatement le sevrage. Dans le cas contraire où la reprise de l'activité sexuelle a lieu avant le sevrage, elle est généralement précoce (entre 2 et 8 mois après la naissance) et l'allaitement peut se prolonger largement au delà.

Il existe toujours une croyance selon laquelle le fait d'avoir des relations sexuelles lorsqu'on allaite un enfant peut être mauvais pour l'enfant, le rendre malade, mais elle n'est pas exprimée par tous : 8 femmes sur 23 et 6 hommes sur 19 seulement y ont fait référence dans notre enquête, de façons diverses :

« Ce n'est pas bon de reprendre les relations sexuelles lorsque l'enfant tète. »

« L'homme n'approche pas sa femme tant qu'elle allaite l'enfant ».

« L'enfant allaité tombe malade par simple contact avec la mère si celle-ci a repris les relations sexuelles ».

L'explication donnée à cela est généralement que les rapports sexuels « *empoisonnent* » le lait. Un homme mentionne un « mécanisme hormonal » selon lequel la reprise de l'activité sexuelle diminuerait la qualité nutritive du lait. On retrouve là la notion d'incompatibilité entre le sperme et le lait décrite par les anthropologues, notion existante dans plusieurs sociétés (Héritier, 1996) : le sperme, le lait et le sang, sont des humeurs de même origine et de même nature, ce sont des substances « chaudes » qui ne peuvent se trouver ensemble, sous peine d'induire un « excès de chaleur » qui perturbe le goût du lait, voire entraîne des fièvres chez l'enfant. Toujours à cause de cette incompatibilité entre humeurs de même nature, le fait

d'avoir des rapports sexuels peut aussi tarir le lait, ou modifier sa qualité, car deux humeurs de même origine se détruisent mutuellement.

La maladie que peut contracter un enfant dans ce cas là a un nom spécifique en langue locale. Parmi les personnes qui font référence à cet interdit, certaines expriment très fortement leur crainte et leur respect de cet interdit (enfreindre l'interdit exposerait l'enfant à un risque de maladie, de faiblesse), en particulier les jeunes femmes dont c'est le premier enfant, ou celles qui habitent encore chez leurs parents. D'autres au contraire le présentent comme une « crainte traditionnelle », un conseil des « vieux » ou des « vieilles » qu'on ne peut pas toujours suivre. Par exemple cette femme qui dit :

« D'après ce que disent les grands parents le lait est gâté lorsqu'on reprend les rapports. Mais aujourd'hui on est obligé de reprendre plus vite car le mari ne veut pas attendre. Il n'a nulle part où aller ailleurs ».

Cette femme a repris les rapports avec son mari 6 mois après l'accouchement, son enfant n'étant pas sevré.

Certains enfin contournent l'interdit en utilisant des préservatifs lorsqu'ils reprennent les rapports avant le sevrage : puisque c'est le sperme qui est censé empoisonner le lait, l'utilisation de préservatifs peut prévenir cet empoisonnement en empêchant tout contact entre le sperme et les fluides corporels de la femme (sang, lait).

Par contre, si l'interdit sexuel pendant l'allaitement n'est plus cité que par quelques personnes, il existe une unanimité sur l'incompatibilité entre l'allaitement et une nouvelle grossesse. Toutes les femmes interrogées, ainsi que les hommes, expriment clairement que si une femme allaitante s'aperçoit qu'elle est de nouveau enceinte, elle doit immédiatement sevrer complètement l'enfant : « le lait devient mauvais, il n'est plus pour lui. » « Le lait devient chaud et donne à l'enfant des diarrhées ».

Une autre échéance possible pour la reprise des relations sexuelles est celle de la marche de l'enfant. Dans notre échantillon, cinq femmes et 2 hommes conditionnent la reprise des relations sexuelles à la marche de l'enfant. La marche est le signe que l'enfant a « grandi », qu'il est maintenant assez fort pour pouvoir être nourri autrement qu'au lait maternel, assez résistant face aux maladies. Notons que les limites entre les deux attitudes décrites (crainte d'une incompatibilité lait maternel-relations sexuelles, attente de la marche pour reprendre les relations sexuelles) sont parfois floues : ainsi une femme qui exprimait clairement sa crainte que le lait n'empoisonne l'enfant lors de la reprise des relations sexuelles a en fait repris une activité sexuelle bien avant le sevrage, mais après que son enfant ait su marcher : ainsi tout se passe comme si sa crainte d'un empoisonnement par le lait s'atténuait voire disparaissait lorsque l'enfant sait marcher. Il semble donc que derrière cette crainte déclarée d'un empoisonnement du lait maternel, se cache en fait la crainte d'une grossesse nouvelle, qui paraît dramatique tant que le bébé est un nourrisson qui ne marche pas, et plus acceptable dès lors que l'enfant marche. Plusieurs hommes, et cela va dans le même sens, réduisent en effet l'interdit sexuel à la période « d'allaitement intensif » : la reprise des relations sexuelles ne serait mauvaise pour l'enfant que tant la mère le nourrit de façon intensive, c'est à dire tant qu'il est un nourrisson qui dépend essentiellement du lait de sa mère, et qui ne pourrait supporter un sevrage. Etant donné qu'en Côte d'Ivoire, l'introduction d'aliments de compléments se fait de façon précoce et progressive (aliments liquides dès les premiers mois, aliments solides –bouillies, purées, plat familial- entre 6 et 12 mois), cette notion « d'allaitement intensif » laisse cependant une marge floue.

Plus d'un tiers des enquêtés (6 femmes et 10 hommes) ne se réfèrent pas à l'état physique de l'enfant pour décider du moment de la reprise des relations sexuelles mais à celui de la

femme : le délai d'abstinence post-partum a pour but premier de laisser la femme se remettre de l'accouchement. Il est fixé soit comme un « délai minimum » qui varie de 5 à 8 mois, selon les enquêtés, soit par le retour des règles.

On observe par ailleurs, que, même si cette référence au retour des règles n'est pas toujours explicite, en pratique, il existe une tendance nette à ne reprendre les rapports sexuels que lorsque la femme a revu ses règles : seuls 7 enquêtés sur 42 ont repris les rapports sexuels avant cette date. Au vu des discours des femmes mais aussi des hommes enquêtés, il semble que cela corresponde à un double souci :

- de contrôle de la fécondité : certaines femmes estiment que le fait d'être de nouveau réglées leur permet d'éviter une nouvelle grossesse en « suivant leur cycle » (c'est à dire en évitant les rapports non protégés pendant la période féconde du cycle). D'autre part celles qui désirent utiliser une méthode contraceptive ne le font que lorsque les règles réapparaissent, suivant en cela une recommandation des services de planification familiale locaux, qui généralement conseillent aux femmes en post-partum de venir en consultation dès le retour de leurs règles ;
- de préservation de la santé de la mère : les hommes en particulier expriment que le retour des règles est le signe que l'organisme de la femme s'est remis de l'accouchement, et donc que celle-ci est prête à reprendre les relations sexuelles.

Seuls deux hommes parmi les 42 personnes enquêtées ont fait référence à la norme islamique de reprise des relations sexuelles 40 jours après l'accouchement : l'un des deux a repris les rapports sexuels avec sa femme dès que ce délai a été passé. Par contre l'autre explique qu'il faut « selon la coutume » avoir un rapport sexuel 45 jours après la naissance, puis attendre le retour des règles de la femme pour reprendre une activité sexuelle régulière. On retrouve ici une règle décrite par Caroline Bledsoe en Gambie (dans une population à majorité musulmane), selon laquelle le couple doit avoir un rapport sexuel le 40^{ème} jour après la naissance. Son étude a montré que, après ce premier rapport sexuel, le couple gère la reprise d'une activité sexuelle régulière selon ses propres contraintes et ses propres décisions, mais ce premier rapport au 40^{ème} jour a son importance : il est censé protéger le couple contre une menace de grossesse avant le sevrage (Bledsoe et Hill, 1998). Cependant, on n'observe pas, parmi les personnes que nous avons enquêtées à Abidjan, la même adhésion généralisée à cette règle des 40 jours. Bien que l'islam soit une des religions majoritaires en Côte d'Ivoire (environ un tiers des ivoiriens sont musulmans, et dans notre échantillon 13 enquêtés sur 42), la reprise de l'activité sexuelle après une naissance ne se fonde que très rarement sur ce précepte islamique.

Enfin, parmi les personnes que nous avons interrogées, certaines ne définissent aucune norme ou règle qui définisse la reprise des rapports sexuels. Soit parce qu'elles disent « ne pas connaître de règles », soit parce que c'est une décision de couple qui ne dépend de personne d'autre que des deux partenaires.

Il convient cependant avant de conclure sur ce point de préciser que, selon les couples, la notion d'abstinence post-partum rassemble diverses réalités. En effet à la question « quand avez vous repris les relations sexuelles avec votre conjoint ? », il apparaît que l'enquêté donne généralement la date de reprise de relations sexuelles régulières. Lorsqu'on a abordé cette question de façon plus précise, il est apparu que pour certains couples l'abstinence post-partum est une absence stricte de relations sexuelles, jusqu'à la date de reprise des relations sexuelles, tandis que pour d'autres couples l'abstinence post-partum est une période d'absence de relations sexuelles régulières, période au cours de laquelle le couple peut avoir eu quelques rares relations sexuelles. Chez les femmes enquêtées, 4 femmes ont ainsi dit avoir eu une ou plusieurs relations avec leur partenaire avant la date « déclarée » de reprise des

rapports. C'est une observation qui a été faite dans d'autres populations, en particulier en Gambie (Bledsoe et Hill, 1998) et au Togo (Locoh, 1984) : il peut y avoir reprise des relations sexuelles de façon sporadique lorsque l'enfant est allaité, puis reprise d'une activité sexuelle régulière seulement à partir du sevrage.

D'autre part, parmi les 19 hommes enquêtés, 10 ont déclaré avoir eu des relations sexuelles extraconjugales pendant cette période « d'abstinence post-partum » qui semble donc concerner surtout la femme.

Ainsi on observe une grande variété tant de situations que d'attitudes : dans une population d'un même quartier, de niveau socio-économique relativement homogène, coexistent des attitudes traditionnelles avec référence forte à un interdit sexuel au cours de l'allaitement, des attitudes modernes (le couple est libre de reprendre les relations sexuelles quand il le désire) et des attitudes intermédiaires, qui consistent généralement à attendre que l'enfant marche avant de reprendre une activité sexuelle. L'interdit sexuel de l'allaitement, appelé aussi « tabou de lactation », perdure donc et a des conséquences sur l'alimentation de l'enfant : il est cité par une femme sur trois, et plusieurs femmes ont sevré leur enfant plus tôt qu'elles ne l'auraient souhaité pour répondre à la demande du mari de reprise des relations sexuelles. Cependant cet interdit est loin d'être généralisé : deux personnes sur trois n'y font pas référence, et parmi celles qui l'évoquent, certaines le contournent, soit en reprenant les rapports avant le sevrage mais protégés par des préservatifs, soit en le réduisant à la première année de l'enfant, année où celui-ci est considéré comme le plus fragile. Thérèse Locoh avait déjà décrit comment, au début des années 1980, le discours existant au Togo sur le tabou de lactation laissait une marge d'interprétation floue : la règle exprimée était qu'il fallait éviter une reprise des relations sexuelles « trop précoce » qui pourrait gêner le lait. Ce qui était tabou, interdit, c'était de reprendre une activité sexuelle lorsque le lait donné à l'enfant était le plus riche, le plus essentiel pour sa santé. Cela réduisait le temps de cet interdit, et laissait une certaine liberté au couple pour définir à partir de quel moment la reprise des relations sexuelles était sans danger pour l'enfant (Locoh, 1984).

Les personnes qui ne font pas référence à ce tabou de lactation situent pour la majorité d'entre elles la reprise des relations sexuelles à la marche de l'enfant, ou dans un délai de 6 à 8 mois après l'accouchement lorsque la mère est remise. En pratique on observe que les femmes reprennent rarement une activité sexuelle avant d'avoir revu leurs règles. Il semble donc que la principale crainte des femmes, au sujet de la reprise des relations sexuelles, n'est pas tant son effet direct sur l'enfant que la crainte d'une nouvelle grossesse, qui, si elle survient lorsque l'enfant est encore un nourrisson, pourrait avoir des conséquences graves pour celui-ci car comme on l'a vu, une nouvelle grossesse signifie un sevrage immédiat. En effet les relations sexuelles sont reprises dès lors que l'enfant est considéré comme suffisamment vaillant pour pouvoir être complètement sevré sans danger, ou/et dès que les règles sont revenues, donc lorsque la femme peut contrôler sa fécondité.

Cette crainte d'une grossesse trop précoce dans le post-partum est à mettre en relation avec la rareté des pratiques efficaces de contraception dans le post-partum immédiat. Au moment de l'enquête, seules 10 personnes sur les 42 interrogées utilisaient une contraception de façon continue : trois utilisaient de façon systématique des préservatifs et sept femmes étaient sous contraception hormonale (pilule). Dans les autres cas, l'homme ou la femme interrogé déclare « surveiller le cycle de la femme » pour éviter une grossesse, en pratiquant l'abstinence ou en utilisant les préservatifs pendant la période féconde.

La majorité cependant se disent intéressés par la contraception moderne : certains couples avaient entamé des démarches pour se rendre en consultation de planification familiale mais ne les avaient pas poursuivies (pour cause de déménagement, et plus souvent d'insuffisance

financière), d'autres ne se sentaient pas assez informés et demandaient plus d'information à ce sujet. Mais on note une grande méfiance dans l'ensemble face à la contraception moderne : même parmi ceux qui se disent intéressés, les enquêtés, hommes comme femmes, expriment leurs craintes, en particulier par rapport aux méthodes hormonales, qui sont soupçonnées de faire grossir, d'induire des aménorrhées, des maladies diverses, des stérilités. Plusieurs jeunes femmes mentionnent aussi l'hostilité de leurs mères par rapport à ces méthodes contraceptives.

Notons enfin que, comme cela a été mentionné plus haut, l'usage dans les consultations de planification familiale en Côte d'Ivoire est de conseiller aux femmes en post-partum de venir consulter une fois que leurs règles reviennent. Il n'y a pas de mise sous contraceptif de femmes avant le retour de couches. Cela explique que, quel que soit le mode de contrôle des grossesses adopté, moderne ou traditionnel, la plupart des femmes attendent le retour des règles pour reprendre une activité sexuelle.

IV. – Dialogue et négociations au sein du couple autour de la reprise des relations sexuelles après l'accouchement

La reprise de l'activité sexuelle après l'accouchement est avant tout un problème qui concerne le couple et sur lequel on se confie peu. Sur 23 femmes interrogées, seules 5 en avaient parlé à quelqu'un de leur entourage : deux à une amie, une à sa sœur et deux à leur mère. Lorsque des conseils ont été demandés à quelqu'un de la même génération (camarade, sœur), il n'y a pas eu de référence faite à une incompatibilité entre l'allaitement et la reprise des relations sexuelles, mais plutôt référence au risque d'infidélité du mari en cas de reprise trop tardive, ou référence au risque de grossesse en cas de reprise trop précoce. Les conseils donnés par les deux mères sont divergents : une conseille à sa fille d'attendre d'avoir sevré son enfant avant de reprendre une activité sexuelle, l'autre lui conseille simplement d'utiliser des préservatifs dès qu'elle reprendra les rapports sexuels (cette dernière a repris les rapports à trois mois avec préservatifs).

Les hommes, quant à eux, n'ont jamais sollicité de conseils auprès de l'entourage.

Ainsi il semble qu'il y ait peu de discours effectif des anciens, de conseils appuyés, de mises en garde, sur l'incompatibilité entre allaitement et relations sexuelles. Ce « tabou de lactation » existe plutôt comme une crainte prégnante dans la population, un discours traditionnel général. Le seul cas « d'ingérence » que nous ayons recueilli est celui d'une jeune femme qui n'habitait pas avec son partenaire, mais chez ses parents et à qui sa mère a clairement exprimé qu'elle ne devait pas reprendre d'activité sexuelle avant le sevrage de l'enfant. Cependant, une des femmes enquêtées a fait remarquer que, si le couple est libre de reprendre les rapports sexuels au moment où il le désire, si jamais une grossesse survient trop précocement, c'est la femme qui sera critiquée, et accusée d'avoir voulu reprendre trop tôt les rapports, sans tenir compte de la santé de son enfant. Ce point avait déjà été souligné par Etienne et Francine Van de Walle pour les sociétés de l'Afrique au Sud du Sahara l'espacement des naissances est sous la responsabilité de la femme, et c'est la femme, et non pas l'homme, qui sera blâmée en cas de grossesses rapprochées (Van de Walle et Van de Walle, 1988). Liberté est donc laissée au couple de gérer sa sexualité dans le post-partum, mais c'est à la femme de veiller à ce que cela n'ait pas de conséquences : ce qui explique sans doute l'insistance des femmes à ne pas reprendre les rapports avant d'avoir revu leurs règles, dans un contexte de faible utilisation de la contraception moderne.

Au sein du couple, on remarque que si en règle générale c'est la femme qui décide du sevrage de l'enfant, en revanche c'est l'homme qui prend l'initiative de la reprise des relations sexuelles.

Cependant, même si c'est l'homme qui prend l'initiative et qui demande la reprise de l'activité sexuelle, la femme, dans la plupart des cas, dispose d'un espace de négociation :

- souvent elle retarde le moment de la reprise des relations sexuelles de quelques mois par rapport à la demande du mari, généralement en prenant prétexte de la santé de l'enfant. Parmi les femmes que nous avons interrogées, plusieurs n'ont repris les relations sexuelles que plusieurs mois après que le mari ne l'ait demandé : elles ont attendu pour certaines que l'enfant soit sevré, pour d'autres que l'enfant marche, d'autres encore ont juste retardé légèrement (d'un mois par exemple) le moment de la reprise des relations sexuelles par rapport à la demande du mari, « *pour laisser l'enfant grandir encore un peu* », mais sans pour autant se baser sur un événement particulier qui justifie la reprise à une date donnée. Une femme explique ainsi qu'elle avait commencé par refuser de reprendre les rapports lorsque son mari lui a demandé puis qu'elle a fini par accepter ensuite parce que celui-ci la « *suppliait* » ;
- d'autre part certaines femmes acceptent la reprise des rapports sexuels à condition qu'ils soient systématiquement protégés. Ainsi le cas d'une femme à qui son mari avait demandé de reprendre une activité sexuelle quelques mois après la naissance. Elle dit avoir d'abord refusé, puis avoir fini par accepter devant l'insistance du mari, mais à condition d'utiliser des préservatifs. Une autre femme, qui avait aussi repris les rapports mais avec préservatifs, a décidé par la suite, parce qu'elle ne les supportait plus, d'arrêter les rapports jusqu'à ce qu'elle adopte un autre type de contraception. Au moment de l'enquête cette femme avait donc arrêté les rapports avec son conjoint, à sa propre demande ;
- enfin, nous avons rencontré des cas où la reprise d'une activité sexuelle était utilisée par la femme comme élément dans une négociation plus large. Deux femmes, au moment de l'enquête, étaient en discussion avec leur partenaire à ce sujet : l'une d'elle conditionnait la reprise des relations sexuelles à une plus grande implication du partenaire dans sa prise en charge et celle de l'enfant ; l'autre à la clarification de sa situation « matrimoniale » : son partenaire ayant une maîtresse, elle refusait de reprendre les rapports avec lui tant qu'il n'avait pas rompu avec cette dernière.

Ainsi il y a unanimité chez les femmes enquêtées sur le fait que c'est de l'homme que vient l'initiative de la reprise des relations sexuelles. Mais dans de nombreux cas ces femmes peuvent différer la reprise de ces relations, si elles le souhaitent, ou si cela leur semble nécessaire pour la santé de l'enfant. En effet, comme cela a été dit plus haut, même si l'initiative vient du mari, la responsabilité de cette reprise des relations sexuelles sera facilement imputée à la femme : si l'enfant tombe malade, c'est elle qu'on accusera d'avoir repris trop tôt les rapports. Pour retarder la reprise des relations sexuelles, à côté des négociations décrites, on rencontre des stratégies empruntées à la tradition : deux femmes sont retournées chez leur mère pendant un an après la naissance, et ont repris les rapports sexuels à leur retour. Une jeune fille qui vit chez ses parents et non chez son partenaire explique qu'elle a évité de passer la nuit chez son partenaire tant qu'elle ne voulait pas reprendre d'activité sexuelle.

Dans l'ensemble, les femmes que nous avons interrogées semblent donc avoir disposé d'un pouvoir de négociation face à leur partenaire au sujet de la reprise des relations sexuelles. Lorsque qu'il n'y a pas eu de « négociation », les femmes ont toutes dit avoir repris les relations sexuelles à la demande du mari, et en accord avec celui-ci. Nous n'avons pas

recueilli de témoignage de femmes qui aient décrit avoir été contraintes par la force. Par contre de nombreuses femmes expriment qu'elles se sont senties contraintes à la reprise des relations sexuelles plus tôt qu'elles ne l'auraient souhaité, pour éviter que leur partenaire n'ait de relations sexuelles avec d'autres femmes : la plupart d'entre elles expriment cette crainte, et en particulier, à mots plus ou moins couverts, la crainte que ne soient introduits dans le couple à cette occasion MST et Sida. Comme l'exprime cette femme :

« Aujourd'hui on est obligé d'obéir à ce que veut son mari car si on lui refuse de reprendre les rapports, il va voir ailleurs et risque de ramener à sa femme la maladie. »

Cette même femme, par la suite, met en relation la rapidité de la reprise des relations sexuelles avec le fait que l'homme ait ou non d'autres épouses : lorsqu'un homme est polygame, l'abstinence post-partum de chaque femme peut être plus longue ; s'il est monogame, la femme doit reprendre rapidement les rapports si elle ne veut pas que son conjoint aille « voir ailleurs ». Cette référence à la polygamie comme un système ancien (très peu de femmes aujourd'hui à Abidjan vivent en ménage polygame) qui permettait une abstinence post-partum plus longue se retrouve dans plusieurs entretiens.

Ainsi dans de nombreux cas la reprise des relations sexuelles est dictée chez la femme par le souci de garder son partenaire, d'éviter qu'il ait des relations sexuelles hors du ménage. Ce sentiment est partagé par l'ensemble des femmes, sans distinction d'âge ou de génération. Une des femmes interrogées, elle-même grand mère, a ainsi déclaré qu'elle avait toujours, pour ses 8 enfants, repris les rapports tôt, environ 4 mois après l'accouchement, car « *quand on aime son mari, on ne veut pas qu'il aille en voir une autre* ».

On remarque aussi le cas d'une jeune femme, de nouveau enceinte quand son bébé avait 12 mois : on apprend au cours de l'interview que le mari avait une maîtresse, enceinte de lui. On peut penser qu'ici la jeune femme a repris les rapports précocement, sans protection, pour « récupérer » son mari, d'où cette grossesse rapprochée qui l'a contrainte à sevrer rapidement le premier bébé.

Cette crainte exprimée par les femmes n'est pas sans fondement : dix des 19 hommes enquêtés (tous monogames) disent avoir eu des rapports sexuels avec d'autres partenaires que la mère de leur enfant avant la reprise des relations sexuelles avec celle-ci. Parmi les neuf autres, certains n'ont pas souhaité répondre à la question. Il semble donc que, pour les hommes, le fait d'avoir une activité sexuelle extra conjugale pendant la période d'abstinence post-partum de la femme est chose courante. Cette attitude se rencontre chez des hommes dont la femme s'est abstenue de rapports sexuels pendant une longue période, mais aussi chez des hommes dont la femme a repris les rapports quelques mois après la naissance.

V. – Conclusion

À Abidjan, grande capitale économique de l'Afrique de l'Ouest, l'organisation des ménages a évolué ces dernières années : diminution de la polygamie, nucléarisation des familles... Il est fort probable que ces transformations aient induit des évolutions dans les rapports de genre. La reprise des relations sexuelles après la naissance est étroitement liée aux rapports de genre et est susceptible alors d'évoluer. Nous avons observé dans notre étude que l'abstinence post-partum prolongée reste en vigueur à Abidjan : la reprise des relations sexuelles après une naissance s'effectue en moyenne à la fin de la première année de vie de l'enfant. Cependant cette pratique a connu des évolutions. Elle n'est plus liée que de façon éloignée au « tabou de lactation » tel qu'il avait été décrit dans les sociétés traditionnelles africaines : seule une minorité de personnes se réfèrent à cet interdit sexuel au cours de l'allaitement, et la reprise de l'activité sexuelle précède le plus souvent le sevrage de l'enfant. Par contre, retarder la reprise de l'activité sexuelle est clairement exprimé par les hommes et les femmes rencontrés comme un moyen d'éviter une nouvelle grossesse, perçue comme dangereuse pour la mère aussi bien que pour l'enfant si celle-ci survient avant que l'enfant n'ait au moins un an. Il apparaît donc que dans la ville d'Abidjan, l'abstinence post-partum est avant tout un mode traditionnel d'espacement des grossesses, dont la persistance est à mettre en relation avec le faible niveau de pratique contraceptive dans cette ville. Engagée tardivement dans des programmes de politique de population (Ministère du Plan, 1999), la Côte d'Ivoire est un des pays d'Afrique de l'Ouest où la planification familiale est la moins développée. Cette faiblesse de l'offre se double d'une grande méfiance de la population face aux méthodes contraceptives modernes, suspectées d'induire effets secondaires, maladies, stérilités... (Guillaume et Desgrées du Loû ; 2002). Même au sein des services de planification familiale, les pratiques en vigueur laissent les femmes sans protection contraceptive dans le post-partum immédiat. En effet, il est d'usage dans ces services de proposer aux femmes, après l'accouchement, de venir consulter seulement une fois qu'elles ont revu leurs règles. L'aménorrhée post-partum pouvant être assez longue lorsque l'allaitement est prolongé, même les femmes qui veulent recourir à la contraception moderne doivent ainsi attendre plusieurs mois avant de reprendre une contraception donc une activité sexuelle, puisque l'ovulation peut survenir avant le retour des règles et qu'elles ne sont ainsi pas protégées du risque de grossesse tant que leurs règles ne sont pas revenues.

Une autre étude menée auprès de femmes infectées par le VIH et suivies dans le cadre d'un projet de réduction de la transmission mère-enfant confirme d'ailleurs que le maintien d'une abstinence post-partum prolongée, à Abidjan, est clairement défini comme un mode d'espacement des grossesses, une mesure de protection de la santé de la mère et de l'enfant, indépendamment du mode d'alimentation de l'enfant. En effet ces femmes séropositives, bien qu'elles sèvent leur enfant précocement, autour de 6-7 mois en moyenne, pour limiter le risque de transmission du VIH par le lait, adoptent une abstinence post-partum qui se poursuit bien au delà du sevrage de l'enfant. Il semble que, pour ces femmes qui se savent séropositives, l'abstinence post-partum soit une des stratégies adoptées pour éviter le risque de transmission sexuelle, face à la difficulté qu'elles rencontrent à utiliser le préservatif : on observe en effet une très faible proportion de rapports systématiquement protégés, en particulier chez les femmes qui n'ont pas informé leur partenaire de leur séropositivité pour le VIH (Desgrées du Loû *et al.*, 2002). Ainsi, aujourd'hui, l'abstinence sexuelle post-partum est une réalité qui demeure, mais qui n'est plus liée que par des liens assez lâches à l'interdit sexuel au cours de l'allaitement, et qui se nourrit d'autres justifications : elle est avant tout présentée comme une façon de garantir la santé de la mère et de l'enfant, en écartant le risque de survenue d'une nouvelle grossesse inopportune.

L'enquête présentée ici a montré que, généralement, c'est l'homme dans le couple qui demande en premier à reprendre les rapports sexuels. La femme, face à cette demande, dispose d'une marge de négociation réelle, en s'appuyant sur l'argument de sa santé et de celle de l'enfant. L'exemple des femmes séropositives pour le VIH, là encore, renforce cette constatation : ces femmes, qu'elles aient ou non informé leur conjoint de leur séropositivité, trouvent des arguments pour retarder le moment de reprendre les relations sexuelles, et ce indépendamment du fait qu'elles allaitent ou non leur enfant (Desgrées du Loû *et al.*, 2002).

Cependant le pouvoir de décision de ces femmes a une limite, qui est leur peur de voir les hommes s'éloigner d'elles pendant cette période. En effet, ce maintien d'une abstinence post-partum longue, dans un contexte urbain monogame, semble favoriser les relations sexuelles extra-conjugales des hommes pendant cette période. Dans un pays fortement touché par l'épidémie de VIH (le taux de prévalence dans la ville d'Abidjan est estimé à environ 14%), et où l'utilisation de préservatifs reste faible (Zanou *et al.*, 1999), cela représente un risque « d'entrée du VIH » dans le couple et la famille qui devrait être considéré de façon spécifique par les programmes de santé publique. Les femmes expriment leur inquiétude face à ce risque, et certaines reprennent les rapports sexuels avec leur conjoint plus rapidement qu'elles ne l'auraient souhaité, pour réduire ce risque. Les femmes sont donc bien souvent partagées entre deux inquiétudes : celle de voir leur partenaire « aller voir ailleurs » si elles reprennent trop tardivement les rapports sexuels, et celle d'être de nouveau enceinte trop rapidement si elles reprennent trop vite une activité sexuelle. Cette double angoisse des femmes dans le post-partum pourrait être prise en compte dans les programmes de planification familiale, via la proposition de méthodes contraceptives utilisables dans le post-partum immédiat, c'est à dire dès le premier mois après l'accouchement et avant le retour des règles, pour les couples qui souhaitent reprendre rapidement les rapports sexuels.

Références :

- Bledsoe C. and Hill A., 1998, « Social norms, natural fertility, and the resumption of postpartum 'contact' in the Gambia. » in Basu AM et Aaby P eds, *The methods and uses of anthropological demography*. Clarendon Press Oxford, pp. 268-297.
- Desgrées du Loû A., Msellati P., Viho I., *et al.* for the Ditrane Study Group., 2002, « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. Ditrane ANRS 049 Project, Abidjan, 1995-2000. », *Int J of STD and AIDS*, 13 (7), pp. 462-8.
- Direction de la statistique, Ministère de l'Economie et des Finances, 1984, *Enquête Ivoirienne sur la Fécondité 1980-81. Rapport principal. Volume 1. Analyse des principaux résultats*. Abidjan : Direction de la statistique et World Fertility Surveys, 140 p.
- Guillaume A et Desgrées du Loû A., 2002, « Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire : contraception, abortion or both ? » *International Family Planning perspectives*, 28 (3), pp. 159-166
- Héritier F. *Masculin / Féminin. La pensée de la différence*. Ed. Odile Jacob, Paris, 1996, 332 p.
- Locoh T., 1984, « Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest. le Togo méridional contemporain. » Travaux et Documents, cahier n°107, INED, Paris.
- Ministère chargé du Plan et du Développement Industriel, 1997, *Déclaration de Politique Nationale de Population*, République de Côte d'Ivoire, FNUAP, mars 1997.
- Ministère de la Planification et de la Programmation du Développement, 1999, *Enquête Démographique et de Santé Côte d'Ivoire 1998-1999, Rapport Préliminaire*. Mai 1999, DHS, Macro International Inc., INS, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- N'Cho Sombo, Kouassi Lucien, Kouamé Koffi A. *et al.*, 1995, *Enquête démographique et de Santé, Côte d'Ivoire, 1994*. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et Macro International Inc, 294 p.
- Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Côte d'Ivoire, 1988. Analyse des résultats définitifs*. Abidjan : Institut National de la Statistique.
- Toure L., Kamagate Z., Guillaume A., Desgrées du Loû A., 1997, Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon. Etudes et Recherches, ENSEA, Abidjan, janvier 1997, 66p. + annexes.
- Van de Walle E et F., 1988, « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité ». In Tabutin D. (ed). *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara*. L'Harmattan, pp. 141-166.
- Zanou B., Nyankawindemera A., Toto JP. *et al.*, 1999. « Enquête de surveillance de comportements relatifs aux MST/sida en Côte d'Ivoire (BSS Octobre 1998). Rapports. » (4 tomes) ENSEA, Impact, USAID, SFPS, octobre 1999.

**PARUS DANS LA COLLECTION
SANTÉ DE LA REPRODUCTION, FÉCONDITÉ, DÉVELOPPEMENT**

Documents de recherche

n° 1 : Une lecture géographique des mécanismes de baisse de la fécondité en Inde / Christophe Z. Guilmoto – Série Santé de la Reproduction, Fécondité et Développement. Documents de recherche n° 1. Laboratoire Population-Environnement-Développement. 2002. 23 p.

n° 2 : Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne. Un bilan autour des exemples du Kenya, du Ghana et de la Côte d'Ivoire / Patrice Vimard, Raïmi Fassassi et Edouard Talnan – Série Santé de la Reproduction, Fécondité et Développement. Documents de recherche n° 2. Laboratoire Population-Environnement-Développement 2002. 29 p.

PARUS DANS LES COLLECTIONS DE L'ETS

Documents de recherche

n° 1 : Recompositions familiales et transformations agraires. Une lecture de cas africains et mexicain – André QUESNEL et Patrice VIMARD, 23 p. (épuisé)

n° 2 : Micro-économie de la fécondité. Quelques réflexions à partir du cas indien – Christophe Z. GUILMOTO, 22 p. (épuisé)

n° 3 : Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise – Patrice VIMARD, 31 p.

n° 4 : Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain – Susana LERNER, André QUESNEL et Olivia SAMUEL, 29 p.

n° 5 : Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans. Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité ? – Annabel DESGRÈES DU LOÛ, Philippe MSELLATI, Ida VIHO et Christiane WELFFENS-EKRA, 21 p.

n° 6 : Une approche qualitative de l'évolution des modèles familiaux dans une population rurale sénégalaise – Agnès ADJAMAGBO et Valérie DELAUNAY, 23 p.

n° 7 : La régulation de la fécondité à Yopougon (Abidjan) : une analyse des biographies contraceptives – Agnès GUILLAUME, 31 p.

n° 8 : La santé de la reproduction : concept et acteurs – Doris BONNET et Agnès GUILLAUME, 20 p.

n° 9 : La relation fécondité-pauvreté : une étude de cas en Tunisie – Bénédicte GASTINEAU et Frédéric SANDRON, 26 p.

n° 10 : Recours aux soins des enfants et migration circulaire rurale-urbaine. Une étude de cas en milieu rural sénégalais – Florence WAITZENEGGER-LALOU, 29 p.

Notes et Projets

n° 1 : Projet scientifique, 19 p. (épuisé)