

## EDITORIAL

# Addressing infertility as an overlooked priority in the reproductive health agenda in Africa

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i17.1

*Friday Okonofua<sup>1,2</sup>, Lorretta Ntoimo<sup>3,4</sup>, Zainab Kwaru Muhammad-Idris<sup>5,6</sup> and Rosemary Ogu<sup>7</sup>*

Editor-in-Chief, African Journal of Reproductive Health<sup>1</sup>; Emeritus Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin, Nigeria<sup>2</sup>; Editor, African Journal of Reproductive Health, Nigeria<sup>3</sup>; Department of Demography and Social Statistics, Faculty of Social Sciences, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria<sup>4</sup>; Department of Community Medicine, College of Medicine, Kaduna State University, Kaduna, Kaduna State, Nigeria<sup>5</sup>; National President, Medical Women's Association of Nigeria (MWAN)<sup>6</sup>; Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Port Harcourt, Nigeria<sup>7</sup>

**\*For Correspondence:** Email: [feokonofua@yahoo.co.uk](mailto:feokonofua@yahoo.co.uk)

Infertility is one of the great paradoxes of reproductive health in Africa. The continent has some of the world's highest fertility rate<sup>1</sup>, yet it also carries a disproportionately high burden of infertility<sup>2</sup>. Despite this, infertility remains one of the least prioritised components of sexual and reproductive health and rights (SRHR) on the continent, receiving far less attention than contraception, maternal health, HIV, sexually transmitted infections (STIs), abortion, and adolescent pregnancy. In 2026, 32 years after the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD) included infertility as one of its platforms of action<sup>3</sup>, this neglect is no longer defensible.

The World Health Organization (WHO) estimates that approximately one in six people of reproductive age worldwide experience infertility during their lifetime<sup>2</sup>. Importantly for Africa, WHO's estimates for 1990–2021 indicate that the period prevalence of infertility was highest in the WHO African Region, at 16.4%, compared with a global average of 12.6%<sup>2</sup>. A recent meta-analysis of studies from sub-Saharan Africa similarly estimated infertility prevalence at about 17%, although substantial variation exists between countries and studies.<sup>4</sup>

These figures should be understood alongside Africa's continuing rate of high fertility. The United Nations reports that 24 countries in sub-Saharan Africa had total fertility rates of at least four births per woman in 2024<sup>1</sup> while 42 sub-Saharan African countries are among those still undergoing the fertility transition. At first sight, these two realities may appear contradictory. They are not. Indeed, the coexistence of high fertility and high infertility should make infertility a greater, rather than lesser, priority for African reproductive health.

The WHO defines infertility as a disease of the male or female reproductive system characterised by

failure to achieve pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse<sup>2</sup>. It may result from male factors, female factors, factors affecting both partners, or unexplained causes. This definition is important because infertility is sometimes treated as a private misfortune rather than a health condition. But sexual and reproductive health and rights (SRHR), as defined in the ICPD is not simply about preventing pregnancy. It encompasses the ability to decide whether, when and how often to have children, and includes access to fertility and infertility care as well as contraception. A reproductive health system that helps people prevent pregnancies but does little to help those who cannot achieve a wanted pregnancy is therefore incomplete.

Africa's neglect of infertility is particularly troubling because a substantial proportion of infertility is preventable. Untreated STIs, pelvic inflammatory disease, complications of unsafe abortion, postpartum infections and some complications of pelvic surgery can damage the reproductive tract and produce tubal infertility<sup>5</sup>. Male infertility may result from genital infections, obstruction, hormonal disorders, varicocele, and other conditions.<sup>6</sup>

A systematic review and meta-analysis of African studies found that pelvic inflammatory disease, tubal factors and abortion-related factors were among the most commonly reported causes of female infertility<sup>4,7</sup>, while oligospermia, asthenozoospermia and varicocele were important male factors<sup>6</sup>. These are not merely issues for fertility clinics. They are failures of prevention, infection control, obstetric care, sexual health education and access to appropriate reproductive healthcare<sup>8</sup>. The prevention of infertility should therefore begin long before a couple presents at a fertility clinic.

Women often bear the burden of couples' infertility. Infertility affects both men and women. Yet in many African societies, its social consequences of infertility are profoundly gendered<sup>9-11</sup> Women are frequently assumed to be responsible for a couple's inability to conceive, even when the cause is male infertility.<sup>12-14</sup> The consequences may include stigma, humiliation, social exclusion, marital instability, polygyny, abandonment, economic insecurity and intimate partner violence.

A recent systematic review and mixed-methods meta-synthesis of 48 studies<sup>15</sup> documented widespread infertility-related stigma across Africa, with reported prevalence reaching 64% in some settings. The consequences included psychological, behavioural, relational and health-related harms. Strikingly, the review found no implemented interventions specifically designed to mitigate infertility stigma in Africa.

A separate scoping review of 116 studies on the psychosocial dimensions of infertility in Africa<sup>16</sup> found that women frequently experienced ridicule, shame, isolation, financial strain, marital instability, polygamy, increased HIV risk, intimate partner violence and divorce. A qualitative synthesis published in this journal<sup>17</sup> similarly documented social pressure, stigma, financial constraints, marital problems, psychological distress and diminished self-worth among African women experiencing infertility.

These findings should force us to reconsider what we mean when we describe infertility as a "fertility problem". It is also a gender, social justice, mental health, and human rights issue. The fact that men can be infertile does not eliminate the gendered consequences of infertility. Rather, it strengthens the case for couple-centred services that investigate both partners and challenge the persistent assumption that childlessness is primarily a woman's problem.

### ***Does treating infertility threaten Africa's population?***

One argument sometimes advanced against giving greater attention to infertility is that Africa already has high fertility and rapid population growth. The concern is that helping infertile couples conceive could increase the number of births and therefore aggravate population pressures.<sup>18</sup>

This argument is understandable, but scientifically weak.

The first error is to equate infertility with population control. Infertility is a disease, not a demographic policy instrument. Deliberately allowing people to remain infertile because fertility is high elsewhere would

amount to using disease as an instrument of population management. Such an approach is incompatible with the principles of reproductive autonomy, justice, and human rights.

Second, total fertility is determined by much more than biological capacity to conceive. Population fertility is shaped by desired family size, age at marriage and first birth, contraception, breastfeeding and postpartum practices, abortion, education, women's employment, mortality, social norms and other demographic factors. The UN's population projections explicitly distinguish fertility from the wider demographic processes determining population growth.

Third, treating infertility does not create a desire for children where none exists. It enables people who already want children to have a better chance of achieving their reproductive intentions. This is fundamentally different from encouraging larger families.

Demographic evidence from sub-Saharan Africa shows that fertility preferences and contraceptive behaviour are major determinants of fertility.<sup>19,20</sup> Longitudinal evidence from African and Asian populations has found that the desire to stop childbearing is a powerful predictor of subsequent fertility, while contraceptive use is central to translating reproductive intentions into actual fertility outcomes.<sup>21</sup> Research across 25 sub-Saharan African countries has similarly found that family-planning programmes and women's education contribute to fertility decline by reducing both wanted and unwanted fertility.<sup>19</sup>

Thus, the appropriate response to Africa's high fertility is not to deny fertility care to people with infertility. It is to ensure that fertility care and other family-planning services are available simultaneously, so that people can achieve their desired reproductive goal, whether that means having a child, spacing births or stopping childbearing.

There is also another interesting paradox. There is evidence that infertility may itself undermine contraception. The assumption that untreated infertility necessarily reduces population growth overlooks the behavioural consequences of infertility fears.

In many African settings, women and couples fear that contraception may cause permanent infertility. A multicountry study covering nine sub-Saharan African settings found that 20–40% of women believed that contraceptive use could make it difficult to become pregnant later.<sup>22</sup> Women holding this belief were substantially less likely to use medicalised contraception in several study sites.

In Ghana, 56% of first-time mothers in one study cited fear of infertility following contraceptive use as a reason for not using modern contraception<sup>23</sup>. In rural

Ethiopia, nearly half of surveyed women believed contraception could cause infertility<sup>24</sup>. These perceptions matter because infertility has such severe social consequences. Where a woman's social status depends heavily on proving her fertility, the prospect of future infertility can be more frightening than an unintended pregnancy. Women may therefore avoid contraception, discontinue it prematurely, prefer less effective methods, or seek pregnancy sooner than they otherwise would.

A pooled analysis of 15 sub-Saharan African countries found that after discontinuing contraception specifically to become pregnant, the probability of pregnancy within 12 months was approximately 73% in Francophone West Africa, 79% in Anglophone West Africa and 82% in East Africa (24). The study nevertheless concluded that fears about infertility and delayed return to fertility remain an important barrier to contraceptive uptake. The implication is profound: neglecting infertility may paradoxically weaken family-planning programmes.

If women believe that contraception can permanently destroy their fertility, and if infertility carries severe social consequences, then reassurance about contraceptive safety becomes less credible unless health systems are also seen to take infertility seriously. An integrated approach is therefore essential: women and men must be told both that modern contraceptives do not generally cause permanent infertility and that, should infertility occur, they have a legitimate pathway to prevention, diagnosis and treatment.

Infertility care is not synonymous with IVF: Another reason infertility has been neglected is the perception that fertility care means expensive assisted reproductive technology, particularly in vitro fertilisation (IVF), which remains inaccessible to most Africans. This is too narrow a conception of fertility care. Our team at the Women's Health and Action Research Centre had argued in a 1996 commentary in the *BJOG* that the emphasis for reducing the burden of infertility should be on prevention rather than the use of high-cost new tech (IVF) treatments<sup>26</sup>. The WHO's first global guideline on infertility, published in 2025<sup>8</sup> (8), explicitly adopts a comprehensive approach covering prevention, diagnosis and treatment, including male-factor infertility, ovulatory dysfunction, tubal disease, uterine disorders and unexplained infertility.

For Africa, much of the immediate opportunity lies upstream: preventing STIs; diagnosing and treating reproductive tract infections promptly; preventing unsafe abortion and its complications; improving the quality of obstetric and postpartum care; strengthening semen analysis and male infertility services; improving menstrual and reproductive health education; and

establishing affordable, evidence-based first-line infertility care.

IVF and other forms of medically assisted reproduction have an important role, but they should form part of a continuum of fertility care rather than define it. The research gap is unacceptable. The neglect is also visible in the research agenda.

A 2024 scoping review identified 116 studies on psychosocial aspects of infertility in Africa between 2000 and 2022, but 81% of the studies came from only Nigeria, Ghana and South Africa<sup>16</sup>. This means that major parts of the continent remain poorly understood. We need research that goes beyond estimating prevalence.

We need to know: 1) Which causes of infertility are preventable in different African settings? 2) How much infertility is attributable to STIs, pelvic inflammatory disease, unsafe abortion and obstetric complications? 3) How should infertility prevention be integrated into primary healthcare? 4) What are the economic costs of infertility to households? 5) How does infertility affect men's and women's mental health and social well-being? 6) What forms of stigma and violence are experienced by women and men? 7) How does fear of infertility affect contraceptive uptake? 8) Can infertility services increase confidence in family planning rather than undermine it? 9) Which low-cost treatments can be safely decentralized and managed at the primary health care settings? 10) How can fertility care be incorporated into universal health coverage? 11) What community interventions can reduce stigma and prevent violence against women experiencing infertility? These questions deserve the same scientific attention that has been devoted to other major reproductive health challenges.

An integrated African reproductive health agenda is required. Africa does not need to choose between preventing unintended pregnancies and helping people achieve wanted pregnancies. These are two sides of the same reproductive-health agenda. A woman who wants to avoid pregnancy should have access to accurate information and effective contraception. A woman who wants a pregnancy should have access to evidence-based fertility information and care. A couple who has completed their desired family should be able to stop childbearing. A couple that cannot achieve a wanted pregnancy should be able to seek affordable, respectful and effective infertility care. And both men and women should be encouraged to participate in the diagnosis and treatment process. This is precisely why WHO now identifies fertility care, including prevention, diagnosis and treatment of infertility, as a core component of reproductive health and emphasises the need to address inequities in access to care. The population argument should therefore be put in its proper perspective. Africa's

population challenge is real. The United Nations projects rapid population growth in many sub-Saharan African countries, with particularly rapid growth expected in several countries. But that challenge should be addressed through education, women's empowerment, voluntary family planning, delayed and healthy childbearing, reduction of unintended pregnancies, and policies that enable individuals and couples to achieve their reproductive intention, not by leaving infertility untreated. Indeed, the most defensible demographic policy is one that respects reproductive choice in both directions.

### **A call to action**

Infertility must move from the margins to the centre of Africa's reproductive health agenda.

We call on African researchers, reproductive health professionals, women's health advocates, development partners, governments and funders to recognise infertility as a major public health and gender issue and to invest substantially more in its prevention, diagnosis, treatment and social consequences.

Research must move beyond documenting suffering to developing and testing practical interventions. Health systems must integrate infertility prevention and basic fertility care into primary and reproductive healthcare. Family-planning programmes must directly address fears about contraceptive-induced infertility. Communities must challenge the stigma that places responsibility for infertility disproportionately on women. And services must deliberately bring both men and women into prevention, diagnosis and treatment.

Most importantly, Africa must reject the false choice between population management and reproductive rights.

Helping people to have the children they want does not undermine the right of others to avoid pregnancy. Preventing infertility does not mean encouraging large families. Treating infertility does not negate family planning. On the contrary, a mature SRHR agenda must support both the right to prevent an unwanted pregnancy and the right to seek help for a wanted pregnancy. Africa's reproductive health agenda will remain incomplete until it embraces both.

The time has come for infertility to receive the research, policy attention, investment and compassion that its enormous human and social burden demands.

**Conflict of interest:** None

### **References**

1. UNDESA Population Division. World Population Prospects 2024 Online Edition. Washington DC: United Nations,

- Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2024. Report POP/DB/WPP/Rev.204/GEN/F01/Rev.1.
2. World Health Organization. Infertility prevalence estimates, 1990–2021. Geneva: World Health Organization.
3. United Nations Population Fund. Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. 2004.
4. Gedef GM, Taye EB, Mohammed OY, Abegaz MY, Asratie MH, Andualem F. Prevalence of infertility and its risk factors in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Contracept Reprod Med*. 2025 Nov 17;10(1):73. doi:10.1186/s40834-025-00411-1
5. Wei J, Huang H, Fan L. Global burden of female infertility attributable to sexually transmitted infections and maternal sepsis: 1990–2021 and projections to 2050. *Sci Rep*. 2025 Apr 30;15(1):15189. doi:10.1038/s41598-025-94259-9
6. Okonofua FE, Ntoimo LFC, Omonkhua A, Ayodeji O, Olafusi C, Unuabonah E, et al. Causes and Risk Factors for Male Infertility: A Scoping Review of Published Studies. *IJGM*. 2022 Jul;Volume 15:5985–97. doi:10.2147/IJGM.S363959
7. Abebe MS, Afework M, Abaynew Y. Primary and secondary infertility in Africa: systematic review with meta-analysis. *Fertil Res and Pract*. 2020 Dec 2;6(1):20. doi:10.1186/s40738-020-00090-3
8. World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. Geneva: World Health Organization; 2025.
9. Okonofua FE, Harris D, Odebiyi A, Kane T, Snow RC. The social meaning of infertility in Southwest Nigeria. 1997.
10. Moyo I, Mpofu L. The Sociocultural Aspects of Infertility in African Countries: A Scoping Review. In: Wilder S, Blair SL, Scott CL, editors. *In Pursuit of Parenthood: Infertility, Assisted Reproductive Technology, and Surrogacy* [Internet]. Emerald Publishing Limited; [cited 2026 Sep 8]. p. 0. Available from: <https://doi.org/10.1108/S1530-353520260000035003> doi:10.1108/S1530-353520260000035003
11. Elwell K. The social and cultural consequences of infertility in rural and peri-urban Malawi. *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive*. 2022;26(7):112–26.
12. Bayouh FA. Socio-cultural Perceptions of Infertility and their Implications: A study of Women Experiencing Childlessness in South Gondar, Ethiopia. 2011.
13. Zou W, Tang L, Wallis C. “My Body is Betraying Me”: Exploring the Stigma and Coping Strategies for Infertility Among Women Across Ethnic and Racial Groups. *Health Communication*. 2025 Oct 15;40(12):2612–23. doi:10.1080/10410236.2025.2470984 PubMed PMID: 39991807.
14. McLarnon C, Amongin D, McDougal L, Deignan C, Woks NIE, Bukuluki P, et al. From blame to belonging: Social and behavior change strategies to address infertility-related stigma in sub-Saharan Africa. *Global Public Health*. 2026 Aug 10;21(1):2715813. doi:10.1080/17441692.2026.2715813 PubMed PMID: 42573400.
15. Ekpore E, Brobbey SS, Kumah CY, Akyirem S. Experience of infertility-related stigma in Africa: a systematic review and mixed methods meta-synthesis. *Int Health*. 2025 Nov 1;17(6):903–13. doi:10.1093/inthealth/ihaf060
16. Roomaney R, Salie M, Jenkins D, Eder C, Mutumba-Nakalembe MJ, Volks C, et al. A scoping review of the psychosocial aspects of infertility in African countries. *Reprod Health*.

- 2024 Aug 23;21(1):123. doi:10.1186/s12978-024-01858-2
17. Temitope L. A qualitative synthesis of the impact of infertility on the mental health of African women. *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de La Santé Reproductive*. 2022;26(12):49–57.
18. Frank O. The demand for fertility control in sub-Saharan Africa. *Studies in family planning*. 1987 Jul 1;18(4):181–201.
19. Bongaarts J. Trends in fertility and fertility preferences in sub-Saharan Africa: the roles of education and family planning programs. *Genus*. 2020 Sep 21;76(1):32. doi:10.1186/s41118-020-00098-z
20. Bongaarts J, Casterline J. Fertility Transition: Is sub-Saharan Africa Different? *Popul Dev Rev*. 2013;38(Suppl 1):153–68. doi:10.1111/j.1728-4457.2013.00557.x PubMed PMID: 24812439; PubMed Central PMCID: PMC4011385.
21. Cleland J, Machiyama K, Casterline JB. Fertility preferences and subsequent childbearing in Africa and Asia: A synthesis of evidence from longitudinal studies in 28 populations. *Population Studies*. 2020 Jan 2;74(1):1–21. doi:10.1080/00324728.2019.1672880 PubMed PMID: 31694465.
22. Bell SO, Karp C, Moreau C, Gemmill A. “If I use family planning, I may have trouble getting pregnant next time I want to”: A multicountry survey-based exploration of perceived contraceptive-induced fertility impairment and its relationship to contraceptive behaviors. *Contraception*: X. 2023 Jan 1;5:100093. doi:10.1016/j.conx.2023.100093
23. Adofo E, Dun-Dery EJ, Kotoh AM, Dun-Dery F, Avoka JA, Ashinyo ME. Fear of infertility limits contraceptive usage among first-time mothers in Ghana: A cross-sectional study. *Sage Open Medicine*. 2021 Jan 1;9:20503121211021256. doi:10.1177/20503121211021256
24. Sedlander E, Yilma H, Emaway D, Rimal RN. If fear of infertility restricts contraception use, what do we know about this fear? An examination in rural Ethiopia. *Reprod Health*. 2022 Jun 13;19(1):57. doi:10.1186/s12978-021-01267-9
25. Barden-O’Fallon J, Speizer IS, Calhoun LM, Moumouni NA. Return to pregnancy after contraceptive discontinuation to become pregnant: a pooled analysis of West and East African populations. *Reprod Health*. 2021 Jul 2;18(1):141. doi:10.1186/s12978-021-01193-w
26. Okonofua FE. The case against new reproductive technologies in developing countries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1996;103(10):957–62.

# Aborder l'infertilité comme une priorité négligée dans le programme de santé reproductive en Afrique

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i17.1

Friday Okonofua<sup>1,2</sup>, Lorretta Ntoimo<sup>3,4</sup>, Zainab Kwaru Muhammad-Idris<sup>5,6</sup> and Rosemary Ogu<sup>7</sup>

Editor-in-Chief, African Journal of Reproductive Health<sup>1</sup>; Emeritus Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin, Nigeria<sup>2</sup>; Editor, African Journal of Reproductive Health, Nigeria<sup>3</sup>; Department of Demography and Social Statistics, Faculty of Social Sciences, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria<sup>4</sup>; Department of Community Medicine, College of Medicine, Kaduna State University, Kaduna, Kaduna State, Nigeria<sup>5</sup>; National President, Medical Women's Association of Nigeria (MWAN)<sup>6</sup>; Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Port Harcourt, Nigeria<sup>7</sup>

\*Pour toute correspondance: Courriel : [feokonofua@yahoo.co.uk](mailto:feokonofua@yahoo.co.uk)

L'infertilité constitue l'un des grands paradoxes de la santé reproductive en Afrique. Le continent affiche certains des taux de fécondité les plus élevés au monde<sup>1</sup>, tout en supportant un fardeau disproportionné lié à l'infertilité<sup>2</sup>. Malgré cela, l'infertilité demeure l'un des aspects les moins prioritaires de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) sur le continent, recevant bien moins d'attention que la contraception, la santé maternelle, le VIH, les infections sexuellement transmissibles (IST), l'avortement et les grossesses chez les adolescentes. En 2026, soit 32 ans après que la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a inscrit l'infertilité dans son programme d'action<sup>3</sup>, cette négligence n'est plus justifiable.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'environ une personne en âge de procréer sur six dans le monde connaît l'infertilité au cours de sa vie<sup>2</sup>. Fait important pour l'Afrique, les estimations de l'OMS pour la période 1990-2021 indiquent que la prévalence de l'infertilité était la plus élevée dans la Région africaine de l'OMS, atteignant 16,4 %, contre une moyenne mondiale de 12,6 %.<sup>2</sup> Une méta-analyse récente d'études menées en Afrique subsaharienne a également estimé la prévalence de l'infertilité à environ 17 %, bien qu'il existe des variations considérables entre les pays et les études.<sup>4</sup>

Ces chiffres doivent être interprétés à la lumière du taux de fécondité élevé qui persiste en Afrique. Les Nations Unies rapportent que 24 pays d'Afrique subsaharienne affichaient un indice synthétique de fécondité d'au moins quatre naissances par femme en 2024<sup>1</sup>, tandis que 42 pays d'Afrique subsaharienne figurent parmi ceux qui traversent encore la transition démographique (baisse de la fécondité). À première vue, ces deux réalités peuvent sembler contradictoires. Il n'en est rien. En effet, la coexistence d'une fécondité élevée et d'une forte prévalence de l'infertilité devrait faire de

l'infertilité une priorité majeure — et non secondaire — pour la santé reproductive en Afrique.

L'OMS définit l'infertilité comme une maladie du système reproducteur masculin ou féminin, caractérisée par l'incapacité à obtenir une grossesse après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers sans contraception<sup>2</sup>. Elle peut résulter de facteurs masculins, de facteurs féminins, de facteurs affectant les deux partenaires ou de causes inexplicables. Cette définition est importante car l'infertilité est parfois perçue comme un malheur d'ordre privé plutôt que comme un problème de santé. Or, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation (SDSP), tels que définis lors de la CIPD, ne se limitent pas à la prévention des grossesses. Ils englobent la capacité de décider si l'on souhaite avoir des enfants, à quel moment et à quelle fréquence, ainsi que l'accès aux soins liés à la fertilité et à l'infertilité et à la contraception. Un système de santé reproductive qui aide les personnes à prévenir les grossesses mais qui fait peu pour celles qui ne parviennent pas à concevoir l'enfant qu'elles désirent est donc incomplet.

Le fait que l'infertilité soit négligée en Afrique est particulièrement préoccupant, car une part importante des cas pourrait être évitée. Les infections sexuellement transmissibles (IST) non traitées, la maladie inflammatoire pelvienne, les complications liées aux avortements à risque, les infections du post-partum et certaines complications de la chirurgie pelvienne peuvent endommager l'appareil reproducteur et entraîner une infertilité d'origine tubaire<sup>5</sup>. L'infertilité masculine peut résulter d'infections génitales, d'une obstruction, de troubles hormonaux, d'une varicocèle ou d'autres affections.<sup>6</sup>

Une revue systématique et une méta-analyse d'études africaines ont révélé que la maladie inflammatoire pelvienne, les facteurs tubaires et les facteurs liés à l'avortement figuraient parmi les causes les plus fréquemment signalées d'infertilité féminine<sup>4,7</sup>,

tandis que l'oligospermie, l'asthénozoospermie et la varicocèle constituaient des facteurs masculins importants.<sup>6</sup> Il ne s'agit pas uniquement de problèmes relevant des cliniques de fertilité. Ce sont des défaillances en matière de prévention, de lutte contre les infections, de soins obstétricaux, d'éducation à la santé sexuelle et d'accès à des soins de santé reproductive appropriés<sup>8</sup>. La prévention de l'infertilité devrait donc commencer bien avant qu'un couple ne consulte une clinique de fertilité.

Les femmes portent souvent le poids de l'infertilité du couple. L'infertilité touche aussi bien les hommes que les femmes. Pourtant, dans de nombreuses sociétés africaines, les conséquences sociales de l'infertilité sont profondément marquées par les inégalités entre les sexes<sup>9-11</sup>. Les femmes sont souvent considérées comme responsables de l'incapacité d'un couple à concevoir, même lorsque la cause est l'infertilité masculine.<sup>12-14</sup> Les conséquences peuvent inclure la stigmatisation, l'humiliation, l'exclusion sociale, l'instabilité conjugale, la polygynie, l'abandon, la précarité économique et la violence du partenaire intime.

Une récente revue systématique et méta-synthèse à méthodes mixtes portant sur 48 études<sup>15</sup> a mis en évidence une stigmatisation généralisée liée à l'infertilité en Afrique, avec une prévalence atteignant 64 % dans certains contextes. Les conséquences comprenaient des préjudices d'ordre psychologique, comportemental, relationnel et sanitaire. Fait marquant, cette revue n'a recensé aucune intervention mise en œuvre spécifiquement pour atténuer la stigmatisation liée à l'infertilité en Afrique.

Une autre étude exploratoire portant sur 116 travaux consacrés aux dimensions psychosociales de l'infertilité en Afrique<sup>16</sup> a révélé que les femmes étaient fréquemment confrontées à la moquerie, à la honte, à l'isolement, aux difficultés financières, à l'instabilité conjugale, à la polygamie, à un risque accru d'infection par le VIH, à la violence du partenaire intime et au divorce. Une synthèse qualitative publiée dans cette même revue<sup>17</sup> a également documenté la pression sociale, la stigmatisation, les contraintes financières, les problèmes conjugaux, la détresse psychologique et la dévalorisation de soi chez les femmes africaines confrontées à l'infertilité.

Ces constats devraient nous amener à reconsidérer la manière dont nous qualifions l'infertilité : il ne s'agit pas seulement d'un « problème de fertilité », mais aussi d'une question de genre, de justice sociale, de santé mentale et de droits humains. Le fait que les hommes puissent être infertiles n'élimine pas les conséquences de l'infertilité liées au genre. Au contraire, cela renforce la nécessité de services centrés sur le couple, qui examinent les deux partenaires et remettent

en question l'idée tenace selon laquelle l'absence d'enfant serait avant tout un problème féminin.

### ***Le traitement de l'infertilité menace-t-il la démographie de l'Afrique ?***

Un argument parfois avancé pour s'opposer à une plus grande attention portée à l'infertilité est que l'Afrique connaît déjà une fécondité élevée et une croissance démographique rapide. On craint qu'aider les couples infertiles à concevoir n'augmente le nombre de naissances et n'aggrave ainsi les pressions démographiques.<sup>18</sup>

### ***Cet argument est compréhensible, mais scientifiquement fragile.***

La première erreur consiste à assimiler l'infertilité à un outil de contrôle démographique. L'infertilité est une maladie, et non un instrument de politique démographique. Laisser délibérément des personnes infertiles sous prétexte que la fécondité est élevée ailleurs reviendrait à utiliser la maladie comme un instrument de gestion de la population. Une telle approche est incompatible avec les principes d'autonomie reproductive, de justice et de droits humains.

Deuxièmement, la fécondité globale dépend de bien plus que de la simple capacité biologique à concevoir. La fécondité d'une population est façonnée par la taille souhaitée de la famille, l'âge au mariage et à la première naissance, la contraception, l'allaitement et les pratiques post-partum, l'avortement, l'éducation, l'emploi des femmes, la mortalité, les normes sociales et d'autres facteurs démographiques. Les projections démographiques des Nations unies distinguent explicitement la fécondité des processus démographiques plus larges qui déterminent la croissance de la population.

Troisièmement, le traitement de l'infertilité ne suscite pas le désir d'avoir des enfants là où il n'existe pas. Il permet aux personnes qui souhaitent déjà avoir des enfants d'augmenter leurs chances de concrétiser leurs intentions en matière de procréation. Cela diffère fondamentalement de l'encouragement à former des familles plus nombreuses.

Les données démographiques relatives à l'Afrique subsaharienne montrent que les préférences en matière de fécondité et les comportements contraceptifs sont des déterminants majeurs de la fécondité.<sup>19,20</sup> Des études longitudinales menées auprès de populations africaines et asiatiques ont révélé que le désir d'arrêter d'avoir des enfants est un puissant prédicteur de la fécondité ultérieure, tandis que l'utilisation de la contraception joue un rôle central dans la traduction des

intentions reproductives en résultats concrets en matière de fécondité.<sup>21</sup> De même, des recherches portant sur <sup>25</sup> pays d'Afrique subsaharienne ont montré que les programmes de planification familiale et l'éducation des femmes contribuent à la baisse de la fécondité en réduisant à la fois la fécondité désirée et non désirée.<sup>19</sup> Ainsi, la réponse appropriée à la forte fécondité en Afrique ne consiste pas à refuser des soins liés à la fertilité aux personnes souffrant d'infertilité. Il s'agit plutôt de garantir la disponibilité simultanée de ces soins et d'autres services de planification familiale, afin que chacun puisse atteindre l'objectif de procréation qu'il s'est fixé, qu'il s'agisse d'avoir un enfant, d'espacer les naissances ou de cesser de procréer.

Il existe également un autre paradoxe intéressant. Il est avéré que l'infertilité peut elle-même compromettre le recours à la contraception. L'hypothèse selon laquelle une infertilité non traitée réduirait nécessairement la croissance démographique néglige les conséquences comportementales liées à la crainte de l'infertilité.

Dans de nombreux contextes africains, les femmes et les couples redoutent que la contraception n'entraîne une infertilité irréversible. Une étude menée dans neuf zones d'Afrique subsaharienne a révélé que 20 à 40 % des femmes pensaient que l'utilisation de contraceptifs pouvait rendre une grossesse ultérieure difficile. Dans plusieurs sites de l'étude, les femmes partageant cette conviction étaient nettement moins enclines à recourir à une contraception médicalisée.

Au Ghana, une étude a montré que 56 % des femmes primipares citaient la peur de l'infertilité consécutive à l'usage de contraceptifs comme raison de ne pas utiliser de méthodes modernes. En Éthiopie rurale, près de la moitié des femmes interrogées pensaient que la contraception pouvait causer l'infertilité. Ces perceptions sont importantes car l'infertilité a des conséquences si graves... conséquences sociales. Lorsque le statut social d'une femme dépend largement de la preuve de sa fertilité, la perspective d'une infertilité future peut être plus effrayante qu'une grossesse non désirée. Les femmes peuvent donc éviter la contraception, l'arrêter prématurément, privilégier des méthodes moins efficaces ou chercher à concevoir plus tôt qu'elles ne l'auraient fait autrement.

Une analyse combinée portant sur<sup>15</sup> pays d'Afrique subsaharienne a révélé qu'après l'arrêt de la contraception dans le but spécifique de concevoir, la probabilité de grossesse dans les 12 mois était d'environ 73 % en Afrique de l'Ouest francophone, 79 % en Afrique de l'Ouest anglophone et 82 % en Afrique de l'Est (24). L'étude a néanmoins conclu que la crainte de l'infertilité et d'un retour différé à la fertilité demeure un

obstacle majeur à l'adoption de la contraception. Les implications sont profondes : négliger l'infertilité risque, paradoxalement, d'affaiblir les programmes de planification familiale.

Si les femmes pensent que la contraception peut détruire définitivement leur fertilité, et si l'infertilité entraîne de graves conséquences sociales, alors les messages rassurants sur l'innocuité des contraceptifs perdent en crédibilité, à moins que les systèmes de santé ne montrent également qu'ils prennent l'infertilité au sérieux.

Une approche intégrée est donc essentielle : il faut expliquer aux femmes comme aux hommes que les contraceptifs modernes n'entraînent généralement pas d'infertilité permanente et que, si une infertilité survient, il existe des voies légitimes pour la prévention, le diagnostic et le traitement.

La prise en charge de l'infertilité ne se résume pas à la FIV : une autre raison pour laquelle l'infertilité a été négligée tient à l'idée que les soins en la matière impliquent nécessairement des techniques de procréation médicalement assistée coûteuses, en particulier la fécondation in vitro (FIV), qui reste inaccessible à la plupart des Africains. Cette conception des soins liés à la fertilité est trop restrictive. Dans un commentaire publié en 1996 dans le \*BJOG\*, notre équipe du \*Women's Health and Action Research Centre\* soutenait que, pour réduire le fardeau de l'infertilité, l'accent devait être mis sur la prévention plutôt que sur le recours à des traitements de haute technologie coûteux (comme la FIV) (26). La première directive mondiale de l'OMS sur l'infertilité, publiée en 20258 (8), adopte explicitement une approche globale couvrant la prévention, le diagnostic et le traitement, et incluant l'infertilité masculine, les troubles de l'ovulation, les affections tubaires, les troubles utérins et l'infertilité inexplicable.

Pour l'Afrique, une grande partie des opportunités immédiates se situe en amont : prévention des IST ; diagnostic et traitement rapides des infections de l'appareil reproducteur ; prévention des avortements à risque et de leurs complications ; amélioration de la qualité des soins obstétricaux et post-partum ; renforcement des services d'analyse du sperme et de prise en charge de l'infertilité masculine ; amélioration de l'éducation à la santé menstruelle et reproductive ; et la mise en place de soins de première intention abordables et fondés sur des données probantes pour l'infertilité. La FIV et les autres formes de procréation médicalement assistée jouent un rôle important, mais elles devraient...s'inscrire dans un continuum de soins liés à la fertilité plutôt que de le définir. Le manque de recherche est inacceptable. Cette négligence se reflète également dans les priorités de recherche.

Une étude exploratoire réalisée en 2024 a recensé 116 études sur les aspects psychosociaux de l'infertilité en Afrique entre 2000 et 2022 ; toutefois, 81 % d'entre elles provenaient uniquement du Nigeria, du Ghana et de l'Afrique du Sud. Cela signifie que de vastes régions du continent restent mal connues. Nous avons besoin de recherches qui aillent au-delà de la simple estimation de la prévalence.

Il est nécessaire de savoir : 1) Quelles sont les causes d'infertilité évitables dans les différents contextes africains ? 2) Quelle proportion de l'infertilité est attribuable aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux maladies inflammatoires pelviennes, aux avortements à risque et aux complications obstétricales ? 3) Comment intégrer la prévention de l'infertilité aux soins de santé primaires ? 4) Quels sont les coûts économiques de l'infertilité pour les ménages ? 5) Quel est l'impact de l'infertilité sur la santé mentale et le bien-être social des hommes et des femmes ? 6) Quelles formes de stigmatisation et de violence les femmes et les hommes subissent-ils ? 7) Comment la peur de l'infertilité influence-t-elle le recours à la contraception ? 8) Les services de prise en charge de l'infertilité peuvent-ils renforcer la confiance envers la planification familiale plutôt que de la compromettre ? 9) Quels traitements peu coûteux peuvent être décentralisés et gérés en toute sécurité au niveau des soins de santé primaires ? 10) Comment intégrer les soins liés à la fertilité dans la couverture sanitaire universelle ? 11) Quelles interventions communautaires peuvent réduire la stigmatisation et prévenir la violence à l'encontre des femmes confrontées à l'infertilité ? Ces questions méritent la même attention scientifique que celle accordée aux autres grands défis de la santé reproductive.

Il est nécessaire d'adopter un programme africain intégré pour la santé reproductive. L'Afrique n'a pas à choisir entre la prévention des grossesses non désirées et l'aide aux personnes souhaitant concevoir. Il s'agit de deux volets indissociables d'un même programme de santé reproductive. Une femme souhaitant éviter une grossesse doit pouvoir accéder à des informations fiables et à une contraception efficace. Une femme désirant une grossesse doit pouvoir accéder à des soins et à des informations sur la fertilité fondés sur des données probantes. Un couple ayant atteint la taille de famille souhaitée doit pouvoir cesser de procréer. Un couple ne parvenant pas à concevoir alors qu'il le souhaite doit pouvoir accéder à des soins abordables, respectueux et efficaces contre l'infertilité. Enfin, les hommes comme les femmes doivent être encouragés à participer au processus de diagnostic et de traitement. C'est précisément pour cette raison que l'OMS considère désormais les soins liés à la fertilité — incluant la

prévention, le diagnostic et le traitement de l'infertilité — comme une composante essentielle de la santé reproductive, tout en soulignant la nécessité de remédier aux inégalités d'accès aux soins. Il convient donc de replacer la question démographique dans sa juste perspective. Le défi démographique de l'Afrique est bien réel. Les Nations unies prévoient une croissance démographique rapide dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, avec une accélération particulièrement marquée attendue dans plusieurs d'entre eux. Toutefois, ce défi doit être relevé par l'éducation, l'autonomisation des femmes, la planification familiale volontaire, une maternité plus tardive et sans risque, la réduction des grossesses non désirées et des politiques permettant aux individus et aux couples de concrétiser leurs projets de procréation, et non en laissant l'infertilité sans prise en charge. En effet, la politique démographique la plus défendable est celle qui respecte le choix en matière de procréation, dans un sens comme dans l'autre.

### ***Un appel à l'action***

La question de l'infertilité doit passer de la périphérie au cœur de l'agenda africain en matière de santé reproductive.

Nous appelons les chercheurs africains, les professionnels de la santé reproductive, les défenseurs de la santé des femmes, les partenaires au développement, les gouvernements et les bailleurs de fonds à reconnaître l'infertilité comme un enjeu majeur de santé publique et d'égalité des sexes, et à investir bien davantage dans sa prévention, son diagnostic, son traitement ainsi que dans la prise en compte de ses conséquences sociales.

La recherche doit aller au-delà du simple constat de la souffrance pour élaborer et tester des interventions concrètes. Les systèmes de santé doivent intégrer la prévention de l'infertilité et les soins de base liés à la fertilité dans les services de soins de santé primaires et de santé reproductive. Les programmes de planification familiale doivent s'attaquer directement aux craintes concernant une éventuelle infertilité induite par les contraceptifs. Les communautés doivent remettre en question la stigmatisation qui fait peser de manière disproportionnée la responsabilité de l'infertilité sur les femmes. Enfin, les services doivent délibérément associer les hommes comme les femmes aux démarches de prévention, de diagnostic et de traitement. Plus important encore, l'Afrique doit rejeter le faux dilemme entre gestion démographique et droits en matière de procréation.

Aider les personnes à avoir les enfants qu'elles désirent ne porte pas atteinte au droit d'autres personnes d'éviter une grossesse. Prévenir l'infertilité ne signifie pas encourager les familles nombreuses. Traiter

l'infertilité ne remet pas en cause la planification familiale. Au contraire, un programme mature en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs doit soutenir à la fois le droit d'éviter une grossesse non désirée et le droit de recourir à une aide pour concevoir un enfant.

L'agenda africain de la santé reproductive restera incomplet tant qu'il n'intégrera pas ces deux dimensions.

Il est temps que l'infertilité bénéficie de la recherche, de l'attention politique, des investissements et de la compassion que requiert son immense impact humain et social.

**Conflit d'intérêt:** Aucun

## Références

1. Division de la population du DAES (UNDESA). Perspectives de la population mondiale 2024, édition en ligne. Washington DC : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population ; 2024. Rapport POP/DB/WPP/Rev.204/GEN/F01/Rev.1.
2. Organisation mondiale de la Santé. Estimations de la prévalence de l'infertilité, 1990–2021. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
3. Fonds des Nations Unies pour la population. Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994. 2004.
4. Gedef GM, Taye EB, Mohammed OY, Abegaz MY, Asratie MH, Andualem F. Prévalence de l'infertilité et facteurs de risque associés en Afrique subsaharienne : revue systématique et méta-analyse. *Contracept Reprod Med*. 17 nov. 2025 ; 10(1):73. doi:10.1186/s40834-025-00411-1
5. Wei J, Huang H, Fan L. Charge mondiale de l'infertilité féminine attribuable aux infections sexuellement transmissibles et au sepsis maternel : 1990–2021 et projections jusqu'en 2050. *Sci Rep*. 30 avr. 2025 ; 15(1):15189. doi:10.1038/s41598-025-94259-9
6. Okonofua FE, Ntoimo LFC, Omonkhua A, Ayodeji O, Olafusi C, Unuabonah E, et al. Causes et facteurs de risque de l'infertilité masculine : revue exploratoire des études publiées. *IJGM*. Juil. 2022 ; Volume 15:5985–97. doi:10.2147/IJGM.S363959
7. Abebe MS, Afework M, Abaynew Y. Infertilité primaire et secondaire en Afrique : revue systématique avec méta-analyse. *Fertil Res and Pract*. 2 déc. 2020 ; 6(1):20. doi:10.1186/s40738-020-00090-3
8. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infertilité. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2025.
9. Okonofua FE, Harris D, Odebiyi A, Kane T, Snow RC. La signification sociale de l'infertilité dans le sud-ouest du Nigeria. 1997.
10. Moyo I, Mpofu L. Les aspects socioculturels de l'infertilité dans les pays africains : une revue de portée. Dans : Wilder S, Blair SL, Scott CL, éditeurs. *In Pursuit of Parenthood: Infertility, Assisted Reproductive Technology, and Surrogacy* [Internet]. Emerald Publishing Limited ; [consulté le 8 sept. 2026]. p. 0. Disponible sur : <https://doi.org/10.1108/S1530-353520260000035003> doi:10.1108/S1530-353520260000035003
11. Elwell K. Les conséquences sociales et culturelles de l'infertilité dans les zones rurales et périurbaines du Malawi. *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive*. 2022 ; 26(7):112–26.
12. Bayouh FA. Perceptions socioculturelles de l'infertilité et leurs implications : une étude sur les femmes sans enfant dans le sud de Gondar, en Éthiopie. 2011.
13. Zou W, Tang L, Wallis C. « Mon corps me trahit » : exploration de la stigmatisation et des stratégies d'adaptation face à l'infertilité chez les femmes de divers groupes ethniques et raciaux. *Health Communication*. 15 oct. 2025 ; 40(12):2612–23. doi:10.1080/10410236.2025.2470984 PubMed PMID : 39991807.
14. McLarnon C, Amongin D, McDougal L, Deignan C, Woks NIE, Bukuluki P, et al. From blame to belonging: Social and behavior change strategies to address infertility-related stigma in sub-Saharan Africa. *Global Public Health*. 10 août 2026;21(1):2715813. doi:10.1080/17441692.2026.2715813 PubMed PMID : 42573400.
15. Ekpor E, Brobbey SS, Kumah CY, Akyirem S. Experience of infertility-related stigma in Africa: a systematic review and mixed methods meta-synthesis. *Int Health*. 1er nov. 2025;17(6):903–13. doi:10.1093/inthealth/ihaf060
16. Roomaney R, Salie M, Jenkins D, Eder C, Mutumba-Nakalembe MJ, Volks C, et al. A scoping review of the psychosocial aspects of infertility in African countries. *Reprod Health*. 23 août 2024;21(1):123. doi:10.1186/s12978-024-01858-2
17. Temitope L. A qualitative synthesis of the impact of infertility on the mental health of African women. *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de La Santé Reproductive*. 2022;26(12):49–57.
18. Frank O. The demand for fertility control in sub-Saharan Africa. *Studies in family planning*. 1er juil. 1987;18(4):181-201.
19. Bongaarts J. Trends in fertility and fertility preferences in sub-Saharan Africa: the roles of education and family planning programs. *Genus*. 21 sept. 2020;76(1):32. doi:10.1186/s41118-020-00098-z
20. Bongaarts J, Casterline J. Transition de la fécondité : l'Afrique subsaharienne est-elle différente ? *Popul Dev Rev*. 2013 ;38(Suppl 1):153–68. doi:10.1111/j.1728-4457.2013.00557.x PubMed PMID : 24812439 ; PubMed Central PMCID : PMC4011385.
21. Cleland J, Machiyama K, Casterline JB. Fertility preferences and subsequent childbearing in Africa and Asia: A synthesis of evidence from longitudinal studies in 28 populations. *Population Studies*. 2 janvier 2020 ; 74(1) : 1–21. doi:10.1080/00324728.2019.1672880 PubMed PMID : 31694465.
22. Bell SO, Karp C, Moreau C, Gemmill A. “If I use family planning, I may have trouble getting pregnant next time I want to”: A multicountry survey-based exploration of perceived contraceptive-induced fertility impairment and its relationship to contraceptive behaviors. *Contraception*. X. 1er janvier 2023 ; 5 : 100093. doi:10.1016/j.conx.2023.100093
23. Adofo E, Dun-Dery EJ, Kotoh AM, Dun-Dery F, Avoka JA, Ashinyo ME. Fear of infertility limits contraceptive usage among first-time mothers in Ghana: A cross-sectional study. *Sage Open Medicine*. 1er janvier 2021 ; 9 : 20503121211021256. doi:10.1177/20503121211021256
24. Sedlander E, Yilma H, Emaway D, Rimal RN. If fear of infertility restricts contraception use, what do we know about this fear? An examination in rural Ethiopia. *Reprod Health*. 13 juin 2022 ; 19(1) : 57. doi:10.1186/s12978-021-01267-9
25. Barden-O'Fallon J, Speizer IS, Calhoun LM, Moumouni NA. Return to pregnancy after contraceptive discontinuation to

become pregnant: a pooled analysis of West and East African populations. *Reprod Health*. 2 juill. 2021 ; 18(1) : 141. doi:10.1186/s12978-021-01193-w

26. Okonofua FE. Arguments contre les nouvelles technologies de reproduction dans les pays en développement. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1996 ; 103(10) : 957–62.